

5.2003

TA
BU

L Ä Ä K E I N F O R M A A T I O T A L Ä Ä K E L A I T O K S E L T A
LÄKEMEDELSINFORMATION FRÅN LÄKEMEDELSVERKET, FINLAND | DRUG INFORMATION FROM THE NATIONAL AGENCY FOR MEDICINES, FINLAND



5.2003

11. vuosikerta
11 årgången
11th Annual volume

S a m m a n d r a g

Ledare

- Hannes Wahlroos 28 Back to basics
- Kari Ylitalo 29 Profylaktisk behandling av förmaksflimmer

Biverkningar

- Matts Lenck 32 Egen iakttagelse av läkemedelsbiverkning
Tibolon och karpaltunnelsyndrom
- Hanna Saari | Ulla Närhi 33 Medicinsk information och Internet

S u m m a r y

Editorial

- Hannes Wahlroos 35 Back to basics
- Kari Ylitalo 36 Prophylaxis of artial fibrillation

ADR News

- Matts Lenck 39 My observation of an adverse drug reaction
Tibolon and carpal tunnel syndrome
- Hanna Saari | Ulla Närhi 40 Internet and medical information

42 Lääkelaitoksen päätöksiä

Hannes Wahlroos

ÖVERDIREKTÖR, PROFESSOR
Läkemedelsverket

Back to basics

Rubriken "Back to basics" är ett talesätt som används inom businessvärlden och som syftar på att ett företag återgår till sina grundläggande idéer efter att av någon orsak har glömt eller skylt över dem. Uttrycket passar bra med tanke på den senaste tidens iakttagelser om livsmedelstillsynens förväntade uppryckningskampanj för att utrota olagliga och missledande uppgifter på livsmedelsmarknaden.

Det är ett känt faktum att kommersen inom hälsovården går bra. Gränslandet mellan läkemedel och livsmedel är ett ypperligt exempel på detta. Med hjälp av lämpliga fantasiföreställningar och vilseledande fakta görs människor mottagliga för längtan efter ett sunt och långt liv. Det här utgör en bra födkrok för vissa personer. I de utvecklade länderna försöker man emellertid hindra bedrägerier med livsmedel.

Livsmedelslagstiftningen i Finland är i detta avseende modern. Syftet med livsmedelslagen är bl.a. att säkerställa en ändamålsenlig och tillräcklig information om livsmedel samt att hindra att felaktig information ges. Att presentera eller hänvisa till egenskaper som har att göra med förebyggande, behandling och botande av sjukdomar i samband med livsmedel är särskilt förbjudet. Människans föda är alltså föda och inte läkemedel.

Mer problematiska än vanliga livsmedel är i detta sammanhang de s.k. näringstilläggen som till formen kan likna läkemedel, t.ex. kompresser, kapslar, tabletter, piller, pulver, vätskor eller övriga dosformer. De är avsedda att komplettera kosten eller på annat sätt påverka människans näringsmässiga eller fysiologiska funktioner. Egenskaper som har samband med förebyggande, behandling eller botande av sjukdom får enligt en bestämmelse av handels- och industriministeriet vilken trädde i

kraft i augusti inte framhållas eller återopas på förpackningarna till kosttillskott eller vid marknadsföring eller annan presentation av eller reklam för sådana produkter. Kan man säga det tydligare?

Allmän erfarenhet avslöjar emellertid att det på konsumenterna prackas produkter som förts ut på marknaden som livsmedel av någon sort eller näringstillägg och vilkas huvudsakliga marknadsföringsbudskap strider mot de ovan nämnda bestämmelserna. Konsumenter och patienter blir förvirrade och detsamma blir näringsidkarna. Man får lätt den uppfattningen att det spelas med dubbla regler på hälsovårdsmarknaden.

