

Lääkärien eturistiriitojen tunnistaminen ja ratkaiseminen täydennyskoulutuksessa



Kristiina Patja
Amos Pasternack

”Ei siis kukaan lääkärikään, sikäli kuin on todellinen lääkäri, tähtää lääkärin etuun eikä anna määräyksiään sen mukaan, vaan hän etsii potilaan etua. Olimmehan yhtä mieltä siitä, että lääkäri sanan tarkassa merkityksessä on ihmisruumiiden hallitsija, ei ansiotyön tekijä. Emmekö sopineetkin niin?”

Platon (n. 427– 347 eKr.) teoksessaan Valtio

SISÄLLYS

JOHDANTO	5
Mikä on eturistiriita?	6
Mistä eturistiriidat syntyvät?	6
TOIMENPITEET JA PERUSTELUT	9
Luo ja jalkauta yleiset ohjeet eturistiriitojen tunnistamisesta ja ratkaisemisesta	9
Vahvista eturistiriitojen tunnistamista ja vakiinnuta sidonnaisuuksien esittämisen käytännöt	10
Järjestä täydennyskoulutuksen rahoituksen seuranta	12
Arvioi asiantuntijoiden eturistiriidat ja sidonnaisuudet, kun he tarjoavat tutkimustuloksia tai sisältöjä koulutukseen	13
Tarjota tietoa ja koulutusta eturistiriitojen arvioinnista ja ratkaisemisesta	13
Tee täydennyskoulutuksen sisältö riippumattomaksi kaupallisista toimijoista	14
Luo pelisäännöt potilastyössä toimivien lääkärien ja kaupallisten toimijoiden suhteille ja seuraa niiden toteutumista	15
Onko lahja vain lahja?	16
Täydennyskoulutustilaisuudet	16
Lääkenäytteet	17
Potilaan opastajat	18
Kehitä ja vakiinnuta organisaation käytäntöjä ja arviointia	18
Laadi kansalliset ohjeet ja seuraa niiden noudattamista ja luo etuja kansallisia ohjeita noudattaville tahoille	19
Seuraa ja tutki eturistiriitojen esiintymistä kansallisesti eri terveydenhuollon toimialueilla	20
KIRJALLISUUTTA	21
LISÄTIETOA	24
Lisätietoa 1: Lääkärien perusopetuksessa toimivat lääkärit	24
Lisätietoa 2: Tunnistaako lääkäri kaupallisen toimijan vaikutuksen?	25
Lisätietoa 3: Miksi yritysysteistyötä?	26
Lisätietoa 4: Lääke-edustajien tapaaminen ja lääkenäytteet	27
Lisätietoa 5: Stanfordin yliopiston suositukset koulutusyhteistyöstä	29
Lisätietoa 6: Iso-Britannian hoitosuositusorganisaation NICE:n ohjeet lääkärille omien sidonnaisuuksien ilmoittamisesta	30

Mitä lääkärit ja terveydenhuolto voivat tehdä avoimuuden lisäämiseksi ja eturistiriitojen ratkaisemiseksi lääkärien täydennyskoulutuksessa

Kohderyhmä on täydennyskoulutuksen järjestäjät ja niihin osallistuvat sekä terveydenhuollon päätöksenteossa toimivat

Yleisesti

1. Luo ja jalkauta yleiset ohjeet eturistiriitojen tunnistamisesta ja ratkaisemisesta.
2. Vahvista eturistiriitojen tunnistamista ja vakiinnuta sidonnaisuuksien esittämisen käytännöt.
3. Luo täydennyskoulutuksen rahoituksen seuranta.

Kouluttajalle

4. Arvioi asiantuntijoiden eturistiriidat ja sidonnaisuudet, kun he tarjoavat tutkimustuloksia tai sisältöjä koulutukseen.
5. Tarjoa tietoa ja koulutusta eturistiriitojen arvioinnista ja ratkaisemisesta.
6. Tee täydennyskoulutuksen sisältö riippumattomaksi kaupallisista toimijoista.

Kliinikolle

7. Luo pelisäännöt potilastyössä toimivien lääkärien ja teollisuuden suhteille ja seuraa niiden toteutumista.

Terveydenhuollolle

8. Kehitä ja vakiinnuta organisaatiotason käytäntöjä ja arviointia.
9. Laadi kansalliset ohjeet ja seuraa niiden noudattamista ja luo etuja kansallisia ohjeita noudattaville tahoille.
10. Seuraa ja tutki eturistiriitojen esiintymistä kansallisesti eri terveydenhuollon toimialueilla.

JOHDANTO

Lääketiede (medicine, medicin) sisältää tieteen ja tiedon (the science of medicine, medicinsk vetenskap) ja lääketieteen harjoittamisen (the art of medicine, läkekonst). Kumpaankin liittyy eettisiä ja moraalisia velvoitteita, jotka lääkärin on tunnettava toimiakseen ammatissaan.

Terveydenhuollon ja sairauksien hoitojen kehittäminen tapahtuu yhteistyönä erilaisten yhteisöjen kesken. Mukana ovat mm. valtio, kunnat, ammattikunnat ja yritykset. Kaikkien tavoitteena on luoda järkevää toimintaa, joka lisää kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Yritykset pyrkivät tuottamaan tuotteita ja palveluita niin, että toiminnasta syntyy

voittoa, jolla turvataan tuleva toiminta ja korvataan sijoittajille tai omistajille kohdistuvaa taloudellista riskiä. Talouden näkökulmasta terveydenhuollon toimijoiden perusedut ovat lähtökohtaisesti osin ristiriitaisia, kun toinen pyrkii minimoimaan terveydenhuollon nettokustannuksia ja toinen luomaan tuottoa terveydenhuollon toiminnalla. Terveyden suhteen tavoitteet ovat silti pääosin yhteiset.

Vain eturistiriitojen julkisuus mahdollistaa niiden arvioimisen. Toiminnallisten ja taloudellisten mahdollisten eturistiriitojen havaitseminen ja niistä viestiminen lisäävät läpinäkyvyyttä ja ylläpitävät luottamusta. Kaikessa julkisessa toiminnassa tulisi noudat-

Taulukko 1. Julkisen toiminnan periaatteet ja niiden soveltaminen lääkäreihin (muokattu Ison-Britannian standardeista, Committee on Standards of Public Life, www.public-standards.org.uk)

Periaate	Määritelmä yleisesti ja sovellettuna lääkärin toimintaan
Epäitsekkyys	<i>Julkisessa toimessa toimivan tulee pyrkiä yleisen edun toteutumiseen eikä tavoitella taloudellista tai muuta etua itselleen tai läheisilleen.</i> Lääkärien tulee tavoitella toiminnassaan yleistä etua ja potilaan edun tulee olla ensisijainen.
Riippumattomuus	<i>Julkisessa virassa toimivan tulee olla riippumaton taloudellisista tai muista velvoitteista.</i> Lääkärien tulee olla riippumattomia taloudellisista tai muista sidonnaisuuksista, jotka voivat vaikuttaa heidän toimintaansa lääkäreinä.
Tasapuolisuus, asiallisuus (objectivity)	<i>Toiminnassa, johon kuuluvat mm. päätöksenteko, sopimustoiminta tai henkilöstöjohtaminen, tulee päätösten perustua tosiseikkoihin ja ansioihin.</i> Lääkärien tulee perustaa päätöksensä parhaaseen tutkimusnäyttöön.
Luotettavuus	<i>Päätösten ja toimien tulee olla luotettavia ja julkisessa virassa toimivien tulee olla valmiita oman toimintansa riippumattomuuden, objektiivisuuden ja rehellisyyden arviointiin.</i> Lääkärien päätöksiin ja toimiin pitää voida luottaa. Heidän tulee olla valmiita päätöksensä riippumattomuuden, objektiivisuuden ja rehellisyyden arviointiin.
Avoimuus	<i>Toiminnan, päätösten valmistelun ja päätösten tulee olla mahdollisimman julkisia ja tiedon kansalaisten helposti saatavissa.</i> Lääkärien tulee pyrkiä avoimuuteen päätöksissään ja olla valmiita perustelemaan päätöksensä.
Rehellisyys	<i>Julkisessa virassa toimivien tulee ilmoittaa työhönsä mahdollisesti liittyvät sidonnaisuudet sekä tunnistaa ja ratkaista mahdolliset eturistiriidat yleisen edun mukaisesti.</i> Lääkärien tulee ilmoittaa työhönsä mahdollisesti liittyvät sidonnaisuudet sekä tunnistaa ja ratkaista eturistiriidat yleisen edun mukaisesti.
Johtajuus	<i>Julkisessa virassa toimivien tulee osoittaa johtajuutta näiden periaatteiden toimeenpanossa.</i> Lääkärien tulee osoittaa johtajuutta näiden periaatteiden toimeenpanossa.

taa tiettyjä periaatteita (taulukko 1). Henkilön, jota asia koskee, tulee saada tietoa päätöksentekoon osallistuneiden mahdollisista sidonnaisuuksista, jotta hän voi arvioida päätöstä eikä hänen tarvitse luottaa yksin päättäjien omaan harkintaan. Tämä koskee myös lääkärin täydennyskoulutusta, jonka sisällön, ohjauksen ja toteutuksen tulee perustua tieteelliseen tietoon ja lääkärin ammatillisuuteen, professionalismiin.

Terveydenhuollon toiminnalta odotetaan tasa- puolisuutta ja läpinäkyvyyttä. Lääkärin päätöksenteon riippumattomuus on kansalaisten luottamuksen edellytys, mistä syystä se on pyrittävä turvaamaan. Tämän raportin tavoitteena on kuvata erilaisia toimintatapoja ja tukea arviointia ja pelisääntöjen kehittämistä. Taloudellisten sidonnaisuuksien ilmoittaminen on ensimmäinen askel, sillä se mahdollistaa erilaisten yhteistyömuotojen avoimen tarkastelun.

Terveydenhuoltoa koskeissa asioissa kansalaisten pitää voida luottaa toiminnan oikeellisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Päätöksenteon läpinäkyvyys on osa tätä luottamuksen säilyttämistä. Terveydenhuollon organisaatiot, tutkimuslaitokset, yliopistot, lääkärijärjestöt, poliittinen ja hallinnollinen päätöksenteko, ovat luoneet eturistiriitojen tunnistamiseen ja ratkaisemiseen käytäntöjä. Näillä sopimuksilla, ohjeilla ja seurannalla pyritään tunnistamaan ja ehkäisemään tilanteet, jotka voivat horjuttaa luottamusta.

Mikä on eturistiriita?

Eturistiriita on olosuhteista syntyvä riski sille, että asiantuntijan, tässä tapauksessa lääkärin, ensisijaiseen tavoitteeseen tehdä objektiivinen päätös vaikuttaa toissijainen tavoite, oma tai läheisen hyöty (Lo ym. 2009). Eturistiriitoja synnyttävien mekanismien havaitseminen ei ole helppoa. Yhteistä niille on, että niihin liittyy aina mahdollinen toissijainen hyöty tai tavoite. Yleisesti voidaan sanoa, että mitä suurempi on toissijaisen tavoitteen toteutumisesta seuraava taloudellinen tai muu henkilökohtainen hyöty, sitä suuremmaksi eturistiriidan riski kasvaa.

Terveydenhuollossa päätöksiä tekevien sidonnaisuudet ja mahdolliset eturistiriidat tulevat esiin toi-

minnan organisoinnista tai taloudesta päätettäessä. Jos päättäjät yhtä aikaa pyrkii takaamaan hyvää hoitoa ja päättää kunnan budjettikehyksestä, voi toissijainen tavoite olla kumpaan tahansa suuntaan: terveydenhuollon toimintayksikön voimavarojen turvaamiseen tai kunnan budjetin tasapainossa pitämiseen.

Käytännössä kaikilla asiantuntijoilla on eturistiriitoja ja sidonnaisuuksia, koska asiantuntemus syntyy toimimalla monenlaisissa organisaatioissa ja yhteistyöprojekteissa. Eturistiriitojen tuominen esiin toiminnassa on keskeinen keino säilyttää toiminnan läpinäkyvyys ja turvata yleisön luottamus terveydenhuoltoon. Eturistiriita ei automaattisesti johda toimijan asettamiseen sivuun päätöksenteosta, yhteistyöstä tai toiminnasta.

Mistä eturistiriidat syntyvät?

Eturistiriita syntyy usein päätöksentekoprosessissa, jossa päättäjällä on useita toimia. Jos terveystalujen toiminnasta vastaava henkilö istuu kunnanhallituksessa, hän osallistuu päätökseen kahdesta suunnasta. Jos palveluntuottaja tuottaa terveystaluja kunnalle ja on samaan aikaan mukana arvioimassa toimintaa ja päättämässä sen hankinnasta, syntyy eturistiriita, koska tehtäessä päätöksiä vaikkapa vaikuttavuudesta tai kustannustehokkuudesta, on tiedon tuottaja, arvioija ja päättäjät sama taho.

