

Lisbeth Ree

Vejleder;
Britt Jensen

Hvem er det der bestemmer?

– En kritisk deskriptiv undersøgelse af de danske praktiserende læger som primær målgruppe ved lancering af nye lægemidler.

Kandidatafhandling

Satsenheder i alt: 137.839 (tegn med mellemrum)

Executive summary

Reflecting on the observation of increasing marketing costs throughout the pharmaceutical industry, questions are raised about the industry's primary strategic approach toward GPs as the primary target market.

The aim of this thesis has been to study Danish GPs, as they by the industry are considered the dominant decision makers when choosing drugs, and argue that the pharmaceutical industry should review existing marketing strategies, with the GP as the focal point.

With critical rationalism as the social scientific approach, a theoretical empirical analysis is conducted to understand the factors that affect and influence a GPs prescribing behaviour.

It is believed that the industry, with the use of detailing in relation to launching new drugs has relied on the theory of Diffusion Innovations, and the belief of segmenting the social system in groups by adoption time. However these ideas are not confirmed in empirical studies. Instead, the studies of prescribing behaviour provides a diverse and conflicting picture of the numerous factors that can affect and influence the decision-making behaviour of the GPs when prescribing drugs.

There are strong indications that when choosing drugs, the principles of bounded rationality are highly prevalent. This is despite the traditional notion, that the pharmaceutical market as a Business-to-Business market, is inherently rational and logical in its approach to making decisions.

The Danish market for prescription drugs is considered to be highly regulated.

This is due to legislation such as, prescription monitoring, reimbursement regulations and laws on substitution. These forms of legislation are believed to be a major contributory factor behind the use of guidelines when legal action is taken involving prescription drugs. Based on the assumption regarding the use of guidelines, this thesis proposes a theory as a possible explanation of the reflective problem: *The GP is not the dominant decision maker in choosing conclusively drug.*

A survey of 29 Danish GPs was conducted and a test of the theory was carried out in terms of a hypothesis test. Despite the low level of analysis, and reliability problems in terms of the demographic data collection method, this theory is considered a valid explanation based on the social scientific approach. It concluded, however, that there should be further tests on the theory based on the analysis of prescribing behaviour in relation to achieving a more valid basis for arguing for the review of choice of primary target.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
1.1 Problem	7
1.2 problemstilling	7
1.3 Problemformulering	8
1.4 Problemafgrænsning	8
1.5 Begrebsidentifikation	9
1.6 Struktur	11
1.7 Relevansen og formålet med afhandlingen	13
1.8 Kildekritik	14
2. Metode og teori	15
2.1 Videnskabsteoretisk perspektiv	16
2.2 Bevidsthed og selvrefleksion	18
2.3 Teori	19
2.4 Videnskabelig metode	29
2.5 Kvantitativ metode	30
3. Teoretisk empirisk analyse	35
3.1.Beslutningsprocessen	37
3.2 Kendt lægemiddel	41
3.3 Nye lægemidler	45
3.4 Problemstillingen/konteksten	52
3.5 Beslutnings senarier	59
3.6 Fundamentet for teorien	61

Indholdsfortegnelse

4. Kvantitative undersøgelse	63
4.1 Hypoteser	65
5. Resultater og sammenfatning	68
6. Konklusion	76
7. Perspektivering	80
Litteraturliste	83
Bilag	89

1 Indledning og Problemstilling

1. Indledning

Der anvendes flere og flere finansielle ressourcer på markedsføring af nye lægemidler til trods for øgede krav til lægemidlets effektivitet, sikkerhed og kvalitet fra myndighedernes side (Bala & Bhardwaj, 2010). Industrien påpeger selv, at den øgede mængde finansielle ressourcer på markedsføring tilskyndes af lægemidlets såkaldte begrænsede levetid på markedet, *Effective patent life* (Grabowski & Vernon, 2000). De skrappe krav til dokumentation af lægemidlets *effektivitet, kvalitet og sikkerhed* i henhold til opnåelse af *regulatory approval* (markedsføringstilladelse) medfører ifølge industrien stigende forsknings- og udviklingsomkostninger (R&D) (Ibid.). Den øgede mængde af R&D omkostninger samt kortere *Effective patent life* bevirker, at det for den enkelte virksomhed er et spørgsmål om at få *solgt* deres produkt mere effektivt, og derved kræver de en mere offensiv markedsføring end tidligere inden patentudløb og den potentielle trussel fra generiske lægemidler (Kvesic, 2008).

Medicinalindustrien betragtes som en unik industri, idet den adskiller sig væsentligt fra andre industrier. Den nok største adskillelse ligger i, at industrien ikke markedsfører sine produkter (receptpligtige lægemidler) til den reelle bruger, *the user*, men derimod til et mellemlid, 3. part, lægen (Smith, 1988; Edwards, 2010). Grunden til dette er lovmæssig og stadfæstet, at medicinalindustrien ikke må markedsføre receptpligtig medicin overfor offentligheden, jf. *Lægemiddellovens § 66, stk. 1* (bilag F). Endvidere er det ifølge Sundhedsstyrelsen, jf. *Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, 2006* (bilag G), kun den praktiserende læge, der har den lovmæssige tilladelse til selve ordineringen af receptpligtig medicin. Dertil er det endvidere lægen, som har ansvaret for selve behandlingen af patienten. Den praktiserende læge er derved beslutningstager, *the chooser*, på vegne af patienten i forhold til valg af lægemiddel (behandling).

Ovenstående har betydet, at lægerne i et markedsføringsmæssigt perspektiv i lang tid har været medicinalindustriens vigtigste *stakeholder* (e.g. Smith, 1988; Edwards, 2010). Primære marketingaktiviteter er derved primært målrettet lægerne ved en udbredt brug af såkaldte *face-to-face* møder mellem industriens salgsrepræsentanter og de praktiserende læger. Historisk set har dette promotion-instrument altid været omdrejningspunktet i *pharmaceutical marketing*, hvilket i litteraturen går under betegnelsen *Detailing* eller *Direct To Physicians marketing*, DTP (e.g. Smith, 1988; Manchanda et al., 2005; Bala & Bhardwaj, 2010; Edwards,

2010). Pålidelige data om industriens marketingbudgetter er ifølge Edwards begrænsede, men *detailing* står stadigvæk som den største post (Edwards, 2010). *Detailing* kan kort karakteriseres som en marketingstrategi bestående af en række push teknikker, hvis hensigt det er at ændre/påvirke lægens ordineringsadfærd (Physicians Prescribing Behavior) (e.g. Edwards, 2010; Manchanda et al., 2005).

Det kan argumenteres, at der indenfor medicinalindustrien er konstrueret *et billede* af virkeligheden, som tages for givet, en *normali*, hvori den praktiserende læge betragtes som den dominerende beslutningstager i valg af lægemiddel til patienten.

Medicinalindustrien betragtes derved til stadighed primært at anvende samme strategiske tilgang, som den historisk set altid har gjort, ved den positivistiske herunder *Taylorriske* tilgang, som ifølge Holm bygger på forestillingen om, at arbejdsprocesserne i en *virksomhed* må forstås som adfærd, som kan observeres objektivt og kvantificeret og justeres ved en ydre påvirkning (Holm, 2011:40).

Relations markedsføring betragtes inden for marketingdisciplinen som det dominerende paradigme og betragtes som den ledende markedsførings strategitilgang indenfor både *Business to Business* (BtB) marketing, men i stigende grad også ved *Business to Consumer* (BtC) marketing (Christopher, Payne & Ballantyne, 2002; Hutt & Speh, 2010). Ved denne tilgang (paradigme) kan industrien ved brug af *Detailing* perspektiveres til at anvende en optimal markedsførings strategitilgang overfor deres, antaget, såkaldte primære *kunder*. Dette er i forhold til betragtningen af industriens salgsrepræsentanter som relations skabere via direkte og personlig kommunikation og dialog med de praktiserende læger.

Ekstern, kundeorienteret markedsføring baseret på relationer er i vid udstrækning baseret på en optimal viden om sine kunder og betragtes som et væsentligt grundelement i relations markedsføring. At have tilstrækkelig og præcis viden om kunderne, herunder hvem, hvad, hvordan og hvorfor betragtes derfor essentielt for at opretholde og videreudvikle relationer (Christopher, Payne & Ballantyne, 2002)

1.1 Problem

Ifølge et markedsføringsmæssigt rationale burde den optimale markedsføringsstrategi, i modsætning til at stige, føre til, at markedsføringsomkostningerne stagnerer. Dette gør sig imidlertid ikke gældende indenfor medicinalindustrien, hvortil finansielle omkostninger i forbindelse med markedsføring af lægemidler stiger (Bala & Bhardwaj, 2010). Der er således tale om en anomali, som gøres til genstand for undersøgelse.

Karin Verland, direktør for Pfizer og formand for Lægemiddelindustriforeningen, Lif, bekræfter i en artikel fra Berlinske, *at der bliver brugt meget store millionbeløb på markedsføringen over for lægerne, men at industrien reelt ikke ved, hvad de får for pengene.* (Crone, 2004)

1.2 Problemstilling

I forhold til anomalien stilles der spørgsmålstejn ved den dominerende markedsføringsstrategi, *Detailing*, ved lancering af nye lægemidler. Spørgsmålet går på, om den historiske overbevisning/antagelse om lægen som vigtigste *stakeholder* i betragtningen af at være den dominerende beslutningstager og bestemmende for det udleverede lægemiddel til stadighed kan betragtes som værende gyldig?

En fejlbehæftet overbevisning om hvem som reelt set er bestemmende for, hvilket lægemiddel som i sidste ende bliver langet over disken, kan medføre en ressource allokering til tiltag, som i realiteten ikke har den tilsigtede påvirkning på afsætningen. En såkaldt *forkert* markedsføringsstrategi i henhold til valg af primær målgruppe betragtes derved at kunne være en medvirkende årsag til de høje markedsføringsomkostninger.

1.3 Problemformulering

Hvilke indikatorer er der på at medicinal industrien bør revurdere den dominerende strategi tilgang på det danske marked i forhold til at have de praktiserende læger som primær målgruppe for marketing aktiviteter ved lancering af nye lægemidler?

I kølvandet på besvarelsen af problemformuleringen fremkommer nedenstående undersøgelses spørgsmål:

- Hvad kendetegner ordineringsadfærd?
- Hvilke faktorer vurderes som medvirkende til, at et lægemiddel vælges frem for et alternativ lægemiddel, der om så at sige tilfredsstiller samme behov (indgår i samme terapeutiske gruppe)?
- Hvem kan betragtes som værende den dominerende beslutningstager i valg af det udleverede lægemiddel til patienten?

1.4 Problemafgrænsning

Der forefindes et utal af mulige årsager til stigende markedsføringsomkostninger. For denne afhandling afgrænses der til en undersøgelse af den dominerende strategi tilgang, *detailing*, i forhold til industriens antaget primære målgruppe – de praktiserende læger. Denne gruppe betragtes som den primære målgruppe af læger, eftersom den almene praksis i Danmark er ansvarlig for knap 90 % af alle lægemiddelordinationer (Søndergaard et al., 2007).

Lægemidler afgrænses imidlertid til kun at omfatte receptpligtige lægemidler, og marked som berørt afgrænses til danske praktiserende læger. Undersøgelsen og forståelsen af ordineringsadfærden tager afsæt i et *relationship marketing* paradigme med fokus på ordineringsadfærd, men afgrænses til den del som omfatter selve beslutningen/valget af et lægemiddel frem for et andet efter stillet diagnose.

1.5 Begrebsidentifikation

Ordineringsadfærd

Ordineringsadfærd betegner den adfærd, lægen udviser i forbindelse med valg af et lægemiddel frem for et andet, hvilket er synonym for et lægemiddelmærke frem for et andet. Adfærden er for denne afhandling kontekstbestemt til at omfatte den situation, hvor der for patienten er fremsat diagnose, hvor en medicinsk behandling er valgt, og hvortil den praktiserende læge skal vælge det lægemiddel, som skal ordineres til patienten.

Beslutning

Begrebet beslutning anvendes om det valg, hvori der forefindes mere end en løsning, altså hvor der findes alternative lægemidler til behandling (mere end et lægemiddel til behandling). Alternative lægemidler betragtes som lægemidler, der indgår i samme terapeutiske gruppe.

Teori

Begrebet teori defineres som en mulig forklaring på fænomener – altså en såkaldt tese – hvis formål det er at tolke eller forstå sammenhænge eller tendenser. Begrebet teori sidestilles synonymt med begrebet forklaringsmodel (Harboe, 2010)

Markedsføringsomkostninger

Markedsføringsomkostninger dækker over omkostninger, som nogle skoler betegner *salg* og markedsføringsomkostninger. Begrebet i denne afhandling dækker over omkostninger i forbindelse med forarbejdning, udarbejdelse og eksekvering af både trykt, digitalt og face-to-face reklamering/informering.

Lægemiddel

Synonymt med receptpligtig medicin.

Nye lægemidler

Nye lægemidler betegner lægemidler, som er nye på markedet eller af den praktiserende læge opfattes som et nyt lægemiddel. Gældende for lægemidlet er, at det er omfattet af patentbeskyttelse.

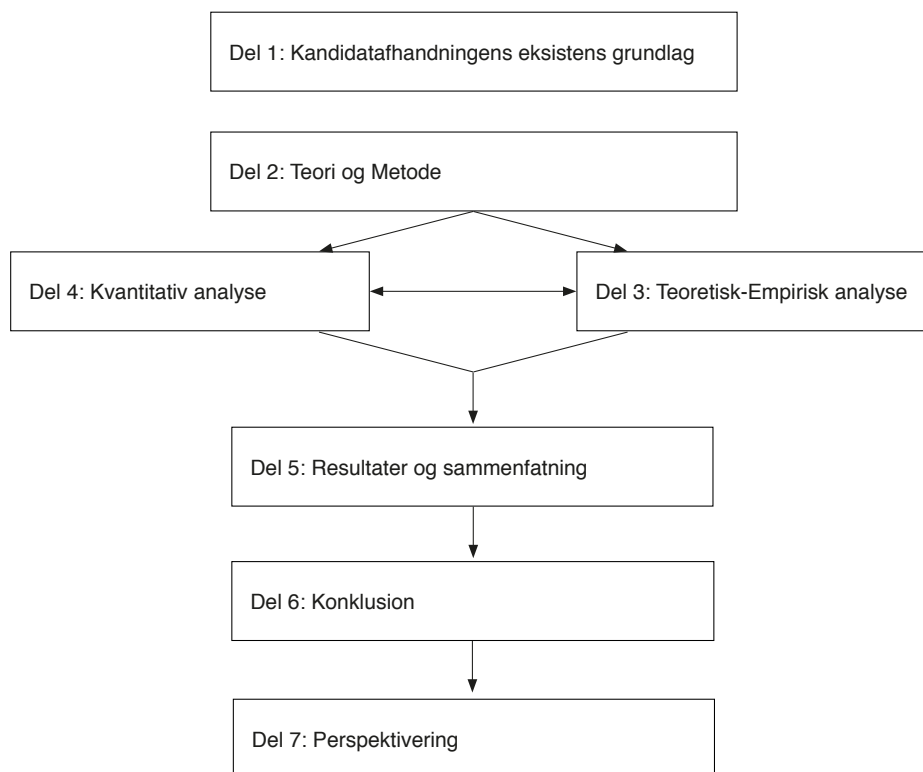
Praktiserende læge

En praktiserende læge er en selvstændig erhvervsdrivende, hvis funktion er selvstændigt at varetage undersøgelse, vurdering og behandling af de danske borgere som henvender sig til sundhedsvæsenet. (Overenskomst om almen praksis – læger.dk)

1.6 Struktur

Strukturen for afhandlingen er som illustreret i nedenstående model opdelt i syv såkaldte dele: Afhandlingens såkaldte eksistensgrundlag, Teori og metode, Teoretisk-Empirisk analyse, Kvantitativ undersøgelse, Resultater og sammenfatning, Konklusion samt Perspektivering. Det er væsentligt at påpege, at på trods af opdelingen må de enkelte dele på ingen måde opfattes som enkeltstående dele, eftersom de indbyrdes afhænger af og påvirker hinanden, hvilket pilene i modellen har til hensigt at illustrere.

Figur 1: Kandidatafhandlings struktur



Del 1: Kandidatafhandlingens eksistensgrundlag

Afhandlingens første del betegnes som afhandlingens eksistensgrundlag og består af de såkaldte byggeklodser, som er fundamentet for afhandlingen. Første del indeholder således indledningen, problemstillingen, problemformuleringen, problemafgrænsningen, begrebsidentifikationen, kildekritikken samt relevansen og formålet med selve afhandlingen.

Del 2: Teori og Metode

Den videnskabsteoretiske rammeforståelse danner paraply for afhandlingens erkendelsesproces/metode. Med udgangspunkt i kritisk rationalisme som videnskabsteoretisk rammeforståelse redegøres der for den anvendte og afgrænsede teori, som gøres til genstand i analysen af ordineringsadfærden samt for valg af undersøgelsesmetode, dataindsamling og dataanalysemetoder.

Del 3: Teoretisk-empirisk analyse

Tredje del udgør afhandlingens teoretiske referenceramme. I denne del analyseres de praktiserende lægers ordineringsadfærd i henhold til de afgrænsede adfærdsteoretiske modeller fra del 2. Denne del danner således forståelsen for de praktiserende lægers ordineringsadfærd, herunder hvilke faktorer som har indflydelse på beslutningen/valg af receptpligtigt lægemiddel. Den teoretiske referenceramme er grundlaget for teorien, den mulige forklaring på problemstillingen.

Del 4: Kvantitativ undersøgelse

Fjerde del udgør afhandlingens kvantitative undersøgelse som i lyset af erkendelsesprocessen er valgt som undersøgelsesmetode til test af teorien i empirien. I denne del redegøres der for de hypoteser, som er deduceret af teorien, samt for de test som bevirker, at den frembragte teori falsificeres/verificeres.

Del 5: Resultater og sammenfatning

I femte del præsenteres der ved udgangspunkt i vurdering af data og metode resultaterne af den kvantitative analyse herunder resultaterne af hypotesetestene i henhold til falsificering/verificering af den frembragte teori. I relation til analysen fra del 3. foretages en detalje analyse, hvilken har til hensigt at højne detaljeringsgraden af den frembragte teori.

Del 6: Konklusion

Sjette består af afhandlingens konklusion.

Del 7: Perspektivering

Syvende del består af en perspektivering af afhandlingens konklusion og fremtidige studier i forbindelse heraf

Afhandlingens syvende og sidste del indeholder en perspektivering af afhandlingen, hvori der reflekteres over afhandlingens perspektiv, metode, resultater samt fremtidige studier.

1.7 Relevansen og formålet med afhandlingen

Medicinalindustrien har længe haft et blakket ry, eftersom der, om man så må sige, tjenes penge på at behandle diagnosticerede patienter. Omdømmet synes hertil ikke at blive bedre i lyset af, at der anvendes flere ressourcer på markedsføring end på R&D af nye lægemidler. Det må til enhver tid antages, at en virksomhed stræber efter at nedbringe sine omkostninger herunder markedsføringsomkostninger. En omkostningsnedbringelse ville føre til en ressourcefrigivelse, som kunne overføres til andre og eventuelt mere imagegavnige områder hos de respektive virksomheder, som udgør selve industrien. Selve udgangspunktet i de høje og stigende markedsføringsomkostninger er i sig selv ikke noget nyt tiltag for undersøgelse. Det nye ligger i analysen af de empiriske og teoretiske studier af ordineringsadfærd i relation til de danske praktiserende lægers ordineringsadfærd, og om de på baggrund heraf til stadighed kan antages at være den dominerende beslutningstager og derved i et markedsføringsmæssigt perspektiv stadigvæk skal være industriens primære målgruppe eller om der er indikationer på at industrien så og sige bør revurderer denne tilgang.

Formålet med afhandlingen er at analysere ordineringsadfærd via teori og empiriske studier for på baggrund heraf at komme med en teori om de danske praktiserende lægers ordineringsadfærd, der qua erkendelsesprocessen (metoden) udgør en gyldig forklaring på, om det meningsgivende af have de praktiserende læger som primær målgruppe ved markedsføringen af nye lægemidler og derved retfærdiggøre den største post i industriens markedsføringsbudget, *detailling*, som dominerende marketingstrategi. Eller om der forefindes indikationer på at den dominerende tilgang bør revurderes. Det vil dog qua den kritiske

rationalisme som videnskabsteoretisk tilgang til erkendelse aldrig være muligt at komme med en universel forklaring/teori på problemformuleringen, hvilket derfor heller ikke er afhandlingens mål. Det tilsigtes således ved den påståede teori at pege på indikationer, som bør udsættes for yderligere test.

1.8 Kildekritik

Den teoretiske referenceramme er primært udgjort af akademiske artikler indsamlet fra anerkendte videnskabelige artikeldatabaser (e.g. Business Source Complete). Artikler hentet fra disse videnskabelige databaser antages at være pålidelige informationskilder. Den videre litteratur kommer fra forfattere, som i videnskaben betragtes som foregangsmænd for anerkendte teoretiske modeller.

Det fremhæves, at nogle af de anvendte artikler er af ældre dato, hvorved pålideligheden kan diskuteres. Disse kilder er imidlertid til dels medtaget på grund af en spinkel mængde empiri på forskningsområdet samt som udgangspunkt for undersøgelse af nutidig adfærd.

Der anvendes endvidere data hentet fra internettet, her er der dog tale om data fra offentlige instansers hjemmesider (e.g. retsinfo.dk), hvilket gør, at pålideligheden må antages at være høj.

De data, som anvendes i afhandlingens egenundersøgelse, er fremkommet via udfyldte spørgeskemaer, og det findes væsentligt at stille sig kritisk overfor disse data. Dette skyldes blandt andet, at respondenter nogle gange forsøger at tilfredsstille *intervieweren* ved at svare det, de tror, er rigtigt eller svare i forhold til, hvordan de ønsker at fremstå overfor intervieweren (Andersen, 2008). Man kan derved sætte spørgsmålstegn ved, om de svar, som respondenterne kommer med, reelt set er i overensstemmelse med virkeligheden? Endvidere findes det væsentligt at være kritisk overfor, om data er præget af personlig påvirkning. Dette skyldes antagelsen om at personlig påvirkning kan medvirke til forskerbias (Ibid.). Dette emne vurderes og diskuteres imidlertid yderligere i metodeafsnittet herunder *Bevidsthed og selvrefleksion*.

2 Teori og Metode

2. Metode og teori

2.1 Videnskabsteoretisk perspektiv

Det videnskabsteoretiske perspektiv er væsentligt i forståelsesøjemed, eftersom det er dette perspektiv, som delagtiggør læseren af afhandlingen i, hvad som betragtes og forstås som erkendelse, samt hvilken påvirkning dette perspektiv har for afhandlingens struktur, undersøgelsesmetode, formål og konklusion.

Kritisk rationalisme anvendes i denne kandidatafhandling som videnskabelig tilgang til erkendelse. Den kritiske rationalismes ontologi antages realistisk i den forstand, at verden erkendes som eksisterende uafhængigt af den individuelle persons sansning af den, eller som Holm udlægger det: *virkeligheden findes derude uafhængigt af observatørens bevidsthed og sprog.* (Holm, 2011:52) På samme måde som ontologien, anerkender kritisk rationalisme endvidere en epistemologisk realisme, hvorved det ifølge Fuglesang & Olsen tages for givet, at

Det er muligt at opnå en erkendelse af den empiriske verdens faktiske natur ved anvendelse af videnskabelige metoder. (Fuglesang & Olsen, 2007:82)

Kritisk rationalisme ligger indenfor empirismen, hvilket betyder, at der arbejdes ud fra det, som observeres empirisk. I modsætning til positivismens teoriuafhængige observationer bygger kritisk rationalisme på antagelsen om, at man ikke kan observere verden uden på forhånd at have en teori om det, som observeres, hvilket vil sige, at der stilles krav til erkendelsesprocessen (e.g. Holm, 2011; Sørensen, 2010; Rønn, 2006; Fuglesang & Olsen, 2007).

Ved kritisk rationalisme som videnskabeligt tilgang er udgangspunktet altid et problem, som består i at forklare et fænomen, som er konstateret empirisk, hvilket for denne afhandling er de høje og stigende markedsføringsomkostninger.

Kritisk rationalisme tager på samme måde som den klassiske rationalisme udgangspunkt i en teori om det, som observeres. Ifølge Karl Raimund Popper, som betragtes som den kritiske

rationalismes ophavsmand, betragtes en teori dog ikke som andet end blot *en vidtfavnende påstand, der endnu ikke er falsificeret*, hvilket igen ifølge Holm kan karakteriseres som

Et kvalificeret gæt på en forklaring af forhold i virkeligheden. (Holm, 2011:54)

Der stilles imidlertid krav til den fremsatte teori, *det kvalificerede gæt på en forklaring af forhold i virkeligheden*, førend den kan betragtes videnskabelig. Ifølge kritisk rationalisme skal der for teorien angives betingelser for, hvordan den principielt kan betragtes fejlagtigt, hvilket betyder, at for at teorien kan betragtes som videnskabelig, skal teorien være principiel falsificerbar. Kravet til den frembragte teori er derfor, at den skal være formuleret således, at den kan testes empirisk, hvilket potentielt kan falsificere teorien.

I modsætning til positivismen og rationalismens *verifikationsprincip* består videnskabelighed ved kritisk rationalisme ikke i at bevise, men modsat i kritisk efterprøvning af frembragte teorier, hvorved denne videnskabsteori endvidere går under betegnelsen *Falsifikationisme*. *Falsifikationisme* defineres ifølge Holm som:

Det modsatte af verifikationisme. Det synspunkt, at videnskaben ikke søger at bevise, men tværtimod at modbevise sine teorier, dvs. at videnskabelighed består i kritisk efterprøvning af hypoteser. (Holm, 2010:48)

Ifølge kritisk rationalisme favnes det således, at videnskabelige teorier kun kan falsificeres og aldrig bevises, dette beror sig på opfattelsen af, at der ikke forefindes et endegyldigt antal observationer. Det er derfor ikke muligt at bevise, at noget er universelt, eftersom man ikke kan vide sig sikker på, om det vil ændre sig i fremtiden (e.g. Fuglesang & Olsen, 2007; Rønn, 2006), denne antagelse er endvidere ifølge Holm grundlaget for den kritiske rationalismes *asymmetritese*:

Nok så mange observationer kan aldrig bevise en videnskabelig teori, men en observation er nok til at modbevise den. (Holm, 2011:48)

Vi lærer så at sige af vores fejl, hvilket betyder, at man først bliver klogere, når man er bevist om sine allerede begåede fejl (Ibid.).

Det centrale for et videnskabeligt udsagn/teori i et kritisk rationalistisk perspektiv er derved, at den er grundliggende falsificerbar, dette skal dog ifølge Rønn ikke forveksles med, at teorien allerede på forhånd er falsificeret, men at det skal være principielt muligt at angive situationer, hvorunder den pågældende teori kan gengives (Rønn, 2006:174).

Falsificerbarhedskriteriet påpeger således, at kun de teorier, som potentielt er i uoverensstemmelse med empirien, er falsificerbar accepterede og kan opnå status som videnskabelige teorier (e.g. Andersen, 1994; Rønn, 2006; Holm, 2010).

Som nævnt kræver perspektivet på samme måde som ved den klassiske rationalisme, at der gennem erkendelsesprocessens opståen frembringes en teori, *et kvalificeret gæt på en forklaring af forhold i virkeligheden*, hvorudfra en række hypoteser formuleres som konkrete forventninger til resultaterne af de efterfølgende undersøgelser (Holm, 2011).

2.2 Bevidsthed og selvrefleksion

Ved kritisk rationalisme som videnskabsteoretisk perspektiv er observationer som nævnt styrede af teori, og eftersom teorier ifølge kritisk rationalisme ikke betragtes som andet end blot en vidtfavnende tese, som endnu ikke er falsificeret, kan den foreliggende teori ud fra et positivistisk perspektiv betragtes som fordomsfuld (biased). Ifølge kritisk rationalisme fødes mennesker ikke med ideer og forestillinger, men med forventninger, og vi erkender derved vores omgivelser ud fra en *forventningshorisont*. Man kan dog som Andersen (1994) spørge til, hvor denne *forventningshorisont* kommer fra?

Qua min uddannelse og derved læring på området økonomisk markedsføring, vil min bevidsthed ifølge egen refleksion drage mig mod de teoretiske forståelsesrammer, som studiet – herunder fagdisciplinen marketing – traditionelt set favner. Som markedsføringsstuderende associeres markedsføringsmæssige problemstillinger derved med bestemte teoretiske modeller og paradigmer, hvilket efter min refleksion kan sammenlignes med en form for *priming* indenfor fagdisciplinen. Den såkaldte *priming*, som de studerende inklusive undertegnede kan argumenteres at have været udsat for gennem en såkaldt opdragelse via pensum og forelæsninger, påvirkes de kriterier, som anvendes som vurderingsfaktorer i forhold til de markedsføringsmæssige problemstillinger. Begrebet *priming* dækker over, at vi

som mennesker belæres om, hvad der er den gængse tankemåde (paradigme) inden for et fagområde. Dette betragtes dog ikke negativt, eftersom det rent praktisk findes relevant at tale og forstå det samme såkaldte fagsprog, men på den anden side kan det opfattes som *constraints* i relation til kritisk refleksion, frembringelse af ny viden og kreativitet.