I Finland leder Livsmedelsverket (EVI) tillsynen av livsmedel enligt livsmedelslagen. Vid den praktiska tillsynen är länsstyrelserna och kommunerna centrala aktörer. I det riksomfattande programmet för livsmedelstillsyn som produceras för EVI år 2004 räknar man upp de tillsynsprojekt som skall genomföras. Ett av dem är "Förbjudna hälsopåståenden", som har inletts redan i år. Meningen är att år 2004 tillsammans med länsstyrelserna och de kommunala myndigheterna genomföra en selektiv kontroll av hälsopåståenden. Detta projekt är synnerligen välkommet. Vi måste få ett slut på vilseförandet av konsumenter och patienter.

Ett kapitel för sig är de funktionella livsmedlen, d.v.s. hälsomedverkande livsmedel, som ännu inte är definierade, inte har beviskriterier och inte heller tillsynssystem i Finlands nationella lagstiftning eller EU-lagstiftningen. Så länge producenten eller marknadsföraren själv får besluta om en produkt är funktionell livsmedel, krävs ett aktivt grepp om övervakningen av livsmedelstillsynen.

Sammandrag

Kari Ylitalo

MD

KARDIOLOGISKA AVDELNING

OYS

Profylaktisk behandling av förmaksflimmer

Profylaktisk behandling av förmaksflimmer torde vara den allmännaste orsaken till att läkemedel mot rytmrubbningar används. En läkare inom öppenvården kan som profylax mot förmaksflimmer närmast förskriva betablockerare samt i vissa fall ACE-hämmare och angiotensin II-antagonister. Det lönar sig emellertid att känna till biverkningarna av övriga använda profylaktiska läkemedel eftersom de i värsta fall kan vara livshotande. Det är också skäl att beakta andra profylaktiska läkemedel som har börjats tidigare t.ex. kinidin och sotalol, och kritiskt bedöma nyttan av dem i behandlingen.

Förmaksflimmer är den vanligaste rytmrubbningen som en läkare möter på mottagningen. Förekomsten i äldre patientgrupper är nästan 10 %. Förmaksflimmer utgör i allmänhet inte ett akut hot mot patientens liv, men symtomen kan invalidisera patienten. Förmaksflimmer medför också en betydande risk för tromboembolier, närmast hjärninfarkt, och det kan försämra en patients hjärtinsufficiens (1). Långtidsresultaten av profylaktisk läkemedelsbehandling mot förmaksflimmer är dåliga. Under en ettårig uppföljning recidiverade förmaksflimmer hos 60–80 % av patienterna. För profylax mot förmaksflimmer har man närmast prövat läkemedel ur grupperna I A, I C, II och III i Vaughan-Williams klassificering (tabell). En majoritet av undersökningarna av förmaksflimmer har utförts på mycket små patientmaterial, och inga grundliga jämförande undersökningar om effekten av olika profylaktiska läkemedel har utförts. Enligt rekommendationerna AHA/ACC/ESC är det motiverat med profylaktisk läkemedelsbehandling mot förmaksflimmer hos en patient med allvarliga symtom. Då det gäller riskpatienter, som hjärtinfarkt-patienter, skall man emellertid inte använda proarytmogena läkemedel (2).

Läkemedelsfri behandling

Patienter med förmaksflimmer frågar ofta om de med sina levnadsvanor kan påverka recidiv av förmaksflimmer. Även om alla patienter som lider av hjärtsjukdomar kan rekommenderas avhållsamhet från cigaretter och en riktig diet, finns det inget svar som baserar sig på undersökningar. Hos en del av patienterna utlöses förmaksflimmer av baksmälla, varvid patienten naturligtvis uppmanas att undvika sådana situationer.

Betablockerare

Betablockerare är det huvudsakliga läkemedlet som profylax mot förmaksflimmer. Betablockerare tolereras i allmänhet väl och förknippas med en positiv prognostisk effekt om patienten har blodtryckssjukdom eller ischemisk hjärtsjukdom. Betablockerarna är emellertid inte särskilt effektiva för att förebygga uppkomsten av förmaksflimmer. I en relativt stor undersökning minskade metoprolol uppkomsten av förmaksflimmer hos bara 20 % av patienterna under en uppföljningsperiod på ett halvt år (3). Inga undersökningar finns om skillnaderna mellan olika betablockerare som profylaktisk läkemedelsbehandling mot förmaksflimmer, och man kan sålunda inte påvisa nyttan av beta₁-selektivitet,

kombinerad alfabetablockad, ISA-effekt eller olika fett/vattenlösligheter. Däremot lönar det sig att pröva några olika betablockerare innan man övergår till en annan behandling.