Työpaikka synnyttää henkilölle aina sidonnaisuuden: kunnan töissä sitoudutaan kunnan toimintasuunnitelmaan ja yrityksessä sen strategiaan. Tämä eturistiriita jää usein havaitsematta, kun ajatellaan, että työpaikka ei ole mahdollinen eturistiriitojen lähde. Myös yhdistyksissä ja etujärjestöissä toimiminen voi luoda vahvoja sidonnaisuuksia.

Yritykset pyrkivät käyttämään terveydenhuollossa toimivia asiantuntijoita mielipidevaikuttajina, koska he ovat uskottavia kohderyhmän näkökulmasta. Jos henkilö saa tutkimusrahoitusta yritykseltä, vastaan hoitolinjauksista ja hankinnoista sekä täydennyskoulutuksesta, on hyvä pohtia, mitkä ovat sidonnaisuudet eri rooleissa. Niiden tulisi olla tiedossa eri yhteyksissä. Terveydenhuollon kanssa toimivia kaupallisia tahoja on paljon. Lääkärin kanssa tekemis-

sä ovat laitevalmistajien, leikkauksissa tai diagnostiikassa tarvittavien välineiden tai lääkeiteollisuuden edustajat. Muita tahoja ovat apuvälinevalmistajat, tietoteknisiä laitteita ja ohjelmia tuottavat yritykset, terveystalvija tuottavat yritykset sekä täydennyskoulutusta tarjoavat yritykset. Tässä suosituksessa näistä yrityksistä käytetään yhteisnimitystä kaupalliset toimijat.

Yritykset, markkinointi ja sidonnaisuudet

Yritysten tavoite on luoda tuotteita ja palveluita ja myydä niitä saadakseen voittoa. Lääkärit ovat lääkeiteollisuudelle ja laitevalmistajille tärkeä markkinointikohde, sillä he päättävät potilaidensa kanssa sairauksien tutkimuksesta ja hoidosta. Philip Kotler määrittelee markkinoinnin seuraavasti: "Markkinointi on sosiaalinen prosessi, jonka kautta yksilöt ja ryh-

Taulukko 2. Asiantuntijoiden päätöksentekoon vaikuttamisen keinoja, koottu eri lähteistä.

Keino	Tavoite	Kohde	Vaikutus	Markkinointimuoto
Mielipidevaikut-tajien rekryointi (asema, tieto, muu auktoriteetti)	Lisätä tunnettuutta ja hyväksyttävyyttä ja sitä kautta myyntiä	Potilastyötä tekevät lääkärit, päätöksentekijät, hankinnoista vastaavat	Asiantuntijoiden esiintyminen koulutuksissa kertomassa lääkkeestä tai suoraan kaupallisen tahon tilaisuudessa tai kannanotot kirjoituksina lisäävät luotettavuuden vaikutelmaa	Myyninedistäminen, tiedotus- ja suhdetoiminta
Tutkimushanke	Saada tietoa vaikutuksista ja lisätä tunnettuutta (erityisesti "me-too- tutkimukset")*	Tutkijat, potilastyötä tekevät lääkärit	Tiedotusmateriaalin luominen esim. myyntityötä varten helpottaa myyntiä	Tiedotus- ja suhdetoiminta, mainonta
Tutkimus- ja aikakauslehtien sairauslähtöiset artikkelit	Lisätä lääke- tai muun hoidon tunnettuutta potilaiden joukossa	Lääkärit ja potilaat	Tietoisuus tuotteista ja niiden eri käyttötarkoituksista	Mainonta (myös tuotesijoittelu)
Suoramarkkinointi, lääke-esittelijät	Lisätä lääkkeen käyttöä	Potilastyötä tekevät lääkärit, hankinnoista vastaavat	Henkilökohtaisuuden tunteen luominen lisää tuotteen käyttöä	Mainonta
Koulutuksen kustantaminen	Lisätä tunnettuutta ja hyväksyntää	Potilastyötä tekevät lääkärit	Koulutus koetaan neutraaliksi tilanteeksi, mikä edistää markkinointia	Myyninedistäminen
Konferenssimatka	Lisätä sitoumusta yritykseen, lisätä lääkkeen käyttöä	Potilastyötä tekevät lääkärit, päätöksentekijät, hankinnoista vastaavat	Matkan kustantajan erillinen ohjelma on markkinointia, mutta samalla luodaan henkilökohtaisuutta myyntiin	Myyninedistäminen
Läakenäyte	Lisätä tietyn lääkkeen käyttöä	Potilastyötä tekevät lääkärit, hankinnoista vastaavat	Kyseisen lääkkeen määrääminen lisäänty	Mainonta
Lahjat, palvelut	Lisätä sitoumusta	Kaikki	Henkilökohtaisuus lisää alttiutta markkinointiviestille	Myyninedistäminen, mainonta

*"Me-too-tutkimus" on kliininen tutkimus, joka tehdään jo käytössä olevalla lääkeaineella ilman uutta hypoteesia tai jos toisella yrityksellä on vastaava lääkeaine käytössä ja halutaan tuoda markkinoille oma lääkeaine samaan sairauteen.

mät tyydyttävät tarpeitaan ja halujaan vaihtamalla tuotteita ja luomalla arvoa muiden kanssa”. Markkinoinnin keinoja ovat mainonta, myynnin edistäminen, tiedotus- ja suhdetoiminta ja myyntityö. Terveydenhuollossa lääkärit voivat olla suoraan ostajia, mutta yleisemmin he neuvovat potilaita heidän päätöksissään. Potilaat ovat osa markkinoita: nykyisiä ja tulevia ostajia. Heille markkinoidaan tuotteita suoraan, myös epäsuorasti terveydenhuollon kautta. Markkinoinnin oppikirjat kuvaavat keskeiset tavat vaikuttaa asiantuntijoiden päätöksentekoon (lyhyesti taulukossa 2).

Tehokkain markkinointi on sellaista, jota asianosainen ei havaitse markkinointina. Täydennyskoulutustilaisuuksudet ovat hyvin hedelmällisiä markkinoinnille, koska kouluttajat ja koulututtajat edustavat usein samaa toimialuetta ja tuntevat toisensa. Sidonnaisuuksien ilmoittaminen sekä kaupallisten toimijoiden roolin esiintuominen on välttämätöntä, jos halutaan ylläpitää täydennyskoulutuksen uskottavuutta ja lisätä läpinäkyvyyttä sekä ehkäistä eturistiriitojen syntyä.

Lääkärit ovat merkittävä markkinointikohde. Campbell ja muut selvittivät Yhdysvalloissa vuonna 2007 lääkärien ja lääketeollisuuden suhteita. Yhdeksän kymmenestä lääkäristä raportoi jostain työhön liittyvästä yhteistyöstä, joista tavallisimpia olivat lou-

nas tai kahvit ja lääkenäytteet, joita raportoi kahdeksan kymmenestä. Kolmasosalle tutkimukseen vastanneista lääkäreistä teollisuus oli kustantanut koulutusta ja neljäsosa oli saanut maksun luennoimisesta, konsultoinnista tai potilaiden rekrytoimisesta tutkimukseen. Suomessa ei tutkimukseen osallistumisesta tai siihen rekrytoinnista makseta. Eri erikoisalojen välillä oli eroja, esimerkiksi kardiologit saivat useimmin korvauksia ja yleislääkärit tapasivat lääke-edustajia joko kahden kesken tai pienissä ryhmissä. Luvut olivat vastaavia Japanissa Saiton ja kumppaneiden mukaan vuonna 2010: lääketeollisuuden maksamassa täydennyskoulutuksessa oli käynyt vuoden aikana yhdeksän kymmenestä. Saksassa Liebin ja Brandtöniesin mukaan kahdeksan lääkäriä kymmenestä tapasi lääke-edustajan viikoittain ja viidennes päivittäin. Suomesta lukuja ei ole käytettävissä.

Lääkärit suhtautuvat markkinointiin myös kriittisesti. Kanadalaisessa Strangin tutkimuksessa kolme neljästä uskoi vuonna 1996 markkinoinnin vaikuttavan lääkkeenmääräämiseen ja kaikki lääkärit toivoivat puolueettomampaa tietoa lääkkeistä. Tutkimuksen jälkeen lääkkeiden markkinoinnin säädökset ovat tiukentuneet erityisesti Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Fugh-Bermanin ja kumppaneiden vuonna 2010 julkaiseman selvityksen mukaan lääkärien tietoisuus markkinoinnista on lisääntymässä.

TOIMENPITEET JA PERUSTELUT

Luo ja jalkauta yleiset ohjeet eturistiriitojen tunnistamisesta ja ratkaisemisesta

Terveydenhuollossa tulee aina olemaan eturistiriitoja eikä niitä voida välttää. Liian tiukka eturistiriitojen korostaminen voi vaarantaa potilaiden hoidon: uusia lääkkeitä ei uskalleta ottaa käyttöön tai olennainen uusi tutkimustieto jää tuottamatta, kun yhteistyötä ei uskalleta aloittaa sidonnaisuuden syntymisen pelossa. Tunnistaminen on tärkeää, mutta on muistettava, että mikään arviointijärjestelmä ei ole täysin läpinäkyvä eikä kukaan toimija täysin objektiivinen. Haasteena on arvioida mahdollisen sidonnaisuuden vaikutukset asiantuntijan tasapuolisuuteen ja toisaalta toiminnan läpinäkyvyyteen. Yleensä hyvä ohjeistus, avoin keskustelu ja järjenkäyttö riittävät. Haitallisesta eturistiriidasta tulee tunnistamisen jälkeen luopua tai jäävätä itsensä pois päätöksenteosta.

Mitä suurempi on toissijaisesta tavoitteesta koitua hyöty, sitä todennäköisempi on eturistiriita. Tämä ei koske vain henkilökohtaista tai organisaation taloudellista hyötyä vaan myös muita immateriaalisia etuja, kuten työssä etenemistä tai pääsyä tutkimusryhmään tai täydennyskoulutukseen. Oikeuskäytännössä arvioinnissa huomioidaan olosuhteet ja Valtiovarainministeriön ohjeissa vieraanvaraisuudesta on listattu seuraavat tekijät, jotka vaikuttavat arvioon:

- Edun välttämättömyys ja tarpeellisuus virkatehtävien suorittamisen kannalta
- Edun antajaa koskevat tekijät, kuten tavoitteet ja mahdollisuus saada etua
- Edun tavanomaisuus
- Virkatoimen merkitys
- Virkamiehen asema
- Edun tarjoaminen suurelle joukolle yhtä aikaa vai yksittäiselle virkamiehelle

Lääkäreistä kunnallisessa tai valtion virkasuhteessa oleviin lääkäreihin sovelletaan kunnallis- ja virkamieslakia, muihin työsopimuslakia.

Arvioinnissa tulee huomioida lääkärin työn sisältö.

On tarkoituksenmukaista, että lääkärin työssä yhdistyvät potilastyö, hallinnollinen työ sekä tutkimus ja opetus. Näissä eri rooleissa yhteys kaupallisiin toimijoihin on erilainen. Esimerkiksi jos lääkäri tekee sopimuksen hallinnollisessa roolissa kaupallisen toimijan kanssa, päätöksestä seuraava taloudellinen hyöty ja vaikutus ovat yleensä merkittäviä, mutta ne eivät kohdistu lääkäriin itseensä. Päätöksentekijän vastuu on aina käytännön toimijan vastuuta suurempi. Sama lääkäri voi toimia kaupallisen toimijan tutkimuksessa tutkijaryhmässä, mutta taloudellinen hyöty, vaikutus ja vastuullisuus voivat olla vähäisiä, sillä tutkimuksen vetovastuu on muualla. Tärkeää on tuoda sidonnaisuudet esiin ja arvioida ne joka kerta.

Vastuu eturistiriidan tunnistamisesta on tärkeintä organisaation johdossa, sillä johtavassa asemassa vastuu ja valta lisääntyvät. Eturistiriitojen arvioiminen vaatii hienovaraisuutta, koska niille ei ole olemassa selviä mittareita ja ne voivat olla vaikeasti havaittavissa. Johto voi vaikuttaa eturistiriitoja ennaltaehkäisevästi laatimalla ohjeet tunnistamisesta, julkistamisesta, toimintatavoista ja näin lisätä läpinäkyvyyttä. Ohjeiden toteutumista tulisi seurata ja arvioida säännöllisesti.

Taloudellisten eturistiriitojen arvioiminen on kohtuullisen selkeää, toiminnallisten eturistiriitojen hahmottaminen on vaikeampaa. Erityisen vaikeaa voi olla arvioida pitkän ajan kuluessa syntyvien sosiaalisten suhteiden synnyttämää eturistiriitaa. Sosiaaliset mallit ovat tärkeitä, mikä tarkoittaa sitä, että tutun tai arvovaltaisen henkilön tai henkilön suositus on tehokkaampi kuin tuntemattoman suositus. Tuttu lääke-edustaja on helppo kohdata, ja todennäköisyys käyttää hänen edustamansa lääketehaan valmistetta on tutkimusten mukaan suurempi kuin etäisemmin markkinoivan yrityksen. Tämä on markkinoinnin teorian mukaista ja siksi lääketeollisuus pyrkii markkinoimaan tuotteitaan juuri henkilökohtaisesti.