Foruden den såkaldte studie *priming* reflekteres endvidere over de værdier, jeg som individ besidder og som kan påvirke objektiviteten af min afhandling. De værdier, jeg besidder, kan på samme måde som ved studiebetragtningen anskues som *priming*, som kan udvikle sig til *constraints*. Det er efter egen refleksion umuligt at frigøre sig fra disse værdier, hvilket bevirker, at jeg derved favner betragtningen om, at mine undersøgelser ikke kan betragtes som objektive i forståelsen af *værdifri*, *forudsætningsløse*, *fordomsfri* osv., men som tilnærmelsesvis objektive ved forståelsen af objektivitet som bevidsthed og åbenhed om egne værdier (Andersen, 1994:34). Derved deles der synspunkt med Myrdal ift., at man bør være bevidst om sine værdier og få dem frem i lyset, så bevidsthed og åbenhed om egne værdier og forudsætninger opnås (Andersen, 1994). Mine værdier og forudsætninger vil med andre ord have indvirkning på mine undersøgelser, herunder analyse og fortolkning.

2.3 Teori

Som følge af ovenstående betragtes det som nævnt ikke muligt at observere verden uden på forhånd at have en teori om det, som observeres. For at kunne frembringe en teori, som overholder den kritisk rationalismes *falsificerbarhedskriterium*, tages der udgangspunkt i en såkaldt forforståelse/referenceramme. Forforståelsen udgør som jf. i afhandlingsstrukturen i afhandlingens teoridel. Den følgende del belyser derfor de teoriområder, som udgør den teoretiske referenceramme.

Fagdisciplinen økonomisk marketing tager udgangspunkt i et *relationship marketing* paradigme, hvilket bevirker, at analysen (forståelses- og referencerammen) af ordineringsadfærd tager udgangspunkt i dette paradigme.

Ved *relationship marketing* som begreb findes der ingen enslydende eller dominerende definition. Der er således ikke enighed blandt teoretikere, praktikere og forskere, når det kommer til en entydig definition af begrebet. Begrebet er fyldt med forskellige perspektiver

og overbevisninger, der gør det umuligt at opnå enighed. Ifølge Agarlya & Singh forefindes der dog et fælles tema for *relationship marketing*, nemlig at det er relationer mellem virksomheden/organisationen og dens *stakeholders*, som er omdrejningspunktet (Agarlya & Singh, 2011). For en fælles forståelse af begrebet *relationship marketing* anvendes Mike Hoots fortolkning:

Relationship marketing means developing a comprehensive picture of customer needs, expectations, and behaviours and managing those factors to affect business performance.
(Hoots 2005:211)

Ved denne fortolkning betragtes kundernes behov, forventninger og adfærd som centrale begreber. Indgående viden herom findes derfor central for en virksomheds performance. Eftersom problemstillingen er centreret om de danske praktiserende lægers ordineringsadfærd, er analysens teoretiske udgangspunkt en forståelse for den adfærd, der udvises ved valg af lægemiddel.

I litteraturen og teorien forefindes der en anseelig forskel på, hvilket marked, Business to Business (BtB) eller Business to Consumer, (BtC) man befinder sig på, eftersom disse i et *behavioral decision making theory* perspektiv opfattes differentieret.

Ud fra et teoretisk perspektiv vil man betragte marked ud fra et BtB perspektiv, dette beror sig på interaktion mellem industrien/organisationer og den *selvstændige erhvervsdrivende*, hvilket den praktiserende læge er defineret som (jf. *Begrebsidentifikation afsnittet* i del 1). Det karakteristiske ved BtB marked er kort, at købsadfærden betragtes rationelt og præget af professionalisme. Det antages endvidere, at køkets størrelse pr. gang ofte er stort, og at selve *decision-making process* er langvarig, hvori flere aktører er indblandet (Hutt & Speh, 2010). Det kan imidlertid virke paradoksalt at betragte pågældende marked som værende del af denne karakteristik, eftersom der reelt set for det første ikke forefindes et køb mellem partnerne (relationen, den praktiserende læge og medicinalindustrien), hvilket betyder, at parterne i relationen i teorien er økonomisk uafhængige. For det andet består langt de fleste danske praksis af *solo læger* praksis bestående af kun en enkelt praktiserende (Statistik om almen praksis – laeger.dk). Denne betragtning bevirker, at beslutningsprocessen tillige kan betragtes som at have karakter af en individuel beslutningsproces, eftersom der som oftest kun indgår en eller meget få aktører i selve beslutningsprocessen.

Der findes adskillige tilgange til undersøgelse af adfærd, herunder *decision-making*, som er genstand for undersøgelse. Torben Hansen påpeger, at:

Several writers have recognized that no single perspective offers the 'correct' theory on consumer decision making but that consumer research may benefit from a multiple perspective on decision making. (Hansen, 2003:5)

Ifølge Daniel A. Albert søger *Choice theory* herunder *Decision making theory*:

“... to describe or prescribe how individuals or groups of people choose a course of action when faced with several alternatives and a variable amount of knowledge about the determinants of the outcomes of those alternatives”. (Albert, 1978:362)

På baggrund heraf vælges *Choice theory* som det teoretiske udgangspunkt.

Choice theory opdeles i litteraturen i to såkaldte forklaringsmodeller, som hver især repræsenterer en tilgang til analyse af *decision making process* (e.g., Nygaard, 2006). De to modeller opfattes som konkurrerende teorier som hver især præsenterer tilgange og påstande som udelukker hinanden (Andersen, 2008:75)

De to klassiske forklaringsmodeller er:

- *Rational choice model*
- *Bounded rational choice model*

Qua betragtningen af marked som værende unikt, hvori beslutningsprocessen kan vurderes at besidde karaktertræk som værende både i overensstemmelse med betragtningen af et BtB og BtC marked, bringes begge modeller i spil ved analyse og derved forståelse af ordineringsadfærd.

2.3.1 Rational choice

Som nævnt kategoriseres markedet rent teoretisk som et BtB marked, og beslutningen om valg af lægemiddel antages derfor som udgangspunkt at være rationel.

Det findes imidlertid nærliggende indledningsvist at stille spørgsmål til, hvad det reelt vil sige at være rationel, og hvad der betragtes som et *rational choice*? Hvorvidt man fortager *rational choice* eller betragter valg/beslutninger som værende rationelle kræver en forståelse af begrebet – herunder en definition af rationalitet.

Der forekommer dog ikke en entydig definition af begrebet rationalitet i litteraturen. Årsagen til dette er ifølge Pedersen (2000), at begrebets betydning og omfang stadigvæk filosofisk bliver debatteret, eftersom det rummer forskellige perspektiver og overbevisninger, hvilket gør det umuligt at opnå enighed om en entydig definition (Pedersen, 2000:13).

At være rationel defineres ofte som værende *fornuftig*, dette kommer fra den latinske oversættelse af ratio, hvilket oversættes til fornuft (e.g. Pedersen, 2000; Thisted, 2010; Holm, 2011). Denne oversættelse bevirker, at *Rational choice* (subjektivt) kan oversættes til fornuftige beslutninger/valg.

Ifølge rationalisme som videnskabsfilosofi betragtes fornuft som uafhængig af sanser og følelser og som kilden til *sand viden* (Holm 2011; Fuglesang & Olsen 2007). Rationalisten vil ifølge Thisted (2010) mene, at iagttagelige fænomener og sammenhænge ikke kan betragtes som grundlag for viden og derved heller ikke som kilden til erkendelse, men derimod et udgangspunkt for at søge det som egentlig erkendelse. Ifølge rationalismen er det ikke nødvendigt at teste teorier empirisk, eftersom de er frembragt på baggrund af logik og fornuft (Ibid.).

At komme frem til rationelle beslutninger/valg er ifølge rationalismen via den deduktive metode, som favner, at *hvis grundantagelserne er sande, må konklusionen også være sand* (e.g., Holm 2011, Hastie & Dawes, 2010; Rønn, 2010). Grundantagelserne betragtes som en form for *regler*, hvilke er gældende for opnåelsen af *rational choice*. I økonomisk faglitteratur refereres der ofte til Von Neumann og Morgenstern og deres *Theory of Games and Economic Behavior* fra 1947 som forudgående for de grundlæggende antagelser, som antages for rationel adfærd, hvilke endvidere i dag går under betegnelsen rationalitetsantagelserne (e.g. Hastie & Dawes, 2010; Albert, 1978).

Rationalitetsantagelserne antager, at:

- Beslutningstageren nyttemaksimerer
Stræber efter største subjektive nytteværdi/tilfredsstillelse
- Beslutningstager har en klar målsætning med veldefinerede præferencer, som er konsistente
Disse er styrende for beslutningen
- Beslutningstager har fuld information om samtlige alternativer og konsekvenser forbundet med de enkelte *course of actions*.

(e.g., Albert, 1978; Nygaard, 2006; Hastie & Dawes, 2010; Solomon, 2010)

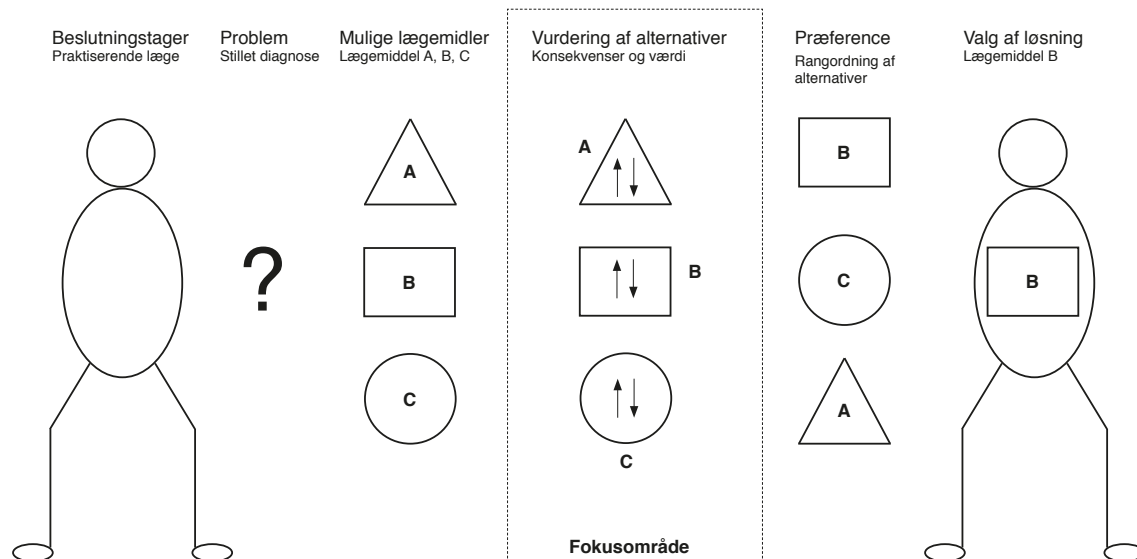
Ifølge et rationelt perspektiv er det via rationalitetsantagelserne og den deduktive metode, at man opnår *rational choice*.

Rational choice har og er som nævnt tidligere hovedsageligt forbundet med adfærd, hvortil usikkerhed og risiko i høj grad er forbundet med beslutningen. Dette antages at gøre sig gældende ved beslutning og valg om ordinering af lægemidler og i høj grad ved ordinering af et nyt lægemiddel. *Rational choice* teorier er præget af stærke normative elementer, hvilket betyder, at de beskæftiger sig med at forklare, hvorledes der *bør* foretages beslutninger, for at det endelige valg vil kunne betragtes som værende rationelt (e.g. Pedersen, 2000; Albert, 1978).

Rational choice teori har qua sin forklaring af økonomisk adfærd stærke rødder i matematikken, hvilket bevirker, at *Rational choice* kort præciseret matematisk er forbundet med beregning af *probability* (sandsynlighed/konsekvens) og *utility* (nytte/værdi) (e.g. Albert 1978; Pedersen, 2000; Hastie & Dawes 2010). Beregning af *probability* (sandsynlighed/konsekvens) bygger på en forståelse af verden som indbefattet af usikkerheder/risiko. Det favnes dog i teorien, at usikkerhed og risikofaktorer er kendte for beslutningstageren via antagelsen om fuld information. Beslutningstageren er således ifølge teorien i stand til at påsætte en numerisk sandsynlighed for det antagne udfald samt den forventede subjektive nytte forbundet herved (Hastie & Dawes 2010). I lægefaglige termer betegnes en beslutning foretaget på baggrund af den klassiske økonomiske betragtning som en beslutning foretaget på baggrund af en rationel farmaøkonomisk vurdering.

Den rationelle *decision-making proces* illustreres nedenstående. Som det påpeges i illustrationen, er fokus rettet mod vurdering af alternativer, eftersom det antages, at vurderingen påvirker præferencer og dermed valget af lægemiddel i sidste ende.

Figur 2: Illustration af den rationelle decision-making process



2.3.2 Bounded rational choice

Som modstykke til *rational choice theory* ligger *Bounded rationality theory*. *Bounded rationality choice* modeller er i modsætning til Rational choice modellernes stærke normative elementer præget af deskriptive elementer, hvilke søger at beskrive, hvordan beslutninger reelt set foretages (Simon, 1955).

H. A. Simon (1955), som i litteraturen antages at være ophavsmand til princippet om *bounded rationality*, mener, at de økonomiske *rationelle choice* teorier giver et virkelighedsfjernt billede af menneskelige beslutninger. Dette beror sig først og fremmest på betragtning af modellen som normativ og derved ikke forklarende for, hvordan mennesker reelt set i *virkeligheden* foretager beslutninger, *hvad jeg bør* er ifølge den positivistiske tilgang sjældent *det samme, som det jeg gør*.

Tilhængere af princippet om *bounded rationality* betragter mennesket som uadskillelig fra deres emotioner, hvilket fordrer en betragtning om, at mennesket ikke er i stand til at agere rationelt i henhold til den økonomiske betragtning af rationalitet.

Det favnes ved *bounded rationality*, at mennesker ikke besidder den ubegrænsede mængde kognitive ressourcer, som det antages ved den klassiske perspektivering af rationalitet via antagelsen om fuld information. Mennesket besidder således kognitive begrænsninger, som betragtes at hindre mennesket i at opfylde *kravene* fra den klassiske betragtning af rationalitet, rationalitetsantagelserne (Ibid.). Simon vurderer tillige, at forestillingen om mennesker i henhold til *the rational economic man* er en illusion, som ikke findes *virkelighedsnær*. Han antager, at mennesker kun kan betragtes som begrænset rationelle, eftersom det antages, at beslutninger foruden logik/fornuft styres af emotioner (Simon, 1955).

Teorier bygget på princippet om *bounded rationality* (e.g. *value perspective, information processing, cue utilization theory*) antager, at beslutningstagerens viden er *mangelfuld* i forhold til viden/information om samtlige handlingsalternativer, hvilket betegner beslutningstageren som begrænset i mængden af viden om alternativer og derved begrænset i evnen til at kunne vurdere samtlige konsekvenser (usikkerheder/risici) ved samtlige handlingsalternativer (Nygaard, 2006). Det antages ved *bounded rationality*, at beslutningstageren i den *virkelige verden* opnår viden om mulige beslutningsalternativer via subjektive søgeprocesser – interne og eksterne – som betragtes begrænset i omfang, grundet den antagne begrænsning af ressourcer (e.g. Bettman 1998). Den antagne begrænsede bearbejdningsskapacitet af informationer betyder, at komplekse beregninger og sammenligninger af alternativer betragtes som værende mere undtagelsen end reglen (Bettman, 1998:176).

The search halts when a satisfactory solution has been found, almost always long before all alternatives have been examined. (Simon, 1992:4)

Der forefindes ligesom ved begrebet rationalitet ingen enslydende definition på begrebet *bounded rationality*, men begrebet anvendes ofte om de begrænsninger, mennesket besidder i forhold til at foretage rationelle beslutninger/valg (Ibid.). Det fremhæves imidlertid af Simon, at begrebet på ingen måde må forbindes eller ligestilles med begrebet *irrational adfærd*, samt at beslutninger ikke bør opfattes som rationelle i den absolutte forstand, men som situationsbestemt rationelle ud fra de ressourcer, som beslutningstageren har til rådighed i den givne situation (Simon 1955; Nygaard, 2006).

De to modeller adskiller sig ved at have hver deres tilgang til erkendelse – herunder metode. *Bounded rationelle choice* teorier er opstået på baggrund af observationer/iagttagelser af det enkelte menneske som beslutningstager (positivistisk tilgang). De økonomisk rationelle teorier derimod er som nævnt opsat på baggrund af *fornuft/logik* (rationalistisk tilgang).

2.3.3 Diffusionsteori

I henhold til problemformulerings fokus på nye lægemidler anvendes Everett M. Rogers diffusionsteori til forståelsen af udbredelsen og adaption af nye lægemidler.

Modellen betragtes anvendelig i forståelsen af, hvordan innovationer breder sig blandt individer.

Diffusionsteori består overordnet af to begreber: *diffusion* og *innovation*. Ifølge Rogers defineres diffusion som:

Diffusion is the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system.

(Rogers, 2003:5)

Og innovation som:

An innovation is an idea, practice, or object that is perceived as new by an individual or other unit of adoption. (Rogers, 2003:12)

Modellen anvendes til at identificere de faktorer, som er medvirkende til, at et lægemiddel anvendes af en gruppe, frem for et lægemiddel der om så at sige tilfredsstiller samme *behov* i behandlingen.

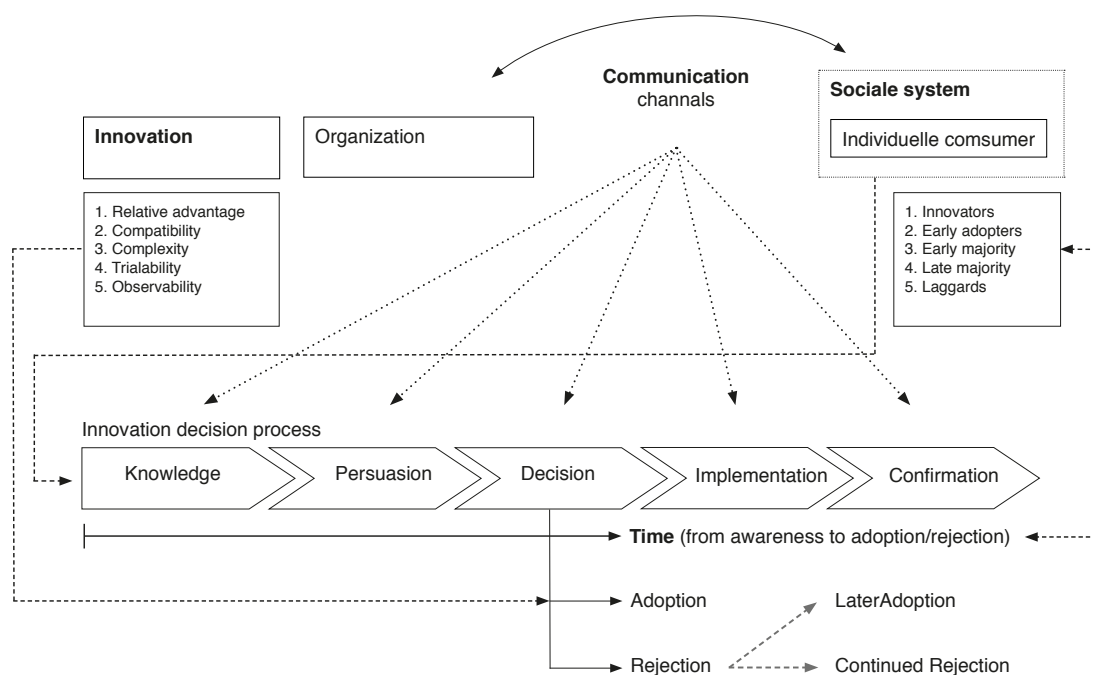
Diffusionsteorien består af fire basiselementer, som vurderes at være centrale succes faktorer for *diffusion of innovations*:

(1) The innovation, (2) Communication channels, (3) Time, (4) A social system.

Forklaringsmodellen bag *diffusion of innovations* er deskriptiv og søger således at beskrive processen bag udbredelsen af innovationer.

I forhold til perspektiveringen af teorien er følgende illustration udarbejdet (Figur 3.). De uddybende beskrivelser af de enkelte elementer i modellen er henlagt som bilag (bilag K). I forståelsesøjemed skitseres modellen imidlertid kort. Bag enhver innovation står en organisation, og dennes formål er at udbrede innovationen via forskellige kommunikationskanaler. Innovationsbeslutningsprocessen er, som illustreret i modellen, opdelt i fem såkaldte faser; *Knowledge, Persuasion, Decision, Implementation og Confirmation* hvortil forskellige kommunikationskanaler anvendes (e.g. interpersonelle). Det sociale system vurderes som betegnelse for målgruppen. Rogers opdeler forbrugerne i fem grupper/kategorier: *Innovators, Early adopters, Early majority, Late majority og Laggards* i henhold til fælles karaktertræk samt alt efter adaptionshastighed. Det antages, at jo længere adaptionstid, jo flere ressourcer kræves i kommunikationen, førend innovationen adopteres (Rogers, 2003) . De uddybende beskrivelser af de enkelte faser og klasser forefindes ligeledes i bilag K.

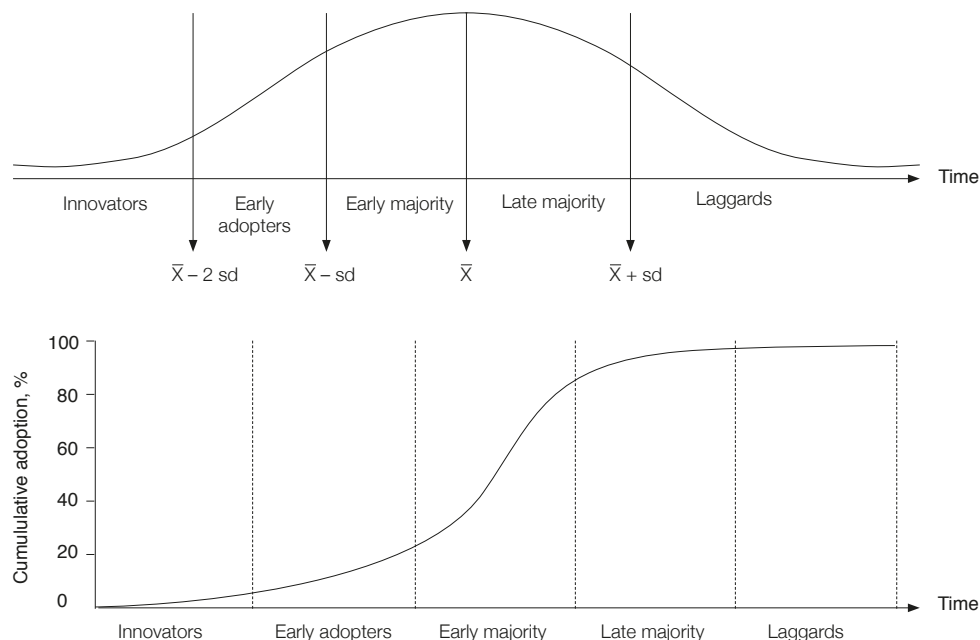
Figur 3. Diffusionsfaktorernes indbyrdes påvirkning (perspektiverings illustration)



Den kumulerede diffusions (adaption) kurve jf. figur 4, er S-formet. S-kurvens form antages at være påvirket af de fem stadier i adoptionsfasen, eftersom det antages, at jo længere tid en innovation har været til rådighed, jo flere vil adoptere den. Det pointeres, at ikke alle diffusionskurver ser ud som ovenstående, da der kan være forskel i tidsperspektivet i henhold til type af innovation samt i forhold til forskellige sociale systemer (Rogers 2003;24).

Begreber som Word-Of-Mouth og image (reputation) menes at have en betydningsfuld rolle i tidsperspektivet af *diffusion innovation*, da disse menes og betragtes som elementer, hvilket er medvirkende til at reducere den usikkerhed/risiko, som er forbundet med adoptionen af en innovation, frem for et kendt alternativ (Ibid).

Figur 4: Diffusions kurven (Rogers, 2003)



2.3.4 Principal-Agent teori

Principal-Agent teori omfatter relationer, hvor der indgås en form for kontrakt mellem en principal og en agent. Den såkaldte kontrakt giver agenten myndighed til at agere beslutningstager for principalen (e.g. Nygaard, 2006; Scott & Vick, 1999).

Ifølge Scott & Vick (1999) defineres den optimale agent som følger

...one who makes the same decisions that the patient would have made if the patient possessed the same information and expertise as the agent. (Evans, 1984)

Principal-Agent teorien anvendes tit og ofte i beskrivelsen af den problemstilling, som opstår i forbindelse med de beslutninger, som foretages af andre parter end *konsumenten* selv (Nygaard, 2006).

Teorien har på samme måde som *rational choice theory* et økonomisk islæt. I Principal-Agent teorien er det i forbindelse med, om agenten handler i økonomisk overensstemmelse med principalens interesse (Nygaard, 2006; Langer, 2008; Shortell et al., 1998). Den centrale problemstilling i teorien er, at man som principal (patient) ikke kan føle sig sikker på, at agenten fuldt ud deler ens interesser i den pågældende sag.

Den traditionelle økonomiske Principal-Agent teori omfatter en række forudsætninger, som er listet nedenstående:

- Principalen og agenten er begge nyttemaksimerende
- Der eksisterer målkonflikt mellem principalen og agenten
- Asymmetrisk information
- Agenten er opportunistisk
- Agenten handler begrænset rationelt
- Agenten er risikosky

(Nygaard, 2006:105)

På grund af begrænsede ressourcer fokuseres der ikke på samtlige forudsætninger ved Principal-Agent teorien. Det er imidlertid heller ikke formålet at perspektivere hele modellens forudsætninger, men som et metodisk grundlag for en alternativ måde at betragte den kontekst som den praktiserende læge befinder sig i, og hvor valg af lægemidler forekommer.

2.4 Videnskabelig metode

Som påpeget rummer kritisk rationalisme klare metodiske krav til erkendelsesprocessen, hvilket derved er styrende for afhandlingens undersøgelsesmetode.

Den kritisk rationalismes videnskabsmetode betegnes endvidere i faglitteraturen den hypotetisk-deduktive metode (e.g., Thisted, 2010) og illustreres som nedenstående

Figur 5: Hypotetisk-deduktiv metode

$$P \rightarrow T1 \rightarrow H \rightarrow FF \rightarrow T2 \rightarrow \dots$$

P står for problemet fra problemstillingen, T står for teori, den mulige forklaring af forhold i virkeligheden som formuleres ud fra en teoretisk og empirisk viden/forforståelse for problemet. Fra teorien T deduceres H hypoteser, som formuleres således, at de kan testes direkte i empirien samt konkrete forventninger til resultaterne af de efterfølgende undersøgelser. FF står for falsifikationsforsøg eller test af H. Bekræftes H, antages den del af teorien for gyldig. Bekræftes samtlige hypoteser, antages hele teorien gyldig, ellers betragtes den falsificeret, og teorien må omformuleres til en ny teori og derved bedre teori (mulig forklaring) T2. Som det er illustreret i figur 5 starter og slutter den *hypotetisk-deduktive metode* altid med problemer.

2.5 Kvantitativ metode

Qua den hypotetisk-deduktive metode søges den fremsatte teori testet i empirien. Der findes flere potentielle metoder hertil, men for denne afhandling vælges den kvantitativ metode. Den fremtrædende fordel ved denne metode er, at den producerede viden kan omsættes til tal. Svagheden ligger imidlertid i dybden af besvarelsen og dermed forklaringen i forhold til den frembragte teoris falsifikation eller verifikation (Harboe, 2010). En væsentlig begrundelse for valg af kvantitativ spørgeskemaundersøgelse som metode bunder i tidsperspektivet for videnindsamlingen. De danske praktiserende læger er travle mennesker, som finder det vanskeligt at afsætte tid i forbindelse med dybdegående interview eller fokusgruppe interview. Den kvantitative metode – herunder et spørgeskema – kræver i modsætning til de kvalitative metoder langt færre tidsmæssige ressourcer af de praktiserende læger. Det tilstræbes dertil i perspektivet af at opnå højest mulige svarprocent, at spørgeskemaet er kort og konkret.

Formålet med spørgeskemaet er således at undersøge og indsamle viden om de praktiserende lægers adfærd, involvering og attitude i henhold til falsifikation eller verifikation af den frembragte teori.

2.5.1 Dataindsamlingsmetode

Danske praktiserende lægers mailadresser og adgang til databaser, hvori disse forefindes, er ikke tilgængelige for offentligheden, og tilladelse til adgang heri er stærkt begrænset og kræver en længerevarende godkendelsesprocedure. Eftersom denne afhandling har begrænsede ressourcer i form af tid, har det ikke været muligt at opnå godkendelse, hvilket medfører, at indsamlingsmetoden er afgrænset til fysisk personudfyldte spørgeskemaer, som er udleveret og indhentet i lægepraksis hos praktiserende læger i Roskilde og omegn. De indsamlede data indtastes derfor manuelt i statistikprogrammet SPSS i forbindelse med databehandling og analyse. Ifølge Andersen (2008) kan man ved denne metode rejse spørgsmål til reliabiliteten eftersom risikoen for fejlindtastning forefindes, risikoen antages dog reduceret ved at dataindtastningen kontrolleres ved stikprøvekontrol.

Indsamlingsmetoden, proceduren herfor samt udvælgelsesrammen Roskilde og omegn kan imidlertid give anledning til systematisk skævvridning (bias) af stikprøven i henhold til undersøgelsens tilfældighed (e.g. Jensen & Knudsen 2009). Disse såkaldte måleproblemer tages der højde for i forbindelse med vurderingen af undersøgelsens resultater samt i konklusionen heraf.

