

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduskond
Ajakirjanduse ja kommunikatsiooni osakond

EREKTSIOONIHÄIRE RAVIMITE KOMMUNIKATSIOON
Retseptiravimite kommunikatsioon erektsioonihäirete ravimite näitel

BAKALAUREUSETÖÖ (8AP)

Eike Kingsepp
Eriala: avalikussuhted ja teabekorraldus
Juhendaja: Triin Vihalemm, PhD

TARTU 2007

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS	3
2. TEOREETILISED JA EMPILIRILISED LÄHTEKOHAD	6
2.1 Retseptiravimite kommunikatsiooni spetsiifika.....	6
2.2 Uurimisobjekt	9
2.3 Ereksioonihäire ravimite kommunikatsioon.....	12
3. UURIMISPROBLEEM.....	15
4. METOODIKA.....	16
4.1 Arstide küsitlus	16
4.2 Patsientide vebiküsitlus.....	17
4.3 Süvaintervjuud arstidega	18
4.4 Meetodi kriitika	20
5. TULEMUSED	23
5.1 Patsientide teadlikus ja infokanalite eelistused.....	23
5.2 Arstide hinnangud ja ootused ravimikommunikatsioonile	41
6. DISKUSSIOON JA JÄRELDUSED.....	59
7. KOKKUVÕTE.....	64
8. SUMMARY	65
9. KASUTATUD ALLIKATE LOETELU.....	67
LISAD.....	69

1. SISSEJUHATUS

Ravimite kommunikatsioon on valdkond, mis on ajalooliselt liikunud vastavalt ühiskondade arengule aina spetsiifilisemaks ning riiklikult ja ühiskondlikult kontrollitumaks. Eraldi osa moodustab retseptiravimite kommunikatsioon, mis diagnooside ja ravimite keerukuse tõttu on valdavas osas riikides eraldi reguleeritud ning millele kehtivad rangemad tingimused. Kuna retseptiravimeid kirjutavad välja arstid, siis oli ravimifirmade poolt suunatud kommunikatsioon keskendunud peamiselt arstidele. 1990-tel tekkis aga tänu internetile suurel hulgal inimestel kiire ja lihtne ligipääs informatsioonile, mis muidu oleks neile võõraks jäänud. Patsiendid muutusid teadlikumaks ja seda kasutasid ära ka ravimifirmad, kes hakkasid suunama üha rohkem informatsiooni otse patsiendile ning toetasid ka veebikeskkondi, kus tehakse patsientidele teavitustööd ja reklaamitakse otse või kaudselt oma toodangut.

Viimase kümne aastaga on ravimifirmade toetusel tehtud ära suur töö patsientide teavitamises ning võrreldes varasema ajaga on palju rohkem võimalusi leida informatsiooni, kui selleks peaks huvi olema. Siiski puudub ülevaade, milliseid kanaleid patsiendid eelistavad ja millised neist on nende jaoks kättesaadavad ning kui võrd nad olemasolevaid võimalusi üldse kasutavad. Samuti on puuduvad andmed selle kohta, kui teadlikud on patsiendid konkreetsetest ravimibrändidest. Seda eriti olukorras, kus Eestis on keelatud retseptiravimite reklaam patsientidele, mis muuhulgas keelab ka brändi nime ning toimeaine kasutamise avalikkusele suunatud kanalites. Ka erektsioonihäire ravimid kuuluvad retseptiravimite hulka ning patsient ise oma ravivalikut ei tee, vaid see jääb arsti otsustada vastavalt diagnoosi spetsiifikale.

Erektsioonihäire on haigus, mis tugevalt avalikkuse teadvusesse jõudis 1998. aastal kui ravimifirma Pfizer tõi müügile Viagra, millest tänaseks on saanud üks tuntumaid ravimibrände. Viagra oli meditsiinilises mõistes sama uuenduslik, kui omal ajal penitsilliin või beebipillid. Nagu ütles meestearst Margus Punab: „Viagra tekitas tõelise revolutsiooni meeste seksuaalhäirete ravi valdkonnas.” (Ronk 2003).

2003. aastal tulid müügile konkurendid Levitra (tootja Claxo Smith & Kline) ja Cialis (tootja Eli Lilly & Company), mis asusid kiiresti võitlusesse oma turuosa eest. Levitra jätkas Viagra imago stiiliga rõhudes seksuaalsusele, jõulisusele ja mehelikkusele. Eli Lilly valis eristumiseks teise tee. Cialise imago ehitati üles perekesksuse ning pikaajalise paarisuhte väärtustamisele. Kõige olulisem oli, et kõik kolm ravimifirmat panustasid patsientide teavitamisele, sest koos uuendusliku ravivõimalusega tekkis ka täiesti uus patsiendigrupp. Mehi oli vaja julgustada minema arsti juurde, tekitada neis usaldus ning panna nad seeläbi ostma ravimit.

Erektsioonihäire ravimite kommunikatsiooni näide teiste retseptiravimite hulgast sai valitud kolmel põhjusel. Esiteks aitab just erektsioonihäire ravimite turunduse ülesehitus vastata üldküsimusele – kuivõrd leiavad patsiendid informatsiooni oma haiguse kohta kanalitest, mille kaudu ravimifirmad seda pakuvad? Teiseks võimaldab erektsioonihäire, kui haigus, piiritleda kindel ja spetsiifiline grupp patsiente. Lisaks on Eesti turul hetkel kolm läbi kliiniliste uuringute tõestatud toimega ravimit – Levitra ja Cialis, mis aitab kitsendada ka ravimite hulka mahuni, mida on võimalik käsitleda ilma diagnooside spetsiifika suure varieerumiseta.

Arstide ja ravimifirmade omavaheline suhe on sensitiivne teema, mis põhjustab avalikkuses õigustatult küsimusi ja kartusi. Kuid probleem pole sugugi ainult ravimifirmades, kes justkui survevad arste osalema eetilises plaanis küsimusi tekitavates projektides. Ka arstidel on omad huvid ning eesmärgid, milles nad vajavad ravimifirmade toetust. Üldprobleemi võibki sõnastada järgmiselt: meil sisuliselt puudub ülevaade sellest, kuidas ja milliste mõjudega on hetkel toimiv ravimikommunikatsioon ning mis oleks need ühiskondlikult aktsepteeritud ning läbipaistvad moodused selle läbi viimiseks, mida saaks hinnata positiivseteks. Antud töö eesmärgiks on ühe kitsa ravimigrupi näitel uurida, millises suunas võiks ideaalis ravimikommunikatsioon liikuda nii, et arstid ja ravimifirmad oleksid rahul ning kummagi osapoole tegevus ei kompaks lubatavuse piire.

Töö valmimisel osutasid hindamatud abi paljud arstid Eestist ja ka väljaspoolt, erinevate firmade ravimiesitlejad ning tootejuhid, kellega toimunud intervjuud ja eravestlused aitasid sõnastada valdkonna probleeme ja kitsaskohti ning kelle igakülgne toetus julgustas mind selle teemaga süvitsi tegelema.

2. TEOREETILISED JA EMPIILIRILISED LÄHTEKOHAD

2.1 Retseptiravimite kommunikatsiooni spetsiifika

Globaalselt tuntud ravimibrändid tekkisid koos turgude ja müügivõimaluste laienemisega 20. sajandi alguses. Enne seda põhines ravimite valmistamine ja nende müük piirkondlikel apteekidel, kus kohalik proviisor valmistas unikaalsete retseptide alusel ravimeid, mida müüdi vaid kohalikul tasandil. Ravimitel reeglina puudusid nimed, patsiendid kasutasid diagnoosipõhiseid tunnuseid ravimeid ostes, arstid ja proviisorid kasutasid toimeainepõhiseid nimesid. Puudus ravimite kvaliteedikontroll, ei korraldatud kliinilisi uuringuid toime efektiivsuse tõestamiseks ning ka ravimite säilivusajad ning nende jälgimine oli puudulik. Koos tehnoloogia arengu ning riikliku kontrolli suurenemisega tekkis ravimitööstus, mis müügi edendamiseks andis konkreetsetel ravimitele nimed ning hakkas neid ka avalikult reklaamima.

Ravimikommunikatsioon toetub üldistele bränditurunduse reeglitele. Iga ravim on omaette bränd, millele lisaks unikaalsele koostisele ja/või toimeainele kaasnevad nimi, embleemid, kindel värvikombinatsioon, pakend ja disain (Kapferer 1997: 189). Igal ravimil on kaks nime – toimeaine nimi ja brändinimi (ibid: 191). Toimeaine nimi määratleb ravimikuulumise konkreetseesse ravimiklassi ja tema peamise toimeaine. Brändinimi on suupärasem ja on reeglina kunstlikult loodud. Nimi võib eri turgudel olla mugandatud, et olla keeleliselt suupärasem. Et ravimitööstus põhineb innovatiivsusel, siis saab tihti oma klassi esimene ravim ka üldnimetajaks kõigile selle grupi ravimitele (ibid). Tuntuimaks näiteks on selles valdkonnas Aspirin (atsetüülsalitsüülhape), mida kasutatakse üldnimetusena kõigi atsetüülhappel põhinevate ravimite kohta, samas kui Aspirin on Bayer-Scheringule kuuluv registreeritud kaubamärk, mis on kaitstud kõigi vastavate seaduste poolt.

Brändi nimi aitab nii arstil kui patsiendil eristada üht ravimit teistest ning peab olema kergesti meeldejääv. Retseptiravimite kommunikatsioonis võib eristada kahte suunda – patsiendile suunatud sõnumid ja arstidele suunatud informatsioon, mida seostatakse konkreetse brändiga. Patsientidele suunatav sõnum on üldisema sisuga ja kannab

teavitavat eesmärki. Arstidele suunatu peab veenma neid välja kirjutama ja soovitama patsiendile just konkreetset preparaati. Arstidele suunatud tegevus käib läbi erinevate otseturunduse võtete. Eesmärgiks on mõlemal suunal viia just oma sõnum potentsiaalse kliendini ja tulemused sõltuvad otseselt sõnumi esitamise professionaalsusest ning oskusest eristuda teisest sama tüüpi brändidest (Berry 1997: 1). Oluline on saavutada teadlikus, et isik, kes peab tegema ostu või ravivaliku, oleks teadlik brändist ning kaaluks seda ühe võimaliku variandina. Nagu uuringud on näidanud, ei ole tarbija reeglina lojaalne ühele brändile, vaid neil on kindlatest brändidest koosnev grupp, mille hulgast tehakse ostuvalik (Keller 1998: 91). Seda olulisem on saavutada potentsiaalsetes patsientides ning arstides eelnevalt kõrge bränditeadlikkus, et nad vajadusel oskaks seostada kindlat haigust konkreetse ravimibrändiga.

Reeglina on retseptiravimite reklaam reguleeritud rangemalt, kui käsimüügiravimite reklaam. Põhjuseks on avalikkuse kartus, et aktiivne ravimite reklaam mõjutab arste tegema kallimaid ja mitte oluliselt efektiivsemaid ravivalikuid originaalravimibrändide kasuks. Samuti eeldatakse, et reklaami läbi on kergemini mõjutatavad patsiendid, kes kujundavad oma ravieelistuse vastavalt brändi tuntusele, mis põhineb aktiivsel reklaamikampanial. Korraldatud vähesed uuringud viitavad siiski, et patsiendid on teadlikud ravimibrändidest ning eristavaid konkreetseid reklaame, kuid see ei mõjuta oluliselt nende eelistusi ravivalikute osas (Singh ja Smith 2005: 371). Paralleelselt USA-s ja Saksamaal patsientide hulgas läbi viidud tarbija teadlikkuse uuring näitas, et patsiendid ei erista retseptiravimite ning käsimüügiravimite reklaame, kuid kalduvad küll suhtuma ravimreklaamidesse pisut väiksema skeptitsismiga, kui muude valdkondade reklaamidesse. Küsitletud sakslaste skeptitsism reklaamitava suhtes oli kõrgem kui ameeriklastel. (Diehl jt 2007: 40).