Tärkeä arvioitava asia on sidonnaisuuden syvyys ja kesto. On eri asia pitää satunnainen luento kuin osallistua kaupallisen toimijan koulutuksen valmis-

Taulukko 3. Kysymyksiä, joita voidaan esittää, kun arvioidaan sidonnaisuuden aiheuttaman vaikutuksen todennäköisyyttä ja mahdollisen haitan vakavuutta.

Vaikutuksen todennäköisyys	Vaikutuksen mahdollisen haitan vakavuus
Mikä on toissijaisen toiminnan arvo tai siitä saatava taloudellinen hyöty?	Mikä on ensisijaisen tavoitteen arvo tai taloudellinen hyöty?
Mikä on toissijaisen toiminnan tai hyödyn päämäärä tai laajuus?	Mikä on seurausten pääasiallinen vaikutus?
Millaiset valtuudet toimijalla on?	Millainen vastuu päätöksen tekijällä on?

teluun. Pitkäaikainen tutkimusyhteistyö on samalla tavoin eri asia kuin yksittäinen julkisesti haettu kaupallisen tahon apuraha. Se tulisi myös ilmoittaa sidonnaisuutena.

Lääkärin omia arvioita eturistiriitojen tunnistamisesta on tutkittu vähän. Watson ym. tutki Yhdysvalloissa erikoistuvien lääkärin ja heidän kouluttajiensa näkemyksiä lääketeollisuuden vaikutuksesta opetukseen. Suuri osa lääkäreistä arvioi, että lääketeollisuuden markkinointi vaikuttaa erikoislääkärin koulutuksen sisältöön eri opetustilanteissa. Erikoistuvat arvioivat kouluttajia useammin lääketeollisuuden vaikuttavan opetustilanteiden sisältöön: lääkärin kierroilla 47 % / 34 % (erikoistuvat / kouluttajat), muissa opetustilanteissa sairaalassa 58 % / 30 % ja sairaalan ulkopuolisissa luentotilaisuuksissa 80 % / 57 %.

Vahvista eturistiriitojen tunnistamista ja vakiinnuta sidonnaisuuksien esittämisen käytännöt

Perinteisesti lääkärikunta on ajatellut, että yksilöillä tulee olla vastuu eturistiriitojen tunnistamisesta, mutta useissa maissa suositukset korostavat organisaatioiden vastuuta. Jos organisaatiolla on selkeät ohjeet ja käytännöt eturistiriitojen tunnistamisesta, on se nopeampi tapa luoda uutta toimintakulttuuria kuin yksittäisten lääkärin tai lääkäriyhteisöjen toiminta. Lääketieteelliset julkaisut ja hoitosuositukset ovat olleet tässä tienraivaajia, ja ne ovat tuottaneet toimivia malleja. Suomessa lääketieteelliset lehdet noudattavat kansainvälisten tiedelehtien yhteisön ICMJE:n ohjeita sidonnaisuuksien ilmoittamisesta (http://www.icmje.org/updated_coi.pdf). Lääkärin eturistiriitatilanteita on lueteltu taulukossa 4.

Pohdittavaa lääkäreille

- Onko työpaikassasi yhteisesti sovitut ohjeet yhteistyöstä yritysten kanssa?
- Onko työpaikassasi pelisäännöt täydennyskoulutukseen osallistumisesta (esim. tavoitteet, seuranta, raportointi)?
- Miten eturistiriidat työpaikallasi ratkaistaan?
- Tarvitsetko koulutusta eturistiriitojen tunnistamisesta?
- Onko eri tehtävissä toimivien lääkärin eturistiriitojen arvioinnissa eroja?

Taulukko 4. Lääkäreiden mahdollisia eturistiriitatilanteita ja sidonnaisuuksien eri muotoja (eri lähteistä)

Koulutuksen järjestäjä ja kouluttaja
Täydennyskoulutuksen rahoitus
Toiminta:
kaupallisten tahojen, kuten esimerkiksi lääketeollisuuden tai laitevalmistajien kouluttajina
kaupallisissa koulutusta tarjoavissa yrityksissä
kaupallisen tahon koulutustilaisuuden suunnittelussa palkkiota vastaan
terveydenhuollon palveluyritysten koulutuksissa
yksityisen terveydenhuollon palveluita tuottavassa yrityksessä (mm. lääkäriasemat, koulutusorganisaatiot)
Osallistuminen lääketeollisuuden rahoittamiin tilaisuuksiin
Erikoislääkäriyhdistysten toiminnassa yhteistyö kaupallisen toimijan kanssa (esim. koulutukset ja julkaisut)
Tarjoilut perus- jatko- ja täydennyskoulutustilaisuuksissa
Osallistuminen kaupallisen tahon maksamana kongressiin tai seminaariin
Potilaiden hoito
Henkilökohtaiset tapaamiset työajalla tai vapaa-ajalla
Kaupallisten tahojen toimittaman potilasmateriaalin jakaminen
Lääkenäytteiden jakaminen potilaille
Lahjat
Henkilökohtaiset lahjat, matkat, kongressimatkat
Terveydenhuollon toiminnanohjaus
Toiminta:
terveydenhuoltoon liittyvissä järjestöissä, joilla taloudellista yhteistyötä lääketeollisuuden kanssa (esim. potilasjärjestöt)
terveydenhuollon ohjaamiseen pyrkivissä hankkeissa ja organisaatioissa: paikallisesti (esim. terveyslautakunta), alueellisesti tai kansallisesti
terveysteknologiaa tai palveluita tuottavan yrityksen kanssa
Tutkimus
Suora tutkimusrahoitus säätiöltä, jota teollisuus rahoittaa
Suora tutkimusrahoitus kaupalliselta toimijalta (lääke- ja instrumenttiteollisuus) omalle tutkimusryhmälle, ei toimeksianto
Työsuhde tai toimeksianto (esimerkiksi osallistuminen kliiniseen lääketutkimukseen tai teknologian kehittämishankkeisiin)
Toimiminen maksullisina konsultteina
Tietojen toimittaminen teollisuudelle
Osallistuminen kaupallisen toimijan tutkimukseen (tutkijana, kirjoittajana, ilman suoraa palkkaa)
Tutkijan patentit, oma yritystoiminta
Muu
Yksilöityjen kaupallisten tahojen osakkeiden omistus
Osallistuminen kaupallisen toimijan (lääketeollisuus ym. tai palvelujentuottaja kuten lääkärikeskus) hallintoelinten toimintaan
Lääkenäytteiden oma käyttö

Pohdittavaa lääkäreille

- Miksi lääkärien ja lääketeollisuuden välille on syntynyt nykyisen kaltainen yhteys?
- Työantaja on vastuussa lääkärien ja yritysten yhteistyöstä, jos se liittyy kiinteästi työtehtäviin.
- Työnantajan tulee huolehtia, että lääkärit perehdytetään yhteistyössä yritysten kanssa toimimaan organisaation ohjeiden mukaisesti.
- Täydenniskoulutus on oppimista ja kehittymistä varten. Kannattako edistää koulutusta, jonka sisällöstä suuri osa on lomailua tai sosiaalista ohjelmaa?
- Millaiset laatukriteerit koulutustilaisuuksille ja järjestäjille tulisi olla käytettävissä?
- Tunnetko Pro Medicon suositukset ja ohjeet täydenniskoulutuksen järjestäjälle?

Järjestä täydenniskoulutuksen rahoituksen seuranta

Täydenniskoulutuksen järjestämisen tulee lähteä lääkärien aidosta tarpeesta, luotettavasta tiedosta ja vahvasta osaamisesta. Toteutuksen tulee tukea päätavoitetta, joka on potilaan hyvä hoito. Lähtökohtaisesti täydenniskoulutuksen tarpeen määrittelevät koulutukseen osallistuvat ja riippumattomat asiantuntijat. Täydenniskoulutuksen rahoituksesta Suomessa tulee merkittävä osa lääketeollisuudelta. Rahoitusta ei tule piilottaa vaan eri rahoittajien tulee olla esillä jo koulutuksen ilmoituksissa. Koska

koulutuksensisällön asiantuntemusta tarvitaan rahoituksen läpinäkyvyyden arvioinnissa, tulisi lääkärijärjestöjen ja terveydenhuollon palvelutuottajien olla siinä mukana. Koulutustilaisuuksien ilmoittamista kansallisessa sähköisessä kalenterissa tulisi suosia, ja sinne tulisi lisätä velvollisuus kertoa täydenniskoulutustilaisuuden rahoituksesta. Lääkäreiden täydenniskoulutusta tarjoavat monet koulutusyritykset ja järjestöt, joiden yksittäisen koulutustilaisuuden taustalla voi osarahoittajana olla kaupallinen tahon.

Pohdittavaa lääkäreille

- Maksaako työnantajasi täydenniskoulutuksen suorat ja välilliset kustannukset?
- Mitkä ovat koulutustilaisuuden vaihtoehtoiskustannukset, kun koulutuksen kustannukset ovat osa terveydenhuollon kokonaiskustannuksia? Onko muita tapoja ylläpitää ammatillista osaamista?
- Pitäisikö työnantajan tietää ennen koulutuksen hyväksymistä sen rahoittajat, jos yrityksiä on mukana?
- Seuraatko osallistumistasi täydenniskoulutukseen esimerkiksi vuosittain? Mikä osuus siitä on sellaista, jossa lääketeollisuus ei ole mukana?

Arvioi asiantuntijoiden eturistiriidat ja sidonnaisuudet, kun he tarjoavat tutkimustuloksia tai sisältöjä koulutukseen

Lääketieteellistä tutkimusta pidetään yleisesti korkeatasoisena ja luotettavana. Täydennyskoulutusta suunnittelevan tulisi tuntea yleisimmät riskit, jotka liittyvät tutkimustiedon hyödyntämiseen. Täydennyskoulutustilaisuuksissa kaikkien kouluttajien sidonnaisuudet on esitettävä, mielellään esityksen yhteydessä. Suurissa koulutuksissa sidonnaisuudet on hyvä kysyä jo ohjelmaehdotuksia ja abstrakteja jätettäessä, kuten on tapana monissa kansainvälisissä tilaisuuksissa.

Pulmia tutkimuksen soveltamisessa täydennyskoulutuksessa liittyy lääkkeiden haittatapahtumien

raportointiin ja niin sanottuun positiiviseen julkaisuharhaan. Lääketutkimushan on pääosin lääketieteellisuuden rahoittamaa. Esimerkiksi Jørgensen ym. kuvasivat, miten koksibi-kipulääkkeiden haittoja raportointiin laiskasti ja piilotettiin lääkevalvontaviranomaisilta. Tieteelliset julkaisusarjat julkaisevat mieluusti uutisia, artikkeleita, joissa hoidolla saavutetaan tilastollisesti mahdollisimman edulliset tulokset (positiivisten tulosten harha) ja ns. nollatulosten julkaiseminen on vaikeaa. Toisaalta tutkimusetiikka vaatii tekemään tutkimuksia, joissa on mahdollisuus tuottaa tutkittaville terveyshyötyä. Nykyisin satunnaistetut kokeet kirjataan julkiseen tietokantaan (esim. <http://www.controlled-trials.com/>) ja niiden etenemistä ja julkaisemista seurataan. Tieteelliset lehdet eivät julkaise potilas- tai väestötutkimuksia, joita ei ole rekisteröity.

Pohdittavaa lääkäreille

- Mitä haluat tietää luennoitsijan tai kirjoittajan sidonnaisuuksista?
- Miten hyvin osaat arvioida tutkimuksen menetelmien luotettavuutta?
- Pystytkö arvioimaan, milloin tutkimustiedosta kertominen muuttuu markkinoinniksi?

Tarjoa tietoa ja koulutusta eturistiriitojen arvioinnista ja ratkaisemisesta

Lääkärillä tulisi olla perustiedot eturistiriitoja synnyttävistä mekanismeista ja niiden arvioinnista. Valmiudet tulisi saada jo perusopetuksessa ja niitä tulisi syventää uran eri vaiheissa. Lääkäriopettajilla ja täydennyskouluttajilla on paljon vaikutusvaltaa: he ovat alansa asiantuntijoita ja vastuussa tulevien lääkäreiden opastamisessa profession toimintaan ja arvoihin. He ovat malleja. Opetuksen tavoitteiden ja toteutuksen yhteinen ja avoin määrittely ovat keskeisiä, kun ylläpidetään opetuksen läpinäkyvyyttä. Ei ole järkevää olettaa, että opettajilla ei olisi yhteyksiä kaupallisiin toimijoihin, mutta niiden tulisi olla läpinäkyvästi tiedossa (Lisätietoa 1). Lääkärikouluttajien lääkäreiden

tulisi erityisesti olla tietoisia lääketieteellisuuden markkinoinnin keinoista ja itsestään osana tätä kanavaa.