Sotalol

Sotalol uppfattas lätt som blott och bart en betablockerare men är egentligen ett läkemedel i grupp III enligt Vaughan-Williams klassificering. Det förlänger hjärtcellernas repolarisering och sålunda QT-intervallet. Ett långt QT-intervall utsätter å sin sida patienten för livshotande torsade de pointes. Enligt WHO:s biverkningsregister är sotalol entydigt det läkemedel som orsakar mest torsade de pointes. Eftersom sotalol enligt undersökningar inte är effektivare än metoprolol eller bisoprolol vid profylaktisk behandling av förmaksflimmer, borde sotalol, enligt min mening inte användas vid profylax mot förmaksflimmer (4).

Flekainid

Flekainid, läkemedel i grupp I C, är det mest använda i Finland, näst efter betablockerare, vid behandling av förmaksflimmer. Dess effekt står på samma nivå som de övriga läkemedlen i grupp I A och I C, d.v.s.

Läkemedel som används vid profylaktisk behandling av förmaksflimmer. Rekommenderade läkemedel utmärkta med fet stil.

Läkemedel	Fördelar	Dåliga verkningar	Att märka
Betablockerare	Trygga, Positiv prognostisk effekt	Bristfällig effekt	
Flekainid	Effekten bättre än hos betablockerare	Icke för patient med annan hjärtsjukdom	Hos 10 % av patienter kan redan en låg halt orsaka seriösa rytmrubbningar
Amiodaron	Det bästa profylaktiska läkemedlet som känns till. Andra hjärtsjukdomar hindrar inte användning	Biverkningar: amiodaronlunga, hypertyreos, leverskada	Uppföljning av diffusions- kapacitet, lever- och sköldkörtelvärden
ACE-hämmare och angiotensin-II- receptorantagonister	Trygga. Nyttig annan verkningsprofil	Fortfarande bristfälliga bevis på effekt	
<i>Digitalis</i>		<i>Förebygger inte recidiv av flimmer</i>	
<i>Kinidin</i>		<i>Ökar dödligheten</i>	
<i>Disopyramid</i>		<i>Biverkningar hos 26 % av patienter</i>	
<i>Propafenon</i>		<i>Inte för patienter med någon annan hjärtsjukdom</i>	
<i>Verapamil, diltiazem</i>	<i>Hindrar remodellings- fenomenet i kamrarna</i>	<i>Betydelsen för profylax av förmaksflimmer oklar</i>	

under en uppföljning på ett år recidiverade cirka 40–50 % av de behandlade patienterna (5). På grund av dess proarytmogena karaktär måste man vid behandling med flekainid med tillräcklig säkerhet utesluta strukturellt hjärtfel, ischemisk hjärtsjukdom, hjärtinfarkt eller hjärtinsufficiens hos patienten. Det rekommenderas att flekainidbehandlingen sätts in av en specialist och först efter en ultraljudsundersökning och, vid behov, ett kliniskt belastningsprov på patienten. Det är skäl att kontrollera åtminstone vilo-EKG och gärna också ett kliniskt belastningsprov efter påbörjad medicinering och säkerställa att inte QRS-komplexet breddas över 40–50 %. 10 % av patienterna har en genetisk långsam flekainidmetabolism och redan små doser kan ge upphov till proarytmogen blodhalt. Flekainid skall alltid användas tillsammans med en betablockerare för att öka effekten och säkerheten.