2.5.2 Spørgeskema

Som påpeget antages svarprocenten at være højere, hvis spørgeskemaet er kort og konkret. Det er derfor valgt at lette respondenternes svar, ved at konstruere spørgeskemaet med strukturerede spørgsmål med foruddefinerede svarkategorier. Valget af lukkede svarmuligheder er med til at sikre ensartethed i besvarelsene, således at muligheden for tilfældige fejlkilder i forbindelse med fortolkning af svar minimeres (Jensen & Knudsen, 2009). Det medtages dog, at denne opbygningsmetode begrænser de praktiserende lægers svar til afkrydsningsmulighederne, men giver endvidere den fordel at der på forhånd kan tages hensyn til kodning (Malhotra og Birks, 2007).

Selve spørgeskemaet består af en indledning/introduktion, som kort informerer respondenten om formålet og hensigten med spørgeskemaet, efterfulgt af 2 såkaldte generelle spørgsmål (demografiske spørgsmål) om køn og alder. Disse spørgsmål medtages dels i forhold til at foretage repræsentativitetstest, men også i forbindelse med efterfølgende krydstabulering.

Respondenten stilles overfor 26 spørgsmål, som er inddelt under 11 overskrifter, hvoraf den første som nævnt indeholder 2 generelle spørgsmål.

De 24 spørgsmål er fordelt på *multiple-choice* og intervallskalerede spørgsmål.

Ved *multiple-choice* spørgsmålene forefindes der mellem 3 og 8 svarmuligheder.

Fordelen ved anvendelsen af *multiple-choice* spørgsmål er først og fremmest, at man reducerer respondentens ressourceforbrug, eftersom respondenterne ikke selv skal formulere og nedskrive sit svar, samt at svarene er enslydende og derved sammenlignelige. Ulempen ved disse spørgsmål er imidlertid ifølge Malhotra & Briks (2007), at de anvendte alternative svarmuligheder kan føre til *bias*, eftersom svarmulighederne som oftest aldrig vil indeholde samtlige svarmuligheder. I bestræbelsen på at nedbringe denne risiko er feltet *andet* indsat som svarmulighed, hvortil der er knyttet et fritekstfelt, hvor respondenterne selv kan formulere et svar, hvis den ønskede svarmulighed ikke fremgår.

Fordelen ved anvendelsen af intervallskalerede spørgsmål er, at de giver større mulighed for analyse (Jensen & Knudsen 2009). Der forefindes et intervallskaleret spørgsmål, hvortil svarmuligheden er på en nominalskala, dette er gældende ved aldersspørgsmålet, hvortil der er tilknyttet aldersinddelte afkrydsningsmuligheder, som er inddelt i samme aldersintervaller som anvendt ved Praktiserende Lægers Organisation (PLO's) praksistælling for 2011 (se bilag R). Denne inddeling er valgt med henblik på sammenligning af fordelingen i forbindelse med vurdering af undersøgelsens repræsentativitet.

De resterende intervallskalerede spørgsmål er opstillet som en 5-punkts balancerende, semantisk svarskala, som er en skala med svarmulighederne *Aldrig, i mindre grad, i nogen grad, i høj grad og Altid*.

2.5.3 Pilot-test

Der er foretaget pilot-test af spørgeskemaet inden udlevering for herigennem at identificere og eliminere mulige forståelses- og fortolkningsproblemer ved spørge- og svarrammen. Test af spørgeskema vurderes ifølge Malhotra & Birks at øge validiteten og reliabiliteten af undersøgelsen.

Pilot-testen er foretaget via mailkorrespondance i samarbejde med to læger. Ifølge Malhotra & Birks (2007) antages denne metode dog at give et mindre kvalitetsudbytte, eftersom det ved

denne metode ikke er muligt at observere testpersonerne ved udfyldelse af spørgeskemaerne og derved observere de reaktioner, som fremkommer, når respondenten stilles overfor de enkelte spørgsmål. Det har dog ikke været muligt at få fysisk kontakt med de praktiserende læger. Begrundelsen for ikke at ville deltage har primært været pga. manglende tidsmæssige ressourcer, hvilket desværre har medført, at denne testmetode har været eneste mulige form.

2.5.4 Svarkodning

Som nævnt er de indsamlede data indtastet manuelt i statistikprogrammet SPSS. Med henblik på dataanalyse har de forskellige svarmuligheder fået tildelt forskellige værdier/koder. De tildelte værdier/koder kan ses af bilag I, (*Spørgeskema kodning*). Som det fremgår, tildeles svarmuligheden *altid* værdien 5 og *aldrig* værdien 1. Dette er valgt, eftersom ordet *altid* sidestilles med noget som *gøres* hver gang, og hver gang menes at kunne tælles og vurderes til at udgøre en større mængde af observationer end aldrig.

2.5.5 Data analysemetoder

Af de 41 udleverede spørgeskemaer blev 35 udfyldt – heraf 29 korrekt udfyldt – hvilke dermed indgår i datasættet for analyse. Det forholdsvis lille datasæt påvirker muligheden for eksekvering af mere krævende dataanalyser – så som eksempelvis faktoranalyse. Dette skyldes problemet med at opnå signifikans i de statistiske analyser (Jensen & Knudsen, 2009). Ved analyse af data og test af hypoteser anvendes en række metoder, disse metoder beskrives nedenstående.

Univariat analyse

Univariat analyse eller frekvenstabeller betragtes som en af de mest simple databehandlingsmetoder, hvis deres primære formål er at give overblik over respondenternes svarfordelinger (Jensen & Knudsen, 2009; Andersen 2008) er frekvenstabeller. Der stilles ved metoden ikke krav til skalaniveau. Styrken ved denne metode er, at resultaterne er nemme at overskue, tolke og præsentere (Jensen & Knudsen, 2009).

Bivariat analyse

Bivariat analyse også kaldet krydstabulering stiller ligeledes ingen krav til skalaniveau, og der kan foretages analyser på såvel metriske, ikke-metriske samt sammensatte skalaer. Ved

sidstnævnte mistes dog en del af informationen fra de oprindelige data, hvorfor andre analyser kan være mere informationsgivende end krydstabulering. Hvorvidt der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem variablerne undersøges ved hjælp af chi-square, hvor p skal være mindre end 0,05 ved et 95 % konfidensinterval. Denne tester imidlertid kun for signifikans og ikke styrken af sammenhængen, for hvilken kan analyseres ved hjælp af Phi eller Cramers V. Phi anvendes kun, hvis krydstabellen består af 2x2 celler, ellers aflæses styrken af sammenhængen ud fra Cramers V. Hvis teststørrelserne har en værdi på 0, betyder det, at der ikke er nogen sammenhæng mellem variablerne. Det vil sige, at desto tættere værdien er på 1, desto stærkere sammenhæng er der mellem variablerne.

Forudsætningen for, at chi-square kan anvendes korrekt, er, at minimum 20 % af tabellens celler skal have en forventet cellefrekvens over 5. Ifølge Jensen og Knudsen findes der dog litteratur, hvor denne grænseværdi er sat til 3 (Jensen og Knudsen 2009:71). Ved variable med mange kategorier kræves derfor ligeledes en rimelig stikprøvestørrelse. Slutteligt er det afgørende for chi-square værdiens størrelse, at ingen af de forventede cellefrekvenser antager en værdi mindre end én, da dette vil forøge chi-square værdien unødigt. I disse tilfælde er det derfor hensigtsmæssigt, at re-kode variablenes svarkategorier således, at de kategorier med lave frekvenser sammenlægges.

Chi-square

Chi-square anvendes endvidere som testmetode for repræsentativitet i henhold til, om analyseresultaterne kan betragtes at kunne overføres til målpopulationen (Jensen & Knudsen 2009). Stikprøven antages repræsentativ, når dens fordeling ikke afviger betragteligt fra målpopulationen (Ibid.). Som nævnt er aldersintervallet i spørgeskemaet inddelt i samme intervaller som PLO har anvendt i deres praksistælling fra 2011, hvorved fordelingerne kan sammenlignes. Til analysen anvendes baggrundsvariablen alder. *Chi-square* testen tager normalt udgangspunkt i forudsætningen om, at der ikke forefindes en sammenhæng mellem to variable, men eftersom testen anvendes som repræsentativitet, er formuleringen af testen ændret, så der testes for samme fordeling i stikprøve og målpopulation (Ibid.). Endvidere er ønsket modsat normalt ikke at afvise hypotesen om manglende sammenhænge. Metoden stiller på samme måde som de to ovenstående metoder ikke krav til skalaniveau.

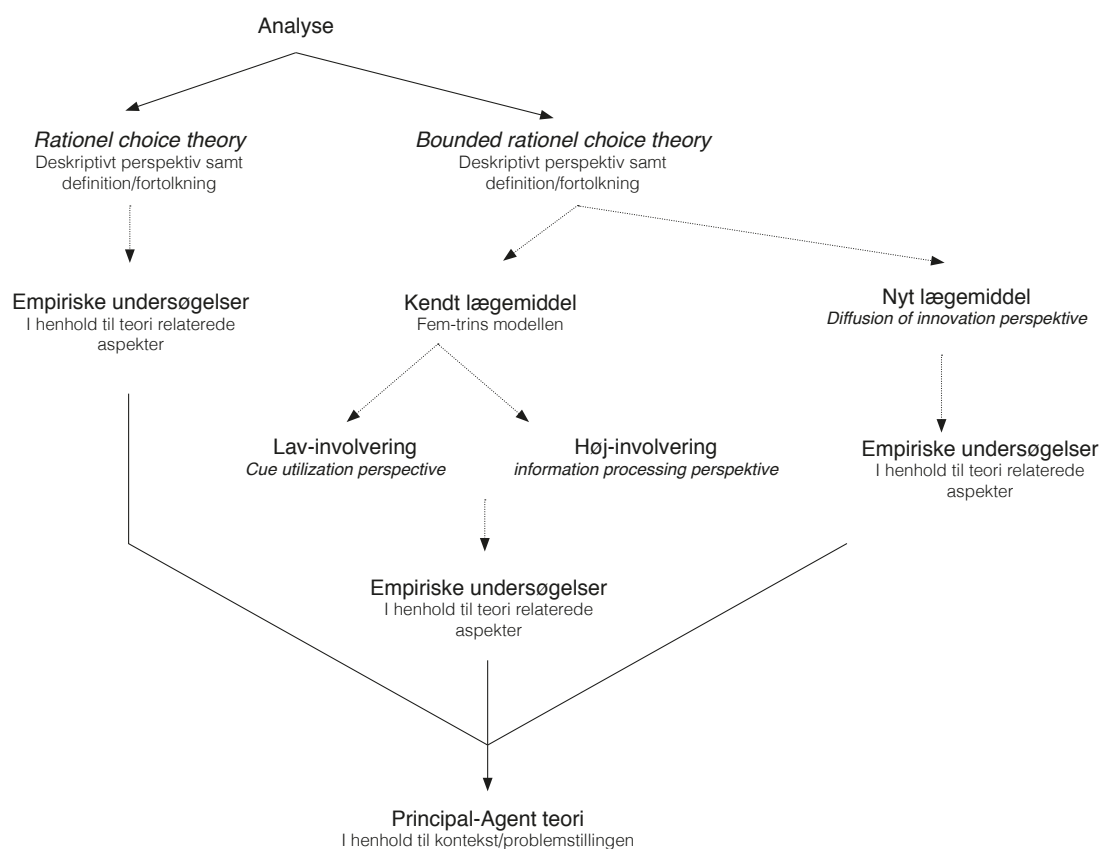
3 Teoretisk-Empirisk Analyse

3. Teoretisk empirisk analyse

Analysen tager afsæt i den rationelle model, eftersom markedet som nævnt rent teoretisk antages at være et BtB marked, hvortil det som anført favnes at købsadfærden er rationel. Denne vurdering støttes op af den studielitteratur, herunder faglitteratur, som er henvendt til de lægestuderende, omhandlende valg af behandling. De lægestuderende indlæres i henhold til valg af behandling i overensstemmelse med den klassiske økonomiske rationelle proces, som er grundlaget for *rational choice teori*, (e.g. Edwards, 2010; Hastie & Dawes, 2010; Albert, 1978). Det må derved betragtes og antages som en form for *fagmål*, at lægen via sit studie *lærer* og efterfølgende foretager ordineringsbeslutninger ud fra et økonomisk rationelt perspektiv.

Den såkaldte forforståelsesanalyse (teoretiske referenceramme) af ordineringsadfærd er struktureret som illustreret nedenfor:

Figur 6: Struktur for teoretisk-empirisk analyse



Med udgangspunkt i de to teorimodeller rational choice og bounded rational choice analyseres de centrale og relevante perspektiver i sammenhæng med empiriske studier af ordineringsadfærd.

Som det fremgår af illustrationen, opdeles analysen af adfærden i forhold til, om der er tale om et nyt eller kendt lægemiddel, dette skyldes andelen af *prior experience*. På trods af problemformuleringens fokusering på nye lægemidler analyseres og identificeres ordineringsadfærden om så og sige generelt set. Årsagen til dette ligger i antagelsen af, at et nyt lægemiddel vil indgå i en beslutningsproces, hvor det antages, at kendte alternativer på forhånd indgår som mulige beslutningsalternativer. Analysen i forhold til ordineringsadfærd af kendte lægemidler inddrager perspektiver fra *Cue utilization-* og *information processing perspective*. Hvorimod diffusions teorien anvendes ved analyse af nye lægemidler. Analysen munder ud i en kritisk refleksion af konteksten/problemstillingen i forhold til Principal-Agent teori.

3.1. Beslutningsprocessen

Empiriske studier af praktiserende lægers reelle rationelle adfærd er stærkt begrænset, hvilket kan fordre en overbevisning/betragtning af, at praktiserende lægernes ordineringsadfærd ikke følger den såkaldt fornuftige/logiske beslutningsproces som antages ved *rational choice theory*. Adskillige empiriske studier af lægers ordineringsadfærd (e.g. Denig & Haaijer-Ruskamp, 1992; Winfield *et al.*, 2009) peger på, at læger i deres vurdering af lægemidler langt fra følger en rationel lineær beslutningsproces, som er forudgående for rationelle beslutninger (Jf. figur 2).

Ifølge Hastie & Dawes (2010) anvender læger i forbindelse med vurderingen (judgment) af alternativer forskellige såkaldte attributter eller *cues*, hvilke i relation til lægemidler oftest klassificeres som *curing effects*, *side effects* og *cost of the drugs* (e.g., Lilja, 1976; Denig & Haaijer-Ruskamp 1992). Manglende information/viden om samtlige alternativer fører til anvendelse af såkaldte *trade-offs* mellem forskellige vurderingsattributter så som *side effects* vs. *cost of the drugs* i vurderingen af alternativer i den enkelte situation, hvilket medfører en opfattelse af, at præferencer ikke betragtes som værende konsistente og kontekst uafhængige (Ibid.).

Lilja (1976) peger i sine studier på, at de ovennævnte *trade-offs* afhænger af den stillede diagnose. Studierne peger på en tendens, hvor *cost of the drugs* tillægges en større værdi betydning end *side effects*, når valget står mellem forskellige antibiotika præparater, hvorimod *side effects* tillægges langt større værdi betydning end *cost of the drugs* ved valg af alternative diabetes lægemidler (Lilja, 1976:364). Samme tendens finder Denig & Haaijer-Ruskamp (1992), som mener, at vurderingen og vægtningen af *cues* afhænger af, hvor *farlig* (livstruende) diagnosen er.

Begrebet *evoked set* anvendes i *pharmaceutical marketing* som betegnelsen for det sæt af mulige behandlingsformer – medicinske såvel som ikke medicinske – en læge overvejer i forbindelse med behandlingen af en bestemt tilstand (e.g. Denig & Haaijer-Ruskamp 1992). Det antages dog, at de lægemidler, som indgår i en læges *evoked set*, oftest ordineres som følge af vane (e.g. Taylor & Bond, 1991; Denig & Haaijer-Ruskamp, 1992). At foretage et valg på baggrund af vane betragtes ifølge Hastie & Dawes (2010) som ikke at opfylde kriteriet (grundantagelserne) for et rationelt valg, eftersom den rationelle *decision-making process* ikke menes at følges ud fra den betragtning, at der ikke foregår en vurdering (*judging*) af samtlige alternative valg, som den rationelle *decision-making process* favner. Det samme gør sig gældende for de valg, som er foretaget ud fra såkaldte sociale faktorer, så som at foretage valg på det grundlag at andre også gør det (e.g. Hastie & Dawes, 2010). Studier så som Taylor & Bonds (1991) og Denig & Haaijer-Ruskamps (1992) kan anvendes som argument for, at grundantagelserne i *rational choice* teori kan betragtes som falsificerbare i forbindelse med lægers ordineringsadfærd, hvilket kan vurderes og forstås som, at den praktiserende læge i et klassisk økonomisk rationel choice perspektiv ikke vælger et lægemiddel frem for et andet på baggrund af en rationel *decision-making process*. Dette giver anledning til at stille spørgsmål om, hvorvidt beslutningen om et lægemiddel frem for et andet reelt set kan betragtes som en rationel beslutning foretaget af lægen selv?

Det kan ræsonneres, at der er foretaget et paradigmeskift af begrebet rationalitet. Anomaliernes i studierne af rationel adfærd indenfor ordineringsadfærd i henhold til den snævre økonomiske fortolkning af begrebet har medført, at man for rationalitetsantagelserne kan argumentere for en såkaldt videnskabelig krise, hvilket har fordret, at såkaldte *nye* principper og betragtninger har medført et dominerende paradigme indenfor perspektiveringen og

analyseringen af ordineringsadfærd. Man kan sågar argumentere for en videnskabelig revolution, eftersom princippet om *bounded rationality* vurderes som den dominerende tilgang ved studier af ordineringsadfærd. Det bør dog hertil understreges, at det ikke fejlagtigt må betragtes således, at princippet om *bounded rationality* er *sandheden om virkeligheden*, men som en påpegelse af at den dominerende forståelse af menneskelig adfærd – herunder ordineringsadfærd – er domineret af et *bounded rationality* perspektiv.

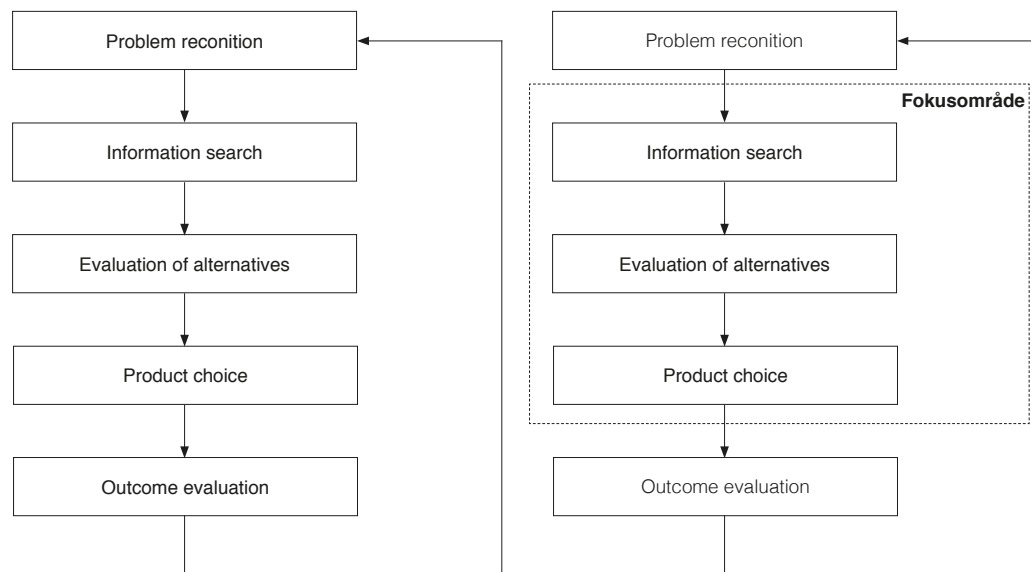
Ifølge den videnskabsteoretiske tilgang er dette dog ikke ensbetydende med, at de praktiserende lægers valg af lægemiddel ikke er rationelt, men peger mod en tendens til at rationel adfærd i et rationel *decision-making process* perspektiv ikke antages at være den gældende. De *rationelle choice theories* afvises imidlertid ikke fuldstændigt. Dette beror sig på betragtningen af, at vi som mennesker ikke ved, hvad vi vil observere i fremtiden, eller at der forefindes tilfælde, hvor det er gældende, at den praktiserende læge foretager valg af lægemiddel på baggrund af en økonomisk rationel *decision-making process*.

Ovenstående betragtning og vurdering af ordineringsadfærd fordrer, at den videre analyse af lægers ordineringsadfærd følger princippet om *bounded rationality*.

Fem-trins modellen

Princippet om *bounded rationality* er udgangspunktet for *fem-trins* modellen. Modellen betragtes som en blandt flere dominerende forklaringsmodeller i perspektiveringen af *consumer behaviour* (Solomon, 2010; Erasmus et al., 2010; Kotler et al., 2009). *Fem-trins* modellen er qua sit perspektiv en deskriptiv model, hvis hensigt er at forklare, hvorledes en forbruger i *virkeligheden* vælger *course of action*. Beslutningsprocessen i *fem-trins* modellen er illustreret i figur 7.

Figur 7: Fem-trins modellen (Solomon, 2010)



Informationsprocessen, herunder *information search* i *fem-trins* modellen, forekommes yderst væsentlig i henhold til ordineringsadfærd (*choice among alternatives*), eftersom det er en forståelse herfor, som er den ønskværdige.

For den videre analyse vurderes det imidlertid som fremhævet i del 2. Metode og teori herunder afsnittet teori væsentligt qua andelen af *prior experience* at adskille betragtningen af ordineringsadfærden i forhold til, om der for den praktiserende læge er tale om et kendt lægemiddel eller et nyt og såkaldt ukendt lægemiddel.

I forbindelse med analyse af ordineringsadfærden af de såkaldte kendte lægemidler tages der udgangspunkt i den førnævnte *fem-trins* model.

I perspektivering af beslutningen om ordinerings af nye lægemidler fokusres der på *diffusion theory*. Medtagelsen af analyse af adfærd i forbindelse med kendte lægemidler kan som nævnt i henhold til problemformuleringen virke irrelevant og overflødig, men vurderes væsentlig som led i den generelle forståelse af ordineringsadfærd.

3.2 Kendt lægemiddel

Som det er pointeret flere gange, ligger fokus på valg af lægemiddel efter stillet diagnose, hvilket betyder, at fokus er rettet mod stadierne *Information search*, *Evaluation of alternatives* samt *Product choice* i *fem-trins modellen* (se figur 7).

Information search afhænger i teorien af, hvor kompleks beslutningen forekommer for beslutningstageren. *Information search* opdeles i intern og ekstern søgning (e.g. Bettmann 1979:106; Solomon 2010:262). Begrebet interne søgeprocesser anvendes om den information, som er tilgængelig i den menneskelige hukommelse (e.g. hvad valgte jeg sidst), hvorved ekstern søgning anvendes som begreb om erhvervelsen af information fra kilder andre end dem hentet fra hukommelsen (e.g. kommercielle og ikke-kommercielle kilder) (Ibid.). Erfaring med problemstillingen antages i teorien at have indflydelse på omfanget af informationssøgningsprocessen. Det antages, at den eksterne søgning først fremkommer efter foretagelse af en intern søgningsproces, dog betyder dette ikke, at den interne søgning nødvendigvis leder til eksterne søgninger (Bettmann, 1979).

I betragtningen af omfanget af søgeprocesser, interne og eksterne processer er problemstillingens kompleksitet væsentlig, (e.g. kendt problemstilling/ofte stående overfor eller mindre kendt/mere sjældent problemstilling).

I henhold til empiriske studier af lægers informationsøgning observeres der en tendens, som peger i retning af, at lægerne betragter sig selv som *overloaded* med informationer fra både kommercielle og ikke kommercielle kilder (e.g. lægevidenskabelige kilder). Studierne peger på, at lægerne ikke vurderes i stand til at besidde den nødvendige kapacitet i forbindelse med forarbejdning af al tilgængelig information (PLO, 2008), navnlig tidspresset fra eksempelvis administrative opgaver samt den øgede kontrol af ordineret medicin er medvirkende til, at der opbygges præferencer for forskellige informationskilder (Ibid.).

Et andet væsentligt begreb foruden kompleksitet er involvering. Involvering defineres som niveauet af opfattet personlig vigtighed og/eller interesse vækket af en stimulus i en given situation (Blackwell et al 2001:91). Begrebet findes relevant, eftersom graden af involvering (e.g. høj eller lav) antages at have indflydelse på søge processen (Ibid.). Jo højere involvering, jo større motivation forbundet med informationssøgningen. Motivationen medvirker til, at

beslutningstageren er villig til at tillægge flere ressourcer i beslutningen. Graden af involvering antages således at have indflydelse på omfanget af problemløsningsprocessen (Blackwell 2001:91). Involveringsgraden og de begrænsede ressourcer (e.g. tid) anvendes endvidere også som kritikpunkter for *fem-trins-modellen*. Erasmus et al. vurderer, at man afhængigt af sin involveringsgrad sjældent følger alle fem stadier i modellen, hvorved det argumenteres, at den fulde model som oftest kun anvendes ved såkaldt *extended problem-solving*, hvor risikoen/usikkerheden ved valg af *course of action* vurderes høj (Erasmus et al., 2010:86). Den oplevede risiko/usikkerhed ved en beslutning betragtes derved som medvirkende til en øget involvering fra beslutningstageren, hvilket Liljas (1976) og Denig & Haaijer-Ruskamps (1992) studier endvidere påpegede. Produkter opdeles i litteraturen i to såkaldte *kategorier* i forhold til graden af involvering i henholdsvis lav-involvering og høj-involvering i forhold til den risiko, som er forbundet med beslutningen.

Studier af beslutninger ved lav-involveringsprodukter perspektiveres og analyseres ofte i forhold til *cue utilization theory* (e.g. Hansen, 2003), hvilken favner, at beslutningstageren i informationssøgningsprocessen anvender *cues* som identifikation, (e.g. pris) til vurdering af kvaliteten af produktet. *Cues* anvendes som nævnt tidligere som faktor for at kunne sammenligne produkter indenfor en kategori og betragtes således som shortcuts/tommelfingerregler (*heuristics*) til vurdering af selve produktet. Det valgte sammenlignings *cue* anvendes endvidere til at reducere den usikkerhed/risiko, som er forbundet med beslutninger, eftersom det valgte *cue* repræsenterer et værdigrundlag, som findes relevant i betragtningen og vurderingen af produktets kvalitet. Forskellen mellem produkter i kategorien lav-involveringsprodukter antages at være lav, hvilket bevirker, at der ofte er tale om anvendelsen af en eller meget få *cues* i både informationssøgningsprocessen og i selve beslutningen af *course of action* mellem alternativer (e.g., Solomon 2010; Blackwell, 2005; Dhimi & Harries 2009). Søgningssprocessen betragtes derved som afhængig af disse *cues* og kan i princippet stoppe, så snart der er nået frem til et produkt, som besidder dette *cue* eller har den højeste såkaldte *cue utility* (Dhimi & Harries 2009). Søgeprocessen antages endvidere at være tidsmæssig begrænset, da der på grund af den lave involveringsgrad ikke søges at anvende unødige ressourcer på informationssøgningen af disse produkter.

Det antages således, at ved lav-involveringsprodukter er informationssøgningsprocessen oftest begrænset til interne søgninger og består derved som oftest af vane/rutinebeslutninger eller som efterfulgt af en meget begrænset ekstern søgning.

I tilfælde med en høj involvering, er der som før nævnt oftest tale om en såkaldt udvidet beslutningstagning (*extended decision making*) eller gennemgang af hele *fem-trins* modellen. Det findes nærliggende at påpege, at diagnosen i sig selv ikke er afgørende for, om der er tale om en høj involvering. Egen interesse for et terapiområde antages endvidere at have indflydelse på dybden og omfanget af søgeprocessen. Denne påstand udledes fra teorien om, at man er mere åben overfor information om områder, som har en særlig interesse, altså områder hvor vi har en såkaldt subjektiv høj involvering (Hansen, 2003).

Informationssøgningsprocessen er ved høj-involveringsprodukter i forbindelse med individuel købsadfærd oftest betragtet og analyseret med udgangspunkt i *the information processing perspective*, hvilken søger at forklare, hvordan beslutningstageren (forbrugeren) anvender marketinginformation i sin beslutningsproces (e.g. Hansen, 2003; Blackwell, 2005; Kotler 2009). Som påpeget ovenstående gør beslutningstageren ved høj-involvering (produkter) brug af både intern og ekstern information i søgeprocessen. Det bør dog understreges, at ekstern information i beslutning om valg af lægemiddel ikke kun begrænses til at omhandle markedsføringsmateriale (*advertising*).

Empiriske studier af lægers eksterne informationssøgning peger på en tendens til, at de mundtlige overleverede informationer (e.g. via salgsrepræsentanter (SR), *Opinion Leaders* (OPL), medicinske konferencer, diskussionsgrupper mv.) oftest er foretrukket frem for skrevet information (e.g. medicinske journaler). Det vurderes, at fordelene ved de mundtlige informationskilder først og fremmest er informations forarbejdningstiden (Campo et al., 2005:90). Som nævnt indledningsvist i afhandlingen gør industrien i høj grad brug af *detailing* (salgsrepræsentanter) samt OPL som dominerende markedsføringsteknikker, hvorfor det vælges at rette fokus til disse to perspektiver.

Der findes adskillige studier af salgsrepræsentanter (SR) som mundtlige informationskilder i forbindelse med påvirkning af ordineringsadfærden (e.g. Søndergaard et al., 2009; Manchanda et al., 2005; Clark et al., 2011; Dhimi & Harries 2009; PLO, 2008). Resultaterne

påviser imidlertid forskellige tendenser. Det findes dog væsentligt at påpege, at de forskellige studier har forskellige dataindsamlingsmetoder, kvantitative og kvalitative samt hver deres formål i forbindelse med påvisning af et bestemt resultat, hvilket kan medvirke til refleksion om, at undersøgelserne kan være biased.

