



Företagsekonomiska institutionen  
Ekonomihögskolan Lunds Universitet

**Magisteruppsats**  
Marknadsföring  
Maj 2005

## **Hur ett formaliserat regelverk påverkar en relation**

**– En fallstudie av relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare**

### **Handledare**

Lars Carlman  
Ulf Elg

### **Författare**

Anna-Karin Lidman  
Sandra Lindberg  
Kristofer Nilsson

## Sammanfattning

- Uppsatsens titel:** **Hur ett formaliserat regelverk påverkar en relation** – En fallstudie av relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare
- Seminariedatum:** 2005-05-30
- Ämne/kurs:** Magisteruppsats 10p, marknadsföring, FEK 591
- Författare:** Anna-Karin Lidman, Sandra Lindberg, Kristofer Nilsson
- Handledare:** Fil. Kand. Lars Carlman, Ek. Dr. Ulf Elg
- Nyckelord:** Formalisering av relationer, läkemedelsindustrin, byråkrati, förtroende, etik, moral
- Syfte:** Uppsatsen har till syfte att undersöka på vilket sätt den nya överenskommelsen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren kan komma att förändra relationen. Vi vill utifrån denna fallstudie även skapa en grundläggande förståelse för hur ett formaliserat regelverk påverkar liknande relationer.
- Metod:** Undersökningen har genomförts genom en kvalitativ fallstudie baserad på djupintervjuer. Vi har intervjuat sju personer med olika anknytning till relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren. Vid undersökningen har vi använt oss av en abduktiv ansats.
- Empiri:** Uppsatsens empiri består av den information vi erhållit genom våra djupintervjuer. Vi har intervjuat representanter från Landstingsförbundet, Läkemedelsindustriföreningen, AstraZeneca, Pfizer, Lunds Universitetssjukhus samt en vårdcentral i Östergötland.
- Slutsatser:** Vår tro är att den nya överenskommelsen kommer att förändra relationen på så vis att tillämpningen av reglerna kommer att bli betydligt bättre. Detta grundar vi på att överenskommelsen ställer större krav och förväntningar på relationen i form av en striktare regeltillämpning och en ökad etik och moral i relationen. Den nya överenskommelsen har väckt en starkare medvetenhet hos parterna om vikten av ett etiskt och moraliskt korrekt agerande i samarbetet. Byråkratiseringen innebär minskad handlingsfrihet för individen genom längre beslutsvägar men även en bättre samordning och kontroll över relationen vilket ökar transparensen. Formaliseringen ökar allmänhetens förtroende för relationen och skapar en ökad ärlighet mellan parterna. Vi anser att våra slutsatser angående en formalisering av relationen även kan appliceras på en formalisering av relationer på ett mer generellt plan.

## Summary

- Title:** **Implications of a formalized regulation in a professional relationship** –A case study of the relationship between the pharmacy industry and doctors
- Seminar date:** 2005-05-30
- Course:** Master thesis in business administration, 10 Swedish credits. (15 ECTS), Major: Marketing
- Authors:** Anna-Karin Lidman, Sandra Lindberg, Kristofer Nilsson
- Advisors:** Lars Carlman, B.A., Ulf Elg Ph.D.
- Key words:** Formalization of relations, pharmacy industry, bureaucracy, trust, ethics
- Purpose:** The aim of this essay is to examine in what manners the agreement can change the relationship between the pharmacy industry and the doctors. From this case study we also want to lay a foundation for the understanding in which ways a formalized regulation can affect similar relations.
- Methodology:** The investigation has been performed through a case study bases on qualitative interviews with seven interviewees, all having different kinds of connections to the relationship between the pharmacy industry and the doctors. Our findings are analyzed and compared to the theoretical material.
- Empirical foundation:** The empirical foundation of the essay consists of the information we have received through our qualitative interviews. Our interviewees consist of representatives from Landstingsförbundet, Läkemedelsindustriföreningen, AstraZeneca, Pfizer, the University Hospital of Lund and a health centre in Östergötland.
- Conclusions:** Our belief is that the new agreement will change the relationship between the pharmacy industry and the doctors, and that there will be a considerable improvement regarding the application of the rules. The agreement makes greater demands and expectations on both parties concerning the ethics in the relationship, and has made them conscious about the importance of strict application of the rules. The formalization implies reduced freedom of action for the individual in the relationship through longer decision paths, thereby it also increases the coordination and control in the relationship. Thus, the bureaucracy creates increased confidence for the relationship from the public and increases the honesty between the parties. We consider these conclusions to be applicable to relations in general.

**Förord**

Vi har valt att skriva om relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren. Att vi valde detta ämne och denna relation beror företrädesvis på att läkemedelsindustrin och läkarkåren under förra året skrev på en ny överenskommelse om samverkansformer för relationen. Vår undersökning går ut på att se vilka förutsättningar formella regler har att förändra det täta och omtvistade samarbetsklimat som varit mellan parterna. Relationen innehåller i sig flera intressanta aspekter, men den rymmer även intressanta etiska och moraliska hänseenden som är generaliserbara till andra relationer.

Den granskning som läkemedelsbranschen och läkarkåren har blivit ”utsatt för” har drabbat ett flertal andra branscher och organisationer i takt med det ökade kravet på transparens i samhället. Samhällsklimatet är i det avseendet tuffare idag än vad det någonsin varit tidigare och media avslöjar oegentligheter på löpande band. Det har varit väldigt lärorikt och intressant att studera relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren. Under vårt uppsatsarbete har vi fått följa med i utvecklingen och implementeringen av den nya överenskommelsen, något som känns väldigt inspirerande. Vi har även haft nöjet att föra initierade samtal med högt uppsatta människor med olika slags koppling till relationen. Det har varit mycket intressant och spännande att få applicera de teoretiska kunskaper vi samlat på oss på ett verkligt problem. Arbetet tog något längre tid än planerat, men har samtidigt gett oss den nödvändiga tiden för att verkligen hitta fokus och skaffa tillräckligt med kunskap för att ro uppsatsen i land.

Vi vill här ta tillfället i akt och ge ett stort tack till våra intervjupersoner som ställt upp för oss och delat med sig av sina gedigna kunskaper och åsikter. Samtidigt vill vi även tacka våra handledare Lars Carlman och Ulf Elg som vi har haft glädjen att arbeta med.

Anna-Karin Lidman

Sandra Lindberg

Kristofer Nilsson

Lund den 11 april 2005

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>7</b>
1.1. EN NY ÖVERENSKOMMELSE.....	7
1.2. INTRODUKTION TILL ÄMNET .....	7
1.3. PROBLEMDISKUSSION.....	8
1.4. SYFTE.....	9
1.5. AVGRÄNSNINGAR.....	9
1.6. BAKGRUND TILL ÄMNESVAL .....	10
1.7. DISPOSITION.....	10
<b>2. METOD .....</b>	<b>12</b>
2.1. FÖRSTÅELSE.....	12
2.2. UNDERSÖKNINGSANSATS .....	13
2.3. VÅRT FÖRHÅLLNINGSSÄTT.....	13
2.4. DATAINSAMLING.....	15
2.5. VAL AV TEORETISK REFERENS RAM.....	16
2.6. METODISKT ANGREPPSSÄTT .....	16
2.7. KVALITATIV FORSKNINGSINTERVJU .....	17
2.7.1. Val av intervjuobjekt.....	18
2.7.2. Intervjuguide .....	20
2.7.3. Intervjusituationen.....	20
2.7.4. Intervjuupplägg .....	22
2.7.5. Utskriftsarbete .....	22
2.8. VALIDITET.....	22
2.9. RELIABILITET .....	23
<b>3. BAKGRUND .....</b>	<b>25</b>
3.1. KORTFATTAD BESKRIVNING AV RELATIONEN.....	25
3.2. ARTIKLAR .....	26
3.3. REGELKÄLLOR FÖR MARKNADSFÖRING AV LÄKEMEDEL .....	30
3.4. OFFENTLIGRÄTTSLIGA REGLER .....	31
3.5. UTOMRÄTTSLIGA REGLER .....	31
3.6. AVTAL OCH ÖVERENSKOMMELSER MELLAN VÅRDEN OCH INDUSTRIEN.....	32
<b>4. TEORETISKT RAMVERK .....</b>	<b>37</b>
4.1. EN RELATIONS UPPKOMST .....	37
4.2. FÖR- OCH NACKDELAR MED RELATIONER .....	37
4.3. NÄRA OCH LÖSA RELATIONER .....	38
4.4. RELATIONAL CONTRACT .....	39
4.4.1. Avtal ur ett relationsperspektiv .....	40
4.4.2. ”Presentation” .....	41
4.4.3. Sociala kontakter i byråkratiska relationer.....	42
4.5. FÖRSTÅELSE OCH TOLKNING .....	42
4.6. ETIK OCH MORAL .....	43
4.7. BYRÅKRATI.....	44
4.7.1. Effektivitet.....	44
4.7.2. Lärande.....	45
4.7.3. Individens roll .....	45
4.8. FÖRTROENDE.....	46

4.8.1.	Olika sätt att öka förtroendet .....	47
4.8.2.	Förväntningar .....	48
4.8.3.	Företagens intresse gentemot allmänhetens intresse .....	49
4.9.	TEORETISK SYNTES .....	50
<b>5.</b>	<b>EMPIRI.....</b>	<b>52</b>
5.1.	GUNILLA THÖRNWALL BERGENDAHL, LANDSTINGSFÖRBUNDET.....	52
5.2.	HÅKAN MANDAHL, LÄKEMEDELSINDUSTRIFÖRENINGEN .....	57
5.3.	PERTTI ROLÖF, PFIZER .....	60
5.4.	ANNE-CHARLOTTE KNUTSSON, ASTRAZENECA.....	64
5.5.	XX, LÄKARE .....	69
5.6.	NN, LÄKARE .....	72
5.7.	MATTS WENDEL, SJUKHUSJURIST .....	75
<b>6.</b>	<b>ANALYS.....</b>	<b>78</b>
6.1.	ANALYSMODELL .....	78
6.2.	INLEDNING.....	78
6.3.	TOLKNING OCH TILLÄMPNING .....	79
6.3.1.	Överenskommelsens andemening .....	82
6.3.2.	Ett halvår av kaos .....	83
6.4.	BYRÅKRATI.....	84
6.4.1.	Negativa konsekvenser.....	84
6.4.2.	Positiva konsekvenser .....	87
6.5.	FÖRTROENDE.....	89
6.5.1.	Förtroendet mellan parterna .....	89
6.5.2.	Förtroende från allmänheten .....	90
<b>7.</b>	<b>SLUTSATSER OCH SLUTDISKUSSION.....</b>	<b>93</b>
7.1.	SLUTSATSER.....	93
7.2.	SLUTDISKUSSION.....	95
7.3.	FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING.....	96
<b>8.</b>	<b>LITTERATURFÖRTECKNING.....</b>	<b>98</b>
<b>9.</b>	<b>BILAGOR.....</b>	<b>102</b>

## 1. INLEDNING

---

*Inledningsvis kommer vi att beskriva händelseutvecklingen som ledde till framtagandet av ett nytt regelverk för relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren. Därefter följer en kort introduktion till ämnet samt vår problemdiskussion som leder fram till syftet med uppsatsen. Slutligen redogör vi för våra avgränsningar, bakgrund till vårt ämnesval och presenterar en disposition över uppsatsen.*

---

### 1.1. EN NY ÖVERENSKOMMELSE

I juni 2004 skrev Landstingsförbundet, Lf, och Läkemedelsindustriföreningen, LIF, på en ny överenskommelse om vilka regler som ska gälla för umgänget mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren. Överenskommelsen började formellt gälla för båda parter den 1 januari 2005 men läkemedelsindustrin "tjuvstartade" på eget initiativ tillämpningen av reglerna redan sommaren 2004. Ett flertal faktorer låg bakom initiativet till att se över reglerna för relationen men den direkt utlösande faktorn var uppmärksamheten kring händelserna i Skandia och Systembolaget. När dessa incidenter uppdagades hade media redan börjat rapportera om oegentligheter i relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren. Enligt Gunilla Thörnwall Bergendahl, ansvarig handläggare för den nya överenskommelsen på Lf, levde parterna i en kultur som inte existerar någon annanstans i samhället. Detta trots att det sedan lång tid tillbaka funnits regler för hur relationen ska skötas. Men enligt Gunilla Thörnwall Bergendahl har avtalen utmärkts av en slapphet i efterlevnaden av båda parter under hela tiden, vilket varit ett stort problem.

Efter händelserna på Skandia och Systembolaget började LIF och Lf diskutera om ett nytt regelverk var nödvändigt för att styra upp relationen. Något nytt regelverk hade dock inte upprättats när Svenska Dagbladet i november 2003 publicerade en starkt kritisk artikelserie om relationen. Här framgick med all önskvärd tydlighet att relationen inte lever upp till de krav på etiskt och moraliskt agerande som samhället rimligtvis kan ställa på parterna. Artikelserien väckte stor uppmärksamhet och även riksåklagaren Christer van der Kwast fick upp ögonen för relationen och i detta läge agerade LIF. På ett styrelsemöte den 18 november 2003 tog LIF på egen hand initiativet till att se över reglerna för umgänget, vilket innebar startskottet för den nya överenskommelsen.<sup>1</sup>

### 1.2. INTRODUKTION TILL ÄMNET

Relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren är på många sätt unik. Till att börja med består den av två parter med vitt skilda förutsättningar: en *offentlig part*, läkarkåren, som företräds av Landstingsförbundet<sup>2</sup>, Lf, och en *privat part*, läkemedelsindustrin som företräds av Läkemedelsindustriföreningen, LIF.<sup>3</sup> Det som gör relationen unik är dock inte enbart det

---

<sup>1</sup> Atterstam, Inger, *Sponsrade resor stoppas*, Svenska Dagbladet, 19/11 2003

<sup>2</sup> Från och med den 1 januari 2005 samverkar Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet under ett gemensamt namn – Sveriges Kommuner och Landsting, Skl.

<sup>3</sup> Lf och LIF kommer att beskrivas mer ingående i kapitel 5 – Empiri.

faktum att det på ena sidan finns en offentlig part och på den andra sidan en privat part; utan framförallt att det finns en *tredje part* med stort intresse i relationen. Denna tredje part utgörs av *allmänheten* och företräds främst av massmedia. Allmänheten har ett stort intresse i relationen bland annat eftersom det är skattebetalarnas pengar som till allra största del finansierar relationen.<sup>4</sup> I allmänheten ingår även patienterna som vi valt att inte behandla som en egen part i uppsatsen eftersom vi inte kunnat se patienternas påverkan på relationen som grupp sett. För vår uppsats är en närmre granskning av patienternas påverkan på relationen av litet intresse då vi avser att undersöka vilken inverkan formaliseringen har på relationen.

Relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren är även speciell på det vis att den alltid har varit oerhört svår för allmänheten att få inblick i. Relationen är, som Inger Atterstam skriver i Svenska Dagbladet 18/11 2003, ”*en relation som mörklagts och dolts i en gråzon*” av den orsaken att läkemedelsindustrin och läkarna tjänar på systemet och att skattebetalarna står för kostnaden. Att läkarkåren dessutom alltid åtnjutit ett högt anseende i samhället har hjälpt relationen att under lång tid undgå granskning. Men kraven på transparens har nu nått även läkarkåren och läkemedelsföretagen. I takt med att det rapporterats om oegentligheter i relationen har båda parterna fått utstå väldigt mycket kritik. Framförallt är det generositeten från läkemedelsföretagen till läkarkåren som kritiserats. En väldig frikostighet beträffande såväl middagar som gåvor och resor till konferenser utomlands har präglat relationen och tongångarna i media är att läkarkåren ”köps” av läkemedelsföretagen för skattebetalarnas pengar. Situationen är inte unik för Sverige utan det är såhär den generaliserade bilden av relationen ser ut i de flesta länder.<sup>5</sup>

### 1.3. PROBLEMDISKUSSION

Ju mer etablerad en relation blir, desto mer betydelsefulla blir de lagar och regler som kan fungera tillfredställande för samtliga parter i en relation.<sup>6</sup> Relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren är per definition en väletablerad relation där det är viktigt med ett välfungerande regelverk. Under lång tid har dock läkemedelsindustrin och läkarkåren levt under ett lika liberalt som dåligt efterföljt regelverk. Men det är inte från någon av de två huvudparterna som kravet på ett nytt regelverk främst emanerar, utan från relationens tredje part: allmänheten.

Genom att upprätta och tillämpa tydliga regler för en relation, det vill säga en formalisering, kan flera fördelar uppnås. Bland annat kan en ökad trygghet och säkerhet i hur man ska agera förväntas infinna sig för parterna. I sin tur innebär detta att parterna får lättare att på ett effektivt sätt fatta rätt beslut för att uppnå de uppsatta målen i relationen. Tydliga regler och ramverk sägs vara en nödvändig förutsättning för att skapa den grundtrygghet som gör att personalen vågar agera utifrån sina egna erfarenheter och sin egen kompetens. Allt i syfte för att bibehålla och förädla relationen.<sup>7</sup> I en perfekt värld skulle det inte behöva finnas någon

---

<sup>4</sup> Atterstam, Inger, *Skattebetalarna står för kalaset*, Svenska Dagbladet, 19/11 2003

<sup>5</sup> Atterstam, Inger, *Nu krackelerar systemet*, Svenska Dagbladet, 17/5 2004

<sup>6</sup> Ertzgaard, Stein, *Affärsrelationer – om att skapa förtroende och värde i affärslivet* (2004) s. 96-97

<sup>7</sup> Ertzgaard, Stein, *Affärsrelationer – om att skapa förtroende och värde i affärslivet* (2004) s. 96-97



byråkrati men verkligheten ser annorlunda ut. Människor behöver regler att rätta sig efter och reglerna behöver stöd i form av granskning så att de efterlevs. I vissa fall behövs strikta regler och i andra fall är det möjligt att ge mer förtroende åt individen att agera efter eget omdöme. Det gäller att hitta den mix av reglering och individuellt förtroende som är passande för varje specifikt fall. Likaså gäller det att hitta rätt nivå på reglerna utifrån de möjligheter som finns att följa upp efterlevnaden. Det är särskilt viktigt att hitta rätt balans i reglerna är det när statliga medel är inblandade. Företag har förvisso ett ansvar mot sina aktieägare, men att investera sina pengar i ett företag är ett frivilligt åtagande. Att betala skatt är emellertid inte frivilligt och vi har därför alla rätt att ställa krav på hur statliga medel ska användas. Statliga myndigheter handhar skattemedel och förutsätts därför vara obundna och fria från bindningar till företag.

Privata företag är dock fria att skapa djupa relationer med varandra, inom vissa gränser. Men relationer med myndigheter på mindre än en armslängds avstånd anses korrupt i många utvecklade ekonomier. Man kan dock inte utesluta att övertramp sker vid vissa tillfällen, trots att båda parter är väl medvetna om att det finns gränser som helst inte ska överträdas.<sup>8</sup> Händelseutvecklingen i relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren anses nog av många utgöra ett övertramp av ovan nämnda karaktär. Relationen är helt enkelt tätare än vad som anses lämpligt för en relation mellan en privat och en offentlig part. Frågan är därför vad som ska göras för att förbättra etiken och moralen i relationen och stärka förtroendet från allmänheten. Den nya överenskommelsen är en ansats från parterna att styra upp relationen. Nu återstår det att se vilka effekter formaliseringen kommer att ha på relationen.

#### **1.4. SYFTE**

Uppsatsen har till syfte att undersöka på vilket sätt den nya överenskommelsen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren kan komma att förändra relationen. Vi vill utifrån denna fallstudie även skapa en grundläggande förståelse för hur ett formaliserat regelverk kan påverka andra relationer.

#### **1.5. AVGRÄNSNINGAR**

Uppsatsen har som mål att ge en ökad kunskap om hur ett formaliserat regelverk påverkar en relation. Vi har emellertid begränsat oss till att enbart studera relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare och undersöka vad den nya överenskommelsen har för inverkan på relationen. Vad gäller formella lagar och regler samt dess påverkan på en relation generellt kommer vi att begränsa vår studie till att endast omfatta vår empiri och teori.

En klart avgränsande faktor för vår uppsats är även urvalet av intervjupersoner. Vi har genomfört djupintervjuer med sju personer som på olika sätt är involverade i relationen. Genom dessa intervjuer anser vi oss ha fått ett gott underlag för undersökningen, men är ändå väl medvetna om att alla aspekter inte kan täckas in genom detta urval.

---

<sup>8</sup> Egan, John, *Relationship marketing* (2004) s. 199

Vi valde att begränsa undersökningen till tre parter och inte inkludera patienterna i undersökningen då vi anser läkarkåren, Läkemedelsindustrin och allmänheten vara de viktigaste och mest relevanta parterna för vårt syfte.

## **1.6. BAKGRUND TILL ÄMNESVAL**

Ursprungligen skulle vår uppsats handla om hur det nya avtalet mellan LIF och Landstingsförbundet skulle komma att påverka läkemedelsföretagens marknadsföring. Vår uppgift stod då i att undersöka företagets marknadsföringsmetoder. Det är svårt, för att inte säga omöjligt att granska själva relationen ur ett renodlat marknadsföringsperspektiv eftersom det alltså förekommer så mycket avarter av marknadsföring att berörda parter inte skulle vara villiga att prata, åtminstone inte om hur det verkligen går till i vissa fall. Vi valde således att lämna detta perspektiv då vi fann det omöjligt att en sådan studie skulle generera ett rättvist eller meningsfullt resultat. Därefter började vi fundera på att sätta patienten och dess hälsa i fokus genom att studera relationsmarknadsföringens effekter. Vi förde en diskussion om att relationsmarknadsföring kan ha såväl positiva som negativa effekter för patienten. Detta var ett ämne vi fann mycket intressant men som dessvärre var alltför komplext för att genomföras på en tioveckorsperiod. Efter ytterligare funderingar fann vi äntligen vårt slutgiltiga syfte, nämligen att undersöka hur den nya överenskommelsen påverkar relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarna. På grund av svårigheterna att finna en hållbar inriktning tog det oss osedvanligt lång tid att hitta rätt fokus i vår undersökning. Dock har denna process gjort att vi skapat oss mycket goda kunskaper inom ämnet. Detta har bidragit till att många av våra fördomar och antaganden har försvunnit längs vägen desto mer information vi fick tag i, något vi enbart anser ha gynnat vårt uppsatsarbete.

## **1.7. DISPOSITION**

### **Kapitel 2 – Metod**

Vårt syfte med metodkapitlet är att redogöra för det tillvägagångssätt vi använt oss av vid vår insamling av empiriskt material. Vi kommer att diskutera vårt val av metod och hur vi har gått tillväga vid de intervjuer vi genomfört.

### **Kapitel 3 – Bakgrund**

Bakgrundskapitlet har två syften: dels att åskådliggöra den förändring som håller på att ske i relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren och dels att göra en genomgång av det regelverk som styr relationen. I första delen av kapitlet gör vi en kortare beskrivning av relationen och refererar ett antal artiklar från dagspressen. Detta gör vi för att ge en god inblick i hur relationen ser ut, vad som föregått förändringen och hur utvecklingen fortlöpt. I del två gör vi en genomgång av det regelverk som styr relationen.

### **Kapitel 4 – Teori**

Vi kommer i detta kapitel att redogöra för relevant teori för uppsatsens ändamål. Inledningsvis kommer vi att redovisa teori med inslag av relationsmarknadsföring för att

sedan övergå till relational contract, förståelse och tolkning, byråkrati, förtroende samt etik och moral.

### **Kapitel 5 – Empiri**

I detta kapitel presenterar vi resultatet av vår undersökning. Vi kommer att redovisa resultatet av varje intervju var för sig med en kort inledande presentation av såväl organisation som intervjuperson.

### **Kapitel 6 - Analys**

I analyskapitlet sammanställer och analyserar vi vårt teoretiska och empiriska material. Analysen är uppbyggd enligt en modell som består av fyra parametrar: Tolkning och tillämpning, byråkrati, förtroende samt etik och moral.

### **Kapitel 7 – Slutsatser och framtida forskning**

I detta kapitel sammanfattar vi vår undersökning och knyter samman trådarna. De slutsatser vi har kommit fram till presenteras inledningsvis. Därefter följer en slutdiskussion där vi för ett friare resonemang om konsekvenserna av överenskommelsen. Avslutningsvis ger vi förslag till vidare forskning inom ämnet.

## 2. METOD

---

*Vårt syfte med metodkapitlet är att redogöra för det tillvägagångssätt vi använt oss av vid vår insamling av empiriskt material. Vi kommer att diskutera vårt val av metod och hur vi har gått tillväga vid de intervjuer vi genomfört.*

---

### 2.1. FÖRSTÅELSE

*”Inom ramen för sin förståelse utvecklar människan de kunskaper och färdigheter som hon använder sig av i utförandet av sitt arbete”<sup>9</sup>*

Alla människor kan uppfatta och tolka en viss situation på olika sätt eftersom varje individ bär med sig en så kallad föreställningsram, vilken påverkas av bland annat personens sociala bakgrund, erfarenhet och utbildning.<sup>10</sup> Vår förförståelse och tillika föreställningsram för denna uppsats, grundar sig bland annat på akademiska studier vid Ekonomihögskolan i Lund samt erfarenheter och upplevelser från våra privatliv. Vi som har skrivit denna uppsats läser företagsekonomi där två av författarna har marknadsföring som inriktning, medan den tredje författaren har valt att studera såväl marknadsföring som organisationslära. Utöver de rent företagsekonomiska studierna besitter författarna även en del kunskaper i psykologi och juridik. Detta resulterar i att vår gemensamma förståelse är bred, vilket kan komma att underlätta bearbetningen och analyserandet av det empiriska och teoretiska material som tillhandahållits under uppsatsen gång.

Den kunskap som vi hade om vårt ämne i uppsatsens initialskede grundade sig i mångt och mycket på den information som massmedia hade förmedlat genom bland annat dagspress och tv-program. Vi vill påstå att denna information gav oss en något vinklad bild av hur läkemedelsindustrin tycktes fungera då den i stor utsträckning framstod som något vi alla kunde förknippa med omdiskuterade muthärvor och bestickningar. Detta resulterar följaktligen i att vi inledningsvis bar med oss vissa antaganden och fördomar om läkemedelsindustrin. Kunskapen och förförståelsen om läkarna, var å andra sidan ganska begränsad då skrivierna inte företrädesvis behandlat dem i samma utsträckning som läkemedelsindustrin. Vår olika förförståelse för parterna i relationen kan troligtvis ha påverkat arbetets upplägg och resultat, eftersom vår kunskap och förförståelse om läkemedelsindustrin, initialt var något färgad av den massmediala debatten. För att minimera risken för att våra partiska ställningstaganden skulle ha en negativ inverkan vid arbetes gång, satte vi oss ner och gjorde ett försök till att upptäcka och åskådliggöra våra fördomar och antaganden innan arbetet satte igång. Lundahl och Skärvad belyser detta då de menar att det är av stor vikt att man blir medveten om sin egen föreställningsram, då den avgör vad man ser, hur man tänker och hur man agerar i olika sammanhang samt påverkar arbetets upplägg, metoder och

---

<sup>9</sup> Sandberg, Jörgen, Targama, Axel, *Ledning och förståelse*, (1998) s. 7

<sup>10</sup> Lundahl, Ulf & Skärvad, Per-Hugo, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 60

resultat.<sup>11</sup> Vi är dock medvetna om att våra tidigare antaganden och fördomar kan vara svåra att upptäcka och att lösgöra sig från. Detta kan ha en negativ inverkan på undersökningens resultat. Men det faktum att vi är medvetna om denna brist och kan ta det i beaktning under arbetets gång gör att vi anser att våra fördomar och antaganden inte har en alltför stor inverkan på uppsatsen och dess resultat.

## 2.2. UNDERSÖKNINGSANSATS

I vår uppsats kommer vi att använda oss av såväl explorativa som deskriptiva undersökningar.<sup>12</sup> Med explorativa undersökningar avses undersökningar som har till avsikt att klargöra för utredaren vad som tidigare är känt i ämnet genom att denna skaffar sig ett brett informationsunderlag. Detta för att försöka förstå vilka avgränsningar som bör göras för att komma fram till ett syfte och en tydlig undersökningsplan. Några vanliga inslag vid explorativa undersökningar är expertintervjuer, genomgång av relevant litteratur och enklare varianter av fallstudier.<sup>13</sup> Den litteratur som behandlar regleringar av relationer med avseende på avtal och överenskommelser parter emellan insåg vi i ett tidigt skede var relativt knapphändig. Efter ett idogt letande fann vi dock någorlunda relevant information och vi kunde sätta oss in i ämnet och skapa en förståelse för problemet inom ämnesområdet. När vår förståelse för problematiken blev större började även vårt syfte successivt att växa fram. Vårt syfte ändrades dock ett flertal gånger ju mer information vi tog del av och desto större vår förståelse för ämnet blev. Vårt arbete skedde således inledningsvis i linje med hur en explorativ undersökning ska gå till.

Deskriptiva undersökningar är å andra sidan användbara då det redan existerar mycket information om det aktuella ämnet och då det börjar skapas vissa antaganden om problemområdet. När man har nått detta stadium är problemet ofta klart utkristalliserat och det föreligger sällan någon anledning att fortsätta sina studier kring vilka olika orsaksförhållanden som existerar. Då en deskriptiv undersökning nyttjas, avgränsar man sig till att endast studera och undersöka ett fåtal speciellt utvalda aspekter och lämnar de resterande infallsvinklarna orörda.<sup>14</sup> Uppsatsen är således även uppbyggd ur ett deskriptivt synsätt, då vi efter en genomgång av den tillgängliga teorin och empirin nådde det stadiet då vi kände att vårt problem var utkristalliserat och informationen tillräcklig för att försöka besvara vårt syfte.

## 2.3. VÅRT FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Det hermeneutiska synsättet är, i vår mening, det förhållningssätt som på många sätt passar vårt syfte med uppsatsen, samt hur vi ser på världen, såväl som enskilda individer och som den kollektiva massa vi utgör. Denna metod omöjliggör bedrivandet av opartisk forskning, men detta ses inte som någon nackdel då en hermeneutiker med inlevelse bör tränga in och

---

<sup>11</sup> Lundahl, Ulf & Skärvad, Per-Hugo, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 60

<sup>12</sup> Lundahl, Ulf & Skärvad, Per-Hugo, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 46-47

<sup>13</sup> Lundahl, Ulf & Skärvad, Per-Hugo *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 47

<sup>14</sup> Patel, Runa & Davidson, Bo, *Forskningsmetodikens grunder - Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (1994) s. 10-12

deltaga i fenomenet som studeras. Hermeneutiker betonar med all rätt att ingen tolkningsprocess börjar helt förutsättningslöst.<sup>15</sup> Vi använder oss således av vår förförståelse som ett redskap för att tolka och förstå vårt problem. Detta gör att vi anser det vore inkorrekt att inte utnyttja den kunskap som vi redan besitter om problemområdet. Oavsett om vi är medvetna om det eller inte skapar vi oss en preliminär och i många fall hårddragen och partisk bild av det fenomen vi har framför oss. I vårt fall vill vi än en gång poängtera att massmedia har haft en stor inverkan när det gäller att prägla vår förförståelse av läkemedelsindustrin som fenomen, vilket säkerligen kan ha haft en viss inverkan på uppsatsen och dess resultat.

Enligt det hermeneutiska synsättet kan vidare alla enskilda fenomen enbart förstås i den kontext i vilken de ingår. Detta kräver att vi som forskare skapar oss en helhetssyn av fenomenet. Vi insåg i ett tidigt stadium ämnets bredd, vilket gjorde att vi var tvungna att skapa en helhetsbild av relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarna för att vi därefter skulle ha möjlighet att skapa oss en större förståelse för hur den nya överenskommelsen kommer att påverka den aktuella relationen. Helhetsbilden skapades dels genom vår egen förförståelse, dels genom att vi tog del av material som berörde relationen vad gäller såväl ekonomiska aspekter som hälsoaspekter. Materialet som vi använde oss av bestod initialt av artiklar från diverse läkemedelstidningar<sup>16</sup> samt information från webbplatser<sup>17</sup> för läkemedelsindustrin och läkare. När vi hade läst in oss på ämnet och skapat oss en tillfredställande helhetsbild av relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarna var det lättare att hitta fokus samt formulera det syfte vi slutligen bestämde oss för. För att ha möjlighet att besvara vårt syfte tog vi slutligen del av intervjupersonernas förståelse och uppfattningar om vilken påverkan den nya överenskommelsen kommer att få på relationen samt den teori som vi funnit vara relevant för vår uppsats.

I metodlitteraturen brukar man även skilja mellan induktion och deduktion. Dessa utgör två olika angreppssätt som används för att närma sig den empiriska verkligheten. Induktion bygger på empiri och deduktion bygger på logik.<sup>18</sup> Vi kommer i vår uppsats att använda oss av ett mellanting av dessa två angreppssätt nämligen en abduktiv metod.<sup>19</sup> I denna förenar man följaktligen empiri och logik och vi har valt den, då vår förförståelse och den teoretiska kunskapen mynnar ut i en studie av empirin, som sedan kopplas till teorin. Förståelsen för det teoretiska och empiriska har således formats parallellt. Vi har valt att genomföra ett antal intervjuer för att få en ökad förståelse i vilken påverkan den nya överenskommelsen kan få på relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarna, då vi ansåg att vårt syfte inte gick att besvara enbart utifrån ett teoretiskt underlag. En ytterligare anledning till att vi valde att komplettera teorin med empiriskt material i form av intervjuer var på grund av att det var svårt att finna applicerbar teori till vårt specifika ämnesområde. Vi kommer slutligen att

---

<sup>15</sup> Lundahl, Ulf & Skärvad, Per-Hugo, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 43

<sup>16</sup> Läkemedelsvärlden, Medicinskt forum, Läkemedelstidningen

<sup>17</sup> De webbplatser som har varit mest användbara för vårt ändamål har varit: [www.pharmaindustry.se](http://www.pharmaindustry.se), [www.LIF.se](http://www.LIF.se), [www.skane.se](http://www.skane.se), [www.astrazeneca.se](http://www.astrazeneca.se), [www.pfizer.se](http://www.pfizer.se), [www.lakemedelsvarlden.nu](http://www.lakemedelsvarlden.nu), [www.skl.se](http://www.skl.se)

<sup>18</sup> Thurén, Torsten, *Vetenskapsteori för nybörjare* (1999) s. 23

<sup>19</sup> Alvesson, Mats., Skoldberg, Kaj, *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativmetod* (1994) s.42

genomföra en analys där vi utnyttjar både teorin och empirin. Detta görs eftersom en teori aldrig kan bli fullständig, vi kan endast stärka eller försvaga vår tillit till teorin genom vår empiriska undersökning.<sup>20</sup> Genom att vi använder denna metod kan vi följaktligen utveckla ny kunskap och bygga upp en bättre förståelse för vårt problemområde.

## 2.4. DATAINSAMLING

Primärdata är information som inte redan finns tillgänglig, utan forskaren är själv tvungen att samla in den. Insamlande av sådana data kan ske genom exempelvis enkäter, intervjuer eller observationer.<sup>21</sup> Då vi kände att våra sekundära källor inte var tillräckliga för att besvara vårt syfte valde vi att använda oss av primärdata i vår uppsats. Då vi inte kunde finna någon bra och tillgänglig teoretisk information om ämnet var vi således mer eller mindre tvungna att genomföra intervjuer för att erhålla den kunskap som krävdes för att besvara vårt syfte. Vi återkommer med en mer omfattande beskrivning av intervjuerna senare i detta kapitel.

Med sekundärdata avses information som redan finns dokumenterad om ett visst ämne eller problem. Informationen är redan insamlad av en utomstående person, men är inte primärt sammanställd för studien som man själv bedriver. Sekundärdata kan utgöras av exempelvis böcker, tidningsartiklar, mötesanteckningar och tidigare forskning.<sup>22</sup> För att både skapa en ökad förståelse och kunskap för vårt problemområde och för att kunna genomföra välgrundade intervjuer, sökte vi i ett tidigt stadium efter sekundärdata som berörde vårt problemområde. Att hitta information om läkemedelsindustrin respektive läkare var i allmänhet inte något problem. Snarare var förhållandet det omvända. Inledningsvis var vi glada över all den information vi kom över. Vi fick mycket hjälp från bland annat LIF, Lf samt AstraZeneca och Pfizer, men glädjen över all information utbyttes snart i frustration. Vi fullständigt drunknade i information om avtal och regleringar för området. Att få tag i information om hur relationen verkligen ser ut och fungerar i praktiken skulle dock visa sig vara väldigt mycket svårare. En oro för hur vi skulle lyckas tränga ner i relationen och hitta en intressant och unik vinkling av denna började gro. När vi väl funnit det fokus som vi länge eftersökt uppstod nästa problem, nämligen att hitta applicerbar teori för vårt specifika ändamål. Vi insåg dock snabbt att vårt problemområde var relativt outforskat, vilket gjorde att det material som vi fann inte var direkt applicerbart på vårt syfte utan krävde en hel del omarbeting. Den sekundärdata vi följaktligen har använt oss av i vår uppsats är diverse artiklar om läkemedelsbranschen samt olika Internetsidor som gett oss tillgång till bland annat avtal och överenskommelser mellan Läkemedelsindustriföreningen och Landstingsförbundet samt information om berörda företag.