Retseptiravimite müügiotsessi olulisemaiks osaks on ravimiesitlejate poolt arstidele edastatavate sõnumite efektiivsus ja usaldusväärsus. Ülimalt konkurentsitihtedal turul sõltub just ravimiesitlejatest konkreetse brändi eristamine ja eelistuse tekkimine. Brändi nime eristamise toetamiseks toodetakse mitmesugust reklaamimaterjali, mis kannavad brändi logo ja sloganit ning mille eesmärk on hoida konkreetset brändi alati meeles ja

arstidel silme ees (Shapiro ja Schultz 2001: 58). Kuigi arstid ise lükkavad kategooriliselt umber oma mõjutatavuse ravimifirmade poolt läbi reklaamimaterjalide ja promoürituste, väidavad läbi viidu uuringud siiski, et taolised kingid ja üritused mõjutavad arste (ibid: 60). Riikides, kus otsene retseptiravimite reklaam on keelatud, suunatakse suur osa reklaamist arstideni läbi erinevate sponsorlusprogrammide. Nii on ravimifirmad reeglina pea kõigi arstidele korraldatavate ürituste (seminarid, konverentsid, teabepäevad, patsientide koolitusprogrammide jne) taga rahalise toega. Läbi sponsorluse saavutatakse isiklikum ja lähedasem suhe oma sihtgruppidega (Keller 1998: 247). Tekkinud usaldus annab võimaluse otsekontaktideks ning saadakse parem ülevaade sihtgruppide vajadusest.

Eestis nagu mujalgi maailmas on ravimitööstus viimastel aastatel hakatud üha enam panustama otse patsiendile mõeldud sõnumitele (*direct to consumer marketing*). Üheks populaarsemaks ja häid tulemusi andnud vahendiks on ravimitele oma kodulehtede tegemine legaalses ruumis, kus see on lubatud, kuid mis on nähtavad globaalselt ka riikides, kus ravimibrändi reklaam on keelatud. Tänapäevaks on oma veebileht olemas praktiliselt igal suuremal brändil (Thomaselli ja Elkin 2003: 60). Tingimustes, kus otsene brändireklaam on keelatud, valitakse oma sõnumi edastamiseks erinevad patsiendi terviseteadlikkuse koolituse vahendid. Ereksioonihäire valdkonnas on selleks vastavate veebilehtede ja muude teabematerjalide toetamine. Kandvaks sõnumiks on õpetada mehi seostama ereksioonihäiret esmase sümptomina muudele haigustele (McGuire 2006: 26).

Ravimite müük ja nende kohta info jagamine (sh reklaam) on Eesti Vabariigis reguleeritud Ravimiseadusega, mille viimane täisversioon jõustus 01.03.2005. Retseptiravimite kommunikatsioonile on kehtestatud ranged reeglid ja nende rikkumine on karistatav. Vastavalt Ravimiseaduse peatükk 4-s sätestatule on retseptiravimist lubatud infot jagada vaid ravimi väljakirjutamisõigust omavale isikule st arstile. Ravimit on lubatud reklaamida ja brändi nime ning toimeaine nimetust tekstis kasutada vaid arstidele mõeldud erialastes väljaannetes.

Ravimit ei tohi mainida, ega sellele viidata üldises meedias, vastasel korral ähvardab seaduse rikkumise eest trahv 50 000 krooni. Trahv tehakse vastavalt meediale infot

jaganud ravimifirmale või siis konkreetsele kanalile, kui ta on leidnud ravimit puudutava info näiteks välismaiselt internetileheküljelt. Tavakanalites on lubatud nimetada brändi ja toimeaine nimetust kui ära märgitakse kõik turul olevad vastava grupi ravimeid võrdses mahus.

Kuigi sellised tingimused keelustavad reaalselt igasuguse retseptiravimite brändinimede mainimise, tehakse siiski erandeid üldmeedias ilmuvatele uudistele, mis ei ole seotud konkreetse ravimireklaamiga (näiteks võltsravimites teavitamine, toime ja/või muude omaduste võrdlemine mõne ravimi alusel jne).

Erektsioonihäire ravimid tulid müügile enne viimase Ravimiseaduse jõustumist, mis lubas üldmeedias kasutada brändi ja toimeaine nime, kuigi otsene ravimireklaam oli juba keelatud. Firmsid kasutasid seda võimalust eelkõige üldise terviseteadlikkuse tõstmise kontekstis.

2.2 Uurimisobjekt

2.2.1 Ereksioonihäire definitsioon ja ravimid

Erektsioonihäire (ka impotentsus) on kestav võimetus saavutada või säilitada suguuhteks vajalikku erektsiooni ehk suguti jäigastumist.

Uuringute alusel esineb erineva raskusega erektsioonihäireid 52 %-l meestest vanuses 40-70 eluaastat. Tänapäeval on tõestatud, et enamik erektsioonihäire juhtumitest on seotud mehe üldtervisliku seisundiga ja eelkõige muutustega veresoontes. Peamiste erektsioonihäiret põhjustavate faktorite seas on diabeet ehk suhkruhaigus, südamehaigused, kõrgvererõhutõbi. Kõrge on erektsioonihäirete esinemine meestel, kes on läbi teinud eesnäärmevähi operatsiooni või kiiritusravi. Mõnedel meestel võib erektsioonihäiret põhjustada madal testosterooni tase veres. Ereksioonihäireid võivad põhjustada ka mõned ravimid. Ereksioonihäire teket soodustab samuti suitsetamine, ülekaalulisus ja ülemäärane alkoholitarbimine.

Spetsialistide hinnangul vajavad Eestis potentsiravimeid pooled üle 40-aastastest meestest - ligi 60 000. Ereksioonihäire ravimitest saavad reeglina abi 85-90% patsientidest (Punab 2007).

Ravimid

Käesolevas töös on tähelepanu all PDE5 inhibiitorite klassi kuuluvad kolm suukaudselt manustatavat ravimit – sildenafiliil (Viagra), tadalafil (Cialis) ja vardenafiil (Levitra).¹ Kõik kolm nimetatud ravimit on saadaval ainult retseptiga, mille väljakirjutamise üle otsustab arst vastavalt patsiendi diagnoosi eripärale. Samas üksikutes riikides on need ravimid saadaval ka käsimüügis. Näiteks Postimees Online (2007) andmetel tuli Suurbritannias selle aasta veebruaris Alliance Boots apteegiketis müügile Viagra.

Keskmiseks ravimite kasutajaks (arsti poole pöördunud patsientide põhjal) on dr Margus Punabi hinnangul 45-70 aastane mees, kelle seksuaalvõimekus on viimase aasta jooksul järk-järgult halvenenud. Tema hinnangul on ka suhteliselt palju nooremaid ületöötanud mehi, kes vajavad ravimi abi ajutiselt (Ronk 2003).

Ereksioonihäire ravimite turg Eestis

Kui Viagra 1998. aastal müüki tuli oli ta ainus omalaadne, valitsedes turgu 96,5 % (3,5 % omasid süstitavad preparaadid). 2003. aastal lisandusid Cialis ja Levitra (Eestis vaid kahepäevase vahega) ning asusid kiiresti kahandama Viagra turuosa. 2005. aastani oli ereksioonihäire ravimite turg pidevas kasvamises, viimased kaks aastat on muutused toimunud peamiselt Viagra turuosa vähenemise arvelt.

Sellegi poolest on kasvas ereksioonihäire ravimite turg kuni 2005. aastani pidevalt. Kui 1999. aastal tarbis igapäevaselt ereksioonihäire ravimeid 193 patsienti, siis 2005. aasta lõpuks oli see tõusnud 566 meheni päevas. Juba 2003. aasta lõpuks saavutasid alles maist müügile tulnud Levitra ja Cialis endale näiteks kolme kuuga septembriks juba vastavalt 14 ja 15 % turuosa (ibid).

¹ Täpsemat informatsiooni ravimite kohta vaata Eli Lilly & Company (2007), Pfizer (2007) ja Glaxo Smith & Kline (2007).

Järgnev tabel näitab ravipäevade arvu abil, kuidas aastatel 2004-2006 muutus konkreetse ravimi kasutajate hulk.

Tabel 1: *Ravimite osakaal*

<i>Ravimi liik</i>	<i>Ravimipäevade hulk (aastas)</i>		
	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
Viagra	67 990	65 115	59 022
Levitra	16 790	22 772	18 714
Cialis	21 096	23 578	25 870
Kokku	105 876	111 465	103 606

Allikas: Ravimiamet (2007)

Kui veel 2004 aastal kasutati Viagrat 67 990 ravipäeva jooksul aastas, siis 2006 aasta lõpuks on see langenud 10 000 päeva võrra. Samal ajal tõusid Cialise kasutajate hulk nelja tuhande päeva võrra. 2005 aastal teeb tugeva tõusu Levitra kasutajate hulk, mis tõstis kõrgemale ka üldise ravipäevade arvu. See on seletatav Levitra poolt korraldatud hinnakampaaniaga, kus kaks tabletti sai osta ühe hinnaga. Pärast kampaania lõppu langes Levitra kasutajate hulk tagasi tavapärasele tasemele. Taolise kampaania poolt saavutatud efekt näitas siiski, kuivõrd hinnatundlikud on Eesti patsiendid ja hinna doteerimisele mingilgi kujul riigi poolt tuleks siiski arutlusele võtta.

Ravimifirmad prognoosivad, et erektsioonihäire ravimite turg Eestis rohkem ei kasva ja jääb senisele tasemele. Seetõttu on lähiaastatel võimalik näha rohkem pingutusi üksteise turuosa haaramiseks erinevate kampaaniate ja hinnasoodustuste näol.

Aastaid on olnud ka teemaks riikliku kompensatsiooni saavutamine erektsioonihäire ravimitele. Vajadust on rõhutanud nii arstid kui patsiendid, sest praegusel tasemel jäävad need ravimid paljudele kättesaamatuks või ei saa nad neid endale osta piisavas koguses. Seni on kogu protsess jäänud asjaajamise taha – nii arstid kui ravimifirmad ootavad, et üks pool alustaks aktiivset tegevust.

Mujal maailmas on probleem lahendatud erinevalt. USA-s laienes riiklik dotatsioon ka erektsioonihäire ravimitele. Eelmisel aastal lõpetasid selle palju osariigid, sest tulid välja juhtumid, kus odavama hinnaga said erektsioonihäire ravimeid osta ka kohtulikult süüdimõistetud seksuaalkurjategijad. Avaliku arvamus surve lõpetati paljudes osariikides igasugune erektsioonihäire ravimite kompensatsioon. See laienes ka kahjuks näiteks

meestele, kes selgroovigastuse tõttu olid sunnitud kasutama erektsioonihäire ravimeid. Eesti lähinaabritest on näiteks Skandinaaviamaades erektsioonihäire ravimid täielikult kompenseeritud.

Eestis tuleb tulevikus kindlasti veel läbi vaielda, kellele ja mis tingimustel ja kas üldse peaks riik erektsioonihäire ravimeid kompenseerima.

2.3 Ereksioonihäire ravimite kommunikatsioon

Ravimireklaam (mille alusel reguleeritakse kogu ravimikommunikatsiooni) on igas riigis sätestatud läbi ravimiseaduse. Tingimused varieeruvad globaalses plaanis üsna palju, kuid võib siiski näha ühiseid jooni rangetes seadustes, mis kehtivad arenenud riikides ja väiksemat reguleeritust nendes, mis on arengumaades. Euroopa Liidu riikides on ravimiseadused sarnased, suuremad erinevused esinevad peamiselt vaid seaduste täitmise mahus (nagu ka muudes valdkondades) läbi riikliku kontrolli, mitte kehtestatud tingimustes.

Retseptiravimite reklaamile on reeglina sätestatud rangemad reeglid kui käsimüügiravimitel. Eestis on ravimiseadusega keelustatud näiteks ravimi ja tema toimeaine mainimise avalikkusele (sarnaselt ka Soomes), piiritletud tasuta näidiste hulk (Eestis 300 originaaltabletti aastas) või ka hinnapiir, mille mahus tohib teha arstidele ravimifirma poolt kingitusi (Eestis 100 krooni) (Riigi Teataja 2007). Samas on näiteks USA-s lubatud retseptiravimite reklaam avalikkusele, samuti on lubatud kasutada brändi kõneisikutena prominentseid inimesi. USA-s kasutas Pfizer 1999 aastal Viagra reklaaminäona lausa konservatiivist senatiliiget Bob Dole`i.