Nogle studier peger på, at SR som informationskilde vurderes gavnlig, eftersom de betragtes som en nem adgang til information om både nye og gamle lægemidler (e.g. Aasland & Førde, 2004; PLO, 2011). Informationerne spænder over alt fra kendskabsopbyggelse til mere teknisk orienteret information (Manchanda et al., 2005:784).

I studier af lægers attitude mod SR peger tendensen i forskellige retninger, nogle peger i retning af at være negativt ladet (e.g. Fischer et al., 2009; Manchanda et al., 2005), mens andre påpeger en positiv attitude (Aasland & Førde, 2004). Det bør dog fremhæves, at disse studier har haft et specifikt lægemiddel som fokusområde i undersøgelserne, hvilket bevirker, at der kan reflekteres over, hvilken attitude der reelt set er undersøgt, attitudeen mod den specifikke informationskilde (SR), den generelle attitude mod SR, det gængse lægemiddel, eller medicinalvirksomheden som markedsfører lægemidlet? (e.g. Søndergaard et al., 2009s fokus på inhalerede steroider i behandlingen af astma).

En yderligere interessant tendens er overbevisningen blandt lægerne om, at medicinalindustriens SR ikke har indflydelse på egen ordineringsadfærd, men at de påvirker kollegaernes ordineringsadfærd (Aasland & Førde, 2004: 2604).

Informationerne fra SR vurderes dog ikke til at være de mest pålidelige, men vurderes at give et nemt og tidsmæssigt hurtigt overblik over nyeste testresultater af *nye* såvel som *gamle* lægemidler (e.g. Fischer et al., 2009; Aasland & Førde, 2004; PLO, 2011).

Der reflekterer imidlertid over den overbevisning og holdning, lægerne har om deres respektive kollegaer, og om dette kan betragtes som det *sande* billede? Der reflekteres over, om det mere er et adfærdssønske end den reelle *sandhed* om egen adfærd. Læger er højt uddannede mennesker, som i forhold til deres profession må antages at have et ønske om at fremstå som rationelle mennesker, der kun foretager beslutninger på baggrund af rationelle vurderinger, både i forhold til diagnose, valg af behandlingsform, men også i høj grad i forhold til valg af lægemiddel. Man kan derved diskutere, om det er den faglige stolthed, som bliver sat på spidsen ved at bekræfte, at man påvirkes af SR (*detailing*)? Denne form for adfærd ville kunne betragtes som værende ikke-rationel, og spørgsmålet er, om den praktiserende læge ville ønske at blive portrætteret således?

3.3 Nye lægemidler

I beslutningen om ordinering af et nyt lægemiddel forefindes der modsat *gamle/kendte* lægemidler ingen *prior experience*, hvilket bevirker, at der er tale om *course of action*, som i allerhøjeste grad er forbundet med høj risiko. *Diffusionsteori* vurderes som nævnt i teori- og metodeafsnittet som værende en dominerende teori-tilgang indenfor forklaring af innovations udbredelse – herunder udbredelsen af nye tilgængelige lægemidler.

Studier af nye lægemidler ved *diffusion* teori sættes i høj grad i sammenhæng med *product life cycle* (PLC) perspektivet, i forbindelse med marketingstrategi (Groves, Flanagan & MacKinnon, 2002:186). Dette basseres bl.a. på, som omtalt tidligere, betragtningen af innovative lægemidlers begrænsede levetid grundet den tidsbegrænsede patentbeskyttelsesperiode (e.g. Grabowski & Vernin, 2000).

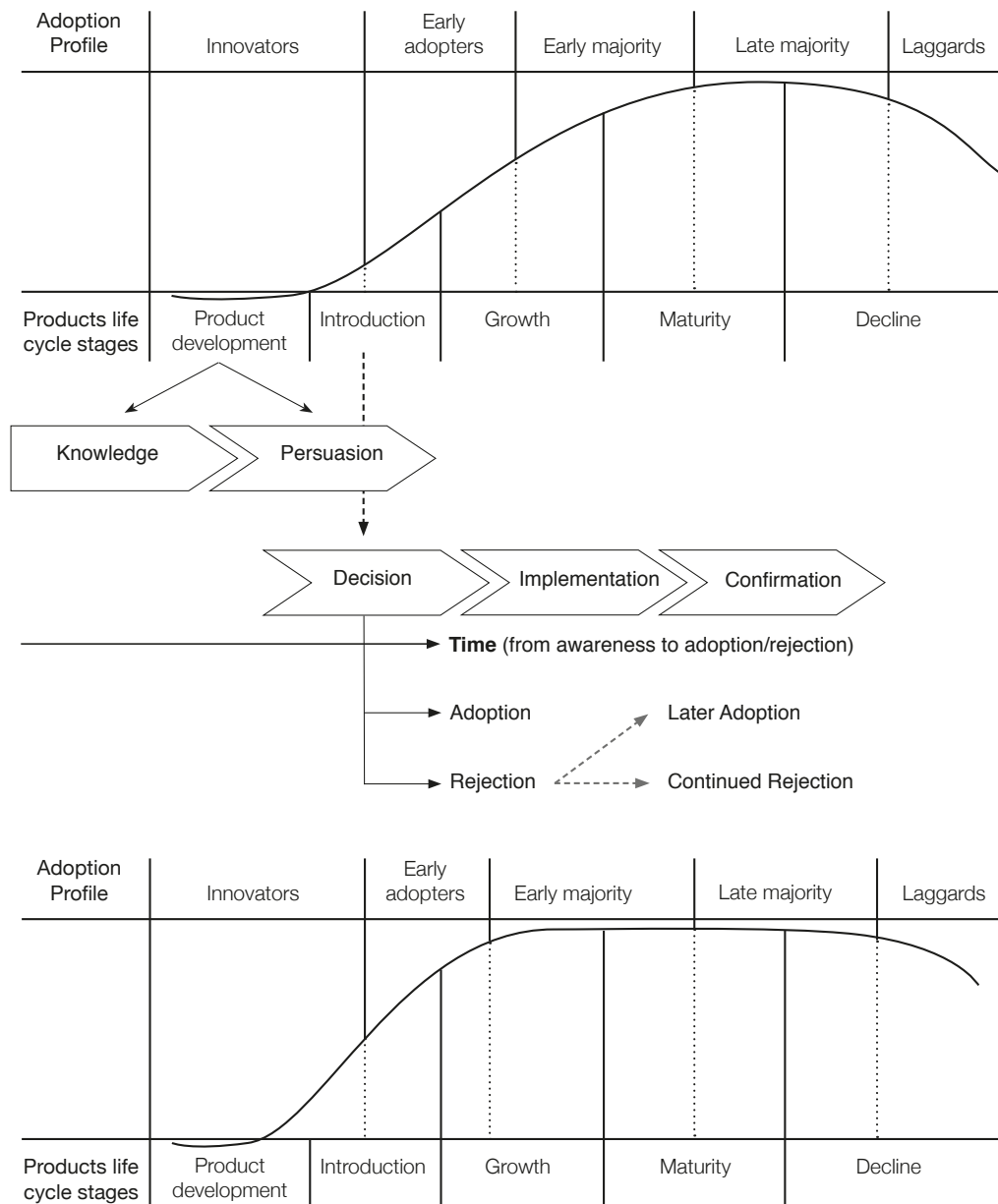
Diffusionsprocessen i det sociale system følger som nævnt en S-kurve, hvilken fremkommer af den kumulerede procentvise accept af innovationen gennem en periode (Rogers, 2003:22). Det antages, at jo kortere en adoptionstid, jo større sandsynlighed for lægemidlets succes (opnåelse af *blockbuster* status¹) og omvendt. Dertil forefindes der endvidere i industrien en antagelse om, at der forefindes en gruppe af læger, som generelt set er mere tilbøjelige til at adoptere/ordinerer nye lægemidler end andre læger (Dybdahl et al., 2004).

Disse betragtninger har ført til en strategisk tendens, hvorved industrien påbegynder påvirkningen *Knowledge* og *Persuasion*, af disse antaget *early adopters* allerede i lægemidlets udviklingsperiode (se nedenstående illustration herunder *product life cycle stages*) for så og sige at presse/influerer kurven (Baichwal & Neville, 2001).

I forståelsesøjemed skitseres modellen kort. Den øverste del af modellen viser adoptionsprofilen fra diffusionsteorien og den nederste del stadierne i PLC-kurven. Den uddybende beskrivelse af de enkelte *products life cycle stages* er henlagt som bilag C.

¹ Et *blockbuster* lægemiddel defineres som "one which achieves annual revenues of over US\$ 1 billion at global level." Pharmaceutical

Figur 8: Diffusion innovation og PLC (subjektiv fortolkning)



Betragtningen af adoptionstiden som afgørende faktor for succes og antagelsen om segmentering i forhold til adoptionsprofil betragtes at have påvirket de empiriske studier af nye lægemidler, eftersom de hovedsageligt er centreret om det sociale system (målgruppen) (e.g. Dybdahl et al., 2005; Steffensen, Sørensen & Olesen, 1999; Prosser & Valley, 2003; Dybdahl et al., 2004). De empiriske studier opdeler imidlertid oftest lægerne, det sociale system, i mindre kategorier end Rogers (2003) oprindelige opdeling med fem kategorier (e.g., Steffensen Sørensen & Olesen, 1999; Prosser & Valley, 2003).

Steffensen et al. (1999) inddeler de praktiserende læger i tre kategorier svarende til en sammenkobling af Rogers (2003) oprindelige fem. *Innovators* og *Early adopters* kategoriseres *Early Prescribers*, *Early* og *Late majority* som *Intermediate Prescribers* og *laggards* som *Late Prescribers*. Andre vælger imidlertid kun at opdele i to kategorier (e.g. Prosser & Valley, 2003).

Steffensen et al. (1999) studier peger på, at lægepraksis, som fungerer som *partnerships* er mere tilbøjelige til at ordinere ny medicin end solopraksis. Det bør dog understreges, at hvis der i undersøgelsen var fire læger tilknyttet praksissen, og kun en af de fire læger havde ordineret det nye lægemiddel, fremstod praksissen som at have ordineret det nye lægemiddel. Denne betragtning vurderes imidlertid ikke at give et retvisende billede, eftersom det vurderes, at *partnerships* har en større sandsynlighed for at havne i denne kategori end sololæger på grund af antallet af patienter tilknyttet praksissen, og derved må antages tilsammen at have flere ordinerings. Dybdahl et al. undersøgelse af *early adopters* viste endvidere ingen statistisk signifikans for denne sammenhæng (Dybdahl et al., 2004:671).

Der påpeges en tendens til, at hvis den praktiserende læge tillægges en gruppe (e.g. *Early Prescribers*), er denne tilbøjelig til at tilhøre samme gruppe ved andre nye lægemidler. Det skal dog påpeges, at denne tendens var mere fremtrædende for kategorien *late prescribers* (Steffensen et al., 1999). Man kan derved reflektere over, om lægens personlighed har indvirkning på, hvilken *kategori* man så og sige tilhører?

Rogers (2003) mener, at medlemmerne i de forskellige adopter profiler/kategorier (e.g. *early adopter*) har en hel del fællestræk i henhold til socioøkonomisk status, personlige værdier og kommunikationsadfærd. Dybdahl et al. (2004) fandt imidlertid ingen association mellem karaktertræk og adopter profilen *early adopters*, hvorved det af Dybdahl et al. vurderes, at overbevisningen om en *early-drug adoption* gruppe blandt praktiserende læger er en fejlagtig antagelse.

Flere studier peger i stedet mod, at det er selve typen af lægemiddel, innovationen, som påvirker adoptionshastigheden, *time* – fra tilskudsordnings frigivelse, introduktion, til første ordinerings. Hastigheden menes bl.a. at være påvirket af antallet af mulige alternative lægemidler/behandlingsformer tilgængelig for behandling (Steffensen et al., 1999).

Innovative lægemidler, hvortil der ikke forefindes en alternativ behandlingsform, eller hvor den eksisterende behandlingsform har mange bivirkninger, tenderer mod at have en hurtigere adoptionstid end lægemidler, hvor alternative behandlingsformer er tilgængelige (Prosser & Valley, 2003; Steffensen et al., 1999). Dybdahl et al. (2004) påpeger tillige i deres undersøgelse, at adoptionstiden korrelerer signifikant med det enkelte lægemiddel.

Endvidere antages det, at attituden rettet mod såkaldte revolutionerende lægemidler er langt mere positiv, og lægen dertil vurderes langt mere risikovillig (Prosser & Valley, 2003:568). Dette giver anledning til refleksion om, hvorvidt lægemidlets *relative advantage* kan antages at have en dominerende indflydelse på adoptions hastigheden, samt hvilken såkaldt *advantage* som har størst indflydelse?

I forhold til defineringen af beslutninger findes det imidlertid relevant at reflektere over, om man reelt set kan betragte beslutningen om adoption af et nyt lægemiddel, hvortil der ikke forefindes alternativer, som en reel beslutning i det definerede begrebs forstand? Man kan argumentere for, at der i denne situation ikke forefindes et egentligt valg mellem alternative lægemidler, men derimod mellem at behandle og ikke behandle med et nyt lægemiddel, hvilket ved denne betragtning må antages at være udenfor kandidatafhandlingens ramme.

Studier af nye lægemidler og *communication channels* har primært været centreret om interpersonelle kanaler, salgsrepræsentanter og opinion leaders.

I henhold til studier af influerende *communication channels* (e.g. Prosser & Valley, 2003) har salgsrepræsentanter langt større indflydelse på *High prescribers* (Jones, Greenfield & Bradley, 2001; Prosser & Valley, 2003). *High prescribers* antages at kunne sidestilles med Steffensen et al. (1999) *Early prescribers*, idet det antages, at *Early prescribers* har en større *list sizes* end *Low prescribers*, som derved igen antages at kunne sidestilles med *Intermediate* og *Late Prescribers* (Jones, Greenfield & Bradley, 2001). Det findes imidlertid relevant at have et kritisk perspektiv på denne antagelse, eftersom udbredelsen af alternative kommunikationskanaler på dette stadie, *Product development/introduktion*, sjældent er til stede, og kommunikationen, *knowledge/awareness*, om det nye lægemiddel på dette stadie/tidspunkt reelt set kun kommer et sted fra, så det ville være bemærkelsesværdigt, hvis

studier af *early prescribers* og *Communications channels* tenderede i anden retning.

De såkaldte risikoaverse praktiserende læger (*Intermediate* og *Late Prescribers*) tillægger i lang højere grad end *Early prescribers* guidelines *Peer reviewed* litteratur og Word Of Mouth (WOM) fra kollegaer/specialister, hvilke kan karakteriseres som *opinion leaders*, som betydningsfulde informations kilder. *Opinion leaders* karakteriseres som værende i besiddelse af stærke WOM-kræfter. En mulig årsag kan findes i teorien om WOM, som antager, at man som oftest kun anbefaler produkter eller services, hvis man er ovenud tilfreds, eftersom det er anbefalerens rygte, renommé og troværdighed, som sættes på spidsen ved anbefalingen (Reichheld, 2003). Der forefindes imidlertid ingen empiriske studier, som påviser tendensen til, at OPL har en reel indflydelse på lægers ordineringsadfærd (Nair, Manchanda & Bhatia, 2010).

Nogle studier viser en tendens til, at *Early Prescribers* er domineret af mænd, og *Late Prescribers* er domineret af kvinder. Det findes dog væsentligt igen at påpege, at andre studier ikke finder samme tendens (e.g. Prosser & Valley, 2003; Dybdahl, 2004).

Kønsforskellen findes dog alligevel interessant på trods af de modsatrettede observationer, eftersom det er to danske undersøgelser (Steffensen et al., 1999; Dybdahl, 2004), som påpeger og afkræfter associationen mellem kvinder og *late prescribing*. Associationen medfører, at Steffensen et al. (1999) karakteriser kvindelige praktiserende læger som værende mere konservative end deres mandelige kollegaer i deres tilgang til nye lægemidler. Det interessante og reflekterende ved dette studie er, at to ud af tre studerende på lægestudierne i Danmark er kvinder (Rye, 2008). Undersøgelser af kvinder og deres generelle risikovillighed peger endvidere på, at kvinder udviser en mere risikoavers adfærd end mænd. Spørgsmålet er derfor, om dette har eller vil have en betydning for adoptionshastigheden af innovationer på det danske marked. Tillige med den kønsmæssige adfærd, forefindes en betragtning af, at aldersmæssigt ældre læger antages at være mere risikoaverse end aldersmæssige yngre (Denig & Haaijer-Ruskamp, 1992). Det bør dog understreges, at der ikke forefindes studier, som har undersøgt denne tendens nærmere, men i forhold til de danske praktiserende lægers aldersfordeling, nu og på sigt, findes dette endvidere relevant at have for øje. I relation til dette peger Aasland & Førde imidlertid på, at aldersmæssige ældre læger er mindre skeptiske mod industrien end deres yngre kollegaer (Aasland & Førde 2004:124)

Det antages, at den risiko, som er forbundet med ordinerings af nye lægemidler, betragtes højere end ved ordinerings af kendte og såkaldte etablerede lægemidler. Årsagen antages at være den længere videreudviklingsfase. Videreudviklingsfasen – også kaldet fase 4 – er fasen efter lancering, jf. bilag E *Lægemidlets udviklingsfaser*, hvor data omkring eventuelle langsigtede effekter og bivirkninger af lægemidlerne indsamles fra læger og patienter. Tillige er det i denne fase, der foretages undersøgelser, om det nye lægemiddel er bedre end alternative tilgængelige lægemidler. Det antages, at der i bestræbelsen på at reducere den forbundne usikkerhed/risiko ved ordinerings anvendes andenhånds vurderinger/erfaringer fra eksempelvis kollegaer/specialister (Thistlethwaite, Ajjawi & Aslani, 2010).

Ved så og sige at *outsource* vurderingen af lægemidlet til anden hånd, må det af den praktiserende læge antages, at denne via sin eventuelle specielle viden besidder et bedre og bredere vidensgrundlag om samtlige alternativer tilgængelige, samt den risiko der er forbundet.

Det reflekteres yderligere, om denne form for beslutninger (brugen af OPL/guidelines) i forbindelse med beslutning om ordinerings af nye lægemidler kan betragtes som værende rationel? Denne refleksion er yderligere medvirkende til diskussionen om, hvem som er den egentlige beslutningstager?

Der forefindes endvidere en tendens til, at de praktiserende læger fortsætter med at ordinere det samme lægemiddel, som en specialist i første omgang har valgt at ordinere, og at den praktiserende læge kun vælger at ændre lægemidlet, hvis der opstår generende bivirkninger forbundet med det ordinerede lægemiddel (Thistlethwaite, Ajjawi & Aslani, 2010:238).

Fælles for de empiriske studier er imidlertid, at beslutningsprocessen betragtes at være:

- Underlagt principperne om *bounded rationality*
- Individuel
- Problemstilling/kontekstafhængig.

Problemstilling/konteksten antages endvidere i høj grad at være afhængig af, hvor *farlig* (livstruende) diagnosen er og har derved påvirkning på:

- Involveringsgraden, herunder
 - sammenlignings *cues* som værdigrundlag
 - Informationssøgningen.

I forbindelse med ordinerings af nye lægemidler antages det, at:

- Guidelines har størst indflydelse på gruppen *Intermediate* og *Late prescribers*
- SR har størst indflydelse på gruppen *innovators/high prescribers*
- Kvinder er mere konservative i deres ordineringsadfærd
- *Opinion leaders* ikke influerer ordineringsadfærden
- Lægemidler, hvortil alternative lægemidler forefindes, har en længere adoptionstid.

De praktiserende læger antages endvidere:

- At være *overloaded* med information
- At foretrækker mundtlige overleverede informationer
- Ikke at påvirkes af industriens SR, men har en overbevisning om at kollegaer påvirkes.

Det vurderes, at det såkaldte strategiske taktikmønster, *detailing*, som anvendes af industrien, kan betragtes som værende i overensstemmelse med nogle af de empiriske påviste tendenser af ordineringsadfærd. Det vurderes imidlertid, at der ikke findes et entydigt billede af ordineringsadfærd i relation til, hvad som påvirker den.

De afvigende studier af ordineringsadfærden fører dog til en vurdering af ordineringsadfærden som værende højst kompliceret. Det findes dog som nævnt væsentligt at have i mente, at de forskellige studier ikke har enslydende undersøgelsesformål, samme anvendte metode eller er foretaget i de samme lande, hvilket bevirker, at en decideret konkluderende beskrivelse af ordineringsadfærd ikke findes mulig. Årsagen menes i høj grad at skyldes den problemstilling/kontekst, som den praktiserende læge befinder sig i. Dog reflekteres der over, om nogle af de påpegede tendenser kan antages at være gældende for danske praktiserende læger og deres ordineringsadfærd.

Problemstillingen/kontekstens kompleksitet betragtes således som værende den mulige årsag til det uensartede billede, som tegnes af lægers ordineringsadfærd. Studier af ordineringsadfærden ved nye lægemidler vurderes ikke i samme form som ved studier af kendte lægemidler at inddrage konteksten/problemstillingen. Det findes derved centralt at perspektivere den kontekst/relation, som de danske praktiserende læger befinder sig i ved beslutning/valg af lægemiddel.

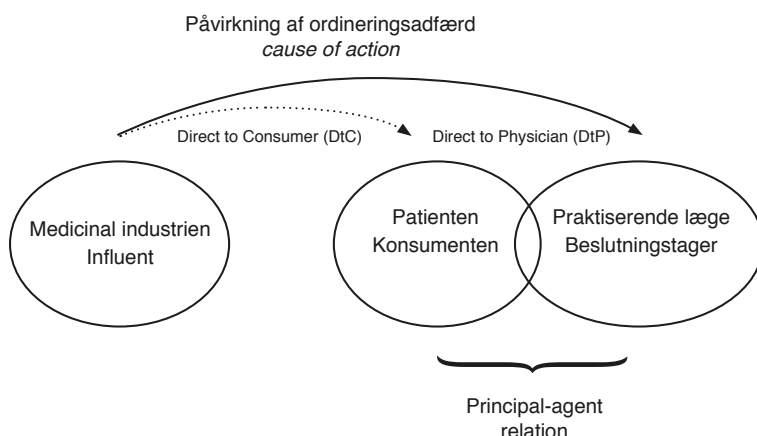
3.4 Problemstillingen/konteksten

Relationen imellem patienten og den praktiserende læge kan vurderes som værende en tvungen relation, dog ikke i den forstand at patienten ikke selv har valgt sin læge, men tvungen i den forstand at en patient ikke om så og sige kan undvære en læge, da det som nævnt kun er en læge som lovmæssigt må ordinere receptpligtige lægemidler.

I Danmark er der fri og gratis adgang til lægehjælp (Sygesikring og sikringsgrupper – borger.dk), hvilket betyder, at patient og læge antages at befinde sig i en økonomisk uafhængig relation, hvilket bevirker, at interessen i patient-praktiserende læge-relationen ikke betragtes økonomisk, men som en tillidsrelation.

Ved de digitale medier (e.g. internettet) er der som tidligere nævnt åbnet op for en informationskanal, hvor patienten på den ene side selv har mulighed for at opnå information om både diagnose samt alternative behandlingsformer (lægemidler), men derigennem også kan influeres direkte af industrien, hvilket er illustreret i figur 9. Denne marketingform betegnes som nævnt *Direct To Consumer* (DTC) og er et varmt emne indenfor *Pharmaceutical marketing*. Denne del (emne) ligger dog som understreget uden for denne afhandlings problemområde og vil derfor ikke blive omtalt eller uddybet yderligere, men findes relevant at have med rent illustrativt.

Figur 9: Principal-agent relation (subjektiv fortolkning)



Principalen og agenten antages begge nyttemaksimerende, hvilket betyder, at begge parter, patienten og den praktiserende læge, er opsat på at opnå den *course of action*, som er bedst for den individuelle part. Den praktiserende læge bør ud fra et optimalt agentperspektiv vælge den *course of action* som ud fra et nyttemaksimering-perspektiv giver patienten størst mulig personlige værdi. I teorien må dette antages at være det lægemiddel, som udviser størst effektivitet og sikkerhed samt med færrest mulige bivirkninger.

På samme måde må det forventes, at lægen søger/ønsker at give den bedst mulige behandling til patienten ud fra de ressourcer (e.g. tid, viden), som er til rådighed. Det kan antages, at begrænsningen i den praktiserende læges ressourcer er medvirkende til den målkonflikt, som antages at være til stede, jf. forudsætningerne for Principal-Agent teorien.

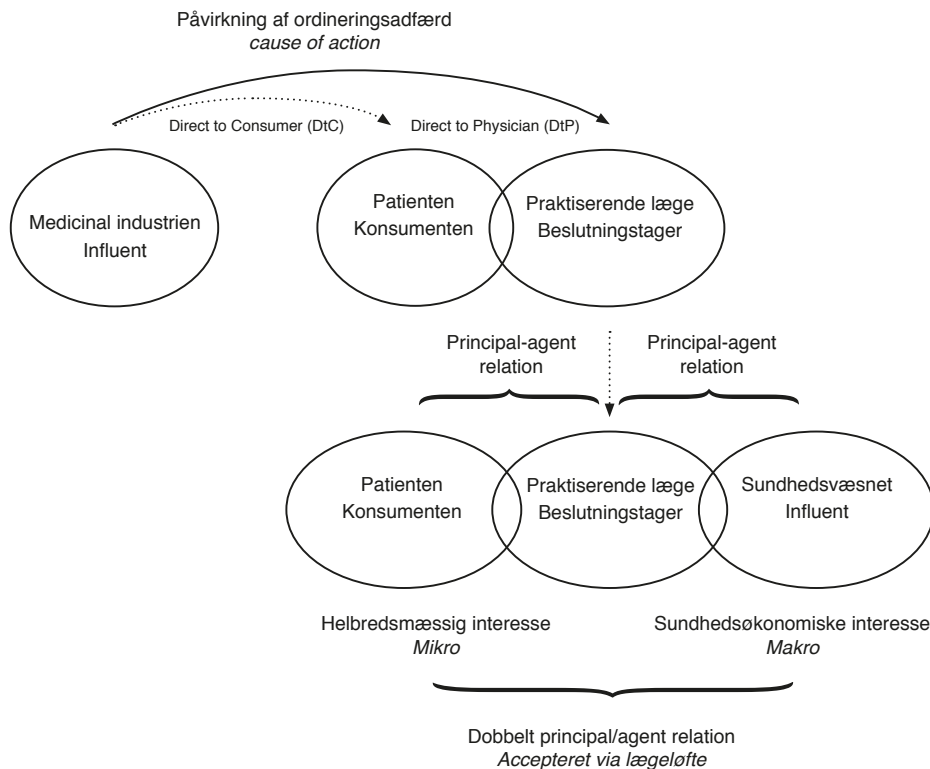
Før 1980 var den praktiserende læges hovedformål så og sige *kun* at servicere patienten i dennes interesse, hvilket betragtes som ændret væsentligt sidenhen (Angell, 1993). Den praktiserende læge har fået andre forpligtelser, som kan betragtes til at være i konkurrence med de eksisterende forpligtelser overfor patienten. I forhold til begrebet forpligtelser findes det interessant at betragte, hvad det er, den praktiserende læge reelt set forpligter sig til. Enhver læge afgiver ved slutningen af sin medicinske uddannelse et lægeløfte, dette er ikke et juridisk bindende løfte, men betragtes som et moralsk løfte (Skadsborg, Andersen & Bertelsen, 2005) som siden 1814 har lydt således:

Efter at have aflagt offentlig prøve på mine i de medicinskkirurgiske fag erhvervede kundskaber, aflægger jeg herved det løfte, til hvis opfyldelse jeg end ydermere ved håndsækning har forpligtet mig, at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhug til samfundets og mine medmenneskers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser. (Skadsborg, Andersen & Bertelsen, 2005:11)

Hvis man nærlæser løftet, forpligter lægen sig til *at anvende sine kundskaber* til både *samfundets og medmenneskers gavn*. Det betragtes, at lægen qua lægeløftet så og sige indtager rollen som agent for to principaler, medmennesker (patienter) og samfundet. Den praktiserende læges position mellem patienten og sundhedsmyndighederne betegnes en *Dual Principal-Agent* struktur (se figur 10). Betragtningen af denne *dual* struktur er dog et relativt nyt fokusområde i forbindelse med ordineringsadfærd (Langer et al., 2004).

Det øgede fokus på læger som dobbeltagenter tilskyndes bl.a. de faktorer, som verden, herunder Danmark, står overfor med en voksende demografisk udvikling med et stigende antal ældre borgere, hvilket bl.a. ligger et pres på de offentlige udgifter til sundhedsvæsenet. De sundhedsmæssige omkostninger til denne gruppe af befolkningen antages at stige på både mellem- og langt sigt. Endvidere er livstilssygdomme, sygdomme som er forårsaget af usunde vaner/livstil som eksempelvis overvægt med følgesygdomme, så som type II Diabetes og rygning med kredsløbssygdomme som følge, en voksende udfordring for hele verdenssamfundet, hvilket endvidere påvirker den offentlige sundhedsøkonomi (Livsstilssygdomme bliver det største globale sundhedsproblem i 2020 – videnskab.dk).