Amiodaron

Amiodaron är det effektivaste kända profylaktiska läkemedlet mot förmaksflimmer. I en uppföljning under 16 månader recidiverade förmaksflimmer hos 35 % av de behandlade patienterna, medan det recidiverade hos 64 % av patienterna behandlade med propafenon eller sotalol. Vid användningen av amiodaron uppstod emellertid något fler biverkningar vilket ledde till avbrott i behandlingen (6). Amiodaron kan tryggt användas också på patienter som har en ischemisk hjärtsjukdom eller hjärtinsufficiens. Det utsätter inte heller patienterna för livsfarliga rytmrubbningar. Andra betydande biverkningar förknippas emellertid med användningen av amiodaron; den mest fruktade är lungreaktion orsakad av amiodaron. Dessutom kan amiodaron orsaka hypertyreos och leverskada. Innan amiodaron sätts in är det därför skäl att slå fast

patientens lungdiffusionskapacitet samt lever- och sköldkörtelvärden. Det är också skäl att kontrollera dessa värden, till en början med 3–6 månaders mellanrum, och senare varje år.

ACE-hämmare och angiotensin II-antagonister

Under de senaste åren har det framgått att det finns en möjlighet att använda hämmare av angiotensinkonvertasenzym och angiotensin II-receptorantagonister för förmaksflimmerprofylax. I en TRACE-undersökning minskade insättning av ACE-hämmare efter en hjärtinfarkt förekomsten av förmaksflimmer med 50 % jämfört med gruppen som fick placebo (7). Då amiodaron kombinerades med angiotensin II-antagonisten irbesartam bibehölls sinusrytmen under en 9 månader lång uppföljning hos 83 % av patienterna, medan åter sinusrytmen hos patient-

ter som använde enbart amiodaron bevarades hos 52 %. Man tänker sig att ACE-hämmare och angiotensin II-antagonister hindrar strukturella förändringar i förmaket, närmast fibrotisering. Hos försöksdjur har man dessutom iakttagit att de hindrar elektrofysiologiska förändringar vilket kan vara en följd av att de strukturella förändringarna hämmas (9). Det har ännu inte gjorts några randomiserade undersökningar av effekten av ACE-hämmare och angiotensin II-antagonister vid profylax av förmaksflimmer, men redan nu kan man rekommendera läkemedlen om patienten har blodkärlsjukdom, hjärtinsufficiens, lindrig mitral blödning eller tecken på någon typ av ateroskleros.

Övriga läkemedel

Av läkemedlen i grupp I A har kinidin tidigare använts mycket vid behandling av förmaksflimmer. Jämfört med placebo ökar emellertid kinidin patienternas dödlighet trefalt, varför det finns orsak att undvika läkemedlet (10). Också disopyramid och propafenon har använts för profylax mot förmaksflimmer, men deras effekt är inte större än effekten av andra profylaktiska läkemedel och de har rikligt med biverkningar och begränsningar. Digitalis förebygger inte recidiv av förmaksflimmer men läkemedlet kan användas tillsammans med en betablockerare för att sänka pulsnivån vid förmaksflimmer. Digitalis är användbart särskilt för patienter med hjärtinsufficiens. Man har konstaterat att kalciumantagonist har en positiv verkan på de elektriska förändringar som orsakas av förmaksflimmer. Det finns emellertid inga ordentliga undersökningar av deras effekt som profylaktiskt läkemedel. Med dofetilid kan man hindra recidiv av förmaksflimmer, men läkemedlet är ännu inte i bruk i Finland. I framtiden kan också azimilid och dronedaron tas i bruk som profylaktiska läkemedel vid förmaksflimmer (11).

Övergång till pulskontroll och invasiv behandling

Man stöter ofta på situationer där patienten trots flera profylaktiska läkemedelsbehandlingar har återkommande attacker av förmaksflimmer som kräver kardioversion. I sådana situationer är det skäl att diskutera med patienten om att han eller hon finner sig i förmaksflimret och i att upprätthålla en tillräcklig pulskontroll med betablockerare och, vid behov, digitalis. Enligt undersökningen AFFIRM är detta också, i synnerhet för äldre patienter, säkrare än upprepade behandlingar med kardioversion (12). Vissa patienter har också orsak att konsultera en kardiolog med tanke på möjligheten till ablationsbehandling av flimmer.

Litteratur

1. Heikkilä J, Huikuri H, Luomanmäki K, Nieminen MS, Peuhkurinen K, ed. *Kardiologia*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 2000; 709-721 ja 819-838.