Ravimifirmades suhtlus arstidega toimub traditsiooniliselt peamiselt läbi ravimiesitlejate. Vastavalt iga firma eripärale on ravimiesitlejad jagatud näiteks piirkondade järgi (Põhja-Eesti, Lõuna-Eesti) vastavalt ravimitüüpidele (näiteks üks esitleja on nii diabeediravimitel kui ka erektsioonihäire ravimitel) või lausa ravimigruppide alusel (onkoloogia, südame-veresoonkonna haiguste ravimid). Kohalikud jaotused matkivad üldiselt emafirmades kasutusel olevaid müügistrateegiaid. Ravimiesitlejatele on antud

kindlad juhtnöörid, millist infot nad peavad arstidele edastama, millisel moel ja kui tihti arste külastama. Reeglina on igal esitlejal kaks nimekirja – üks nn A nimekiri ja teine B nimekiri. A nimekiri koosneb spetsialistidest piirkondades ja asutustes, kust eeldatakse suurimat kasumlikkust (suuremad keskused), nende juures käivad ravimiesitlejad kõige sagedamini (intervallid keskmiselt korrast kahe kuu jooksul kuni poole aastani). B nimekiri koosneb kontaktidest, kelle võimalikku kasumlikkust ei hinnata nii kõrgelt ning nende juures käivad esitlejad harvemini (võimalik, et ka ainult kord aastas). Ravimiesitlejal võib päevas olla isegi üle 10 kontakti arstidega. Valdav osa tänasel päeval Eestis tegutsevatest ravimiesitlejatest ei ole arstid. Peamiselt on tegemist farmatseutideks või meditsiiniõdedeks õppinud inimestega, aga üha sagedamini esineb ka neid, kes ei ole varem meditsiiniga kokku puutunud. Sellele vaatamata tuleb neil suhelda peamiselt arstidega, kellele tuleb tutvustada ravimeid ja mõjuda kompetentselt. Ravimiesitleja efektiivsust ning kasumlikkust hinnatakse piirkonnas müügitulemuste alusel

Ravimifirmad on toetanud erektsioonihäire ravimeid kogu maailmas meediakampaaniatega, mille käigus on räägitud haigusest ja tema tekkepõhjustest ning (kehtivate ravimiseaduste piires) tehtud reklaami ka oma ravimitele. Taoliste kampaaniate eesmärgiks on eelkõige meeste teavitamine ja nende julgustamine arsti juurde minekuks. Põhjus on selles, et enne PDE5 inhibiitorite tulekut oli erektsioonihäire nõ ravimatu haigus – teda seostati ealiste eripärade ja peeti vananemise tunnuseks. Nimetatud ravimid suudavad aidata 85-90% erektsioonihäire patsientidest ja seetõttu tuli (ja tuleb) panustada patsientidele tehtavasse teavitustöösse, mis peab julgustama mehi minema arstile ja sisendama neile usku uutesse ravimitesse. Eestis on meedias ilmunud materjalid lähtunud peamiselt üldtervise seisukohast ja rõhutanud erektsioonihäire seost muude terviseseisundite näitajatega, mis peaks julgustama mehi pöörduma arsti poole (vaata Eesti Päevaleht Online 2005). Teine suund on olnud meeste hoiatamine võltsravimite eest, mida kasvõi näiteks interneti vahendusel ohtralt pakutakse (Postimees Online 2005). Hiljuti avaldatud statistika järgi ongi Viagra enim võltsitud ravim maailmas (Uusen 2007).

Lisaks meediakampaaniatele toetavad ravimifirmad erinevaid meestele mõeldud netilehekülgi (Eestis näiteks www.potencialis.ee, www.erekstioon.ee, www.mees.eu) või lausa omavad neid (potencialis.ee on Eli Lillyle kuuluv veebileht) haldab ning korraldavad muid teavituskampaaniaid ning ka arstide koolitamist. Veebilehtede peamiseks eesmärgiks on anda informatsiooni haiguse ja selle tekkepõhjuste kohta, antakse nõu, mida rääkida arstile, kuidas leida abi ja isegi arstide vastuvõtude kontaktid. Kuigi Eesti ravimiseadus keelab patsientidele info andmise retseptiravimite kohta, võib siiski muukeelsetelt internetilehekülgedelt leida ka täielikku informatsiooni konkreetsete ravimibrändide omadustest (firmade enda loodud näiteks www.viagra.com, www.cialis.com, www.levitra.com). Ravimifirmad teevad ka infomaterjale (voldikud, teatmikud, patsiendi infolehed jne) oma ravimite kohta, mida tänase seisuga Eestis on siiski võimalik jagada vaid arstide vastuvõttudes. Taoliste materjalide eesmärgiks on anda lisainformatsiooni patsiendile talle välja kirjutatud ravimi ja selle toime kohta.

Eestis on tulenevalt Ravimiseaduse piirangutest hakanud viimastel aastatel üha enam levima lisaks ravimiesitlejate poolt tehtavatele visiitidele ka erinevate koolituste, seminaride ja konverentside korraldamine, mis on mõeldud kindla toote või tootegrupi reklaamiks. Taoliste ürituste eeliseks on võimalus suhelda otse arstidega väljaspool ametlikku keskkonda ning luua tugevamad sidemed konkreetsete arstidega. Usalduse lisamiseks esinevad ettekannetega oma ala spetsialistid kas Eestist või mujalt maailmast (sõltuvalt ürituse mastaabist). Valdavalt on lektorid emafirma mõnes tooteüksuses töötavad arstid või firma poolt toetatavaid uuringuid läbi viivad teadlased.

3. UURIMISPROBLEEM

Ravimifirmad panustavad patsientide ja arstide teavitustöösse, et tagada oma toodete tuntus ning usaldusväärne maine ja seeläbi ka edukas müük. Jagatav informatsioon keskendub reeglina oma toote eeliste välja toomisele võrreldes teiste sama ravimigrupi brändidega. Retseptiravimite kategoorias tehtavas turunduses on esimeseks tasandiks potentsiaalsete patsientidele suunatud julgustav ning hariv teavitustöö, mis suunaks patsiendid arsti juurde. Järgmisena peaks arstidele suunatud müügitöö tagama just konkreetse firma ravimi väljakirjutamise.

Antud töö eesmärgiks on uurida, kuivõrd efektiivsed on seni kasutatud meetodid olnud patsientidele ja arstidele informatsiooni edastamiseks, milliseks hinnatakse nende usaldusväärsust ning mis oleks see sõnum, mida ravimifirmadelt tegelikult oodatakse.

Uurimisküsimused:

- Millist infot saavad arstid ja patsiendid ravimifirmade poolt pakutavatest kanalitest?
- Kuidas hindavad arstid ja patsiendid saadavat informatsiooni?
- Millist informatsiooni ning millisel kujul arstid ja patsiendid tegelikult sooviksid saada?

4. METOODIKA

Töö koosneb kahest osast. Esimene osa uurib, kuivõrd teadlikud on patsiendid erektsioonihäirest, kui haigusest, selle tekkepõhjustest ning milliseid infokanaleid nad eelistavad. Teine osa keskendub ravimifirmade ja arstide vahelisele kommunikatsioonile, uurib arstide hinnanguid neile edastatavatele sõnumitele, suhteid ravimifirmade ja nende esindajatega ning arstide erialase infotarbimise harjumusi.

Esimese osa meetodiks on kaks küsitlus – esimene neist läbi viidud arstidega ja teine patsientidega, mis annavad kokku uurimustöö kvantitatiivse osa. Esimese osa mitmekesisemaks muutmiseks kasutan ka arstidega bakalaureusetöö teise osa jaoks läbi viidud süvaintervjuude küsimustiku esimest osa, mis uuris patsientide informeeritust ning arstide hinnanguid ning suhtumist. Töö põhiosa toetub arstidega läbi viidud süvaintervjuudele, lisaks on juures eelpoolnimetatud küsitluste käigus saadud võrdlevad andmed.

Küsitlused said meetodiks valitud põhjusel, et need võimaldasid kõige paremini kontrollida üldist statistikat, mida on erektsioonihäirega patsientide kohta esitada nii maailma kui Eesti andmete põhjal. Lisaks võimaldasid küsitlused saada laiapõhised andmed erinevate erialade arstidelt ning patsientidelt ning neid omavahel võrrelda. Arstide süvaintervjuude eesmärgiks oli läbi saadud tekstide kvalitatiivse analüüsi uurida arstide tegelikke hoiakuid ning suhtumist küsimustesse, mille suhtes on tihti levinud nn poliitiliselt korrektsed vastused, kuid mis ei anna tegelikku pilti olukorrast.

4.1 Arstide küsitlus

Arstide küsitluse eesmärgiks oli luua läbi arstide kogemuste keskmise erektsioonihäirega patsiendi profiil. Küsimused patsientide kohta olid koostatud vastavalt teemade ringile, mida arst ja patsient omavahel arutavad ning mille kohta võis eeldada, et arstid oskavad anda läbilõikelise hinnangu. Lisaks eelnevale uuriti arstide kasutatavaid infokanaleid ning vajadusi. Patsientide teadlikkuse analüüsi tegemiseks on kasutatud küsitlusest küsimusi

1-4, 6, 9 ja 10, mis on seotud töö uurimusküsimustega. Ravimikommunikatsiooni osas on kasutatud vastuseid küsimustele 7 ja 8 mis käsitlevad arstide poolt usaldatavaid infokanaleid ning konkreetse ravimi kasutamise põhjuseid.

Küsitluse läbiviimine

Küsitlus toimus 12.05.2005 arstide konverentsil Lillepaviljonis. Valimi moodustasid arstid üle Eesti, nende hulgas olid esindatud perearstid, androloogid ja kirurgid. Küsitlus oli kirjalik (Lisa 1), mahutatud ühe lehe kahele poolele ning lisaks valikvastustele olid viimased kolm küsimust vabavastustega, milles paluti arstidel anda hinnang või pikem kommentaar. Küsitluse täitmine oli vabatahtlik, samuti ei olnud kohustust vastata kõigile küsimustele. Küsitluslehed jagati välja viimasel vaheajal ning arstidel paluti see täita viimase loengu jooksul või pärast seda ning jätta siis täidetud küsitlusleht oma kohale. Küsitlus oli anonüümne. Välja jagati 60 küsimustikku, millest täidetuna tagastati 39.

4.2 Patsientide veebiküsitlus

Veebiküsitluse (Lisa 2) eesmärgiks oli uurida, kuivõrd teadlikud on erektsioonihäire probleemidega mehed sellest, et erektsioonihäire võib olla sümptomiks teistele haigustele ning kas nad on kontrollinud nende seisunditega seotud tervisenäitajaid. Veebiküsitlus võimaldas vastajal jääda anonüümseks, kuid samas saada küsitlejal infot otseallikalt ilma vahendajateta. Teiseks oluliseks eesmärgiks oli uurida, kas on toimunud nihe kanali eelistuses, kust soovitakse saada erektsioonihäire kohta informatsiooni. Lisaks küsiti vastajatelt nende ravimieelistuste kohta. Tulemuste osas analüüsitakse vastuseid küsimustele 1, 2, 7, 8 ja 9.

Küsitluse läbiviimine

Küsimustik oli täitmiseks üleval veebilehel potencialis.ee. 2006 aasta septembrist kuni 2007. aasta märtsini. Lehe avalehe paremal küljel oli banner, mis kutsus täitma küsitlust. Küsitluses osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne. Küsimustiku täitmise ja kinnitamise

järeel saabus täidetud ankeet minu mailile. Kokku saabus täidetult 27 ankeeti. Mitmel korral saabus ka tühje, täitmata väljadega küsimustikke, kuid tehnilise lahenduse teinud IT-spetsialist kinnitas, et need olid just sellisena saadetud ja elektroonilisest veast tekkinud andmete kustumine polnud võimalik.

4.3 Süvaintervjuud arstidega

Arstide süvaintervjuude (Lisad 3 ja 4) põhieesmärgiks oli bakalaureusetöö tarvis uurida ravimifirmade poolt arstidele suunatavate sõnumite sisu ja reaalselt mõju. Küsimustiku sissejuhatavas osas on küsimused ka patsientide informeerituse ja teadlikkuse kohta oma seisundi suhtes, kus arstidel palutakse anda hinnang patsientidelt endalt kuuldu põhjal. Küsimused on üldised, kuid võimaldavad anda edasi arstide ja patsientide vahelist suhtlustasandit.