Figur 10: Dual Principal-Agent struktur (subjektiv fortolkning)



Danmark har nogle af EU's højeste sundhedsudgifter i % af BNP kun overgået af Østrig og Storbritannien. Danmark brugte i 2007 7,3 % af BNP på sundhedsudgifter (Fordelingen af offentlige udgifter / EU-Oplysningen – euo.dk). Udgifterne til sundhedsvæsenet betragtes ifølge den danske velfærdskommission at være en af de største trusler mod velfærdssamfundet. Som følge af de stigende omkostninger er der foretaget reguleringer på sundhedsområdet i form af tilskudsbegrænsninger, overvågning af recepter, højere krav til nye lægemidlers effektivitet og sikkerhed samt udvikling af rekommandationslister, hvis formål ifølge Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) er:

At støtte lægers ordination, hvad angår valget mellem tilgængelige lægemidler inden for en terapeutisk gruppe. (Institut for Rationel Farmakoterapi National Rekommandationsliste – irf.dk)

Rekommandationslisterne blev ifølge IRF første gang offentliggjort i 2003 (Søren Ilsøe Moreno, Ph.d., farmaceut, Institut for Rationel Farmakoterapi, Sundhedsstyrelsen). Det findes væsentligt at påpege, at de øgede sundhedsomkostninger ikke kun er i forbindelse med

udgifter til nye receptpligtige lægemidler, men også i forhold til et stigende antal lægebesøg af de tilknyttede patienter og de dertil hørende administrative opgaver. De praktiserende læger udtrykker i en medlemsundersøgelse, at de har et ønske om mindre administration i forbindelse med patientbehandlingen, så de får mere tid til den egentlige patientkontakt (PLO, 2008). Der reflekteres i denne forbindelse over, om reguleringerne påvirker ordineringsadfærden således, at lægen ordinerer på baggrund af guidelines/rekommandationer og ikke på baggrund af egne vurderinger?

Det reflekteres endvidere, om den danske lov om substitution (Vejledning om apotekets pligt til substitution og pligt til at informere om billigere kombinationer af flere ens mindre pakninger - retsinformation.dk) kan betragtes som en videre regulering af den praktiserende læges ordineringsadfærd? Substitution (erstatning) betegner ifølge lægemiddelstyrelsen:

At apoteket udleverer et andet og billigere lægemiddel end det, lægen har skrevet på recepten. (Ibid.)

Den praktiserende læge har indflydelse på, om lægemidlet skal substituere til et andet og billigere lægemiddel, hvis der anføres ”ej S” på recepten. Ifølge Vibeke Dahl Jensen fra Statens Serum Institut er fravalgsprocenten (”ej S”) for 2011 dog helt nede på 3 i forhold til 24 i 2000 (jf. bilag D). Der reflekteres over, om det kan antages, at de praktiserende læger enten har fået større fokus på *cost of the drugs*, eller om den lave fravalgsprocent skyldes, at den praktiserende læge registreres, når der påskrives ”ej S” på recepten og på den måde om så og sige står til regnskab for beslutningen om et bestemt lægemiddelmærke?

Det findes relevant at understrege, at det kun er lægemidler, hvis patent er udløbet, og et generisk alternativ med samme virksomme stof er til rådighed, som der skal substitueres til.

De danske læger har ifølge Sundhedsstyrelsen fri ordinationsret (Sygesikring og sikringsgrupper – borger.dk), men yderligere finansielle restriktioner af tilskudsordningerne² medfører refleksion om, hvorvidt man reelt set kan definere lægerne som værende i besiddelse af fri ordinationsret. Der kan endvidere stilles spørgsmål, om den frie ordinationsret indskrænkes eller påvirkes af loven om substitution, registreringen af recepter samt indførelsen af rekommandationslister? Ifølge IRF er hensigten, at

² Se beskrivelse af de danske tilskudsregler i bilag J

rekommendationslisterne skal danne baggrund for et såkaldt mere rationelt lægemiddelvalg (Institut for Rationel Farmakoterapi National Rekommandationsliste – irf.dk). Det reflekteres, om dette kan antyde, at *samfundet* ikke betragter de praktiserende læger som værende i stand til at foretage rationelle valg.

Som det påpeges i Prosser & Valleys (2003) studier af ordinerings influenter, påvirker lister/guidelines *course of action* herunder adoptionstiden af nye lægemidler. Endvidere viser studier, at læger, som anvender guidelines/rekommendationslister, antages at tilhøre gruppen *Intermediate* og *Late prescribers*, og derved er mere konservative i deres ordineringsadfærd. Det vurderes derfor yderst relevant at undersøge udbredelsen af disse rekommandationslister blandt de danske praktiserende læger, eftersom man kan argumentere for, at hvis lægerne i højere grad anvender disse lister, kan de betragtes som værende *Intermediate* og *Late prescribers*. Ifølge figur 8 har dette den konsekvens, at lægemidlet første gang først ordineres i lægemidlets *life cycle stage*, *Maturity*, hvilket i et *Effective patent life* perspektiv betyder en kortere indtjeningsperiode. Endvidere reflekteres der over, at hvis lægemidlet ikke findes i toppen på rekommandationslisten, om det så overhoved ordineres til trods for en øget markedsføringsindsats?

Ifølge IRF er kriterierne for udvælgelse og placeringen af lægemidlerne på rekommandationslisten ikke priser og økonomiske analyser, men derimod effekt.

Rekommendationer skal hovedsagelig evidensbaserede, og ved litteraturgennemgangen bør specialistgruppen vægte metaanalyser og systematiske oversigter højest. (Institut for Rationel Farmakoterapi Udvalgelseskriterier – irf.dk)

Der reflekteres over, at hvis prisen ikke spiller en væsentlig rolle, burde det være det mest effektive lægemiddel, som stod øverst på listen. I betragtningen af de øgede krav til nye lægemidlers effektivitet og sikkerhed ville man antage, at nye lægemidler ville være at finde øverst på rekommandationslisten, så prisen må alligevel antages i sidste ende at have en væsentlig betydning for lægemidlets placering.

Betragtningen af rekommandationslister og disses rangorden eller såkaldte præferenceliste opdelt efter terapiområde kan betragtes som værende i overensstemmelse med den økonomisk rationelle model, eftersom de aktører, som vurderer lægemidlerne, gør dette ud fra en rationel vurderingsproces. Der reflekteres derfor over, om den praktiserende læge ved at vælge

lægemiddel på baggrund af en rekommandationsliste betragter sig selv som rationel i sit valg af lægemiddel?

Ifølge Hastie & Dawes (2010) antages de valg, som vælges på baggrund af andres referencer eller anbefalinger, ikke at være rationelle i den snævre økonomiske forstand, eftersom det ikke er den praktiserende læge selv, som reelt set vurderer de enkelte lægemidler, men vælger på baggrund af andres vurderinger. Det findes imidlertid væsentligt at diskutere, hvornår noget er ens eget valg, og hvornår det er andre som vælger. At vælge på baggrund af rekommandationslister kan i et *bounded rationality* perspektiv argumenteres til at være rationelt i den forstand, at det ved antagelsen om begrænsede ressourcer giver mening (fornuft/logik) og værdi at vælge et lægemiddel, som anden hånd (specialister) har anvist på grundlag af en antaget rationel vurdering. Man kan endvidere argumentere for, at det er lægen selv, som i sidste ende beslutter, hvilket lægemiddel som ordineres på trods af, at det enkelte lægemiddel kommer fra en liste eller ej. Lægen beslutter jo selv, om det er det første eller sidste på listen, som ordineres. Omvendt kan man argumentere for, at lægen overdrager den overordnede beslutning/vurdering til anden hånd og derved beslutter ud fra andenhånds præferencer og ikke ud fra en vurdering af samtlige lægemidler. Et væsentligt reflekterende spørgsmål er endvidere, om den praktiserende læge overhovedet betragter beslutningen om lægemiddel som en betydningsfuld del af sit erhverv? Denne refleksion/undren bunder i refleksion over den lave procentdel af ”ej S” registreret, hvor man kan undre sig over, om den praktiserende læge ved ikke at påpege/fastlåse recepten på et bestemt lægemiddelmærke igen kan betragtes som at overlade beslutningen til anden hånd (apotekerne/patienterne)? Loven om substitution påpeger som nævnt, at det er det billigste alternativ, som skal tilbydes patienten, men eftersom apotekerne også er individuelle købmænd, som har forskellige indkøbsmønstre og distributøraftaler, må det antages at påvirke det tilgængelige sortiment hos det enkelte apotek. Det må dertil antages, at de tilgængelige lægemidler, som har den laveste pris, kan være forskellige fra apotek til apotek. Dette giver yderligere grund til spekulation om, hvem som egentlig har valgt/besluttet det lægemiddel, som patienten i sidste instans står med i hånden og derved indtager?

3.5 Beslutnings scenarier

For at skildre de forskellige beslutnings scenarier illustreres fire modeller for beslutningsforløb:

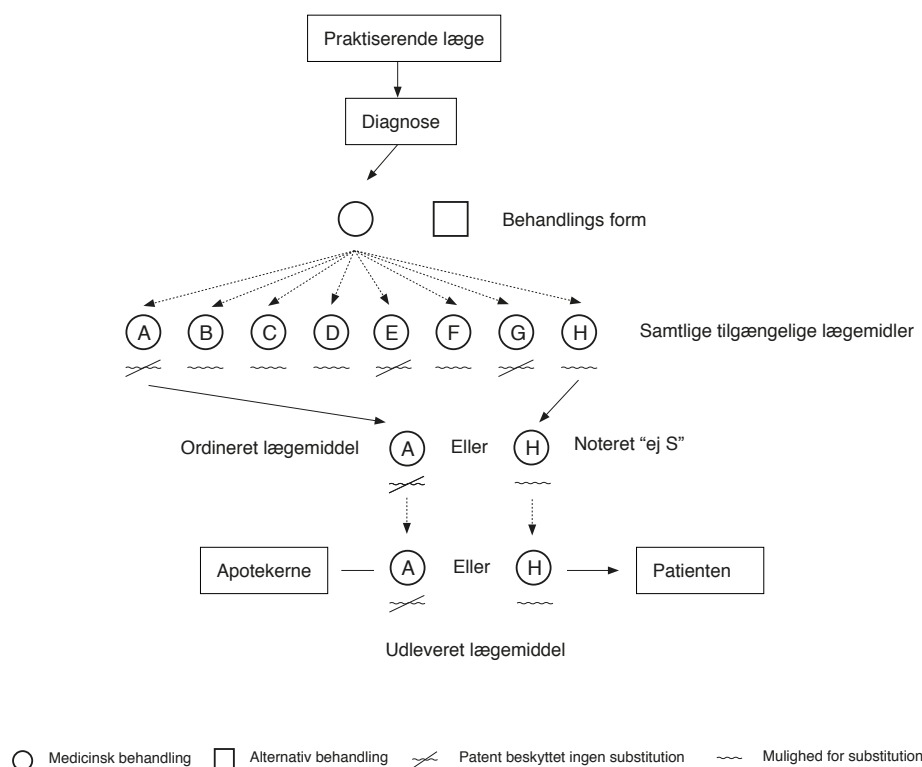
Senarie 1. betegnes *Fuld beslutning*, hvilket, som titlen understreger, illustrerer, at den praktiserende læge tager den fulde beslutning ved ikke at vælge ud fra andres referencer eller rekommandationer og ikke lader apoteket udlevere et alternativt lægemiddel eller ordinerer et patentbeskyttet lægemiddel, hvilket derved ikke er substituerbart.

Senarie 2. *Begrænset beslutning* betegner det beslutningsforløb, hvor den praktiserende læge vælger på baggrund af rekommandationslisten, hvilket qua den ovenstående diskussion betragtes som en begrænset beslutning foretaget af den praktiserende læge. Som illustreret kan det ordinerede lægemiddel både være patentbeskyttet, hvilket som nævnt bevirker, at det ikke er substituerbart, eller lægen kan fravælge substitution.

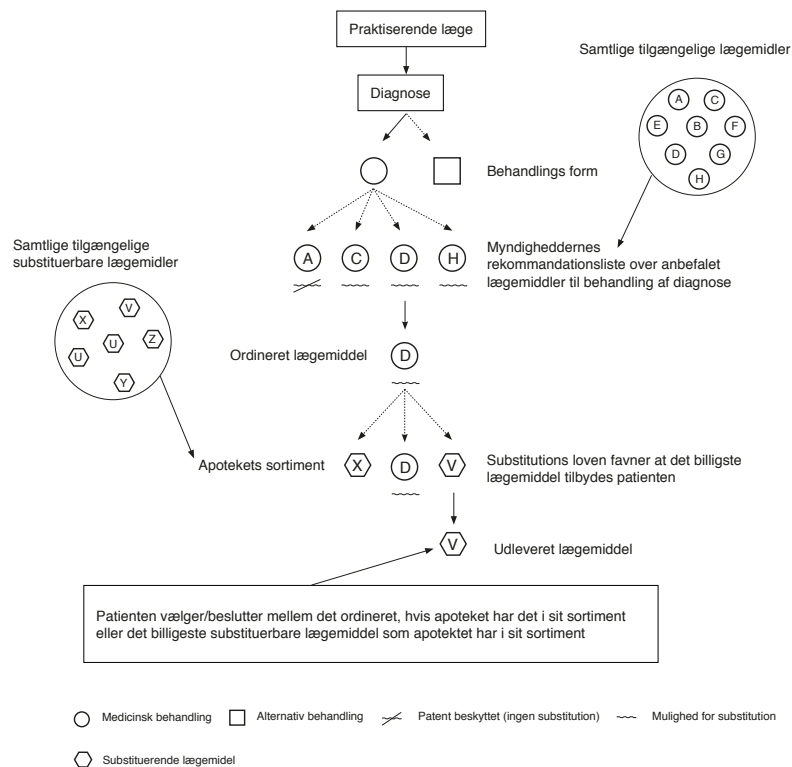
Senarie 3. *Fuld beslutning med økonomisk udlicitering* betegner, at lægen selv vælger på baggrund af egne vurderinger, men ikke fravælger substitution.

Sidste senarie 4. *Begrænset beslutning samt økonomisk udlicitering* betegner, at lægemidlet vælges ud fra rekommandationsliste, samt at der ikke fravælges substitution.

Figur 11: Senarie 1



Figur 14: Senarie 4



3.6 Fundamentet for teorien

Af analysen vurderes det, at den praktiserende læge ikke vælger *course of action* af et lægemiddel frem for et andet på baggrund af en økonomisk rationel beslutningsproces, som *normalt* antages ved et traditionelt BtB marked. Den praktiserende læge antages derimod at være begrænset rationel i sin beslutningsproces. Årsagen antages i høj grad at skyldes den kontekst/problemstilling, som den praktiserende læge befinder sig i, hvilken betragtes at være præget af begrænsede ressourcer (e.g. tid). De begrænsede ressourcer antages at påvirke lægens involvering i beslutningsprocessen samt antages at medvirke til rutine ordineringer samt åbenhed for udefrakommende stimuli.

Det danske marked for receptpligtig medicin og ikke mindst ordinerings vurderes stærkt reguleret qua receptovervågning, loven om substitution, og begrænsede tilskudsordninger. De øgede reguleringer samt betragtningen af begrænsede ressourcer til rådighed antages at påvirke de danske praktiserende lægers helt generelle ordineringsadfærd i en sådan grad, at det antages, at de oftest i deres beslutningsproces overlader den såkaldt rationelle vurdering – herunder præferenceliste – til myndighederne (rekommandationslister) samt den økonomiske

vurdering og endegyldige beslutning til apotekerne (substitution).

Som påpeget af Prosser & Valley (2003) antages lister/guidelines at have indvirkning på beslutningen/valget samt på adoptionstiden af nye lægemidler. Læger, som i større omfang anvender guidelines i deres beslutninger, antages at tilhøre kategorien *late prescribers*, hvilket betyder, at deres adoptionstid af innovationer betragtes længere og kræver flere ressourcer i henhold til *Persuasion*.

Diffusionsteorien vurderes at give et godt billede på innovationers udbredelse, eftersom det favnes, at der altid er en, som adopterer en innovation (et nyt lægemiddel) førend andre. Der forefindes dog som nævnt ikke studier, som bekræfter antagelsen om en såkaldt stabil adoptions profil af *early adopters*, hvilket i teorien ellers giver mulighed for en segmentering af lægerne i henhold til karaktertræk. Det antages, at det er det enkelte lægemiddels egenskab, som har påvirkning på adoptionshastigheden. Som nævnt har lægemidler, hvor der ikke forefindes alternative medicinske behandlingsmuligheder, en langt kortere adoptionstid, men der er ikke foretaget studier, om dette kan skyldes udbredelse via det sociale system eller på grund af, at lægemidlet fremgår af rekommandationslisterne.

Som følge af de illustrerede mulige beslutningsscenarier betragtes den praktiserende læge kun som værende den dominerende beslutningstager i det scenarie, hvor den praktiserende læge selv vælger/beslutter ud fra samtlige alternative lægemidler tilgængelige, med andre ord foretager egen vurdering og derefter enten ordinerer et patentbeskyttet lægemiddel eller ordinerer et lægemiddel, hvortil substitution fravælges.

Som resultat fremkommer følgende teori:

Den praktiserende læge er ikke den dominerende beslutningstager og derved bestemmende for det lægemiddel, som patienten i sidste instans indtager

Som påpeget i metodeafsnittet skal den frembragte teori for at opnå videnskabelig status som gyldig være potentiel falsificerbar ved empirisk test. Dette vurderes i høj grad muligt i betragtningen af de 4 tidligere beskrevne beslutningsscenarier, hvor muligheden for at den praktiserende læge betragtes som dominerende beslutningstager ved selv at vælger/beslutter ud fra samtlige alternative lægemidler og enten ordinerer et patentbeskyttet lægemiddel eller ordinerer et lægemiddel, hvortil substitution fravælges.

4 Kvantitativ Analyse

4. Kvantitative undersøgelse

Qua den hypotetisk-deduktive metode deduceres der ud fra teorien hypoteser, hvis formål som nævnt er at teste teorien i empirien. Teorien betragtes falsificeret, såfremt hypoteserne forkastes og omvendt. Jf. metodeafsnittet er den kvantitative metode – herunder en spørgeskemaundersøgelse – valgt som testmetode for teorien. Formålet med den kvantitative undersøgelse er således primært at teste den frembragte teori på de danske praktiserende læger. Det findes dog endvidere relevant at undersøge markedet for nogle af de indikationer som blev frembragt ved analysen af ordineringsadfærden. Det understreges, at undersøgelsens hovedformål ikke er at bevise teorien, men at teste den som en gyldig videnskabelig forklaring.

Nedenfor fremsættes hypoteserne samt formulering af de enkelte hypotesetest i henhold til accept/bekræftelse og afvisning/forkastelse. Endvidere fremsættes der qua den kritiske rationalismes videnskabsmetode forventningerne til undersøgelsens resultat.

Som nævnt er undersøgelsen foretaget på praktiserende læger i Roskilde og omegn, hvor de via et spørgeskema er stillet overfor 24 spørgsmål inddelt under 11 overskrifter, som er udledt af analysen i del 3. De 10 overskrifter er som følger:

1. Generelt
2. Dit arbejde som praktiserende læge
3. Valg af lægemiddel
4. Vurdering/sammenligning af alternative lægemidler
5. Påvirkning af markedsføring fra medicinalindustrien
6. Involvering i beslutningen
7. Kilder til beslutning
8. Ny lanceret medicin
9. Offentlige rekommandationslister
10. De danske substitutionsregler
11. Den dominerende beslutningstager.

Selve spørge- og svarrammen fremgår af bilag H

4.1 Hypoteser

Det betragtes, at hvis den praktiserende læge anvender rekommandationslister ved beslutning/valg af lægemiddel, er det ikke den praktiserende læge, som reelt set har foretaget beslutningen/valget af det lægemiddel, som patienten i sidste instans indtager.

Hypotese 1. *De praktiserende læger anvender rekommandationslister ved course of action af et lægemiddel frem for et andet.*

Testen går på spørgsmål 3 i spørgeskemaet, hvad der efter respondentens overbevisning som oftest ligger til grund for valg af et lægemiddel frem for et andet. Det vurderes, at hvis hovedparten $> 66\%$ oftest vælger på baggrund af rekommandationslister, bekræftes hypotesen. Der testes derfor, om andelen af respondenter, som anvender egne rationelle farmaøkonomiske overvejelser til valg af lægemiddel, hvilket betragtes at være forudsætning for at være dominerende beslutningstager, ligger $> 30\%$. Jf. metodeafsnittet er svarene kodet således, at svarer respondenter, at *de nationale rekommandationslister som oftest ligger til grund for valg af lægemiddel*, tilskrives værdien 1, og svares *egne rationelle farmaøkonomiske overvejelser* tilskrives modsætningsvis værdien 2. Der testes derfor, om værdien 2 tilskrives i mere end 30% af tilfældene. Der vælges den univariate analysemetode som test for hypotesen (se evt. del 2 – *Univariate analyse*).

Hypotesen formuleres testmæssigt derved således:

H_0 : Værdien 2 tilskrives mere end 30% af tilfældene ($n_2 > 0,30$)

H_A : Værdien 2 tilskrives mindre end 30% af tilfældene ($n_2 < 0,30$).

Er $n_2 < 0,30$ afvises H_0 , hvilket betyder, at H_A accepteres, og hypotesen om, at de praktiserende læger anvender rekommandationslister, betragtes bekræftet. Det forventes, at lægerne anvender de nationale rekommandationslister. Dette forventes til dels på baggrund af PLOs medlemsundersøgelse (PLO, 2008), hvor lægerne udtrykker, at de er tidspresset, men også på grund af den øget antaget høje andel af *late prescribers* som indikeret i analysen (del 3).

Hypotese 2. *De praktiserende læger tillader, at der på apoteket foretages substitution af de ordinerede lægemidler og overlader derved den økonomiske vurdering til apotekerne*

Det betragtes, at hvis den praktiserende læge ved ordineringsen ikke noterer *Ej S*, er det ikke den praktiserende læge, som reelt set har foretaget beslutningen/valget af det lægemiddel, som patienten i sidste instans indtager.

Denne hypotese testes i forhold til andelen af respondenter, som fravælger substitution, og dermed noterer *Ej S*. Det antages, at hvis lægerne i høj grad fravælger substitution, accepteres hypotesen. Jf. spørgeskemaet, bilag H, svarer respondenteren i spørgsmål 10 på, i hvor høj grad der noteres *Ej S* på recepten. Svarene er igen kodet således, at svarer respondenteren *Altid*, tilskrives værdien 5, og svarene *Aldrig*, tilskrives modsætningsvis værdien 1. Der testes derfor, om gennemsnittet er større eller lig 2, eftersom denne værdi betragtes som den *dømmende* værdi. Hypotesen testes også denne gang via den univariate analysemetode.

Hypotesen formuleres derved således:

H_0 : Gennemsnittet er større end eller lig 3 ($\bar{X} \geq 3$)

H_A : Gennemsnittet er mindre end 3 ($\bar{X} < 3$).

Er $\bar{X} < 3$ afvises H_0 , hvilket betyder, at H_A accepteres, og hypotesen om, at de praktiserende læger ikke fravælger substitution og dermed tillader, *at der på apoteket må foretages substitution*, betragtes bekræftet. Der forventes et resultat, som indikerer, at de praktiserende læger overlader/tillader, at den økonomiske beslutning/vurdering af lægemidler overgår til apoteket. Forventningen skyldes den lave fravalgsprocent (jf. bilag D).

Det findes i relation til undersøgelsesresultatets validitet relevant at foretage en repræsentativitetstest, for at undersøge om stikprøven kan betragtes repræsentativ til trods for den påpegede mulige systematiske skævvridning (bias) i henhold til undersøgelsens tilfældighed. Som metode hertil anvendes *Chi-square* testen som jf. metodeafsnittet tester for følgende:

H_0 : Samme aldersfordeling i stikprøve og målpopulation

H_A : Forskellig aldersfordeling i stikprøve og målpopulation.

Det søges dog – som nævnt modsætningsvist tidligere – ikke at afvise H_0 , eftersom dette ville betyde, at stikprøven afviger signifikant og således ikke er repræsentativ på testvariablen.

5 Resultater og Sammenfatning

5. Resultater og sammenfatning

I henhold til resultater og sammenfatning findes det væsentligt at indlede med en overordnet vurdering af data samt resultatet af selve dataindsamlingen.

Ud af de 41 udleverede spørgeskemaer blev 35 udfyldt, heraf 29 *korrekt* udfyldt.

Det er imidlertid valgt at lade data fra 2 af spørgsmålene (sp.4a & sp.4b) udgå af datasættet på grund af manglende reliabilitet, som ifølge Malhotra & Birks defineres som:

The extent to which a measurement reproduces consistent results if the process of measurement were to be repeated. (Malhotra & Birks, 2007:159)

Årsagen vurderes at skyldes en misforståelse i informationen omkring svarangivelsen til de 2 spørgsmål, eftersom en stor gruppe af respondenterne, >40 %, har afsat flere kryds end efterspurgt. Misforståelsen bevirker, at der ikke kan udledes et klart billede af respondentens vurdering/sammenligning *cue* ved valg imellem alternative lægemidler. Som nævnt i del 2 under afsnittet *Pilot-test*, har spørgeskemaet inden uddeling været udsat for pilot-test, for netop at identificere og eliminere sådanne mulige forståelses- og fortolkningsproblemer ved spørge- og svarrammen. Denne test må imidlertid betragtes som værende delvis utilstrækkelig. De 2 spørgsmål har dog ikke indflydelse på selve hypotesetestene, eftersom spørgsmålene var medtaget med henblik på en dybere forståelse samt forklaringsgrad af de praktiserende lægers ordineringsadfærd.

En frafaldsprocent på 14,6 vurderes lav. Dette skyldes en forudgående afvisende adfærd blandt lægesekretærene, som ved udleveringen var modtagere af spørgeskemaerne på vegne af de praktiserende læger og derved mellemmand mellem undertegnede og de praktiserende læger i henhold til udfyldelse af spørgeskemaet. I og med at spørgeskemaet så at sige er *hemmeligt* i den forstand, at der ikke findes et link mellem det enkelte udfyldte spørgeskema og den praktiserende læge, må man til enhver tid kunne stille spørgsmål til, om det er den enkelte læge, som reelt har besvaret spørgeskemaet. Endvidere vurderes det, at man altid vil kunne sætte spørgsmålstejn ved validiteten af respondenternes besvarelser. Dette skyldes som nævnt i del 1 under afsnittet *Kildekritik* risikoen for, at respondenterne svarer i forhold til det,

som opfattes som det *rigtige svar* i forhold til det *sande svar* om den virkelige ordineringsadfærd.

Det findes væsentligt at starte ud med resultatet af repræsentativitetstesten i henhold til stikprøvens repræsentativitet og generaliserbarhed. Dette bunder i betragtningen af, at denne antages at være medvirkende som belæg for, at resultaterne af hypotesetest mv. kan anvendes i henhold til påstande om populationen. Testen foretages som nævnt i henhold til PLOs praksistælling fra 2011.

Tabel 1 viser fordelingen af de 29 respondenter i henhold til køn og alder. I forhold til analyse af repræsentativitet har det imidlertid været nødvendigt at sammenlægge de oprindelige 9 intervaller til 5. Dette skyldes, at det ifølge Jensen & Knudsen frarådes at lave *Chi-square* test, hvis mere end 20 % af tabellens celler har forventede cellefrekvenser under 5 (Jensen & Knudsen 2009:71). Af tabel 2 og 3 fremgår resultatet af *Chi-square* testen (repræsentativitetstesten). Som det ses opnår testen signifikansværdien p , som er større end 0,05 ($P > 0,05$), hvilket gælder, at hypotesen om *Samme aldersfordeling i stikprøve og målpopulation* ikke kan afvises. Statistisk udtrykt, er det på et 95 % signifikansniveau ikke muligt at afvise hypotesen, eftersom den aflæste signifikansværdi på 0,666 er større end 0,05 (Jensen & Knudsen, 2009). Det vurderes dog, at det er muligt at stille spørgsmålstejn til repræsentativiteten i henhold til den demografiske fordeling, da undersøgelsen er foretaget på et begrænset demografisk område og derfor kan betragtes som biased.

I tillæg til repræsentativitet kommer vurderingen af den statistiske usikkerhed forbundet med generaliseringen af påstande. Ifølge Jensen & Knudsen er det en almindelig brugt tommelfingerregel, at stikprøver med mere end 30 observationer er tilnærmelsesvis normalfordelte (Jensen & Knudsen 2009:98). Datasættet består imidlertid kun af 29 observationer, men tommelfingerreglen går på populationer, som er langt større end de 3.595 læger, som udgør hele populationen, praktiserende læger i Danmark (Statistik om almen praksis – læger.dk). Det vurderes således, at man med rimelighed – på trods af de påpegede reliabilitetsproblemer ved indsamlingsmetoden – kan *generalisere* påstande om populationen. Dette vurderes endvidere muligt i betragtning af afhandlingens videnskabsteoretiske tilgang til erkendelse – herunder formål med undersøgelsen.

Tabel 1: Fordeling af alder og køn

	Aldersgruppe								
	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	Total
Antal mænd fordelt på alder	1	1	2	2	3	4	3	1	17
%-fordeling	5.9	5.9	11.8	11.8	17.6	23.5	17.6	5.9	100.0
% af den totale fordeling	3.4	3.4	6.9	6.9	10.3	13.8	10.3	3.4	58.6
Antal kvinder fordelt på alder	1	2	2	3	2	1	1	0	12
%-fordeling	8.3	16.7	16.7	25.0	16.7	8.3	8.3	0.0	100.0
% af den totale fordeling	3.4	6.9	6.9	10.3	6.9	3.4	3.4	0.0	41.4
Totale %-fordeling	6.9	10.3	13.8	17.2	17.2	17.2	13.8	3.4	100.0

Tabel 2: Aldersintervaller

	Aldersgruppe				
	-39	40-49	50-59	60-69	70+
Observed N	2	7	11	8	1
Expected N	1,3	7,5	10,6	9,3	0,3
Residual	0,7	-0,5	0,4	-1,3	0,7

Tabel 3: *Chi-square* resultat af repræsentativitetstest

Test Statistics	
Chi-Square	2.380a
df	4
Asymp. Sig.	.666
a. 2 cells (40.0 %) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is .3.	