Täydennyskoulutuksessa keskitytään paljolti sairauksien hoitoon ja erityisesti lääkehoitoon. Lääkehoidon perusteet opitaan peruskoulutuksen aikana ja sen aikana tulisi oppia keskeiset asiat lääkkeiden vaikutusmekanismeista, hyödyistä ja haitoista. Rationaalinen ja turvallinen lääkkeiden käyttö sisältää paitsi farmakologisen osaamisen, myös vuorovaikutuksen potilaan kanssa. Jokaisella lääkärillä on oma vastuunsa lääkkeiden oikeanlaisesta käytöstä, koska seuraukset ovat terveydenhuollolle vakavat. Lääkkeiden hyötyjen ja haittojen arviointi sekä potilaan että yhteiskunnan näkökulmasta tulee oppia peruskoulutuksessa. Täydennyskoulutuksella voidaan täydentää osaamista. Lääkkeitä, laitteita ja palveluita

saa markkinoida suoraan niille ammattilaisille, jotka voivat niitä määrätä. Lääkärit ovat näistä suurin ryhmä. Peruskoulutuksen aikana opiskelijat osallistuvat lääketeollisuuden, laitevalmistajien ja palveluntuottajien markkinointitilaisuuksiin. Sitoutus lääkkeisiin ja lääkevalmistajiin alkaa varhain ja opiskelijat ovat otollinen markkinoinnin kohde. Lääketieteen opetukseen on 1990-luvulta lähtien kuulunut jonkin verran opetusta markkinoinnin keinoista. On tärkeää, että lääkärit ovat tietoisia niistä keinoista, joilla heihin yritetään vaikuttaa. Lääketieteen opiskelijoille markkinoidaan lääkkeitä ja palveluja samoin periaattein kuin valmiille lääkäreille. Opiskelijalle voi syntyä käsitys, että tämä markkinointi kuuluu lääkärin ammattiin luonnollisena osana.

Kanadassa ja Yhdysvalloissa lääketieteen opetuksessa saa käyttää vain lääkkeiden geneerisiä nimiä. Suomessa Medisiinariliitto toteaa suosituksessaan vuodelta 2008: "Lääkemarkkinointiin perusopetuksen yhteydessä saattaa liittyä eettisiä ongelmia, joten sen tulisi olla läpinäkyvämpää. Aina tulisi aktiivisesti tarjota yhtä hyvä mahdollisuus oppia samat asiat ilman lääkeyrityksen läsnäoloa." Medisiinariliitto kiinnittää huomiota lääketieteen opiskelijoiden heikkoihin valmiuksiin arvioida markkinoinnin keinoja ja esittää lisää opetusta lääkemarkkinoinnista ja käytännönläheisempää opetusta lääkkeiden vaikutusten arvioinnista.

Pohdittavaa lääkäreille

- Mitä valmiuksia olet saanut markkinoinnin tunnistamiseen ja arviointiin?
- Miten oma lääkevalikoimasi on muodostunut?
- Miten usein tapaavat yritysten edustajia kahden kesken?

Tee täydennyskoulutuksen sisältö riippumattomaksi kaupallisista toimijoista

Lääkärit ovat täydennyskoulutuksen suurkuluttajia ja heillä on suuri valta ja samalla vastuu sen sisällöstä, toteutuksesta ja laadusta. Lääkärit ovat aktiivisia kouluttautujia. Vuonna 2008 Lääkärikyselyn mukaan kaikista työikäisistä lääkäreistä 11,5 % oli kymmenen päivää täydennyskoulutuksessa vuoden aikana ja 19 % yli kymmenen päivää. Toimipaikan ulkopuolinen koulutus on Suomessa varsin usein kaupallisten toimijoiden järjestämää tai heidän kanssaan yhteistyössä järjestettyä. Tämä on mahdollistanut täydennyskoulutuksen näennäisesti pienet kustannukset verrattuna moneen muuhun alaan, mutta se on synnyttänyt myös keskustelua tämän koulutuksen laadusta ja soveltuvuudesta osallistujien tarpeisiin. Täydennyskoulutusyhteistyön ongelmista on tutkimusnäyttöä. Lääke- ja laiteollisuuden vahva panos kaventaa täydennyskoulutuksen sisältöjä ja toteutusta lääketeollisuuden näkökulmaan sopivaksi (Katz ym. 2002) ja koulutus ohjaa lääkkeen määräämiskäytäntöjä (Bowman ym. 1988).

Lääkärit eivät tunnista helposti kaupallisen toimijan viestiä koulutuksessa (Steinman ym. 2010). Kalifornian yliopisto arvioi lääkärin kykyä havaita kaupallisen toimijan mukanaoloa ja vaikutusta vuosien 2005-07 aikana. Viidesosa koulutuksista arvioitiin sellaisiksi, joissa kaupallinen toimija oli merkittävästi vaikuttanut koulutuksen sisältöön. (Lisätietoa 2)

Lääkärin työssä tiedon ja taidon säilyttäminen ajan tasalla vaatii jatkuvaa oppimista ja uuden tiedon hankkimista. Täydennyskoulutus on merkittävä osa tätä ammattitaidon ylläpitoa. Sitä tapahtuu paitsi työpaikalla, myös sen ulkopuolella erilaisissa koulutustilaisuuksissa, työpajoissa tai kongresseissa. Kaupallinen toimija voi olla näissä kaikissa mukana mm. maksamalla koulutuksen järjestämisestä tai matkoista ja muista lääkärille aiheutuvista kuluista. Terveystieteiden huollossa tuntuu olevan varsin usein käytäntönä, että vaikka työpaikalla koulutuksen sisältö ja järjestelyt tulevat organisaation puolesta, tarjotut tulevat kaupalliselta toimijalta. Tällöin yritys saa vastineeksi aikaa, jolla se markkinoi tuotteitaan. Yksittäinen lääkäri kuulee näitä markkinointipuheita työpaikan koulutuksen lomassa ja eikä välttämättä ajattele olevansa markkinoinnin kohde. (Lisätietoa 2)

Täydennyskoulutus on keskeinen osa terveydenhuollon korkean laadun ja vaikuttavuuden ylläpitämistä. Terveystieteiden huollon palveluntuottajien tulisi ottaa suurempi vastuu lääkärin ammatillisesta kehittämisestä ja sitä kautta täydennyskoulutuksen rahoituksesta. Niiden tulee seurata ja raportoida lääkärin täydennyskoulutukseen osallistumista ja tässä yhteydessä koulutuksen rahoittajat tulee arvioida. On huolestuttavaa, jos organisaation täydennyskoulutus perustuu merkittävästi kaupallisten tahojen suoraan tai välillisesti rahoittamaan koulutukseen. Tätä ei voi havaita, jos täydennyskoulutuksen rahoitus ei ole läpinäkyvä eikä kouluttautumista seurata.

Pohdittavaa lääkäreille

- Miten yritys yhteistyö vaikuttaa koulutustilaisuudessa?
- Kenen haluaisit rahoittavan täydennyskoulutuksesi?

Luo pelisäännöt potilastyössä toimivien lääkärin ja kaupallisten toimijoiden suhteille ja seuraa niiden toteutumista

Terveystieteiden huolto on potilasta varten ja pyrkii tekemään potilaan terveyden kannalta parhaita toimenpiteitä ja tukemaan potilasta hyvissä valinnoissa. Tiedon asymmetria vallitsee aina hoitotilanteessa: lääkäri tietää enemmän hoitovaihtoehtoista ja potilas omasta tilanteestaan. Tietoa lääkkeitä saadaan hoitotilanteesta lääkäriltä. Potilaat toivovat valinnanvaraa ja tietoa valinnan perusteiksi, mutta hoitovaihtoehtoista voi saada ristiriitaista tietoa. Hoitotilanteesta voi olla myös taloudellinen ristiriita: potilas haluaa parhaan mahdollisen hoidon julkisen terveydenhuollon kustannuksista riippumatta ja lääkärin on sopeutettava hoitovaihtoehtonsa koko toiminnan käytettävissä oleviin resursseihin. Osa lääkkeitä tulee tarpeeseen, mutta osan kasvusta selittää uusien lääkkeiden markkinointi (Angell 2004).

Hoitovaihtoehtoja markkinoidaan sekä lääkäreille että kuluttajille. Internet tuo uuden tiedon jokaisen ulottuville. Tutkimuksista tiedotetaan julkisuudessa yhä varhaisemmassa vaiheessa. Potilaiden mahdollisuudet saada ajantasaisista ja luotettavaa tietoa tutkimuksista ja hoidoista ovat parantuneet, mutta ne ovat edelleen rajalliset. Verkossa on kaikki mahdollinen tieto periaatteessa, mutta tieto (information) ei ole sama kuin ymmärrys (knowledge). Lääkärin vastuu on suuri ja potilaan on voitava luottaa hoitopäätöksessä lääkäriin. Lääkäreiden ja kaupallisten toimijoiden väliset läheiset suhteet nakertavat tätä luottamusta, varsinkin jos niistä ei ole sovittu pelisääntöjä tai pelisääntöjä ei noudateta.

Suomessa virassa oleviin lääkäreihin sovelletaan virkamieslakia, jonka mukaan virkamies ei saa vaatia, hyväksyä tai ottaa vastaan taloudellista tai muuta etua, jos se voi heikentää luottamusta virkamieheen taikka viranomaiseen. Kaikkia lääkäreitä koskevat lääkelain markkinointisäännökset, joiden toteutumista Fimea valvoo. Seuraavassa käydään läpi yleisimpiä mahdollisen eturistiriidan synnyttäviä arkipäiväisiä tilanteita ja yhteistyömuotoja. Niitä ovat lahjat,

lääkenäytteet, matkat ja teollisuuden osallisuus täydennyskoulutustilaisuuksissa.

Onko lahja vain lahja?

Lääkärin työssä lahjat ovat varsin yleisiä ja ne voivat liittyä työhön, kuten kirjat, EKG-viivaimet, kynät tai muu toimistotavara. Kaikki tavara, pieniarvoinenkin, kantaa markkinatilaa. Lahjoja tuodaan mieluiten henkilökohtaisissa tapaamisissa, jolla pyritään vahvistamaan tapaamisen henkilökohtaisuutta. Teoriassa lahjat ovat vapaaehtoisia ja vastikkeettomia, mutta psykologisesti vastalahjan antamiseen on jossain muodossa velvollisuus. Pientenkin lahjojen on osoitettu vaikuttavan saajan käyttäytymiseen (Angell 2000). Lahjaa voidaan tarkastella moraaliseettisesti ja juridisesti. Juridisesti lahjoja koskevaa lainsäädäntöä, joka koskee terveydenhuollon henkilöstön saamia lahjoja tai näytteitä, löytyy laista arvonlisäveroista (www.finlex.fi).

Mainoslahja on määritelty vähäarvoiseksi massalahjaksi, joka annetaan samanaikaisesti ja samanlaisena useille vastaanottajille. Mainoslahjan tavanomaisuuden käsitettä ei ole määritelty arvonlisäverolaissa eikä lain esitöissä, mutta korkeimman oikeuden vuodelta 2006 olevan ratkaisun mukaan vähäisen lahjan arvo oli 25 euroa. Lääkäreille jaettavat kynät, kalenterit tai viivaimet kuuluvat yleensä tähän ryhmään.

Näytekappale on yrityksen valmistama tuote ja se on vapautettu arvonlisäverosta, jos sen tarkoituksena on edistää tuotteen myyntiä esimerkkinä tuotteesta. Lääkenäytteet ovat näytekappaleita.

Edustuslahjaksi luokitellaan lahja, joka on valittu yksilöllisemmin vastaanottajaa silmällä pitäen. Se on verollinen lahja ja tulee ilmoittaa verottajalle. Eri-laisten lahjojen määrittelyyn vaikuttaa toimiala. Lahjan tulee olla alalla tavanomainen. Sitä ei arvioida rahamääräisen arvon perusteella vaan sen perusteella, onko lahjan antaminen tavanomaista yhtiön liiketoimintaan nähden. Millaisia lahjoja ja näytteitä on tavanomaista jakaa lääkäreille, riippuu siis maan terveydenhuollon kulttuurista.

Täydennyskoulutustilaisuudet

Lääkärien täydennyskoulutuksesta suuressa osassa mukana on kaupallinen toimija. Syyt ovat monet, mutta keskeisin on työnantajan haluttomuus kustantaa täydennyskoulutusta, kun sitä on saatavana ilmaiseksi tai näennäisen edullisesti. Täydennyskoulutuksen sisällön suunnittelun ja toteutuksen tulisi olla riippumatonta kaupallisista toimijoista. Kaupallisen toimijan roolin tulee olla selkeästi kerrottu ja irrallaan varsinaisesta koulutuksellisesta osuudesta. Kouluttajien sidonnaisuudet tulee olla arvioitu ja tiedossa koulutukseen osallistuvilla (Suositus täydennyskoulutuksesta 2007).