En del av de källor som vi har använt oss av i vår uppsats är av lite äldre datum, främst vad gäller böcker rörande byråkrati, läkemedelsindustrin och till viss del förtroende. Vi letade länge efter mer aktuellt material, men utan framgång. Dock anser vi att den byråkrati- samt förtroendet teori som vi har använt, mycket väl håller än idag. Vad gäller böcker som behandlar

---

<sup>20</sup> Holme, Idar Magne, Solvang, Bernt Krohn, *Forskningsmetodik* (1997) s. 51

<sup>21</sup> Eriksson, Lars-Torsten & Wiedersheim-Paul, Finn, *Att utreda, forska och rapportera* (1999) s. 84

<sup>22</sup> Lundahl, Ulf & Skärvad, Per-Hugo, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 131

läkemedelsindustrin var letandet förgäves då vi ständigt blev informerade att det inte fanns något nyare material att tillgå. För att kompensera detta använde vi oss istället av högst aktuella artiklar som berör läkemedelsindustrin och vi anser därför att den äldre litteraturen inte ska ha någon negativ inverkan på uppsatsens resultat. Vad gäller utnyttjande av Internetsidor har vi iakttagit en stor försiktighet då vi är medvetna om att informationen som delges i viss mån tenderar att vara otillförlitlig.

## **2.5. VAL AV TEORETISK REFERENSRAM**

De teorier vi har använt i uppsatsen har en direkt koppling till våra intervjufrågor, medan andra teorier snarare bidrar till att ge oss en bättre utgångspunkt för vår undersökning och hjälper oss att se mönster i bearbetning av det slutgiltiga resultatet.

Vi har valt att lägga relationsmarknadsföringen som teoretisk grund för att skapa förståelse för den relationskaraktär som vi ämnar granska. Då vår relation styrs av ett antal regler har vi även valt att redogöra för relational contract, som behandlar regler och avtal i en relation. Tolkningen av den nya överenskommelsen är även ett avgörande inslag i vårt fall då lagar och regler kan tillämpas och tolkas på skilda sätt beroende på vem som tittar på dem. När en relation formaliseras genom lagar och regler leds man osökt in på begreppet byråkrati. Då byråkrati har såväl positiva som negativa verkningar på en relation ansåg vi att det krävdes en genomgång av denna teori. Förtroende är ytterligare en faktor som utmärker relationer varav vi har valt att göra en omfattande redogörelse för vad förtroende är och vilken påverkan det kan ha i relationer. Vi fann det även högst relevant att redogöra för teorier kring etik och moral då bland annat dessa faktorer ligger till grund för upprättandet av den nya överenskommelsen.

## **2.6. METODISKT ANGREPPSSÄTT**

Ib Andersson poängterar att undersökningsprojekt utmärks av stor komplexitet, vilket innebär att "det finns flera vägar till målet".<sup>23</sup> Metodvalet bör således göras med utgångspunkt i vad man vill undersöka från det syfte man vill undersöka. Då vi främst vill skaffa oss en riklig information om fenomenet vi studerar och vidare skapa oss en helhetsbild genom att som forskare ha en närkontakt till fenomenet, har vi sett det som ett självklart val att använda den kvalitativa forskningsmetoden. Vårt syfte ligger till grund för vårt val av ett kvalitativt metodiskt angreppssätt. Syftet med den kvalitativa forskningsmetoden är att beskriva, förstå och analysera beteendet hos enskilda individer, med utgångspunkt från dem som studeras. Vi använder således våra intervjupersoner som medel då vi försöker förstå och analysera deras uppfattningar om reglernas påverkan på relationen för att därefter ha möjlighet att besvara vårt syfte. Den kvalitativa forskningsmetoden lämpar sig således för frågeställningar som har till syfte att förstå hur exempelvis personer upplever ett visst fenomen.<sup>24</sup> Detta kan vi direkt hänvisa till syftet med vår uppsats då vi specifikt kommer att titta på hur de nya reglerna

---

<sup>23</sup> Andersson, Ib, *Den uppenbara verkligheten*, (1998) s. 31, 36

<sup>24</sup> Lundahl, Ulf & Skärvad, Per-Hugo, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 101



påverkar relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare genom att, som tidigare nämnts, tolka våra respondenters uppfattningar och åsikter angående detta.

Ett annat metodiskt angreppssätt hade varit att genomföra en kvantitativ studie på ett större urval av läkare och företagsrepresentanter, vilken skulle kunna ha resulterat i ett mer statistiskt säkerhetsställt resultat. Vi fann det dock nästintill ogenomförbart med anledning av tidsaspekten och den enorma svårigheten att få tag på tillräckligt många läkare som var villiga att ställa upp på en sådan undersökning. Redan i ett tidigt skede blev vi införstådda med att de läkare som vi kontaktade inte hade möjlighet att undvara tid för en aktivitet som stod utanför deras rent reella arbetsuppgifter. Detta gjorde att vi var ytterst tacksamma över att vi fick tag på två läkare som under arbetstid åtog sig att delta i våra intervjuer. Vad vidare gäller företagsrepresentanterna var möjligheten större att hitta ett bredare urval. Då vi ville ha en enhetlighet i vår undersökning och tillika en jämvikt vad gäller framställandet av de båda parterna, valde vi även två företagsrepresentanter, två handläggare för överenskommelsen samt en sjukhusjurist.

Vi anser att vårt urval av respondenter till antalet är tillräckligt för att besvara vårt syfte på ett bra och trovärdigt sätt då vi med samtliga respondenter har genomfört djupintervjuer. Då vi har valt respondenter som även har befattningar med en stark anknytning till vårt ämne anser vi att den information vi har erhållit är tillräcklig för vår uppsats. Ytterligare en anledning till att vi inte har använt oss av en enkätundersökning, som utmärker den kvantitativa metoden, är att vi då inte hade fått det djup som våra kvalitativa intervjuer gav oss. Våra kvalitativa djupintervjuer gav vidare utrymme för flexibilitet, där våra respondenter hade möjlighet att utveckla och förtydliga sina svar, och vi fick på så sätt fram åsikter och resonemang som inte hade möjliggjorts med ett kvantitativt metodval.

Vad gäller det kvalitativa angreppssättet är fallstudier den vanligaste formen, åtminstone i företagsekonomiska och samhällsekonomiska sammanhang. Fallstudier bygger på kvalitativa data och kvalitativa datainsamlingsmetoder och kännetecknas vidare av att undersökningen endast omfattas av ett eller ett fåtal fall, men dessa studeras dock mer detaljerat och i flera olika dimensioner. Det är även praktiskt att använda sig av fallstudier när man vill studera och förstå ett fenomen på djupet.<sup>25</sup> En fallstudie passar även bra in på vår undersökning, eftersom en av dess grundtankar för att lösa ett problem innebär att man förstår problemet i sin helhet, då delarna bara kan förstås i förhållande till helheten eller i sammanhanget de ingår i.<sup>26</sup>

## **2.7. KVALITATIV FORSKNINGSINTERVJU**

De intervjuer vi har genomfört för att samla in empiriskt material står för en stor del av vår totala kunskap och förståelse för relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren. Det föll sig naturligt för oss att använda kvalitativa intervjuer vid insamlandet av data. Vi kommer här att redogöra för vårt tillvägagångssätt vid intervjuerna och motivera varför vi valt att använda oss av kvalitativa djupintervjuer.

---

<sup>25</sup> Lundahl, Ulf & Skärvad, Per-Hugo, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 50

<sup>26</sup> Lundahl, Ulf & Skärvad, Per-Hugo, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 185

### 2.7.1. VAL AV INTERVJUOBJEKT

För att vi skulle ha möjlighet att besvara vårt syfte på ett djupt och välgrundat vis var det viktigt att vi beaktade många olika synvinklar och inte endast valde intervjupersoner som antingen var enbart positivt eller negativt inställda till problemet. Vi är väl införstådda i att valet att våra intervjuobjekt har en stor betydelse för vår undersöknings kvalitet. Om man får fel intervjupersoner i sitt urval kan det leda till att undersökningen blir värdelös i relation till den utgångspunkt som fanns vid början av arbetet. Man kan även öka informationsinnehållet genom att man använder sig av intervjuobjekt som kan antas ha rikligt med kunskaper om de företeelser som undersöks.<sup>27</sup> Urvalet av intervjupersoner skedde således inte slumpmässigt, utan våra respondenter valdes snarare ut för att vi skulle få den eftertraktade helhetssynen och ett djup i vår förståelse för vårt problemområde. Detta kan under sådana förhållanden innebära att man kan söka sig till bestämda intervjuobjekt för att på så vis kunna få ut en variationsbredd på materialet.<sup>28</sup> Vi fann det lämpligt att göra ett urval som på bästa sätt stämde överens med de förväntningar vi hade på resultaten från intervjuerna. Vi har därför valt att genomföra sju stycken djupintervjuer via telefon, varav två är med representanter från läkemedelsföretag, två stycken är med läkare, en är med en sjukhusjurist och de övriga två är med representanter från Landstingsförbundet, Lf, och Läkemedelsindustriföreningen, LIF.

Vi valde att kontakta såväl AstraZeneca och Pfizer som LIF och Lf via e-post där vi beskrev uppsatsen ändamål och där vi samtidigt bad att bli hänvisade till en lämplig representant. Vi började med att söka oss till Lf och LIF eftersom det var dessa parter som stod ansvariga för upprättandet av den nya överenskommelsen. Därefter försökte vi finna de personer i organisationen som aktivt hade varit med och utformat de nya reglerna, eftersom vi ansåg att de troligtvis besatt mest kunskap i ämnet. Genom en e-post adress som vi fann på Lf:s hemsida fick vi genast kontakt med Gunilla Thörnwall Bergendahl, utredare på landstingsförbundet och ansvarig handläggare för det nya avtalet med LIF, som gladeligen besvarade vår förfrågan om en intervju. Därefter kontaktade vi LIF, vilka hänvisade oss vidare till Håkan Mandahl, vice VD på LIF, som tillsammans med Gunilla Thörnwall Bergendahl haft en betydande roll vid utformandet av de nya reglerna. Även han var intresserad av att medverka i vår undersökning. När vi väl kommit i kontakt med de parter som utformat den nya överenskommelsen, var nästa steg att kontakta de parter som reglerna upprättats för.

Vi valde att först ta kontakt med läkemedelsindustrin där valet föll på två av de större läkemedelsföretagen på den svenska marknaden, nämligen AstraZeneca och Pfizer. Vårt val av dessa företag grundar sig övervägande på att de är väletablerade och tillika stora företag, vilka således klart kommer att påverkas och vara involverade i regelförändringen. På AstraZeneca fick vi omgående kontakt med informationschef Anne-Charlotte Knutsson, vilket vi ansåg vara givande för vår undersökning då vi fann henne vara väl insatt i problematiken som kan uppstå vid upprättandet av den nya överenskommelsen. Därefter

---

<sup>27</sup> Kvale, Steinar, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, (1997) s. 135

<sup>28</sup> Holme, Idar Magne, Solvang, Bernt Krohn, *Forskningsmetodik*, Studentlitteratur, (1997) s. 101

kontaktade vi Pfizer och fick kontakt med Pertti Rolöf som är chef i affärsetik, och som även han verkade givande för vår studie då hans position talar för att han borde vara väl insatt i den moraliska och etiska förändringen som föreligger med de nya reglerna.

I nästa skede i sökandet efter lämpliga intervjuobjekt kom turen till läkarna där det, som nämnts, visade sig vara betydligt svårare att få respons på vår förfrågan om intervju. Vi började med att skicka e-post till tre stycken överläkare som hade medverkat i ett nyhetsinslag på Sydnytt och som verkade vara väl insatta i den aktuella problematiken kring den nya överenskommelsen. Den ena svarade och meddelade att han var sjukskriven och därmed inte hade möjlighet att ställa upp på en intervju, medan de resterande två direkt avböjde. Därefter försökte vi få tag på en läkare som hade skrivit ett antal intressanta artiklar rörande vårt ämne på webbplatsen för svensk läkemedelsindustri, PharmaIndustry. Tyvärr erhöll vi aldrig något svar från honom. En av de läkare som avböjde hänvisade oss dock till en annan läkare som han ansåg vara väl insatt i den nya överenskommelsen och som även var väldigt kritiskt inställd till läkemedelsindustrins marknadsföringsmetoder. Till vår stora besvikelse avböjde även han vår förfrågan om en intervju. Något frustrerade började vi ringa runt till ett flertal olika vårdcentraler i såväl Lund som Malmö. Vid samtliga tillfällen var vi tvungna att kontakta receptionen och be dem hänvisa oss till någon läkare eftersom receptionisten nämligen inte får lov att ge ut direktnummer till läkare. Vi bad därför receptionisten att lämna en förfrågan om en intervju via ett meddelande till läkarna. Det var även här till vår besvikelse ingen läkare som hörde av sig.

På ett möte med vår handledare Lars Carlman tog vi upp den aktuella problematiken i att finna läkare som var villiga att ställa upp på en intervju. Han gav oss då två namn och nummer till två specialistläkare på Lunds universitetssjukhus vilka han rekommenderade och trodde var intresserade att ställa upp på en intervju. Den ena läkaren fick vi dock aldrig tag på trots ett idogt sökande men den andra läkaren, som vi väljer att kalla för XX då han önskade vara anonym, svarade ja på att ställa upp på en intervju. Han är verksam som specialistläkare på Universitetssjukhuset i Lund och då vår önskan var att intervjua en specialistläkare (sjukhusläkare) och en allmänpraktiserande läkare (vårdcentralsläkare) var den ena delen nu avklarad. För att hitta en allmänpraktiserande läkare valde vi nu att utnyttja vårt sociala nätverk. Vi hade tidigare avstått från att använda oss av vår bekantskapskrets då de känner sig mer eller mindre tvungna att ställa upp på en intervju. Att vi använde vårt sociala nätverk resulterade dock omedelbart i att vi fick en intervju med en allmänpraktiserande läkare. Även denna läkare önskade att få vara anonym och hädanefter kommer vi att kalla honom för NN. Vi anser att det finns fördelar med att läkarna är anonyma som exempelvis att läkarna inte skulle känna sig hämmade i intervjusituationen, utan våga prata fritt och inte riskera att bli uthängda inför kollegor och annat folk inom branschen. Tack vare anonymiteten har vi förhoppningsvis fått reda på information som vi inte skulle ha fått om läkarna framträtt med namn.

Slutligen beslöt vi att även kontakta sjukhusjurist Matts Wendel på Lunds universitetssjukhus, som vi hoppades på skulle kunna ge oss sin juridiska syn på regleringen av relationen genom den nya överenskommelsen.

### **2.7.2. INTERVJUGUIDE**

Enligt Kvale är det viktigt att det finns en röd tråd mellan syfte och intervjuguide. Det är viktigt att veta vilken kunskap som bör införskaffas och varför, det vill säga hur syftet ser ut, innan man avgör hur man lämpligast ska genomföra intervjun eller det i annat fall valda tillvägagångssättet.<sup>29</sup> För att få ett grepp om vad som kunde vara intressant att fråga om, gjorde vi en förundersökning där vi telefonintervjuade en bekant som vid tillfället arbetade som läkemedelskonsulent på AstraZeneca.<sup>30</sup> Våra intervjufrågor utformades därmed efter denna förundersökning och med koppling till vårt syfte. Inledningsvis skrev vi ner så många frågor vi kunde komma på, för att vidare gallra bort de vi ansåg vara överflödiga. Vi fann att många av de frågor vi utformat skulle vara intressanta att ställa, medan vi samtidigt frågade oss om de var till användning för att besvara vårt syfte. Vi bestämde oss även för att ta med somliga intervjufrågor som för en utomstående part kan verka irrelevanta för vår undersökning, men som krävs för att indirekt erhålla svar på frågor.

Utformandet av intervjufrågorna är olika beroende på vilka intervjupersoner som de är avsedda för. Vi har valt att dela in våra intervjupersoner i fyra olika kategorier, där de ansvariga handläggarna för den nya överenskommelsen, läkemedelsföretagen, läkarna och sjukhusjuristen har skilda intervjuguider. Detta grundar sig i att våra intervjupersoner besitter kunskap inom skilda kompetensområden. Vi vill således erhålla olika information beroende på vem man frågar. Efter varje intervju gjorde vi även en utvärdering av de frågor vi ställt, där vi i våra första intervjuer frågade intervjupersonerna om hur pass relevanta eller givande de ansåg att frågorna hade varit. På så vis kunde vi efterhand ställa frågor som på ett bättre vis fokuserade på vårt problemområde och ta bort de frågor som visat sig vara ovidkommande.

Enligt Kvale kan vår intervjuguide anses vara semistrukturerad. Under intervjuerna använde vi oss av en intervjuguide där våra frågor oftast var indelade i olika teman. Detta innebar att det fanns en viss kontroll över samtalet, samtidigt som vi var noggranna med att inte försöka styra respondenterna för mycket.<sup>31</sup> Vi anser även att våra intervjuer är semistrukturerade då vi har strävat efter att vara flexibla och ge respondenterna ett stort utrymme samt frihet under intervjun, trots att vi använde oss av våra färdiga och nedskrivna frågor.

### **2.7.3. INTERVJUSITUATIONEN**

Vi skulle själva vilja likna våra intervjuer vid samtal som ger utrymme för mycket flexibilitet. Samtalet är enligt Kvale en grundläggande form för mänskligt samspel. Intervjun är ett samtal som har en struktur och ett syfte och går utöver det spontana vardagliga utbytet av åsikter och blir ett sätt för intervjuaren att genom omsorgsfullt ställda frågor och lyhört lyssnande erhålla

---

<sup>29</sup> Kvale, Steinar. *Den kvalitativa forskningsintervjun* (1997) s 123

<sup>30</sup> Telefonintervju, Andreas Ericsson, läkemedelskonsulent AstraZeneca, Stockholm, 2004-11-16

<sup>31</sup> Kvale, Steinar. *Den kvalitativa forskningsintervjun* (1997) s. 117-118

grundligt prövade kunskaper. Syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är att förstå livsvärlden ur den intervjuades egna perspektiv.<sup>32</sup>

Vi valde att genomföra våra djupintervjuer via telefon då det tidsmässigt underlättade för såväl oss som för våra respondenter. Vi är väl medvetna om att en del information kan ha gått förlorad då ett personligt möte med respondenten gör att man även kan ta del av dennes kroppsspråk och mimik, vilket kan göra att det lättare går att tolka och analysera respondentens uttalanden. Att vi ändå valde att genomföra telefonintervjuer beror till stor del på att endast två av våra intervjupersoner arbetar i Lund. Fyra av våra respondenter är verksamma i Stockholm och en i Östergötland. Dessutom är det personer med hög position i respektive organisation vilket till och med gjorde det svårt att boka in en telefonintervju med dem. De två personer som är verksamma i Lund valde vi att telefonintervjua för att få största möjliga enhetlighet i intervjusituationen.

Intervjutillfällena var lokaliserade till samma miljö och vi var alla tre närvarande vid samtliga intervjuer som även spelades in. Detta innebar att intervjusituationens förutsättningar var desamma vid varje intervju. Genom att vi använde oss av en högtalartelefon kunde vi samtliga följa med i intervjun och ta anteckningar under tiden. För att vidare skapa en enhetlig struktur i våra intervjuer hade vi kommit överens om att en och samma person skulle inneha rollen som intervjuare vid samtliga intervjuer, detta med anledning av att vi ville att intervjuerna skulle få samma förutsättningar. Alla telefonintervjuer efterföljdes av en diskussion oss emellan där vi reflekterade över de svar vi erhållit. Vi försökte då även utkristallisera vissa påtagliga meningsskiljaktigheter samt gemensamma nämnare för att på ett tidigt stadium skapa oss en överblick av situationen som helhet, som skulle kunna underlätta den framtida analysen.

Vad gäller förberedelsen av våra respondenter erbjöd vi oss inte självmant att i förväg skicka våra frågeformulär. Dock önskade Pertti Rolöf, Pfizer och Anne-Charlotte Knutsson, AstraZeneca att få frågorna i förväg då de ville ha tid att förbereda sig. Detta var något vi helst velat undvika eftersom vi inte ville att de skulle kunna förbereda sig och således forma sina svar i förhand. Vi vill dock hävda att vi inte tror att det påverkade våra intervjuer nämnvärt, då vi upplevde att intervjuerna med respondenterna som fått frågorna i förväg skedde under mycket spontana förhållanden och gav uttömmande svar.

Varje intervju skedde under lugna förhållanden där både vi och våra respondenter kände oss bekväma i intervjusituationen, vilken pågick i genomsnitt i sextio minuter. Vi vill klart hävda att vi erhöll det djup i respondenternas svar som vi hade önskat då såväl frågorna som förhållandena var tillfredställande. Vi är väldigt belåtna med det djup som vi anser att intervjuerna gav oss eftersom intervjupersoner i vissa situationer kan tendera att känna sig hämmade vad gäller att uttrycka sin åsikt då den som i vårt fall ska dokumenteras. Vi trodde möjligtvis att detta skulle kunna vara fallet med företagsrepresentanterna som naturligtvis inte alltid vill dela med sig av företagsinformation. Vi har fått uppfattningen om att

---

<sup>32</sup> Kvale, Steinar, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, (1997) s. 13

läkemedelsföretag sällan vill dela med sig av information rörande exempelvis deras marknadsföringsåtgärder, då detta är och har varit ett väldigt minerat område. Vi tror dock att vi förmodligen kringgått en del av detta problem då vi medvetet har valt ett område som våra respondenter är mer villiga att tala om.

Efter att samtliga intervjuer var genomförda ansåg vi att vi behövde komplettera ett antal frågor ställda till företagsrepresentanterna på AstraZeneca och Pfizer. Inte med anledning av att vi inte erhöll djup i respondenternas tidigare svar, utan snarare med anledning av att vi inte fått den bredd i frågorna som vi önskat. Vi valde således att kontakta Pertti Rolöf och Anne-Charlotte Knutsson än en gång med en förfrågan om en kompletterande telefonintervju vilket de båda ställde upp på. Dessa intervjuer genomfördes under exakt samma förhållande som de övriga intervjuerna.

#### **2.7.4. INTERVJUUPPLÄGG**

Vi inledde samtliga intervjuer genom att göra en kortare presentation av oss själva och undersökningens syfte. Inledningsvis frågade vi dem även om de godkände att intervjuerna spelades in. Därefter ställde vi kortare frågor rörande deras bakgrund som exempelvis namn och yrkesbefattning, vilket egentligen inte rörde ämnesområdet, utan snarare hade till syfte att skapa en kontakt och ett förtroende mellan oss och respondenterna. Vi påpekade även att intervjun var semistrukturerad och att den således gav utrymme för respondenten att tala fritt. Intervjun fortsatte sedan med mer specifika frågor, vilka vi försökte följa upp med följdfrågor om vi ansåg att det behövdes. De spontana och icke nedskrivna följdfrågorna visade sig vid vissa tillfällen vara relativt svåra att formulera, då de lätt blev ledande, vilket bör undvikas då det kan komma att påverka intervjuens resultat. Detta är något vi hade i åtanke under intervjuens gång och som vi beaktade vid analyserandet av respondenternas svar.

#### **2.7.5. UTSKRIFTSARBETE**

För att kunna analysera intervjuerna noggrant valde vi att efter varje genomförd intervju skriva ut den så ordgrant som möjligt. Trots att detta tog mycket tid i anspråk var samtliga överens om att det gav det mest kvalitativa och rättvisa resultatet av intervjuerna. Vi gjorde utskriften så snabbt som möjligt efter intervjutillfället eftersom vi då hade intervjun i färskt minne och lättare kunde komma ihåg ord eller fraser som kan vara svåra att höra på inspelningen. Utskriftsarbetet delades därefter upp mellan samtliga gruppmedlemmar. Den person som hade skrivit ut intervjuprotokollet sammanställde inte det empiriska materialet för samma intervju. Detta gjorde vi för att få en så stor kunskapsspridning som möjligt i gruppen. Efter att utskriftsarbetet genomförts kunde vi se mönster och tankar vi tidigare inte uppmärksammat. Genom att göra en så noggrann utskrift av det empiriska materialet lade vi således en bra grund för vår kommande analys.

### **2.8. VALIDITET**

Validitet kan definieras som ett mätinstruments förmåga att mäta det som den eventuella källan avser att mäta. När man talar om validitet är det även viktigt att veta att man kan skilja

på två aspekter av validitet, nämligen inre validitet samt yttre validitet.<sup>33</sup> För att uppnå hög validitet krävs det att man använder en korrekt urvalsmodell. Därför har vi valt att begränsa vår undersökning till att enbart studera hur den nya överenskommelsen påverkar relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare.

Det är nästintill omöjligt att uppnå en hundra procentig inre validitet, vilket även är fallet i vår undersökning.<sup>34</sup> Eftersom det nästan är omöjligt att uppnå en hundra procentig inre validitet, är det betydelsefullt att vara medveten om och klargöra om mätinstrumentet mäter för lite, för mycket eller helt fel saker.<sup>35</sup> Det är svårt att isolera en händelse och som i vårt fall enbart mäta hur den nya överenskommelsen påverkar relation mellan parterna. I vår undersökning mäter troligtvis mätinstrumentet mer än vad som är avsikten att mäta, eftersom vi valde att utforma öppna, så kallade semistrukturerade, intervjufrågor där man försöker att få intervjupersonen att prata så fritt som möjligt. På grund av detta metodval kan intervjupersonerna ha en tendens att inte enbart svara på sådant som är av direkt intresse för vår undersökning, vilket är något som vi beaktat under uppsatsens gång.

Yttre validitet tittar å andra sidan på hur stark överensstämmelsen mellan exempelvis svaren från olika intervjuer och det förhållande som man hade för avsikt att bedöma är.<sup>36</sup> Vad gäller den yttre validiteten är problemet liknande det vi stod inför vad gällde den inre validiteten, nämligen att intervjupersonerna vid vissa tillfällen lämnar mer information än vad som är nödvändigt för att kunna besvara vårt syfte. Vi anser likväl att överensstämmelsen mellan intervjupersonernas svar och förhållandet som vi har för avsikt att bedöma är förhållandevis starkt, då vi trots att materialet var överflödigt ändock erhöll och kunde urskilja den information som krävdes för vår undersökning.

## 2.9. RELIABILITET

Reliabilitet innebär att mätinstrumentet ska ge tillförlitliga och stabila utslag.<sup>37</sup> Om en undersökning har god reliabilitet innebär det att mätningen i liten utsträckning påverkas av tillfälligheter, det finns således få slumpmässiga fel. En hög reliabilitet är en förutsättning för att uppnå en hög validitet, eftersom ett perfekt mätinstrument kan bli oanvändbart om det tillämpas slarvigt eller felaktigt. För att öka reliabiliteten i en undersökning kan man använda sig av olika standardiseringsförfaranden, vilka har till uppgift att säkerställa att mätningen genomförs på så lika sätt som möjligt. Det som är betydelsefullt för att uppnå en hög reliabilitet är således att man försöker undvika slumpens inverkan på undersökningen.<sup>38</sup>

För att studien i så liten utsträckning som möjligt ska påverkas av tillfälligheter har vi använt oss av olika standardiseringsförfaranden. Vi har till exempel alltid befunnit oss i samma miljö vid själva intervjuförloppet och det har även alltid varit samma person som lett intervjun.

---

<sup>33</sup> Eriksson, Lars Torsten & Wiedersheim-Paul, Finn, *Att utreda och rapportera* (1999) s. 38-39

<sup>34</sup> Eriksson, Lars Torsten & Wiedersheim-Paul, Finn *Att utreda och rapportera* (1999) s. 38-39

<sup>35</sup> Lundhal, Ulf & Skärvad, Per-Hugo, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 151

<sup>36</sup> Eriksson, Lars Torsten & Wiedersheim-Paul, Finn, *Att utreda och rapportera* (1999) s. 39

<sup>37</sup> Eriksson, Lars Torsten & Wiedersheim-Paul, Finn, *Att utreda forska och rapportera* (1999) s. 40

<sup>38</sup> Lundhal, Ulf & Skärvad, Per-Hugo, *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer* (1999) s. 152

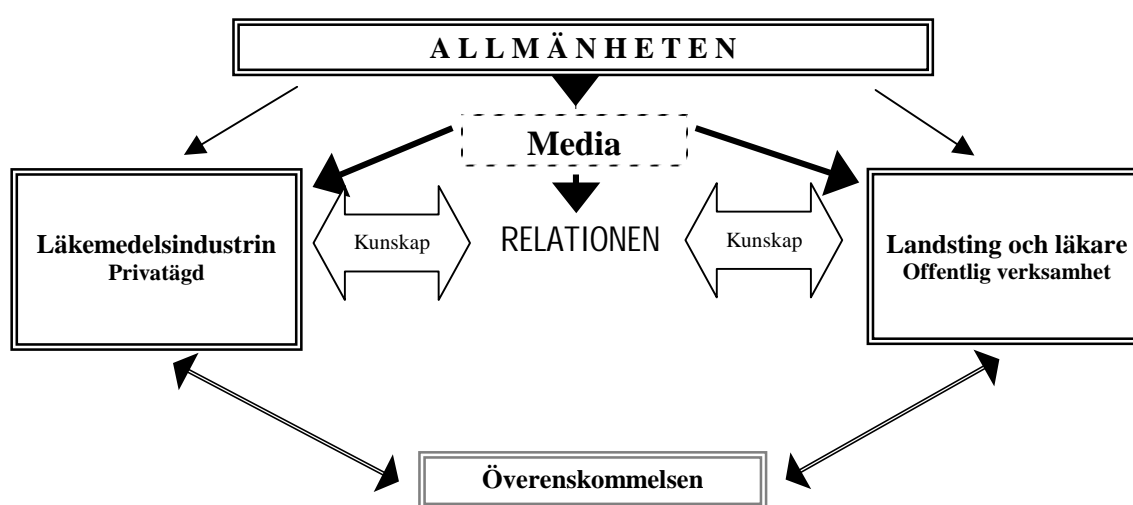
Innan intervjuerna genomfördes undersökte vi dessutom noga att ingen annan befann sig i lägenheten som kunde störa intervjun samt att alla mobiltelefoner var avstängda. Vid varje intervjutillfälle har vi även ansett det vara betydelsefullt att inte stressa fram svar ur respondenten, utan personen ska känna att det finns gott om tid att utveckla och omformulera sina svar. För att uppnå detta mål har vi alltid kontrollerat att alla medlemmar i gruppen har haft gott om tid att närvara vid intervjun och att det inte funnits någon annan företeelse inbokad nära inpå intervjutillfället. Dessa standardiseringsförfaranden genomfördes för att intervjupersonen i lugn och ro skulle kunna svara på frågorna utan att påverkas av tillfälliga omständigheter. Om undersökningen hade genomförts vid ett annat tillfälle och av en annan intervjuperson skulle slutresultatet troligtvis bli något annorlunda. Vi anser däremot att det slutgiltiga resultatet ändå skulle ge liknande indikationer på hur den nya överenskommelsen påverkar relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarna. Vi är således medvetna om att uppsatsens reliabilitet inte är hundra procentig.



### 3. BAKGRUND

I bakgrundskapitlet avser vi dels att åskådliggöra debatten som varit kring relationen och dels att göra en genomgång av det regelverk som styr relationen. I första delen av kapitlet gör vi en kortare beskrivning av relationen och refererar ett antal artiklar från dagspressen. Detta gör vi för att ge en god inblick i hur relationen ser ut, vad som föregått förändringen och hur utvecklingen fortlöpt. I del två gör vi en genomgång av det regelverk som styr relationen. Detta gör att ge läsaren en förståelse för formaliseringens omfattning.

#### 3.1. KORTFATTAD BESKRIVNING AV RELATIONEN



Figur 1. Modellen har till syfte att beskriva relationen och visar på hur de olika aktörerna påverkar relationen och hur läkemedelsindustrin och läkare påverkas av överenskommelsen.

Relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren är oerhört viktig. Att läkare får bra information om läkemedel är avgörande för sjukvården. Det finns därför en skyldighet för det läkemedelsföretag som tillverkar ett läkemedel att även informera om detta. Meningen är att information om läkemedel ska ses som en integrerad del av produkten.<sup>39</sup> Relationen mellan parterna går således ut på att förmedla kunskap. Men det är inte bara läkemedelsindustrin som ger information till läkarkåren utan det finns även en kunskapsförmedling i motsatt riktning. För att läkemedelsindustrin ska kunna förbättra sig och framställa bättre preparat behöver de uppföljning av hur deras mediciner fungerar i praktiken och denna information får de från läkarna. Ytterligare en aspekt av relationen är samarbetet vid forskning där många läkare arbetar i nära samarbete med läkemedelsföretag.

<sup>39</sup> Blomgren, Ralf, Brink, Torsten, Johnsson, Lars-Åke och Tyndal, Anders, *Svensk Läkemedelsrätt*, 1992, s.196

Vad gäller den praktiska överföringen av information till läkarna om preparat sker denna såväl genom allmänna som privata organs försorg och läkemedelsinformation lämnas genom många informationskanaler. Informationen har skiftande karaktär och kan avse läkemedel i allmänhet (till exempel terapival med mera) och därmed utgöra så kallad *problemorienterad information*, eller beröra specifika läkemedel, det vill säga *produktorienterad information*. Produktorienterad information emanerar ofta, även om den lämnas av till exempel Läkemedelsverket, till viss del från tillverkaren eller andra som marknadsför det specifika läkemedlet.<sup>40</sup>

Det grundläggande informationsbehovet för hälso- och sjukvårdspersonal tillgodoses under deras utbildning. Men då läkemedelsområdet är så dynamiskt finns det ständigt behov av ny information. Skriftlig information ges i olika former, bland annat genom vetenskaplig litteratur och fackpress samt genom läkemedelsverket, Socialstyrelsen och läkemedelskommittéer. För muntlig information är de viktigaste informationsmedlen läkemedelskonsulenter<sup>41</sup>, symposier och konferenser samt utställningar.<sup>42</sup>

Det är positivt och även väldigt viktigt för samhället att det finns en god relation mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren men det är även viktigt att detta samarbete är genomlysigt för samhället. Parterna måste dock rätta sig efter samma regler som gäller för andra branscher och samarbeten vilket de inte gjort i tillräcklig utsträckning. Detta framgår av de tidningsartiklar som refereras nedan.

### 3.2. ARTIKLAR

Förändringen av regelverket för umgänget mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren föregicks av ett antal kritiska artiklar i framförallt Svenska Dagbladet. För att tydliggöra hur debatten gick och ytterligare beskriva det sätt på vilket relationen fungerat kommer vi nedan att referera ett antal tidningsartiklar.

#### **Bjudresorna är ofta avtalsbrott<sup>43</sup>**

Johan Wessman, Sydsvenskan, 16/6 2001

Information om kongress eller konferens går inte till Läkemedelsrådet utan inbjudan går direkt till klinikerna. Detta är ett brott mot gällande avtal [det avtal som undertecknades 1997] som finns mellan Läkemedelsindustriföreningen och Landstingsförbundet och som säger att läkemedelsföretagen i god tid skall kontakta sjukvårdshuvudmannen för att komma överens om formerna för informationen.

Läkemedelsföretagen erbjuder dessutom i många fall förmåner som är förbjudna enligt avtal säger regionjurist Ulf Jakobsson. Vanligt förekommande är även medvetet vaga beskrivningar

---

<sup>40</sup> Blomgren, Ralf, Brink, Torsten, Johnsson, Lars-Åke och Tyndal, Anders, *Svensk Läkemedelsrätt* (1992) s.195.

<sup>41</sup> produktspecialister för enskild information eller gruppinformation

<sup>42</sup> Hentzel, Georg, *Läkemedelsinformation och marknadsföring* (1988) s. 37.

<sup>43</sup> <http://w1.sydsvenskan.se/Article.jsp?article=8782291>

av konferensen till Läkemedelsrådet eller att företagen under konferensen trycker in produktreklam.

Bodil Ericsson, som är administrativ chef för Läkemedelsrådet, gick redan för två år sen ut med ett brev till läkemedelsföretagen och påpekade att avtalet inte följts beträffande informationsreglerna. Trots en fortsatt muntlig kontakt rättar en del företag sig fortfarande inte efter reglerna och hon behöver ständigt påminna dem. Det ordnas även många seriösa utbildningar och konferenser men problemen med oseriösa inbjudningar anses så stort att Region Skåne valt att ta in bjudresorna som en del i det förslag om en policy för gåvor och förmåner som lämnats till remiss.