Af nedenstående tabel 4 udledes resultatet af den første hypotese, H 1.

Tabel 4: Hvad ligger til grund for valg af lægemiddel

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
De nationale rekommandationslister	24	82.2	82.8	82.2
Egne rationelle farmaøkonomiske overvejelser	5	17.2	17.2	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Det fremgår af tabellens første kolonne (Frequency), at kun 5 ud af de 29 respondenter har angivet, at de som oftest anvender egne rationelle farmaøkonomiske overvejelser som grundlag for valg af lægemiddel. I kolonnen *percent* aflæses det, at de 5 observationer udgør 17,2 % ud af 100. Eftersom denne fordeling er < 30 %, afvises H_0 og hypotesen: *De praktiserende læger anvender rekommandationslister ved course of action af et lægemiddel frem for et andet*, er accepteret. Af tabellen fremgår det således også, at det er 82,8 %, som

udgør andelen af de respondenter, som oftest vælger lægemiddel på baggrund af rekommandationslister, hvilket er langt højere end forventet. Tillige understreger en gennemsnitsværdi på 4,6 ved svaret på spørgsmål 9 *I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af lægemidler*, at respondenterne i høj grad anvender nationale rekommandationslister i deres beslutning, hvilket i betragtning af beslutningsscenarier er medvirkende til at styrke teorien. Ved en bivariat analyse foretaget på køn indikeres det, at der ikke findes nogen væsentlig afvigelser. Den ovenstående indikation om, at der i høj grad anvendes rekommandationslister, er således gældende for både mandlige og kvindelige praktiserende læger. (Se bilag M)

Af nedenstående tabel 5 udledes resultatet af den anden hypotese, H 2.

Tabel 5: I hvor høj grad noteres ej S

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Aldrig	3	10.3	10.3	10.3
I mindre grad	26	89.7	89.7	100.0
Total	29	100.0	100.0	

I hvor høj grad noterer du "ej S" på recepten		
N	Valid	29
	Missing	0
Mean		1.9
Mode		2

Af svarfordelingen i tabel 5 fremgår det, at gennemsnitsværdien af svarfordelingen ligger på 1,9, hvilket er < 2 og betyder, at H_0 : *gennemsnittet er større end eller lig 3, ($\bar{X} \geq 3$)* afvises, og H_A og den forventede hypotese om, at lægerne i høj grad fravælger substitution, accepteres. Det findes tillige relevant at se på resultatet af *modeal* værdien, hvilken angiver den *kategori*, hvori der fremkommer flest observationer. I dette tilfælde er værdien på 2, hvilket indikerer, at lægerne i mindre grad noterer *ej S* på recepten, hvilket dog som nævnt også var forventet. Det indikeres, at loven om substitution er medvirkende til, at det ordinerede lægemiddel betragtes at være valgt på baggrund af et økonomisk grundlag. På trods af hypotesetestenes såkaldte lave analyseniveau og repræsentativitetstestens påpegede reliabilitetsproblemer ved indsamlingsmetoden vurderes teorien med rimelighed som gyldig. Vurderingen bygger på de ovenstående refleksioner af stikprøvestørrelsen og fordelingen, men i høj grad også på grund af formålet med selve afhandlingen. Teorien antages derved som en kraftig indikation på, at medicinalindustrien bør revurdere den

dominerende strategitilgang i forhold til at have de praktiserende læger som primær målgruppe for marketing aktiviteter.

I henhold til den frembragte teori rejser spørgsmålene sig om, hvad det kan have af betydning for lanceringen af nye lægemidler. Som det blev udledt ovenstående er der for denne undersøgelse 82,8 %, som oftest vælger lægemiddel på baggrund af rekommandationslister. I spørgsmålet om årsagen til ordinering af nye lægemidler fordeler besvarelsen sig, som det fremgår af nedenstående tabel

Tabel 6: Baggrund for ordinering af nye lægemidler fordelt på køn

		Den primære årsag til jeg udskriver ny medicin			Total
		På grund af evidensbaserede artikler	lægemidlets placering på rekommandationslisterne	Egne rationelle farma økonomiske vurderinger i forhold til samtlige nuværende tilgængelige lægemidler	
Køn	mand	8	7	2	17
	Kvinde	0	5	7	12
Total		8	12	9	29

Der reflekteres imidlertid over validiteten af dette resultat, eftersom 1/3 af respondenterne indikerer, at det er de evidensbaserede artikler, som primært er årsagen til ordineringen af nye lægemidler. I betragtningen PLOs undersøgelse af at de praktiserende læger og indikation af at de er presset på tid, findes det relevant at reflektere over validiteten i forhold til, om den praktiserende læge indikerer, hvad han antager, er det *rigtige* svar, eller om det er det *virkelige* svar? Af tidligere studier blev det påpeget, at læger, som anvendte evidensbaserede litteratur og guidelines, betragtes som risikoaverse og konservative i deres ordineringsadfærd. Der reflekteres over, om på man på trods af spørgsmålstejn ved validiteten af resultatet kan indikere, at de danske læger er konservative i deres adfærd og derved kan tilskrives at være *late prescribers*? Ved denne refleksion ville 89,7 % af stikprøven betragtes *late prescribers*. Som tidligere nævnt vurderes teorien om diffusion of innovation ideel til at forklare, hvordan innovationer udbredes, men ikke som segmenteringsværktøj af praktiserende læger. Denne vurdering skyldes manglende indikation på, at de praktiserende læger så at sige regelmæssigt tilhører samme adoptionsgruppe. Det indikeres dog, at de praktiserende læger også ved ordinering af nye lægemidler anvender rekommandationslister. Man kan så reflektere over,

om det er myndighederne, som bestemmer, hvornår der skal ordineres ny medicin og ikke lægerne, i betragtning af at det er myndighederne, som udarbejder listerne.

Eftersom det indikeres via teorien, at den praktiserende læge ikke er den dominerende beslutningstager, kan man stille spørgsmålstejn ved effekten af markedsføring i forhold til at påvirke lægernes adfærd. I spørgsmålet om, hvorvidt lægerne mener, at markedsføring fra industrien påvirker deres beslutning/valg af lægemiddel, indikerer 48,3 %, at markedsføring i mindre grad påvirker deres valg og 20,7 % i nogen grad. Ved Bivariat analyse i henhold til køn indikeres det, at de mandelige læger i højere grad påvirkes af markedsføring i forhold til deres kvindelige kollegaer, hvor 66,7 % udtrykker, at markedsføring fra industrien aldrig påvirker deres valg. (jf. bilag S). Ved betragtningen i forhold til aldersinterval indikeres der et billede, som er modsatrettet med Steffensen et al. 2009 studier, om at de aldersmæssigt ældre læger er mere tilbøjelige til at blive påvirket.

Ved krydstabulering af aldersfordelingen og markedsføringspåvirkning indikeres det samme resultat som Aaslund og Førde (2004:124) fandt i deres undersøgelse om en positivt signifikant ($p=0,000$) sammenfald mellem alder, og i hvor høj grad man påvirkes af markedsføring fra industrien. I betragtningen af aldersfordelingen i populationen (jf. bilag R) er der et flertal af aldersmæssigt ældre læger. I et markedsføringsmæssigt perspektiv ville man derved pege på en indikation om, at ældre mandlige læger er mere påvirkelige overfor markedsføring. Der reflekteres dog over, om det er vurderingen af markedsføringen som værende en gavnlig informationskilde som indikeret i Aasland & Førde (2004) studier, eftersom der ikke påvises en indikation af, at markedsføringen anvendes som beslutningsstøtte (jf. bilag Q).

Flere af undersøgelsens resultater bekræfter endvidere tendenser fra de tidligere omtalte studier om ordineringsadfærd. Dette gør sig bl.a. gældende for selve beslutningsprocessen, hvilken på grund af den høje andel som oftest vælger på baggrund af rekommandationslister at betragtes som værende begrænset rationel. Yderligere vurderes antagelsen om, at de praktiserende læger involverer sig mere, hvis diagnosen er livstruende og omvendt, at gøre sig gældende i denne undersøgelse (jf. bilag P).

Det ville være interessant at teste teorien på tidligere adfærd ved undersøgelse af udskrevne recepter, i henhold til hvilket lægemiddel som er ordineret af den praktiserende læge, hvilket lægemiddel som blev udleveret, hvilket lægemiddel som den pågældende dag var det billigste, samt hvilket lægemiddel som var rekommanderet lægemiddel inden for samme terapeutiske gruppe. En sådan undersøgelse vurderes som en mere solid test af teorien, og gyldigheden ved teorien vurderes at være større. Dette ville dog aldrig være et bevis for, hvem som er den dominerende beslutningstager, eftersom denne test ikke siger noget om fremtidig adfærd, men det antages at ville give en stærkere indikation.

Ved spørgsmålet om, hvem den praktiserende læge selv vurderer som dominerende beslutningstager, *Hvem mener du i sidste ende har valgt det udleverede lægemiddel*, svarer 72,3 % apotekerne, og 27,7 % at det er de praktiserende læger, som bestemmer. Det er interessant, at over 1/3 ikke mener, at det er dem selv, som i sidste ende vælger det udleveret lægemiddel.

Som favnet af metoden starter og stopper den hypotetisk-deduktive metode med et problem, hvilket fører til nye teorier, som bør testes i empirien. I kølvandet af denne undersøgelse og antaget gyldige teori, vurderes problemet om, hvem som er den dominerende beslutningstager og derved som bør være primær målgruppe for marketingaktiviteter ved lancering af nye lægemidler at udspringe.

I refleksion over resultatet af undersøgelsen findes det interessant for fremtidig undersøgelse at studerer apotekets rolle som beslutningstager, eftersom der er kraftige indikationer på at de i betragtningen af loven om substitution og eget sortiment, vurderes som have stor indflydelse. Denne vurdering synes støttet op af de praktiserende lægers svar til spørgsmålet, *Hvem mener du i sidste ende har valgt det udleverede lægemiddel*, hvor hele 72,3 % indikerer at det er apotekerne som bestemmer. Endvidere ville det være interessant at undersøge myndighedernes rolle i forhold til beregning og vurdering af lægemidler med henblik på at kunne påvirke lægemidlets placering på den offentlige rekommandationslisten.

6 Konklusion

6. Konklusion

Ordineringsadfærd må konkluderes til at være en yderst kompleks adfærd. Studier herom viser modsatrettede resultater, hvilket bevirker, at man på den ene side kan argumentere for brugen af *detailing* som primær strategisk tilgang, men samtidig også kan argumentere imod. Dette vurderes til dels at skyldes de forskellige formål, demografisk placering og anvendt undersøgelsesmetode for de empiriske studier af ordineringsadfærd. Endvidere er den problemstilling/kontekst, som den praktiserende læge befinder sig i, ikke ens fra verdensdel til verdensdel, hvilket tilsammen bevirker, at en decideret konkluderende beskrivelse af kendetegnene ved ordineringsadfærd ikke findes mulig.

Fælles for tilgangen og forståelsen af ordineringsadfærd er dog, at den er underlagt princippet om begrænset rationalitet, dette er til trods for, at markedet er underlagt en teoretisk karakteristisk vurdering af at være et BtB marked, hvortil beslutningsadfærd betragtes mere rationel med henblik på en rationel beslutningsproces.

Tilgangen og forståelsen af ordineringsadfærd vurderes at skyldes lægernes begrænsede ressourcer i form af tid og manglende kognitive ressourcer i forbindelse med vurdering af samtlige alternative lægemidler.

Patientens diagnose (problemstillingen) påvirker endvidere involveringen i beslutningen/valget af lægemiddel, hvilket betyder at ved såkaldte ukomplicerede problemstillinger betragtes adfærden at være omfattet af vaneordinerer påvirket af *herustics* i forhold til brugen af *cues*, som fungerer som sammenligningsværdigrundlag for valg af lægemidlet, som opdeles i *curing effect*, *side-effect* og *cost of the drug*.

Detailing i forbindelse med lancering af nye lægemidler antages i høj grad at bygge på diffusionsteorien, hvilken antager en samvariation i henhold til socioøkonomisk status, personlige værdier og kommunikationsadfærd, i forhold til en mulig segmentering af forbrugere i henhold til hastigheden af adoptionen af en innovation. Hovedparten af studier af ordineringsadfærd ved nye lægemidler fokuserer på disse antagelser og søger at teste effekten af kommunikationskanaler og karaktertræk ved det sociale system (de praktiserende læger) i forbindelse med segmentering. Der er dog igen ingen indikationer af at man kan tegne et tydeligt billede af lægerne i forhold til segmentering i forbindelse med eksempelvis *early adoption*.

Den dominerende teknik ved *detailing* er brugen af salgsrepræsentanter ved såkaldte face-to-face møder, der er dog ingen tydelig indikation på, at denne teknik påvirker selve ordineringsadfærden. *Detailing* ved brug af salgsrepræsentanter betragtes dog af de praktiserende læger som en nem informationskilde, som på en let tilgængelig måde opdaterer lægerne på viden om nye tilgængelige lægemidler. I teorien antages det endvidere, at udbredelsen af innovationen sker via word-of-mouth, via såkaldte *opinion leaders*, men heller ikke denne teori bekræftes i empirien.

Det indikeres dog i forbindelse med de forskellige adoptionsprofiler, som antages ved diffusion of innovation, at læger, som anvender guidelines i deres beslutninger/valg af lægemiddel, er mere risiko adverse/konservative i deres ordineringsadfærd og derved oftest har en længere adoptionshastighed, som bevirker, at de betragtes som *late adopters*. Denne betragtning er i forhold til den tid, det tager fra lanceringen af et nyt lægemiddel, til der er foretaget tilstrækkelige fase 4 test, hvilket udviklingen af guidelines baseres på.

Der forefindes endvidere stærke indikationer på, at det er selve lægemidlets effektivitet og andelen af alternative lægemidler, som har den direkte påvirkning på adoptionshastigheden og at derved hvilket lægemiddel som vælges. Diffusionsteorien vurderes ikke at tage højde for selve konteksten/problemstillingen, hvori beslutningen foretages, og konkluderes derfor at være en god teoretisk model, som giver overblik over innovationers udbredelse. Men de antaget teoretiske påvirkningsmekanismer og opdeling af det sociale system vurderes ikke til at være forenelige med *virkeligheden* i forhold til de praktiserende lægers ordineringsadfærd på grund af manglende bekræftende test, hvilket gør, at teorien i empirien betragtes gyldig som forklaring af diffusion nye lægemidler.

Det danske marked for receptpligtig medicin og ikke mindst ordinerer er stærkt reguleret qua receptovervågning, loven om substitution, og begrænsede tilskudsordninger. De øgede reguleringer samt betragtningen af begrænsede ressourcer til rådighed antages at påvirke de danske praktiserende lægers helt generelle ordineringsadfærd i en sådan grad, at det må formodes, at de oftest i deres beslutningsproces overlader den såkaldt rationelle vurdering – herunder præferenceliste – til myndighederne (rekommandationslister) samt den økonomiske vurdering og endegyldige beslutning til apotekerne (substitution). Det er denne konkluderende antagelse som sammen med vurdering af mulige beslutningsscenarie, hvori

den praktiserende læge betragtes som den altafgørende beslutningstager, som frembringer den postulerende teori, *et kvalificeret gæt på en forklaring af forhold i virkeligheden.*

Den praktiserende læge er ikke den dominerende beslutningstager og derved bestemmende for det lægemiddel, som patienten i sidste instans indtager.

Via den hypotetisk-deduktive metode, som er tilgangen til videnskabelighed, testes teorien i empirien via 2 deduceret hypoteser:

H1. *De praktiserende læger anvender rekommandationslister ved course of action af et lægemiddel frem for et andet.*

H2. *De praktiserende læger tillader, at der på apoteket foretages substitution af de ordinerede lægemidler, og overlader derved den økonomiske vurdering til apotekerne.*

Hypotesernes formål er qua metoden for videnskabelighed at teste teorien i empirien.

Hypoteserne testes via den univariate analysemetode ud fra data indsamlet via en spørgeskemaundersøgelse af 29 praktiserende læger i Roskilde og omegn.

Til trods for hypotesetestenes såkaldte lave analyseniveau og reliabilitetsproblemer ved den demografiske indsamlingsmetode konkluderes teorien med rimelighed som gyldig.

Vurderingen for konklusionen bygger på refleksion af stikprøvestørrelsen og fordelingen, men i høj grad også på grund af formålet med selve afhandlingen i forhold ikke at skulle bevise en tendens, men til at pege på tendenser, som bør udsættes for yderligere test.

Det konkluderes således, at det i industrien antaget billede af den praktiserende læge som dominerende beslutningstager ikke betragtes som værende i overensstemmelse med afhandlingens empiriske studie af de danske praktiserende lægers ordineringsadfærd. Denne konklusion bygger på undersøgelsens resultat, hvoraf 82,8 %, af de praktiserende læger indikerer, at deres valg af lægemiddel som oftest er foretaget på grund af rekommandationslister. I forlængelse af en diskussion om, hvem som ved brug af rekommandationslister reelt betragtes som beslutningstager, antages den praktiserende læge i et sådan senarie, ikke at være den dominerende beslutningstager, men derimod betragtes myndighederne, som har udarbejdet listerne at indtage rollen som beslutningstager.

I beslutnings senarier, hvortil den praktiserende læge ikke ordinerer et lægemiddel på baggrund af rekommandationsliste, men undlader at noterer *ej S*, koden for fravælgelse af

substitution, konkluderes det igen, at det ikke er den praktiserende læge som har valgt det lægemiddel som patienten i sidste instans står med i hånden. Her konkluderes det, at det er apoteket (via loven om substitution og eget tilgængeligt sortiment) som bestemmer hvilket lægemiddel som udleveres til patienten.

Det findes dog ikke muligt at konkluderer om myndighederne eller apotekerne bør være industriens primære målgruppe, men det konkluderes der er indikationer, der peger på, at industrien bør revurderer markedet.

Endvidere konkluderes det, at de faktorer som antages at ligge til grund for anvendelsen af *detailing* som teknik ved lancering af nye lægemidler, endvidere ikke fuldt ud bekræftes i empirien, hvortil teorien om brugen af *detailing* kan betvivles.

Det bør dog pointeres, at industrien på ingen måde negligeres. Dette kandidatafhandlingens studie af de praktiserende læger, vil aldrig kunne betragtes som en altafgørende indikation på, at industrien bør revurdere deres strategiske tilgang. Dette skyldes afhandlingens videnskabelige tilgang til erkendelse og de konsekvenser, som følger det forskningsmæssige resultat heraf.

Det konkluderes til sidst, at i søgningen efter en højere videnskabelig status bør den frembragte teori udsættes for yderligere test i forhold eksempelvis reel adfærd. En sådan undersøgelse vurderes, til trods for den videnskabelige overbevisningen om ikke at kunne afgøre noget universelt, af have en højere grad af videnskabelighed.

7 Perspektivering

7. Perspektivering

Konklusionen af afhandlingen peger på, indikationer af, at industrien på det danske marked bør vurdere den strategiske tilgang med de praktiserende læger som primær målgruppe. Som det fremgår af den hypotetisk-deduktive metode starter og stopper metoden altid med et problem.

Problemerne, som rejser sig, vurderes som følge af afhandlingens undersøgelse og konklusion i høj grad at gå på, hvem som i et markedsføringsmæssigt perspektiv bør være industriens primære målgruppe for aktiviteter.

Det er som nævnt ikke lovligt at markedsføre receptpligtige lægemidler overfor offentligheden, men i perspektiveringen af de frembragte beslutningsscenarier findes det reelt at stille spørgsmålstejn ved patienten og dennes rolle/påvirkning i beslutningen/valg af lægemiddel, eftersom det kan argumenteres via de frembragte beslutningsscenarier, at patienten også i sidste instans indgår i beslutningsprocessen om, hvilket lægemiddel som indtages, såfremt der forefindes billigere alternativer.

Til trods for forbuddet mod markedsføring rettet mod offentligheden lever vi i en tid, hvor vi om jeg så må sige *googler* alt. Vi involverer os i vores sundheds tilstand og søger information og viden som aldrig før. Internetsiden Netdoktor.dk har ifølge TV 2 Nyhederne over 400.000 hits hver måned. Desuden reflekteres der over den tillidsrelation, som patienten og den praktiserende læge antages at befinde sig i.

En undersøgelse af relationen mellem patienten og den praktiserende læge i forhold til faktorer så som tilfredshed og tillid i forbindelse med behandling ville være et interessant emne for fremtidig undersøgelse i forbindelse med eksempelvis pull strategier så som søgemaskine optimering og branding via sponsoring.

En anden relevant tilgang til problemstillingen ville have været en undersøgelse af årsagen til den til stadighed mest anvendte strategitilgang *detailing*. Ved denne tilgang ville det være interessant at undersøge industriens belæg for valg af *detailing* som dominerende strategitilgang samt en undersøgelse i relation til andre empiriske studier af ordineringsadfærd. En kritisk analyse af industriens egne analyser ville endvidere være et interessant aspekt i forhold til validitet og reliabilitet, formål og resultat i betragtningen af strategitilgangen.

Litteraturliste

Litteraturliste

Artikler:

- Aasland, O. G., & Forde, R. (2004). Physicians and drug industry: Attitudes and practice. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening : Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Raekke*, 124(20), 2603-2606.
- Agariya, A. K., & Singh, D. (2011). What really defines relationship marketing? A review of definitions and general and sector-specific defining constructs. *Journal of Relationship Marketing*, 10(4), 203-237.
- Albert, D. A. (1978). Decision theory in medicine: A review and critique. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, , 362-401.
- Angell, M. (1993). The doctor as double agent. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 3(3), 279.
- Baichwal, Anand & Neville, Deborah A. (October 2001). Adding value to products life-cycle management: Product enhancement through drug delivery systems. *I*(1)
- Bala, R., & Bhardwaj, P. (2010). Detailing vs. direct-to-consumer advertising in the prescription pharmaceutical industry. *Management Science*, 56(1), 148-160.
- Bettman, J. R. (1979). Memory factors in consumer choice: A review. *The Journal of Marketing*, , 37-53.
- Bettman, J. R., Luce, M. F., & Payne, J. W. (1998). Constructive consumer choice processes. *Journal of Consumer Research*, 25(3), 187-217.
- Campo, K., MSc, O. D. S., Gijsbrechts, E., & Van Waterschoot, W. (2006). Physicians' decision process for drug prescription and the impact of pharmaceutical marketing mix instruments. *Health Marketing Quarterly*, 22(4), 73-107.
- Clark, M., Vorhies, D., & Bentley, J. (2011). Relationship quality in the pharmaceutical industry: An empirical analysis. *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, 11(2), 144.
- Crone, M. (2004). Medicinalbranche spilder millioner på reklamer. *Berlinske*
- Denig, P., & Haaijer-Ruskamp, F. (1992). Therapeutic decision making of physicians. *Pharmacy World & Science*, 14(1), 9-15.
- Dhami, M. K., & Harries, C. (2009). Information search in heuristic decision making. *Applied Cognitive Psychology*, 24(4), 571-586.

- Dybdahl, T., Andersen, M., Kragstrup, J., Kristiansen, I. S., & Søndergaard, J. (2005). General practitioners' adoption of new drugs and previous prescribing of drugs belonging to the same therapeutic class: A pharmacoepidemiological study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 60(5), 526-533.
- Dybdahl, T., Andersen, M., Søndergaard, J., Kragstrup, J., & Kristiansen, I. S. (2004). Does the early adopter of drugs exist? A population-based study of general practitioners' prescribing of new drugs. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 60(9), 667-672.
- Erasmus, A. C., Boshoff, E., & Rousseau, G. (2010). Consumer decision-making models within the discipline of consumer science: A critical approach. *Journal of Family Ecology and Consumer Sciences/Tydskrif Vir Gesinsekologie En Verbruikerswetenskappe*, 29(0)
- Fischer, M. A., Keough, M. E., Baril, J. L., Saccoccio, L., Mazor, K. M., Ladd, E., et al. (2009). Prescribers and pharmaceutical representatives: Why are we still meeting? *Journal of General Internal Medicine*, 24(7), 795-801.
- Grabowski, H. G., & Vernon, J. M. (2000). Effective patent life in pharmaceuticals. *International Journal of Technology Management*, 19(1), 98-120.
- Groves, K. E. M., FIANAGAN, P. S., & MacKinnon, N. J. (2002). Why physicians start or stop prescribing a drug: Literature review and formulary implications. *Formulary*, 37(4), 186-194.
- Hansen, T. (2003). *Consumer decision making – A research note*. Unpublished manuscript.
- Hastie, R., & Dawes, R. M. (2009). *Rational choice in an uncertain world: The psychology of judgment and decision making* Sage Publications, Inc.
- Hoots, M. (2005). Customer relationship management for facility managers. *Industrial Management & Data Systems*, 111(6), 943-960.
- Jones, M. I., Greenfield, S. M., & Bradley, C. P. (2001). Prescribing new drugs: Qualitative study of influences on consultants and general practitioners. *Bmj*, 323(7309), 378.
- Kvesic, D. Z. (2008). Product lifecycle management: Marketing strategies for the pharmaceutical industry. *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, 8(4), 293.
- Lehrskov-Schmidt, D. (2004, Henley Management College). *An investigation of the effects of corporate branding in the pharmaceutical industry on customer behaviour and loyalty*. Unpublished manuscript.

- Lilja, J. (1976). How physicians choose their drugs. *Social Science & Medicine* (1967), 10(7-8), 363-365.
- Manchanda, P., Wittink, D. R., Ching, A., Cleanthous, P., Ding, M., Dong, X. J., et al. (2005). Understanding firm, physician and consumer choice behavior in the pharmaceutical industry. *Marketing Letters*, 16(3), 293-308.
- Nair, H. S., Manchanda, P., & Bhatia, T. (2010). Asymmetric social interactions in physician prescription behavior: The role of opinion leaders. *Journal of Marketing Research*, 47(5), 883-895.
- PLO. (2008). *Medlemsundersøgelse*
- Prosser, H., & Walley, T. (2003). New drug uptake: Qualitative comparison of high and low prescribing GPs' attitudes and approach. *Family Practice*, 20(5), 583-591.
- Reichheld, F. F. (2003). The one number you need to grow. *Harvard Business Review*, 81(12), 46-55.
- Rye, J. (2008, 14.08.08). Kvinder stormer ind på studierne. *Jyllands Posten Aarhus*,
- Simon, H. A. (1955). A behavioral model of rational choice. *The Quarterly Journal of Economics*, 69(1), 99-118.
- Simon, H. A. (1992). What is an "explanation" of behavior? *Psychological Science*, 3(3), 150-161.
- Søndergaard, J., Vedsted, P., Hansen, D. G., Rasmussen, H., Buusman, A., & Andersen, M. (2007). Forskning i ordination af lægemidler i almen praksis. *Ugeskrift for Læger*,
- Steffensen, F. H., Sørensen, H. T., & Olesen, F. (1999). Diffusion of new drugs in danish general practice. *Family Practice*, 16(4), 407-413.
- Taylor, R. J., & Bond, C. M. (1991). Change in the established prescribing habits of general practitioners: An analysis of initial prescriptions in general practice. *The British Journal of General Practice*, 41(347), 244.
- Thistlethwaite, J., Ajjawi, R., & Aslani, P. (2010). The decision to prescribe: Influences and choice. *InnovAiT*, 3(4), 237-243.

Bøger:

Andersen, H. (1994). *Videnskabsteori og metodelære.-1: Introduktion* Samfundslitteratur.

Andersen, I. (2008). *Den skinbarlige virkelighed* (4. udgave ed.) Samfundslitteratur.

Christopher, M., Payne, A., & Ballantyne, D. (2002). *Relationship marketing – creating stakeholder value* Butterworth Heinemann.

Edwards, L. D. (2010). In Edwards, Lionel D., Fox, Anthony W., Stonier, Peter D. (Ed.), *Principles and practice of pharmaceutical medicine* (3. ed ed.) Wiley-Blackwell.

Fuglsang, L., & Olsen, P. B. (2004). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer* Roskilde Universitetsforlag.

Harboe, T. (2010). *Metode og projektskrivning: En introduktion* (2e ed.) Samfundslitteratur.

Holm, A. B. (2011). *Videnskab i virkeligheden* Forlaget Samfundslitteratur.

Hutt, M. D., & Speh, T. W. (2010). *Business marketing management: B2B* (10 e) South-Western Pub.

Jensen, J. M., & Knudsen, T. (2009). *Analyse af spørgeskemadata med SPSS* (2e ed.) Syddansk Universitetsforlag.

Kelle, K. L., Brady, M., Goodman, M. R. V., Hansen, T., & Kotler, P. (2009). *Marketing management*. Harlow, England New York; Harlow: Pearson/Prentice Hall; Pearson / Prentice Hall.

Malhotra, N., & Birks, D. (2007). *Marketing research: An applied approach: 3rd european edition* Pearson Education.

Nygaard, C. (Ed.). (2006). *Strategizing – kontekstuel virksomhedsteori* (3. udgave ed.) forlaget samfundslitteratur.