2. AHA/ACC/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2001; 22: 1852-1923.

3. Kuhlkamp V, Schirdewan A, Stangl K, Homberg M, Ploch M, Beck OA. Use of metoprolol CR/XL to maintain sinus rhythm after conversion from persistent atrial fibrillation: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36:139-46.

4. Plewan A, Lehmann G, Ndrepepa G et al. Maintenance of sinus rhythm after electrical cardioversion of persistent atrial fibrillation; sotalol vs bisoprolol. *Eur Heart J*. 2001;22:1504-10.

5. Naccarelli GV, Dorian P, Hohnloser SH, Coumel P. Prospective comparison of flecainide versus quinidine for the treatment of paroxysmal atrial fibrillation/flutter. The Flecainide Multicenter Atrial Fibrillation Study Group. *Am J Cardiol*. 1996;77:53A-59A.

6. Roy D, Talajic M, Dorian P. et al. Amiodarone to prevent recurrence of atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2000; 342:913-920.

7. Pedersen OD, Bagger H, Kober L, Torp-Pedersen C. Trandolapril reduces the incidence of atrial fibrillation after acute myocardial infarction in patients with left ventricular dysfunction. *Circulation*. 1999;100:376-80.

8. Madrid AH, Bueno MG, Rebollo JM et al. Use of irbesartan to maintain sinus rhythm in patients with long-lasting persistent atrial fibrillation: a prospective and randomized study. *Circulation*. 2002;106:331-6.

9. Raatikainen MJP, Huikuri HV. Onko ACE:n estäjillä ja angiotensinireseptorin salpaajilla käyttöä eteisvärinän hoidossa? *Duodecim* 2003;119:1505-7.

10. Coplen SE, Antman EM, Berlin JA, Hewitt P, Chalmers TC. Efficacy and safety of quinidine therapy for maintenance of sinus rhythm after cardioversion. A meta-analysis of randomized control trials. *Circulation*. 1990; 82: 1106-16.

11. Naccarelli GV, Wolbrette DL, Khan M et al. Old and new antiarrhythmic drugs for converting and maintaining sinus rhythm in atrial fibrillation: comparative efficacy and results of trials. *Am J Cardiol*. 2003;91:15D-26D.

12. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2002;347:1825-33.

Sammandrag

Matts Lenck

SPECIALIST I KVINNOSJUKDOMAR OCH FÖRLOSSNINGAR

Valkeakoski

Egen iakttagelse av läkemedelsbiverkning Tibolon och karpaltunnelsyndrom

Vid karpaltunnelsyndrom hamnar medianusnerven i kläm i handlovens karpaltunnel. Symtomen är främst domning i tummen, pekfingeret och långfingeret samt stickningar och värk i synnerhet på natten. Symtomen förekommer oftare hos kvinnor än hos män. Situationen är välkänd för en gynekolog eftersom den rätt ofta ses i slutskedet av en graviditet och blir spontant bättre efter förlossningen. Enligt litteraturen anses också ansamling av vätska i vävnaderna på grund av hormonbehandling under klimakteriet, särskilt östrogen, vara en riskfaktor för karpaltunnelsyndrom (1, 2).

Den första patienten var en i övrigt frisk kvinna som i årtal hade plågats av migrän i samband med menstruationen. Då kvinnan var 50 år inleddes på grund av klimakteriesymtom en cyklisk östrogen-progestagenbehandling. Symtomen försvann men på grund av migränen som uppträdde i samband med den cykliska blödningen föreslogs blödningsfri behandling med tibolon när kvinnan var 54 år. Med en sedvanlig dos, 1 tablett per dag, hölls klimakteriesymtomen och migränen borta. Efter några månader började det i synnerhet under natten förekomma så svår smärta i händerna att patienten hade skickats till reumaundersökning. Inga tillförlitliga uppgifter om viktökning fanns, men patienten kände att fingrarna var svullna. Svullnaden kunde inte konstateras kliniskt. Eftersom karpaltunnelsyndrom verkade sannolikt sattes tibo-

lonmedicineringen ut och man försökte övergå till en kontinuerlig östrogen-progestagenkombinationsbehandling med fast dos. Smärtan i händerna försvann genast, men på grund av blödningsproblem beslutade man fortfarande försöka med tibolon genom att halvera dygnsdosen. Följden var återigen kraftig smärta i händerna och tibolonmedicineringen måste avslutas, varvid patienten blev symtomfri. Senare kom man fram till en lämplig behandling i den ovan nämnda kontinuerliga kombinationsbehandlingen; denna gång utan blödnings- eller andra problem. Nämnas kan att resultaten av reumaundersökningarna senare visade sig vara negativa.