Läkarförbundet anser dock att Region Skåne överreagerar. Läkares fortbildning ska inte bromsas av andra skäl än de vi anger i avtalet, säger förbundsjurist Jan Schöldström på Läkarförbundet. Thomas Ziling är ordförande i överläkarföreningen i Lund ser inte detta som ett större problem idag och tar avstånd från oseriösa bjudresor.

Avtalet slår fast att informationsmöten ska ske så nära läkarnas arbetsplats som möjligt men ändå innebär inbjudningarna ofta långa resor. Wessman menar att de värsta brotten mot avtalet kommer aldrig fram eftersom Läkemedelsrådet i Region Skåne då oftast inte informeras.

### **Miljarder satsas för att påverka svenska läkare<sup>44</sup>**

Inger Atterstam, Svenska Dagbladet, 18/11 2003

*"Läkemedelsbranschens dolda nätverk."* Varje år lägger de internationella läkemedelsföretagen ned miljarder på att påverka läkare och säkra lanseringen av nya och dyra mediciner. Inger Atterstam gör redan i ingressen till artikeln konstaterandet att läkemedelsföretagen numera satsar mer pengar på marknadsföring och administration än på forskning. Summan för marknadsföringsåtgärder ligger lågt räknat på mellan 60 000 och 70 000 kronor per år och läkare. Enligt artikeln är summan sannolikt dubbelt så hög eller till och med högre.

Läkemedelsindustrin har alltid varit tätt sammanlänkad med läkarna. Relationen har dock mörklagts och dolts i en gråzon och medvetet förringats. Orsaken är enligt Atterstam att alla inblandade parter tjänar på systemet och att skattebetalarna är den största sponsorn i penningkarusellen. Läkemedelsindustrin bekostar i realiteten det mesta i den medicinska världen; från tidskrifter, konferenser och kongresser till professurer och forskning. Det är svårt att få fram hårda fakta skriver Atterstam men läkemedelsindustrin aktiviteter kostar miljarder och de satsar numera även på andra grupper såsom apotekare, sjuksköterskor, patienter och patientorganisationer.

---

<sup>44</sup> [http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did\\_6536413.asp](http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did_6536413.asp)

Hur mycket företagen satsar på marknadsföringsaktiviteter är en av de mest välbevarade hemligheterna. Poster döljs under andra benämningar i bokföringen, även under forskning enligt vissa källor. Officiellt handlar det om en totalsumma för marknadsföringsaktiviteterna på två miljarder kronor per år i Sverige. Andra källor talar om det dubbla eller mer. I denna penningrullning är vissa läkare av större intresse än andra. Allmänläkarna är högtintressanta då de står för över hälften av alla receptförskrivningar. En annan synnerligen viktig kategori är läkare som utgör så kallade opinionsbildare. Denna grupp består av ansedda, forskande läkare eller professorer och står högst upp i läkarhierarkin. De håller föreläsningar och ska utgöra ”oberoende” marknadsförare av företagets preparat.

Det finns flera olika metoder för övertalning. Enligt den brittiska läkartidningen BMJ är ”mat, smicker och vänskap” vanliga knep. Marknadsföringen går ut på att skapa vänskapliga relationer med enskilda läkare och det arbetet utförs av de cirka 700 läkemedelskonsulenterna som finns i Sverige. Strategin för en relation med gott förtroende är att ge presenter, middagar resor med mera. Det finns en tradition av ekonomisk givmildhet och en bjudandekultur som företagen introducerar läkarna i redan under studietiden.

#### **Ny granskning väcker oro**<sup>45</sup>

Svenska Dagbladet 18/11 2003 (ingen artikelförfattare utsatt)

*”Överåklagare Christer van der Kwasts utspel tidigare i höst att granska kontakterna mellan läkare-forskare och läkemedelsindustrin har väckt starka känslor och oro inte minst inom läkemedelsföretagen.”*

Hittills har frågan om det mångåriga nätverket mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren aldrig prövats juridiskt. Många välkomnar nu en sådan process. Christer van der Kwast talar om relationen som en utforskad juridisk gråzon och Torsten Lindhe vid Institutet mot mutor säger att kontakterna ”nog är mer omfattande än någon utanförstående anar”. I artikeln står det vidare om Madeleine Leijonhufvud, professor i straffrätt, som betecknar de täta kontakterna mellan läkare och läkemedelsindustrin som synnerligen ovanliga och speciella.

#### **Skattebetalarna står för kalaset**<sup>46</sup>

Inger Atterstam, Svenska Dagbladet, 19/11 2003

*”Läkemedelsindustrins marknadsföring för miljarder pågår därför att någon annan betalar, nämligen skattebetalarna. Förra året gick 19 miljarder av de svenska skatterna direkt till läkemedelsbolagens kassor.”*

Medicinköp för upp till 1800 kronor om året bekostas av den enskilde men däröver går högkostnadsskyddet in. Då betalar skattemedel resten. Effekten är att 80 procent av läkemedelsindustrins legendariska inkomster på receptbelagda läkemedel kommer från staten, det vill säga skattebetalarna. Högkostnadsskydd finns i väldigt många länder, antingen genom

<sup>45</sup> [http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did\\_6536389.asp](http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did_6536389.asp)

<sup>46</sup> [http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did\\_6541260.asp](http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did_6541260.asp)

skattemedel eller via försäkringsföretag, och de utgör förklaringen till att läkemedelsbranschen utvecklats till världens i särklass mest vinstgivande bransch.

*"Flera för andra ekonomiska normala regler gäller inte heller för läkemedel"* säger ekonomen Bengt Blomberg vid Stockholms läns landsting och ger ett antal exempel.

- Patentskydd i 20 år som ger innehavaren en monopolställning.
- Fri prissättning för läkemedel i många länder. Innebär att företagen sätter priset efter landets betalningsförmåga.
- Förekomsten av så kallade me-too-preparat, vilket är läkemedel som är snarlika patentskyddade läkemedel men så pass annorlunda att de kan ge ett eget patent. Detta leder till ett oligopol med risk för prissamverkan.
- När patenttiden gått ut brukar ett antal kopior, så kallade generika, dyka upp. Dessa produceras dock oftast av dotterbolag till de stora läkemedelsföretagen vilket i princip innebär att företagen konkurrerar med sig själva.

### **Sponsrade resor stoppas<sup>47</sup>**

Inger Atterstam, Svenska Dagbladet, 19/11 2003

*"Oron för en kritikstorm får nu läkemedelsbranschen att rensa upp i sina egna marknadsföringsåtgärder. Nu stoppas sponsrade företagsresor och LIF (läkemedelsindustriföreningen) kräver skärpning av regelsystemet."*

Det är något oväntat läkemedelsföretagen själva som tar initiativet till att skärpa reglerna och undvika en pinsam etikdebatt som skulle hota hela branschens rykte. LIF bestämde vid ett styrelsemöte igår [läs 18/11 2003] att godkänna ett program för att förändra relationen till läkarkåren och skärpa till avtalet mellan LIF och Landstingsförbundet. Detta för att reglera delar av rutinerna vid kontakten mellan företag och vårdinrättning. Främst handlar det om läkemedelskonsulenternas verksamhet med gratisluncher. Men även resor ska regleras. Att ta en grupp läkare till Paris enbart för att lyssna på några företagsexperter ska inte längre vara tillåtet. "Det är etiskt oacceptabelt" säger Richard Bergström, VD för LIF.

Enligt det befintliga avtalet är det tillåtet för läkemedelsföretag att bjuda läkare på resor där allting ingår. Dessutom får läkaren betald ledighet av arbetsgivaren så länge verksamhetschefen accepterar resan, vilket nästan alltid är fallet. I realiteten är det dock oftast läkaren själv som tar beslutet och cheferna blir oftast inte inblandade.

### **Nu krackelerar hela systemet<sup>48</sup>**

Inger Atterstam, Svenska Dagbladet, 17/5 2004

---

<sup>47</sup> [http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did\\_6541133.asp](http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did_6541133.asp)

<sup>48</sup> [http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did\\_7475592.asp](http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did_7475592.asp)

*”En förändringens vind drar genom svensk sjukvård. På bara några månader har ett väl etablerat och till synes cementerat system börjat krackelera.”* Inger Atterstam skriver att det som tidigare varit en total otänkbarhet nu håller på att hända. Förut har ett par eldsjälars försökt starta debatt kring relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren men nästan ingen har velat lyssna.

Läkarstudenter invigs tidigt med ”mat, smicker och presenter” från läkemedelsföretag. Den tidiga tillvänjningen leder till att läkarkåren inte endast accepterar det rådande systemet utan tar det för en självklarhet eller till och med en rättighet att läkemedelsföretagen betalar utbildningar, resor, middagar med mera. Men till följd av den artikelserie SvD publicerade i november 2003 granskas relationen nu ingående och allvarliga varningar framfördes av mutexperter. Artiklarna ledde till snabba förändringar och på många håll stoppades kontakten mellan parterna. Landstingsförbundet och Läkemedelsindustriföreningen har nu tagit fram ett nytt och strängare avtal med mål att samtliga landsting ska besluta om ett liknande regelverk. Enigheten från såväl läkemedelsföretagen som läkarkåren har varit stor om att relationen inte varit bra och att svåra övertramp har skett.

Atterstam skriver vidare att de nya regler som nu tagits fram delvis är avslöjande läsning och hänvisar till skrivelser som att presenter till läkare inte får överstiga 100 kronor och att sociala aktiviteter som golf eller jakt inte får erbjudas.

Effekten av förändringsprocessen är ännu oklar och sannolikt går det att hitta kryphål även i de nya reglerna. Presenter, resor, fantasiarvoden och goda middagar blir dock troligtvis färre och i gengäld borde etiken öka och läkemedelspriserna minska.

### **3.3. REGELKÄLLOR FÖR MARKNADSFÖRING AV LÄKEMEDEL**

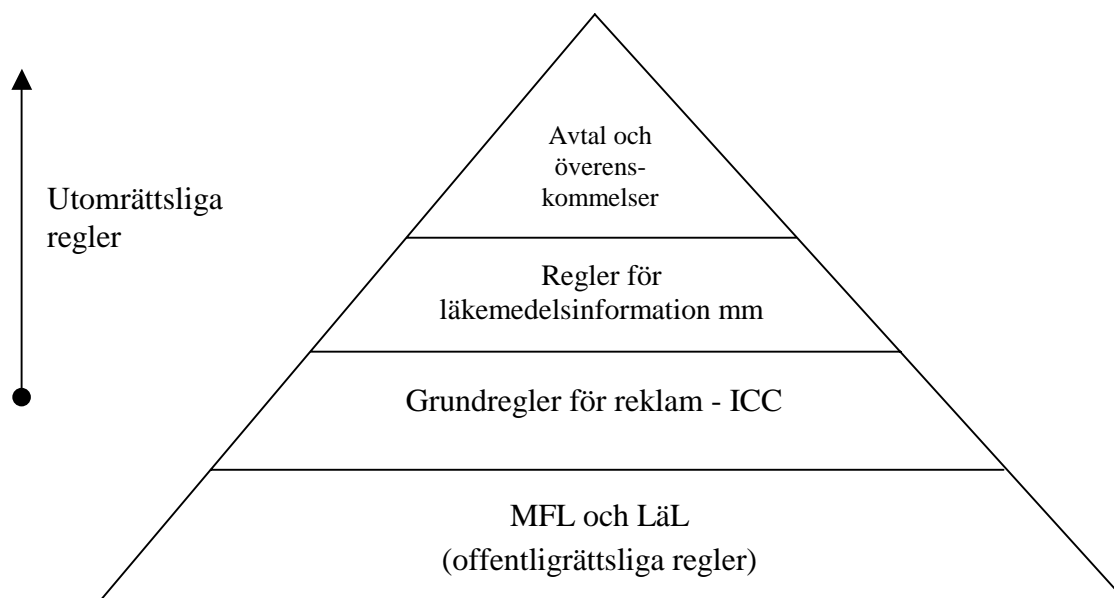
Läkemedelsinformation har under en längre tid tilldragit sig ett speciellt intresse och varit föremål för genomgripande reglering samt en ingående övervakning. De olika regler som finns har en sak gemensamt och det är att de utgår från uppfattningen att information om läkemedel ska ses som en integrerad del av produkten. Därmed föreligger det också en skyldighet för tillverkare och marknadsförare av produkten att lämna sådan information.<sup>49</sup> Ytterligare ett drag som är gemensamt för reglerna är att deras tillämpning utgår från informationsmottagarnas behov av en för dem vederhäftig och lämplig information.<sup>50</sup>

Det finns flera olika regelkällor som reglerar marknadsföring av läkemedel och en rad av myndigheter och andra organ kan med stöd av dessa regler ingripa mot felaktigheter. Regelkällorna är antingen av offentlighetsrättslig eller av utomrättslig karaktär. Offentlighetsrättsliga regler är fastställda av det allmänna och tillämpas av offentliga organ medan de utomrättsliga reglerna är de som mer i detalj styr relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare.<sup>51</sup>

<sup>49</sup> Blomgren, Ralf, Brink, Torsten, Johnsson, Lars-Åke och Tyndal, Anders, *Svensk Läkemedelsrätt*, 1992, s.196

<sup>50</sup> Blomgren, Ralf, Brink, Torsten, Johnsson, Lars-Åke och Tyndal, Anders, *Svensk Läkemedelsrätt*, 1992, s.196

<sup>51</sup> Blomgren, Ralf, Brink, Torsten, Johnsson, Lars-Åke och Tyndal, Anders, *Svensk Läkemedelsrätt*, 1992, s.197



Figur 2. Förenklad översiktlig beskrivning över reglerna för marknadsföring av läkemedel. Bilden försöker illustrera det vis på vilket de olika lagarna och reglerna är tillämpningsbara för området med de trubbigaste verktygen längst ner i "pyramiden".

### 3.4. OFFENTLIGRÄTTSLIGA REGLER

De offentligrättsliga reglerna utgör det yttre ramverk inom vilket de utomrättsliga reglerna skapas och verkar. De i vårt fall aktuella offentligrättsliga reglerna är marknadsföringslagen (MFL) och Läkemedelslagen (Läl). Kännetecknande för de marknadsrättsliga lagarna är att de i stor utsträckning innehåller så kallade generalklausuler. Ett utmärkande drag hos dessa är att de är väldigt allmänt formulerade och innehåller vaga värderande ord. Den i läkemedelssammanhang viktigaste paragrafen i marknadsföringslagen, paragraf 4, säger att "Marknadsföringen skall stämma överens med god marknadsföringssed och även i övrigt vara tillbörlig mot konsumenterna och näringsidkare". God affärssed hänser i detta sammanhang till de regler som presenteras i de utomrättsliga reglerna som finns på området och som kommer att beskrivas senare. Dessa är ofta betydligt konkreta än lagtexten och kompletterar de rättsliga reglerna.<sup>52</sup> På grund av sin allmänna karaktär är således varken MFL eller Läl tillämpbara beträffande relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare i någon större utsträckning.

### 3.5. UTOMRÄTTSLIGA REGLER

Utomrättsliga regler, eller egenåtgärder som den här typen av regler kallas med ett samlingsnamn, utvecklas kontinuerligt i näringslivet och utgör riktlinjer för vad som är god affärssed inom olika områden. Utomrättsliga regler tillämpas och övervakas av näringslivet självt. Oftast sker detta via branschvisa etiska nämnder eller liknande.<sup>53</sup>

<sup>52</sup> Blomgren, Ralf, Brink, Torsten, Johnsson, Lars-Åke och Tyndal, Anders, *Svensk Läkemedelsrätt* (1992) s. 198

<sup>53</sup> Blomgren, Ralf, Brink, Torsten, Johnsson, Lars-Åke och Tyndal, Anders, *Svensk Läkemedelsrätt* (1992) s. 197

*Grundregler för reklam* är skapade av Internationella Handelskammaren, den benämning som ofta används är ICC – International Chamber of Commerce, och kompletterar gällande nationell och internationell rätt. I första hand är reglerna skapade för att användas i näringslivets egenåtgärder men kan också utgöra en rättskälla för domstolar inom ramen för tillämplig lagstiftning.<sup>54</sup> De omfattar hela näringslivet och utgör det yttre ramverket för näringslivets egenåtgärder, vilket ger dem en mer allmängiltig karaktär som gör att de sällan blir direkt aktuella på läkemedelsområdet.<sup>55</sup>

På nästa nivå i pyramiden finns *Regler för läkemedelsinformation mm*. Om reglernas bakgrund och syfte står följande:

*”För att rätt fullgöra sin uppgift att utveckla, tillverka och marknadsföra läkemedel är läkemedelsföretagen enligt lag och vedertagna rättsgrundsatser skyldiga att vid marknadsföring lämna information om läkemedlens egenskaper, verkningar och lämpliga användning. Det är en viktig uppgift för läkemedelsindustrin att genom sådan information göra läkemedlen kända och göra det möjligt att läkemedlen brukas på ett riktigt sätt. Informationen måste vara förenlig med god affärssed och bedrivs så att den vinner förtroende och gott anseende.”*

Reglerna styr dels information till läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal och dels information till allmänheten. De är tillämpningsbara på alla informationsmedel som används av läkemedelsföretag vid denna typ av marknadsföring och innehåller punkterna: *saklighet, vederhäftighet, identifierbarhet, aktualitet, dokumentation och dess åberopande, jämförande information samt misskreditering*.

Ärenden om läkemedelsföretagens information och övriga marknadsföringsåtgärder beträffande deras överensstämmande med reglerna eller god affärssed prövas av IGM (Läkemedelsindustrins informationsgranskningsman) och NBL (Nämnden för Bedömning av Läkemedel). NBL har även till uppgift att ansvara för den fortsatta normbildningen på området.<sup>56</sup>

### **3.6. AVTAL OCH ÖVERENSKOMMELSER MELLAN VÅRDEN OCH INDUSTRIEN**

I juni 2004 skrev Läkemedelsindustriföreningen och Landstingsförbundet på den nya överenskommelsen mellan parterna: *”Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården”*. Parterna har haft liknande överenskommelser ända sen 1969 och innan årets överenskommelse gjordes senaste uppdateringen 1997. För att redan från början klargöra språkbruket beträffande dessa *överenskommelser* och *avtal* vill vi informera om att dessa ord har använts varierande mellan de olika avtal eller överenskommelser som gjorts. Till exempel benämns den nya överenskommelsen just med ordet *överenskommelse* medan den som upprättades 1997

<sup>54</sup> <http://www.icc.se/policy/marknad/koder/grundregler.PDF>

<sup>55</sup> Blomgren, Ralf, Brink, Torsten, Johnsson, Lars-Åke och Tyndal, Anders, *Svensk Läkemedelsrätt* (1992) s. 197-198

<sup>56</sup> Regler för läkemedelsinformation mm <http://www.lif.se/pdf/NBL-regler%2004.pdf>



benämns med ordet *avtal*. De flesta av våra intervjupersoner blandade friskt mellan dessa ord för *den nya överenskommelsen* och fortsättningsvis kommer även vi att i viss mån blanda dessa två benämningar med förhoppning om att detta inte ska orsaka någon förvirring.

Överenskommelsen finns till för att, som dokumentets titel säger, styra samverkansformerna mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården. Vi kommer nu i så korta ordalag som möjligt att återge de viktigaste delarna i överenskommelsen. Eftersom dokumentet dock är så pass viktigt för uppsatsen och förståelsen för vår vidare diskussion anser vi att det är av vikt att relativt noggrant redogöra för innehållet då det är detta dokument som i detalj skall reglera samarbetsformerna mellan parterna.

### Allmänna förutsättningar

Syftet med den nya överenskommelsen är ”...att tillhandahålla regler som skall främja att samarbetet bedrivs med gott omdöme, bibehållen trovärdighet och i enlighet med gällande lagar och kollektivavtal samt etiska regler”.<sup>57</sup>

En viktig del i överenskommelsen är att sjukvårdshuvudmannen ska tilldelas ett större ansvar. Sjukvårdshuvudmannen utgörs i praktiken oftast av verksamhetschefen, som i många fall är en läkare, och vars ansvarsområden det ges exempel på nedan.

”Sjukvårdshuvudmannen har ansvar för medarbetarens fortbildning och skall i samråd med medarbetaren komma överens om vilken kompetensutveckling som behövs för fullgörande av dennes arbetsuppgifter och utveckling i arbetet”. Vidare beslutar sjukvårdshuvudmannen ”...alltid om vilka medarbetare som skall få delta i samverkan/sammankomster som regleras i denna överenskommelse”. Det är även sjukvårdshuvudmannens ansvar att avväga om samverkan kan anses som förtroendskadlig, otillbörligt konkurrerande eller till hinder för verksamheten.<sup>58</sup>

Överenskommelsen innehåller fem olika delar: *konsultation, produktinformation, terapiinriktad utbildning och vetenskaplig sammankomst, förtäring, kostnader och ersättning samt sponsring*.<sup>59</sup>

### 1. Konsultation

Många gånger utgör medarbetare inom hälso- och sjukvården ett viktigt inslag för läkemedelsindustrin vid olika former av samarbete kring forskning, utbildning och liknande. När denna typ av samarbete föreligger skall följande beaktas:<sup>60</sup>

---

<sup>57</sup> Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården, juni 2004, s. 2

<sup>58</sup> Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården, juni 2004 samt Avtal om information och utbildning, augusti 1997

<sup>59</sup> Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården, juni 2004, s. 2

<sup>60</sup> Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården, juni 2004, s. 2-3

- Att medarbetaren på begäran är skyldig att informera sjukvårdshuvudmannen om uppdraget.
- Skriftlig överenskommelse som utgör allmän handling skall finnas mellan medarbetaren, sjukvårdshuvudmannen och läkemedelsföretaget.
- Sammankomst kan äga rum utomlands om en majoritet av deltagarna är från ett annat land.

## 2. Produktinformation

Produktinformation benämns även som varumärkesinformation och med detta avses sammankomst med avsikt att informera om ett läkemedels handhavande och egenskaper. Vid produktinformation gäller följande:<sup>61</sup>

- Uppsökande verksamhet från läkemedelsföretag måste ske i överenskommelse med sjukvårdshuvudmannen. Inga andra besök eller kontakter skall förekomma.
- Produktinformation ska huvudsakligen ske i grupp. Information till enskilda läkare får äga rum endast efter godkännande av sjukvårdshuvudmannen.
- Sammankomst skall genomföras på deltagarens arbetsplats och under arbetstid såvida inte speciella pedagogiska, praktiska, ekonomiska eller liknande skäl föreligger.
- Kontakt angående sammankomst skall i god tid tas med sjukvårdshuvudmannen som beslutar om formerna för sammankomsten.
- Vid inbjudan ska tid och plats samt omfattning och innehåll i programmet framgå för att sjukvårdshuvudmannen ska kunna ta ställning till sammankomstens relevans för medarbetarens kompetenshöjning.

## 3. Terapiinriktad utbildning och vetenskaplig sammankomst

Terapiinriktad utbildning är sådan som har i syfte att förmedla utbildning inom ett visst behandlingsområde vilket innebär att den ska vara problemorienterad och inte produktorienterad. För denna typ av verksamhet skall följande beaktas:<sup>62</sup>

- Såvida inte sjukvårdshuvudmannen gett sitt godkännande får varumärkesinformation inte förekomma.
- Planerad utbildning/sammankomst skall i god tid, normalt två månader, informeras sjukvårdshuvudmannen så att bland annat läkemedelskommittéer ska ges möjlighet att

---

<sup>61</sup> Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården, juni 2004, s. 3

<sup>62</sup> Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården, juni 2004, s. 3-4

kunna samordna med egna arrangemang. Inbjudan skall skickas till såväl sjukvårdshuvudman som läkemedelskommitté.

- Erbjudande om deltagande i internationell vetenskaplig sammankomst eller kongress från läkemedelsföretag skall enbart ges till sjukvårdshuvudmannen för att denne skall kunna avgöra om det finns lämpliga medarbetare för deltagande.
- Terapiinriktad utbildning riktad mot läkare såväl i Sverige som utomlands skall vara granskad av IPULS<sup>63</sup> och detta skall även framgå av inbjudan.
- För att sjukvårdshuvudmannen ska ha möjlighet att ta ställning till en sammankomsts relevans för en medarbetares kompetenshöjning skall av inbjudan framgå tid och plats för arrangemanget samt eventuella sidoarrangemang.

#### **4. Förtäring, kostnader och ersättning<sup>64</sup>**

- Stor måttfullhet skall prägla måltider vid sammankomster såväl inom som utom riket. Sprit får inte erbjudas och vin och öl endast i begränsad omfattning.
- Om möjligt skall resor ske i ekonomiklass och vid val av hotell skall måttfullhet tillämpas.
- Det är tillåtet för läkemedelsföretag att stå för såväl sammanträdeslokal, föredragshållare, studiematerial och liknande som är nödvändigt för sammankomstens genomförande.
- Förutsatt att sammankomst, resor samt kost och logi präglas av måttfullhet och kan granskas öppet får läkemedelsföretag delvis bekosta dessa utgifter. Dock max 50 procent av kostnaden för resa, kost och logi men hela konferensavgiften.
- I samband med sammankomster eller det övriga umgänget får sociala aktiviteter eller fritidsaktiviteter inte erbjudas medarbetare inom hälso- och sjukvården av läkemedelsföretag.
- Erbjudande om arvode vid deltagande i sammankomst får ej erbjudas av läkemedelsföretag och deltagare äger inte rätt att mottaga eller begära arvode för deltagande.
- Likaledes får läkemedelsföretag inte erbjuda, och medarbetare inom hälso- och sjukvården inte mottaga, förmåner, ersättning, gåvor eller i övrigt kräva åtgärder i strid med denna överenskommelse.

---

<sup>63</sup> IPULS – Institutet för Professionell Utveckling av Läkare i Sverige

<sup>64</sup> Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården, juni 2004, s. 5

## 5. Sponsring

Sponsring<sup>65</sup> av aktivitet/sammankomst som riktas mot medarbetare i hälso- och sjukvården från läkemedelsföretag får inte förekomma, vilket bland annat innebär att sponsring, helt eller delvis, av personalfester inte är tillåtet.

Sponsring av tredje part, exempelvis specialistföreningar, får endast förekomma om sammankomsten/aktiviteten uppfyller följande förutsättningar:<sup>66</sup>

- Sammankomsten måste vara yrkesförkovrande.
- Sponsring av läkemedelsföretag till belopp som överstiger kostnaderna för aktiviteten/sammankomsten får inte erbjudas.
- I inbjudan till ett sponsrat arrangemang skall sponsorerna presenteras.

---

<sup>65</sup> som i detta fall avser ekonomiskt eller annat stöd från läkemedelsföretag

<sup>66</sup> Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården, juni 2004, s. 5-6

## 4. TEORETISKT RAMVERK

---

*Vi kommer i följande kapitel att redogöra för relevant teori för uppsatsens ändamål. Inledningsvis kommer vi att redovisa teori med inslag av relationsmarkandsföring för att sedan övergå till relational contract, förståelse och tolkning, byråkrati, förtroende samt etik och moral.*

---

### 4.1. EN RELATIONS UPPKOMST

Istället för traditionell marknadsföring, där man försöker komma på vad man kan göra *till* kunden, fokuserar RM på vad man kan göra *för* kunden och dessutom vad man kan göra *med* kunden, för att få den tillfredställd. Målet med RM är följaktligen att man ska behandla alla sina kunder som värdefulla partners och skapa lojalitet.<sup>67</sup>

En relation uppkommer sällan över en natt utan skapas och utvecklas ofta under en längre period.<sup>68</sup> För att en relation överhuvudtaget ska uppstå krävs det enligt Stein Ertzgaard att fyra olika kriterier är uppfyllda:<sup>69</sup>

- att det är minst två parter inblandade
- att parterna har en förväntan på innehåll, pris och prestanda
- att det finns en förväntad nytta med relationen samt
- att det finns ett tillräckligt starkt förtroende parterna emellan.

Vid en relations utveckling är varje interaktion som sker mellan parterna betydelsefull. Interaktionen kan exempelvis bestå av utbyten av produkter eller tjänster men kan också utgöras av en social interaktion parterna emellan. Varje sådan episod påverkas av vad som har skett tidigare i relationen och har en inverkan på vad som kommer att ske i framtiden. Det är av stor vikt för parterna att ha detta i åtanke eftersom ett misstag från någon av dem kan få till följd att relationen påverkas negativt.<sup>70</sup>

### 4.2. FÖR- OCH NACKDELAR MED RELATIONER

Det existerar både bra och dåliga relationer och för det mesta är varje relation bestående av såväl positiva som negativ aspekter. Det finns ett flertal fördelar som kan uppnås genom att företag ingår en relation med sin köpare eller säljare. Parterna kan exempelvis minska sina FoU-kostnader genom utbyte av värdefull information vad gäller olika produkter och dess egenskaper. Andra fördelar som kan erhållas kan vara produktinnovationer och kvalitetsförbättringar, vilka kan uppnås genom att ta del av den kunskap som den ena parten

---

<sup>67</sup> Egan, John, *Relationship Marketing* (2004) s. 129

<sup>68</sup> Egan, John, *Relationship Marketing* (2004) s. 138

<sup>69</sup> Ertzgaard, Stein, *Affärsrelationer – om att skapa förtroende och värde i affärslivet* (2004) s. 27

<sup>70</sup> Ford, David, et al, *Managing Business Relationships* (1998) s. 6

besitter inom exempelvis produktutveckling eller teknik.<sup>71</sup> Det finns följaktligen olika slags relationer; vissa skapas för ett direkt vinstgivande syfte medan andra har till avsikt att skapa förtroende och goodwill.<sup>72</sup> Faktorer som kan utgöra kännetecknen för en bra relation kan bland annat vara:<sup>73</sup>

- kunskapsutbyte
- hög kontaktfrekvens
- gemensamma mål
- öppenhet
- förståelse
- respekt
- ärlighet
- affärsetik
- nära kontakt.

Det framhålls ofta att en relation förbättras av starka personliga band och att detta utgör grunden för en bra relation. Detta behöver dock inte alltid vara sant eftersom alltför starka personliga band kan förblinda, ta bort objektiviteten och lyfta undan fokus från affären. Att upprätthålla en personlig kontakt kan vara betydligt mer angeläget för en leverantör än för en kund. Det finns emellertid ingen allmän eller standardiserad gräns för hur personlig en kontakt bör vara, utan detta måste bedömas utifrån förutsättningarna i varje enskild relation.<sup>74</sup> Vilka effekter som uppkommer ur relationen, beror på hur parterna har valt att sköta relationen samt hur högt de värdesätter den. Relationen påverkas även av andra aspekter som exempelvis hur betydelsefulla parterna är för varandra, vilka förväntningar de har på relationen och tidigare erfarenheter från antingen den aktuella relationen eller tidigare relationer. Detta kan innebära att en viss sorts relation passar den ena parten men inte den andra.<sup>75</sup>

### 4.3. NÄRA OCH LÖSA RELATIONER

Det finns som tidigare nämnts olika slags relationer. Ett sätt att skilja på relationer är att dela upp dem i nära och lösa relationer.<sup>76</sup> Anledningar till skapandet av en nära relation kan vara

---

<sup>71</sup> Ford, David, et al, *Managing Business Relationships* (1998) s. 115

<sup>72</sup> Ford, David, et al, *Managing Business Relationships* (1998) s. 88

<sup>73</sup> Ertzgaard, Stein, *Affärsrelationer – om att skapa förtroende och värde i affärslivet* (2004) s. 37-39

<sup>74</sup> Ertzgaard, Stein, *Affärsrelationer – om att skapa förtroende och värde i affärslivet* (2004) s. 37-39

<sup>75</sup> Ford, David, et al, *Managing Business Relationships* (1998) s. 67

<sup>76</sup> Egan, John, *Relationship Marketing* (2004) s. 106

att man vill försöka minska sina produktionskostnader, förbättra flexibiliteten samt produkternas kvalitet. Detta sker bland annat genom att parterna utnyttjar varandras kunskap inom olika kunskapsområden.<sup>77</sup> En djup relation etableras lättare om distansen mellan parterna är kort. Avståndet behöver dock inte vara ett tecken på att den blivande relationen kommer att kännetecknas som tät, då det i slutändan oftast är kunden som bestämmer om den vill ha en nära relation med säljaren eller inte. För att lyckas att etablera en nära relation krävs det en hög grad av kontinuerliga personliga kontakter en hög grad av engagemang samt en tvåsidig kommunikation.<sup>78</sup> En tvåsidig kommunikation uppkommer ju mer en kund berättar om sig själv vilket innebär att företaget kan anpassa produkter eller tjänster för att tillfredsställa kundens krav. Relationen blir följaktligen smartare och närmre vid varje interaktion.<sup>79</sup>

Alla relationer kan dock inte vara nära relationer, eftersom de flesta av dem inte är mer än opersonliga utbyten. För att ett utbyte ska anses vara en relation krävs det för det första att relationen måste uppfattas som en relation av båda parter, för det andra att relationen är mer än en sporadisk kontakt och för det tredje att den upplevs inneha en speciell status av de involverande parterna.<sup>80</sup> Lösa relationer kännetecknas, till skillnad mot nära relationer, av låg grad av interaktion mellan parterna. Även lösa relationer medför en del fördelar, som exempelvis lägre kostnader för management och administration, då de endast kräver en låg grad av involvering och investering.

I litteraturen föreslås det ofta att man bör ha nära relationer med viktiga partners och lösa relationer med dem som är av lite mindre betydelse för företaget. Nära relationer erbjuder oftast fler potentiella fördelar än lösa, men kräver å andra sidan mer resurser för utveckling och management. Av den anledningen kan ett företag endast klara av ett fåtal nära relationer. Det optimala för ett företag bör således vara att både ha nära och lösa relationer, beroende på vad de vill uppnå med relationen.<sup>81</sup>

#### **4.4. RELATIONAL CONTRACT<sup>82</sup>**

Oavsett om en relation innebär ett nära samarbete eller om relationen är av mer obunden karaktär är det viktigt att det finns regler och avtal för hur samarbetet ska bedrivas. Det finns dock ett flertal studier som visar att förtroende och sociala relationer har en betydligt större inverkan än vad avtalslagar eller regler har vid exempelvis planering av transaktioner eller lösning av dispyter inom en relation.<sup>83</sup> Enligt Macaulay är avtalsplanering och avtalslag snarast av marginell betydelse för långsiktigt pågående affärsrelationer.<sup>84</sup> I motsats till akademiska teoretiker märker personer engagerade i affärsrelationer ofta att de inte är särskilt

<sup>77</sup> Ford, David, et al, *Managing Business Relationships* (1998) s.134

<sup>78</sup> Egan, John, *Relationship Marketing* (2004) s. 107

<sup>79</sup> Egan, John, *Relationship Marketing* (2004) s. 36

<sup>80</sup> Egan, John, *Relationship Marketing* (2004) s. 33-34

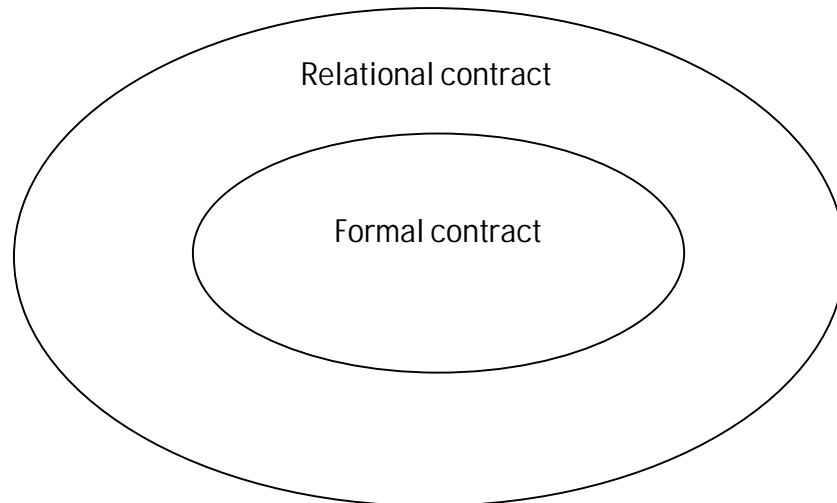
<sup>81</sup> Ford, David, et al, *Managing Business Relationships* (1998) s. 140

<sup>82</sup> Relational contracting betyder ungefär "avtalsrelationer". Vi har dock valt att i huvudsak använda oss av det engelska begreppet *relational contracting* då vi anser det vara den mest adekvata benämningen.