Arstide süvaintervjuude patsiendi teadlikkuse osa analüüsisin järgmiste teemade läbi:

- patsientide teadlikus haigusest ja ravivõimalustest
- milliseid infokanaleid patsiendid kasutavad
- millist informatsiooni patsiendid nimetatud kanalitest saavad
- kuivõrd on patsiendid teadlikud ravimibrändidest
- kui kiiresti jõuavad patsiendid erektsioonihäire probleemiga arstile
- milliseid arste patsiendid eelistavad

Teise osa küsimused keskendusid konkreetsetelt ravimitele, millised sõnumid on arstidele meelde jäänud nende ravimite kohta ja mida hindavad arstid nende ravimite juures. Kolmanda osas palusin arstidel rääkida, milline oleks see informatsioon, mida nad ootaksid, kuidas hindavad informatsiooni, mida ravimiesitlejad neile pakuvad ning analüüsida, kuidas neil tekib usaldus ravimisuhtes. Eesmärgiks oli hinnata arstide mõjutatavust informatsiooni poolt, mida erinevad firmad läbi ravimiesitlejad neile pakuvad.

Arstide süvaintervjuude kommunikatsiooni osa analüüsin läbi järgnevate teemade:

- arstide hinnang ravi kättesaadavusele ja ravimitele
- milliste omaduste järgi eristavad arstid konkreetseid preparaate
- millistest kanalitest saavad arstid informatsiooni
- arstide üldhinnang ravimiesitlejate kompetentsusele ja usaldusväärsusele
- millist infot arstid soovivad saada
- arstide eelistused ravimite osas ja millele need põhinevad

Intervjuude läbiviimine

Intervjuud viidi läbi androloogide ja perearstidega 2007. aasta aprillis. Intervjueeritavad võtsid patsiente vastu kliinikutes Tallinnas, Tartus ja Pärnus. Kõik intervjuud lindistati ning transkribeeriti. Intervjuude pikkused varieerusid 16-33 minuti vahel.

Küsimustiku kontrollimiseks toimunud prooviintervjuu järel muutsin küsimuste järjekorda, sest nii oli võimalik sujuvamalt teemasid vahetada või minna lausa intervjueeritava enda poolt algatatud teemaga edasi. Ühel juhul palus intervjueeritav intervjuu katkestada, sest tundis ennast ebamugavalt, kui pidi rääkima konkreetsetest brändidest ning firmadest. Teisel juhul palus arst endale kohe intervjuu alguses jätta võimaluse mitte vastata talle ebasobivatele küsimustele. Intervjueeritav kasutas seda võimalust, kui tal paluti iseloomustada konkreetseid brände.

Enne intervjuu algust selgitasin arstidele töö eesmärgi, selle põhiküsimusi ning millisel kujul tulemused esitatakse.

Intervjueeritute hulgas on neli meestearsti, üks Tallinnas tegutsev perearst ning Pärnus tegutsev perearst, kes on naine. Perearstide väike osakaal on tingitud sellest, et nende poole pöördunud mehed saadetakse reeglina edasi meestearsti juurde ning ravivaliku teeb just meestearst. Hinnanguliselt ei jõua meestearstini vaid 5-10% arsti poole erektsioonihäire probleemiga pöördunud meestest. Kui patsiendile on juba ravim välja kirjutatud ning ta vajab uut retsepti, siis võib ta juba minna selle saamiseks perearsti juurde, kuid seda väikesel protsendil juhtudest. Naisarsti valik oli teadlik, sest kõik

intervjueeritud meesarstid rõhutasid, et suur naistest perearstide osakaal takistab meestel tihti ravi otsimast lähimast perearstikeskusest ja nii võtab abi saamine rohkem aega.

Intervjueeritute nimed on kodeeritud. Enamus arste avaldas intervjuu alguses ettevaalikult muret selle üle, kas nende nimesid kasutatakse. Eriti tundlikud olid selles osas meestearstid, sest Eestis tänasel päeval tegutseb sisuliselt viis meestearsti, neist neli osalesid süvaintervjuides. Seetõttu jätsin märkimata ka linnanime ja nii tähistab viimane täht koodis T korral nii Tallinnat kui Tartut. Esimene täht M tähistab ametilt meestearsti, P perearsti. Number intervjueeritu järjekorda omas grupis.

4.4 Meetodi kriitika

Arstide küsitluse nõrgaks küljeks olid standardsed, ette antud vastused, mis väljendasid eelkõige minu, kui mitteprofessionaalse meditsiinitöötaja eeldusi ning tõekspidamisi. Samas oli eesmärgiks teha küsitlusele vastamine arstide jaoks võimalikult mugavaks ja kiireks, et nad ei loobuks küsitluse täitmisest arvates, et see võtab liiga palju aega.

Patsientide veebiküsitluse täitmise eelduseks oli, et vastajal on isiklik kogemus erektsioonihäirega. Selle taga oli arvestus, et seisundiga mitte kokku puutunud mees ei satu juhuslikult veebilehele nagu potenciales.ee seda on ja ei hakka täitma ka vastavasisulist küsitlust.

Mõningate androloogidega toimunud intervjuudel sai intervjuu meeleolu ja spontaansuse puudumise mõjutajaks minu varasem töökogemus ravimifirmas Eli Lilly (tänapäevaseks töösuhe lõppenud), mille käigus olin nende konkreetsete inimestega varasemalt kokku puutunud konkreetse ravimi promoürituste käigus. Oli märgata teatavat ettevaatlikust ning soovi anda nõ oodatavaid vastuseid või siis pehmendada oma sõnastust teatud nähtuste või objektide suhtes (eriti, kui jutuks olid Eli Lilly ravimi Cialis positiivsed ja negatiivsed omadused). Enamus neist küll kaotas teataval määral intervjuu käigus ettevaatlikkuse ja vastas juba vabalt, kui samasisuline küsimus sai ümbersõnastatud vormis hiljem uuesti esitatud.

Intervjueeritud perearstidega puudus varasem kontakt ning seetõttu olid need intervjuud kvalitatiivselt rohkem uut informatsiooni pakkuvad.

Valitud meetodil on lisaks veel kaks probleemset punkti. Esimene neist küsitluste ja intervjuude toimumine ajaliselt pika perioodi vahel (2005 mai kuni 2007 aprill). Teine küsitlustes esitatud küsimuste mittekattumine.

Esimene, arstidega tehtud küsitlus toimus 2005 aasta mais. Küsitluse esmaseks eesmärgiks oli kujundada läbi arstidelt saadud informatsiooni erektsioonihäirega patsiendi profiil, sest kuni nende tulemusteni oli võimalik toetuda vaid üldisele (ja valdavalt ka välismaisele) statistikale, mis ei andnud informatsiooni patsientide infotarbimise harjumuste ning arsti-patsiendivahelise suhte osas. Teiseks ülesandeks oli küsitlusele vastamise ja saadud vastuste põhjal hinnata arstide informatsioonitarbimise harjumusi ning võimalikke fookuspunkte, millele oleks hilisemas järgus võimalik toetada tehtavate lisaküsitluste teemadering. Saadud tulemused toetasid püstitatud hüpoteesi ning võimaldasid jätkamist otse patsiendile suunatud küsitlusega.

Patsientide küsitluse eesmärgiks oli keskenduda meeste teadlikkusele terviseriskide suhtes ja nende seostamisega erektsioonihäire riskifaktoritega. Arstide küsitlus oli toetanud üldstatistika andmeid selle kohta, milline on keskmine erektsioonihäire patsient (vanus, perekonna seis jne), mistõttu neid küsimusi patsientidele uuesti ei esitatud. Küsitluse läbiviimine veebipõhiselt tulenes samuti arstide küsitlusest saadud informatsioonile patsientide infokanalite eelistuste kohta. Lisaks oli just veebipõhine küsitlus sobiv hindamaks kas ja mil määral on mehed omandanud informatsiooni, mida neile pakutakse.

Kuigi ajaliselt on arstide küsitluse ja arstidega läbi viidud süvaintervjuude vahel kaks aastat on saadud tulemused sarnased informatsioonitarbimise harjumuste ning kanalite eelistuse osas. Selline tulemus näitab eelkõige esimese küsitluse tulemuste

usaldusväärsust ning samuti meediakasutusharjumuste püsivust nii arstide kui patsientide hulgas.

5. TULEMUSED

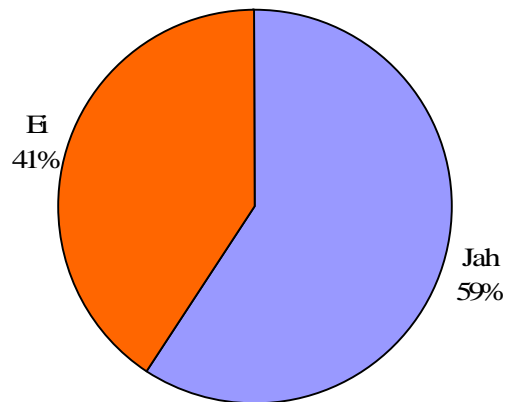
Järgnevas osas on ära toodud saadud tulemused töö kahe põhiteema alusel. Esimene osa uurib patsientide teadlikust ning teine kommunikatsioon arstidele .

5.1 Patsientide teadlikus ja infokanalite eelistused

5.1.1 Patsientide hinnang oma teadlikkusele ja infokanalite kasutamine

Veebiküsitlus andis võimaluse patsientidelt uurida nende hinnanguid samas nende anonüümsust säilitades.

Joonis 1: *Kas patsiendid on teadlikud sellest, et erektsioonihäire võib olla esimeseks sümptomiks muule haigusele.*



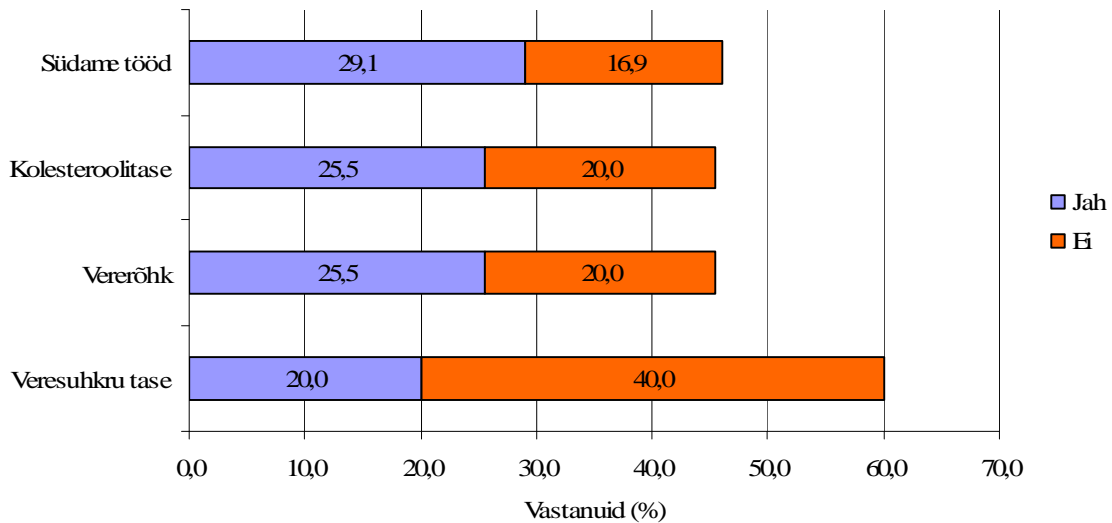
Allikas: Kingsepp (2007)

16 patsienti (59%) vastanud 27-st olid teadlikud, et erektsioonihäire on suurel osal juhtudest esimeseks sümptomiks mõnele muule haigusele. 11 vastanut (41%) ei olnud sellest teadlikud. Tulemused on sarnased samasisulise arstide küsitluses olnud küsimusega, kas patsiendid on teadlikud haiguste põhjustest, mille tulemused olid ka

sarnased - 21 arsti hinnangul (68%) on patsiendid teadlikud, 13 vastas (32%), et mehed ei ole põhjustest teadlikud.

Järgnevalt paluti patsientidel vastata, kas nad on viimase aasta jooksul kontrollinud tervisenäitajaid nagu südame töö, veresuhkru- ja kolesteroolitase ning vererõhk, mis võivad viidata tekkinud erektsioonihäire põhjustele.

Joonis 2: Kui paljud on viimase aasta jooksul kontrollinud tervisenäitajaid.