Pedersen, J. (2000). *Hvad er rationalitet?* (1. Udgave ed.) samfundslitteratur.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations. Book*,

Rønn, C. (2006). *Almen videnskabsteori: For professionsuddannelserne: Iagttagelse, viden, teori, refleksion* Alinea.

Skadsborg, M. K., Andersen, T. E., & Bertelsen, K. (2005). *Etiske spørgsmål i medicinen* (1. udgave ed.) Fadls forlag.

Smith, M. C. (1988). *Principles of pharmaceutical marketing* Routledge.

Solomon, M. R. (2010). *Consumer behaviour: A european perspective* Financial Times/Prentice Hall.

Websider:

Fordelingen af offentlige udgifter / EU-oplysningen Retrieved 5/9/2012, 2012, from http://www.euo.dk/fakta/tal/offentlige_udgifter/

Vejledning om apotekets pligt til substitution og pligt til at informere om billigere kombinationer af flere ens mindre pakninger - retsinformation.dk Retrieved 6/22/2012, 2012, from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10268>

Livsstilssygdomme bliver det største globale sundhedsproblem i 2020 | videnskab.dk Retrieved 5/9/2012, 2012, from <http://videnskab.dk/krop-sundhed/livsstilssygdomme-bliver-det-storste-globale-sundhedsproblem-i-2020>

Sygesikring og sikringsgrupper Retrieved 10/15/2012, 2012, from <https://www.borger.dk/Sider/Sygesikring-og-sikringsgrupper.aspx?NavigationTaxonomyId=90224c9f-a4ce-456d-b6ba-bff06135dd19>

Overenskomst om almen praksis pr. 01-04-2011 Retrieved 3/20/2012, 2012, from http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Overenskomster/OE

Statistik om almen praksis Retrieved 3/20/2012, 2012, from http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Om

Institut for rationel farmakoterapi national rekommandationsliste Retrieved 5/9/2012, 2012, from <http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/>

Institut for rationel farmakoterapi udvælgelseskriterier Retrieved 5/10/2012, 2012, from <http://www.irf.dk/dk/rekommandationsliste/udvaelgelseskriterier/>

Bilag

Bilag A

1. *"Knowledge occurs when an individual (or other decision-making unit) is exposed to an innovation's existence and gains an understanding of how it functions."*

(Rogers, 2003:169)

Det er således her individet eller enheden bliver bevidst om innovationens eksistens, og får forståelse for hvordan den virker.

2. *"Persuasion occurs when an individual (or other decision-making unit) forms a favorable or an unfavorable attitude towards the innovation."*

(Rogers, 2003:169)

Her involveres den enkelte psykologisk i innovationen, og opsøger aktivt viden om denne. Individet forholder sig til innovationen i forhold til sin egen situation (Rogers, 2003: 175).

3. *"Decision takes place when an individual (or other decision-making unit) engages in activities that leads to a choice to adopt or reject the innovation."*

(Rogers, 2003:169)

Individet vurderer således innovationen, med udgangspunkt i konceptet. Beslutningen funderes i individets engagement og aktiviteter i forhold til denne. En vigtig pointe her er at afprøve idéen, før det kan afgøres om innovationen skal adopteres eller afvises. Individet skaber således sine egne erfaringer med innovationen, hvorfor individet har en velargumenteret beslutning, vedrørende afvisning eller adoption af innovationen (Rogers, 2003:83). (Rogers, 2003:177).

4. *"Implementation occurs when an individual (or other decision-making unit) puts a new idea into use."*

(Rogers, 2003: 169).

Individet bestemmer gennem praktisk erfaring brugbarheden af innovationen, og kan i denne forbindelse finde på at søge efter mere information om denne. Indtil dette stadie har beslutningsprocessen været udelukkende en mental proces, altså uden praktisk erfaring med innovationen (Rogers, 2003: 179).

5. *"Confirmation takes place when an individual seeks reinforcement of an innovation-decision already made, but he or she may reverse his previous decision if exposed to conflicting messages about the innovation."* (Rogers, 2003: 169)

For nogen slutter processen efter implementation stadiet, mens andre har dette sidste stadie, der endegyldigt bekræfter beslutningen, eller omstøder deres beslutning, fra decision stadiet (Rogers, 2003: 180).

Kilde: Licht et. al, 2011

Bilag B

Bekendtgørelse af sundhedsloven – retsinfo.dk

Kapitel 14 - Valg af sikringsgruppe

§ 58. Ved udstedelse af bevis efter § 12 skal en person foretage valg mellem sikringsgruppe 1 og 2 og meddele det til kommunen.

Stk. 2. Personer, der ikke inden for en af indenrigs- og sundhedsministeren fastsat frist har givet meddelelse om valg af sikringsgruppe, bliver omfattet af sikringsgruppe 1.

Stk. 3. Personer mellem 15 og 18 år kan vælge sikringsgruppe uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værge.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om valg af sikringsgruppe m.v., herunder situationer, hvor kommunalbestyrelsen kan overføre en person fra gruppe 2 til gruppe 1 uden samtykke.

Kapitel 15 – Ydelser

Lægevalg samt lægehjælp hos praktiserende læge

§ 59. Personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, skal vælge alment praktiserende læge og meddele det til kommunen.

Stk. 2. Personer mellem 15 og 18 år kan vælge alment praktiserende læge uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver eller værge.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om valg af alment praktiserende læge.

§ 60. Regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1.

Stk. 2. Til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder regionsrådet tilskud til behandling hos alment praktiserende læge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer omfattet af sikringsgruppe 1.

§ 61. Regionsrådet yder hos en læge vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen fastsætter antallet af forebyggende helbredsundersøgelser efter stk. 1.

§ 62. Regionsrådet yder vederlagsfri vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til personer uanset sikringsgruppe hos en alment praktiserende læge efter personens eget valg.

Stk. 2. Vejledning kan tilbydes og ydes til mindreårige uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren.

§ 63. Regionsrådet tilbyder alle børn under den undervisningspligtige alder syv vederlagsfri, forebyggende helbredsundersøgelser ved alment praktiserende læger, herunder tre undersøgelser i barnets første leveår.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om regionsrådets forpligtelser efter stk. 1.

§ 64. Regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, når behandlingen sker efter henvisning fra den valgte alment praktiserende læge, jf. dog stk. 4.

Stk. 2. Til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder regionsrådet tilskud til behandling hos praktiserende speciallæge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1.

Stk. 3. Ved behandling eller undersøgelse, der efter henvisning fra alment praktiserende læge ydes af en speciallæge, inden for hvis speciale der ikke findes en overenskomst med det offentlige, yder regionsrådet tilskud til delvis dækning af udgiften efter nærmere regler, der fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren .

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om henvisning til behandling efter stk. 1, herunder at kravet om henvisning til behandling hos praktiserende speciallæge kan fraviges i nærmere bestemt omfang. Endvidere kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om, at en praktiserende speciallæge kan henvise til behandling hos en anden praktiserende speciallæge i nærmere bestemt omfang.

Bilag C

Fase 1 – Introduktion

Introduktionsfasen er den første fase i en traditionel PLC-kurve. Fasen begynder, når et nyt produkt lanceres på markedet for første gang. I denne fase er der et begrænset salg og kun meget lille vækst i salget. I denne fase er der som regel negativ profit eller meget begrænset positiv profit, idet virksomheden må bruge betydelige ressourcer på markedsføring til at introducere og udbrede kendskabet til produktet, hvorved de gennemsnitlige omkostninger pr. køber er høje. Idet salget er begrænset, har producenten svært ved at opnå stordriftsfordele, hvilket medfører høje produktionsomkostninger pr. produkt. Ligeledes skal der bruges ressourcer på at opbygge et effektivt distributionsnetværk. Selvom de virksomheder, som er først på markedet med nye produkter, ofte har en konkurrencemæssig fordel, bærer de også høje omkostninger til at "uddanne" forbrugerne og oplyse markedet om de nye produkter og muligheder. Da markedet og produktet er helt nyt, er der ingen eller kun få konkurrenter, som alle må bruge kræfter på at ramme trendsættere/early movers.

Fase 2 – Vækst

Såfremt det nye produkt ikke dør i introduktionsfasen vil det bevæge sig over i vækstfasen, som er en periode, hvor salget vil stige hurtigere end før. De første forbrugere vedbliver med at købe produktet, og flere nye kunder vil begynde at bruge produktet. Der bruges stadig mange ressourcer på markedsføring, men med flere parate købere i markedet begynder udbydernes omkostninger pr. kunde at falde, og produktet bliver derved mere profitabelt for virksomheden. Gennem den større volumen opnår producenten ligeledes begyndende stordriftsfordele. Denne profitabilitet vil dog samtidig tiltrække nye konkurrenter, som nu ser kontante muligheder i markedet. Disse nye producenter vil ofte komme med nye versioner af produktet med forbedrede eller nye egenskaber. De oprindelige virksomheder på markedet har dog højst sandsynligt stadig en fordel i form af større kendskab og et udbygget distributionsnetværk. Priserne vil blive på samme niveau eller falde en smule i takt med den øgede konkurrence.

Fase 3 – Modning

På et tidspunkt vil væksten i salget for et produkt aftage, og produktet bevæger sig over i modningsfasen. For de produkter, som succesfuldt har overlevet de to tidligere faser, vil modningsfasen som regel udgøre størstedelen af produktets "liv". Væksten i salget stiger med faldende rater, for derefter at stabilisere sig, når markedet er mættet. I den sidste del af modningsfasen vil salget være svagt faldende. Dermed kan modningsfasen altså opdeles i yderligere 3 faser: Tidlig modning, stabil modning og sen modning. I modningsfasen er der et stort marked og et stort udbud fra en lang række producenter. Dermed øges konkurrencen på prisen, og der bruges mange penge på markedsføring og produktudvikling. Til gengæld har producenterne flere kunder at dele omkostningerne ud på. På grund af den hårde konkurrence begynder de svageste producenter at falde fra.

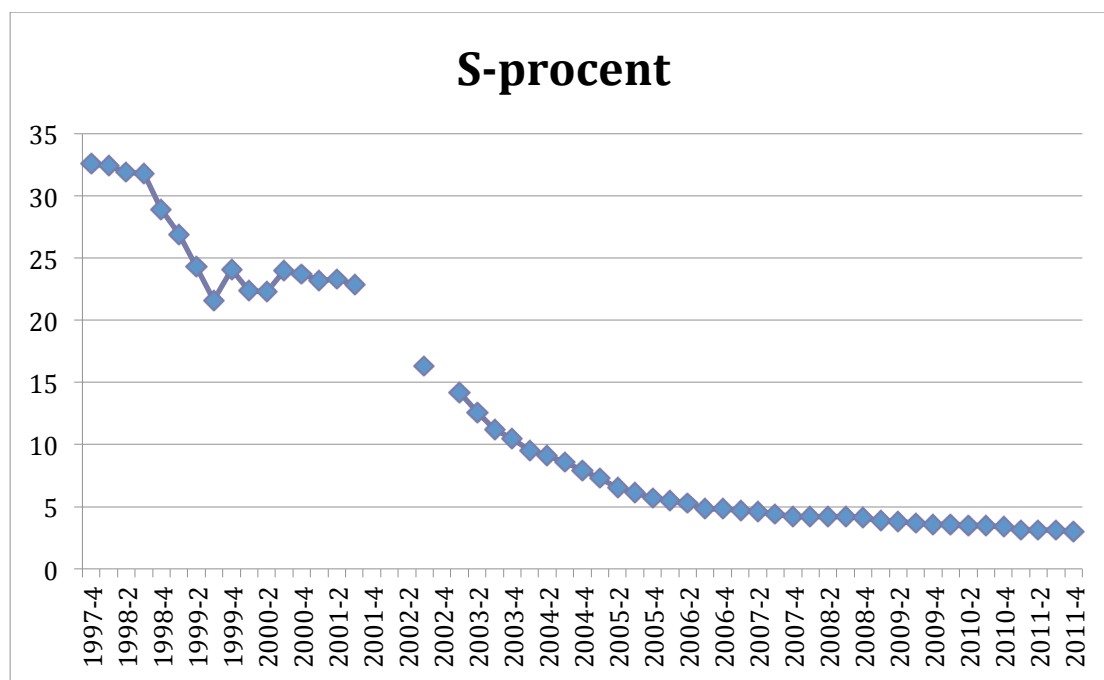
Fase 4 – Nedgang

I nedgangsfasen er væksten i salget negativ. Faldet i salget kan bl.a. ske, hvis produktet bliver teknologisk forældet, hvis forbrugernes behov ændrer sig eller hvis der sker modstand mod produktet. På grund af den hårde konkurrence i modningsfasen og markedets faldende attraktivitet forlader flere og flere udbydere markedet. Enkelte udbydere vil forblive på markedet, så længe der stadig er købere og profit at hente. For de resterende udbydere vil det være nødvendigt at nedbringe omkostninger ved at nedsætte markedsføringen, nedbringe distributionsnettet og nedskære eller stoppe produktudviklingen.

Kilde: betabox.dk

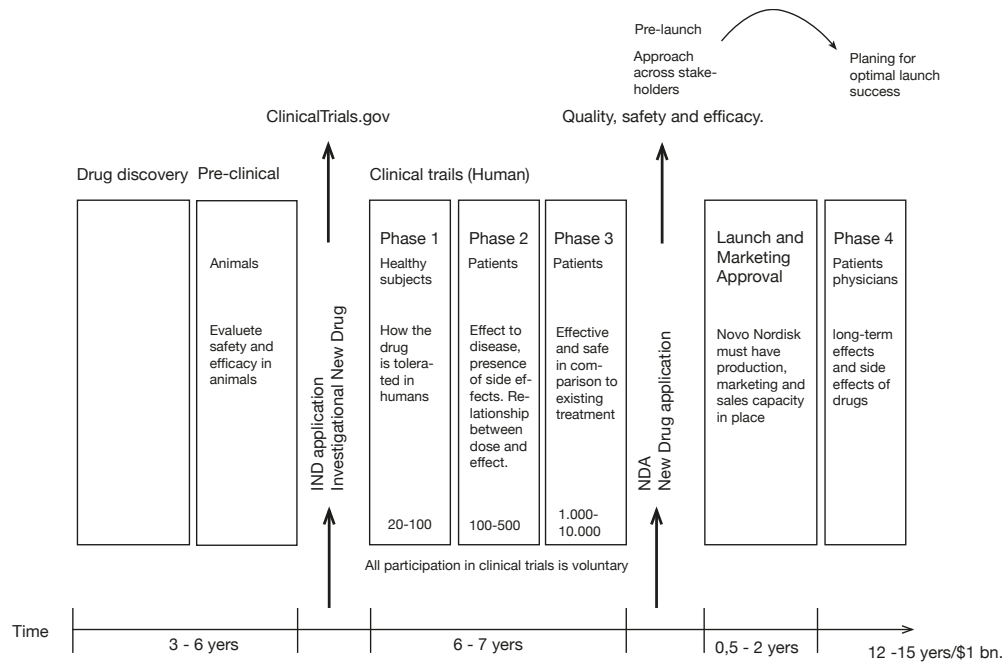
Bilag D

Tabel 7. Notering af ej s



Kilde: Vibeke Dahl Jensen
Specialkonsulent, farmaceut
Dataleverancer og Lægemiddelstatistik
Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning

Bilag E: Lægemidlers udviklingsfaser



Bilag F

Lægemiddellovens § 66, stk. 1

§ 66. Over for offentligheden må der ikke reklameres for lægemidler, som

- 1) er receptpligtige,
- 2) er uegnede til anvendelse, uden at patienten forinden har søgt læge med henblik på diagnosticering eller overvågning af behandlingen, eller
- 3) er omfattet af lov om euforiserende stoffer.

Stk. 2. Ved offentlighed forstås enhver, der ikke er læge, tandlæge, dyrlæge, farmaceut, sygeplejerske, veterinærsygeplejerske, farmakonom eller studerende inden for et af disse fag.

Stk. 3. Lægemiddelstyrelsen kan give fagblade for andet end de i stk. 2 nævnte sundhedspersoner tilladelse til at bringe reklamer for de i stk. 1 nævnte lægemidler, hvis faggruppen har en særlig interesse i anvendelsen af lægemidler.

Stk. 4. Forbuddet i stk. 1 omfatter ikke vaccinationskampagner, som er godkendt af Lægemiddelstyrelsen.

Bilag G

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler – retsinfo.dk

3.3. Lægens ansvar

En læge er i medfør af autorisationsloven forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelse af sin gerning, herunder ved anvendelse af medhjælp.

3.3.1. Medicinordination

Ved ordination af såvel receptpligtig medicin som håndkøbsmedicin har den behandlende læge ansvar for vurdering af indikation, kontraindikationer og risiko for bivirkninger samt for at tage stilling til mulige interaktioner med den øvrige medicin, som patienten får. Det er også lægens ansvar at sikre, at patienten har afgivet det fornødne informerede samtykke til behandling med de ordinerede lægemidler.

Lægen skal sikre, at en medicinordination er tilstrækkelig udførlig til, at den person, der skal varetage medicingivningen, er i stand til at udføre opgaven korrekt. Der skal anføres betegnelse for lægemidlet, styrke, mængde, dosis, doseringshyppighed og eventuelt administrationsmåde. Vedrørende journalføring af medicinordinationer henvises til 3.3.2.

Når en medicinordination gives **mundtligt**, herunder telefonisk, til en plejeperson, skal både lægen og plejepersonen sikre sig, at det præcise indhold i ordinationen er forstået. Patienten identificeres ved både navn og personnummer, og lægen identificerer medicinen som ovenfor beskrevet. Ved telefonordinationer bør plejepersonen nedskrive disse oplysninger og oplæse dem for den ordinerende læge, der bekræfter, at ordinationen er forstået korrekt.

Bilag H

SPØRGESKEMA

Mit navn er Lisbeth Ree, jeg er cand.merc (EMF) studerende på Copenhagen Business School, CBS, hvor jeg netop er i gang med den afsluttende kandidatafhandling.

Min kandidat afhandling omhandler danske praktiserende lægers ordinerings adfærd, herunder beslutningsprocessen for valg af ét lægemiddel frem for et andet efter stillet diagnose, hvilket dette spørgeskema derfor omhandler.

Spørgeskemaet består af 11 overordnede temaspørgsmål og vil tage ca. 2-4 min. at udfylde.

Flere af de underliggende spørgsmål er identiske med andre udenlandske undersøgelser om praktiserende lægers ordineringsadfærd. Formålet er her at sammenligne disse resultater for at belyse om der forefindes en signifikant forskel i de forskellige landes ordineringsadfærd.

Jeg er bevidst om at I som praktiserende læger har en travl hverdag, men appellerer til at I har lyst til hjælpe en studerende med at udfylde vedlagte spørgeskema. Jeg vil gøre opmærksom på at denne undersøgelse ikke foretages om et bestemt lægemiddel og at kandidatafhandlingen ikke er sponsoreret af medicinalindustrien.

For at minimere linkningen mellem dig og det enkelte spørgeskema bedes du komme spørgeskemaet i den hvide kuvert når det er udfyldt. kuverterne med udfyldte spørgeskemaer afhæntes tirs. 31 juli 2012 efter kl. 12.30

Mange tak for din hjælp, den er værdsat.

Mange hilsner
Lisbeth Ree
Cand.merc.stud, CBS

1. GENERELT SPØRGSMÅL

Dit køn

Mand	Kvinde
☐	☐

1a. Hvilken aldersgruppe tilhører du?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ - 34 | ☐ 55-59 |
| ☐ 35-39 | ☐ 60-69 |
| ☐ 40-44 | ☐ 70 + |
| ☐ 45-49 | |
| ☐ 50-54 | |

2. DIT ARBEJDE SOM PRAKTISERENDE LÆGE

Hvilken del af dit erhverv som praktiserende læge finder du mest væsentlig?

2a. I hvor høj grad?

	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐ Diagnostisering	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Valg af behandlingsform	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Valg af lægemiddel	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Andet	☐	☐	☐	☐	☐

3. VALG AF LÆGEMIDDEL

Efter stillet diagnose og beslutning om medicinsk behandling, hvad ligger da efter din overbevisning til grund for valg af ét lægemiddel frem for et andet? (Tilfælde, hvor der findes flere alternative lægemidler)

3a. I hvor høj grad?

	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐ De nationale rekommandationslister	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Egne rationelle farma økonomiske overvejelser af samtlige tilgængelige lægemidler	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Egne ordinerings vaner	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Andet _____	☐	☐	☐	☐	☐

4. VURDERING/SAMLIGNING AF ALTERNATIVE LÆGEMIDLER

4a. I forbindelse med valg af eksempelvis ét antibiotika præperat frem for et andet gør jeg følgende i min vurdering/sammenligning af alternativer (I størstedelen af vurderingerne)

- ☐ Jeg tillægger prisen størst betydning (anvender prisen som variabel i vurderingen/samligningen).
 - ☐ Prisen tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme antal og sandsynlighed for bivirkninger
 - ☐ Prisen tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som værende ens i behandlingseffekt
- ☐ Jeg tillægger andelen af bivirkninger størst betydning (anvender antallet og sandsynligheden for bivirkninger ved intagelse som variabel i vurderingen/samligningen af alternativer)
 - ☐ Bivirkninger tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme pris
 - ☐ Bivirkninger tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som værende ens i behandlingseffekt
- ☐ Jeg tillægger behandlingseffekten størst betydning (anvender antallet og sandsynligheden for bivirkninger ved intagelse som variabel i vurderingen/samligningen af alternativer)
 - ☐ Behandlingseffekten tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme Pris
 - ☐ Behandlingseffekten tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme antal og sandsynlighed for bivirkninger
- ☐ Jeg tillægger ingen af den ovenstående variabler størst betydning i vurderingen/samligningen af alternativer

4b. I forbindelse med valg af eksempelvis ét diabetes præperat frem for et andet gør jeg følgende i min vurdering/sammenligning af alternativer (I størstedelen af vurderingerne)

- ☐ Jeg tillægger prisen størst betydning (anvender prisen som variabel i vurderingen/samligningen).
 - ☐ Prisen tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme antal og sandsynlighed for bivirkninger
 - ☐ Prisen tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som værende ens i behandlingseffekt
- ☐ Jeg tillægger andelen af bivirkninger størst betydning (anvender antallet og sandsynligheden for bivirkninger ved intagelse som variabel i vurderingen/samligningen af alternativer)
 - ☐ Bivirkninger tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme pris
 - ☐ Bivirkninger tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som værende ens i behandlingseffekt
- ☐ Jeg tillægger behandlingseffekten størst betydning (anvender antallet og sandsynligheden for bivirkninger ved intagelse som variabel i vurderingen/samligningen af alternativer)
 - ☐ Behandlingseffekten tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme Pris
 - ☐ Behandlingseffekten tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme antal og sandsynlighed for bivirkninger
- ☐ Jeg tillægger ingen af den ovenstående variabler størst betydning i vurderingen/samligningen af alternativer

5. PÅVIRKNING AF MARKEDSFØRING FRA MEDICINAL INDUSTRIEN					
Medicinal industriens markedsføring (informations materiale, salgskonsulent besøg, plakater mv.) har indflydelse/påvirker mit valg af et lægemiddel frem for et andet	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
	☐	☐	☐	☐	☐
Medicinal industriens markedsføring (informations materiale, salgskonsulent besøg, plakater mv.) har indflydelse/påvirker mine kollegaers valg af et lægemiddel frem for et andet	☐	☐	☐	☐	☐
6. INVOLVERING I BESLUTNINGEN					
Ved såkaldte rutine diagnoser så som eksempelvis halsbetændelse, overlader jeg beslutningen om valg af lægemiddel til apoteket ved at ordinerer medicin via det generiske navn.	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
	☐	☐	☐	☐	☐
Ved såkaldte rutine diagnoser så som eksempelvis halsbetændelse og såkaldte rutine patienter, ordinerer jeg det samme lægemiddel hver gang.	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg involverer mig <u>mere</u> i selve beslutningen om et lægemiddel frem for et andet når patientens diagnose er livstruende.	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg involverer mig <u>mindre</u> i selve beslutningen om et lægemiddel frem for et andet når patientens diagnose ikke vurderes livstruende.	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg involverer mig altid på samme måde i selve beslutningen om et lægemiddel frem for et andet lige meget om patientens diagnose er livstruende eller ej.	☐	☐	☐	☐	☐
7. KILDER TIL BESLUTNING					
Hvilke kilder anvender du som beslutningsstøtte?					
6a. Hvor ofte anvender du disse kilder?					
	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
De nationale rekommandationslister	☐	☐	☐	☐	☐
Kollegaer	☐	☐	☐	☐	☐
Specialister	☐	☐	☐	☐	☐
Evidensbaseret forskningsartikler	☐	☐	☐	☐	☐
Artikler fra medicinal industrien	☐	☐	☐	☐	☐
Medicinal industriens markedsføringsmateriale/salgskonsulenter	☐	☐	☐	☐	☐
8. NYLANCERET MEDICIN					
Hvad er årsagen til at du som praktiserende læge vælger at udskrive/ordinere nylanceret medicin? 7a.					
Hvor ofte er dette årsagen?					
	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐ Evidensbaseret artikler	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Speciallægers anbefalinger	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Kollegaers (andre praktiserende lægers) anbefalinger	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Medicinens placering på rekommandationslisterne	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Egene rationelle farma økonomiske vurderinger i forhold samtlige nuværende tilgængelige lægemidler	☐	☐	☐	☐	☐

9. OFFENTLIGE REKOMMANDATIONSLISTER

I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af lægemidler?

Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐	☐	☐	☐	☐

9a. Hvad er den primære årsag til brugen af rekommandationslisterne?
(hvis flere årsager findes relevandte sæt da () om den væsentligste årsag)

- ☐ Rekommandationslisterne er medvirkende til at det ordineret lægemiddel kan betragtes til at være baseret på et rationelt valg.
- ☐ Rekommandationslisterne spare mig for tid og hjælper mig til at foretage rationelle farma økonomiske beslutninger.
- ☐ Ved valg beslutning på baggrund af rekommandationslisterne skal jeg ikke på samme måde redegøre for mit valg af ordineret lægemiddel.
- ☐ Rekommandationslisterne er fine som guidelines og de støtter mig i min beslutning, men de er ikke bestemmende for mit valg af lægemiddel.
- ☐ Jeg anvender kun listerne ved mere sjælde diagnoser.
- ☐ Jeg anvender kun listerne når der er tale om valg af lægemiddel uden for min spidskompetence.
- ☐ Jeg anvender aldrig rekommandationslisterne, da de efter min overbevisning modvirker min frie ordineringsret.
- ☐ Andet _____

10. DE DANSKE SUBSTITUTIONSREGLER

I hvor høj grad notere du "ej S" på recepten?

Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐	☐	☐	☐	☐

10a. Hvad er din holdning til loven om substitution?
(Hvis flere holdninger findes relevandte sæt da () om den væsentligste holdning)

- ☐ De danske substitutionsregler er medvirkende til at det ordineret lægemiddel kan betragtes til at være baseret på et økonomisk rationelt grundlag.
- ☐ De danske substitutionsregler er til glæde og gavn for patienten og samfundet.
- ☐ De danske substitutionsregler er medvirkende til at jeg ikke i samme grad behøver at tænke økonomisk i min vurdering af de enkelte lægemidler.
- ☐ De danske substitutionsregler begrænser den frie ordineringsret eftersom det bliver registreret at der noteres "ej S" på recepten.
- ☐ Jeg synes at de danske substitutionsregler giver apotekerne for meget indflydelse på den endelige ordinerings (valg af lægemiddel) eftersom det er det enkelte apoteks udvalg af lægemidler, som ved de danske substitutionsregler bliver afgørende for hvad som i sidste ende udleveres til patienten.
- ☐ Andet _____

11. DEN DOMINERENDE BESLUTNINGSTAGER

Hvem mener du i sidste ende har valgt det udleverede lægemiddel (Det lægemiddel/produktmærke som patienten står med i hånden)

- ☐ Det offentlige via rekommandationslisterne.
- ☐ Apotekerne via substitutions reglerne.
- ☐ Den praktiserende læge.
- ☐ Andet _____

Bilag I

SPØRGESKEMA

Mit navn er Lisbeth Ree, jeg er cand.merc (EMF) studerende på Copenhagen Business School, CBS, hvor jeg netop er i gang med den afsluttende kandidatafhandling.

Min kandidat afhandling omhandler danske praktiserende lægers ordinerings adfærd, herunder beslutningsprocessen for valg af ét lægemiddel frem for et andet efter stillet diagnose, hvilket dette spørgeskema derfor omhandler.

Spørgeskemaet består af 11 overordnede temaspørgsmål og vil tage ca. 2-4 min. at udfylde.

Flere af de underliggende spørgsmål er identiske med andre udenlandske undersøgelser om praktiserende lægers ordineringsadfærd. Formålet er her at sammenligne disse resultater for at belyse om der forefindes en signifikant forskel i de forskellige landes ordineringsadfærd.

Jeg er bevidst om at I som praktiserende læger har en travl hverdag, men appellerer til at I har lyst til hjælpe en studerende med at udfylde vedlagte spørgeskema. Jeg vil gøre opmærksom på at denne undersøgelse ikke foretages om et bestemt lægemiddel og at kandidatafhandlingen ikke er sponsoreret af medicinalindustrien.

For at minimere linkningen mellem dig og det enkelte spørgeskema bedes du komme spørgeskemaet i den hvide kuvert når det er udfyldt. Kuverterne med udfyldte spørgeskemaer afhæntes tirs. 31 juli 2012 efter kl. 12.30

Mange tak for din hjælp, den er værdsat.