<sup>83</sup> Heffey, Peter, Paterson, Jeannie, Robertson, Andrew. *Principles of contract law* (2004) s. 28

<sup>84</sup> Macaulay, Stewart, *An empirical view of contract*, Wisconsin Law Review, vol. 1985, no 3, s. 467

beroende av planering i form av avtal eller av avtalslag. Det finns vedertagna sätt att hantera uppkomna situationer inom relationen utan att man behöver använda sig av lagar och regler.<sup>85</sup> Istället för att se "avtalsrelationer", relational contract, som bestående av *diskreta utbyten*<sup>86</sup> mellan nyttoximerande parter gör *relational contract* teori en ansats att se på avtal som en komplex social interaktion.<sup>87</sup>



Figur 3. *Relational contract* kan beskrivas som det yttre skal bestående av sociala relationer som omger det formella kontraktet.

#### 4.4.1. AVTAL UR ETT RELATIONSPERSPEKTIV

Ian Macneils analys av avtal baseras på idén om att avtalsrelationer äger rum inom en social sfär. Utbyte är enligt Macneil endast möjligt i ett samhälle som tillhandahåller följande fyra parametrar:<sup>88</sup>

- *ett medel för kommunikation* så att parterna kan förstå varandra
- *ett system av regler och lagar* så att parterna kan använda utbyte istället för makt eller våld för att få vad de vill ha
- *ett betalningssystem*
- *ett system eller en mekanism för genomförande av löften i de fall där en prestation skall utföras någon gång i framtiden.*

<sup>85</sup> Macaulay, Stewart, *An empirical view of contract*, Wisconsin Law Review, vol. 1985, no 3, s. 468

<sup>86</sup> Ordet diskret används i detta fall som inom matematiken och innebär åtskild eller separat. Med diskreta utbyten menas här således åtskilda utbyten av varor mot andra varor, det vill säga att inga repetitiva återköp eller vidareförsäljning äger rum. En ekonomi med diskreta utbyten kräver en så stor marknad att nya utbyten med nya kunder eller säljare ständigt finns så att ingen relation uppstår mellan parter på marknaden.

<sup>87</sup> Heffey, Peter, Paterson, Jeannie, Robertson, Andrew. *Principles of contract law* (2004) s. 28

<sup>88</sup> Heffey, Peter, Paterson, Jeannie, Robertson, Andrew. *Principles of contract law* (2004) s. 28-29



Då avtal enligt Macneil endast kan göras mot denna sociala bakgrund är *alla* avtal av relationskaraktär då de involverar sociala relationer och dessutom är omgivna av ett mycket vidare socialt nät. Han menar dock att det finns ett spektra av "avtalsbeteende" där den ena änden av skalan utgörs av avtal med väldigt hög relationsgrad och den andra änden utgörs av mer diskreta transaktioner.<sup>89</sup> *Relational contract* är således avtal där sociala relationer har en betydande inverkan. Den sociala relationens utmärkande roll kan i mångt och mycket bero på att parterna i stor utsträckning är beroende av sociala konventioner eller att de är involverade i långsiktiga relationer. I relationer med hög grad av relationskaraktär är det svårare för parterna att förutsäga och ta itu med framtida oförutsedda händelser. Ju mer relationsinriktat ett utbyte är desto mindre kommer parterna enligt detta synsätt att planera och fördela risker. Utbytet kommer istället att präglas av en större flexibilitet och parterna i relational contract behöver inte planera innehållet i utbytet, som i diskreta transaktioner, utan kan istället planera strukturer och processer för att övervaka relationen i framtiden.<sup>90</sup>

Diskreta transaktioner är enligt Macneil betydligt mer isolerade från den sociala kontexten. En diskret transaktion innebär att det inte sker någon direkt koordination mellan utförandet av det som ska ske enligt kontraktet och parternas övriga aktiviteter. Den kräver inte heller lika mycket flexibilitet och samarbete mellan parterna och bygger inte på några sociala konventioner eller förståelse. Ett engångsutbyte är oftast av diskret karaktär men dock inte alltid. Exempelvis har ett engångsbesök hos en doktor tydliga inslag av relationskaraktär, oavsett om detta möte mellan parterna endast är en engångsföreteelse. Även högst opersonliga utbyten, som till exempel en bilist som stannar på motorvägen för att tanka och betalar med kort vid bensinpumpen, innehåller enligt Macneil inslag av relationskaraktär. Situationen är nämligen djupt inbäddad i ett socialt nät av konventioner kring bland annat beteende och märkeslojalitet.<sup>91</sup>

#### 4.4.2. "PRESENTIATION"

Vid diskreta transaktioner förlitar sig parterna mer på planering än på samarbete och flexibilitet för att hantera framtida eventualiteter. Macneil använder ordet *presentation* för att beskriva bruket att betrakta framtiden som om den vore nuet. Vid avtal innebär presentation att parterna försöker förutse varje möjlig händelse som kan komma att uppstå och påverka relationen och uttömmande planera för konsekvenserna därav. Att betrakta framtiden som nuet är fundamentalt inom avtalslag och fungerar som en försäkring för att lagen ska kunna driva igenom de löften som avgivits. Macneil anser att presentation gör att utbyten blir mer diskreta, då effekten blir att det skiljer den specifika aktiviteten i utbytet från den sociala relationen mellan parterna.<sup>92</sup>

---

<sup>89</sup> Heffey, Peter, Paterson, Jeannie, Robertson, Andrew. *Principles of contract law* (2004) s. 28-29

<sup>90</sup> Heffey, Peter, Paterson, Jeannie, Robertson, Andrew. *Principles of contract law* (2004) s. 28-29

<sup>91</sup> Heffey, Peter, Paterson, Jeannie, Robertson, Andrew. *Principles of contract law* (2004) s. 29-30

<sup>92</sup> Heffey, Peter, Paterson, Jeannie, Robertson, Andrew. *Principles of contract law* (2004) s. 29-30

#### 4.4.3. SOCIALA KONTAKTER I BYRÅKRATISKA RELATIONER

Ofta framhävs det att en ökad byråkrati inom relationer gör de sociala kontakterna mer opersonliga men så är dock inte alltid fallet. Även i byråkratiska relationer finns det möjlighet till sociala kontakter som skär genom de formella linjerna i byråkratin och skapar möjligheter att frångå reglerna. Personer som innehar formella roller i organisationer går utanför det uppsatta regelverket för att exempelvis uppnå mål, få belöningar eller undvika sanktioner. De sociala nätverken inom organisationen utgör ett kommunikationssystem där ”snacket” går om hur saker går till på andra ställen och via ryktesvägen skapas därmed ”tillstånd” att frångå reglerna.<sup>93</sup>

Macaulay vill dock poängtera att det inte alltid är lyckat att kringgå regler på det här viset i en relation. Förtroende kan placeras i fel händer. Misslyckanden förekommer alltid inom en relation och vanligtvis ”skrivs de av” så länge de inte är alltför många eller för stora, och relationen kan fortgå som den gjort tidigare. Oftast räcker de enligt kontraktet uppsatta reglerna till för att ordna upp inträffade incidenter. Men även långsiktiga relationer kan kollapsa till följd av exempelvis dålig planering i kontrakt eller på grund av att för stort förtroende placerats hos fel personer. När detta inträffar tar den missgynnade parten ofta till legala sanktioner och då är det viktigt att reglerna fungerar.<sup>94</sup>

#### 4.5. FÖRSTÅELSE OCH TOLKNING

När man diskuterar regler och avtal och hur dessa ska användas i relationer är det väldigt viktigt att ha i åtanke att dessa ofta tolkas och förstås olika beroende på vem som tillämpar dem. Det är svårt att ge en direkt definition av förståelse men enligt Sandberg och Targama är ett grunddrag i begreppet förståelse att varje människa skapar och utvecklar sin egen.<sup>95</sup> Den praktiska utvecklingen av förståelse, det vill säga problemlösning, och beslutsfattande kan förklaras utifrån två skilda resonemang. Det första är teorin om det målrationella handlandet. Här väljer personen i relationen sitt handlande utifrån vissa uppställda mål och sina antaganden om vilka framtida effekter handlandet kommer att få på dessa mål. Det finns sålunda alternativa möjligheter, vilket gör att det krävs en bedömning för att komma fram till vad som är förnuftigt i det speciella fallet. Det andra resonemanget är teorin om det regelstyrda eller praxisstyrda handlandet. Personen försöker då att känna igen en problemsituation och vidare handla utifrån den praxis som är etablerad för denna problemkategori. Det är således inte en fråga att bedöma lämpligheten av olika alternativ, utan det finns ett förfarande som är det rätta eller det naturliga i den aktuella situationen. En etablerad praxis kan således skapa stabilitet men kan även bli ett hinder för förnyelse.<sup>96</sup>

Det kan vara svårt att formulera regler på ett sådant sätt att de är fullständigt exakta då varje regel lämnar ett område av osäkerhet. Denna osäkerhet ger normtillämparen en möjlighet, och tillika en skyldighet, att tolka normen genom att utnyttja sin egen moral. Ett problem med

---

<sup>93</sup> Macaulay, Stewart, *An empirical view of contract*, Wisconsin Law Review, vol. 1985, no 3, s. 468

<sup>94</sup> Macaulay, Stewart, *An empirical view of contract*, Wisconsin Law Review, vol. 1985, no 3, s. 471

<sup>95</sup> Sandberg, Jörgen, Targama, Axel, *Ledning och förståelse* (1998) s. 150

<sup>96</sup> Gustafsson, Claes, *Om företag, moral och handling* (1988) s. 120

tolkning ligger i dess kontext och i förekomsten av alternativa tolkningsramar. Ytterligare ett problem ligger i bedömningens flytande gränser. Själva problematiken med avvägningen och bedömningen ligger i var gränsen går mellan vad som är "rätt" och "orätt" och "gott" och "dåligt". Den moraliska logiken och etiken är aldrig komplett. Den formar istället ett handlingslogiskt system, en så kallad förståelsestruktur, där det slutliga avgörandet alltid lämnas till den enskilda aktörens enskilda bedömning. Det slutliga avgörandet faller alltid tillbaka på det individuella valet, på tolkning, bedömning, förnuft och moral.<sup>97</sup>

#### 4.6. ETIK OCH MORAL

Enligt ett vanligt synsätt avser moral handling eller praktik medan etik används om tänkandet och resonerandet. Alla har sålunda en moral men inte nödvändigtvis en etik. Vad som dock sammanfogar de båda orden är att de båda ungefärligt betyder "sedelära".<sup>98</sup>

I de västerländska industristaterna har debatten om moral inom arbetslivet blivit allt livligare. Debatten tog i mångt och mycket sin början när Milton Friedman i en artikel 1970 hävdade att företagets enda sociala ansvar var att maximera sina vinster. Han gör gällande: "Företaget har blott ett enda socialt ansvar, nämligen att använda sina resurser och att syssla med aktiviteter vilka syftar till att öka dess vinst - så länge, självfallet som detta sker i enlighet med spelets regler". Friedman hävdar att företag i grunden är moralfria instrument för sina ägare, och att de således inte kan tänka och känna själv.<sup>99</sup>

I det kapitalistiska marknadsekonomiska samhället som är uppbyggt på principen om vinstökande fri företagssamhet innebär det moraliska ansvaret endast en skyldighet att ta till vara ägarnas intressen; det vill säga att sköta deras kapital på ett så vinstgivande sätt som möjligt. Det finns dock personer som anser att moral och etik är bra för såväl affärerna som för själen och samvetet.<sup>100</sup> Gustafsson urskiljer tre argumenteringslinjer ur debatten om företags moraliska ageranden. För det första hävdas det att företagets ansvar bör härledas ur dess syfte och inom de gränser som lagar och förordningar uppställer. Företags ansvar utåt, mot omvärld och samhälle, definieras av lagarna. Vidare ser han inte företags eftersträvan av högsta möjliga effektivitet och avkastning som ett hinder för att man inte skulle kunna syssla med aktiviteter, vilka av utomstående kunde ses som moraliskt lovvärda. Den tredje linjen inom den företagsetiska diskursen riktas slutligen mot val, ansvar och samvete. I enlighet med detta argument är företags och företagsledares moraliska skyldigheter inte begränsade till det som lagen kräver. Gustafsson åsyftar att företag och företagsledning bör vidta åtgärder vilka inte kan motiveras ur ett lönsamhetsperspektiv.<sup>101</sup>

Att etik är lönsamt är något som har blivit näringslivets svar på dagens skandaler. En god service, hög kvalitet, god arbetsmiljö och långsiktig trovärdighet ger goda och lönsamma relationer med kunder och medarbetare. Även inom den offentliga sektorn har intresset för

<sup>97</sup> Gustafsson, Claes, *Om företag, moral och handling* (1988) s. 125

<sup>98</sup> Brytting, Thomas, De Geer, Hans, Silfverberg, Gunilla, *Moral i verksamhet* (1993) s. 74

<sup>99</sup> Gustafsson, Claes *Om företag, moral och handling* (1988) s. 12

<sup>100</sup> Gustafsson, Claes, *Om företag, moral och handling* (1988) s. 12-13

<sup>101</sup> Gustafsson, Claes, *Om företag, moral och handling* (1988) s. 12

etik ökat, vilket anses vara en följd av den kritiska prövning som skett i ett flertal länder, oberoende av ideologi och skiftande ekonomiska förutsättningar. Debatten handlar i huvudsak om huruvida kraven på effektivitet står i motsats till etik.<sup>102</sup>

Vad beträffar marknadsföring kontra moral bör man inte för egen vinnings skull utnyttja andra människors svaghet. En god affär ska vara en affär med två vinnare, både för den som säljer och för en som köper. Lagstiftning för konsumentskydd och vaksamma massmedier har successivt krympt marknaden för de rena bluffmakarna. När de ändock med jämna mellanrum dyker upp i massmedia är de vanligen fall för rättsapparaten och inte för moralisk reflexion. Hanson menar dock att deras bedrägliga beteende i marginell mån påverkar de seriösa företagens anseende.<sup>103</sup>

## **4.7. BYRÅKRATI**

Byråkrati är ett begrepp som i mångt och mycket står för något typiskt och välbekant i ett modernt samhälle. Det betecknar något vi alla har stött på såväl i tal och skrift, som genom egen konkret upplevelse. Byråkratin är även något som är svårt att få grepp om, vilket försvårar en direkt definition av begreppet.<sup>104</sup>

### **4.7.1. EFFEKTIVITET**

Organisationssociologerna Peter Blau och Marshall Meyer för ett resonemang kring byråkratins effektivitet. De definierar byråkrati som en organisationsprincip avsedd att åstadkomma kontroll och samordning av arbetet i stora organisationer. Kontrollen och samordningen utgör i sig medel för att uppnå en administrativ effektivitet i organisationen. Det är dock inte självklart att organisationen uppnår effektivitet, enbart på grund av att byråkratin är avsedd att vara en effektiv organisationsform. Det finns vidare element i byråkratin som är ägnade att göra organisationen effektiv; men som i vissa fall kan leda till ineffektivitet. Organisationen måste bygga på ett opersonligt förhållningssätt och en strikt regeltillämpning för att uppnå ett förutsägbart handlingssätt. Problemet som här tenderar att uppkomma är att betoningen av regler kan leda till att de inte kommer att betraktas som medel att uppnå ett mål, utan som mål i sig. Regelfixeringen försvårar således byråkratins anpassning till situationer som inte förutsetts när reglerna formulerades, vilket snarare gör byråkratin ineffektiv.<sup>105</sup>

En annan forskare som uttryckligen anser att byråkratin är ineffektiv är forskaren Michael Crozier som betonar att ineffektivitet snarare är byråkratins mest grundläggande kännetecken. Han definierar vidare byråkrati som en organisation som inte kan korrigera sitt beteende genom att lära av sina misstag. Han talar även om det han benämner som ”byråkratins onda cirkel” som ett slags självförstärkande system som tvingar organisationen till ett stelbent och rutinbetonat beteende. Vad vidare beträffar förändringsfaktorn måste en organisation inneha

---

<sup>102</sup> Brytting, Thomas, De Geer, Hans, Silfverberg, Gunilla, *Moral i verksamhet* (1993) s. 22-24

<sup>103</sup> Hanson, Hans-Ingvar, *Information och moral* (1999) s. 74

<sup>104</sup> Johansson, Roine, *Vid Byråkratins gränser* (1992) s. 26

<sup>105</sup> Lundqvist, Lennart, *Byråkratisk etik* (1988) s. 30-31

en förmåga att upprätthålla och stärka effektiviteten för att ideligen vidareutveckla och förändra sina produkter och tjänster, resurser, processer och organisation. Organisationen tenderar annars att bli dåligt anpassad till omgivningens krav, förutsättningar och villkor och därmed framstå som ineffektiv.<sup>106</sup>

Om man vidare ser till kopplingen mellan organisation och byråkrati har Sune Sunesson, redogjort för sambandet mellan byråkrati och organisationssociologi. Han redovisar detta genom ett schema för organisationer, vilket han åskådliggör på följande sätt.<sup>107</sup>

- Överordnad nivå: Lagar, politiska regler, administrationsprinciper som dominerar organisationen. Detta kan utgöras av köplagstiftningen, avtalsstiftningen, kollektivavtalslagen, men även den byråkratiska formen för delegation av maktbefogenheter som till exempel oavsättbara representanter och ansvariga ledningar.
- Inre ”social” nivå: Mönstret av sociala förhållanden inom en organisation.
- Den konkreta praktiska nivån: Vad organisationen håller på med i praktiken.

#### **4.7.2. LÄRANDE**

Byråkrati i organisationer fungerar ofta på ett sätt som hindrar inlärningsprocessen och tenderar att skapa fragmenterade tanke- och handlingsmönster. I de fall då den hierarkiska och horisontella uppdelningen är särskilt framträdande, kan informationen och kunskapen sällan flöda fritt.<sup>108</sup>

Den lärande organisationen ska utveckla färdigheter och förhållningssätt som betraktar förändringar i omgivningen som något normalt. Gareth Morgan menar att företag måste kunna upptäcka signaler som förvarnar om förändrade mönster. De ska även kunna utveckla former för att hitta helt nya sätt att betrakta och tolka omgivningen. Företagets verksamhet kan skapa nya möjligheter genom att uppfatta och tänka på ett nytt sätt i det sammanhang i vilket det ingår. För att lära sig, och för att förändras måste organisationens medlemmar ha goda insikter om de antaganden, praxis och normer som styr nuvarande verksamhet. De måste även vid behov ifrågasätta och förändra dem. På så vis kan organisationen anpassa sin interna aktivitet för att möta förändringar och således undvika att bli fastlåst i det förgångna.<sup>109</sup>

#### **4.7.3. INDIVIDENS ROLL**

Om vi för det teoretiska resonemanget vidare och ser till individens roll i organisationen kan man se rollen som ett uttryck för att organisationen auktoriserar individen att handla på ett visst sätt. Rollen blir därmed ett slags fokus för samtliga etiska överväganden och problem som individen ställs inför. Den utgör på så vis en ram för motsättning mellan det som vi associerar med individmoral och organisationsmoral. Om individen väljer att acceptera rollen

---

<sup>106</sup> Mintzberg, Henry, *Structure in fives, Designing Effective Organizations* (1993) s. 34

<sup>107</sup> Sunesson, Sune, *Byråkratin ett nödvändigt ont*, (1973) s. 34-35

<sup>108</sup> Morgan, Gareth, *Organisationsmetaforer* (1999) s. 100

<sup>109</sup> Morgan, Gareth, *Organisationsmetaforer* (1999) s. 103

lägger han till de privata rättigheter och skyldigheter som rollen bär med sig. Individens kan vidare ha svårt att balansera sina kanske ibland motstridiga förpliktelser som människa och byråkrat.<sup>110</sup>

Mintzberg, liksom ett flertal andra forskare inom organisationssociologi, talar om en så kallad formalisering av beteende, vilket är en parameter som representerar organisationens sätt att förklara medlemmarnas handlingsfrihet. Han visar på att beteende kan formaliseras på följande tre sätt:<sup>111</sup>

- Genom positionen: detaljbeskrivning relaterat till själva arbetet som en arbetsbefattning
- genom arbetsflödet, detaljbeskrivning relaterat till arbetsutförandet
- genom regler, som används i allmänhet som i åtskilliga regleringar innefattade i så kallade policymanualer.

Oavsett var formaliseringen finns blir effekten för den arbetande densamma, det vill säga att hans eller hennes beteende blir reglerat. Om man vidare ställer sig frågan varför man formaliserar beteende, hävdar Mintzberg att organisationen gör det i mån av att reducera föränderligheten för att på så vis kunna förutsäga och kontrollera den. Ett huvudmotiv till att organisationen gör detta är för att den ska kunna koordinera aktiviteter.<sup>112</sup>

#### 4.8. FÖRTROENDE

Förtroende är en väldigt viktig faktor i relationer och vi har därför valt att göra en omfattande redogörelse för vad förtroende är och vilken påverkan det har i relationer. Enligt IMP-gruppen<sup>113</sup> är grundstenen för att ett samarbete ska kunna nå den nivå där nödvändiga anpassningar gjorts, att relationen vilar på ett starkt förtroende som byggs upp under en längre tids samarbete. Enligt detta synsätt är anpassning i en relation ett resultat, dels av en social interaktionsprocess för att utveckla förtroende, och dels av en medveten strategiformulering mellan företagen. Förtroendet för motparten är av enorm betydelse för hur en relation ska utvecklas och har definierats som:

*”the belief that a party’s word or promise is reliable and a party will fulfill his/her obligations in an exchange relationship.”<sup>114</sup>*

Enligt Stein Ertzgaard finns det ett antal egenskaper som kraftigt påverkar möjligheterna att skapa förtroende. Han anser att en dialog präglad av engagemang och proaktivitet alltid uppfattas som positivt, så länge som den dels bygger på en genuin kompetens som är av värde

---

<sup>110</sup> Lundqvist, Lennart, *Byråkratisk etik* (1988) s. 105

<sup>111</sup> Mintzberg, Henry, *Structure in fives, Designing Effective Organization* (1993) s. 34

<sup>112</sup> Mintzberg, Henry, *Structure in fives, Designing Effective Organizations* (1993) s. 34

<sup>113</sup> IMP- Industrial Marketing & Purchasing

<sup>114</sup> Nielson, C. Charles, 1996, *An empirical examination of switching cost investments in business-to-business marketing relationships*, p. 38-60, *The Journal of Business & Industrial Marketing*

för mottagaren, och dels bygger på de självklara faktorerna öppenhet, tydlighet och ärlighet.<sup>115</sup> Enligt många forskare är förtroende mellan parterna kärnan för att en god och bra relation ska uppstå. Förtroende anses bland annat minska risktagandet mer än någon annan faktor och kan liknas vid ett klister som håller ihop relationen i olika sammanhang. Företag som utvecklat ett starkt förtroende för varandra förutsätts ha betydligt större chanser att reda upp meningsskiljaktigheter på ett vänskapligt sätt och även acceptera en viss konfliktnivå i relationen.<sup>116</sup> Ett starkt förtroende kan även leda till färre skadliga konflikter, minskande transaktionskostnader och effektiv reaktion vid en kris.<sup>117</sup>

Nivån av förtroende skiftar från relation till relation eftersom varje relation har sin egen bakgrundshistoria. Denna består bland annat av hur parterna har behandlat varandra i ett tidigare skede samt vilken nivå av förtroende som har byggts upp i relationen. Detta kommer sannolikt att påverka hur parterna kommer att bemöta varandra och hur relationen kommer att utvecklas.<sup>118</sup> I vissa relationer kan förtroende vara av större betydelse jämfört med andra och det går således inte alltid att förutse vilken grad av förtroende en relation kommer att ha.<sup>119</sup>

#### 4.8.1. OLIKA SÄTT ATT ÖKA FÖRTROENDET

Lynne G. Zucker har valt att dela in förtroendet i tre olika former: det processrelaterade, det karaktärsrelaterade och det institutionellt relaterade. Det processrelaterade förtroendet baseras på tidigare eller förväntade utbyten, som exempelvis gåvor. Det karaktärsrelaterade förtroendet baseras istället på personer och deras karaktär som exempelvis familjebakgrund och etniskt ursprung. Det tredje och sista förtroendet, det institutionellt relaterade, baseras på formella sociala strukturer.<sup>120</sup>

För att ha möjlighet att öka det processbaserade förtroendet, det karaktärsförtroendet och det institutionella förtroendet krävs det information angående den andra parten som är delaktig i utbytet. För att öka det processrelaterade förtroendet kan personer eller företag göra investeringar som skapar ett gott rykte eller ett välkänt företagsnamn. I det karaktärsrelaterade förtroendet utgörs den betydelsefulla informationen av sociala likheter mellan personer. Om parterna har en liknande bakgrundshistoria kan det leda till att eventuella meningsskiljaktigheter lättare går att lösa. Det institutionellt relaterade förtroendet har till syfte att skapa ett förtroende som inte beror på personers karaktär eller på tidigare erfarenheter. Detta förtroende kan istället skapas genom investering i exempelvis utbildning eller i en tjänst som har till syfte att öka förtroendet parterna emellan eller genom att parterna är villiga att använda olika slags försäkringar eller formella kontrakt som inger ett förtroende.<sup>121</sup> Det institutionella förtroendet kan därmed ökas genom olika former av

---

<sup>115</sup> Ertzgaard, Stein, *Affärsrelationer – om att skapa förtroende och värde i affärslivet* (2004), s. 74

<sup>116</sup> Nielson, C. Charles, 1996, *An empirical examination of switching cost investments in business-to-business marketing relationships*, p. 38-60, *The Journal of Business & Industrial Marketing*

<sup>117</sup> Egan, John, *Relationship Marketing* (2004) s. 101

<sup>118</sup> Ford, David, et al, *Managing Business Relationships* (1998) s. 28

<sup>119</sup> Egan, John, *Relationship Marketing* (2004) s. 103

<sup>120</sup> Zucker, Lynne, G, *Production of trust: Institutional sources of economic structure, 1840-1920* (1986) s. 53

<sup>121</sup> Zucker, Lynne, G, *Production of trust: Institutional sources of economic structure, 1840-1920* (1986) s. 61-63

formalisering och standardisering. Dels genom att skapa byråkratiska strukturer med formella hierarkier och dels genom regler och lagar. Dessa skapar tillsammans nya stadgar och mönster för hur relationen ska se ut och resulterar i nya och mer stabila förväntningar på den sociala interaktionen. Det skapas således ett system med tydliga förväntningar som tillåter en utveckling av förtroende baserat på lagar och regler.<sup>122</sup>

De sätt på vilka man kan öka förtroendet skiljer sig åt beroende på vilka slags organisationer man väljer att åskåda. När förtroendet minskar i exempelvis ett litet samhälle, kommer invånarna att använda olika medel för att, låt oss säga, få en opålitlig person att börja följa samhällets uppsatta normer. Detta kan ske bland annat genom förlöjligande, uteslutning, ohjälpsamhet och andra liknande aspekter. I mer formella organisationer kan man däremot använda sig av lagar som ett alternativ för att öka ett förtroende. Effektiva organisationer granskar och övervakar de inblandade personerna för att garantera att kompetensen finns kvar samt för att förebygga eller kompensera för misslyckanden vad gäller förtroendet.<sup>123</sup>

#### 4.8.2. FÖRVÄNTNINGAR

Bernard Barber menar att de förväntningar som parterna har på varandra är av stor betydelse då man talar om vad förtroende är och innebär, eftersom förväntningar kan anses utgöra den grundläggande beståndsdelen i en social interaktion. Förväntningar är sådant parterna har i åtanke när de tar beslut gällande vilka händelser och reaktioner som är rationellt effektiva samt emotionella och moraliskt korrekta. Alla sociala interaktioner är således ändlösa processer där man försöker agera efter förväntningar.<sup>124</sup>

Bernard Barber har valt att dela upp förväntningar i tre olika delar. Den första och tillika mest generella delen är de förväntningar parterna har av att handlingarna ska genomföras *moraliskt korrekt*. Den andra delen innebär att den ena parten har förväntningar om att den andra parten ska utföra den aktuella handlingen med *tekniskt kompetens*. Ett exempel på detta kan vara att man har förtroende för att ens doktor ska genomföra operationen väl. Den tredje delen utgörs av *förväntningar* på att parterna ska ta sitt ansvar och genomföra sitt förtroendeuppdrag. Vid vissa tillfällen kan det innebära att den ena parten bör sätta den andres intressen före sina egna.

Bernard Barber menar dessutom att förtroende inte kan förflyttas mellan relationer och system. Om exempelvis en person har erhållit ett starkt förtroende i en situation behöver inte det betyda att han kommer att få det i ett annat sammanhang. Ett exempel på detta kan vara att en god familjefar inte behöver ha mer förtroende på sin arbetsplats än en dålig familjefar. Förtroende kan följaktligen inte överföras från en situation till en annan.<sup>125</sup>

---

<sup>122</sup> Zucker, Lynne, G, *Production of trust: Institutional sources of economic structure, 1840-1920* (1986) s. 90-100

<sup>123</sup> Barber, Bernard, *The logic and limits of trust* (1983) s. 22-23

<sup>124</sup> Barber, Bernard, *The logic and limits of trust* (1983) s. 7-9

<sup>125</sup> Barber, Bernard, *The logic and limits of trust* (1983) s. 9-18



### 4.8.3. FÖRETAGENS INTRESSE GENTEMOT ALLMÄNHETENS INTRESSE

Allmänheten anser många gånger att affärsmän prioriterar sina egna intressen framför samhällets, vilket således är till nackdel för samhällets intresse. Detta är en av anledningarna till att företag ofta återfinns längst ner på listor över förtroende, vilket innebär att trycket på lagar och regler fortsätter att förfölja företagen. Enligt Bernard Barber använder sig affärsmännen ofta av olika typer av inövade svar för att övertala allmänheten att deras agerande verkligen har till syfte att förbättra det allmänna välbefindandet och att de självklart är medvetna om deras uppdrag för samhällets välfärd. De vill nämligen erhålla förtroende både för deras kompetens och för sina tjänster för samhället.<sup>126</sup>

Under de senaste åren har ett antal företeelser ägt rum som skadat näringslivets förtroende. Höga ersättningsnivåer, olämpligt konstruerade ersättningsystem för ledande befattningshavare, felaktig eller missvisande ekonomisk information, otillbörligt utnyttjande av informationsöverläge eller stark marknadsställning, oklara roll- och ansvarsgränser samt svagt underbyggda strategier och dåliga affärsbeslut har således påverkat näringslivets förtroende negativt.<sup>127</sup> Situationen var densamma i början av 1980-talet när det genomfördes en undersökning som visade på att affärsmännen var väl medvetna om allmänhetens kritik. De ansåg dock att de var oskyldigt anklagade och kunde inte förstå varför de blev sedda som bovar. De menar att om företagets primära mål, att generera vinst, uppfylls kommer allmänheten att få efterfrågade varor och tjänster samt ett fritt och framgångsrikt samhälle. Affärsmän tenderar att se statliga regleringar och nationella riktlinjer som hinder för deras möjlighet att anpassa sig till marknadens behov och för att verka för en större produktivitet och framtida vinster. Affärsmän är ofta av åsikten att media är det största skälet till allmänhetens brist på förtroende för företag. Företagen är ofta mycket fientligt inställda till media eftersom de beskyller dem för det låga förtroendet som företagen har idag. De anser att media är väldigt snabba att döma ut och attackera näringslivet. Allmänheten är, trots affärsmännens ansträngningar, emellertid ovilliga att acceptera företagen och deras institutioner som pålitliga förmyndare för den offentliga välfärden. Även om affärsmännen har förtroende från allmänheten vad gäller deras kompetens saknas det vad gäller deras arbetsuppgifter samt ansvarsområden. Detta innebär således att allmänheten har svårt att ha förtroende för företag och marknaden.<sup>128</sup>

Det har sedan länge framhållits att den forskande läkemedelsindustrin är måna om sitt rykte och vill behålla en image av att representera en seriös forskande verksamhet, vilken har som huvudsakligt mål att förbättra behandling av patienter med svåra sjukdomar. Företagen vill således betona att de känner ett socialt ansvar i samma utsträckning som andra med sjukvårdsintressen. Läkemedelsindustrin har strävat efter att behålla den bilden gentemot läkarkåren men ett faktum är att man däremot anses ha misslyckats grovt när det gäller att framföra samma bild åt allmänheten. Läkemedelsindustrin har ibland haft svårt att förstå

---

<sup>126</sup> Barber, Bernard, *The logic and limits of trust* (1983) s. 102-105

<sup>127</sup> <http://66.102.9.104/search?q=cache:VPEFBN9xBkEJ:www.riksbank.se/templates/Page.aspx%3Fid%3D14069+n%3%A4ringslivet+f%3%B6rtroendekris&hl=sv&start=1>

<sup>128</sup> Barber, Bernard, *The logic and limits of trust* (1983) s. 105-112

varför den så lätt råkar i vanrykte och varför inte folk i allmänhet istället uppskattar de stora framsteg i samhället som faktiskt beror på utvecklandet av många av de moderna läkemedlen.

129

När man talar om företagets image talar man ofta om företags förtroendekapital. Detta har till syfte att säkerhetsställa att organisationens intressenter är fortsatt villiga att bidra till organisationens verksamhet, måluppfyllelse och utveckling. Förtroendekapitalet kan ses som något oberäkneligt då det ofta tar lång tid att bygga upp men raseras snabbt vid tvivelaktiga affärer, dåligt miljöansvar, orimliga bonusprogram och så vidare. Organisationer vidtar följaktligen olika åtgärder i syfte att upprätthålla och vidareutveckla förtroendekapitalet. Företag kan då nyttja lagar och regler för att leva efter en viss uppförandekod, även benämnd som ”code of conduct”.<sup>130</sup>

#### 4.9. TEORETISK SYNTES

För att en relation överhuvudtaget ska uppstå krävs det att det är minst två parter inblandade, att parterna har en förväntan på innehåll och prestanda, att det finns en förväntad nytta med relationen samt att det finns ett tillräckligt starkt förtroende parterna emellan. En viktig fördel som kan erhållas vid en relation kan vara kvalitetsförbättringar, som kan uppnås genom att den ena parten i relationen tar del av den kunskap som den andra parten besitter.

Oavsett om en relation innebär ett nära samarbete eller om relationen är av mer obunden karaktär är det viktigt att det finns regler och avtal för hur samarbetet ska bedrivas. Vid misslyckanden i relationen kan den missgynnade parten ofta ta till legala sanktioner och oftast räcker de uppsatta reglerna för att ordna upp inträffade incidenter. Men det är när de legala sanktionerna är bristfälliga som det blir problem.

*Relational contract* är avtal där sociala relationer har en betydande inverkan. Den sociala relationens utmärkande roll kan i mångt och mycket bero på att parterna i stor utsträckning är beroende av sociala konventioner eller att de är involverade i långsiktiga relationer. Vid diskreta transaktioner förlitar sig parterna däremot mer på planering än på samarbete och flexibilitet för att hantera framtida eventualiteter.

Så kallad *presentation* vid avtal innebär att parterna försöker förutse varje möjlig händelse som kan komma att uppstå samt påverka relationen och därefter planera för konsekvenserna därav. Presentation gör att utbyten blir mer diskreta, då effekten blir att det skiljer den specifika aktiviteten i utbytet från den sociala relationen mellan parterna.

När man diskuterar regler och avtal och hur dessa ska användas i relationer är det väldigt viktigt att ha i åtanke att dessa ofta tolkas och förstås olika beroende på vem som tillämpar dem. Det är svårt att ge en direkt definition av förståelse men ett grunddrag i begreppet förståelse att varje människa skapar och utvecklar sin egen. Det kan därför vara svårt att

---

<sup>129</sup> Werkö, L., *Medicin för miljarder* (1986), s 137-139

<sup>130</sup> Bruzelius, Lars H, Skärvad, Per-Hugo, *Integrerad Organisation* (2004) s. 37

formulera regler på ett sådant sätt att de är fullständigt exakta då varje regel lämnar ett område av osäkerhet. Denna osäkerhet ger normtillämparen en möjlighet, och tillika en skyldighet, att tolka normen genom att bland annat utnyttja sin egen moral.

Det finns ett antal argumenteringslinjer ur debatten om företags moraliska ageranden. Det hävdas att företagets ansvar bör härledas ur dess syfte och inom de gränser som lagar och förordningar uppställer. Företagets ansvar utåt, mot omvärld och samhället, definieras således av lagarna.

Att etik är lönsamt är något som har blivit näringslivets svar på dagens skandaler. Även inom den offentliga sektorn har intresset för etik ökat, vilket anses vara en följd av den kritiska prövning som skett i ett flertal länder.

Vid formalisering genom lagar och regler leds man osökt in på begreppet byråkrati. Byråkrati kan ses som en organisationsprincip avsedd att åstadkomma kontroll och samordning av arbetet i stora organisationer. Byråkrati i organisationer fungerar ofta på ett sätt som hindrar inlärningsprocessen och tenderar att skapa fragmenterade tanke- och handlingsmönster, vilket kan liknas vid en formalisering av beteendet. Formalisering av beteenden gör organisationen då de vill reducera föränderligheten för att på så vis kunna förutsäga och kontrollera den. Oavsett var formaliseringen finns blir effekten för den arbetande densamma, det vill säga att hans eller hennes beteende blir reglerat.