Den andra patienten hade på grund av heta vallningar getts cyklisk östrogen-progestagenbehandling så att de cykliska blödningarna inföll var tredje månad. Eftersom de alltid åtföljdes av migrän övergick man till behandling med tibolon när patienten var 61 år. Klimakteriesymtomen förblev borta och inte heller migrän förekom. Inom några månader steg emellertid vikten med 5 kg. Svullnader förekom varken kliniskt eller subjektivt. Trots det började patientens sömn störas av starka stickningar i händerna och av domning. Utgående från erfarenheterna med den första patienten sattes tibolon ut, varvid symtomen i händerna försvann. En lägre tibolondos prövades inte på patienten, i synnerhet som en lämplig medicinering hittades också för henne genom kontinu-

erlig östrogen-progestagenkombinationsbehandling med fast dos.

Tibolon har både östrogen- och progestinverknings och svullnader har rapporterats då preparatet använts. Slutsatsen är att det är möjligt att tibolon har kunnat orsaka karpaltunnelsyndrom, i synnerhet då antydningar om svullnader har dykt upp efter påbörjad medicinering. Om symtomen upphör efter det att läkemedlet har satts ut kan man undvika onödiga utredningar av orsaken till smärtan. Emellertid är det föga troligt, att tibolon är den enda orsaken till karpaltunnelsyndrom vid hormonbehandling, varför vaksamhet torde vara på sin plats.

Referenser

1. Dieck GS, Kelsey JL. An epidemiologic study of the carpal tunnel syndrome in an adult female population. *Prev Med* 1985; 14: 63-9.
2. Solomon DH, Katz JN, Bohn R et al. Nonoccupational risk factors for carpal tunnel syndrome. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 310-4.

Sammandrag

Hanna Saari

PROVISOR, TRADENOM

Vanda 9. apotek

Ulla Närhi

ÖVERPROVISOR, FAD

Avdelning för läkemedelssäkerhet

Läkemedelsverket

Artikeln baserar sig på en Pro Gradu av Hanna Saari vid Helsingfors universitets institut för socialfarmaci: Oiremarkkinointi suomalaisten kuluttajien lääketoiminnan lähteenä. (Sjukdomrelaterade marknadsföring som källa för finländska konsumenters läkemedelsinformation).

Medicinsk information och Internet

Konsumenterna söker allt mera medicinsk information på Internet om sjukdomar, läkemedel och alternativa behandlingsmetoder. Sjukdomrelaterade marknadsföring är ett sätt att sprida information.

Med sjukdomrelaterade marknadsföring avses information som erbjuds konsumenten om hans eller hennes sjukdom/besvär. Målet får inte vara att marknadsföra ett läkemedelspreparat utan att ge kunskap om en sjukdom och förmedla information om användningen av ett läkemedelspreparat. Information skall ges jämnt om alla behandlingsalternativ.

Sjukdomrelaterade marknadsföring produceras i allmänheten av ett läkemedelsföretag men också av andra kommersiella instanser, som en läkarstation eller ett apotek. Inom den här typen av marknadsföring prefereras Internet som medium. Flera läkemedelsföretag upprätthåller webbplatser som berättar om de sjukdomar som kan behandlas med företagets produkter, om sjukdomssymtom samt om läkemedels- och alternativbehandlingar.