Täydennyskoulutuksen järjestäminen on kallista. Siksi mukana on kaupallisia toimijoita, jotka saavat näin aikaa ja tilaa markkinoinnille. Hyöty on molemminpuolinen. Ongelmia syntyy, kun koulutusosuus ja markkinointi eivät ole selvästi erotettavissa. Näin käy esimerkiksi silloin, kun luentojen välissä yrityksen edustaja tai sen kutsuma asiantuntija kertoo kyseisen yrityksen tuotteista tai tutkimuksista. Toinen yleinen tapa on järjestää suurien kongressien yhteyteen satelliittisymposiumeja, joista maksetaan kongressin järjestäjille ns. sisäänpääsymaksu. Ongelmallisia ne ovat, jos ne eivät selkeästi erotu varsinaisesta tieteellisestä ohjelmasta, ne järjestetään samoissa opetustiloissa ja niitä järjestetään varsinaisen ohjelman aikana. Kongressiin osallistuvat harvoin tulevat ajatelleeksi, että satelliittisymposiumien puhujat ovat tyypillisesti mielipidejohtajia, jotka ovat osallistuneet yritysten tutkimuksiin tai ovat olleet muutoin yhteistyössä.

Täydennyskoulutuksen sisällön riippumattomuuden arviointi on haastavaa. Markkinoinnissa tärkeitä ovat mielipidejohtajat, ansioituneet ja näkyvät lääkärin. Heitä kutsutaan puhumaan yritysten järjestämiin tilaisuuksiin tai tarjotaan asiantuntijoina muiden järjestämiin tilaisuuksiin. He saavat yrityksiltä rahoitusta kongressimatkoihin tai tutkimustyöhön. Heitä pyydetään yritysten erilaisiin asiantuntijatehtäviin (neuvottelukunnat, koulutustilaisuuksien suunnittelu, lausunnot). Näin heille syntyy taloudellisia ja henkisiä sidonnaisuuksia. Tällaisten omaan

asiantuntijuuteen liittyvien erilaisten tehtävien ei välttämättä ajatella vaarantavan omaa objektiivisuutta.

Uusin lääketieteellinen tieto ja osaaminen ovat saatavissa kansainvälisissä koulutuksissa, kongresseissa. Jotta terveydenhuollon osaaminen maassamme säilyy korkeatasoisena, on lääkäreillä oltava mahdollisuus osallistua kongresseihin, myös ulkomailta, oman erityisosaamisensa ylläpitämiseksi. Tässä on ajautettu pulmiin, koska työnantajilla on niukat resurssit ja haluttomuutta kustantaa täydennyskoulutusta. Kaupalliset toimijat vievät lääkäreitä kansainvälisiin kongresseihin maksaen yleensä kaikki kustannukset. Nämä suhteet voivat vaarantaa riippumattomuutta jopa enemmän kuin rahalliset korvaukset. Tiedon saamisen kannalta kansainvälisiä, eurooppalaisten tai globaalien yhdistysten järjestämiä kongresseja voidaan pitää hyödyllisenä potilaan kannalta. Kyseenalaisia sen sijaan ovat erilaisten uusien tuotteiden lanseeraustilaisuudet, joihin kustannetaan lääkäreitä ympäri maailmaa. Se on puhdasta markkinointia.

Täydennyskoulutuksen sisällön riippumattomuuden arviointi on haastavaa ja vaatii asiantuntemusta ja valppautta. Suomessa täydennyskoulutuksen riippumattomuuden edistämiseksi Finska Läkaresällskapet, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Lääkäriliitto perustivat vuonna 2002 Lääkärien täydennyskoulutuksen arviointineuvoston, jonka työtä jatkaa nyt Pro Medico. Aiheesta on saatavilla Suositus täydennyskoulutuksesta ja Opas täydennyskoulutuksen järjestäjille.

Pohdittavaa lääkäreille

- Kyseenalaistatko kaikki lahjat?
- Vaikuttavatko lahjat lääkkeenmääräämiskäytäntöihisi?
- Järjestätkö tapaamisia vain lahjan vastaanottamista varten?
- Suhtaudutko lääketeollisuuden esittämään tietoon kriittisesti?
- Onko helpompi olla kriittinen, jos lääke-esittelyyn osallistuu useampia lääkäreitä?
- Tarvitsetko todella lääkenäytteitä ja säilytätkö ne asianmukaisesti?

Lääkenäytteet

Lääkenäytteet ovat 1960-luvulla syntynyt tapa markkinoida lääkkeitä. Tavoite on vaikuttaa lääkärin lääkkeiden määräämiseen, kun hän voi aloittaa lääkityksen "ilmaiseksi" tai potilas voi "kokeilla" lääkettä. Tämähän on potilaan näkökulmasta myönteinen asia, kun hänen ei tarvitse sitoutua lääkkeeseen heti taloudellisesti ja vastaavasti lääkenäyte toimii myönteisenä eleenä lääkärin puolelta. Kroonisten sairauksien hoidossa lääkenäytteen kustannusvaikutus on olematon, kun lääkettä käytetään vuosia. Potilas voi myös päätyä käyttämään turhaan liian kallista valmistetta.

Ilmainen lääkenäyte on osa lääkemarkkinointia. Lääkeasetuksessa on tarkemmin säädetty lääkenäytteiden luovuttamisesta ja toimittamisesta. Yleensä ne ovat uusia valmisteita, erityisen kalliita lääkkeitä tai runsaasti kilpailtuja. Lääkenäytteet koetaan myönteisenä asiana, mutta niihin liittyy omat riskinsä. Lääkenäytteitä jakoivat eniten lääkärit, jotka ilmoittivat luottavansa lääke-edustajien antamaan tietoon eniten (Andaleeb ja Tallman 1995). Terveydenhuollon organisaation kannalta ilmaiset lääkenäytteet voivat olla potilasturvallisuusriski, jos niitä säilytetään huolimattomammin kuin muita lääkkeitä eikä niitä kirjata mihinkään, jolloin valvominenkin on hankalaa. Potilasohjeet puuttuvat lääkenäytteistä. Lääkkeiden säilyvyys on rajallinen ja lääkenäytteiden vanhenemisen seuranta on lääkärin oman valppauden varassa.

Lääkenäytteiden säilytyksestä ja jakamisesta tulisi olla ohjeet. Hansen ym. selvitti 17 terveyskeskuksen lääkenäytteisiin liittyvää lääketurvallisuutta audi-

toimalla niiden lääkenäytteiden jakamista koskevat käytännöt sekä tekemällä kyselyn lääketurvallisuudesta. Lääketurvallisuuden kriteereinä käytettiin kansallisia suosituksia lääkkeiden säilytyksestä ja lääkejakelusta. Kysely sisälsi seitsemän kriteeriä laadukkaasta lääkenäytteiden jakamisesta. Kahdellatoista terveyskeskuksella seitsemästätoista oli ohjeet näytteiden säilyttämisestä ja jakamisesta ja seitsemällä niiden merkitsemistä, mutta yksikään asema ei täyttänyt kaikkia 7 kriteeriä.

Potilaan opastajat

Lääkärin käytössä on ollut niukasti hyvää potilaille suunnattua materiaalia ja terveydenhuollon organisaatiotkin tuottavat vähän tällaista materiaalia. Osa kaupallisten tahojen tuottamasta potilaille tarkoitettua materiaalista voi olla tuotettu yhdessä potilasjärjestön kanssa. On hyvä tiedostaa, että kyseessä on myös markkinointimateriaali, harvoin neutraali potilastiedote. Lääkärin jakamana se saa helposti merkittävän painoarvon, johon tällä tähdätäänkin potilasinformaation ohella.

Kaikki materiaali, jota terveydenhuolto jakaa, tulisi arvioida ja arviointiin olisi hyvä olla yhteiset kriteerit. Kaupallisen toimijan materiaalille ei ole perinteisesti asetettu yhteneväisiä kriteereitä, mutta Internetissä ilmestyvän materiaalin luotettavuudelle on vaadittu laatukriteereitä ja niitä on laadittukin (Lampe 2008). Terveydenhuollon jakamaa materiaalia pidetään luotettavana, joten potilasmateriaaliin tulee suhtautua vakavasti.

Lääkärit toimivat usein potilasjärjestöissä, jotka tuottavat mm. tärkeää kokemustietoa sairauksista ja niiden hoitoon liittyvistä ongelmista. Monet niistä toimivat yhdessä lääketeollisuuden kanssa. Teollisuus rahoittaa yhteisiä kampanjoita, materiaaleja tai antaa järjestöille suoraa tukea. Kaupalliset toimijat pitävät tätä toimintaa tärkeänä osana markkinointiaan. Sillä lisätään yrityksen tunnettavuutta tulevaisuuden tai nykyisissä kyseisen yrityksen lääkkeiden käyttäjissä (RCP 2009). Potilasjärjestöt pyrkivät edistämään oman potilasryhmänsä asioita ja mukana ovat luonnollisesti lääkkeisiin liittyvät taloudelliset edut, kuten lääkekorvaukset, saatavuus tai hinta. Lääkete-

ollisuus toimittaa mielellään tutkimusraporttejansa, markkinointimateriaalia tai asiantuntijoita potilasjärjestöjen käyttöön.

Lääkärin tulee olla tietoinen potilaille jakamansa materiaalin alkuperästä ja tavoitteista. Hyvää materiaalia voi jakaa, mutta kannattaa olla tietoinen sen alkuperästä ja tavoitteista. Lääkärin toiminta potilasjärjestöissä synnyttää lähes aina sidonnaisuuden, joka tulee ilmoittaa.

Kehitä ja vakiinnuta organisaation käytäntöjä ja arviointia

Eturistiriitojen tunnistamisen käytäntöjen on oltava oikeudenmukaiset kaikille organisaatiossa työskenteleville. Niiden tulee olla etukäteen yhdessä sovitun ja noudattaa terveydenhuollolle asetettuja periaatteita ja tavoitteita (taulukko 5). Arviointi ja mahdolliset ankaratkin seuraamukset tulee sopia ohjeita laadittaessa. Joskus eturistiriita edellyttää henkilön luopuvan ristiriidan taustalla olevasta toiminnasta. Yritysmailmassa on tyypillistä rajoittaa toimintaa ns. kilpailevan yrityksen toiminnassa tai kieltää se kokonaan. Päätöksenteon kannalta merkittävän eturistiriidan omaavan henkilön on jäävätkään itsensä päätöstä tehtäessä. Hallintolaki edellyttää, että virkamies ei osallistu asian käsittelyyn eikä ole läsnä sitä käsiteltäessä, jos hän on esteellinen.

Esteellisyttä arvioitaessa on pohdittava, miltä se itsestä tuntuu ja miltä se näyttää ulospäin. Joskus voidaan tarvita kolmannen osapuolen arviointi esteettömyydestä. Suomen terveydenhuollossa on hyvin vähän sovittuja ehdottomia eturistiriitoja, joten tässä mielessä sidonnaisuuksien ilmoittamiseen on painavat perusteet. Niiden avulla voidaan havaita mahdollinen esteellisyyskin. Keskeistä on olla tietoinen eturistiriidoista toiminnassa, päätöksenteossa ja yhteisön julkisuuskuvassa, vaikka ne eivät välttämättä vaikutakaan toimintaan tai päätöksentekoon.

Terveydenhuollon rakenteista syntyvät eturistiriidat ovat terveydenhuollon uskottavuuden ja luotettavuuden kannalta keskeisimpiä (Tonelli 2007). Terveydenhuollon organisaatiossa eturistiriita syntyy

Taulukko 5. Terveysthuollon organisaation eturistiriitojen arvioinnissa käytettäviä kriteerejä

Kriteeri	Kuvaus
Suhteellisuus	Onko ohjeistus suunnattu tärkeimpiin eturistiriitoja aiheuttaviin tilanteisiin?
Läpinäkyvyys	Onko ohjeistus helppotajuinen ja helposti kaikkien saatavissa organisaatiossa?
Vastuullisuus	Määritteleekö ohjeistus vastuut toteuttamisesta, valvonnasta ja seuraamuksista?
Oikeudenmukaisuus	Kohtelee ohjeistus tasapuolisesti kaikkia henkilöitä tai yksiköitä eri tasoilla ja eri organisaatioissa?

pääasiassa taloudellisten resurssien rajallisuudesta. Taloudellisten resurssien jakautumista ja käyttöä pyritään pitämään budjettien rajoissa. Tämä voi olla ristiriidassa hoitotavoitteiden, potilasturvallisuuden tai tutkimuksen riippumattomuuden kanssa (Miller 2007). Taloudellisia päätöksiä, joissa läpinäkyvyyden vaatimus on merkittävä, ovat mm. lääkkeiden ja laitteiden ostopäätökset ja muut organisaatiotason sitoumukset, kuten tutkimus- ja kehittämishankkeet. Näissä päätöksissä osallisten sidonnaisuuksilla voi olla merkitystä tai ainakin tietoisuudella niistä.