Lagar och regler kan i formella organisationer användas för att stärka ett förtroende. Förtroende är en viktig faktor i relationer och ett starkt förtroende mellan parterna är kärnan för att en god och bra relation ska uppstå. Förtroende kan vidare liknas vid ett klister som håller ihop relationen i olika sammanhang.

Om man vidare ser till kopplingen mellan allmänheten och förtroende är en allmän åsikt att affärsmän många gånger tenderar att prioritera sina egna intressen framför samhällets och det är således till nackdel för samhällets intresse. Detta är en av anledningarna till att företag ofta återfinns längst ner på listor över förtroende, vilket innebär att trycket på lagar och regler fortsätter att förfölja företagen. Affärsmän är ofta av åsikten att det är media som är det största skälet till allmänhetens brist på förtroende för företag. Företagen är därför ofta mycket fientligt inställda till media eftersom de beskyller dem för det låga förtroendet som företagen har idag vilket innebär att allmänheten har svårt att ha förtroende för företag och marknaden

## 5. EMPIRI

---

*I detta kapitel presenterar vi resultatet av vår undersökning. Vi kommer att redovisa resultatet av varje intervju var för sig med en kort inledande presentation av såväl organisation som intervjuperson.*

---

### 5.1. GUNILLA THÖRNWALL BERGENDAHL, LANDSTINGSFÖRBUNDET

#### Organisation

Landstingsförbundet, Lf, är en ideell förening som har till uppgift att företräda sina medlemmar som består av Sveriges 18 landsting, regionerna Västra Götaland och Skåne samt Gotlands kommun. Lf är landstingens och regionernas intresseorganisation med en verksamhetsidé som innebär att de tillsammans med medlemmarna ska stärka regional livskraft och välfärd samt regionalt folkstyre. Deras huvuduppgifter är intressebevakning samt att företräda medlemmarna i rollen som arbetsgivare. Landstingsförbundet har nyligen slagits samman med Svenska kommunförbundet och heter numera Sveriges Kommuner och Landsting.<sup>131</sup>

#### Intervjuperson

Gunilla Thörnwall Bergendahl, 43 år, utredare på landstingsförbundet och ansvarig handläggare för det nya avtalet med LIF. Hon är utbildad socionom och har varit verksam med läkemedelsfrågor sedan 1997.

#### Intervjudatum

2004-12-02

---

#### Huvudsyftet med överenskommelsen

Gunilla Thörnwall Bergendahl menar att huvudsyftet är att:

*”... vi ska följa lagar och regler och det ska vara genomlysigt och acceptabelt från samhället. Det andra [...] är att vi reglerar hur formerna för sammankomsterna ska se ut vad gäller produktinformation och utbildning.”*

#### Tillämpning vid olika tidpunkter

Gunilla Thörnwall Bergendahl menar att eftersom läkemedelsindustrin har tillämpat reglerna i ett halvår kan man i efterhand se att det har varit roddigt. Det har varit mycket frågeställningar och mycket irritation ute i verksamheter på grund av att man har haft olika regler att följa, och ingen som kan svara på frågor. Detta menar hon har varit en nackdel. Hon har full förståelse för att LIF började tillämpa avtalet tidigare eftersom vissa läkemedelsföretag som ligger under

---

<sup>131</sup> Årsredovisning 2003 för svenska kommunförbundet och landstingsförbundet, s. 64

åtalshot vill införa dessa regler omgående, framförallt vad gäller 50-procentsregeln<sup>132</sup>, betalningar, förmåner och sociala avgifter. Landstinget har däremot en längre beslutsprocess.

De olika tidsplanerna har gjort att de fått leva med vissa otydligheter det senaste halvåret, men fördelen med detta har ändå varit att de fått många oklarheter och otydligheter på bordet. Lf har nu möjlighet att tydliggöra och klargöra många saker, vilket har skett i det nya tilläggsdokumentet.

### **Tolkning av överenskommelsen**

Gunilla Thörnwall Bergendahl betonar att det var få personer som brydde sig om det gamla avtalet utan de körde på i gamla spår oavsett vad det stod i avtalet. Denna gång är det väldigt viktigt att följa det nya avtalet. Hon menar att LIF och Lf har haft det mesta i åtanke när de utformade den nya överenskommelsen, men självklart uppkommer det situationer som de inte har tänkt på från början. Hon tycker att man får ta denna period som en testperiod där alla parter får hjälpa till att vara övertydliga.

Enligt Gunilla Thörnwall Bergendahl finns det utrymme för tolkning i den nya överenskommelsen. Till en början trodde Lf att avtalet skulle vara glasklart i sin utformning, eftersom det nya avtalet jämfört med det gamla är mycket klarare på många punkter. Otydligheterna med avtalet framgår dock på de ställen där parterna inte blev riktigt överens. Gunilla Thörnwall Bergendahl menar att otydligheterna kring tolkningen av avtalet har märkts på alla de frågor som ställts, framförallt från läkemedelsföretagen.

*”... man kan ju läsa det som med alla avtal, som man läser bibeln. Man kan göra de tolkningar man vill beroende på hur man betonar stavelser och sådana där saker.”*

Okklarheterna i den nya överenskommelsen är anledningen till att LIF och Lf har valt att utforma ett stort tolkningsdokument, där de anser sig vara övertydliga och där de beskriver motiven till de olika formuleringarna i avtalet och vad de egentligen har åsyftat. Gunilla Thörnwall Bergendahl menar dock att man inte kan detaljreglera allting utan man får hänvisa till folks sunda förnuft och försöka föra ut andemeningen i avtalet. Det har även att upprättats ett så kallat QnA-dokument<sup>133</sup> där praktikfall kommer att publiceras på Lf:s och LIF:s webb. Detta dokument kommer att fungera som ett levande dokument som ständigt uppdateras. Hon poängterar även att de kommer att följa upp detta avtal mycket mer än vad de gjort tidigare under årens lopp.

Gunilla Thörnwall Bergendahl anser även att överenskommelsen ger ett visst utrymme för varje landsting att ändra på vissa detaljer men inte på det stora hela. Landstingsförbundet kan inte binda upp alla landsting eftersom de är egna suveräna enheter och själva kan bestämma om de vill anamma avtalet. Gunilla Thörnwall Bergendahl betonar dock att

---

<sup>132</sup> 50-procentsregeln innebär att läkemedelsföretagen endast får stå för 50 procent av kostnaderna för resa kost och logi men fortfarande får bekosta hela utbildningskostnaden.

<sup>133</sup> QnA – Questions and Answers

landstingsförbundets rekommendationer är entydiga vad gäller hur landstingen bör ta till sig det nya avtalet, vilket tydliggörs då hon säger:

*”... vi tycker att de ska anamma avtalet rakt upp och ner och det de ska göra är endast att specificera vem som är huvudmannen på de olika delarna i avtalet, om det är verksamhetschefen eller om det är förvaltningschefen i vissa frågor och så här. Vår ambition är att de ska anta detta rakt upp och ner och det gör man också.”*

Gunilla Thörnwall Bergendahl poängterar att Lf:s ambition är att det ska se så likt ut som möjligt över hela landet, vilket de har varit tydliga med från början. Hon menar att en enhetlig tillämpning inte kan komma till stånd redan i januari eftersom personal ska hinna lära sig reglerna. Hon hoppas dock att det ska finnas en samsyn om detta en bit in på år 2005.

### **Uppfattning om skillnader mellan den gamla och den nya överenskommelsen**

Gunilla Thörnwall Bergendahl menar att de har varit inne och petat i alla formuleringar men att själva basen och andemeningen är kvar i det nya avtalet. Vad som däremot är helt nytt är den så kallade 50-procentsregeln som innebär att företag inte längre får bjuda på resor, kost och logi i samband med utbildning resor och konferenser, utan sjukvården måste bistå med hälften av kostnaden. Det som även är nytt är att avtalet innehåller ett antal formuleringar om att sjukvårdshuvudmannen har mer bestämmanderätt än tidigare. Enligt Gunilla Thörnwall Bergendahl ger utformningen av reglerna även varje landsting möjlighet att sätta sin egen prägel på avtalet. Detta innebär rent praktiskt att en sjukvårdshuvudman kan besluta sig för att inte tillåta några läkemedelsluncher i sitt landsting. Men det kan även betyda att sjukvårdshuvudmannen väljer att delegera ansvaret för beslutet till verksamhetschefen.

En annan förändring mot tidigare är att utbildningar ska granskas av IPULS<sup>134</sup>. Det är en kvalitetshöjning av utbildningen, då Lf nu kräver att alla utbildningsproducenter ska låta granska sina utbildningar av IPULS. Man ska kunna se eventuella sponsorer, företagshållare och deras bindningar. Detta ger en större transparens kring utbildningarna som industrin tillhandahåller, vilket är ytterligare en nyhet i avtalet. Den nya överenskommelsen genererar dock även nackdelar i form av att läkarna kommer att kunna gå miste om sin fortbildning. Gunilla Thörnwall Bergendahl är medveten om att pengar måste tas från landstingens ansträngda kassa för att täcka fortbildningskostnader, och det finns diskussioner ute i landstingen redan nu om hur man ska hantera frågan både finansiellt och praktiskt. Hon menar vidare att det inte bara handlar om att få fram pengar utan att hjälpa verksamhetschefer att klara av att prioritera vilka som ska få åka på utbildningar samt vilka krav som ska ställas på utbildningarna.

*”... förut har man bara kunnat skriva på papper och skicka iväg folk helt omotiverat.”*

Utbildningen har visserligen drabbat arbetstiden men kommer nu även att drabba klinikernas egna budgetar vilket innebär att man måste se över vilken personal man skickar iväg på ett

---

<sup>134</sup> Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige

helt annat sätt en tidigare. Detta leder följaktligen till att det kommer att bli en intern fråga hur man väljer att prioritera resurser framöver och hon tror att landstingen nog kommer att få en hel del att jobba med vad gäller detta.

*”Det är väl det stora frågetecknet som alla har: Hur kommer fortbildningen att se ut framöver och hur mycket resurser kommer landstingen att lägga in i det här. Men vi har inget val i det här läget, det handlar ju faktiskt om att få bort risken från vår personal, vi kan ju inte fortsätta att ta emot det här gratis helt enkelt.”*

Gunilla Thörnwall Bergendahl menar vidare att det inte alltid är så lätt att vara verksamhetschef i sjukvården där det finns många kollegor som är viljestarka. Hon understryker att det i många fall kan vara så att kollegan i rummet bredvid är en lika stor medicinsk auktoritet som en själv eller kanske till och med ännu större i vissa frågor, vilket medför att det inte alla gånger är så lätt att säga nej. Tanken är då att avtalet ska kunna fungera som ett instrument för verksamhetscheferna att kunna vara tydligare och i vissa fall åtminstone ha möjlighet att kunna skylla på avtalet eller landstingsförbundet.

### **Parternas mottagande och inställning till överenskommelsen**

Hur överenskommelsen har mottagits av olika parter är väldigt olika, menar Gunilla Thörnwall Bergendahl. I de flesta rapporter hon har mottagit är läkemedelsföretagen i stort sett positiva till den nya överenskommelsen. Det är en internationell trend med hårdare regler och de stora moderbolagen ligger på sina svenska bolag eftersom det även i andra länder förekommer diskussioner om etiken runt samarbetet mellan läkare och läkemedelsindustrin. För företagens del handlar det om deras anseende. På lägre nivå i företagen tror hon däremot att man är ganska frustrerad på grund av de nya spelreglerna, vilket innebär en helt ny arbetssituation för läkemedelskonsulterna. Gunilla Thörnwall Bergendahl menar att det är viktigt för företagen att öka sitt förtroende vilket hon poängterar i nedanstående uttalande:

*”...jag menar det har ju i flera års tid varit skottpengar på läkemedelsföretag inom massmedia och det handlar om deras förtroende hos centrala politiker och att de kan verka för de frågor som verkligen är viktiga för dem, det vill säga forskningen. De måste vara trovärdiga hos centrala beslutsfattare och om de utmålas som en bransch som är full av skumraskmetoder och oegentligheter så har de ju allt att förlora på det.”*

Landstingsledare och landstingsföreträdare har i mångt och mycket varit väldigt positiva till det nya avtalet och anser att det krävs striktare regler. Gunilla Thörnwall Bergendahl menar att läkare tenderar att känna sig överkörda av det nya avtalet när de nu inte själva bestämmer när, var och hur de ska träffa läkemedelskonsulenterna. Hon påpekar att det självklart gör ont att fråntas denna handlingsfrihet och dessa förmåner, men att grundtanken med detta är att cheferna ska veta vad man gör på jobbet och ge sitt godkännande till det. De tycker även att det är obehagligt att deras samarbete och hela deras yrkesroll med läkemedelsföretag kommer att ifrågasättas.

Läkarkåren upplevs av Gunilla Thörnwall Bergendahl som uppdelad i två grupper. Allmänläkarna är mer positivt inställda till de nya reglerna och anser att den nuvarande situationen inte kan fortgå. Inom primärvården tror hon snarare att merparten är mer negativt inställda då de oroar sig för sin fortbildning och att de inte ska få åka på internationella kongresser. Det har uppkommit irritation kring avtalet, men läkarförbundet är konsekventa och anser att de har en skyldighet att skydda sina medlemmar även om medlemmarna enligt Gunilla Thörnwall Bergendahl kanske inte inser det själva. Ett faktum är att den stora gruppen naturligtvis är väldigt rädda för hur utvecklingen kommer att fortgå. Läkarförbundet har även utarbetat egna etiska regler som är helt i linje med den nya överenskommelsen. Gunilla Thörnwall Bergendahl har uppmärksammat att få svenskar har deltagit på internationella kongresserna under hösten. Hon tror att det är ett utslag av att man befinner sig i en oklar situation och att avtalet ännu inte har trätt i kraft samt att verksamheterna i de flesta fall inte har fått sin utbildning än och att det råder en osäkerhet om vilken budget man kommer att ha nästa år. Gunilla Thörnwall Bergendahl tror dock att situationen kommer att vända.

Lf och LIF är överens om avtalets utformning trots att det finns saker de båda parterna har olika synpunkter på. Vad beträffar förmåner, ersättningar och oegentligheter är parterna enligt Gunilla Thörnwall Bergendahl rörande överens. Läkarförbundet ser avtalet som en möjlighet att landstingen äntligen tar ett större ansvar vad gäller läkarnas fortbildning och avsätter medel för detta. Även landstinget ser avtalet som något positivt då de inte vill att deras läkare ska bli ifrågasatta utifrån allmänhetens förtroende.

*"... vi vill ju inte höra att läkarkåren är en mutad kår som har en massa fuffens för sig, vi ska ju vara stolta över vår personal."*

Gunilla Thörnwall Bergendahl anser att båda parterna har nytta av den nya överenskommelsen och det är därför som både LIF och läkarförbundet har varit så oerhört eniga. Sammanfattningsvis menar hon att alla parter har att vinna på den nya överenskommelsen.

*"... det är inget konstigt att ens chef vet om att man har ett samarbete med ett läkemedelsföretag eller hur man träffas och umgås med leverantörer eller läkemedelsföretag på olika sätt. De kanske känner sig överkörda, det inkräktar på deras tidigare handlingsfrihet, men det är inte märkligare än att man går in till chefen och talar om att man tänker diskutera med detta företag om ditten och datten. Är det okej? Mer än så handlar det ju inte om. Det är ju rimligt att ens chef vet vad man håller på med på jobbet."*



## 5.2. HÅKAN MAND AHL, LÄKEMEDELSINDUSTRIFÖRENINGEN

---

### Organisation

Läkemedelsindustriföreningen, LIF, är en branschförening för forskande läkemedelsföretag som är verksamma i Sverige. LIF har ungefär 60 medlemsföretag som tillsammans stod för cirka 85 procent av den totala försäljningen av läkemedel i Sverige år 2004.<sup>135</sup> Föreningen har till uppgift att bland annat skapa goda förutsättningar för forskning och utveckling av läkemedel och ska dessutom verka för en god tillgång av läkemedel samt skapa en förståelse för läkemedlens betydelse för människors livskvalitet.<sup>136</sup>

### Intervjuperson

Håkan Mandahl, 63 år, vice VD på LIF där han har varit verksam sedan 1987.

### Intervjudatum

2004-12-03

---

### Huvudsyftet med överenskommelsen

Håkan Mandahl anser att huvudsyftet med den nya överenskommelsen är att läkemedelsindustrin och läkarkåren ska ha ett umgänge som inger respekt och som innebär att tredje man och media ska kunna lita på att det företagen sysslar med inte innehåller något som kan ifrågasättas ur en legal utgångspunkt. Håkan Mandahl poängterar:

*”De ska ju inte behöva vara rädda för oss, de ska ju ha respekt för och tro på vad vi gör: vetenskapligt och problemorienterat och ingenting annat.”*

### Tillämpning vid olika tidpunkter

Läkemedelsindustrin började tillämpa den nya överenskommelsen redan den första juli 2004 medan läkarkåren började tillämpa överenskommelsen, som avtalat, den första januari 2005. Håkan Mandahl menar att anledningen till att parterna började tillämpa överenskommelsen vid olika tidpunkter beror på att landstingen har en politisk process, vilket innebär att de måste förhandla fram de nya reglerna och gå igenom alla politiska nivåer. Detta hävdar dock Håkan Mandahl är en alldeles för lång tid för denna process. Ett av skälen till att LIF började tillämpa avtalet redan den första juli, är som Håkan Mandahl uttrycker det:

---

<sup>135</sup> <http://www.lif.se/Branschinformation/Dettalif.asp>

<sup>136</sup> LIF:s informationsmöten 2004

*”Om vi får reda på att det är förbjudet att stjäla kyrksilvret [...] kan vi inte säga att vi avvaktar ett halvår med att stjäla kyrksilvret, utan vi gör det omedelbart naturligtvis. Det är ingen byråkrati i den här meningen, som våra vänner landstingen [...], utan vi kan köra igång det där från en dag till en annan.”*

### **Tolkning av överenskommelsen**

Håkan Mandahl hävdar bestämt att det finns utrymme för tolkning. Han uttrycker en samstämmighet mellan honom och Gunilla Thörnwall Bergendahl:

*”Det finns alltså, man kan säga såhär egentligen att, Gunilla och jag, vi vet vad vi menade när vi skrev ett visst ord, men vi är nog de två enda som vet det. Och det är till och med så att när hon och jag diskuterar ord som vi har använt, så har vi skiljaktiga meningar... så menade inte jag när jag skrev det där, eller så menade inte jag när jag hörde det där.”*

Han menar således att upprättande av avtal alltid är svårt och att de [Gunilla Thörnwall Bergendahl och Håkan Mandahl] sällan kan täcka in alla situationer. Mandahl menar att det var likadant när det förra avtalet skrevs och menar att det inte är lätt att hitta ord som täcker alla situationer och beskriver allt på ett fullständigt sätt. Dessutom uppkommer det alltid nya situationer som man inte kan förutse. Enligt Håkan Mandahl, räknar LIF med att avtalet kommer att vara föremål för tolkning och klagörande en lång tid framöver. LIF belyser att de vill ha ett enhetligt regelsystem över hela landet, då det inte går att ha en situation där man får göra på ett sätt i ett landsting och på ett annat sätt i ett annat. Det är något som inte är bra, vare sig för industrins följsamhet eller för de läkare som förflyttar sig mellan olika delar i Sverige, något Mandahl tydligt påpekar:

*”... det absolut viktigaste är nu en enhetlig tillämpning och jag har varit i kontakt med de flesta landsting och sagt åt dem att nu ser ni till att inte hitta på några egna regler här.”*

Vad vidare gäller hur landstingen tillämpar avtalen skulle Håkan Mandahl vilja säga att de flesta nog kör på som vanligt fram till den första januari [2005] eftersom det ännu inte har kommit ut vägledande dokument i någon större utsträckning från landstingen.

### **Uppfattning om skillnader mellan den gamla och den nya överenskommelsen**

Enligt Håkan Mandahl är den stora skillnaden mellan den gamla och den nya överenskommelsen att de utbildningar som efterfrågas av vården i första hand ska emanera från sjukvårdshuvudmannen och att läkemedelsindustrin inte ska pusha för en viss utbildning.

*”Vi ska inte säga att vi har ett himla bra läkemedel och att vi vill utbilda om det, utan det ska komma som ett led inom läkarnas fortbildning och planeringsarbetet inom vården. När man diskuterar läkarnas fortbildning så ska man kunna säga att det här och det här vill jag lära mig mer om.”*

Håkan Mandahl menar att det endast finns fördelar med det nya avtalet och att de i annat fall inte hade undertecknat det. Det är en fördel att vården ska kunna anmäla sina behov och att

LIF sedan ska kunna tillgodose dem. Ytterligare en viktig skillnad från tidigare är enligt Håkan Mandahl den så kallade 50-procentsregeln. LIF har förstått att läkarkåren därför är mycket tveksamma till att de någonsin kommer att få tillgång till så mycket medel som den tidigare ordningen medgav.

### **Parternas mottagande och inställning till överenskommelsen**

Håkan Mandahl hävdar att läkemedelsföretagen troligtvis tycker att det är lite krångligt att förstå och tolka det nya avtalet, men att de dock generellt sett lägger ner mycket möda på att följa avtalet och är mycket lojala. Viljan att följa avtalet och göra rätt är påtaglig, men det finns ju alltid undantagsfall som exempelvis missuppfattningar och eftersläpningar. Vad vidare gäller konkurrens finns det en väldigt kraftfull bevakning konkurrenterna emellan. Alla bevakar varandra, vilket LIF får meddelande om. Läkarkåren har det däremot svårare av många olika skäl. För det första menar Håkan Mandahl att det är svårt att få ett sådant avtal att tränga ner i leden hos läkarna.

*”Man kan inte säga att varken Lf eller Läkarförbundet, i det förra avtalet, lade ner någon större möda på att föra ut det.”*

Det finns en skepsis bland läkare, speciellt de som jobbar inom primärvården, då de är rädda att de kommer att få en försämrad fortbildning på ett sådant dynamiskt område som läkemedelsområdet. Håkan Mandahl poängterar vikten av att hänga med i utvecklingen, då det ständigt sker saker och ting. Man måste följa med i forskning och nytillskott och inte hålla sig kvar i ett gammalt läkemedelssortiment. Håkan Mandahl menar, liksom Gunilla Thörnwall, att läkare tenderar att känna sig överkörda av de nya reglerna då de inte själva får bestämma när, var och hur de ska träffa konsulenterna. Han har uppfattningen om att det finns en ideologisk rörelse, där man anser att läkarna inte är kapabla att iaktta ett självständigt och kritiskt uppträdande gentemot industrin, en åsikt som Håkan Mandahl inte delar.

### 5.3. PERTTI ROLÖF, PFIZER

---

#### Organisation

Pfizer grundades år 1849 då de tyska kusinerna Carl Pfizer och Carl Erhart startade kemiföretaget Carl Pfizer & Company. I april 2004 gick de samman med Pharmacia. Pfizers huvudkontor är beläget i New York och de har verksamheter i cirka 150 olika länder och har cirka 120 000 medarbetare.<sup>137</sup> Huvudkontoret i Sverige ligger i Täby norr om Stockholm och där finns försäljningsorganisationen och verksamheten för klinisk forskning. Utöver detta har Pfizer även ett antal produktionsanläggningar runt om i Sverige.<sup>138</sup> Pfizers affärsidé är att utveckla och sälja originalläkemedel som bidrar till en ständigt förbättrad patientvård inom hälso- och sjukvården.<sup>139</sup>

#### Intervjuperson

Pertti Rolöf, 58 år, chef affärsetik. Innehar tjänsten sedan cirka ett halvår tillbaka. Pertti Rolöf har erfarenhet av branschen sedan början på 1970-talet.

#### Intervjudatum

2004-12-05

2005-01-19

---

#### Huvudsyftet med överenskommelsen

Enkelt uttryckt anser Pertti Rolöf att huvudsyftet är:

*"...att säkerställa parternas oberoende ställning och att bibehålla trovärdighet."*

#### Tillämpning och tolkning

Pertti Rolöf anser det vara olyckligt att avtalet började gälla vid olika tidpunkter för läkemedelsindustrin och läkarna och menar att:

*"...det ställde till med en hel del bekymmer för båda parter egentligen... då vi skulle börja att tillämpa en hel del regler redan nu som inte landstinget, alltså vår motpart då, inte var medvetna om att de fanns eftersom de inte hunnit få information och ingen utbildning heller om hur de ska hantera det... många inom landstinget blev lite irriterade på oss, på industrin, genom att de tyckte att det var att överreagera och att börja tillämpa något som de inte var medvetna om ens en gång."*

Generellt anser Pertti Rolöf att läkemedelsindustrins tidigare tillämpning av överenskommelsen ändå har ställt till med mer bekymmer än vad den varit till nytta. På frågan om han anser att den nya överenskommelsen ger utrymme för tolkning, svarar han

---

<sup>137</sup> [http://www.pfizer.se/templates/page\\_\\_\\_2124.aspx](http://www.pfizer.se/templates/page___2124.aspx)

<sup>138</sup> [http://www.pfizer.se/templates/page\\_\\_\\_4227.aspx](http://www.pfizer.se/templates/page___4227.aspx)

<sup>139</sup> [http://www.pfizer.se/templates/page\\_\\_\\_10995.aspx](http://www.pfizer.se/templates/page___10995.aspx)

kortfattat att så är fallet och att han tycker att det finns skrivningar som är otydliga. Dessutom påpekar han att landstingen är suveräna enheter och de kan besluta att inte följa överenskommelsen eller att tolka reglerna olika sinsemellan. Enligt Pertti Rolöf skulle det vara ett framtida mardrömsscenario om det uppstod lika många tolkningar som det finns landsting.

### **Positiva och negativa konsekvenser av överenskommelsen**

Pertti Rolöf har en grundläggande positiv syn på att det skapats en ny överenskommelse mellan parterna och att det kommer att bli klara riktlinjer för hur samarbetet skall hanteras. Han säger sig vara ganska säker på att kvaliteten på informationen från läkemedelsföretagen kommer att bli bättre. Pertti Rolöf ser även fördelar i form av att intresset för läkemedelskonsulenternas besök kommer att bli större och att kvaliteten på informationen kommer att förbättras.

Pertti Rolöf säger sig ha lättare att se nackdelarna med överenskommelsen då det blir betydligt svårare att få tillträde till kunderna. Åtminstone inledningsvis innebär överenskommelsen en ökad byråkrati och en begränsad möjlighet till kontakt med den enskilde läkaren då kommunikationen numera måste gå via huvudman. Han tror dessutom att läkarnas möjlighet till fortbildning kommer att minska då läkarna inte själva kan bestämma vilka utbildningar de vill gå på och att läkemedelsföretagen numera inte kan bjuda på hela utbildningar.

### **Relationen**

Rolöf anser att Pfizer har en stark relation till sina kunder men pekar även på att det är ett stort spektra. Pfizer har arbetat länge för att få en kontinuitet i kontakterna och anser att det viktiga är att bygga upp ett förtroende i dem. För att kunna göra det gäller det att ha tillgång till kunderna, något han menar kommer att bli svårare nu. Han tror även att många doktorer, åtminstone enskilt, är av uppfattningen att de tycker att det är värdefullt att träffa konsulenter.

Det som är klart negativt för relationen är om läkare byter konsulent ofta. Det kan vara förödande för relationen då det inte går att överföra en bra kontakt från en person till en annan. Det värsta som kan hända är enligt Rolöf därmed att personer blir väldigt korta tider på sina platser.

Frågan om vissa läkarrelationer är viktigare än andra anser han vara svår att svara på. Han säger dock att relationen med rena förskrivare är viktig och att det även är viktigt att ha en god kontakt med personer som kanske inte håller i pennan men som är opinionsbildare. Rolöf anser sig dock ha svårt att direkt säga huruvida den ena kontakten är mer värd än den andra.

Rolöf tror att den nya överenskommelsen kommer att tydliggöra vad läkemedelsföretagen får och inte får göra, något han hävdar kommer leda till en mycket större förståelse mellan parterna i relationen. Generellt tror han dock inte att relationen till kunderna kommer att stärkas. Men genom att det blir mer kontakt med sjukvårdshuvudmän och kanske även med politiker som de inte haft kontakt med tidigare kommer det att knytas nya kontakter. Därmed

menar Rolöf att de kommer att komma in i landstingens organisation på ett annat sätt nu och därmed stärka relationen på det planet. Men med läkarkåren och den vårdande personalen kan han å andra sidan inte se att relationen stärks.

### **Etiskt handlande**

På Pfizer har det gjorts ett affärsetisktdokument som gäller alla anställda. Detta anger, enligt Pertti Rolöf, tydligt och klart vad personalen får göra och vad de inte får göra. I detta finns riktlinjer för olika typer av möten och sammankomster och hur personalen ska agera när de representerar företaget. Den här typen av dokument har funnits tidigare men har justerats och förtydligats med den nya överenskommelsen, vilket Rolöf menar har gjort det lättare för alla. Pfizer har även en etisk kommitté vars uppgift består i att säkerställa att ett etiskt handlingssätt uppnås både på kort och lång sikt. Han påpekar vidare att detta är något Pfizer gjort helt på egen hand och att något samarbete beträffande den här typen av dokument inte förekommer mellan olika läkemedelsföretag.

*”...varje företag får välja sin egen väg och vi har valt den här vägen att vara väldigt, väldigt strikta och att följa alla avtal, både nationella och lokala avtal och överenskommelser och regler.”*

Detta har man gjort för att med en god marginal hålla sig innanför gränserna för vad som är tillåtet. Pertti Rolöf poängterar att det skett en tydlig förändring i arbetssättet i och med den nya överenskommelsen.

### **Förtroende**

Pertti Rolöf har svårt att svara på vad Pfizer gör för att skapa lojalitet i en relation och menar dessutom att lojalitet inte riktigt är rätt ord. Det han hävdar är viktigt för relationen är att genom handling visa att de verkligen lever upp till överenskommelsen och sina egna etiska affärsregler och på detta sätt visa att de är schyssta och rättvisa.

*”... det finns ju inga genvägar här, utan nu måste vi följa det vi har satt igång och visa i handling att vi verkligen gör det också.”*

På frågan om Pfizer åtnjuter förtroende från allmänheten svarar han inledningsvis att det är svårt att riktigt veta i dagens läge men fortsätter sedan öppenjärtigt:

*”Pfizer lika väl som alla andra [läkemedels]företag har ett ganska lågt förtroende hos allmänheten. Och det har ju inte blivit bättre av att det har skrivits en del om företagets agerande i samband med detta, att en del företag inte har följt avtalsintentioner och så vidare.”*

Det är en lång process att vinna allmänhetens förtroende säger han vidare och tillägger att det inte verkar finnas någon hjälp att få av media utan snarare tvärtom. Men det är viktigt för Pfizer att ha allmänhetens förtroende så att det även finns ett förtroende för företagets produkter så att dessa skall komma till användning på rätt sätt. Felaktig användning menar

Pertti Rolöf kan skada både patient och produkt. Då det är viktigt att ha allmänhetens förtroende hoppas han naturligtvis att de nya spelreglerna ska påverka förtroendet till det bättre.

*”...så att de inte tycker att vi är några bovar som bara vill sälja så mycket som möjligt.”*

### **Efterlevnad**

På frågan om vad han anser om efterlevnaden av de nya reglerna från industrins sida säger Rolöf att LIF:s ambition naturligtvis är att se till att alla medlemsföretag kommer att efterleva reglerna ordentligt. Vad beträffar Pfizer menar han att de har gjort stora ansträngningar på området redan långt innan den nya överenskommelsen blev påskriven och att de även, som tidigare nämnts, tagit fram egna etiska riktlinjer för hur situationen skall hanteras.

## 5.4. ANNE-CHARLOTTE KNUTSSON, ASTRAZENECA

---

### Organisation

Astra AB grundades 1913 och hade då sitt huvudkontor i Södertälje.<sup>140</sup> Astra och Zeneca gick ihop genom en fusion år 1999 och bildade då AstraZeneca PLC.<sup>141</sup> AstraZeneca PLC har sitt huvudkontor i London men forskning och utveckling leds från Sverige. Företaget har försäljning i över 100 länder, produktion i 20 länder och större forskningsenheter i sju länder. Företaget sysselsätter sammanlagt 60 000 medarbetare i hela världen.<sup>142</sup> AstraZenecas affärsidé är att skapa ett långsiktigt värde för samhället och sina aktieägare genom att upptäcka, utveckla, tillverka och marknadsföra olika läkemedel som konkret bidrar till att förbättra människors hälsa.<sup>143</sup>

### Intervjuperson

Anne-Charlotte Knutsson, 48 år, informationschef, AstraZeneca. Hon har jobbat på AstraZeneca under många år med såväl försäljning som marknadsföring.

### Intervjudatum

2004-12-14

2005-01-21

---

### Huvudsyftet med överenskommelsen

Anne-Charlotte Knutsson menar att det är väldigt viktigt med ett tydligt regelverk i en relation, där ena parten är privat och den andra offentlig, eftersom det föreligger speciella risker i ett sådant samarbete. Hon menar att huvudsyftet med den nya överenskommelsen är att ge en tydlig information till vården om läkemedel och regleringar om hur detta ska ske, samt en reglering av den etiska biten om mutor och bestickning.

### Tillämpning och tolkning

Att överenskommelsen börjat gälla vid olika tidpunkter för industrin och för landstingen anser Anne-Charlotte Knutsson vara ett bekymmer. Anledningen till detta menar hon är att industrin försökt efterleva avtalet men att läkarkåren inte kunnat det. Detta har gjort att man har pratat om olika saker, vilket rent praktiskt inneburit ett bekymmer. Vid intervjun berättade vi att andra intervjupersoner uttryckt det som att det har varit ett halvår av kaos, något som Anne-Charlotte Knutsson var beredd att hålla med om. Hon tillägger sedan att kaoset troligtvis ändå skulle uppstå vid något annat tillfälle, oavsett tidpunkten för tillämpningen. Vi inflikade då att vissa positiva effekter kan uppstå under övergångsperioden i form av att det exempelvis görs ett tolkningsdokument under tiden där man drar nytta av de frågor som framkommer under

---

<sup>140</sup> <http://www.astrazeneca.se/omoss/historia2.asp>

<sup>141</sup> <http://www.astrazeneca.se/omoss/historia1.asp>

<sup>142</sup> <http://www.astrazeneca.se/omoss/tvahundraord.asp>

<sup>143</sup> <http://www.hassle.com/omoss/affarside.asp>



tiden. Hon håller med om att detta är positivt och syftar på att det gör att parterna får tolkningar som fungerar i praktiken. Hon uttrycker dessutom sin förståelse för att landstingen ville vänta med tillämpningen då det fanns för liten kunskap om överenskommelsen hos deras personal. Samtidigt menar hon att industrin inte kunde leva i något slags vakuum under den här tiden, utan att de var tvungna att börja efterleva det direkt. Hon anser vidare att relationen nu blir bättre och bättre och att det börjar bli ordning och reda i de flesta landsting även om vissa landsting ännu inte riktigt kommit fram till hur man vill ha det.

Anne-Charlotte Knutsson har uppfattningen att en del landsting har tänkt göra egna tolkningar utöver det generella avtalet som nu skrivits på och ser inte detta som något positivt. Det försvårar med olika regler och det kan vara väldigt svårt om olika landsting som ligger sida vid sida har olika tolkningar, vilket sedan avspeglar sig i relationen genom att vissa landsting inte vill ta emot besök av läkemedelskonsulenter. Detta hävdar hon blir väldigt krångligt.

### **Positiva och negativa konsekvenser av överenskommelsen**

Beträffande den nya överenskommelsen är Anne-Charlotte Knutsson klart positiv och poängterar att det är väldigt viktigt med dialogen och samverkan mellan parterna för att få en diskussion kring överföringen av kunskap om läkemedel till vården.

*”Jag tycker det är jättebra att det finns ett tydligt avtal. Det är oerhört positivt och oerhört viktigt att relationerna regleras på ett tydligt sätt. Det är också positivt att man i inledningen på avtalet verkligen betonar att det är viktigt att de här två parterna samarbetar.”*

Anne-Charlotte Knutsson har en förhoppning om att relationen mellan industrin och läkarkåren nu ska bli tydligare och att ett mer affärsmässigt förhållande ska råda mellan parterna. På frågan om vad hon menar med mer affärsmässigt replikerar hon att båda parter nu är medvetna om vad det här avtalet innebär. Tidigare har det enligt Anne-Charlotte Knutsson varit så att kunskapen om avtalet nog varit större hos läkemedelsföretagen och att man från landstingens sida gjort lite mer efter eget huvud. Med den nya överenskommelsen hoppas hon att båda parter ska vara bättre pålästa, vilket skulle göra relationen mer affärsmässig.