Målet för undersökningen som utfördes vårvintern 2003 var att kartlägga finländska konsumenters informationssökning på sådana webbplatser som innehåller sjukdomrelaterade marknadsföring. Syftet var att reda ut vilken typ av information konsumenterna söker på nätet och vilken information de upplever att de får, om konsumenterna är tillfreds med den information webbplatserna ger och vilka fortsat-

ta åtgärder som konsumenterna uppmuntras till. Utredningen koncentrerades på information om läkemedel som ingår i sjukdomrelaterade marknadsföring.

Enkäten genomfördes under 28 dygn på sju olika webbplatser med sjukdomrelaterade marknadsföring. Alla sju webbplatser upprätthålls av läkemedelsföretag. Indikationerna för sidorna var migrän, erektionsstörningar, diabetes, sängvätning, smärta och hårfall hos män.

Undersökningen var framför allt fokuserad på konsumenter som använder sjukdomrelaterade marknadsföring över Internet som informationskälla. Det valda samplet var ett enkelt randomiserat sampel. De personer som svarade på hela enkäten valdes ut. Frågeblanketten blev synlig på skärmen när en person kommit till en webbplats. Det kom in sammanlagt 672 svar på enkäten.

Resultat

Enkäten besvarades huvudsakligen av kvinnor som är högt utbildade, hemma i städer med mer än 50 000 invånare samt under 50 år. I gruppen svarande är kvinnorna i genomsnitt högre utbildade, medan åter männen är äldre. Detta beror på indikationsområdena för enkäten: männen är det dominerande könet enbart då det gäller sidorna om erektionsstörningar och manligt hårfall.

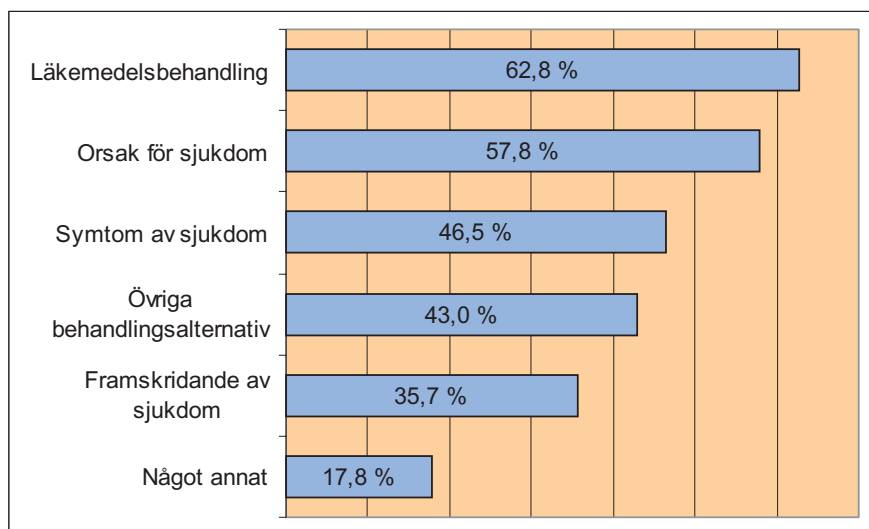
De svarande sökte mest information om läkemedelsbehandling, orsaker till en sjukdom och symtom på

en sjukdom (bild 1). På en fråga om hur viktiga de svarande ansåg att olika aspekter av läkemedelsbehandlingen var (skala: 1= inte alls viktigt-5= mycket viktigt) fick effekterna av läkemedelsbehandlingen 4,59 och biverkningar av medicineringen 4,41 det högsta vitsordet. Det lägsta vitsordet fick kostnaderna för läkemedelsbehandlingen 3,84. Mellan hamnade alternativ till receptbelagda läkemedel, interaktioner mellan läkemedel och självmedicineringsalternativ. Standardavvikelsen var liten vid varje alternativ.

De flesta av de svarande (60 %) var tillfreds med den information de fick på webbplatserna med marknadsföring av symtom. Av de svarande som inte var nöjda med den information de hade fått (40 %), frågade man vilka aspekter de ville ha mera information om. De svarande ville ha mest tilläggsinformation om läkemedelsbehandling (54 %), andra behandlingsalternativ (50 %) samt orsakerna till en sjukdom. Vad gäller läkemedelsbehandling önskades ytterligare information om självmedicineringsalternativ (70 %), effekterna av läkemedelsbehandling (65 %) och alternativ till receptbelagda läkemedel (64 %). Som viktigaste källa till ytterligare läkemedelsinformation angav de svarande läkare och andra webbplatser (bild 2).