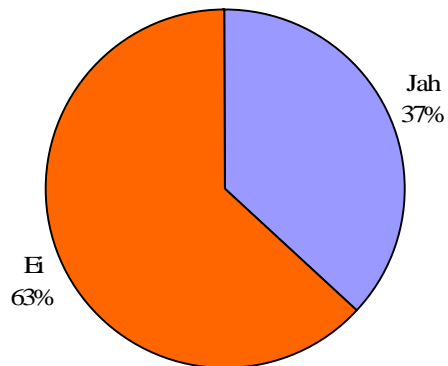
Allikas: Kingsepp (2007)

Vastanutest 14 (25,5%) olid kontrollinud nii vererõhku kui ka kolesteroolitaset. Oluline on siinkohal märkida, et mehed, kes olid kontrollinud neid kahte näitajat, ei olnud reeglina samad vastajad. Kõige sagedamini oli kontrollitud südame tööd – 16 vastanut (29,1%). Veresuhkru taset oli viimase aasta jooksul 27-st vastajast kontrollinud 11 meest (20%). Millest selline analüüside selektiivsus tingitud oli, on kahjuks ebaselge ja vajaks vastust arstidelt.

Patsientidel paluti vastata, kas nad leiavad piisavalt informatsiooni erektsioonihäire põhjuste ja selle ravi kohta. 17 (63%) vastanut leidis, et nad ei saa piisavalt informatsiooni (Joonis 3). Arvestades, et antud küsimustik oli täitmiseks üleval netis, mis eeldab, et meestel, kes selle täitsid, on ligipääs arvutitele, viitab eelkõige värske

diagnoosiga patsientidele ja neile, kes pole veel arsti juurde jõudnud. 10 vastanut (37%) leidis, et erektsioonihäire kohta on neil olemas piisavalt informatsiooni.

Joonis 3: Kas patsiendid leiavad piisavalt infomatsiooni erektsioonihäire kohta.

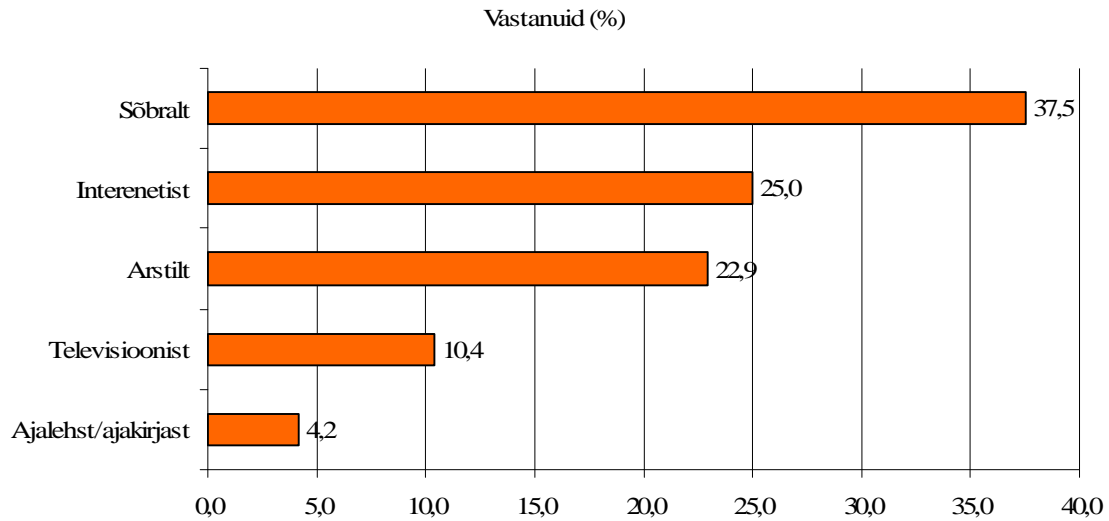


Allikas: Kingsepp (2007)

Küsimus oli asetatud enne järgnevat teadlikult.

Viimase küsimusena uuriti meestelt, millisest kanalist nad eelistaksid saada informatsiooni erektsioonihäire kohta (Joonis 4 pöördel).

Joonis 4: Millistest kanalitest eelistavad patsiendid saada informatsiooni erektsioonihäire kohta.



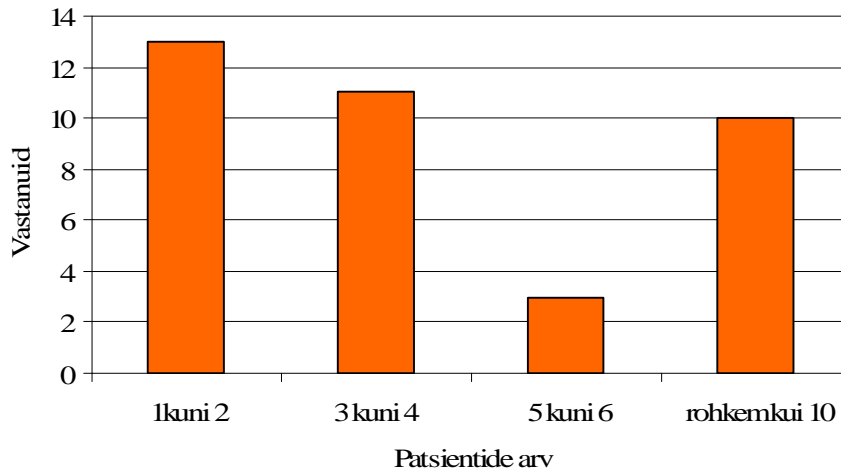
Allikas: Kingsepp (2007)

Mehed eelistavad saada erektsioonihäire kohta informatsiooni valdavalt oma sõbralt (märgitud 18 korda, 37,5%). Anonüümset internetti märgiti 12 korral (25%), arste 11-l (22,9%). Ajalahettedest/ajakirjadest eelistamist märgiti kahle korral (4,2), televisiooni viiel (10,4%). Kas arstide küsitlus patsientide infokanalite kohta andis sarnase tulemuse – kõige rohkem oli räägitud sõbraga (31%). Järgnesid äravahetatud järjekorras arst (28,4%) ja internet (23%).

5.1.2 Arstide hinnang patsientide teadlikkusele ja infokanalite kasutamisele

Esimese küsimusega paluti arstidel anda hinnang, kui palju on viimase kuu jooksul käinud nende juures vastuvõtul erektsioonihäirega patsiente (Joonis 5).

Joonis 5: Ühe kuu jooksul arsti keskmiselt külastanud patsientide hulk.

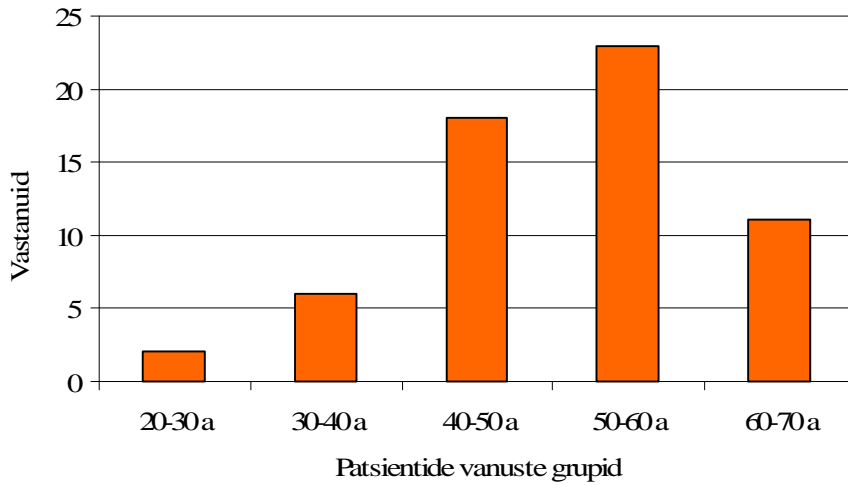


Allikas: Kingsepp (2005)

Keskmiselt käib ühe arsti juures kuu jooksul vahemikus 1-2 või 3-4 erektsioonihäirega patsienti. Kuna vastantute hulgas olid ka androloogid, siis sellest tuleneb rohkem kui kümnet patsienti vastu võtvate arstide suurem arv. Androloogide vastuvõttudel käib lisaks kohalikele patsientidele ka suur hulk välismaalasi. Näiteks arstidel, kellel on vastuvõtnud spa-des kirjutavad välja suurema osa retseptidest just välismaalastele (M3T intervjuu). Peamiselt külastavad välismaalased siiski suurtes keskustes asuvaid vastuvõtte.

Statistika järgi on keskmine erektsioonihäirega arsti juurde jõudev patsient 45-70 aastane mees (Ronk 2003). Arstidel paluti hinnata, millistest vanusegruppidest käib nende juures kõige rohkem patsiente (Joonis 6).

Joonis 6: *Patsientide keskmine vanus.*

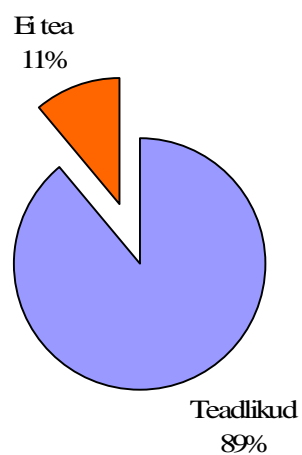


Allikas: Kingsepp (2005)

Ootuspäraselt oli enim vastanuid eavahes 50-60 aastat (23 korda märgitud), järgnesid 40-50 aastased (18 korda). Järgnesid mehed vanused 60-70 aastat (mainitud 11) korda. Vähem esines patsiente vanuses 30-40 (6) ja 20-30 aastat (2 korda).

Järgmisena paluti arstidel hinnata kas patsiendid on teadlikud erektsioonihäire ravimitest, kui nad jõuavad arsti juurde (Joonis 7).

Joonis 7: Kas patsiendid on teadlikud erektsioonihäire ravimitest, kui nad tulevad arsti juurde

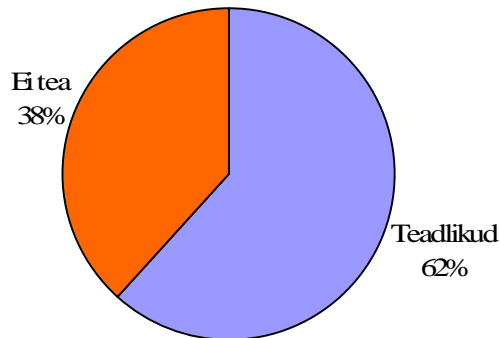


Allikas: Kingsepp (2005)

Kuigi Eestis on keelatud retseptiravimite reklaam märkis 32 (89%) küsitletud arsti, et patsiendid teavad konkreetseid ravimeid ning on kuulnud ka muudest ravivahenditest. Vaid neli vastanut (11%) märkis, et nende pool käinud patsiendid ei ole ravimitest teadlikud.

Lisaks teadlikkusele ravimitest, paluti arstidel hinnata ka patsientide teadlikust erektsioonihäiret põhjustavatest tereviseriskidest jms teguritest.

Joonis 8: Kas patsiendid on teadlikud erektsioonihäire põhjustavatest teguritest.



Allikas: Kingsepp (2005)

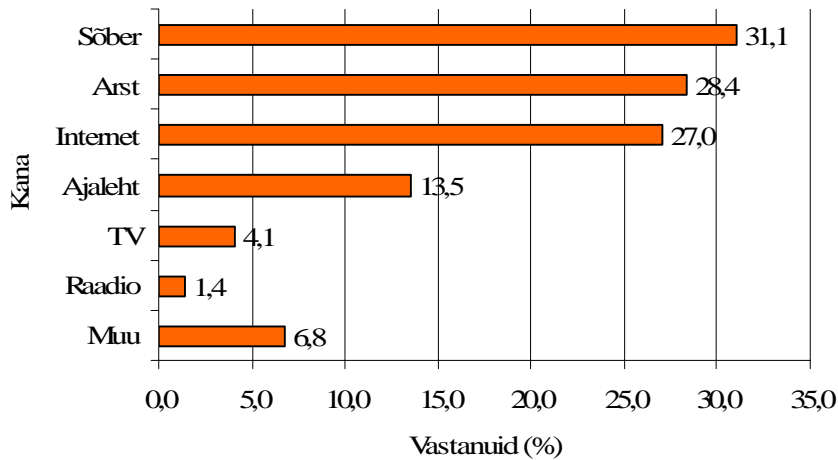
Vastustest tuli välja, et patsientide teadlikus erektsioonihäire põhjustest oli märgatavalt väiksem, kui teadmised võimalikest ravimitest. 21 (62%) vastanud arsti väitis, et patsiendid on teadlikud. Neil paluti ka kirjutada pikem vastus, tuues välja põhjuseid, mida nad patsientidelt on kuulnud. Arstidele oli kõige sagedamini toodu välja järgmiseid põhjuseid:

- vananemine, nn meeste kliimaks
- ületöötamine
- pingeline elu, stress
- haigused
- teatud ravimid
- alakõhu operatsioonid
- ebatervislikud eluviisid
- psühholoogilised tegurid

Üldiselt teavad patsiendid õigeid põhjuseid, nähtavasti on paljud neist nimetatud põhjustest ka kogemuslikud. 13 (38%) vastanud arstidest märkis, et mehed ei ole teadlikud seisundi põhjustest.