Suhteellisuus: Eturistiriitojen ennakointiin ja ratkaisemiseen tähtäävien ohjeiden tulee olla selkeitä ja vaikuttavia. Arvioinnissa tulee huomioida sekä edut että haitat yksilötasolla ja organisaatiossa. Vaikeat ja monimutkaiset säännöt ja syyllistävät käytännöt eivät johda hyvään tulokseen. Ohjeiden tulee olla noudatettavissa kohtuullisella vaivalla ja kustannuksilla. Ohjeita ja niiden käyttöä tule seurata ja korjata. Tavoitteena on käytännöllisyys.

Läpinäkyvyys: Yksiköiden ja organisaatioiden toiminnan läpinäkyvyys edellyttää eturistiriitojen ja sidonnaisuuksien avointa ilmoittamista. Läpinäkyvyys vaatii työtehtävien, luottamustoimien, tutkimuksen, opetuksen tai muun toiminnan ilmoittamista. Sen lisäksi voidaan esittää arvioita merkittävimpien sidonnaisuuksien vaikutuksesta ja vaikutuksen suunnasta.

Vastuullisuus: Organisaatiot luovat ohjeet, seuraavat niiden toimeenpanoa, arvioivat toteutumista ja kertovat tästä toiminnasta avoimesti. Lääkärit joutuvat perustelemaan päätöksiään potilaille, tutkijat rahoittajille, julkaisijoille tai eettisille toimikunnille. Jokaisella lääkäriellä on aina oma eettinen vastuunsa. Organisaatioiden tulisi perustella eturistiriitoihin

ja sidonnaisuuksiin liittyvät ohjeet ja käytännöt kaikille, joita ne koskevat. Organisaatioiden tulee arvioida ja raportoida ohjeistuksen toteutumista määräajoin suunnitellusti.

Oikeudenmukaisuus: Ohjeistuksen oikeudenmukaisuus on tärkeää, jotta se voi toteutua. Sen tulee koskea kaikkia työntekijöitä asemasta riippumatta. On huomioitava, että johtavassa asemassa olevan sidonnaisuuksien arvioinnissa noudatetaan tiukempaa kriteeriä kuin suorittavassa työssä olevien. Tämä johtuu heidän mahdollisuuksistaan ja vastuustaan vaikuttaa organisaatiota koskeviin päätöksiin.

Organisaation ohjeet ja säännöt eivät riitä. Niistä on tiedotettava, henkilöstö on koulutettava ja niitä on arvioitava määräajoin. Tämän tulisi olla johdon vastuulla (Miller 2009). Eturistiriitojen käsittelyn tulisi kuulua organisaation uusien työntekijöiden perehdytykseen ja siitä tulisi järjestää täydennyskoulutusta.

Laadi kansalliset ohjeet ja seuraa niiden noudattamista ja luo etuja kansallisia ohjeita noudattaville tahoille

Kansallisen tason ohjeistusta eturistiriitojen esittämisestä, arvioinnista tai seurannasta ei ole tällä hetkellä missään maassa. Yhdysvalloissa, jossa eturistiriitojen tunnistaminen on edennyt pisimmälle, on korostettu organisaatioiden merkitystä (Rothman ja Chimonas 2010). Neljä yliopistollista sairaalaa ja mm. Stanfordin yliopisto ovat luoneet ohjeet koko organisaatiolle eturistiriitojen tunnistamiseksi ja ratkaisemiseksi. Kansalaisaktiivisuus on tuottanut myös verkkopalveluja, joissa arvioidaan eri yliopisto-

jen opetuksen ja lääketeollisuuden välistä yhteyttä. Internet-sivulla <http://amsascorecard.org/> on listattu yliopistot sen mukaan, miten lääketeollisuus ja muu kaupallinen toiminta saa näkyvyyttä opetuksessa ja sairaalan toiminnassa.

Kaupallisten toimijoiden ja terveydenhuollon organisaation yhteistyötä voi määritellä ja seurata. Eturistiriidat syntyvät samoista asioista kuin sidonnaisuudet (taulukko 1). Organisaatiotasolla niitä on selkeämpää arvioida kokonaisuuksina. Jotta eri terveydenhuollon organisaatioita voitaisiin verrata, on sovittava tavoitetaso eri toiminnoissa. Tavoitteena voi olla joko asioiden läpinäkyvyys, rajoittaminen tai kieltäminen. Läpinäkyvyyttä olisi esimerkiksi henkilöiden sidonnaisuuksien tuominen verkkoon. Tämä on käytäntönä Suomessa ainakin lääketieteellisissä lehdissä, Finohtassa ja Käyvässä hoidossa. Yhteyksiä voidaan rajata, kuten on tehty Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa, jossa lääketeollisuus ei saa mark-

kinoida kahvitauoilla. Kolmas tapa on kieltää tiettyjä asioita. Esimerkiksi Stanfordin yliopistossa kaikki lahjat, henkilökohtaiset lääkemarkkinointitapaamiset, lääke-esittelyt ja lääkenäytteet on kielletty sekä yliopistolla että yliopistollisessa sairaalassa. Täydennyskoulutuksen järjestämisestä on tiukat säännöt (Lisätietoa 5 ja 6). Kansallisten ohjeiden laatimisessa kannattaa hyödyntää olemassa olevat suositukset, kuten lääketieteellisten lehtien ohjeistus ja mm. Pro Medicon suositukset.

Seuraa ja tutki eturistiriitojen esiintymistä kansallisesti eri terveydenhuollon toimialueilla

Jos kansallisesti sovitaan eturistiriitojen tunnistamisesta ja arvioinnista sekä annetaan niistä suositus ja ohjeet, olisi järkevää seurata niiden toteutumista. Riippumaton taho voisi tehdä selvityksen 2-3 vuoden välein ja raportoida tulokset kansallisesti.

Pohdittavaa lääkäreille

- Miten voit vaikuttaa siihen, että terveydenhuollossa, jossa on elävä yhteys potilaiden, ammattikoulutuksen ja tutkimuksen välillä, toiminta on läpinäkyvää ja oikeudenmukaista?

Kirjallisuutta

Adair RF, Holmgren LR. Do drug samples influence resident prescribing behavior? A randomized trial. *Am J Med.* 2005 Aug;118(8):881-4.

Allan GM, Lexchin J, Wiebe N. Physician awareness of drug cost: a systematic review.

PLoS Med. 2007 Sep;4(9):e283.

Allan GM, Lexchin J. Physician awareness of diagnostic and nondrug therapeutic costs: a systematic review. *Int J Technol Assess Health Care.* 2008 Spring;24(2):158-65.

Andaleeb SS, Tallman RF. Physician attitudes toward pharmaceutical sales representatives. *Health Care Manage Rev.* 1995 Summer;20(3):68-76.

Angell M. Relationships with the drug industry: Keep at arm's length *BMJ* 2009;338:b222

Angell M. Industry-sponsored clinical research: a broken system. *JAMA.* 2008 Sep 3;300(9):1069-71.

Angell M. Academic medical centers and conflicts of interest. *JAMA.* 2006 Jun 28;295(24):2848

Angell M. Excess in the pharmaceutical industry. *CMAJ.* 2004 Dec 7;171(12):1451-3.

Angell M. The Truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it. New York: Random House, 2004.

Angell M. Is academic medicine for sale? *N Engl J Med.* 2000 May 18;342(20):1516-8.

Anderson BL, Silverman GK, Loewenstein GF, Zinberg S, Schulkin J. Factors associated with physicians' reliance on pharmaceutical sales representatives. *Acad Med.* 2009 Aug;84(8):994-1002.

Bowman MA, Pearle DL. Changes in drug prescribing patterns related to commercial company funding of continuing medical education. *J Contin Educ Health Prof.* 1988;8(1):13-20.

Campbell EG, Weissman JS, Ehringhaus S, Rao SR, Moy B, Feibelman S, Goold SD. Institutional academic industry relationships. *JAMA.* 2007 Oct 17;298(15):1779-86.

Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med.* 2007 Apr 26;356(17):1742-50.

Chew LD, O'Young TS, Hazlet TK, Bradley KA, Maynard C, Lessler DS. A physician survey of the effect of drug sample availability on physicians' behavior. *J Gen Intern Med.* 2000 Jul;15(7):478-83.

Coutts G. Relationships with the drug industry: Collaboration to improve care. *BMJ* 2009;338:b232

Drazen JM, de Leeuw PW, Laine C ym. Toward More Uniform Conflict Disclosures. The Updated ICMJE Conflict of Interest Reporting Form. http://www.icmje.org/updated_coi.pdf. Published July 1, 2010.

Ernst ME, Kelly MW, Hoehns JD, Swegle JM, Buys LM, Logemann CD, Ford JK, Kautzman HA, Sorofman BA, Pretorius RW. Prescription medication costs: a study of physician familiarity. *Arch Fam Med.* 2000 Nov-Dec;9(10):1002-7.

Fugh-Berman AJ, Scialli AR, Bell AM. Why lunch matters: assessing physicians' perceptions about industry relationships. *J Contin Educ Health Prof.* 2010 Summer;30(3):197-204.

Jørgensen AW, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Unbalanced reporting of benefits and harms in abstracts on rofecoxib. *Eur J Clin Pharmacol.* 2010 Apr;66(4):341-7.

General medical Council. Good medical practice. London:GMC, 2006 http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp

Gottlieb S Relationships with the drug industry: Build trust based on good science. *BMJ* 2009;338:b234

Hansen LB, Saseen JJ, Westfall JM, Holcomb S, Nuzum DS, Pace WD. Evaluating sample medications in primary care: a practice-based research network study. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2006 Dec;32(12):688-92.

- Hietanen P, Lahdenne P, Mäkelä M. Sidonnaisuuksien ilmoittaminen uudistuu. *Duodecim*. 2010;126(17):1980-1
- Katz HP, Goldfinger SE, Fletcher SW. Academia-industry collaboration in continuing medical education: description of two approaches. *J Contin Educ Health Prof*. 2002 Winter;22(1):43-54.
- Khan S, Sylvester R, Scott D, Pitts B. Physicians' opinions about responsibility for patient out-of-pocket costs and formulary prescribing in two Midwestern states. *J Manag Care Pharm*. 2008 Oct;14(8):780-9.
- Kotler p, Armstrong G. *Principles of Marketing*, 7 edition, Prentice- Hall, Inc., 1996
- Krumholz HM, Ross JS. Relationships with the drug industry: More regulation, greater transparency. *BMJ* 2009;338:b211
- Lampe K. Internetin terveystiedon luotettavuus. *Duodecim* 2008;124(18):2077-83
- Lo B, Field MJ ed. *Conflict of interest in medical research, education and practice*. Insitute of Medicine. National Academy of Science, Washington 2009
- Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ*. 2003 May 31;326(7400):1167-70.
- Lexchin J. CJEM and pharmaceutical advertisements: it's time for an end. *CJEM*. 2009 Jul;11(4):375-84.
- Lexchin J. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say? *CMAJ*. 1993 Nov 15;149(10):1401-7.
- Lieb K, Brandtönies S. A survey of german physicians in private practice about contacts with pharmaceutical sales representatives. *Dtsch Arztebl Int*. 2010 Jun;107(22):392-8.
- Lääkäriliitto. Lääkärit ja kaupalliset yritykset – ohje, Suomen Lääkäriliiton ohje jäsenilleen Hyväksytty Lääkäriliiton hallituksessa 12.6.2006.
- Lääkärien ammatillisen kehittämisen arviointineuvosto. Suositus täydennyskoulutuksesta. 2007 www.promedico.fi
- Lääkärien ammatillisen kehittämisen arviointineuvosto. Opas täydennyskoulutuksen järjestäjille. 2007 www.promedico.fi
- Miller ED. Creating an institutional conflict-of-interest policy at Johns Hopkins: progress and lessons learned. *Cleve Clin J Med*. 2007 Mar;74 Suppl 2:S70-2; discussion S77-80.
- Pelkonen O. Pitäisikö yliopistojen laitoksilta vaatia epäkaupallisuutta? *Duodecim* 2002;118:709–10.
- Ramsey S, Scoggins J. Commentary: practicing on the tip of an information iceberg? Evidence of underpublication of registered clinical trials in oncology. *Oncologist*. 2008 Sep;13(9):925-9.
- Relman AS. Medical professionalism in a commercialized health care market. *JAMA*. 2007 Dec 12;298(22):2668-70.
- Rothman DJ, Chimonas S. Academic medical centers' conflict of interest policies. *JAMA*. 2010 Nov 24;304(20):2294-5
- Royal College of Physicians. *Innovating for health. Patients, physicians, the pharmaceutical industry and the NHS. Report of a Working Party*. London:RCP,2009.
- Saarelma O, Mäkelä M. Kenen leipää syöt, sen lauluja laulat? *Duodecim* 2001;117(2):135-136
- Saito S, Mukohara K, Bito S. Japanese practicing physicians' relationships with pharmaceutical representatives: a national survey. *PLoS One*. 2010 Aug 13;5(8):e12193.
- Steinman MA, Boscardin CK, Aguayo L, Baron RB. Commercial influence and learner-perceived bias in continuing medical education. *Acad Med*. 2010 Jan;85(1):74-9.
- Strang D, Gagnon M, Molloy W, Bedard M, Darzins P, Etchells E, Davidson W. National survey on the attitudes of Canadian physicians towards drug-detailing by pharmaceutical representatives. *Ann R Coll Physicians Surg Can*. 1996 Dec;29(8):474-8.
- Suomen Medisiinariliitto: <http://www.suomenmedisiinariliitto.fi/julkilausumat.php>
- Tiner R. Relationships with the drug industry: Focus on better information *BMJ* 2009;338:b252
- Tonelli MR. Conflict of interest in clinical practice. *Chest*. 2007 Aug;132(2):664-70.
- Uusitupa M: Intressistiriidat lääketieteellisen tutkimuksen rahoituksessa. *Duodecim* 2003;119(15):1405-1407

Valtiovarainministeriö. Ohje vieraanvaraisuudesta, eduista ja lahjoista. Valtioneuvoston ohjesääntö 17§. VM/1592/00.00.00/2010

Watson PY, Khandelwal AK, Musial JL, Buckley JD. Resident and faculty perceptions of conflict of interest in medical education. *J Gen Intern Med.* 2005 Apr;20(4):357-9.