Vad beträffar de negativa konsekvenserna som kan uppstå i och med den nya överenskommelsen nämner hon ett antal aspekter. Långsiktigt ser Anne-Charlotte Knutsson den svenska sjukvården som förlorare då hon ser risken i att det under många år kommer att finnas ett antal läkare som inte får en bra fortbildning. Detta med anledning av att läkemedelsföretagen endast får bekosta en viss del av utbildningsresor. Hon pekar samtidigt på att det inte finns pengar eller system uppbyggda inom landstinget för detta. Anne-Charlotte Knutsson ställer sig inte heller helt positiv till att alla kontakter skall gå via sjukvårdshuvudmannen. Hon tycker att det är ett krångligt system och gör liknelsen att hon låter sina medarbetare träffa externa försäljare och partners utan hennes godkännande vid varje tillfälle.

Anne-Charlotte Knutsson tycker även att relationen påverkas negativt av regleringarna i den bemärkelsen att parterna nu får svårt att träffa varandra. Detta gör att dialogen med utbyte av

kunskap inte kan komma till stånd, vilket är negativt för såväl företaget, sjukvården som för patienterna. För att denna dialog och utbyte av kunskap ska vara så fruktsam som möjligt är det bra om man känner varandra och har träffats förut och har förtroende för varandra, menar Anne-Charlotte Knutsson. Ytterligare en negativ faktor skulle, enligt Anne-Charlotte Knutsson, kunna vara att man inte får en bra följsamhet till de uppsatta reglerna. Hon belyser även att det är av stor betydelse för relationen att man får en god kunskap från både läkemedelsindustrin och sjukvården om överenskommelsen, då det är ytterligare en aspekt för att skapa professionella kontakter.

Beträffande hur läkarkåren uppfattar de nya reglerna tror hon att det finns skilda meningar. Det finns dels de som anser att det är byråkratiskt och som funderar över sin fortsatta utbildning, dels de som tycker att det är bra att relationen är tydligt reglerad. Hon tillägger dock att det enligt hennes mening är den första gruppen som är klart störst.

### **Relationen**

Det Anne-Charlotte Knutsson framförallt vill framhålla beträffande relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren är uppbyggandet av goda relationer. Hon säger vidare att det därför är väldigt viktigt för AstraZeneca att kunna presentera ny data kring sina produkter men även att få tillbaka information om hur det fungerar i praktiken med användningen av läkemedel. För att detta ska kunna fungera krävs ett givande och tagande och en ömsesidig respekt mellan parterna.

På frågan om det finns personliga, sociala kopplingar utöver den rent professionella mellan medarbetare [konsulenter] på AstraZeneca och läkare svarar Anne-Charlotte Knutsson bestämt nej. Hon vill beskriva relationen som professionell där det sker ett utbyte av kunskap. En personlig relation ser hon som en relation där parterna pratar om personliga saker och gör saker ihop och det menar hon att det inte är tal om.

Hon menade vidare att det var betydelsefullt att ha en direktkontakt mellan läkare och läkemedelsindustrin för att kunna prata om nya läkemedel, hur de används samt vad det finns för dokumentation och säkerhet kring dem.

*”... det tror jag är viktigt att göra i direktkontakt och inte mellan mellanhänder.”*

Då sjukvården är en offentlig verksamhet medan läkemedelsindustrin är privat, innebär det att parterna kan ha olika mål med relationen. Vi tog upp vårt påstående och frågade vidare Anne-Charlotte Knutsson om hon trodde att det skulle kunna ha någon inverkan på relation. Hennes svar blev att hon inte trodde att skillnaden skulle vara så stor om man hade privat sjukvård eftersom hon anser att man även där har ett samhällsekonomiskt ansvar. Det hon anser är överskuggande är att det även finns ett gemensamt mål, vilket består i att ge bra sjukvård och bra produkter till patienten.

*”... det gynnar sjukvården men det ger även vinst tillbaka till våra ägare så att säga. Jag kan inte säga att det finns något motsatsförhållande där. Inte på en väl reglerad marknad.”*

Avslutningsvis ställde vi frågan om hon ansåg att relationen kommer att stärkas med det nya avtalet. Anne-Charlotte Knutsson menade att så inte var fallet, men att det troligen skulle innebära att man får ett mer professionellt samarbete.

### **Etiskt handlande**

Då vi frågade vad AstraZeneca gör som företag för att agera etiskt och moraliskt korrekt, svarade Anne-Charlotte Knutsson att de för det första alltid håller kontinuerliga utbildningar till deras medarbetare om gällande regelverk och avtal. Dessutom har de både ett eget utarbetat etiskt regelverk och en egen försäljnings- och marknadsföringspraxis. Utöver detta har de även bildat ett eget praxisråd där man kan diskutera frågor som ibland kan tyckas hamna i en gråzon. Hon sammanfattar sedan sina åsikter och menar att det framförallt är tre delar som är betydelsefulla för det etiska och moraliska agerandet på AstraZeneca.

*”... godkännandet av processerna som vi har, kontinuerlig utbildning och slutligen praxisrådet. Det tror jag är huvuddelarna som gör att vi känner att vi kan följa detta.”*

Vi fortsatte sedan diskussionen genom att fråga om hon hade sett några förändringar rent etiskt och moraliskt sedan den nya överenskommelsen upprättades. Hon poängterar att deras processer och etiska delar har funnits länge. Hon erkänner samtidigt att nu när LIF har tagit en mer aktiv roll i det hela har det även lett till att de som företag jobbar mycket mer aktivt med de moraliska och etiska frågorna. Det kan exemplifieras genom ett ökat antal utbildningar och en mycket större fokusering på frågor av sådan karaktär. Hon kan däremot inte bedöma om etiken har förändrats eller inte och fortsätter vidare att man inte.

### **Förtroende**

Anne-Charlotte Knutsson tror att den nya överenskommelsen kommer att öka förtroendet parterna emellan eftersom det nu är första gången avtalet diskuteras hos båda parterna. Detta tror hon skapar en öppenhet och tydlighet i vad man kan göra och vad man inte kan göra.

Efter att ha ställt ett antal frågor rörande förtroende övergick vi till att fråga hur AstraZeneca gör för att skapa lojalitet i en relation. Anne-Charlotte Knutsson började med att berätta att de lägger ned mycket tid på att ge en bra information om deras läkemedel. Då de jobbar med läkemedel som de själva har forskat fram har de väldigt mycket kunskap inom dessa områden. Deras grundmål är sedan att dela med sig av detta till sjukvården.

*”... det är ju vårt viktigaste sätt att på något vis skapa, jag skulle inte kalla det lojalitet, utan jag kallar det nog ett förtroende, ute i läkarkåren. Det måste bygga på att man ger en bra och allsidig beskrivning av det som vi har kunskap om, öppenhet med både positiva och negativa effekter.”*

Vi fortsatte sedan intervjun med att ställa ett antal frågor rörande allmänhetens förtroende. Anne-Charlotte Knutsson anser att det idag kan finnas en viss ökad oro bland allmänheten när det diskuteras säkerhet, biverkningar och tillbakadragandet av läkemedel från marknaden, vilket kan bidra till ett minskat förtroende. Hon betonar dock att det i alla fall finns ett

grundförtroende för AstraZeneca hos allmänheten. Hon menar vidare att det är oerhört viktigt att ha allmänhetens förtroende eftersom deras mål är att tillsammans med sjukvården göra människor friska och ge hälsa till befolkningen. Hon fortsätter:

*”... det är ju faktiskt vårt mål och ska man göra det så krävs det förstås att vi jobbar professionellt med sjukvården men också att vi har ett förtroende från dem som ska äta våra mediciner. Självklart det är jätteviktigt!”*

På frågan om hon anser att det nya avtalet kan påverka allmänhetens förtroende svarade hon att hon tror att så är fallet. Hon fortsätter med att säga att hon tror att allmänheten ibland har fått intrycket att relationen mellan läkemedelsindustrin och sjukvården har varit värre än vad fallet egentligen har varit. Det nya regelverket som har satt fokus och ytterligare stramat åt detta kommer att ha väldigt positivt verkningar i och med att det numera blir en öppenhet i hur parterna arbetar tillsammans. Avslutningsvis säger Anne-Charlotte Knutsson att allmänhetens förtroende troligtvis kommer att stärkas av att man diskuterar det här och att det nu finns en tydlighet och öppenhet kring dessa frågor.

Då vi berättade att vår uppfattning om den gamla överenskommelsen var att den inte alltid efterföljdes ville Anne-Charlotte Knutsson inledningsvis inte hålla med, för att i nästa sekund tillägga att den kanske inte efterföljdes så noga eftersom den inte var känd. Hon tror inte att man varken från landstingssidan eller på alla läkemedelsföretag hade avtalet som en hög prioritet, men att parterna nu lever i en annan tidsanda. Den nya tidsandan har gjort att det helt plötsligt har blivit oerhört viktigt för läkemedelsföretagen och att det står väldigt högt i prioritet på LIF:s agenda. Även Landstingen och Landstingsförbundet vill reglera det här väldigt noggrant, något som Anne-Charlotte Knutsson tror beror på att man är ekonomiskt pressad inom vården. Hon menar att dessa faktorer utgör starka incitament för att den nya överenskommelsen kommer att följas bättre än den gamla.

### **Efterlevnad**

Anne-Charlotte Knutsson anser att industrins efterlevnad av reglerna idag är god och till och med mycket god. Hon tycker även att det finns väldigt stora incitament att följa överenskommelsen från båda parter vilket framförallt härrör sig från omvärldens diskussion kring mutor, bestickning, etik och liknande. Det hon anser vara det största incitamentet för att följa överenskommelsen är att man inte vill bli ett nytt Skandia eller Systembolag.

## 5.5. XX, LÄKARE

---

### Organisation

Lunds Universitetssjukhus

### Intervjuperson

XX, 50 år, specialistläkare

### Interjvudatum

2005-01-25

---

### Huvudsyftet med överenskommelsen

Beträffande huvudsyftet med de nya reglerna ser han dem som ett försök att strama upp kontakterna. Detta menar han är en konsekvens av de olika mutvarianter som förekommit i samband med Systembolagsaffären.

### Positiva och negativa konsekvenser av överenskommelsen

XX säger sig endast kunna se effekterna av överenskommelsen inom sitt eget område och det han ser som positivt är den uppstramning av reglerna, som innebär att branschen bestämmer sig för hur samarbetet ska gå till. Förutom att alla vet ungefär vad det är som gäller ser han inga uppenbara fördelar av överenskommelsen utan tycker att den praxis som fanns fungerade tillfredställande. XX menar på att man tränat sig sen barnsben på att tänka kritiskt i den typen av situationer som föreligger mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren och poängterar att om man är väl medveten om hur det ligger till kan man hålla påtryckningar och reklam ifrån sig.

Vi berättade att vi fått en uppfattning att läkare tenderar att känna sig överkörda av de nya reglerna med anledning av att de inte längre själva får bestämma när, var och hur de ska träffa läkemedelskonsulenter. XX svarade då att eftersom han arbetar i en grupp har de inte haft den typen av enskilda kontakter med läkemedelsindustrin, utan att de istället blivit kontaktade som grupp.

*”Men det är klart att som grupp känner man sig lite misstänkliggjord, man känner sig lite som en mutkolv när debatten kommer upp. Det känns ju som ju som sagt som att man inte spelar med schyssta regler, men det har vi ju gjort redan innan. Men fördelen med de nya reglerna är väl att man kan strama upp det hela, riskerna är som sagt att det blir en stelhet och rigiditet i systemet.”*

Att möten med representanter från läkemedelsindustrin nu företrädesvis ska ske i grupp ser XX inga nackdelar med. En liten grupp där alla ligger på samma nivå anser han vara bra då det ofta ger en bra och kreativ diskussion. Stora grupper med många yrkeskategorier

representerade och där kunskapsnivån är kraftigt varierad ser han personligen mindre vits med.

På frågan om den nya överenskommelsen kommer att förändra den kontakt han har med industrin idag uttrycker han sig som följer:

*”Den har ju inte hunnit verka så hemskt länge, man började tillämpa dem [reglerna] lite lätt under hösten här. Skillnaden är väl att det är lite mer upporganiserat, annars är väl de huvudsakliga kontakterna ungefär de samma.”*

XX har märkt av de nya reglerna genom att kontakten nu blir bökgigare och krångligare. På grund av att läkemedelsindustrin numera är tvungen att gå via mellanhänder tar allting mycket längre tid och han menar att alla för närvarande är lite avvaktande. Det han är mest orolig för är emellertid att chansen till bra vidareutbildning kommer att minska kraftigt i Landstingets regi.

*”Det fältet som jag jobbar med utvecklas ju så oerhört snabbt [...] så det är oerhört viktigt för oss att vi kan uppdateras flera gånger per år.”*

Generellt under intervjun uttrycker XX en skepsis mot de nya reglerna som han anser innebär mindre flexibilitet, ökad byråkrati och att allting nu blir, som han säger, mer ”storebrorskontrollerat”.

### **Fortbildning**

Vi frågade XX om han tror att olika läkargrupper kunde påverkas olika av den nya överenskommelsen. XX menade då på att:

*”... en hel del av medicinska vetenskapen är ju ganska stabil, det händer inte så mycket på 10-20 år. Och där hinner ju litteraturen [...] med på ett annat sätt än om du jobbar på ett fält som utvecklas oerhört snabbt. [...] så för den som arbetar inom spetsteknologi [...], det är ju där riskerna med försämrade utbildning är som störst. Det är där du får svårare att hänga med om du inte snabbt får tillgång till de senaste rönen.”*

XX tror inte att Landstinget är medvetna om vare sig behovet eller kostnaden för den här vidareutbildningen. I en stramare ekonomi är han övertygad om att den kommer att bortprioriteras trots att landstingen mycket väl är medvetna om vikten av kontakten mellan läkemedelsindustrin och doktorerna. Landstingen har enligt hans åsikt tyckt att det varit jättebra att de sluppit stå för utbildningar och han tror inte att de kommer att klara av att göra det nu eftersom de inte är tillräckligt flexibla.

### **Förtroende**

XX känner för egen del förtroende för läkemedelsindustrin och tror inte att den nya överenskommelsen kommer att påverka förtroendet. På frågan om han betraktar sig som lojal i någon relation till ett läkemedelsföretag svarar han att det industrin levererar till den

verksamheten han arbetar inom inte är läkemedel utan främst dyrbar teknisk utrustning. XX beskriver relationen som en vanlig affärsrelation där han föredrar att göra affärer med företag som levererar rätt saker vid rätt tidpunkt. Han vill således inte betrakta sig som lojal i någon relation till läkemedelsföretag.

*”Jag är inte lojal så, utan man går till den som har den bästa prylen helt enkelt till vettigaste pris. Och det kan byta väldigt fort.”*

XX kritiserar det sätt på vilket förändringen gått till och ifrågasätter hur det kommer att organiseras i framtiden. Han ser en risk med att landstingen kommer att lösa frågan på olika sätt, vilket leder till många oklarheter. XX anser att det gamla systemet var bättre på sitt sätt när landstingen ställde upp med lön, reseersättning och tjänstledighet och att läkemedelsindustrin stod för resten. Läkemedelsindustrin är professionella och har de internationella kontakterna, vilket han menar gör att de bättre kan organisera kurserna.

På frågan om XX anser att allmänhetens förtroende påverkats av den allmänna debatten kring mutanklagelser och om den nya överenskommelsen kan ha någon påverkan på förtroendet för läkare svarar han:

*”... det har väl egentligen inte varit någon allmän debatt ute i dagspress och så. Skulle nu den här överenskommelsen ha någon påverkan så skulle det väl i så fall vara en viss förbättring. Men jag tror inte ens att det har varit så mycket diskussioner, jag vet inte.”*

Avslutningsvis ställde vi frågan om hur XX uppfattade att tongångarna kring överenskommelsen är bland hans kollegor. Han svarade då att den allmänna uppfattningen bland de som arbetar i hans egen grupp är motsvarande hans egen.

*”Man tycker kanske att, okej, det är väl bra om man har regler men att det är ganska upprörande att man bestämmer sig för ett nytt sätt att sköta vår vidareutbildning utan att man har vare sig finansiering eller något sådant klart.”*

### **Efterlevnad**

När vi frågade honom vad han tycker talar för att den nya överenskommelsen kommer att efterlevas bättre än det gamla avtalet, svarade han att han inte vet eftersom han inte har exakt ordagrann koll på det gamla avtalet. XX menar vidare att det nya avtalet kommer att fungera bättre om det är tydligt och inte alltför rigitt och att det finns en viss flexibilitet. Vi ställde vidare en följdfråga huruvida han tror att den allmänna samhällstrenden och debatten i media kring mutaffärer kan påverka efterlevnaden, varpå han svarade att det är möjligt att det finns en sådan påverkan. Detta menar han dock fanns redan tidigare och att marknaden delvis var självsanerad. XX kan mycket väl tänka sig att en del personer påverkas eller utnyttjar systemet men att den stora majoriteten agerar på ett schysst sätt.

## 5.6. NN, LÄKARE

---

### Organisation

Vårdcentral, Östergötland

### Intervjuperson

NN. Ålder 50+, Allmänpraktiserande läkare.

### Intervjudatum

2005-01-28

---

### Huvudsyftet med överenskommelsen

NN menar att huvudsyftet med den nya överenskommelsen är:

*"... att läkare, liksom andra i samhället, inte bör låta muta sig så att man köper en sämre produkt."*

### Positiva och negativa konsekvenser

NN anser att reglerna i sig är vettiga och till största del bra. Den stora skillnaden med den nya överenskommelsen är, enligt NN, att det i princip inte kommer att vara några enskilda kontakter och att alla inbjudningar skall gå via huvudman. Fördelar med överenskommelsen är enligt NN kostnadsbesparingar för läkemedelsföretagen och att det kommer att bli en återhållande faktor för utskrivning av onödigt dyra läkemedel. I samband med detta tar NN upp ett annat enligt honom stort fel med läkemedelsbolagens informationsutbud. Han syftar då på att det finns en stor snedvridning av information mot dyrare läkemedel av den typen som används av patienter år efter år.

Beträffande att alla informationsmöten numera ska ske i grupp och ifall NN kan se några för- eller nackdelar med detta poängterade han först att det är bra för att det drar ner misstänksamheten kring vad som sker på mötena, om det överräckes presenter eller liknande. Dessutom är det bra att det blir mindre spring och bortfall av arbetstid trots att dessa enskilda möten endast rör sig om fem till tio minuters samtal. Detta tycker NN ändå är för mycket och säger vidare att det i hans fall rört sig om ett eller två sådana här besök i månaden. Vi frågade NN om han trodde att det möjligtvis kunde utgöra en hämmande faktor på möten då de nu ska äga rum i grupp och om det eventuellt finns frågor som man helst inte ställer inför sina kollegor. NN svarade att det nog kan vara så att det finns frågor som man helst inte vill ställa inför sina kollegor men att han även kan se fördelar med gruppmöten eftersom det blir en diskussion som kan vara givande.

Enligt NN medför den nya överenskommelsen likväl negativa biverkningar. Landstingen har lagt ner oerhört lite pengar på vidareutbildning och nu när läkemedelsindustrin inte längre får betala lika mycket kommer det att bli ett tomrum.



*”... det har blivit mindre utbildning och utbildning med så mycket krångel att folk inte åker. Det ska godkännas från höger och vänster, och det ska godkännas av verksamhetschefen vissa saker och det ska godkännas högre upp.”*

### **Fortbildning**

NN ser stora följder för läkarnas fortbildning av den nya överenskommelsen. En möjlig positiv följd är om verksamhetschefen nu får bättre koll på den enskildes utbildningsbehov och därmed kan fördela fortbildningen bland personalen bättre. NN anknyter här till tidigare svar där han menar att en kohandel mellan läkemedelsindustrin och den offentliga vården hade varit bra. Istället för att industrin bjuder på utlandsresor önskar NN att de nu kunde lägga pengarna på information om de läkemedel som varken är storsäljare eller särskilt lukrativa för företagen men som det likväl behövs information om. NN säger vidare att tongångarna bland hans kolleger är ungefär samma som han framfört tidigare, det vill säga att man i allmänhet är missnöjd med att landstingen inte har tagit konsekvensen av överenskommelsen och att det kommer att ske ett bortfall av utbildning.

### **Förtroende**

Beträffande förtroendet för läkemedelsindustrin uttrycker sig NN enligt följande:

*”Jag kan säga att jag alltid haft mycket stor skepsis för vad representanterna säger och det är ofta när de säger saker som man liksom sneglar på varandra med lite road glimt, men av diplomatiska skäl inte alltid munhuggs tillbaka.”*

NN fortsätter med att berätta att det är mycket att tänka på vid värdering av information som ges via läkemedelsföretagens representanter. Exempelvis tar han upp publiceringsaspekten och den publiceringsbias som finns för läkemedel. Det är sällan negativa resultat blir publicerade och detta är läkemedelsindustrin oftast skyldiga till. Dessutom vill man sällan jämföra sig med varandra utan jämför hellre med placebopreparat. Vidare säger han att det finns ett företag, som han inte vill nämna, men som varit väldigt påträngande i sin marknadsföring och som han känner direkt avsmak för.

Vi frågade NN om han skulle vilja betrakta sig som lojal i någon relation till ett läkemedelsföretag varpå NN svarade att han skulle kunna betrakta sig som lojal i vissa hänseenden. Han poängterade att detta inte är på ett personligt utan på ett yrkesmässigt plan och sade vidare att de flesta läkemedelsrepresentanter är rätt påflugna och opersonliga. NN upplever i vissa situationer läkemedelskonsulenternas vänlighet som påklistrad och falsk. Han föredrar ett ärligt och sympatiskt uppträdande från läkemedelsrepresentanterna som har förståelse för hans arbetssituation.

*”... jag tycker främst att det är det här med de personliga egenskaperna hos representanterna som avgör hur mycket tid man vill avsätta för den.”*

NN tror att, såvida det inte hittas nya kryphål, kan den nya överenskommelsen få en positiv effekt på förtroendet för läkare från allmänheten. Om förtroendet förändrats på grund av

debatten som förts i massmedia vill NN dock inte uttala sig då han inte anser sig kunna avläsa detta.

### **Efterlevnad**

Beträffande efterlevnaden av den nya överenskommelsen anser NN att den nog kommer att göra viss skillnad för relationen men kommenterar att:

*”... det är alltid så att om det kommer nya regler så kommer det även nya kryphål. Och en del utnyttjar sådant och andra gör det inte. Med det gamla var det ju så liberalt att man behövde ju liksom inte utnyttja några kryphål direkt för att låta sig mutas, om man ska uttrycka det så, eller bli misstänkt för det i alla fall.”*

Att media bevakat relationen och att det finns en aktiv granskning tror NN kommer att påverka att reglerna efterlevs bättre. Läkarna har blivit en målgrupp som media gärna ”skjuter in sig på” vilket han tycker är befogat.

*”Och ska man ha sådana här regler då är det ju väldigt viktigt att de granskas för att annars så är det ju så att de med sämre moral utnyttjar kryphål eller smyger med det ena och det andra. Det blir ju orättvis och dessutom ojämna fördelning av den vidareutbildning som det faktiskt innefattar.”*

## 5.7. MATTS WENDEL, SJUKHUSJURIST

---

### Organisation

Lunds Universitetssjukhus

### Intervjuperson

Matts Wendel, 58 år, är anställd jurist på Lunds universitetssjukhus sedan 1977. Han är verksam inom hälso- och sjukvårdsfrågor, sekretess, avtal samt ansvarig för upphandlingar som görs och fungerar som en slags allmän rådgivare i olika juridiska frågor.

### Interjvudatum

2004-12-15

---

### Huvudsyftet med överenskommelsen

Enligt Matts Wendel är syftet med den nya överenskommelsen:

*”... att undvika att både läkemedelsindustrin och enskilda läkare hamnar i situationer där det kan bli aktuellt att diskutera om man gör sig skyldig till något brottsligt eller inte, och huvudsyftet är klart att reglera samverkansformerna på ett sådant sätt att man helt enkelt undviker den typen av situationer.”*

### Bakgrund till överenskommelsen

Matts Wendel skulle vilja svara både ja och nej på frågan om det behövdes en ny överenskommelse mellan parterna och menar att det gamla avtalet nog hade kunnat vara tillräckligt om det hade tillämpats fullt ut. Ett av de tyngsta skälen till att det gjordes en ny överenskommelse är enligt honom alla de skandaler och mutaffärer som dök upp i framförallt Systembolaget. Wendel menar att detta gjorde att det blev en större fokusering på samarbetet mellan halvoffentliga/offentliga myndigheter och privata intressen, vilket gjorde att relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare började ifrågasättas. Detta menar han gjorde att parterna kanske kände sig tvungna att se över överenskommelsen och att den nya överenskommelsen måste ses mot bakgrund av den allmänna debatten. På det sättet anser han att avtalet behövde förnyas men frågan om hur mycket missbruk av det gamla avtalet som egentligen förekom vill han låta vara osagt och påpekar vidare att några konkreta fall så vitt han vet inte finns att ta på.

### Tillämpning och tolkning

Enligt Matts Wendel finns det ett startdatum för den nya överenskommelsen men det som hände var att läkemedelsindustrin ensidigt sa att de skulle börja tillämpa den direkt. Han har uppfattat det som ett helt eget initiativ från deras sida och att de ansåg att det inte fanns någon anledning att vänta till årsskiftet då den formellt träder i kraft.

På frågan ifall han anser att det finns utrymme för tolkningar svarar Matts Wendel att:

*”... det existerar ju inga perfekta avtal, det perfekta avtalet är fortfarande inte skrivet så att påstå att det är glasklart i alla avseenden det kan man inte göra utan klart finns det utrymme för tolkningar i ett sådant här avtal.”*

På frågan hur han tror att relationen kommer att påverkas av den nya överenskommelsen och det faktum att den kan komma att tolkas olika i olika landsting svarar Matts Wendel genom ett antal exempel. Det främsta exemplet han tar upp är när ett stort läkemedelsföretag inleder samarbete med sjukvården, och då oftast är ute efter någon form av spetskompetens. Denna menar han, finns inte endast på ett sjukhus utan läkemedelsföretaget jobbar då ofta ihop med flera sjukhus. I sin tur innebär detta att företaget kommer att konfronteras med flera olika regler om det nu blir så att landstingen uppfattar och tolkar reglerna olika. Detta innebär ett problem för företaget men kanske inte uppfattas som ett problem av det enskilda sjukhuset. Sjukhuset har skaffat sig sin tolkning av avtalet som de utgår ifrån och uppfattar inte sin regeltolkning som märklig förrän de konfronteras med läkemedelsföretagens uppgifter om hur reglerna tillämpas på andra sjukhus. Wendel menar dock på att specialister [läkare] som använder sig av läkemedelsindustrin naturligtvis är medvetna om varandras existens och har ett samarbete, vilket gör att de därmed mycket väl kan känna till hur olika sjukhus agerar.

*”På det sättet försöker man ju så klart att så långt som möjligt harmoniera sitt sätt att tillämpa reglerna så att man agerar som en man gentemot läkemedelsindustrin, men man får ju inte glömma bort att det är många som är inblandade i den här processen, det handlar ju inte bara om en enskild läkare. Utan till detta ska du lägga till att det finns läkarens verksamhetschef som kan ha synpunkter på hur man ska bedriva den här typen av aktiviteter i just hans eller hennes enhet.”*

### **Positiva och negativa konsekvenser av överenskommelsen**

Matts Wendel ser positiva konsekvenser med överenskommelsen då den kan fungera som en väckarklocka ifall det har förekommit missbruk i relationen. Grundsyftet menar han är att det ska finnas goda förutsättningar för ett vettigt samarbete mellan läkemedelsindustrin och sjukvården. Han säger vidare att eftersom båda parter är beroende av varandra, och alltid kommer att vara det, tror han att båda parter tjänar på den här typen av överenskommelse. Om samverkan mellan parterna blir sämre är det patienterna som blir lidande av att det inte finns effektiva läkemedel.

Det negativa som Matts Wendel ser det, är att delar av överenskommelsen träffar aktiviteter som enligt hans personliga mening är relativt oskyldiga. Detta menar han är allt från den enkla mat som läkemedelsrepresentanten bjuder på när de kommer och informerar om läkemedel, till att företag på olika sätt subventionerar personalsammankomster och liknande. Personligen undrar han ifall det är motiverat att detaljreglera den typen av aktiviteter men påpekar som sagt att det är en personlig reflektion.

### **Mottagandet av överenskommelsen**

Grovt generaliserat anser Matts Wendel att läkarkåren är uppdelad i två falanger beträffande mottagandet av överenskommelsen. Den ena gruppen har ansett att det varit ett problem att stå emot olika erbjudande från läkemedelsindustrin och den gruppen ser överenskommelsen som något positivt. De tycker att det är bra med ett regelsystem som gör att det går att hantera den typen av företeelser på ett helt annat sätt än vad som gick tidigare. Denna grupp tycker om att ha fasta regler att följa för de här bitarna. Den andra falangen beskriver han som den mer ”kreativa”, som ser vissa regler som hinder. För dessa handlar det inte om att acceptera reglerna som ett hinder utan för dem handlar det om att hitta möjligheter att komma runt reglerna. Trots att Wendel två gånger påpekar att det är en grov generaliserad bild så vill han ändå framhålla att de två grupperna utan tvekan finns.

### **Efterlevnad**

Vi konfronterade Matts Wendel med vår åsikt, som vi bland annat fått av tidigare intervjupersoner, att det gamla avtalet inte följdes så noggrant och frågade honom om vad han tycker talar för att det ska bli annorlunda med den nya överenskommelsen. Han gav oss då ett litet annorlunda svar än de vi tidigare erhållit.

*”Ja, ju äldre en överenskommelse blir desto större risk blir det att man slutar titta på den. När det kommer en ny överenskommelse, ett nytt avtal, och just när det är nytt så tar man det till sig och försöker att inrätta sig efter de nya förutsättningarna. Risker är stor att den här överenskommelsen kommer att möta ungefär samma öde som den förra gjorde nämligen att efterhand som tiden går så tittar man mindre och mindre på den överenskommelsen därför att det har etablerats rutiner som ingen då ifrågasätter egentligen utan man bara utgår ifrån att detta är i enlighet med den överenskommelsen som finns.”*

Skillnaderna för genomslagskraften mellan det nya och det gamla avtalet menar han beror på att en ny överenskommelse alltid har större genomslagskraft än en gammal som hunnit bli rutin. Men mot bakgrund av vad som drivit fram överenskommelsen, bland annat Systembolagets mutaffärer, är han rätt så övertygad om att många kommer att fundera över vad de själva håller på med och att detta definitivt kan få en betydelse för företeelser i samverkan mellan läkemedelsindustrin och sjukvården.

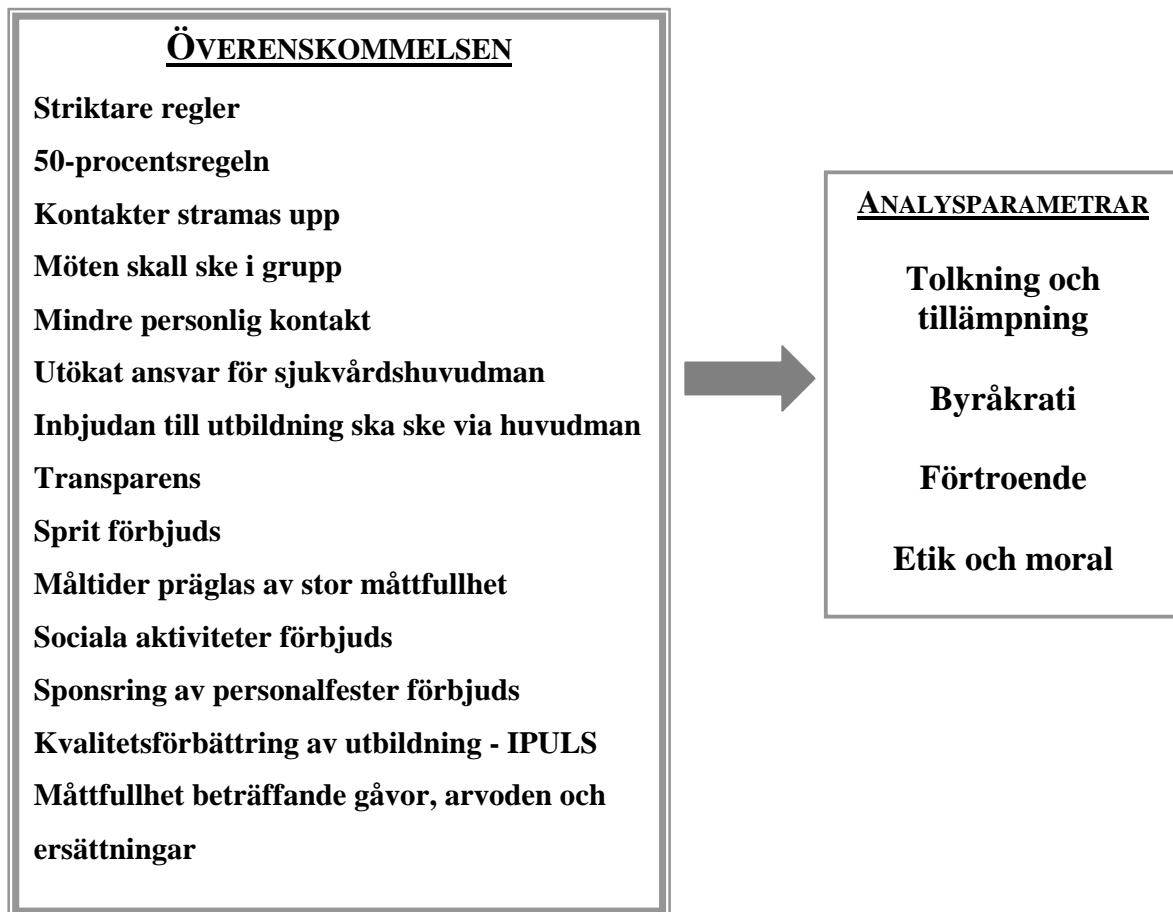
## 6. ANALYS

---

*I analyskapitlet sammanställer och analyserar vi vårt teoretiska och empiriska material. Analysen är uppbyggd enligt en modell som består av fyra parametrar: Tolkning och tillämpning, byråkrati, förtroende samt etik och moral.*

---

### 6.1. ANALYSMODELL



*Figur 4. Den vänstra textrutan innehåller de, enligt oss, viktigaste beståndsdelarna i den nya överenskommelsen. Utifrån dessa utkristalliserades fyra analysparametrar vilka fungerat som underlag för vår analys. Tolkning och tillämpning, byråkrati och förtroende utgör de tre grundpelarna i vår analys medan etik genomsyrar samtliga delar av analysen*

### 6.2. INLEDNING

Inför tecknandet av den nya överenskommelsen stod LIF och Lf i en återvändsgränd. Omfattande kritik från såväl massmedia som allmänheten hade satt press på parterna att göra något åt situationen. Det avtal som fanns mellan parterna utmärktes av en påtaglig slapphet i efterlevnaden. Dessutom ansågs det, som NN uttryckte sig, vara så pass liberalt att parterna inte ens behövde använda sig av kryphål i reglerna för att låta sig mutas.

Händelseförloppet vid upprättandet av den nya överenskommelsen speglar ganska väl det som Macaulay beskriver som misslyckanden i en relation. Så länge det inte är alltför många eller för stora konflikter i relationen kan den fortgå som tidigare och misstagen skrivs av efterhand eller accepteras enligt regelverket. Att misstag accepteras enligt regelverket skulle kunna sägas vara fallet i relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare då den praktiska tillämpningen av regelverket var nästintill obefintlig. Då misstagen blir för stora eller för många kan även långsiktiga relationer kollapsa. När detta inträffar tar vanligtvis den missgynnade parten till legala sanktioner. Den aktuella relationen är relativt speciell i detta hänseende då den missgynnande parten varken är läkemedelsindustrin eller läkarna utan allmänheten. Det har här funnits problem i vårt fall då de krav, i form av etiskt och moraliskt agerande, som massmedia och allmänheten ställt på relationen inte har kunnat styras upp med hjälp av det gamla avtalet. Till slut blev trycket från allmänheten och media för stort på parterna vilket resulterade i att parterna under första halvan av 2004 utformade en ny överenskommelse med betydligt striktare regler.