Järgnevalt anti arstidele valik, kus naid sai ära märkida kanalid, mille kohta patsiendid on väitnud, et on kasutanud neid oma seisundi kohta info hankimiseks (Joonis 9).

Joonis 9: Milliseid infokanaleid patsiendid arstide hinnangul kasutavad.

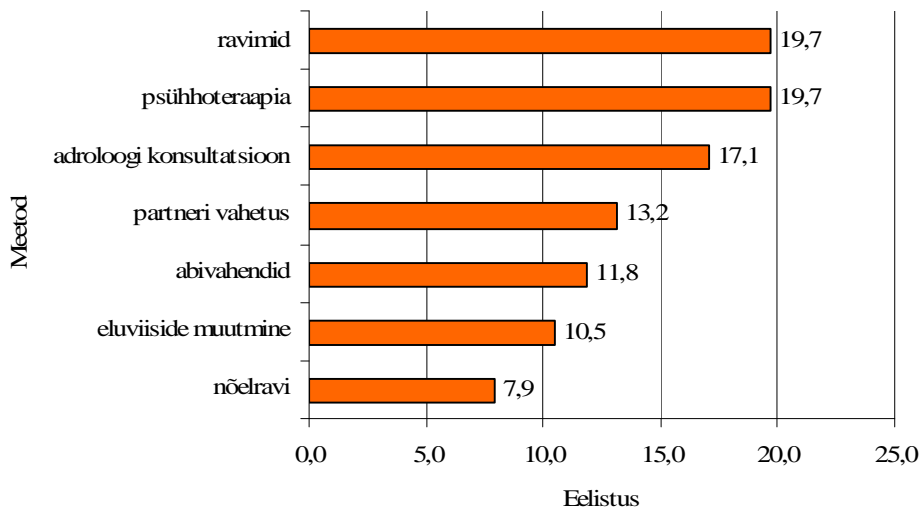


Allikas: Kingsepp (2005)

Kõige sagedamini olid patsiendid saanud informatsiooni oma sõbralt (märgitud 23 korda), järgnesid arst (21) ja internet (20). Vähem kasutavad mehed meediat info hankimiseks – ajalehte märgiti kümme korda, televisioon kolm ja raadiot vaid ühel juhul. Vastanutel oli võimalik valida kategooria muu, mida märgiti viiel korral.

Järgnevas küsimuses paluti arstidel nimetada meetodeid, mida nad soovivad esimese valikuna patsientidele erektsioonihäire raviks (Joonis 10).

Joonis 10: Arstide poolt soovitatavad ravimoodused.



Allikas: Kingsepp (2005)

Üllatuslikult soovivad arstid väga sageli psühhoteraapiat (19,7%), kuigi statistiliselt ei peeta erektsioonihäire tekkimise põhjuseks ainult psühholoogilisi häireid just kuigi sageli. Tavaliselt rõhutatakse, et seisundit põhjustab mitme teguri koosmõju. Psühhoteraapiaga sama tihti soovitati ravimeid (19,7%). Kolmandale kohale tuli partneri vahetus (13,2%). Kui arvestada, et keskmine erektsioonihäire patsient on vanuses 50-70, siis on väga raske põhjendada taolise soovitusel andmist. Eluviiside muutmist soovitati kaheksa vastaja poolt esimese valikuna (10,5%), üheksal juhul soovitati abivahendeid (11,8%). 13 korral (19,7%) anti patsiendile soovitus minna androloogi vastuvõtule. Ootamatult tihti - kuuel juhul (7,9%), on patsiendil soovitatud minna ka nõelravisse. Teaduslikke põhjendusi selle ravivaliku eelistuseks ei toodud.

Lisaks uuriti arstide arvamust selle kohta, kuidas nende arvates tuleks julgustada patsiente rääkima erektsioonihäirest arstile, sest tihti läheb väga kaua aega enne, kui patsient julgeb arstile rääkida oma tegeliku arsti poole pöördumise põhjuse. Selle perioodi jooksul on jõudnud haigus süveneda. Vastuste hulgas toodi sagedamini välja järgmised soovitused:

- empaatia arsti poolt/arsti usalduslik suhe patsiendiga
- massimeedias info jagamine

- infomaterjalid arsti juures
- viies teema mõne muus haiguse võimalikele tüsistustele
- kui patsient on juba kordusvastuvõtul
- probleemist tuleb rohkem rääkida massimeedias, see julgustab inimesi arsti poole pöörduma
- alguses üldisemalt rääkida nendel teemadel ja tuua näiteid ja siis juba konkreetselt patsiendilt küsida
- meesarst mõjub julgustavalt

Toodud vastused näitavad, et üldiselt ei taha ka juba arsti vastuvõtule jõudnud patsiendid hea meelega rääkida põhjusest, miks nad tegelikult tulid ning teemani jõudmine nõuab just arstilt delikaatsust ning professionaalset kogemust, et ära tunda patsient, kellelt küsida lisaküsimusi ning vajadusel ise suunata teemat.

Süvaintervjuud

Kõikidele arstide süvaintervjuu esimene osa koosnes küsimustest patsientide teadlikkuse kohta. Eesmärk oli võrrelda erinevate arstide kogemusi.

Esimese küsimusena palusin kõikidelt arstidelt hinnangut patsientide teadlikkuse suhtes ravivõimalustesse. Meestearstide kategoorias olid vastused suhteliselt sarnased. Toon esimesena ära MIT poolt antud vastuse:

„Osa on muidugi väga teadlik, aga minu arvamus on, et see on väiksem osa. No protsenti on muidugi raske öelda, aga võib-olla siis 1/3, ehk siis 30%. Ja just noored mehed, kes rohkem loevad ja vaatavad. Internet on täis igasugust informatsiooni.“

M2T toetas seda arvamust pakkudes, et vanemad mehed on pigem vähem informeeritud erektsioonihäire tekkepõhjustest:

„EH kohta üldisemalt...kui ta on vanem meesterahvas, siis ta tuleb, no ta tuleb ikka abi otsima, aga enamasti eks nad ole sellise suhtumisega, et vist võib maha kanda./:/ Nii et, ega neist põhjustest eriti midagi ei teata.“

M3T pakkus ravivõimaluste teadlikkuse protsendi kõrgemaks:

„Noo.... need kes siia jõuava ju teavad, mida tahavad. Üsna täpselt. Ütleme ravivõimalustest. Ütleme 90% teavad. 10% ütleme ei tea. Et mõni tuleb ja ei tea.“

M4T, kes töötab koos M2T ja M3T-ga ühes kliinikus arvas, et teadlikus ravivõimaluste kohta läheb kogu aeg paremaks ja seostas seda meedias tehtud teavitustööga:

„Ma arvan, et see asi paraneb järk järgult ja päev päevalt. /:/Täna ikkagi see meediakajastus on niivõrd hea olnud, et et asi on oluliselt paremaks läinud.“

Perearstist intervjuueritu P1T, kelle juurde jõuab vähem erektsioonihäirega patsiente, reastas infokanalid järgnevalt:

„Noh, ütleme, et kui inimene on nüüd valehäbist üle saanud ja ütleme, et tal on infot vaja otsida, siis.... /:/Ilmselt ta saab seda siis, ütleme, ajakirjandusest, noh internetist. Noh, ütleme siis kolmandana perearsti käest ja neljandana siis nagu eriarsti käest.“

Vastuseks küsimusele, kust peamiselt infot hangitakse vastas M1T:

„Kõige rohkem ikka internetist. See on esimesel kohal. Absoluutselt.“

M2T vastas samuti, et meeste ja eriti nooremate meeste informeeritusel on oluline roll just internetil:

„Aga noorematel on paremad teadmised /:/Ja nooremad võtavad ikka internetist-kõige anonüümsem meedium, sealt saab kõige paremini info kätte.“

Perearst P2P, kelleni jõuab suhteliselt väike osa erektsioonihäirega patsiente, aravaldas arvamust, et internetis pakutav ei ole kättesaadav just kõige olulisemale eagrupid:

„Need, kes kasutavad internetti ei ole veel jõudnud sinna ikka, kus see probleem tekib. Ja need, kellel on probleem, reeglina ei ole sellise suure meediahuviga kontingent.“

Küsimusele, kas nad on kokku puutunud ka valeinformatsiooniga, vastasid kõik arstid, et nad on sellega kokku puutunud, kui ei suutnud meenutada ühtegi konkreetset juhtumit, kuid tunnistasid, et ka väärinformatsiooni omandatakse just internetist. M2T:

„See eksiarvamused ongi just interneti kohalt, et keegi ei tsenseeri ju seda ja sul on sealt võimalik saada kõike võimalikku infot, millest võib olla tõe vastu pidine pilt.“

M1T tõi välja konkreetsemad põhjused:

„Teiseks pakutakse muidugi igasugused internetis odavaid ravimeid. Mul endal tuleb päevas viis korda späm, kus pakutakse osta Cialis, Levitra või igasugused poole hinnaga. Inimesed ikka loodavad.“

M3T nägi põhjust pigem teadmatuses tekkivatel uskumustel:

„Ikka selline riskide ülevõimendamine on olnud selline suurem probleem.“

Ravimibrände tuntakse samuti hästi just tänu internetis liikuvale reklaamile/informatsioonile, kuigi Ravimiseaduse järgi ei tohiks patsiendid konkreetsetest brändidest teadlikud olla. M2T:

„Viagra ja teiste ravimite, no Cialise ja Levitra kohta teatakse vähem, noh ollakse ka kuulnud. Viagrat on selles mõttes rohkem, pool spämmi on igasugused Viagra koopiad ja kõik muu.“

Brändinimedest teatakse konkurentsituult kõige paremini Viagrat. PIT:

„Nad siin teavad Viagrat ja siis mis edasi on. Et on olnud väga palju juttu, et peale Viagra on veel teisi ravimeid ka olemas. Toimeaine järgi nad küll nimetada ei oska, nii hästi ei tea. Aga Viagrat teavad kõik.“

P3P,kelle juurde jõuab suhteliselt väike hulk patsiente, kes on vanemad mehed:

„Reeglina teavad inimesed, et on olemas Viagra.“

M2T toetab seda arvamust:

„ No üldiselt teatakse enamasti seda, et et on olemas Viagra ja teiste ravimite, no Cialise ja Levitra kohta teatakse vähem, noh ollakse ka kuulnud. Viagrat on selles mõttes rohkem pool spämmi on igasugused Viagra koopiad ja kõik muu. Nii et selles suhtes teda teatakse ja selle kohta on palju nalju ja ta on kõige vanem preparaat, selle pärast.“

P1T väitel teavad patsiendid lisaks brändile ka muud ravimiinfot:

„Need ravimid, mida inimesed küsivad, et ma tahaks nagu proovida seda – selle kohta on õige informatsioon. Et kuidas peab võtma, palju peab võtma ja millised on vastunäidustused.“

Samas puudus arstidel kogemus patsiendiga, kes on realselt ostnud ja kasutanud internetist müüdud ravimeid. MIT:

„Huvitav, et isegi ei ole. Vähemalt eesti patsient mitte.“

Patsientide arstile jõudmise ajale andsid arstid erinevaid hinnanguid. MIT:

„Võib-olla see on siis nagu meeste iseloomu erinevus, et tema siis kaalub ja mõtleb. Naised vist küsivad rohkem oma sõbrannade arvamusi. Mees on ikka see, kes proovib oma probleeme ikka ise lahendada. Mul on raske öelda perioodi, aga keskmiselt pool aastat kindlasti kestab see periood, kus on kahtlused, kas tasub minna või mitte.“

M2T:

„Kui on järsku tekkinud, siis enamasti tulevad nad üsna kohe. Kui on aegapidi tekkinud, siis seda seostatakse vanusega ja siis, kui sinna midagi juurde tuleb, või tekib kasvõi näiteks partneriga probleeme, et siis nad millalgi ikka jõuavad. Aga mõned ilmselt ei jõuagi, neid me ei näe.“

M3T:

„Oleneb probleemist. Kui see probleem on väljakannatamatu, siis ütleme, et see on täpselt see aeg, mis on vastuvõtuperioodi pikkus. Noh, ütleme siis et see on kuu-kaks. Aga kui see on selline vaikselt süvenev, siis ütleme aasta-kaks.“

Arstis rõhutasid, et oluline on ka see, millise arsti juurde minnakse. M4T:

„Aga ega nad ikka üldiselt ei lähe perearsti juurde tablette küsima. Ikka meestearsti juurde esmane visiit.“

Arsti sugu ja ametit seost arstile jõudmisega rõhutas ka M2T:

„Ja seal on minu arust üks konkreetne põhjus selles, et inimesed ei usalda oma perearsti. Ja teine põhjus on selles, et perearstid on enamasti naissoost. Nii et siin läheb veel kaua aega enne kui, enne kui tekib esimene naissoost meestearsti ja tema juurde juletakse tulla ka. See võtab aega. Nii et see on nagu sihuke mees mehega jutt.“

M1T väidab, et erektsioonihäirega patsiendid tahavad jääda ka anonüümseks:

„Siin võib-olla hoopis teine mure – see, et Eestimaa on väike. Täna just oli kolm patsienti, kes ütlesid, et oma perearsti juurde ei saa minna, sest see on perekonnatuttav. Külainimesele või väikses rajoonis see on probleem.“

P2P tõi täiesti sõltumatult välja sama probleemi just arsti soo suhtes:

„Ja veel võib-olla.... mehed häbenevad naisterahva juurde tulla. Et....eee...tundub, et loeb ka see, et kui hea kontakt kuidugi haigega saadakse, aga loeb isegi arsti vanus. Ja sugu.“

Patsientide teadlikkus

Nii arstide kui ka patsientide küsitlus andis sarnased tulemused patsientide teadlikkuse kohta erektsioonihäire kui haiguse ja ka haiguste põhjuste kohta – patsiendid on valdavalt teadlikud. Teati nimetada ka arstile põhjusi, miks haigus tekib. Kindlasti oli paljud välja toodud põhjused ka seostatud patsiendi enda poolt oma tervisliku seisundiga. Vastupidiselt küsitlusele väitsid intervjueeritud arstid, et teadlikus on üsna väike. Siiski toodi välja, et nooremate meeste hulgas on informeeritus parem ning olukord on aastate jooksul tunduvalt paranenud. Arstid seostasid seda just eelkõige meedias tehtud teavitustööga. Erinevus küsitluste ja intervjuude tulemuste osas selles küsimuses võis tekkida küsimuse üldisest iseloomust – kõigil juhtudel paluti hinnata meeste teadlikust erektsioonihäire suhtes. See võib tähendada nii teadlikust haiguse olemaolu kohta, aga ka teadlikust riskifaktorite suhtes ning vastavat käitumist. Küsimustiku täitnud arstidest oli valdav enamus perearstid, kes reeglina suunavad patsiendi edasi androloogi juurde, kes siis tegeleb haiguse põhjuste ning edasiste võimalike ravivalikutega. Intervjueeritustest enamus olid just meestearstid, kes pikemalt patsientidega tegelevad ning seeläbi nendega ka pikemalt suhtlevad. Nähtavasti tulenevad siit ka erinevad hinnangud patsientide teadlikkusele – pere arstid ja ka patsiendid ise hindasid oma üldist teadlikust haiguse olemasolu suhtes, meestearstid aga juba teadlikust riskifaktoritest ning ka vastavat tervisekäitumist. Siin võib tuua paralleeli südameveresoonehaigustega (mille üheks sümptomiks on ka erektsioonihäire), mille valdkonnas on tehtud juba aastaid väga

aktiivset teavitustööd riskifaktorite suhtes, kuid käitumisharjumused (toitumine, liikumise harrastamine jne) ei muutu nii lihtsalt.

Samas tunnistasid patsiendid ise, et nad ei saa piisavalt informatsiooni. Siin võib kindlasti näha eelkõige psühholoogilist tegurit, sest isegi kui arst on inimesele selgitanud, millega tegu ja ta on ise otsinud lisamaterjale, jääb patsiendile ikka tunne, et ta ei tea kõike ja kui ta teaks rohkem, siis oleks ka parem ravi võimalik.

Kanalitest, mille kaudu informatsiooni saadakse ja eelistatakse saada, oli ülekaalukas eelistus sõbral. Järgnesid arst ja internet, mille tulemused olid praktiliselt võrdsed. Kuna patsientide küsitlus oli esitatud kanali eelistuse kohta, siis võib arvata, et internet ja arst on tegelikult ühed olulisemad infoallikad. Seda kinnistasid ka arstide süvaintervjuud, kus praktiliselt kõik arstid töid meeste infokanalina välja interneti. Tulemused on sarnased Eesti naiste hulgas läbi viidud SAFE uuringuga, milles küsiti naistelt, kust nad saavad informatsiooni rasestumisvastaste vahendite kohta. Kõige sagedamini mainiti günekoloogi, teisena lähedast sõpra ja kolmandana üldmeediat. Internet jäi neljandaks koos partneriga (24%). Üldmeedia kõrget protsenti SAFE uuringus võib selgitada teema suurema kajastamisega. Rasestumisvastaste vahendite propageerimine on avalikkuse ees juba aastaid tugevalt seotud üldise ühiskonda mõjutava tervisekäitumise teemaga, samas kui meeste erektsioonihäire on endiselt rohkem meeste isiklik probleem ja ei leia nii palju kajastamist (SKIM Analytical Healthcare (2007)).

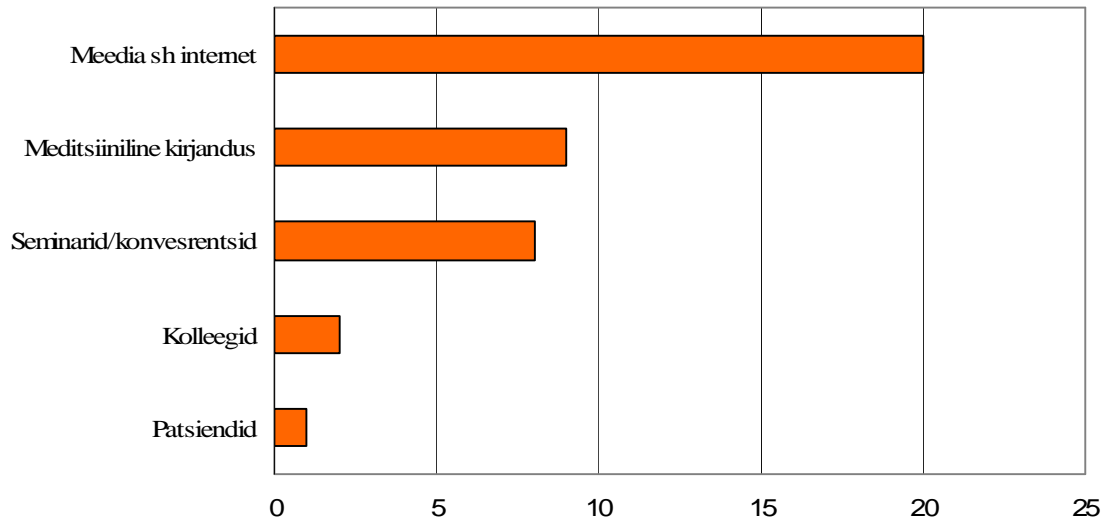
Erektsioonihäire puhul on tihti probleemiks, et patsient ei julge arstile oma seisundist rääkida. Seda eriti juhul, kui arst on naine. Meeste, eriti vanemaealiste puhul on ilmselgelt tugevam psühholoogiline barjäär oma seksuaalse identiteedi probleeme kurta teisele sugupoolele. Seda tuleks ka arvestada üldises teavitustöös – suunata näiteks mehi pigem otse meestearsti, kui perearsti juurde. Samas tuleks ka rohkem koolitada perearste selle osas, kuidas julgustada patsienti oma seisundist rääkima. Toodud vastustest tuleb üsna üheselt välja, et just usalduslik suhe ja arsti poolt tulenev initsiatiiv aitab mehel oma probleemist rääkida.

Patsientide bränditeadlikus on äärmiselt kõrge. Patsiendid teavad brände – Viagra on selles osas konkurentsitu liider. Samas teatakse ka teisi ravimeid ja nagu tuli välja ka intervjuudest arstidega - teatakse isegi, kuidas neid ravimeid võtta ja muud informatsiooni. Selline tulemus toetab veekord eelnevalt välja toodud väidet, et patsiendid kasutavad infokanalina interneti. Kuigi Eestis on keelatud otsereklaam, on inimesed siiski leidnud üles spetsiifilise informatsiooni, mis neile vajalik on. Siin tuleb muidugi ära märkida ka kaks eraldiseisvat nähtust. Esiteks on Viagra nähtavasti üks tuntumaid ravimibrände üldse. Tema revolutsioonilisus lõi talle eelise, mida järgmisena tulnud ei ole saanud kasutada – unikaalsuse. Viagra uuenduslikus aitas tal kiiresti ületada uudiskünnise ning temaga kaasnenud melu on tabletist teinud ühe popkultuuri ikoonidest. Viagraga võrreldakse kõike, mis kannab maskuliinsuse, jõu ja tugevuse imagot. Teine põhjus, miks nii hästi teatakse ravimibrände on kindlasti võlts- ja odavravimitele maili teel levitatav otsereklaam, mis nähtavasti on tuttav kõigile elektronposti kasutajatele. Samas tuli positiivse poole pealt välja, et mehed ei kasuta sellisel teel pakutavaid ravimeid sugugi nii aktiivselt, kui võiks reklaami meetodite põhjal eeldada. Intervjueeritud arstid tunnistasid, et nad ei ole veel üheltki patsiendilt kuulnud, et nad oleks ostnud ravimeid internetist ja neid kasutanud.

5.2 Arstide hinnangud ja ootused ravimikommunikatsioonile

Arstidel paluti küsitluses nimetada kanaleid, kust nad saavad informatsiooni erektsioonihäire ravimite kohta lisaks sellele, mida nad kuulevad ravimiesitlejatelt.

Joonis 11: Millistest kanalitest saavad arstid erialast informatsiooni.



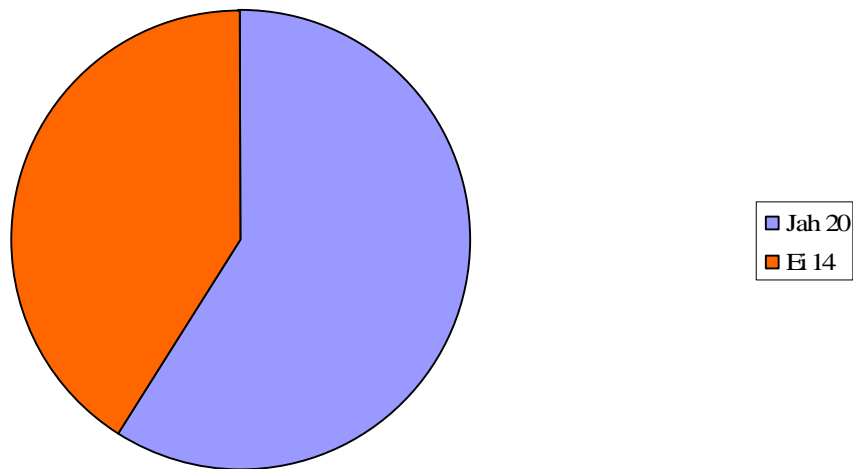
Allikas: Kingsepp (2005)

Valdavalt otsivad arstid uut informatsiooni internetist. Süvaintervjuude alusel võib laiendada selle kõikidele ravimitele, mitte ainult erektsioonihäire ravimite kohta sobivaks infohankimise kanaliks. Valdaval on tegemist uuemate teaduslike uuringute kokkuvõtetega, millele interneti vahendusel on kiire ja mugav ligipääs. Meditsiinilist kirjandust mainiti üheksal juhul, sellele järgnesid kaheksa korraga seminarid/konverentsid. Kolleege mainiti üllatavalt vähe, arvestades arstidevahelist tihedat suhtlust. Samuti süvaintervjuude põhjal on alust pakkuda, et arstidevaheline infovahetus on aktiivsem spetsialistide (antud juhul androloogid) puhul ja väiksem perearstide hulgas, kes antud küsitluse valimist (konverentsile kutsutute alusel) moodustasid siiski valdava enamuse. Patsiente mainiti vaid ühel korral, kuigi võib arvata, et arstid uurivad patsiendilt ravimi mõju kohta tihedamini. Võib eeldada, et nende jaoks meditsiinilise külje pealt on patsientidel vähem uut informatsiooni anda (võivad esineda näiteks uued kõrvalnähud, millest ravimifirmade teavitamine on kohustuslik, kuid kuna

protsess on tehtud keeruliseks ja aeganõudvaks, siis arstid tihti väldivad uutest kõrvalmõjudest teavitamist).