Watson PY, Musial JL, Khandewal AK, Buckley JD. Academic medical centers and conflicts of interest. *JAMA.* 2006 Jun 28;295(24):2847-8; author reply 2848-9. No abstract available.

Wazana A. Gifts to physicians from the pharmaceutical industry. *JAMA.* 2000 May 24;283(20):2655-8.

Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA.* 2000 Jan 19;283(3):373-80.

Wilbur K. Resident physician and hospital pharmacist familiarity with patient discharge medication costs. *Pharm World Sci.* 2009 Apr;31(2):195-201.

Vuorenkoski L. Lääkeyritysten vaikutus hoitokäytäntöihin. *Duodecim* 2009;125(4):339-41.

Lisätieto

Lisätieto 1: Lääkärin perusopetuksessa toimivat lääkärit

Yhdysvalloissa lääketieteen peruskoulutuksessa toimivista opettajista 60 % toimii yhteistyössä lääketieteellisuuden kanssa, lähinnä tutkimuskonsultteina, asiantuntijoina tai kouluttajina (Campbell ym. 2007). Campbell havaitsi, että mitä suurempi oli lääketieteellisyydeltä saatu rahoitus ja mitä vapaammin siitä pystyi päättämään, sitä myönteisempi oli lääkärin suhtautuminen lääketieteeseen. Pienet alle 10 000 dollarin rajoittamattomat summat lisäsivät myönteisyyttä eniten ja organisaatiolle myönnetty, suuret (yli 100 000 dollaria) ja valvotut rahoitukset vähiten. Koska lääketieteen tutkimusta tehdään yhteistyössä yritysten kanssa, on selvää, että opettajilla on yhteyksiä kaupallisiin toimijoihin. Niiden tulisi olla läpinäkyvästi tiedossa. Lisäksi opettavien lääkärien tulisi erityisesti olla tietoisia lääketieteellisuuden markkinoinnin keinoista ja itsestään osana tätä kanavaa.

Suomen Medisiinariliitto ehdottaa julkilausumassaan, että luennoitsijoiden sidonnaisuudet kerrottaisiin avoimesti myös lääketieteen perusopetuksessa. Samoin laitosten sidonnaisuudet tulisi kertoa avoimesti. Lääkemarkkinointiin perusopetuksen yhteydessä saattaa liittyä eettisiä ongelmia, joten sen tulisi olla läpinäkyvämpää. Aina tulisi aktiivisesti tarjota yhtä hyvä mahdollisuus oppia samat asiat ilman lääkeyrityksen läsnäoloa.

Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med.* 2007 Apr 26;356(17):1742-50.

<http://www.suomenmedisiinariliitto.fi/julkilausumat.php>

Lisätietoa 2: Tunnistaako lääkäri kaupallisen toimijan vaikutuksen?

Lääkärien täydennyskoulutuksesta merkittävä osa järjestetään kaupallisten yritysten, lähinnä lääkkeitä valmistavan teollisuuden tuella. Lääkäreillä on käytössään yleensä oma lääkevalikoima, joka alkaa muodostua lääketieteen opintojen aikana ja muokautuu työn mukana. Siihen kuuluu keskimäärin 80-100 lääkeainetta. Lääkäriin tulee määrätä lääkkeitä, joiden ominaisuudet hän tuntee, mutta tähän peruslääkevalikoimaan pyrkii vaikuttamaan lääketeollisuus. Lääkkeisiin liittyvää tietoa on kritisoitu ja sitä on sanottu vääristyneeksi: lääketeollisuus kouluttaa lääkäreitä lääkkeitä, mutta kertoo potilaille saman vaikeasti omaksuttavassa muodossa. Lääkkeistä ja sairauksista on jaossa ohjelehtisiä, mutta ne voivat olla joko suoraan lääketeollisuuden omia julkaisuja tai yhdessä potilasjärjestön kanssa tuotettuja. Nykyisin objektiivisempaa tietoa on saatavilla mm. Duodecimin Terveysportissa ja Terveyskirjastosta.

Kalifornian yliopisto arvioi lääkäreiden kykyä havaita kaupallisen toimijan mukanaoloa ja vaikutusta vuosien 2005-07 aikana. Yhdysvalloissa täydennyskoulutustilaisuudet akkreditoi raati hakemusten perusteella noudattaen sovittuja kansallisia kriteerejä. Raati arvioi hakemukset ja hylkää suoraan osan joko heikon suunnitelman tai liian kaupallisuuden perusteella. Tutkimuksessa oli mukana 228 täydennyskoulutustilaisuutta, jotka oli järjestetty yliopiston tiloissa, joista raati hankki lisätietoja hakemusten lisäksi koulutuksen järjestäjiä haastatteleamalla.

Tilaisuuksissa kolmasosassa ei ollut mukana kau-

pallista toimijaa ja viidesosassa yli puolet rahoituksesta tuli kaupalliselta toimijalta. Tilaisuudet jaettiin kolmeen ryhmään sen mukaan, miten korkeaksi arvioitiin kaupallisen toimijan mahdollinen vaikutus sisällössä ja toteutuksessa (ei lainkaan, kohtalainen, suuri). Viidesosa koulutuksista arvioitiin sellaisiksi, joissa oli suuri tai kohtalainen riski kaupallisen tahon vaikutuksesta.

Palautelomake, jolla arvioitiin kaupallisen toimijan roolia, jaettiin 213 (93 %) tilaisuudessa osallistuville lääkäreille. Lääkärien mukaan 97 %:ssa tilaisuuksista ei ollut havaittavissa merkkejä kaupallisesta vaikutuksesta. Tilaisuuden osallistujamäärä, kaupallisen tuen osuus tai koulutuksen puheenjohtajan yhteydet lääketeollisuuteen eivät olleet yhteydessä lääkäreiden arvioimaan kaupalliseen vaikutukseen. Selityksiä on kaksi: koulutukset ovat vapaita kaupallisista vaikutteista tai lääkärit eivät tunnista kaupallisen toimijan viestiä koulutuksessa.

Tässä tutkimuksessa tilaisuudet akkreditoinut raati arvioi viidesosan koulutuksista sellaisiksi, jossa on kohtalainen tai suuri riski kaupallisen toimijan vaikutukselle, joten oletettavasti selitys on jälkimmäinen. Lääkkeen hyödyistä kertominen ei ole automaattisesti markkinointia, mutta jos haitat ja rajoitukset unohtuvat, ollaan jo heikoilla jäillä.

Steinman MA, Boscardin CK, Aguayo L, Baron RB. Commercial influence and learner-perceived bias in continuing medical education. *Acad Med.* 2010 Jan;85(1):74-9.

Lisätietoa 3: Miksi yritysysteistyötä?

Yritysysteistyö on tutkimuksessa tavallista, sillä lääkeiden kliiniset kokeet tulee tehdä sellaisilla potilailla, joilla on hoitoidikaatio. Tutkimusrahoitus voidaan myöntää yrityksen oman säätiön kautta tutkimusryhmälle tai yksittäiselle tutkijalle. Tämä rahoitus on julkisesti haettavaa ja siinä toimivat mukana arvioimassa yrityksen kutsumat tutkimusalan asiantuntijat. Säätiöiden toimintaa säätelee säätiölaki (Säätiölaki 5.4.1930/109) ja Patentti- ja rekisterihallitus valvoo säätiöiden toimintaa. Yritys voi myöntää rahoitusta myös muulla tavoin. Yhteistyöprojekteissa yritys voi maksaa tutkimustoiminnasta joko organisaatioille tai suoraan lääkäriin. Lääkäriin suoraan ohjattu rahoitusta ei kirjata organisaatioissa yleensä mihinkään. Suomessa ei ole kovin yleistä maksaa suoraan lääkäriin, mutta Yhdysvalloissa juuri lääkäriin jaettu muu tutkimusrahoitus on johtanut julkiseen keskusteluun ja lääketutkijoiden arvosteluun.

Tutkimuksiin rekrytoidaan potilaita, jotka yksittäinen lääkäri valitsee täyttyvien kriteerien perusteella. Lääkäriin merkitys on suuri ja maailmalla lääkäriin maksetaan korvauksia tutkimuspotilaiden rekrytoinnista. Vastaavasti voidaan tutkimuspotilaista antaa korvaus klinikalle tai organisaatioille. Laitevalmistajien osalta yhteistyö voi olla jonkun koneen testaamista ja sen raportointia, josta korvataan kertakorvauksena tai testattujen potilaiden mukaan. Laitevalmistajat antavat uusia koneita koekäyttöön, jotta asiakas vakuuttuu sen laadusta tai tarpeellisuudesta. Yritykset voivat antaa terveydenhuollolle ns. ilmaisia työntekijöitä, joiden työpanos kohdennetaan yrityksen markkinoiman lääkkeen potilasjoukkoon (esim. astmahoitaja, diabeteshoitaja). Tavoitteena on lisätä näiden potilaiden tunnistamista ja sitä kautta tulehista hoidon piiriin. Tavoite on periaatteessa hyvä, mutta ongelmana on, että muu organisaatio työllistyy samalla, kun yksi potilasryhmä ajaa muiden ohi potilasmäärän kasvaessa. Yksittäinen hoitaja ei voi vastata yhden potilasryhmän kaikista palveluista ja

näin ollen rajallisissa resursseissa joku toinen ryhmä voi jäädä heikommalle hoidolle. Resurssien suuntaamisesta päättääkin kaupallinen yritys.

Markkinoinnissa voidaan hyödyntää käyttäjien kokemuksia. Hoitotutkimuksessa tai laitteen testauksessa halutaan tietoa lääkkeen tai tutkimuksen vaikutuksesta ja haitoista, mikä on tutkimuksen tavoite. Jos toimitaan suuremmassa terveydenhuollon yksikössä, samalla saadaan tietoa hoitoprosesseista, päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä ja mielipidevaikuttajista. Jos tutkimus on perusteltu eikä kyse ole markkinointia varten tehdyistä tutkimuksista, ei asia ole ongelma. Yrityksen palkatessa hoitajan lääketieteellisuuden rahoituksella julkiseen terveydenhuoltoon syntyy eturistiriita: kenelle hoitaja on velvollinen tietonsa kertomaan ja mitä tietoja hän ei saa kertoa. Saako hoitaja kuvata diabeetikkojen yleisimpiä ongelmia hoidossa, jotka perustuvat hänen kokemuksiinsa hoitotyössä vai ei?