### 6.3. TOLKNING OCH TILLÄMPNING

Både Håkan Mandahl, LIF, och Gunilla Thörnwall Bergendahl, Lf, är överens om att överenskommelsen ger utrymme för tolkning. De får medhåll av sjukhusjurist Matts Wendel som hävdar att det inte existerar några perfekta avtal och att ett avtal aldrig kan bli glasklart. Håkan Mandahl och Gunilla Thörnwall Bergendahl har under det fjärde kvartalet 2004 utarbetat ett tolkningsdokument till överenskommelsen. Detta för att försöka förhindra att det ska uppstå olika praxis ute i landet. I detta dokument ska såväl LIF:s medlemsföretag som läkare och verksamhetschefer kunna finna svar på frågor kring överenskommelsen. I detta dokument förtydligar de eventuella oklarheter och anser sig ha varit övertydliga. Vi vill hävda att det är nästintill omöjligt att utforma glasklara regler som alla innehar samma förståelse för. Enligt teorin är det svårt att formulera regler på ett sådant sätt att de är fullständigt exakta då varje regel lämnar ett område av osäkerhet. Det går vidare att dra en teoretisk parallell till det som Macneil beskriver som *presentiation* av hur parterna gått tillväga vid utformandet av överenskommelsen. Parterna har i största möjliga mån försökt att, dels via överenskommelsen men framförallt genom tolkningsdokumentet, förutse alla möjliga händelser som kan komma att uppstå i relationen. Genom frågor som de fått via sitt QnA-dokument har de utformat exempel i tolkningsdokumentet på vad som är tillåtet och inte tillåtet.

En kraftig uppstramning av reglerna leder enligt Macneil till att relationen blir av mer opersonlig karaktär genom att själva aktiviteten skiljs från den sociala relationen mellan parterna. Detta åskådliggörs i vårt fall genom att den personliga kontakten mellan läkare och läkemedelsföretag minskar drastiskt, då all kommunikation skall ske via huvudman, samt att möten numera alltid skall ske i grupp. En detaljstyrning av detta slag talar, enligt en stor del av vår teori, för att relationen mellan parterna blir av mer opersonlig karaktär och innebär stora hinder för ett kunskapsutbyte. För att ett kunskapsutbyte ska vara givande krävs det att det finns ett uppbyggt förtroende mellan parterna. Om förtroendet är starkt finns det en tillit och öppenhet som är av stor vikt för att en kreativ och livgivande diskussion ska uppstå. I en

opersonlig relation kan parterna snarare vara hämmade i en diskussion så till vida att de inte vågar ställa vissa frågor som kan få dem att framstå som okunniga inför sina kollegor.

Som tidigare nämnts har reglerna i det gamla avtalet inte efterlevts i den utsträckning som varit önskvärt. Nya regler tenderar dock att efterlevas bättre än gamla då de, åtminstone i ett inledningsskede, ges stor uppmärksamhet. Detta tydliggörs av sjukhusjurist Matts Wendel som menar att ju äldre en överenskommelse blir desto större risk blir det att man slutar titta på den. När det kommer en ny överenskommelse eller ett nytt avtal tenderar motivationen till att följa de nya reglerna att bli betydligt större. Han menar vidare att risken är stor att denna överenskommelse kommer att gå samma öde till mötes som den tidigare. Efterhand som tiden går etableras rutiner för hur man arbetar som leder till att man inte jämt och ständigt behöver bläddra i överenskommelsen. Slutligen poängterar han att det går till ett skede där ingen ifrågasätter den praxis som utvecklas utan man utgår istället från att arbets sättet är i enlighet med den överenskommelse som finns. Om den nya överenskommelsen efterlevs på ett tillfredställande sätt kan, i vår mening, etiken, moralen och tillika förtroendet öka. Det kan dock finnas en risk, som Matts Wendel säger, att den nya överenskommelsen kommer att efterlevas lika dåligt som det gamla avtalet. Detta kan innebära att förtroendet tar skada igen och i så fall i än större omfattning då ett förtroendekapital tar lång tid att bygga upp och raderas snabbt.

Vi anser att det finns mycket substans i Matts Wendels påstående i stycket ovan och instämmer i att en utveckling där överenskommelsen inte efterlevs mycket väl kan inträffa. En trolig följd av att det utvecklas olika praxis, som delvis sätter överenskommelsen åt sidan, är att det blir olika tillämpningar av reglerna i olika landsting, sjukhusområden eller avdelningar. Detta är något som till varje pris vill undvikas av såväl LIF som Lf och uttrycks med all önskvärd tydlighet av Håkan Mandahl:

*"... det absolut viktigaste är nu en enhetlig tillämpning och jag har varit i kontakt med de flesta landsting och sagt åt dem att nu ser ni till att inte hitta på några egna regler här."*

Håkan Mandahl, vice VD LIF

Vi ser dock att det kan bli svårt att få till stånd en enhetlig tillämpning av reglerna i samtliga landsting. Detta beror delvis på att vi märker en viss oenighet mellan Gunilla Thörnwall Bergendahl, Lf, och Håkan Mandahl, LIF vilka varit huvudansvariga vid utformandet av överenskommelsen. Där Håkan Mandahl uttryckligen markerar vikten av en enhetlig tillämpning och försöker föra ut detta budskap till landstingen får vi intrycket av att Gunilla Thörnwall Bergendahl inte är lika noga med att poängtera vikten av en enhetlig tillämpning.

*"Tanken är att varje landsting formellt antar detta avtal [...]. Det ger också varje landsting möjlighet att sätta sin egen prägel på avtalet. [...] vi har en formulering till exempel: att huvudmannen beslutar om formerna för sammankomsterna för produktinformationen, det innebär i praktiken att då kan en sjukvårdshuvudman, [...] besluta sig för att inte tillåta några läkemedelsluncher inom sitt landsting. Men det kan också betyda att*



*sjukvårdshuvudmannen delegerar till verksamhetschefen att besluta om hur formerna för hur det här ska se ut. [...] vissa av de här skrivningarna ger möjlighet för landstingen att lägga ribban själv.*

- - -

*Våra rekommendationer är entydiga i det att vi tycker att de ska anta dem [reglerna] rakt upp och ner, och det de ska göra är att specificera vem som är [sjukvårds] huvudmannen.”*

Gunilla Thörnwall Bergendahl, Lf

Såväl Gunilla Thörnwall Bergendahl som Håkan Mandahl är onekligen medvetna om det faktum att landstingen har möjlighet att själva sätta sin prägel på överenskommelsen. Dock uppfattar vi det som att det finns en starkare vilja från LIF:s sida att det ska finnas en tydlig och enhetlig tillämpning av reglerna. Vi ställer oss därför frågande till varför det i överenskommelsen getts så mycket utrymme i överenskommelsen för sjukvårdshuvudmannen att på eget bevåg ha möjlighet att kringgå flera, i vårt tycke, viktiga regler. Exempelvis har sjukvårdshuvudmannen befogenhet att låta enskilda möten med representanter från läkemedelsindustrin äga rum. Detta exemplifieras av nedanstående två utdrag ur överenskommelsen.

*Produktinformation skall som huvudregel tillhandahållas grupper av hälso- och sjukvårdspersonal. **Dock får sådan information lämnas till enskild medarbetare om annat alternativ är svärgenomförbart.** Information till enskild medarbetare får endast avse information av samma slag som tillhandahålls hälso- och sjukvårdspersonal på andra ställen. Enskild sammankomst mellan medarbetare och läkemedelsföretag och formerna för dessa, skall alltid vara godkända av sjukvårdshuvudmannen.*

Stycke 4, punkt 2

*Varumärkesinformation får inte förekomma, **om inte annat överenskommit med sjukvårdshuvudmannen.***

Stycke 5, punkt 1

Om landstingen utnyttjar dessa tolkningsutrymmen finns det en risk att det inte sker en strikt och enhetlig tillämpning av överenskommelsen. En förstärkning av etiken och moralen blir då svår att uppnå eftersom parterna får svårt att visa upp en enhetlig bild för allmänheten av hur relationen har förbättrats i ett etiskt och moraliskt hänseende. Denna förbättrade bild av relationen kan hänvisas till Bernard Barber som skriver att allmänheten många gånger anser att företag sätter sina egna intressen framför allmänhetens och därför har lågt förtroende.

Det finns även ytterligare exempel i överenskommelsen som öppnar för uppkomsten av olika tolkningar och som tenderar att göra reglerna något tandlösa som exempelvis nedanstående utdrag.

*Sammankomst skall normalt genomföras på arbetstid och på deltagarnas arbetsplats. Sammankomst som riktas till medarbetare på flera arbetsplatser kan äga rum på annan plats eller ort än hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsort om särskilda skäl av pedagogisk, praktisk, ekonomisk eller liknande natur föreligger.*

Stycke 4, punkt 3

Vi anser att denna punkt har en inneboende svaghet då den lätt blir föremål för skilda tolkningar. Formuleringen "...om särskilda skäl [...] föreligger" gör att det är upp till varje sjukvårdshuvudman att avgöra vad som utgör särskilda skäl i den aktuella situationen. Detta innebär således att det riskerar att uppkomma olika tolkningar beroende på att människor innehar olika förståelse. Då ett grunddrag i begreppet är att varje människa skapar och utvecklar sin egen förståelse, skapar olika personer sig således olika uppfattning om vad som utgör särskilda skäl, vilket gör bedömningen väldigt subjektiv. Detta är precis vad parterna velat undvika och det poängteras tydligt i Håkan Mandahls citat beträffande hur viktigt det är med en enhetlig tillämpning. Trots det Håkan Mandahl säger, uttrycker Anne-Charlotte Knutsson, informationschef på AstraZeneca, en ganska stark oro inför det faktum att en del landsting verkar ha planer på att utforma egna tolkningar utöver den generella överenskommelsen. Även Pertti Rolöf, chef affärsetik på Pfizer, instämmer i denna oro.

*"... det här avtalet är landstingsförbundets avtal, och landstingen är ju suveräna enheter så [...] de behöver ju inte följa de här reglerna om de inte vill. Det kan ju i värsta fall innebära att vi har lika många tolkningar som det finns landsting. Det är ju liksom mardrömsscenarioet."*

Pertti Rolöf, Pfizer

Om det utvecklas lika många tolkningar som det finns landsting får det troligtvis en negativ inverkan på relationen. Innebörden av en icke enhetlig regeltillämpning är ett scenario där båda parter enligt vår mening får ses som förlorare även om läkemedelsföretagen är den part som drabbas hårdast. För den enskilde läkaren och verksamhetschefen kommer det, oavsett om det blir olika tillämpning i olika landsting eller inte, endast att finnas en uppsättning regler att lära sig; nämligen den regeltillämpning som används i det specifika landstinget. För läkemedelsföretagen innebär dock en icke enhetlig tillämpning att de får en mängd uppsättning tillämpningar att rätta sig efter och detta försvårar naturligtvis deras arbete och gör deras oro befogad. Parterna får då även svårare att bygga upp ett förtroende i relationen eftersom en utveckling där ingen vet vad som gäller riskerar att skapa en stor frustration och osäkerhet. Skulle en utveckling ske där de olika landstingen väljer att göra sina egna tolkningar kan det således ansenligt skada förtroendet såväl mellan parterna som från allmänheten.

### 6.3.1. ÖVERENSKOMMELSENS ANDEMNING

Beträffande alla frågor som uppkommit, från såväl läkare som läkemedelsföretag, kring tolkning och tillämpning av överenskommelsen väddar Gunilla Thörnwall Bergendahl på Lf till alla inblandade parter att se till överenskommelsens andemening och hänvisar till folks

sunda förnuft. En stor del av det kaos som rådde fram till årsskiftet härstammar från det faktum att överenskommelsen började tillämpas vid olika tillfällen av de olika parterna. Under denna tid uppstod en mängd frågor angående tillämpningen av de nya reglerna. Det finns dock inte ens i ett tolkningsdokument möjlighet att vara hur detaljerad som helst och Gunilla Thörnwall Bergendahl menar därför att parterna måste se till andemeningen i överenskommelsen. Om parterna istället endast försöker utnyttja kryphål och därigenom frångå överenskommelsen kommer man snabbt att hamna i samma situation som tidigare. Gunilla Thörnwall Bergendahl uttrycker ett missnöje över den slapphet som utmärkte tillämpningen av det gamla avtalet:

*”Det är så att förr har ingen brytt sig och kört på i samma spår oavsett vad det har stått i avtalet”*

Gunilla Thörnwall Bergendahl, Lf

Om inte parterna agerar efter andemeningen i överenskommelsen kommer det inte heller vara möjligt att få till stånd en enhetlig tillämpning av överenskommelsen. Detta är något vi anser ha en tärande effekt på relationen. Reglerna i överenskommelsen har som ett av sina huvudsyften att stärka moralen och etiken i relationen och om det inte blir en enhetlig tillämpning av reglerna kan denna utveckling inte ske. Istället riskerar man att få ett system där alla handlar efter sin egen moral. Detta kan uttrycka sig i att vissa individer letar efter eventuella luckor i reglerna; dels på grund av ren lathet och för att man har svårt att bryta sig ur gamla beteendemönster och dels för att vinna egna fördelar. Följden av att individer litar till sin egen moral och inte ser till andemeningen riskerar att få till följd att relationen inte förbättras ur en rent etisk och moralisk aspekt. Istället tenderar glappet mellan de högt ställda etiska målen, det vill säga andemeningen i överenskommelsen, och den faktiska tillämpningen av reglerna istället bli ännu större. Ett eventuellt glapp mellan de högt uppställda målen för relationen och den praktiska tillämpningen av reglerna skulle kunna utgöra ett stort hinder för att öka den etiska och moraliska medvetenheten. I sin tur skulle detta kunna ha en negativ inverkan på uppbyggandet av ett starkt förtroende i relationen och från allmänheten.

### **6.3.2. ETT HALVÅR AV KAOS**

Som vi tidigare nämnt valde läkemedelsföretagen att börja tillämpa överenskommelsen ett halvår tidigare<sup>144</sup> än landstingen, något som Håkan Mandahl motiverar på följande vis:

*”... om vi får reda på att det är förbjudet att stjäla kyrksilvret [...] kan vi inte säga att vi avvaktar ett halvår med att sluta stjäla kyrksilvret, utan vi gör det omedelbart naturligtvis.”*

Håkan Mandahl, LIF

Håkan Mandahl menar i intervjun att läkemedelsföretagen hade möjlighet att börja arbeta efter de nya reglerna redan den första juli då överenskommelsen var påskriven av båda parter. Landstingen ville dock vänta med tillämpningen ett halvår, något som han har förståelse för eftersom deras organisation kräver en längre politisk process. Men det har funnits en viss

---

<sup>144</sup> 1/7-2004

skepsis mot förfarandet att tillämpa överenskommelsen vid olika tidpunkter. Denna skepsis har uttryckts tydligast av våra företagsrepresentanter Pertti Rolöf, Pfizer, och Anne-Charlotte Knutsson, AstraZeneca, som anser det vara mycket olyckligt. Detta kan tyckas vara något märkligt eftersom det var LIF, det vill säga läkemedelsföretagens företrädare i relationen, som tog initiativet till att börja tillämpa överenskommelsen tidigare. Anledningen till företagets inställning beror på den irritation som skapades mellan parterna under det halvår då parterna tillämpade olika regler. Vi vill påstå att tillämpningen av olika regler kan ha en negativ inverkan på relationen då det bland annat förstärkte den befintliga obalansen mellan parterna vad gäller kunskapen om avtalet. Detta belyses av Anne-Charlotte Knutssons uttalande om att det redan tidigare funnits större kunskap om avtalet hos läkemedelsföretagen än hos landstingen. Obalansen i kunskapen försvårar relationen genom att parterna får svårt att förstå och kommunicera med varandra då de besitter kraftigt varierande kunskap om reglerna.

Såväl kommunikation som ett system av lagar och regler är enligt Macneil parametrar som krävs för att ett utbyte i en relation ska kunna komma till stånd. Vi vill påstå att parterna inte på något tillfredställande sätt uppfyller kraven för de två nämnda kriterierna: kommunikation och ett system av lagar och regler. Ett system av lagar och regler finns förvisso men kunskapen och tillämpningen av dessa är, eller har åtminstone tidigare varit, bristfällig vilket försvårar kunskapsutbytet.

*... förut var kunskapen om det här avtalet kanske större på läkemedelsföretagens sida än på landstingens sida."*

Anne-Charlotte Knutsson, AstraZeneca

Att det finns en diskrepans mellan parternas kunskap om reglerna innebär att de får svårare att prata med och förstå varandra, vilket även gör att kunskapsutbytet blir lidande. Om diskrepansen i parternas kunskapsnivå och förståelse av reglerna är alltför stor omöjliggörs dessutom en enhetlig tillämpning av överenskommelsen. Anledningen till att det omöjliggörs är att olika kunskapsnivåer om ett regelverk naturligtvis medför olika tolkningar och därmed även skilda tillämpningar av de aktuella reglerna. Misslyckas parterna således med att enhetligt tillämpa reglerna kommer det kaos som varit under det gångna halvåret kanske att kvarstå eller till och med förvärras vilket skulle vara skadligt för relationen.

## **6.4. BYRÅKRATI**

Vi har kunnat urskilja både positiva och negativa konsekvenser av den byråkratisering de nya reglerna innebär. Generellt har intervjupersonerna varit av åsikten att byråkratiseringen medför fler negativa, än positiva konsekvenser.

### **6.4.1. NEGATIVA KONSEKVENSER**

De konsekvenser som uppfattats som negativt av parterna är bland annat längre beslutsvägar och en minskad handlingsfrihet.

### Längre beslutsvägar

Samtliga intervjupersoner är överens om att de nya reglerna innebär en klar formalisering av relationen vilket medför betydligt mer byråkrati för båda parter. Då relationen huvudsakligen bygger på ett kunskapsutbyte där läkarna får utbildning via läkemedelsföretagen, i form av besök och konferenser, är det även här byråkratiseringen märks som tydligast. Sjukvårdshuvudmannen har nu fått ett större ansvarsområde vilket resulterat i att han/hon nu ska ta beslut om var, när, hur och med vem möten skall äga rum. Reglerna lägger ett väldigt stort individuellt ansvar på sjukvårdshuvudmannen något vi ser en fara med. Efterlevnaden av reglerna ligger således i stor utsträckning i händerna på sjukvårdshuvudmannen. Risken finns att sjukvårdshuvudmannen inte klarar av att hantera det ökade ansvaret vilket i princip skulle kunna förstöra tillämpningen av de nya reglerna.

I praktiken innebär ansvarsförskjutningen att beslutsvägarna har blivit betydligt längre för att möten skall kunna komma till stånd och att en större arbetsbörda läggs på sjukvårdshuvudmannen. Ansvar har således tagits från läkarna och getts till sjukvårdshuvudmannen. Vi har under vårt arbete stött på meningsskiljaktigheter vad gäller denna ansvarsförskjutning. Genom våra intervjuer med läkare samt artiklar i Dagens Nyheter, Svenska Dagbladet och Sydsvenska Dagbladet har gett uttryck för ett missnöje med ansvarsförskjutningen. Missnöjet härrör främst från läkare som tenderar att känna sig överkörda av de nya reglerna när de inte får iakttä ett självständigt och kritiskt uppträdande gentemot industrin. XX, specialistläkare på Lunds Universitetssjukhus, menar att ett strängare regelverk inte är nödvändigt då ett kritiskt tänkande i den här typen av situationer är något man tränat på sedan barnsben. Även läkemedelsföretagen anser att reglerna för med sig negativa konsekvenser då deras arbete försvåras genom att kontakten måste gå via mellanhänder. XX uttrycker sin åsikt om byråkratiseringen på följande vis:

*”Man har ju märkt att kontakten nu blivit bökgigare och krångligare på grund av att läkemedelsindustrin nu måste gå via mellanhänder. Detta gör att allting nu tar mycket längre tid.”*

XX, läkare

Generellt under intervjun uttrycker XX en skepsis mot de nya reglerna som han anser innebär mindre flexibilitet, ökad byråkrati och som han säger att relationen blir mer storebrorskontrollerad. Den skepsis XX uttrycker delas även av våra företagsrepresentanter, vilket åskådliggörs av nedanstående citat.

*”Vi har arbetat länge för att bygga kontinuitet i kontakterna och det är viktigt för att bygga upp ett förtroende [...] då gäller det att ha tillgång till kunderna [läkarna] och det blir nu svårare.*

Perti Rolöf, Pfizer

*”Sen kan jag väl också tycka att man har krånglat till det rätt så mycket när det gäller kontakter där man säger att alla kontakter ska ske genom en så kallad huvudman eller en chef*

*som ska godkänna det. [...] Där jag ju faktiskt låter mina medarbetare, om man får göra den liknelsen, träffa externa säljare och partners utan att jag behöver godkänna det varje gång.”*  
Anne-Charlotte Knutsson, AstraZeneca

Att det blir längre beslutsvägar leder således till att kontakterna blir av mer opersonlig karaktär vilket läkarna och företagsrepresentanterna också ser som något negativt för relationen. Anledningen till att båda parter ser de längre beslutsvägarna som negativt för relationen är att en direkt följd blir försämrad flexibilitet i relationen. Minskad flexibilitet i utbytet mellan parterna är enligt relational contract teori ett tydligt tecken på att relationen går från att vara av relationskaraktär till att i större grad bestå av diskreta transaktioner. I relational contract behöver parterna inte planera innehållet i utbytet lika mycket vilket dock är precis vad parterna gjort en ansats till i vårt fall. Vidare styrks detta av David Ford som menar att ett nära samarbete förbättrar flexibiliteten i relationen.

### **Minskad handlingsfrihet**

Vi kan urskilja ytterligare nackdelar med byråkratin, inte minst i form av den minskade handlingsfrihet Gareth Morgan talar om. Han menar att det finns en risk att byråkratisering tenderar att skapa fragmenterade tanke- och handlingsmönster. Om reglerna blir alltför strikta och komplicerade kan det innebära att parterna blir för fokuserade på att följa och tolka reglerna och därmed inte ser helheten. I denna situation är det lätt hänt att reglerna blir ett självändamål istället för ett medel för att främja det syfte för vilket de skapats. Risken finns då att relationen blir stelbent och oflexibel, och därmed ineffektiv istället för effektiv. Det faktum att kontakten numera blir av mer opersonlig karaktär, tappar i kontinuitet samt blir mindre tät innebär att kunskapen och informationen inte längre får flöda fritt, vilket vi anser är en negativ effekt av byråkratin. Då kunskapsutbytet är själva essensen i relationen är ett fritt kunskapsflöde mellan parterna av yttersta vikt för båda parter och för en bra sjukvård. Morgan anser att dessa byråkratiska aspekter fungerar på ett sätt som hindrar inlärningsprocessen, vilken är utmärkande för det teorin benämner som den lärande organisationen. Den minskade handlingsfriheten och de hinder som ställts upp för kunskapsflödet avspeglar sig också i vad NN säger i nedanstående citat.

*”... det har blivit mindre utbildning och utbildning med så mycket krångel att folk inte åker. Det ska godkännas från höger och vänster, en del från verksamhetschefen och en del högre upp.”*

NN, läkare

Ett ytterligare problem med en byråkratisering uppkommer då vi ser till individens roll i relationen. Lennart Lundqvist menar att rollen är ett uttryck för att organisationen auktoriserar individen att handla på ett visst sätt. Den utgör även en ram för motsättning mellan det som vi associerar med individmoral och organisationsmoral, vilket gör att individen kan ha svårt att balansera sina kanske ibland motstridiga förpliktelser som människa och byråkrat. Vi tror att detta förfarande är ett vanligt förekommande problem i många organisationer, vilket leder till att det uppstår en osäkerhet i individens arbetsutförande. Då relationen mellan

läkemedelsindustrin och läkarna är turbulent, tenderar osäkerheten att vara större hos de parter och individer som är involverade i relationen. Anledningen till detta är att parterna har en uppfattning om byråkratin som negativ, vilket gör att glappet mellan deras motstridiga förpliktelser som människa och byråkrat tenderar att öka. Detta kan resultera i att individerna får en större osäkerhet i tillämpningen av reglerna då de inte kan associera byråkratiseringen av arbetsutförandet med sina moraliska och etiska värderingar. Denna osäkerhet kan även leda till att efterlevnaden av reglerna inte blir av högsta prioritet då tilltron till dem inte är fullständig.

#### **6.4.2. POSITIVA KONSEKVENSER**

Vi kan se positiva verkningar av byråkratin och att den är effektiv i den mån att den skapar samordning och kontroll av arbetet i stora organisationer. I relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare är byråkratin effektiv på det vis att den symboliserar en etik och moral som är avsedd att inge ett förtroende för relationen genom att den blir mer transparent. Man insåg från båda parter håll att umgänget behövde formaliseras vilket även får en direkt följd på individernas handlingsfrihet samt förtroendet mellan parterna. Mintzberg menar att organisationer formaliserar beteendet i relationen för att reducera föränderligheten. Detta gör man således för att kunna förutsäga, kontrollera och koordinera aktiviteter i relationen. Enligt Zucker kan en formalisering av en relation genom lagar och regler stärka förtroendet. Bland annat genom att man får ett tydligt reglerat, affärsmässigt förhållande där båda parter vet vad som gäller. En av anledningarna till att formalisera relationen är enligt vår mening för att minska osäkerheten mellan parterna angående vad som är tillåtet och vad som inte är tillåtet.

Våra intervjupersoner har även kunnat skönja positiva följder av förändringen som uppstått på grund av de nya reglerna men vi får emellertid leta noggrannare i vårt empiriska material för att hitta dem. På grund av att parterna inte kan träffas lika lätt och lika ofta kan det bli en större fokusering på de relevanta aspekterna av utbytet, nämligen själva kunskapsutbytet. Detta kunskapsutbyte sker i störst utsträckning vid möten med läkemedelskonsulenter och traditionellt har dessa haft formen av enskilda möten mellan läkare och läkemedelskonsulent. En skillnad med den nya överenskommelsen är att dessa möten nu i så stor utsträckning som möjligt ska genomföras i grupp. De läkare vi intervjuat har en positiv inställning till gruppmöten.

*”Fördelar med att ha en grupp [...] där alla står på samma nivå, eller kan ungefär lika mycket så blir det ju ofta en ganska livgivande diskussion och lite mer kreativt. Är gruppen alldeles för stor eller att det finns för många olika yrkeskategorier [...] blir det inga bra möten. [...] Jag har hellre möten i små grupper än möten där jag är själv.”*

XX, läkare

*”Det har väl helt och hållet med misstänksamheten att göra, att det liksom överröckes presenter eller personliga inbjudningar [...] Och sen tycker jag också det att det blir för*

*mycket spring så går det ju bort arbetstid och så får det ju inte vara. [...] jag tycker nog jag ser fördelar med gruppmöten så att det blir en diskussion [...].”*

NN, läkare

Att det blir en större fokusering på de relevanta aspekterna av relationen anser vi vara stärkande för relationen eftersom en relation enligt Ford blir närmre och smartare vid varje interaktion. Ford syftar därmed på mängden möten men vi anser att även om mötena blir färre så kan relationen bli bättre genom att parterna är mer engagerade under mötet, vilket kan skapa en mer kreativ och livgivande diskussion vid de gruppmöten som äger rum. Därmed höjs även kvaliteten på kunskapsutbytet i relationen. Effekten av att mötena sker i grupp är även att förtroendet ökar såväl mellan parterna som från allmänheten eftersom det ger en öppenhet och tydlighet. Att parterna kör med öppna kort gör troligtvis att en hel del av misstänksamheten som finns försvinner. En läkare behöver till exempel inte misstänka en annan läkare för att ta emot mutor av läkemedelsföretag om han eller hon själv medverkar på samma möte. Förutom de positiva aspekterna av gruppmöten uttrycker våra intervjupersoner att de upplever den ökade tydligheten i relationen som något positivt. Anne-Charlotte Knutsson har en förhoppning om att relationen ska bli tydligare och mer affärsmässig nu när båda parter vet vad som gäller. Det finns även andra fördelar med den byråkratisering av relationen som nu håller på att genomföras vilket uttrycks i att det skapas nya kontakter mellan parterna.

*”Vi kommer nu att ha kontakt med lite nya människor som vi inte haft kontakt med förut. [...] Så vi kommer in i landstingens organisation på ett annat sätt nu. Så på det viset stärker vi kanske kontakterna. Men när det gäller kontakter med läkarkåren [...] har vi nog inga fördelar.*

Pertti Rolöf, Pfizer

Givetvis är det positivt om företagen lär sig Landstingets organisation och stärker kontakterna på det högre planet. Om läkemedelsföretagens kontakter förflyttas högre upp i Landstingets organisation har parterna en större chans att bättre kunna planera strukturer och processer för att övervaka relationen i framtiden. En fördel med en bättre övervakning av relationen gör förhoppningsvis att risken för att den går överstyr minskar i framtiden. Ytterligare en fördel som uppkommer då byråkratin ökar är att sjukvårdhuvudmannen får en större överblick över vilken utbildning de enskilda läkarna är i behov av. Om byråkratin fungerar som avsett leder den till att varje enskild läkare erhåller utbildning som är anpassad efter dennes behov. Detta leder till att kunskapsutbytet sätts i fokus.

*”...det kan bli en positiv följd om man liksom i högre utsträckning granskar, från verksamhetschefen, vilket den enskildes utbildningsbehov är...”*

NN, läkare



## 6.5. FÖRTROENDE

Förtroendet kan delas upp i två aspekter i relationen. Dels förtroendet mellan parterna och dels allmänhetens förtroende för relationen.

### 6.5.1. FÖRTROENDET MELLAN PARTERNA

Lagar och regler kan enligt Lynne G. Zucker stärka förtroendet mellan parterna och man kan dra en parallell till den nya överenskommelsen som bland annat har till syfte att stärka förtroendet såväl mellan parterna som från allmänheten. Ett bra förtroende mellan parterna är kärnan för att en god och bra relation ska uppstå. Även en dialog präglad av engagemang och proaktivitet uppfattas alltid som positivt så länge som den dels bygger på genuin kompetens som är av värde för mottagaren samt bygger på faktorerna ärlighet, öppenhet och tydlighet. Som vi uppfattat det är det precis detta som parterna vill uppnå med den nya överenskommelsen. Vi har dock förstått att det råder delade meningar om huruvida överenskommelsen verkligen kommer att ha någon positiv påverkan på förtroendet. En av våra intervjuade läkare uttrycker sig som följer angående förtroendet mellan parterna i dagsläget:

*”Jag kan säga att jag alltid haft mycket stor skepsis för vad representanterna säger och det är ofta när de säger saker som man liksom sneglar på varandra med lite road glimt, men av diplomatiska skäl inte alltid munhuggs tillbaka.”*

NN

Ytterligare en anledning till ett lågt förtroende mellan parterna uttrycks av NN som även visar ett missnöje mot att det läggs ner betydligt mer marknadsföringsåtgärder på dyrare preparat och att han gärna hade velat få mer information angående preparat som används i stor utsträckning men vars patent gått ut och således inte inbringar lika mycket pengar till företagen. Enligt Håkan Mandahl, LIF, som var med och utformade överenskommelsen, är en av de stora skillnaderna mellan den gamla och den nya överenskommelsen att läkemedelsindustrin inte ska pusha för en viss utbildning.

*”Vi ska inte säga att vi har ett himla bra läkemedel och att vi vill utbilda om det, utan det ska komma som ett led inom läkarnas fortbildning och planeringsarbetet inom vården. När man diskuterar läkarnas fortbildning så ska man kunna säga att det här och det här vill jag lära mig mer om.”*

Håkan Mandahl, vice VD LIF

Förtroende uppnås genom att parterna lever upp till de förväntningar som parterna har på varandra. När läkemedelsföretagen inte tar sitt moraliska ansvar, bland annat genom att de styr sin information på ett sätt som endast är avsett att generera så mycket vinst som möjligt, sjunker läkarnas förtroende för läkemedelsindustrin. NN:s dåliga förtroende grundar sig därför delvis i att de förväntningar han har på läkemedelsföretagen inte infrias. Om läkemedelsindustrin lever upp till det Håkan Mandahl säger i citatet ovan infrias förhoppningsvis läkarnas förväntningar på denna punkt. Genom att läkarna i större

utsträckning själva får avgöra vad de vill ha för utbildning finns det mindre anledning för dem att känna misstro och en känsla av att bli påtvingade information bara för att läkemedelsindustrin vill sälja sina dyra preparat.

Anne-Charlotte Knutsson på AstraZeneca har en förhoppning om att förtroendet mellan parterna kommer att öka. En stor anledning till detta anser hon vara att det nu är första gången överenskommelsen diskuteras hos både läkemedelsindustrin och läkarkåren vilket hon tror kommer att skapa en öppenhet och tydlighet i relationen. Detta talar enligt Ertzgaard för ett ökat förtroende mellan parterna vilket vi klart överstämmer med. Ett starkt förtroende är bra för relationen eftersom det gör det lättare för parterna att bland annat reda ut eventuella meningsskiljaktigheter.

XX tror däremot inte att förtroendet kommer att påverkas i någon större utsträckning i och med den nya överenskommelsen. Till saken hör dock att XX sedan tidigare känner ett förtroende för läkemedelsindustrin. Den nivå av förtroende den individuella läkaren känner för läkemedelsindustrin beror på den bakgrundshistoria; bestående av bland annat hur parterna har behandlat varandra ett tidigare skede samt vilken nivå av förtroende som byggts upp i relationen. För de läkare som har ett lågt förtroende för läkemedelsindustrin kan överenskommelsen verka för ett starkare förtroende. Förhoppningsvis innebär de striktare reglerna en större öppenhet, tydlighet och en ökad ärlighet, faktorer som bygger upp förtroende i en relation. Bland de läkare där förtroendet redan är starkt bekräftar överenskommelsen att den existerande nivån av förtroende bibehålls eller stärks ytterligare.

### **6.5.2. FÖRTROENDE FRÅN ALLMÄNHETEN**

I detta stycke vill vi peka på vikten av allmänhetens förtroende för såväl de enskilda parterna som för relationen. Bernard Barber menar att allmänheten ofta anser att företag prioriterar sina egna intressen framför allmänhetens. Detta har till följd att påtryckningarna för lagar och regler i dagsläget förföljer företagen, vilket läkemedelsindustrin är ett utmärkt exempel på. Läkemedelsindustrin har alltid varit måna om sitt rykte och vill betona att de, precis som läkare, har som mål att förbättra behandlingen av patienter. Gentemot läkarkåren har läkemedelsindustrin alltid strävat efter att behålla bilden av att man tar ett socialt ansvar, men faktum är att man misslyckats när det gäller att framföra samma bild åt allmänheten. Läkemedelsföretagen har ofta svårt att förstå varför inte allmänheten istället uppskattar det engagemang för utvecklingen av hälsofrämjande preparat som de faktiskt representerar.

Anne-Charlotte Knutsson tror att allmänheten fått intrycket av att relationen mellan läkemedelsindustrin och sjukvården har varit värre än vad den egentligen är. Hon uttrycker en tro på att överenskommelsen kommer att öka förtroendet från allmänheten då den kommer att göra relationen mer transparent. Den massmediala diskussion som i dagsläget förs gör att det skapas en öppenhet och tydlighet i frågorna rörande förtroendet. Detta poängteras även av Gunilla Thörnwall Bergendahl som menar att *"... vi ska följa lagar och regler och det ska vara genomlysigt och acceptabelt från samhället."* Även NN tycker det är positivt att media bevakat relationen och att en aktiv granskning kommer att påverka att reglerna efterlevs

bättre. Han säger att läkarna är en målgrupp som media "skjutit in sig på" men han anser att det är befogat. Den mediala granskningen bör således innebära att förtroendet från allmänheten ökar eftersom det skapar en bättre insyn i relationen.

Pertti Rolöf, chef i affärsetik på Pfizer Sverige, säger först att han tycker det är svårt att riktigt avgöra om Pfizer åtnjuter allmänhetens förtroende i dagsläget. Han fortsätter dock öppen hjärtigt:

*"Pfizer lika väl som alla andra [läkemedels]företag har ett ganska lågt förtroende hos allmänheten. Och det har ju inte blivit bättre av att det har skrivits en del om företagets agerande i samband med detta, att en del företag inte har följt avtalsintentioner och så vidare."*

Pertti Rolöf, chef affärsetik Pfizer Sverige

Rolöf fortsätter med att säga att det är en lång process att vinna allmänhetens förtroende och tillägger att han inte anser att media är till någon hjälp, snarare tvärtom. Han tycker det är viktigt att ha allmänhetens förtroende så *"...att de inte tycker att vi är några bovar som bara vill sälja så mycket som möjligt"*.