27 % av de svarande uppgav att de hade för avsikt att som följande ta kontakt med en läkare. 27 % kunde inte säga om de ämnade fortsätta med vidare åtgärde, 19 % uppgav att de redan fick tillräckligt bra

Bild 1. De aspekter de svarande sökte information om på webbplatserna med sjukdomrelaterade marknadsföring



behandling. 42 % av de svarande meddelade att den information de fått på webbplatserna de hade besökt inte påverkade beslutet om fortsatta åtgärder, 32 % kunde inte säga om webbplatserna hade effekt och 26 % svarade att de hade effekt.

Slutsatser

Konsumenternas ökande behov av information om sjukdomar och behandlingen av dem är inte ett fenomen oberoende av det omgivande samhället, utan en del av en övergripande förändring mot ett informationssamhälle. Man kan anse Finland vara ett "ledande informations-samhälle" och människor har ypperliga möjligheter att få information om läkemedel ur flera olika källor. En av de mest använda och mest omstridda nya källorna är Internet.

Enligt internationella undersökningar är medicinsk information det näst mest eftersökta ämnesområdet på Internet (1). Minst två procent av alla Internetsidor behandlar frågor som gäller hälsan (2). I genomsnitt 40 % av Internetanvändarna har sökt medicinsk information på nätet (3). Både efterfrågan på medicinsk information och utbudet hela tiden kommer att öka (4).

Finländare uppskattar Internet som källa till medicinsk information eftersom de där kan hämta information precis när det passar dem (5). Som informationskälla är Internet mångsidigt och man kan söka information anonymt – allmänt är att använda Internet just för att söka information om känsliga ämnen.

Nivån på de webbplatser som erbjuder medicinsk information varierar och det är svårt att ge en kvalitativ

bedömning av dem. Dessutom är gränsen mellan läkemedelsinformation och marknadsföring av läkemedel svår att definiera. Det är än så länge oklart hur människorna väljer och bedömer den medicinska information de finner på Internet och hur informationen påverkar deras beslut (6). Internets roll som källa för medicinsk information och de fördelar och nackdelar det erbjuder är emellertid föremål för flera stora pågående undersökningar i Europa.

Utgående från föreliggande undersökning kan man konstatera att också finländare hämtar läkemedelsinformation på Internet. De uppskattar också den information de får. Webbplatser med marknadsföring av symtom verkar uppmuntra konsumenterna att be om hjälp med sina symtom och framför allt att söka sig till en läkarmottagning för att diskutera dem. De företag som sysslar med marknadsföring av symtom har därför ett stort ansvar: webbplatsernas innehåll får inte vara marknadsförande till karaktären utan den information som erbjuds skall vara mångsidig och av hög kvalitet.

Litteratur

1. Pinkowish MD, Allen A, Frisse ME, Os-herhoff JA (1999) The Internet in medicine: an update. *Patient Care* 33 (1): 30-39.
2. Kiley R (1999) Editorial – Internet statistics. *Health Information on the Internet* 10: 1-2
3. Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK (2003) Use of the Internet and E-mail for health care information: Results from a national survey. *JAMA* 289(18): 2400-6.
4. Taylor H (2002) The Harris Poll #21: Cyberchondriacs update. www.harrisinteractive.com/harris_poll/index.asp?PID=299 (5.5.2003)
5. Fox S, Rainie L (2000) The online health care revolution: how the Web helps Americans take better care of themselves. The Pew Internet & American life project. www.pewinternet.org/reports/pdfs/PIP_Health_Report.pdf (10.5.2003)
6. Peterson G, Aslani P, Williams KA (2002) The impact of internet-based medicines information on the healthcare consumer: A review of the literature. *J Social Admin Pharm* 19(6): 243.

Bild 2. Källor där de svarande tänkte söka mera information