Mange hilsner
Lisbeth Ree
Cand.merc.stud, CBS

1. GENERELT SPØRGSMÅL

Dit køn Mand Kvinde
☐ 1 ☐ 2

1a. Hvilken aldersgruppe tilhører du?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ - 34 = 1 | ☐ 55-59 = 6 |
| ☐ 35-39 = 2 | ☐ 60-64 = 7 |
| ☐ 40-44 = 3 | ☐ 65-69 = 8 |
| ☐ 45-49 = 4 | ☐ 70 + = 9 |
| ☐ 50-54 = 5 | |

2. DIT ARBEJDE SOM PRAKTISERENDE LÆGE

Hvilken del af dit erhverv som praktiserende læge finder du mest væsentlig?

2a. I hvor høj grad?

	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐ Diagnostisering = 1	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Valg af behandlingsform = 2	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Valg af lægemiddel = 3	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Andet = 4	☐	☐	☐	☐	☐
	5	4	3	2	1

3. VALG AF LÆGEMIDDEL

Efter stillet diagnose og beslutning om medicinsk behandling, hvad ligger da efter din overbevisning til grund for valg af ét lægemiddel frem for et andet? (Tilfælde, hvor der findes flere alternative lægemidler)

3a. I hvor høj grad?

	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐ De nationale rekommandationslister = 1	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Egne rationelle farma økonomiske overvejelser af <u>såmgtlige</u> tilgængelige lægemidler = 2	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Egne ordinerings vaner = 3	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Andet = 4 _____	☐	☐	☐	☐	☐
	5	4	3	2	1

4. VURDERING/SAMLIGNING AF ALTERNATIVE LÆGEMIDLER

4a. I forbindelse med valg af eksempelvis ét antibiotika præperat frem for et andet gør jeg følgende i min vurdering/sammenligning af alternativer (I størstedelen af vurderingerne)

- ☐ Jeg tillægger prisen størst betydning (anvender prisen som variabel i vurderingen/samligningen). = 1
 - ☐ Prisen tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme antal og sandsynlighed for bivirkninger = 1
 - ☐ Prisen tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som værende ens i behandlingseffekt = 2
- ☐ Jeg tillægger andelen af bivirkninger størst betydning (anvender antallet og sandsynligheden for bivirkninger ved intagelse som variabel i vurderingen/samligningen af alternativer) = 2
 - ☐ Bivirkninger tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme pris = 1
 - ☐ Bivirkninger tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som værende ens i behandlingseffekt = 2
- ☐ Jeg tillægger behandlingseffekten størst betydning (anvender antallet og sandsynligheden for bivirkninger ved intagelse som variabel i vurderingen/samligningen af alternativer) = 3
 - ☐ Behandlingseffekten tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme Pris = 1
 - ☐ Behandlingseffekten tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme antal og sandsynlighed for bivirkninger = 2
- ☐ Jeg tillægger ingen af den ovenstående variabler størst betydning i vurderingen/samligningen af alternativer = 4

4b. I forbindelse med valg af eksempelvis ét diabetes præperat frem for et andet gør jeg følgende i min vurdering/sammenligning af alternativer (I størstedelen af vurderingerne)

- ☐ Jeg tillægger prisen størst betydning (anvender prisen som variabel i vurderingen/samligningen). = 1
 - ☐ Prisen tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme antal og sandsynlighed for bivirkninger = 1
 - ☐ Prisen tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som værende ens i behandlingseffekt = 2
- ☐ Jeg tillægger andelen af bivirkninger størst betydning (anvender antallet og sandsynligheden for bivirkninger ved intagelse som variabel i vurderingen/samligningen af alternativer) = 2
 - ☐ Bivirkninger tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme pris = 1
 - ☐ Bivirkninger tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som værende ens i behandlingseffekt = 2
- ☐ Jeg tillægger behandlingseffekten størst betydning (anvender antallet og sandsynligheden for bivirkninger ved intagelse som variabel i vurderingen/samligningen af alternativer) = 3
 - ☐ Behandlingseffekten tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme Pris = 1
 - ☐ Behandlingseffekten tillægges størst betydning/værdi eftersom præparaterne vurderes som have samme antal og sandsynlighed for bivirkninger = 2
- ☐ Jeg tillægger ingen af den ovenstående variabler størst betydning i vurderingen/samligningen af alternativer = 4

5. PÅVIRKNING AF MARKEDSFØRING FRA MEDICINAL INDUSTRIEN

Medicinal industriens markedsføring (informations materiale, salgskonsulent besøg, plakater mv.) har indflydelse/påvirker mit valg af et lægemiddel frem for et andet	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
	☐	☐	☐	☐	☐
Medicinal industriens markedsføring (informations materiale, salgskonsulent besøg, plakater mv.) har indflydelse/påvirker mine kollegaers valg af et lægemiddel frem for et andet	☐	☐	☐	☐	☐
	5	4	3	2	1

6. INVOLVERING I BESLUTNINGEN

Ved såkaldte rutine diagnoser så som eksempelvis halsbetændelse, overlader jeg beslutningen om valg af lægemiddel til apoteket ved at ordinerer medicin via det generiske navn.	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
	☐	☐	☐	☐	☐
	5	4	3	2	1
Ved såkaldte rutine diagnoser så som eksempelvis halsbetændelse og såkaldte rutine patienter, ordinerer jeg det samme lægemiddel hver gang.	☐	☐	☐	☐	☐
	5	4	3	2	1
Jeg involverer mig <u>mere</u> i selve beslutningen om et lægemiddel frem for et andet når patientens diagnose er livstruende.	☐	☐	☐	☐	☐
	5	4	3	2	1
Jeg involverer mig <u>mindre</u> i selve beslutningen om et lægemiddel frem for et andet når patientens diagnose ikke vurderes livstruende.	☐	☐	☐	☐	☐
	5	4	3	2	1
Jeg involverer mig altid på samme måde i selve beslutningen om ét lægemiddel frem for et andet lige meget om patientens diagnose er livstruende eller ej.	☐	☐	☐	☐	☐
	5	4	3	2	1

7. KILDER TIL BESLUTNING

Hvilke kilder anvender du som beslutningsstøtte?

6a. Hvor ofte anvender du disse kilder?

☐ De nationale rekommendationslister = 1	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐ Kollegaer = 2	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Specialister = 3	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Evidensbaseret forskningsartikler = 4	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Artikler fra medicinal industrien = 5	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Medicinal industriens markedsføringsmateriale/salgskonsulenter = 6	☐	☐	☐	☐	☐
	5	4	3	2	1

8. NYLANCERET MEDICIN

Hvad er årsagen til at du som praktiserende læge vælger at udskrive/ordinere nylanceret medicin? 7a.

Hvor ofte er dette årsagen?

☐ Evidensbaseret artikler = 1	Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐ Speciallægers anbefalinger = 2	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Kollegaers (andre praktiserende lægers) anbefalinger = 3	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Medicinens placering på rekkommandationslisterne = 4	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Egne rationelle farma økonomiske vurderinger i forhold samtlige nuværende tilgængelige lægemidler = 5	☐	☐	☐	☐	☐
	5	4	3	2	1

9. OFFENTLIGE REKOMMANDATIONSLISTER

I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af lægemidler?

Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐	☐	☐	☐	☐
5	4	3	2	1

9a. Hvad er den primære årsag til brugen af rekommandationslisterne?

(hvis flere årsager findes relevandte sæt da () om den væsentligste årsag)

- ☐ Rekommandationslisterne er medvirkende til at det ordineret lægemiddel kan betragtes til at være baseret på et rationelt valg. = 1
- ☐ Rekommandationslisterne spare mig for tid og hjælper mig til at foretage rationelle farma økonomiske beslutninger. = 2
- ☐ Ved valg beslutning på baggrund af rekommandationslisterne skal jeg ikke på samme måde redegøre for mit valg af ordineret lægemiddel. = 3
- ☐ Rekommandationslisterne er fine som guidelines og de støtter mig i min beslutning, men de er ikke bestemmende for mit valg af lægemiddel. = 4
- ☐ Jeg anvender kun listerne ved mere sjældne diagnoser. = 5
- ☐ Jeg anvender kun listerne når der er tale om valg af lægemiddel uden for min spidskompetence. = 6
- ☐ Jeg anvender aldrig rekommandationslisterne, da de efter min overbevisning modvirker min frie ordineringsret. = 7
- ☐ Andet = 8 _____

10. DE DANSKE SUBSTITUTIONSREGLER

I hvor høj grad notere du "ej S" på recepten?

Altid	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Aldrig
☐	☐	☐	☐	☐
5	4	3	2	1

10a. Hvad er din holdning til loven om substitution?

(Hvis flere holdninger findes relevandte sæt da () om den væsentligste holdning)

- ☐ De danske substitutionsregler er medvirkende til at det ordineret lægemiddel kan betragtes til at være baseret på et økonomisk rationelt grundlag. = 1
- ☐ De danske substitutionsregler er til glæde og gavn for patienten og samfundet. = 2
- ☐ De danske substitutionsregler er medvirkende til at jeg ikke i samme grad behøver at tænke økonomisk i min vurdering af de enkelte lægemidler. = 3
- ☐ De danske substitutionsregler begrænser den frie ordineringsret eftersom det bliver registreret at der noteres "ej S" på recepten. = 4
- ☐ Jeg synes at de danske substitutionsregler giver apotekerne for meget indflydelse på den endelige ordinerings (valg af lægemiddel) eftersom det er det enkelte apoteks udvalg af lægemidler, som ved de danske substitutionsregler bliver afgørende for hvad som i sidste ende udleveres til patienten. = 5
- ☐ Andet = 6 _____

11. DEN DOMINERENDE BESLUTNINGSTAGER

Hvem mener du i sidste ende har valgt det udleverede lægemiddel (Det lægemiddel/produktmærke som patienten står med i hånden)

- ☐ Det offentlige via rekommandationslisterne. = 1
- ☐ Apotekerne via substitutions reglerne. = 2
- ☐ Den praktiserende læge. = 3
- ☐ Andet = 4 _____

Bilag J

Tilskud til medicin

Generelle tilskud

En del af den medicin, som du køber på recept, har generelt tilskud, hvilket betyder man automatisk får tilskud efter gældende medicintilskudsgrænser når der købes medicinen på recept på apoteket. Medicintilskudsgrænser betyder at jo større udgifter, i forbindelse med køb af tilskudsberettiget medicin, jo højere tilskud inden for en periode på ét år (tilskudsperioden). Dertil afhænger tilskuddets størrelse også af, om man er under eller over 18 år ved starten af tilskudsperioden.

Beløbene nedenfor er gælder fra 1. januar 2012 til 31. december 2012.

Tilskudsgrænser for 2012

Årlig udgift pr. person til tilskudsberettigede lægemidler før tilskud er trukket fra	Tilskud til personer over 18 år	Tilskud til personer under 18 år
0-890 kr.	0%	60%
890-1.450 kr.	50%	60%
1.450-3.130 kr.	75%	75%
Over 3.130 kr.	85%	85%
Grænse for kronikertilskud (skal søges af lægen)		
Voksne: Over 16.896 kr. (egenbetaling= 3.655 kr.)	100%	
Børn og unge under 18 år: Over 20.830 kr. (egenbetaling= 3.655 kr.)		100%

Individuelle tilskud

I nogle tilfælde kan man opnå individuelle tilskud til medicin; dvs. medicintilskud som bliver bevilget personligt.

Der findes forskellige former for individuelle medicintilskud:

Enkeltilskud

I nogle tilfælde kan man kun få tilskud, hvis der forefindes en særlig bevilling fra sundhedsstyrelsen kaldet "enkeltilskud". Det er lægen, som skal søge om enkeltilskud hos sundhedsstyrelsen. Lægen beskriver i en ansøgning behovet og sygdomsforløbet, hvorefter oplysningerne, bliver vurderet.

En enkeltilskudsbevilling gør medicinen tilskudsberettiget hvilket betyder at medicinkøb bliver indberettet til CTR - Det Centrale Tilskudsregister. "Enkeltilskuds bevillingen" gælder normalt resten af livet. Ved nogle typer medicin gælder bevillingen dog kun for en periode. Det kan fx være hvis medicinen kun bør bruges i en kortere årrække.

Af bevillingen fremgår det, hvilken medicin, som har fået enkeltilskud. Bevillingen gælder dog også medicin med andre navne, hvis de bare indeholder samme virksomme stof og indtages på samme måde.

Forhøjet tilskud:

Nogle lægemidler indeholder samme lægemiddelstof, men har forskellige tilsætningsstoffer. Disse lægemidler kaldes synonyme og danner en tilskudsgruppe.

Indgår den medicin, der er recept til, i en tilskudsgruppe, opnås kun fuldt tilskud til den billigste medicin i gruppen. Dette betyder at hvis der anvendes et dyrere præparat i en tilskudsgruppe, skal patienten selv betale hele forskellen mellem prisen på den billigste og den dyrere medicin med mindre der er opnået bevilling på forhøjet tilskud.

Det er lægen som søger om forhøjet tilskud hos Sundhedsstyrelsen. Der skal dog være meget gode grunde til, at man ikke kan bruge den billigste medicin. En bevilling af forhøjet tilskud betyder, at hele medicinens pris indberettes til CTR - Det Centrale Tilskudsregister, og der opnås tilskud til hele prisen, selvom der findes en billigere synonym medicin. Bevillingen gælder som ved "Enkelttilskuds bevillingen" resten ens levetid.

Kroniker tilskud

Der kan opnås kronikertilskud, hvis der forefindes meget store udgifter til medicin. Dette gælder, hvis man er kronisk syg, men også hvis man i en kortere periode har meget store udgifter til medicin, fx før og efter en operation eller i forbindelse med behandling for barnløshed. Der lægges loft over udgifterne, hvis der opnås bevilling om kronikertilskud. Loftet er på en egenbetaling på 3.655 kr. opgjort i tilskudspriser.

Det er igen lægen, som ansøger om bevilling hos Sundhedsstyrelsen. I vurderingen af ansøgningen ligger der vægt på, at behandlingen er fagligt veldokumenteret, og at de samlede årlige udgifter til medicin med tilskud ser ud til at overstige 16.896 kr. (din saldo i CTR). Hvis man er under 18 år, skal udgifterne se ud til at overstige 20.830.

Ved en kronikerbevilling opnås 100 % i tilskud til tilskudsberettiget medicin, når saldoen i CTR overstiger 16.896 kr. (20.830 kr. hvis man er under 18 år). Man kan derfor højst komme til at betale 3.655 kr. i årligt forbrug af tilskudsberettiget medicin.

Det kræves dog, at der altid købes den billigste medicin i en gruppe af synonym medicin, ellers betales hele prisforskellen mellem den billigste og den dyrere medicin. De fleste kronikerbevillinger gælder i 5 år. Bevillingen gælder i de tilskudsår, den overlapper. Dvs. tilbage til starten af det tilskudsår, der er i gang på bevillingsdatoen; og frem til slutningen af det tilskudsår, hvor bevillingen udløber. Lægen skal altså først søge igen, når bevillingens udløbsdato nærmer sig.

Terminaltilskud

Døende patienter, som vælger at tilbringe den sidste tid i eget hjem eller på et hospice, skal ikke stilles økonomisk ringere end patienter, der forbliver indlagt på hospital.

Derfor er al medicin gratis, når de har en bevilling af terminaltilskud fra Sundhedsstyrelsen. Det er patientens læge eller sygehuset, der skal søge Sundhedsstyrelsen om terminaltilskud. Lægen afgiver i ansøgningen en erklæring om, at patienten er berettiget til terminaltilskud. Tilskud til døende (terminalbevilling) betyder, at patienten får alle lægemidler, som er udskrevet på recept, gratis. Bevillingen dækker al medicin, som er ordineret af en læge på recept uanset om der ellers er tilskud til medicinen eller ej.

Sociale tilskud

Der kan hos socialforvaltningen søges om muligheden for at få tilskud til lægemidler på andre måder end fra regionen. Tilskud fra kommunen kaldes sociale tilskud og bevilges i henhold til pensionsloven, lov om aktiv socialpolitik eller lov om social service.

Bilag K

Rogers fem træk ved en innovation

Der fremhæves fem træk ved en innovation som findes væsentlig i vurderingen af hvorvidt innovationen findes let eller svær at adoptere; *Relative advantage*, *Compatibility*, *Complexity*, *Trialability* og *Observability*. De fem træk defineres og fortolkes i apendix A ud fra Rogers (2003) udlægning af begreberne, hvilke antages som dominerende i betragtningen af diffusions processen (e.g., Blackwell, 2005).

1. *Relative advantage*: Subjektiv opfattet fordel af innovationen, jo større relativ fordel der subjektivt forefindes ved innovationen, jo hurtigere antages det at adaptationen af innovationen vil foregå, der er således ikke tale om at en objektiv fordel skal være til stede.
2. *Compatibility*: Jo højere grad af sammenlignelighed der forefindes med eksisterende værdier, erfaringer og behov, jo lettere og hurtigere antages det at en innovation vil accepteres, dette beror sig på en overbevisning om at en innovation som er usammenlignelig med eksisterende værdier og normer ikke vil accepteres med samme hastighed som sammenlignelige innovationer.
3. *Complexity*: Graden af, hvor kompleks innovationen opfattes, det antages at jo vanskeligere innovationen er at forstå og anvende, jo færre vil acceptere den.
4. *Trialability*: Graden af, hvor nemt det er at prøve innovationen i mindre omfang (samples), det antages at jo nemmere (mindre ressourcekrævende) det er at prøve innovationen i mindre omfang, jo hurtigere vil man opnå accept
5. *Observability*: Graden af, hvor synlig effekten af innovationen er, det antages at jo mere synlig effekten er jo nemmere og hurtigere accepteres den.

Innovation

Der fremhæves fem træk ved en innovation som findes væsentlig i vurderingen af hvorvidt innovationen findes let eller svær at adoptere; *Relative advantage*, *Compatibility*, *Complexity*, *Trialability* og *Observability*. De fem træk defineres og fortolkes i apendix A ud fra Rogers

(2003) udlægning af begreberne, hvilke antages som dominerende i betragtningen af diffusions processen (e.g., Blackwell, 2005).

Communication channels

Kommunikationen er central i diffusion processen, da det fordres at det er via kommunikation at kendskab, læring og overbevisning om innovationen opstår og eksistere. Ifølge Rogers besidder den *Innovative Decision Process* (IDP) fem stadier, hvortil forskellige kommunikations kanaler vurderes optimale. De fem stadier betegnes; (I) Knowledge, (II) Persuasion, (III) Decision, (IV) Implamentation (V) Confirmation. Som det illustreres i ovenstående perspektiveringsmodel spiller *communication channels* en væsentlig rolle i de fem stadier, men betragtes endvidere at have betydning på hastigheden (Time) som defineres som tiden fra *awareness* til *adoption/rejection* af innovationen (Blackwell 2005:552). Lægemiddel industrien har og gør i høj grad brug af interpersonelle kommunikations kanaler. Studier af brugen af disse kanaler er i høj grad som nævnt tidligere centreret omkring effekten af *detailing* og opinion leaders.

Time

Betegnes også *diffusion time* og defineres som tiden fra *awareness* til *adoption/rejection* af innovationen (Blackwell 2005: 552). Denne faktor anvendes som indikator for, hvor lang tid udbredelsen/diffusion tager. Tiden (hastigheden) antages at afhænge af såvel interne (e.g., personlighed), som eksterne faktorer (e.g., tilgængelighed). Hastigheden for adaption (*Time*) anvendes endvidere i kategorisering af konsument enhederne i *Innovators*, *Early adopters*, *Early majority*, *Late majority* og *Laggards* (se nedenstående illustration). Det antages at de forskellige konsument enheder påvirkes af forskellige *communication channels* (se ovenstående illustration)

Det sociale system

Det sociale system kan tage form af værende et samfund, en organisation en minoritet, men defineres af Rogers (2003) som værende:

A set of interrelated units that are engaged in joint problem solving to accomplish a common goal

(Rogers, 2003:23)

Det sociale systems normer og værdisæt antages at påvirke konsumentens normer og værdier og kan have betydning for diffusion hastigheden (Time), men har i høj grad også indvirkning på *innovation decision processen* (jf. ovenstående illustration)

Det sociale system er som før nævnt afgrænset til danske praktiserende læger. De kan betragtes som et socialt system eftersom de har et fælles mål, at diagnosticere og behandle patienter.

Som omtalt tidligere stilles der større og større regulativer til nye lægemidlers effektivitet og sikkerhed førend de opnår markedsførings godkendelse (*approval*). Når en praktiserende læge skal beslutte om der skal ordineres et nye lægemiddel står denne i et såkaldt dilemma om at hjælpe en patient, men også om at udsætte patienten for uudforsket bivirkninger på den lange bane (e.g., Jones, Greenfield & Bradley, 2001).

Bilag L

1. Innovators 2,5%, (0-2,5%)

Innovators betragtes som de første til at anvende innovationen. De antages af Rogers at være generelt meget teknisk dygtige folk, som er specialister inden for den givne innovation (Rogers, 2003: 282)

2. Early adapters 13,5%, (2,5-16%)

Early adapters er rollemodeller i det sociale system, da de er de første, der adopterer innovationen, uden at have en direkte specialviden om innovationen. Ved adoptionen blåstemples innovationen til videre udbredelse i det sociale system (Rogers, 2003: 283).

3. Early majority 34%, (16-50%)

Early majority er dem, der optager innovationen, lige før det brede flertal accepterer innovationen (Rogers, 2003: 283).

4. Late majority 34%, (50-84%)

Late majority er skeptikerne. De adopterer først innovationer når usikkerheden om innovationen er helt fjernet, og på et tidspunkt hvor det er sikkert og uden problemer, at blive en del af denne innovation (Rogers, 2003: 284).

Laggards 16%, (84-100%)

Laggards udgør den sidste rest af det sociale system og adopterer højst sandsynligt ikke innovationen. Både økonomi og socialklasse spiller ind, hvorfor innovationen nærmest ikke er en ny innovation, hvis adoptionen skulle finde sted (Rogers, 2003: 284).

Bilag M

Køn * I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af lægemidler

Crosstabulation					
		I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af lægemidler			Total
		I nogen grad	I høj grad	Altid	
Køn	Count	3	10	4	17
	% within Køn	17.6%	58.8%	23.5%	100.0%
	% within I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af lægemidler				
	man				
	d	75.0%	55.6%	57.1%	58.6%
	% of Total	10.3%	34.5%	13.8%	58.6%
	Residual	.7	-.6	-.1	
	Count	1	8	3	12
	% within Køn	8.3%	66.7%	25.0%	100.0%
	% within I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af lægemidler				
	Kvin				
	de	25.0%	44.4%	42.9%	41.4%
Total	% of Total	3.4%	27.6%	10.3%	41.4%
	Residual	-.7	.6	.1	
	Count	4	18	7	29
	% within Køn	13.8%	62.1%	24.1%	100.0%
	% within I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af lægemidler				
	% of Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		13.8%	62.1%	24.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.518 ^a	2	.772
Likelihood Ratio	.546	2	.761
Linear-by-Linear Association	.214	1	.643
N of Valid Cases	29		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.66.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Symmetric	.000	.000	. ^b	. ^b
	Køn Dependent	.000	.000	. ^b	. ^b
	Lambda I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af lægemidler Dependent	.000	.000	. ^b	. ^b
	Goodman and Kruskal tau Køn Dependent	.018	.045		.779 ^c
	I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af lægemidler Dependent	.007	.019		.827 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

c. Based on chi-square approximation

Bilag N

I hvor høj grad anvender du de offentlige rekommandationslister i dine valg af
lægemidler

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
I nogen grad	4	13.8	13.8	13.8
I høj grad	18	62.1	62.1	75.9
Altid	7	24.1	24.1	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Statistics

I hvor høj grad anvender du de
offentlige rekommandationslister
i dine valg af lægemidler

N	Valid	29
	Missing	0
Mean		4.10
Mode		4

Bilag O

Væsentligste aspekt ved erhverv

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Diagnostisering	27	93.1	93.1	93.1
Andet	2	6.9	6.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Køn * Markedsføring fra industrien påvirker mit valg	29	100.0%	0	0.0%	29	100.0%

Bilag P

**Jeg involverer mig mere i selve beslutningen om et lægemiddelmærke frem for
et andet når patientens stillet diagnose er livstruende**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Aldrig	3	10.3	10.3	10.3
I mindre grad	7	24.1	24.1	34.5
Valid I nogen grad	9	31.0	31.0	65.5
I høj grad	10	34.5	34.5	100.0
Total	29	100.0	100.0	

**Jeg involverer mig mindre i selve beslutningen om et lægemiddelmærke frem for
et andet når patientens stillet diagnose ikke vurderes livstruende**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Aldrig	3	10.3	10.3	10.3
I mindre grad	8	27.6	27.6	37.9
Valid I nogen grad	7	24.1	24.1	62.1
I høj grad	11	37.9	37.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Bilag Q

**Ved såkaldte rutine diagnoser så som ex halsbetændelse, overlader jeg
beslutningen om valg af lægemiddel (mærke) til apoteket ved at ordinerer
medicin via det generiske navn**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aldrig	15	51.7	51.7	51.7
I mindre grad	9	31.0	31.0	82.8
I nogen grad	5	17.2	17.2	100.0
Total	29	100.0	100.0	

**Ved såkaldte rutine diagnoser så som ex halsbetændelse og såkaldte rutine
patienter, ordinerer jeg som oftest det samme lægemiddel hver gang**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I nogen grad	8	27.6	27.6	27.6
I høj grad	16	55.2	55.2	82.8
Altid	5	17.2	17.2	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Bilag R

Praksistælling 2011

Praktiserende Lægers Organisation udsender hvert år praksistælling, den seneste er fra 2010.

Praksistællingen 2011 bygger på oplysninger fra medlemsregisteret udtrukket i april 2011 hvor læger der er medlem af PLO er trukket ud. Udtrækket indeholder lægens alder, hvilken region lægen praktiserer i og praksisform, herunder antal læger i praksis. Læger, der er bosat udenfor Danmark, der intet ydernr har, og som ikke er erhvervsaktive, er sorteret fra.

Tabeller

Tabel 1.1 viser antal læger i alt, fordelt på mænd og kvinder, fordelt på aldersgrupper, praksisform, antal læger i praksis og region.

Tabel 1.1 Lægepopulationen fordelt på køn, aldersgruppe, praksisform, antal læger i praksis og region 2011

	I alt	Kvinder	Mænd	Kvinde andel	I alt	Kvinder	Mænd
	Antal			%			
Antal læger i alt	3.595	1.480	2.115	41,2	100,0	100,0	100,0
Aldersgruppe							
-34	1	0	1	0,0	0,0	0,0	0,0
35-39	163	58	105	35,6	4,5	3,9	5,0
40-44	412	259	153	62,9	11,5	17,5	7,2
45-49	518	329	189	63,5	14,4	22,2	8,9
50-54	530	266	264	50,2	14,7	18,0	12,5
55-59	787	322	465	40,9	21,9	21,8	22,0
60-64	779	178	601	22,8	21,7	12,0	28,4
65-69	370	65	305	17,6	10,3	4,4	14,4
70+	35	3	32	8,6	1,0	0,2	1,5
Praksisform							
Komp	2.355	1.108	1.247	47,0	65,5	74,9	59,0
Solo	1.240	372	868	30,0	34,5	25,1	41,0
Antal læger							
1	1.240	372	868	30,0	34,5	25,1	41,0
2	808	389	419	48,1	22,5	26,3	19,8
3	651	309	342	47,5	18,1	20,9	16,2
4	464	226	238	48,7	12,9	15,3	11,3
5	295	132	163	44,7	8,2	8,9	7,7
6	90	35	55	38,9	2,5	2,4	2,6
7	14	3	11	21,4	0,4	0,2	0,5
8	24	9	15	37,5	0,7	0,6	0,7
9	9	5	4	55,6	0,3	0,3	0,2
Region							
Hovedstaden	1.093	507	586	46,4	30,4	34,3	27,7
Midtjylland	833	354	479	42,5	23,2	23,9	22,6
Nordjylland	343	110	233	32,1	9,5	7,4	11,0
Sjælland	517	207	310	40,0	14,4	14,0	14,7
Syddanmark	809	302	507	37,3	22,5	20,4	24,0

Bilag S

Køn * Markedsføring fra industrien påvirker mit valg Crosstabulation

		Markedsføring fra industrien påvirker mit valg			Total
		Aldrig	I mindre grad	I nogen grad	
Køn	Count	1	11	5	17
	% within Køn	5.9%	64.7%	29.4%	100.0%
	% within Markedsføring fra industrien påvirker mit valg	11.1%	78.6%	83.3%	58.6%
	% of Total	3.4%	37.9%	17.2%	58.6%
	Residual	-4.3	2.8	1.5	
	Count	8	3	1	12
	% within Køn	66.7%	25.0%	8.3%	100.0%
	% within Markedsføring fra industrien påvirker mit valg	88.9%	21.4%	16.7%	41.4%
	% of Total	27.6%	10.3%	3.4%	41.4%
	Residual	4.3	-2.8	-1.5	
	Count	9	14	6	29
	% within Køn	31.0%	48.3%	20.7%	100.0%
Total	% within Markedsføring fra industrien påvirker mit valg	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	31.0%	48.3%	20.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.183 ^a	2	.002
Likelihood Ratio	13.102	2	.001
Linear-by-Linear Association	8.986	1	.003
N of Valid Cases	29		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.48.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	.444	.166	2.154	.031
		Køn Dependent	.583	.161	2.589	.010
		Markedsføring fra industrien påvirker mit valg Dependent	.333	.181	1.570	.116
	Goodman and Kruskal tau	Køn Dependent	.420	.173		.003 ^c
		Markedsføring fra industrien påvirker mit valg Dependent	.221	.110		.002 ^c

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
c. Based on chi-square approximation

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	.648	.002
	Cramer's V	.648	.002
N of Valid Cases		29	

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.