Enligt Bernard Barber är ett scenario där företag är fientligt inställda till media inget ovanligt. Anledningen är att företag anser att media utgör det största skälet till allmänhetens brist på förtroende för företagets verksamhet. Allmänheten kan ha förtroende för företagets tekniska kompetens men inte vad gäller det praktiska utförandet, vilket således innebär att allmänhetens förtroende för företagen försvagas. Detta scenario avspeglar klart relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarna. Till stor del är det massmedia som tvingat fram den nya överenskommelsen och indirekt påbörjat återuppbyggandet av förtroendet. Därmed har massmedia redan varit till hjälp fastän läkemedelsföretagen uppfattat det tvärtom. Vi anser att parterna måste få en insikt i den enorma potential massmedia har och även utnyttja denna för att uppnå såväl ett gott rykte som ett ökat förtroende från allmänheten. Så länge parterna inte lyckas få till stånd en god relation med media kommer det bli svårt att rentvå läkemedelsföretagens och relationens rykte. Detta kan ha en tärande inverkan på relationen eftersom parterna då inte får någon chans att arbeta i lugn och ro. De behöver lägga sin kraft och energi på att verkligen bygga upp en etiskt och moraliskt försvarbar relation där de kan fokusera på de väsentliga delarna av samarbetet, som exempelvis kunskapsutbytet. Som vi ser det är överenskommelsen ett förtroendeproducerande medel med avsikt att skapa en bättre relation med media. De striktare reglerna kan användas som en symbol för att visa upp att parterna agerar etiskt och moraliskt korrekt och verkligen anstränger sig för att göra detta.

Beträffande läkarförbundet ser de, enligt Gunilla Thörnwall Bergendahl, överenskommelsen som en möjlighet till att landstingen äntligen tar ett större ansvar vad gäller läkarnas fortbildning och avsätter medel för detta. Om landstingen tar ett större ansvar för läkarnas fortbildning får det troligtvis den effekten att misstänksamheten kring mutor i samband med fortbildningen minskas. Framförallt minskas misstänksamheten genom att landstingen får

större kontroll över läkarnas fortbildning och under vilka former den sker. Den minskade misstänksamheten går hand i hand med ett ökat förtroende från allmänheten. Landstingen ser således överenskommelsen som något positivt då de inte vill att deras läkare ska bli ifrågasatt utifrån allmänhetens förtroende.

*"... vi vill inte höra att läkarkåren är en mutad kår, som har en massa fuffens för sig, vi ska ju vara stolta över vår personal."*

Gunilla Thörnwall Bergendahl, Lf

En viss granskning av relationen anser vi vara nödvändig då en viss medial granskning utgör ett av de största incitamenten för parterna att efterleva reglerna. Denna uppfattning delas även av NN som anser att en granskning är viktig när man har strikta regler. Annars menar han att det finns det en stor risk att de med sämre moral utnyttjar kryphål.

## 7. SLUTSATSER OCH SLUTDISKUSSION

---

*I detta kapitel sammanfattar vi vår undersökning och knyter samman trådarna. De slutsatser vi har kommit fram till presenteras inledningsvis. Därefter följer en slutdiskussion där vi för ett friare resonemang om konsekvenserna av överenskommelsen. Avslutningsvis ger vi förslag till vidare forskning inom ämnet.*

---

### 7.1. SLUTSATSER

Vi kan inte avgöra hur strikt och enhetligt reglerna tillämpas i nuläget eller vad som kommer att ske i framtiden. De slutsatser vi drar angående formaliseringen av relationen är således baserade på antagandet om att tillämpningen av reglerna kommer att vara god. Även om tillämpningen kommer att vara god så tror vi att olika tolkningar av överenskommelsen kommer att utgöra ett störande moment för relationen. Hur stort detta orosmoment kommer att vara är helt upp till parterna själva att avgöra. Det finns enligt oss en tydligt inpräntad andemening i överenskommelsen. Om parterna inte ser till andemeningen i avtalet och istället försöker hitta kryphål att utnyttja för egen vinnings skull, kommer en enhetlig tillämpning svårligen att kunna komma till stånd. Vi har redan sett ett tydligt exempel på vad vi vill betrakta som ett brott mot andemeningen i överenskommelsen, som vi kommer att kommentera ytterligare i slutdiskussionen. Av denna anledning vill vi inte påstå att tillämpningen kommer att bli lidande eftersom vi bara känner till ett fall av överträdelse av denna karaktär och vi inte vet hur detta kommer att behandlas. Det enda vill vi säga med detta exempel är att för att få en enhetlig tillämpning och få bort tolkningar som strider mot andemeningen är det viktigt att det finns en aktiv granskning som följer upp denna typ av feltolkningar, medvetna eller omedvetna.

Vår tro är att den nya överenskommelsen kommer att förändra relationen på så vis att tillämpningen av reglerna kommer att bli betydligt bättre. Detta grundar vi på att överenskommelsen ställer större krav och förväntningar på relationen i form av en striktare regeltillämpning och en ökad etik och moral i relationen. Kraven och förväntningarna emanerar både från allmänheten och från parternas företrädare, det vill säga LIF och Lf. Den nya överenskommelsen har väckt en starkare medvetenhet hos parterna genom att det nu finns en tydlig diskussion kring hur viktigt det är att man tillämpar regler i samarbetet. Medvetenheten är enligt oss den främsta faktorn till att vi tror att tillämpningen av reglerna nu kommer att bli betydligt bättre. Den bristande medvetenhet som funnits om det tidigare avtalet är en av de starkaste anledningarna till att reglerna inte tillämpats i särskilt stor utsträckning.

Vi har fått tydliga indikationer på att en ökad regeltillämpning kommer att förändra relationen bland annat genom en kraftigt ökad byråkrati. Byråkratin uttrycks framförallt i en minskad handlingsfrihet för individen i relationen genom att det blir längre beslutsvägar. Relationen genomgår således en förändring till att bli mer omständlig. Genom de nya reglerna blir samarbetet krångligare vilket upplevs som något negativt av såväl läkare som

läkemedelsindustrin. Det finns även positiva konsekvenser av en ökad byråkrati i relationen. De positiva fördelar som vi kunnat utläsa genom vår studie är att byråkratin skapar en större samordning och kontroll av de aktiviteter som utgör relationen. Därmed skapas även en större transparens i relationens som gör att utomstående parter lättare kan få en inblick i hur den fungerar och under vilka former parterna umgås. Överenskommelsen gläntar således lite på den dörr som alltid varit stängd för utomstående, och som gjort det nästintill omöjligt att få inblick vad som händer där bakom. Transparensen gör att relationen förändras i den mån att parterna inte kan smyga med diverse oegentligheter på samma sätt som tidigare, eftersom sådant nu lättare kan upptäckas då det finns en större bevakning från alla inblandade parter. Därmed sätter överenskommelsen en större press på parterna att agera med en ökad etisk och moralisk medvetenhet i relationen.

Överenskommelsen kan även sägas vara en förtroendeproducerande åtgärd för att styra upp relationen och visa för allmänheten att läkemedelsföretagen och läkarna sköter sina uppdrag på ett etiskt och moraliskt korrekt sätt. Det finns en tydlig symbolik i själva skapandet av överenskommelsen. Faktum är att upprättandet av en ny överenskommelse utgör en symbol för ett ökat förtroende för relationen, oberoende av hur den tillämpas. Det symboliska förtroendet som skapas tillintetgörs dock lätt om överenskommelsen endast visar sig vara ett spel för gallerierna. Även förtroendet mellan parterna stärks av de nya reglerna då de verkar för en ökad ärlighet i relationen, där parterna inte i lika hög grad behöver misstänka varandra för ett oetiskt och omoraliskt agerande.

Även om relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren är unik på det sätt att den består av en privat och en offentlig part så går det att skapa förståelse för vad en formalisering kan innebära för relationer på ett mer generellt plan. I relationer där minst en part är offentlig finns det alltid ett extra tydligt krav på transparens eftersom samhället har ett intresse av att skattemedel används till det de är avsedda för. I takt med att allt fler svenskar blivit aktieägare har dock kravet på transparens ökat även inom den privata sektorn, vilket gör det lättare att applicera våra slutsatser på andra relationer. För relationer där förtroendet, etiken och moralen har ifrågasatts kan således en formalisering mycket väl vara det bästa sättet att komma på rätt köl igen. Genom att upprätta strikta regler visar man för allmänheten att man försöker agera etiskt och moraliskt riktigt. Hur utgången av formaliseringen utfaller är beroende av en mängd faktorer som är individuella för varje relation; bland annat vilka incitament som finns att efterfölja reglerna och hur höga kraven och förväntningarna är för de inblandade parterna. Vi vill dock hävda att de slutsatser som vi slagit fast beträffande tolkning och tillämpning, byråkrati, förtroende samt etik och moral är generella och kan appliceras på relationer i allmänhet och relationer mellan privata och offentliga institutioner i synnerhet.

Parterna stod inför valet att antingen acceptera en formalisering eller låta relationen fortgå som tidigare och utstå den smutskastning som det innebär. Det finns som vi nu visat exempel på både positiva och negativa konsekvenser med en formalisering av relationen. Läkarna och företagsrepresentanterna har i intervjuerna dock främst sett negativa konsekvenser. Vi anser dock att parterna i relationen måste acceptera detta eftersom de positiva konsekvenserna av

formaliseringen mer än väl överträffar de negativa konsekvenserna Gunilla Thörnwall Bergendahls uttalande är i vår mening väldigt talande i detta sammanhang:

*"Det kostar på att vara ärlig!"*

## 7.2. SLUTDISKUSSION

Det ligger i tidsandan att det etiska och moraliska kravet på relationer har ökat. En naturlig följd, eller reaktion, på det ökade kravet är att parterna i relationer formaliserar sitt beteende i form av regler. Företagen blir tvingade att formalisera relationer för att tillgodose allmänhetens och andra intressenters krav och förväntningar på ett sunt och moraliskt agerande.

Vi tror att båda parter inledningsvis kommer att göra stora ansträngningar för att efterleva reglerna i den nya överenskommelsen. Den mediala debatt som varit kring oegentligheterna i relationen har riktat strålkastarljuset på läkemedelsindustrin och läkarkåren vilket vi tror gör att de känner ett ansvar och en vilja att förändra situationen. Parterna, och då företrädesvis läkemedelsindustrin, har under en längre tid fått kritik för sitt etiska och moraliska agerande i relationen. Den granskning som relationen blivit utsatt för har ökat trycket på parterna att denna gång efterleva de uppsatta reglerna. Vi tror därför att reglerna faktiskt kommer att efterlevas bättre än vad det gamla avtalet gjorde, åtminstone i ett initialt skede. Det är mycket möjligt att efterlevnaden kommer att avta efterhand som nya rutiner etableras, vilket är precis det scenario Matts Wendel målade upp. Vi skulle vilja påstå att undvikandet av ett sådant scenario i stor utsträckning ligger i sjukvårdshuvudmannens händer. Det finns en risk för att sjukvårdshuvudmannen har tilldelats för stort ansvar i och med den nya överenskommelsen. Resultatet kan bli att den administrativa belastningen för honom eller henne blir för stor att sköta parallellt med sina vanliga arbetsuppgifter. För att överenskommelsen ska få en lyckad tillämpning krävs således att sjukvårdshuvudmannen tillåts att trappa ner på sina vanliga arbetsuppgifter.

Att regler efterhand åsidosätts till förmån för en etablerad praxis är inget specifikt för relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren utan något som i princip går att applicera på vilket regelverk som helst. Vi anser att det finns en risk med att sikta för högt med nya regler och vilja detaljreglera en relation då det kan vara svårt att efterleva dem i praktiken. Problemet blir då att glappet mellan ambitionen med reglerna och den praktiska tillämpningen blir alltför stort. Reglerna riskerar därmed att inte tas på allvar utan istället etableras en betydligt slappare praxis då reglerna ter sig alltför ouppnåeliga. Ytterligare ett problem med ett alltför omfattande och komplext regelverk är att reglerna riskerar att bli ett mål i sig och inte ett medel för att uppnå ett mål. En formalisering *kan* dock ha som mål att försöka reglera alla situationer fullt ut. Det måste dock finnas en medvetenhet om att detta är ett mål som aldrig kan uppnås i realiteten eftersom nya situationer alltid kommer att uppstå som inte omfattas av reglerna. Inte ens när regler kompletteras i eventuella tolkningsdokument kan alla situationer förutses. Det lämnas alltid ett visst utrymme åt människan att göra egna moraliska ställningstaganden. Det är därför viktigt att reglerna är

formulerade på ett sätt som tydligt anger reglernas mål, det vill säga andemeningen med reglerna. När individer ställs inför situationer som inte exakt omfattas av regelverket ska reglerna ändå fungera på ett sätt som verkar vägledande för hur individen ska agera. Om det finns en tydlig moral invävd i reglerna blir det lättare att agera i samklang med uppsatta mål även i situationer som inte exakt omfattas av reglerna.

Det krävs dock även en vilja att handla i enlighet med reglerna för att detta ska gälla. Även när det finns omfattande regler med en tydlig andemening går det naturligtvis att utnyttja kryphål om man så vill. Det är väldigt lätt för företag att falla tillbaka i gamla beteendemönster om det finns en uppriktig vilja att efterleva reglerna. Tyvärr har vi redan sett exempel på det i läkemedelsföretaget Lillys nya metod vad gäller bokning av kongressresor. Genom sin nya metod anser vi att Lilly bryter mot andemeningen i överenskommelsen. Metoden innebär att Lilly på sin hemsida presenterar alla kongressresor som de erbjuder under året, vilket gör att läkare på eget initiativ kan anmäla sig till resan. Samtidigt med anmälan går ett mail iväg till sjukvårdshuvudman, där Lilly frågar om utbildningsresan godkänns. Lilly agerar i detta fall i enlighet med reglerna då inbjudan inte skickas direkt till läkaren, utan att läkaren själv får uppsöka hemsidan och anmäla sig. Men vad de dock gör sig skyldiga till är "ett brott" mot andemeningen i överenskommelsen då de i praktiken går förbi sjukvårdshuvudmannens befogenhet. I det scenario i vilket Lilly försätter sjukvårdshuvudmannen, blir det betydligt svårare att neka en läkare att delta på en kongressresa än om inbjudan kommit direkt till honom eller henne. Det är betydligt lättare för sjukvårdshuvudman att säga nej till en utbildning om sjukvårdshuvudmannen i lugn och ro själv får läsa igenom de olika inbjudningarna som kommer och därefter ta beslut om, och i så fall vem som ska få åka. Problematiken med att sätta sig över en kollega som redan anmält sig till en kongress, och som har samma och ibland även högre kompetens, blir här väldigt tydlig.

Under eee-dagarna<sup>145</sup> 2005 berättade en representant för läkemedelsföretaget Lilly stolt om den nya metoden som vi omedelbart ställde oss frågande till. Vi konfronterade honom inte men diskuterade sinsemellan och förundrades över deras, i vårt tycke, klart omoraliska agerande. Vi sökte därför efter information om kongressbokningen på nätet och fann då att en diskussion kring metoden redan var igång. Vi upptäckte då att även Margareta Persson, chef för enheten hälsa och läkemedel på Landstingsförbundet, i Läkemedelsvärlden<sup>146</sup>, anser att Lillys agerande inte passar in i överenskommelsens andemening.

### **7.3. FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING**

Vårt förslag till vidare forskning är att genomföra en utökad studie där även en kvantitativ forskningsmetod genomförs. Detta för att säkerställa resultatet och skapa en större geografisk bredd på undersökning. Ytterligare ett förslag är att göra en uppföljning av vår undersökning som har till avsikt att fokusera på efterlevnaden av överenskommelsen. I denna studie skulle det dels vara intressant att ta reda på hur sjukvårdshuvudmannen klarat av att hantera sitt

---

<sup>145</sup> Arbetsmarknadsdagarna på Ekonomihögskolan i Lund

<sup>146</sup> Hed, Fredrik, Läkemedelsvärlden, 2004-10-26 nr 11



ökade ansvar och dels undersöka vad parterna gjort för att öka den etiska och moralisk medvetenheten. Det skulle vara väldigt intressant att få veta om parterna mäktat med att verkligen leva upp till de krav de ställer på sig själva genom den nya överenskommelsen. Vidare anser vi att det skulle vara mycket intressant att ta reda hur hierarkin fungerar på en sjukhusavdelning och om denna kan ha förändrats genom den nya överenskommelsen.

## 8. LITTERATURFÖRTECKNING

### Skriftliga källor

Alvesson, M, Sköldberg, K.; *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*, Studentlitteratur, Lund 1994

Andersen, Ib.; *Den uppenbara verkligheten: val av samhällsvetenskaplig metod*, Studentlitteratur, Lund 1998

Barber, B.; *The logic and limits of trust*. The State University of New Jersey 1983, första upplagan

Blomgren, Ralf, Brink, Torsten, Johansson, Lars-Åke, Tyndal, Anders, 1992, Svensk Läkemedelsrätt, Stockholm: Apotekarsocieteten, ISBN: 91 8627 445 7

Bruzelius, L.H. Skärvad P-H.; *Integrerad organisation*, Studentlitteratur, Lund 2004

Brytting, T. De Geer, H.; Silfverberg, G.; *Moral i verksamhet: ett etiskt perspektiv på företag och arbete*, NoK, 1993

Egan, J.; *Relationship marketing*. Edingburgh 2004, andra upplagan

Eriksson, L. T.; Wiedersheim-Paul, F.; *Att utreda, forska och rapportera*, Liber Ekonomi, 1997, 5:e upplagan

Ertzgaard, S.; *Affärsrelationer – om att skapa förtroende och värde i affärslivet*. Halmstad 2004, första upplagan

Ford, D.; *Managing business relationships*, Wiley, cop, Chichester. 1998

Gustafsson, C.; *Om företag, moral och handling*, Studentlitteratur, Lund 1988

Hanson, H. I.; *Information och moral*, IHM (Institutet för högre marknadsföringsutbildning), Göteborg 1999

Hentzel, Georg, 1988, Läkemedelsinformation och marknadsföring, Svensk Farmaceutisk Tidskrifts Förlag AB, Stockholm, ISBN 91-86274-24-4

Holme, I.M., Solvang, B.K.; *Forskningsmetodik : om kvalitativa och kvantitativa metoder*, Studentlitteratur, Lund 1997

Johansson, R.; *Vid byråkratins gränser- Om handlingsfrihetens organisatoriska, begränsningar i klientrelaterat arbete*, Studentlitteratur, Lund 1992

Kvale, Steinar.; *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Studentlitteratur, Lund 1997

Lundahl, U.; Skärvad, P-H.; *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*, Studentlitteratur, Lund 1999, tredje upplagan

Lundquist, L.; (1988), *Byråkratisk etik*, Studentlitteratur, Lund 1988

Macaulay, Stewart, An empirical view of contract, *Wisconsin law review*, vol. 1985, no 3

Mintzberg, H.; *Structure in fives, Designing Effective Organizations*, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1993

Morgan, G.: *Organisationsmetaforer*, Studentlitteratur, Lund 1999

Nielson, C. Charles, 1996, *An empirical examination of switching cost investments in business-to-business marketing relationships*, p. 38-60, *The Journal of Business & Industrial Marketing*

Nilsson, Mats, *Med alla medel- Om medicinkommersen i Sverige*, Bokförlaget Prisma Stockholm, 19987

Patel, R., Davidsson, B.; *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Studentlitteratur, Lund 1994, andra upplagan

Paterson, Jeannie, Robertson, Andrew, Heffey, Peter, 2004, *Principles of contract law, second edition*, Thomson

Sandberg, J., Targama A.; *Ledning och förståelse : ett kompetensperspektiv på organisationer* Studentlitteratur, Lund 1998

Sunesson, S.; *Byråkratin- ett nödvändigt ont?*, Prisma, Stockholm 1972

Thurén, T.; *Vetenskapsteori för nybörjare*. Liber AB, Malmö 1999, första upplagan

Werkö, L.; *Medicin för miljarder: Har läkemedelindustrin någon framtid*. Göteborg 1986

Zucker, L. G.; *Production of trust: Institutional sources of economic structure, 1840-1920*, *Research in Organizational Behavior*, Vol 8, sidor 53-111, 1986

Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården, juni 2004

Avtal om information och utbildning.

Årsredovisning för svenska kommunförbundet och landstingsförbundet, 2003

## **Muntliga källor**

XX, Lunds universitetssjukhus, Lund  
2005-01-25 kl. 9.00 – 9.30

Anne-Charlotte Knutsson, AstraZeneca, Stockholm  
2004-04-12-14 kl. 9.00-9.30, 2005-01-21 kl. 13.00-13.20

Gunilla Thörnwall Bergendahl, Landstingsförbundet (Lf), Stockholm  
2004-12-02 kl. 11.00-11.55

Håkan Mandahl, Läkariustriföreningen (LIF), Stockholm  
2004-12-03 kl. 14.35-15.10

NN, Östergötland  
2005-01-28 kl. 14.00-15.00

Matts Wendel, Lunds universitetssjukhus, Lund  
2004-12-14 kl. 10.00-10.35

Pertti Rolöf, Pfizer, Stockholm  
2004-12-06 kl. 15.00-15.30, 2005-01-19 kl. 13.00-13.30

---

## **Elektroniska källor**

[www.astrazeneca.se](http://www.astrazeneca.se)

[www.lif.se](http://www.lif.se)

[www.pfizer.se](http://www.pfizer.se)

[www.riksbank.se](http://www.riksbank.se)

[www.skane.se](http://www.skane.se)

[www.skl.se](http://www.skl.se)

[www.svd.se](http://www.svd.se)

[www.sydsvenskan.se](http://www.sydsvenskan.se)

[www.lakemedelsvarlden](http://www.lakemedelsvarlden)

[www.pharmaindustry.se](http://www.pharmaindustry.se)

[www.LIF.se](http://www.LIF.se)

[www.astrazeneca.se](http://www.astrazeneca.se)

[www.pfizer.se](http://www.pfizer.se)

<http://www.hassle.com>

## 9. BILAGOR

### Frågeformulär

---

#### **Gunilla Thörnwall Bergendahl, Landstingsförbundet, Lf**

2004-12-02, kl. 11.00 – 11.55

#### **Håkan Mandahl, Läkemedelsindustriföreningen, LIF**

2004-12-03, kl. 14.35 – 15.10

---

1. Vad är bakgrunden till att det nya avtalet skapades?
2. Vid utformandet av avtalet, vilka synpunkter togs det då hänsyn till? Vilka var med och utformade det, största intressenter?
3. Vad är syftet med de nya reglerna?
4. Vad skiljer det nya avtalet från det gamla? Är det endast en komplettering av det gamla avtalet?
5. Finns det som du ser det några för- eller nackdelar med det nya avtalet?
6. Vad finns det för incitament att följa det nya avtalet? Kommer även granskningen av relationen att skärpas eller är det upp till parterna att se efter att avtalet hålls?
7. Vad är anledningen till att industrin har börjat rätta sig efter avtalet redan den 1 juli och att det börjar gälla för läkare den 1 januari 2005?
8. Hur har det mottagits av olika parter? Läkare, läkemedelsföretag.
9. Har båda parter nytta av de nya reglerna?
10. Är det nya avtalet utformat så att man vet precis vad som gäller eller finns det utrymme för tolkning?
11. Finns det någon anledning till att reglerna utformats som de gjort? (tolkningsbara)
12. Ska reglerna ses som riktlinjer utifrån vilka varje landsting ska utforma mer precisa policys?
13. Ser ni positivt eller negativt på att reglerna tolkas så olika? I vissa landsting följs avtalet strikt medan andra landsting kör på som vanligt (med besök)?

14. Vi har fått uppfattningen att läkare tenderar att känna sig överkörda av de nya reglerna då de inte själva får bestämma när var och hur de ska träffa konsulenter. Hur ställer ni er inför detta? Stämmer det överens med er uppfattning?

---

**Pertti Rolöf, Pfizer**2004-12-06 kl. 15.00-15.30

---

1. Vad är bakgrunden till att den nya överenskommelsen skapades?
2. Vad anser ni vara huvudsyftet med den nya överenskommelsen?
3. Hur uppfattar du de nya reglerna för relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare (nya överenskommelsen)?
4. Hur tror du relationen mellan industrin och läkarkåren påverkas av de nya reglerna?
5. Tror du att båda parter (industrin och läkare/landsting) kommer att ha nytta av de nya reglerna?
6. Vad kan du se för positiva eller negativa konsekvenser för er som företag av de nya reglerna?
7. Tror du att det kan få några konsekvenser för läkarnas fortbildning, såväl positiva som negativa?
8. Vad anser du om efterlevnaden av de nya reglerna från industrins sida?
9. Vi har fått uppfattningen att den gamla överenskommelsen inte alltid efterföljdes så noga. Vad tycker du talar för att det ska bli annorlunda denna gång? Har vi fått rätt uppfattning?
10. Vad anser du om att avtalet börjar gälla vid olika tidpunkter för läkemedelsindustrin och läkare?
11. Anser du att det nya avtalet ger utrymme för tolkning, på vilket sätt? Är det positivt eller negativt för relationen?
12. Vi har fått uppfattningen via våra tidigare intervjupersoner att landstingen kommer att göra sina egna tolkningar av överenskommelsen. Hur påverkar det ert samarbete med landstingen?



**Relationen**

1. Hur skulle du vilja beskriva relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren?
  2. Anser ni er ha en stark relation till era kunder, om ja varför?
  3. Anser du att ni har en personlig relation med den enskilde läkaren? Finns det sociala kopplingar, utöver den rent professionella?
  4. Är vissa läkarrelationer viktigare än andra?
  5. Försvåras ert marknadsföringsarbete av överenskommelsen? Om ja, på vilket/vilka sätt?
  6. Vad anser ni vara faktorer som kan tära respektive gynna relationen mellan läkemedelsföretag och läkare?
- 

**Pertti Rolöf, kompletterande intervjufrågor**

2005-01-19 kl. 13.00-13.30

- 
1. Hur försöker ni som företag att agera etiskt och moraliskt korrekt? Vad gör ni rent specifikt?
  2. Har ni sett några förändringar rent etiskt och moraliskt sen det nya avtalet upprättades?
  3. Anser ni er ha allmänhetens förtroende?
  4. På vilket sätt anser ni det vara viktigt att ha allmänhetens förtroende?
  5. Hur anser ni det nya avtalet kan påverka allmänhetens förtroende?
  6. Vad gör ni för att skapa lojalitet i en relation och hur gör ni detta?
  7. Tror ni att det nya avtalet kommer att öka förtroendet parterna emellan?
  8. Anser ni att relationen kan påverkas då ni har olika mål med relationen?
  9. Anser ni att er relation kommer att stärkas med det nya avtalet, på vilket sätt kommer det att yttra sig om så är fallet?

---

**Anne-Charlotte Knutsson, informationschef AstraZeneca**2004-12-14 kl. 9.00-9.30

---

1. Vad är bakgrunden till att den nya överenskommelsen skapades?
2. Vad anser du vara huvudsyftet med de nya reglerna?
3. Hur uppfattar du de nya reglerna för relationen mellan läkemedelsindustrin och läkare (nya överenskommelsen)?
4. Hur tror du relationen mellan industrin och läkarkåren påverkas av de nya reglerna?
5. Tror du att båda parter (industrin och läkare/landsting) kommer att ha nytta av de nya reglerna?
6. Vad kan du se för positiva eller negativa konsekvenser av den nya överenskommelsen för er som företag?
7. Tror du att det kan få några konsekvenser för läkarnas fortbildning, såväl positiva som negativa?
8. Vad anser du om efterlevnaden av de nya reglerna från industrins sida?
9. Vi har fått uppfattningen att den gamla överenskommelsen inte alltid efterföljdes så noga. Vad tycker du talar för att det ska bli annorlunda denna gång? Har vi fått rätt uppfattning?
10. Vad anser du om att avtalet börjar gälla vid olika tidpunkter för läkemedelsindustrin och läkare?
11. Anser du att det nya avtalet ger utrymme för tolkning, på vilket sätt? Är det positivt eller negativt för relationen?
12. Vi har fått uppfattningen via våra tidigare intervjupersoner att landstingen kommer att göra sina egna tolkningar av överenskommelsen. Hur påverkar det ert samarbete med landstingen?

**Relationen**

1. Hur skulle du vilja beskriva relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren?
  2. Anser ni er ha en stark relation till era kunder, om ja varför?
  3. Anser du att ni har en personlig relation med den enskilde läkaren? Finns det sociala kopplingar, utöver den rent professionella?
  4. Är vissa läkarrelationer viktigare än andra?
  5. Försvåras ert marknadsföringsarbete av överenskommelsen? Om ja, på vilket/vilka sätt?
  6. Vad anser ni vara faktorer som kan tära respektive gynna relationen mellan läkemedelsföretag och läkare?
- 

**Anne-Charlotte Knutsson, AstraZeneca, kompletterande intervjufrågor**2005-01-21 kl. 13.00-13.20

---

1. Hur försöker ni som företag att agera etiskt och moraliskt korrekt? Vad gör ni rent specifikt?
2. Har ni sett några förändringar rent etiskt och moraliskt sen det nya avtalet upprättades?
3. Anser ni er ha allmänhetens förtroende?
4. På vilket sätt anser ni det vara viktigt att ha allmänhetens förtroende?
5. Hur anser ni det nya avtalet kan påverka allmänhetens förtroende?
6. Vad gör ni för att skapa lojalitet i en relation och hur gör ni detta?
7. Tror ni att det nya avtalet kommer att öka förtroendet parterna emellan?
8. Anser ni att relationen kan påverkas då ni har olika mål med relationen?
9. Anser ni att er relation kommer att stärkas med det nya avtalet, på vilket sätt kommer det att yttra sig om så är fallet?

---

**XX, specialistläkare, avdelningschef**2005-01-25 kl. 9.00 – 9.30

---

**Kontakt med läkemedelsindustrin**

1. Hur har din kontakt med läkemedelsindustrin sett ut under din tid som läkare?
2. Hur ser din kontakt ut idag?
3. Om skillnad nu mot förr – Hur stor skillnad skulle du vilja tillskriva de nya reglerna för umgänget?

**Den nya överenskommelsen**

1. Vad är enligt dig huvudsyftet med de nya reglerna?
2. Vad är din personliga uppfattning om reglerna i den nya överenskommelsen och den påverkan de får på relationen, positiva såväl som negativa?
3. Kan du se fördelar för båda parter av överenskommelsen?
4. Hur tror du att skillnaderna mellan det gamla avtalet och den nya överenskommelsen kommer att avspegla sig i relationen med läkemedelsindustrin rent praktiskt?
5. Vad tycker du talar för att den nya överenskommelsen kommer att efterlevas bättre än det gamla avtalet (som enligt tidigare intervjupersoner utmärktes av en slapphet i efterlevnaden från båda parter)?

**Fortbildning**

1. Ser du några följder för läkarnas fortbildning av den nya överenskommelsen?
2. Vi har fått uppfattningen att läkare tenderar att känna sig överkörda av de nya reglerna då de inte själva får bestämma när, var och hur de ska träffa läkemedelskonsulenter. Vad är din personliga uppfattning om detta och hur går tongångarna bland dina kollegor?
3. Betraktar du dig som lojal i någon relation till ett läkemedelsföretag?
4. Kan du se några för- eller nackdelar med att informationsmöten med konsulenter ska ske i grupp och inte enskilt och vilka är i så fall dessa?
5. Kan relationen på något vis hämmas av att möten skall ske i grupp? (exempelvis frågor som inte ställs eftersom man inte vill ställa dem inför sina kollegor). Eller tror du att mötena kan förändras till det bättre och hålla högre kvalitet nu när mötena sker under mer reglerade former?

6. Den uppfattning vi har fått från läkemedelsindustrin är att de anser att byråkratin ökar och att det blir svårare att bestämma möte på grund av den nya överenskommelsen. Hur upplever du detta?

### **Förtroende**

1. Anser du att allmänhetens förtroende för läkare har påverkats av den allmänna debatten, anklagelser om mutor och så vidare? Har den nya överenskommelsen någon inverkan på förtroendet?

2. Känner du förtroende för läkemedelsindustrin? Har ditt förtroende förändrats under din tid som läkare och har den nya överenskommelsen någon påverkan på förtroendet?

3. Har du under din tid som läkare stött på några oegentligheter som skulle kunna klassas som till exempel mutor och bestickning i relationen med läkemedelsindustrin?

---

**NN, allmänpraktiserande läkare**2005-01-28 kl. 14.00 - 15.02

---

**Kontakt med läkemedelsindustrin**

1. Hur har din kontakt med läkemedelsindustrin sett ut under din tid som läkare?
2. Hur ser din kontakt ut idag?
3. Om skillnad nu mot förr – Hur stor skillnad skulle du vilja tillskriva de nya reglerna för umgänget?

**Den nya överenskommelsen**

1. Vad är enligt dig huvudsyftet med de nya reglerna?
2. Vad är din personliga uppfattning om reglerna i den nya överenskommelsen och den påverkan de får på relationen, positiva såväl som negativa?
3. Kan du se fördelar för båda parter av överenskommelsen?
4. Hur tror du att skillnaderna mellan det gamla avtalet och den nya överenskommelsen kommer att avspegla sig i relationen med läkemedelsindustrin rent praktiskt?
5. Vad tycker du talar för att den nya överenskommelsen kommer att efterlevas bättre än det gamla avtalet (som enligt tidigare intervjupersoner utmärktes av en slapphet i efterlevnaden från båda parter)?

**Fortbildning**

1. Ser nu några följder för läkarnas fortbildning av den nya överenskommelsen?
2. Vi har fått uppfattningen att läkare tenderar att känna sig överkörda av de nya reglerna då de inte själva får bestämma när, var och hur de ska träffa läkemedelskonsulenter. Vad är din personliga uppfattning om detta och hur går tongångarna bland dina kollegor?
3. Betraktar du dig som lojal i någon relation till ett läkemedelsföretag?
4. Kan du se några för – eller nackdelar med att informationsmöten med konsulenter ska ske i grupp och inte enskilt och vilka är i så fall dessa?
5. Kan relationen på något vis hämmas av att möten skall ske i grupp? (exempelvis frågor som inte ställs eftersom man inte vill ställa dem inför sina kollegor). Eller tror du att mötena kan förändras till det bättre och hålla högre kvalitet nu när mötena sker under mer reglerade former?

6. Den uppfattning vi har fått från läkemedelsindustrin är att de anser att byråkratin ökar och att det blir svårare att bestämma möte på grund av den nya överenskommelsen. Hur upplever du detta?

### **Förtroende**

1. Anser du att allmänhetens förtroende för läkare har påverkats av den allmänna debatten, anklagelser om mutor och så vidare? Har den nya överenskommelsen någon inverkan på förtroendet?

2. Känner du förtroende för läkemedelsindustrin? Har ditt förtroende förändrats under din tid som läkare och har den nya överenskommelsen någon påverkan på förtroendet?

3. Har du under din tid som läkare stött på några oegentligheter som skulle kunna klassas som till exempel mutor och bestickning i relationen med läkemedelsindustrin?

**Matts Wendel, sjukhusjurist**2004-12-14 kl. 10.00-10.35

---

1. Anser du att det behövdes en ny överenskommelse mellan LIF och Landstinget, och i så fall varför?
2. Vad anser du vara huvudsyftet med den nya överenskommelsen?
3. Hur ser du som jurist på hur de nya reglerna är utformade. Är de utformade på ett sätt så att samspelet blir bra med de offentlighetsrättsliga reglerna som finns?
4. Anser du att reglerna är glasklara eller finns det utrymme för tolkning?
5. Hur tror du då att det kan påverka relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren att överenskommelsen tolkas olika, på olika landsting och så vidare?
6. Vad anser du att det finns för positiva eller negativa konsekvenser av överenskommelsen?
7. Hur tycker du att reglerna har mottagits av både industrin och läkarkåren?
8. Vi har fått uppfattningen om att den gamla överenskommelsen inte följdes så noggrant, vad tycker du talar för att det ska bli annorlunda den här gången?
9. Om man ser mot bakgrunden till det du sa vad som har drivit fram överenskommelsen också tror de att det kan påverka att denna skulle kunna följas bättre?
10. Anser du att båda parter har nytta av att de lite strängare reglerna som har kommit nu?
11. Enligt din uppfattning finns det någon fördel eller nackdel i överenskommelsen för någon av parterna?
12. Vi har fått uppfattning om att inom läkarkåren finns en oro för fortbildningen, att de ska få en sämre utbildning nu med tanke på de strängare reglerna?
13. Överenskommelsen började att gälla vid olika tidpunkter för läkemedelsindustrin och läkarkåren, vad anser du om det?
14. Beskriv relationen mellan läkemedelsindustrin och läkarkåren?
15. Vi har förstått från industrins sida att de är lite rädda egentligen att svensk sjukvård skulle förlora i det långa loppet på de här strängare reglerna eftersom att om samarbetet försämras och det finns ju som du säger ett beroende, så skulle svensk sjukvård vara förloraren. Stämmer detta?



16. Beträffande den nya överenskommelsen uttryckte en representant för ett läkemedelsföretag oro inför det att huvudmannen måste godkänna alla avtal. Det blir så att säga trepartsavtal. Att eftersom inte läkemedelsföretagen kan kontakta den enskilda läkaren utan de måste gå via huvudman så skulle det vara ett problem ur konfidentialitetssynpunkt. Anser du att så är fallet?