De medische vertegenwoordiger als objectieve informatiebron in de huisartsgeneeskunde. Utopie of niet? Literatuurstudie, interviews en een opportunistische kwalitatieve steekproef

Haio: MENTENS Kristof , KUL
Promotor:
Praktijkopleider: MERTENS Johan

Context: De farmaceutische industrie en de artsen communiceren op talrijke wijzen met elkaar. De medische vertegenwoordiger staat in voor de persoonlijke verbale communicatie naar de arts toe en representeert het farmaceutische bedrijf. Deze medische vertegenwoordiger maakte reeds vaak het onderwerp van onderzoek uit. In het verleden uitten velen hun bemerkingen over de invloed die de farmaceutische industrie via de medische vertegenwoordigers uitoefent op artsen. Doelstelling: een objectieve en actuele weergave van de medische vertegenwoordiger als informatiebron in de huisartsgeneeskunde in België. De lezer inzicht bezorgen waarna een betere persoonlijke visie omtrent de artsenbezoeker kan worden gevormd. De huisarts een kader aanreiken dat kan worden gebruikt bij elk toekomstig professioneel contact met medische vertegenwoordigers. Een basis vormen voor discussie en verder onderzoek aangaande dit onderwerp.

Onderzoeksvraag: 1. Wat vertelt de literatuur ons over de medische vertegenwoordiger als informatiebron in de huisartsgeneeskunde? 2. Wat is de actuele situatie in België en de ons omringende landen? Welke veranderingen zijn er opgetreden? 3. Hoe verloopt het contactmoment tussen de Vlaamse huisarts en de medische vertegenwoordiger? 4. Hoe ziet de toekomst van de medische vertegenwoordiger eruit?

Methode: 1. Literatuurstudie. 2. Beschrijving van de actuele situatie in België en de ons omringende landen aan de hand van literatuur en diepte-interviews. 3. Weergave van de huidige structuur, aard en inhoud van het artsenbezoek via een opportunistische observationele steekproef bij Vlaamse huisartsen. Toetsing van de resultaten aan de literatuur. 4. Aanzet tot discussie aangaande dit onderwerp aan de hand van diepte-interviews.

Resultaten: 1. Studies tonen diverse associaties aan, zelden causaliteit. Ze schetsen ons een kritisch beeld van de medische vertegenwoordiger. Doorgaans wordt het voorschrijfgedrag bestudeerd. Klinische consequenties zijn speculatief. Studiezwakheden zijn veeltijds te wijten aan het verbale karakter van het contactmoment. 2. In België verscherpte men de zelfregulering en regulering via deontologische codes, wetteksten, koninklijke besluiten en een visumplicht. In Nederland en Frankrijk werd systematisch onderzoek gevoerd naar de kwaliteit van artsenbezoekers. In Nederland blijkt er een grotere rol toebedeeld aan onafhankelijke artsenbezoekers. In België tracht men met externe opleidingspakketten en expertise in market intelligence de kosteneffectiviteit van academic detailing te verhogen. 3. Associaties worden aangetoond, getoetst aan de literatuur en schetsen ons een beeld van het artsenbezoek bij Vlaamse huisartsen. Meer, aanhoudend en onafhankelijk onderzoek is vereist om tot duidelijke conclusies te komen. 4. De discussie is actueel.

Conclusie: Ongeacht de intenties van het artsenbezoek kan men stellen dat market intelligence, communicatieve vaardigheden en training hierin onmisbaar zijn voor de kosteneffectiviteit. Er dient uitgemaakt te worden hoe men de kwaliteit van de gebrachte informatie wenst te garanderen en te optimaliseren. Men moet debatteren over de pro?s en contra?s, kosten en baten van het opzetten van studies die de kwaliteit van artsenbezoekers onafhankelijk en systematisch bestuderen. De

Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie, pharma.be, acht dergelijk onderzoek nuttig en nodig. Dit debat dient geplaatst te worden in een breder deontologisch kader waarbij de noodzaak aan wetenschappelijke en onafhankelijke informatie voor de huisarts dient gerijmd te worden met de innovatieve belangen van de farmaceutische industrie. Indien hieruit blijkt dat bovenstaand beschreven onderzoek nodig wordt geacht, kan deze studie alvast een achtergrond en aanbevelingen aanbieden alvorens verder onderzoek uit te voeren.