Matti Uusitupa on tiivistänyt pääkirjoituksessaan kaupallisten toimijoiden kanssa tehtävään tutkimusyhteistyöhön muistilistan, jotta tutkijat voisivat välttää karikatit. Hänen mukaansa monet kohdat liittyvät organisaation laatujärjestelmään. Muistilistalla ovat:

- Johtajan vastuu
- Esteellisyys tai jääviys
- Kirjallinen sopimus
- Yksikanavainen rahoitus, jos mahdollista
- Tutkimusohjeisto
- Eettinen ohjeisto
- Tutkimusrahoituksen seuranta
- Sisäinen valvonta ja tarkastus
- Raportointi
- Teknologiansiirto- tai innovaatiostrategia
- Tutkija yrittäjänä
- Tutkijakoulutus (tutkimuksen rahoitus ja etiikka)

Uusitupa M. Intressiristiriidat lääketieteellisen tutkimuksen rahoituksessa. *Duodecim* 2003;119(15):1405-1407

Lisätietoa 4: Lääke-edustajien tapaaminen ja lääkenäytteet

Lääke-edustajien tapaaminen on tehokas markkinoinnin keino. Wazana toteaa systemaattisessa katsauksessaan perustuen 29 tutkimukseen, että lääkäreiden ja lääketeollisuuden suhteet alkavat opintojen aikana ja vahvistuvat uran edetessä. Lääke-edustajien tapaamiset vaikuttavat lääkäreiden lääkemääräyskäytäntöihin ja sairaaloiden lääkevalikoimaan kohdistuviin pyyntöihin. Lääketeollisuuden tilaisuuksissa luennoivat korostivat tilaisuuden sponsorin lääkkeitä enemmän kuin ei-sponsoroiduissa tilaisuuksissa tapahtui ja erityisesti lääketeollisuuden kustannuksella matkustaminen lisäsi kyseisen lääkärin tämän yrityksen valmisteiden määräämistä (Wazana 2000a). Adair ja Holmgren tutkivat satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa 29 sisätautilääkärin lääkepäättöksiä viiden eri lääkeryhmän sisällä kuuden kuukauden ajalta. Lääkeryhmät valittiin siten, että niissä oli saatavilla voimakkaasti markkinoituja lääkevalmisteita ja niitä vastaavia generisiä valmisteita tai reseptivapaita valmistemuotoja. Puolet tutkimukseen osallistuvista ei saanut käyttää ilmaisia lääkenäytteitä työssään ja toinen puoli oli vapaa niitä käyttämään. Lääkärit, jotka saivat käyttää lääkenäytteitä, määräsivät harvemmin generisiä lääkkeitä tai ehdottivat potilaalle halvempaa reseptivapaita valmistetta ($p < 0.04$) ja he määräsivät keskimäärin kalliimpia lääkkeitä kuin ilman lääkenäytteitä toimineet lääkärit.

Lääkenäytteillä pyritään ohjaamaan lääkevalintoja ja tämä näyttää toimivan. Lääkenäytteet, jotka tulevat lääkärille yleensä markkinointikäynnin muassa, ohjaavat lääkevalintoja. Tutkijat ovat arvelleet, että lääkenäytteet ohjaavat jopa lääkäreiden erikoistumista ja tätä kautta tulevaisuuden lääkkeenmääräämiskäytäntöjä merkittävällä tavalla (Adair ja Holmgren 2009). Lisäksi, mitä enemmän lääkärit ottavat vastaan lääkenäytteitä tai lahjoja, sitä kriittikömpimpiä he ovat lääketeollisuuden vaikutukselle (Wazana 2000a).

Lääkenäytteiden jakamisessa potilaan oletetulla taloudellisella asemalla on merkitystä, kun ajatellaan, että heikommassa asemassa olevat potilaat hyötyvät niistä enemmän kuin hyvässä taloudellisessa asemassa olevat. Chew ym. antoi 154 yhdysvaltalaiselle yleislääkärille kolme erilaista potilastapausta ja pyysi arvioimaan kunkin tapauksen kohdalla, jakaisivatko he lääkenäytteen (Chew ym. 2000). Potilastapaukset olivat virtsatieinfektio, kohonnut verenpaine ja masennus. Kaikkien potilaiden sosioekonominen tausta oli matala eikä heillä ollut sairausvakuutusta. Esimerkiksi masennuksen hoidossa 82 % arvioi jakavansa lääkenäytteen potilaalle. Puolet lääkenäytteen antavista lääkäreistä arvioi, että lääke ei vastaa heidän ensisijaista lääkevalintaansa. Potilaalle aiheutuvien kustannusten välttäminen oli pääsyy lääkenäytteen valintaan.

Lääkenäytteitä jaetaan sattumanvaraisesti ja jaettavat lääkenäytteet ovat markkinoilla uusia lääkkeitä tai sellaisia, joita käytetään pitkiä aikoja. Ongelmana on, että ne näyttävät ohjaavan lääkärin valintoja jopa siten, että hän itse havaitsee valitsevansa muun kuin ensisijaisen hoidon. Lääkenäytteiden kustannukset tulevat viime kädessä potilaiden maksettavaksi, kun niiden avulla markkinoidaan kalliimpia lääkkeitä ja lääkenäytteiden valmistus ja ennen kaikkea markkinoiva jakelu maksaa.

Lääkenäytteet halutaan usein jakaa henkilökohtaisesti. Yhdysvaltain gynekologiyhdistys selvitti kyselyssä jäsentensä asenteita ja käytäntöjä lääkenäytteisiin ja lääke-edustajiin (satunnaiset 515 gynekologia, vastausprosentti 49) (Andaleeb SS ja Tallman RF, 1995). Lääke-edustajien tietoja vähintään kohtalaisen merkittävänä piti 76 % lääkäreistä ja 29 % ilmoitti käyttävänsä saamiensa tietoja lääkkeitä määrätessään usein tai aina ja 44 % ilmoitti käyttävänsä joskus. Yksityislääkärit käyttivät lääke-edustajien tietoja useammin kuin muut sairaala- tai terveysasemien lääkärit. Lääkenäytteitä jakoivat eniten lääkärit, jotka ilmoittivat luottavansa lääke-edustajien antamaan tietoon eniten.

Adair RF, Holmgren LR. Do drug samples influence resident prescribing behavior? A randomized trial. *Am J Med.* 2005 Aug;118(8):881-4.

Andaleeb SS, Tallman RF. Physician attitudes toward pharmaceutical sales representatives. *Health Care Manage Rev.* 1995 Summer;20(3):68-76.

Chew LD, O'Young TS, Hazlet TK, Bradley KA, Maynard C, Lessler DS. A physician survey of the effect of drug sample availability on physicians' behavior. *J Gen Intern Med.* 2000 Jul;15(7):478-83.

Wazana A. Gifts to physicians from the pharmaceutical industry. *JAMA.* 2000 May 24;283(20):2655-8.

Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA.* 2000 Jan 19;283(3):373-80.

Lisätietoa 5: Stanfordin yliopiston suositukset koulutusyhteistyöstä

Stanfordin yliopiston suositus koulutustilaisuutta varten yliopiston tai sairaalan alueella, jos tilaisuudessa on mukana kaupallinen toimija. (Mukailtu suomalaisen toimintakulttuuriin soveltuvaksi.)

1. Taloudellinen tuki tulee hyväksyä ja hallinnoida organisaatiotasolla, yksittäinen henkilö ei voi päättää tuen vastaanottamisesta.
2. Taloudellisten tukijoiden tulee allekirjoittaa yliopiston koulustoittoa koskeva sitoumus.
3. Tilaisuuden tavoitteiden ja otsikon tulee olla suunnattu riittävän laajasti ja tilaisuuden tulee olla organisaatiossa päätetty, ei teollisuudessa. Yksittäiselle puhujalle, aiheelle tai tilaisuudelle ei voida antaa tukea.
4. Taloudellinen tuki tulee käyttää kokonaisuudessaan tilaisuuden kuluihin.
5. Tuki ei saa edellyttää terveydenhuollon toimijalta mitään vastinetta tai toimintaa.
6. Näyttelyä ei saa järjestää pääsääntöisesti yliopiston tai sairaalan tiloissa. Vain painavista syistä voidaan myöntää lupa näyttelylle, esim. kansainvälinen konferenssi.
7. Koulutuksessa ei saa esiintyä lääketeollisuuden logoja, sloganeita, julkaisuja tai muuta markkinointimateriaalia.
8. Teollisuuden palveluksessa olevat eivät saa toimia kouluttajina.
9. Kaikkien kouluttajien sidonnaisuudet tulee esittää tilaisuudessa.
10. Koulutukseen ei saa liittyä kaupallisen tahon kustantamaa tarjoilua yliopiston tai sairaalan alueella vaan jos sitä on, sen tulee tapahtua tilaisuuden jälkeen ja selkeästi eri tilaisuudessa.

Stanfordin suositus henkilöstönsä osallistumisesta koulutukseen, jossa on kaupallinen tukija. (Mukailtu suomalaisen toimintakulttuuriin soveltuvaksi)

1. Yliopiston ja sairaalan henkilöstön tulee arvioida huolellisesti osallistumisensa kokouksiin ja koulutuksiin, joissa kaupallinen toimija on mukana tai jonka se kustantaa kokonaan. Erityisesti tulee miettiä, millainen rooli kaupallisella toimijalla on ollut ohjelman suunnittelussa ja järjestämisessä.
1. Tilaisuuden tulee perustua näyttöön perustuvaan lääketieteeseen ja/tai korkeatasoiseen tieteelliseen tutkimukseen.
1. Teollisuuden rooli on ilmaistu selkeästi.
1. Kouluttajien sidonnaisuudet on esitetty.
1. Kouluttajien tulee esittää kattava ja puolueeton arvio hoidosta ja edistää tieteellisiä ja koulutuksellisia tavoitteita.
1. Stanfordin yliopiston edustajan ei tule antaa kaupallisen toimijan kertoa tai auttaa koulutuksen sisällön määrittelyssä.
1. Stanfordin yliopiston edustajan tulee tehdä selväksi, että hoitovaihtoehtoja suositellessaan ei edusta välttämättä sairaalan virallista kantaa.
1. Stanfordin nimiä voi käyttää vain oman nimen tunnisteena.
1. Osallistujille ei saa antaa lahjoja tai muuta kompensatiota osallistumisesta.
1. Kiellettyjä ovat kaupallisen toimijan luennoitsijapooliin liittyminen ja puhtaaseen markkinointitilaisuuteen osallistuminen.

Suositus löytyy oheisesta linkistä: <http://cme.stanford.edu/policies/commercialsupport.html>

Lisätietoa 6: Iso-Britannian hoitosuositusorganisaation NICE:n ohjeet lääkärille omien sidonnaisuuksien ilmoittamisesta

Onko sinulla ollut viimeisen vuoden aikana aiheeseen liittyvä henkilökohtainen taloudellinen etu?

Oletko saanut tai tuletko saamaan palkkaa, maksusuorituksen tai muita etuisuuksia valmistajalta tai palvelun tuottajalta, jonka tuote tai palvelu liittyy annettavaan suositukseen tai siltä toimialueelta, jolta tuote tai palvelu tulee?

Tämä sisältää:

- johtotehtävät tai palkalliset työtehtävät
- konsultointi tai maksullinen asiantuntijatoiminta
- osakkeen omistus tai muu merkittävä etu
- merkittävä taloudellinen korvaus tai vieraanvaraisuus, joka ylittää kokousten tai kongressien osallistumisen



Kuvaa tämä etu:
Jos etuisuus liittyy yksittäiseen tuotteeseen tai palveluun, olet esteellinen.

Onko perheelläsi ollut viimeisen vuoden aikana aiheeseen liittyvä henkilökohtainen taloudellinen etu?

Onko perheesi jäsen saanut tai tulee saamaan palkkaa, maksusuorituksen tai muita etuisuuksia valmistajalta tai palvelun tuottajalta, jonka tuote tai palvelu liittyy annettavaan suositukseen tai siltä toimialueelta, jolta tuote tai palvelu tulee? Tämä sisältää:

- johtotehtävät tai palkalliset työtehtävät
- konsultointi tai maksullinen asiantuntijatoiminta
- osakkeen omistus tai muu merkittävä etu
- merkittävä taloudellinen korvaus tai vieraanvaraisuus, joka ylittää kokousten tai kongressien osallistumisen



Kuvaa tämä etu:
Jos etuisuus liittyy yksittäiseen tuotteeseen tai palveluun, olet esteellinen.

Onko sinulla ollut viimeisen vuoden aikana aiheeseen liittyvä ei-henkilökohtainen taloudellinen etu?

Oletko johtavassa tai päättävässä asemassa organisaatiossa, joka on saanut rahoitusta tai muuta etuisuutta viimeisen vuoden aikana tai on lähitulevaisuudessa saamassa rahoitusta valmistajalta tai palvelun tuottajalta, jonka tuote tai palvelu liittyy annettavaan suositukseen tai siltä toimialueelta, jolta tuote tai palvelu tulee?

Tämä sisältää:

- apurahat stipendit tai muu rahoitus tai lahjoitukset, joita on käytetty organisaation peruskustannuksiin
- sopimuksella toteutettu tutkimustyö



Kuvaa tämä tilanne:
Johtoryhmä arvioi esteellisyytesi.

Onko sinulla ollut viimeisen vuoden aikana aiheeseen liittyvä henkilökohtainen ei-taloudellinen etu?

Oletko esittänyt henkilökohtaisen kannanoton aiheeseen liittyen, joka on:

- tutkimukseen perustuva loppupäätelmä
- julkinen kannanotto?

Oletko mukana organisaatiossa tai järjestössä, jolla on intressi aiheeseen liittyen?

Onko olemassa muuta syitä, minkä vuoksi arviosi voidaan tulkita puolueelliseksi?



Kuvaa tämä tilanne:
Johtoryhmä arvioi esteellisyytesi.

Suomessa ohjeita sidonnaisuuksien esittämisestä:

Pro Medico:

<http://www.promedico.fi/koulutustilaisuus/sidonnaisuudet.html>

Käypä hoito:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/sidonnaisuudet>