Arstidel paluti vastata, kas nad soovivad meestele ilma patsiendipoolse initsiatiivita erektsioonihäire ravimeid.

Joonis 12: *Kui palju arstid soovivad omal initsiatiivil erektsioonihäire ravimeid.*



Allikas: Kingsepp (2005)

Märkimisväärselt suur osa arste – 14 vastanut, jääb ootama patsiendipoolset initsiatiivi. Arvestades, et erektsioonihäire on vanemate meeste haigus, millest avalikult rääkimine on neile niigi suur probleem ja arstile minek juba isenesest suur samm, siis eeldus, et patsient peaks veel ise küsima ravi, on pisut ootamatu. 20 vastanut soovib siiski ka ilma patsiendipoolse küsimuseta erektsioonihäire ravimeid. Võib eeldada, et nad pakuvad ehk ka muid ravivahendeid, kui selleks peaks vajadus olema, mitte ainult erektsioonihäire ravimeid.

Variandid, mille puhul soovitati kindlasti arsti poolt patsiendile erektsioonihäire ravimeid, olid järgnevad:

- kui ravim on andnud häid tulemusi
- kui patsient kasutab antidepressante

- diabeedi diagnoosimisel/diabeetikutel
- seljaaju probleemid
- kui patsient on juba aastaid tuttav ja vanuseliselt üle 50 aasta
- kui põhihaiguse tõttu on võimalik erektsioonihäire
- abikaasa vihje või soovi peale

Välja toodud variandid eeldavad kõik arstilt patsiendi ja tema haigusloo head tundmist. Samuti võib antud põhjuste nimistu alusel teha järelduse, et arstid on väga hästi teadlikud kõige sageli esinevatest erektsioonihäire põhjustest ning oskavad patsientidele ka nimetatud tunnuste esinemisel ravimeid soovitada. Veel olulisem – arstid, kes neist tunnustest hästi teadlikud on, võtavad ehk ise häbeneva patsiendiga selle teema üles või siis julgustavad meest sellest rääkima.

Ravi kättesaadavus

Palusin arstidel hinnata, kui lihtne või raske on erektsioonihäirega patsiendil jõuda arstini. Küsimust esitades täpsustasin, et see ei puuduta retsepti välja kirjutamise osa, vaid just ravi ning selle erinevate vormide üldist kättesaadavust Eestis.

M1T:

„Väga palju on seminare, nii et perearstid on kõik kursis. Ravimeid saavad välja kirjutada praktiliselt kõik.“

Arsti hinnangul on oluline, et perearstid on tänaseks piisavalt koolitust saanud ning nad saavad ka ravimeid välja kirjutada. M2T leidis, et peamiseks probleemiks on meestearstide vähesus, kuid patsient, kes tahab ise ravi saada, seda ka leiab

M2T:

„No sellega, sellega on nii ja naa. Muidugi võiks meestearste rohkem olla, praegu ei jõua lihtsalt kogu seda tööd ära teha./:/ Selles mõttes see, et kes otsib, see leiab.“

M3T andis kõige optimistlikuma hinnangu olukorrale, rõhutades, et süsteemis on kõik võimalused olemas. M3T:

„Ma arvan, et kõik etapid on Eestis kaetud täiesti. Selles mõttes on unikaalne situatsioon, et on olemas alates psühholoogilisest abist ja lõpetades proteesioperatsioonidega.“

Ka M4T hindas olukorra väga heaks, tuues välja, et kuna tegemist ei ole erakorralist arstiabi vajava probleemiga, siis on olukord hea. M4T:

„Ma arvan, et kuna see ei ole nüüd erakorraline abi, siis siis on see hea. Siin on nagu kaks asja. Et oleks ta erakorraline ja oleks ta et väikene grupp võiks seda välja kirjutada, siis võiks öelda, et see oleks probleemiks. Aga see ei ole erakorraline. Ja teine asi on veel, et ka kõik perearstid või mis iganes erialaarstid võivad seda välja kirjutada.“

Sarnaselt meestearstidele kinnitas ka perearst P2P, et ravi võimalused on olemas, kui leidid, et patsientide endi teadlikus nendest võimalustest on vähene. P2P:

„Väga lihtne. Väga hea kättesaadavus oleks juhul, kui inimeses oskaksid abi otsida. Kui ta julgeks üldse abi otsida. Teadlikus on probleem.“

Arstid hindasid ravi üldist kättesaadavust väga heaks. Rõhutati, et ravimeid saavad välja kirjutada kõik arstid ning ka perearstid on piisavalt koolitatud, et seisund ära tunda ja ravi alustada (paljud sellised koolitused on just ravimifirmade korraldatud). Jällegi tõusis üles teema seoses meeste valehääbiga, et pigem eelistatakse perearstile selle probleemiga mitte minna või siis ei osata üldse abi otsida (M1T). M2T märkis, et vastavalt teadlikkuse kasvule meeste hulgas, tuleb juurde ka patsiente.

Preparaatide eristamine

Järgnevalt palusin arstidel nimetada esimesi meelde tulevaid omadusi kolme erektsioonihäire ravimi (Viagra, Cialis, Levita) kohta. Eesmärgiks oli saadud vastuste

alusel hinnata, mida hindavad arstid antud ravimite juures ning kas on ka erinevusi omadustest, mida esitatakse ravimifirmade poolt. MIT:

„Viagra hakkab mõjuma siis just kõige kiiremini, niisugune tunne. Aga see pikkus on ka kõige lühem, kuskil nii poolteist tundi keskmiselt./:/ Levitra on selektiivsem ja siis temal on see mõju ka keskmine./:/ Cialisel siis kõige suurem pluss see, et kauem see toime pikkus.“

MIT vastused põhinesid ravimifirmade poolt edastatavatel põhisõnumitel, milleks on toimeaja pikkus, mis antud ravimeid kõige rohkem eristab. M2T lähtus seevastu omaduste välja toomisel rohkem isiklikust kogemusest. M2T:

„Alguses ma usaldas in pigem nagu ikka Viagrat. Selle pärast et ta on kõige läbiuuritum, temast on kõige rohkem teada ja no kogemus on näidanud, et kui sa tahad sellist pikemat ravikuuri teha, siis Viagraga on kuidagi noh kindlam./:/ Aga mõnel jälle on teistmoodi, nii et tegelikult Cialis on on, mis ta juures positiivne on, on et ta töötab just noorematel paremini. /:/Arvestades seda hinda ja patsient võib olla ka selline, et ei viitsi ka jälgida, et kas tund aega enne või misasja, siis ta sobib noorematele paremini. /:/ Vanematele sobib Levitra./:/ Kogemus näitab.“

Nii P1T kui ka P2P esimesena meelde tulevad omadused põhinesid samuti firmade reklaammaterjalidel. P1T:

„Igaüks nagu rõhutab ja on ja ütleme, et selles valdkonnas on tunda nagu selle meediaprofessionaali kätt, kes on seal nagu neid asju teinud. Püütakse rõhutada nagu erinevaid asju nagu Viagrast ei saa keegi üle ega ümber ja öeldakse, et need on nüüd samad ravimid, kuhu kuulub Viagra. Siis Levitra ütleb, et see on nagu spetsiifilisem, et see on nagu suur ketas ja see on nagu väike ketas. Ja Cialis, tema räägib jälle enda pikast toimest ja honeymoon weekend onju.“

P2P:

„Ikka toime kestvus. Ikka kestvus. Põhiliselt reklaamitakse kestvust. Eeldatava erektsiooni kestvus siis.“

Arstid töid esile eelkõige toimekestvuse, mis on ka üks olulisemaid omadusi, mida rõhutavad ka ravimifirmad. Teiseks oluliseks punktiks oli Viagra kui esimese ja seega kõige usaldusväärsema ravimi esile tõus just. Perearst PIT juhtis tähelepanus sõnumite professionaalsusele. See oli ainus kord intervjuude jooksul, kus keegi arstidest mainis, et ravimifirmade poolt on näha suunatud ja teadlikku tegevust.

Üllatuslikult toodi intervjuude käigus selle teema ja veel mõne teise all välja Eli Lilly ravimi Cialise välja kirjutamine noorematele meestele. Oma intervjuudes rõhutasid seda nii M1T kui M2T. Kogu Cialist toetav reklaami materjal ja ravimi imago on üles ehitatud suunale vanema, paarisuhtes olevale mehele. Arstide hinnangul sobib ravim aga just nooremate meeste elustiiliga. Samuti kinnitasid nad, et on sellest rääkinud ka ravimifirma esindajaga.

Arstide informatsioonikanalid

Palusin arstidel nimetada kanaleid, kust nemad saavad informatsiooni. Nagu kinnitasid ka arstidega läbi viidud intervjuud, hangivad arstid aktiivselt uur informatsiooni ja eelistavad selleks internetti, kui kõige käepärasemat ning usaldusväärsemat. Järgnesid meditsiiniline kirjandus ning koolitused seminaride ja konverentside vormis. Esiteks soovisin täpsustada, millist informatsiooni internetist otsitakse, miks seda eelistatakse just sealt saada ning kuidas saadud infot analüüsitakse. Teiseks eesmärgiks oli saada arstidelt hinnang ravimiesitlejate poolt pakutavale informatsioonile.

M1T väljendas suurt sõltuvust just ravimifirmade poolt pakutavast informatsioonist.
M1T:

„No kõige rohkem igasugused seminarid ja konverentsid. Või või tulevad minu juurde firma esindajad.“

M2T esindas suhtumise vastaspoolt juhtides tähelepanu faktile, et firmade poolt edastatav on ühepoolne ja ei anna täielikku ülevaadet. M2T:

„No mina hangin infot, kui ma mingi ravimi kohta tahan infot saada, siis ma võtan ikkagi selle toote või siis noh selle ravimi omaduste kokkuvõtte. Mul on ikkagi täiskirjeldust vaja. Need ilusad tulbad, neid on küll lahe vaadata, aga see on ikkagi sihukene... Seal ei ole ikkagi täisinfot. See on selektiivne./:/ Teine asi on muidugi artiklid./:/ Saab kirjalikult ja saab interneti kaudu abstracte lugeda ja saab ka raamatukogu serveri kaudu neile täistekstidele ligi, kui midagi pakub erilist huvi.“

Viidates tulpadele mõtles M2T esitlejate poolt kasutatavaid võrdlevaid andmeid, mis näitavad ühe toote paremust teisest.

Ka M4T rõhutas, et otsib teda huvitavat ja talle vajalikku infot ise. M4T:

„Internetis enamik ikkagi. Selles mõttes, et ikkagi internetis on kõik üleval./:/ Mina ikka selliseid ülevaatelisi artikleid loen rahvusvahelistest ajakirjadest. Et see on ikkagi sellised ülevaateartiklid, kus on võrdlused, kus uuringud on kokku toodud. Ei ole lihtsalt seda aega, et iga uuringu kohta hakata eraldi artikli kokku lugema. Põhiline on ikka ülevaateartiklid.“

P1T nimetas võrdsetena järgmisi kanaleid:

„Noh, ega arstil ongi informatsioon ravimi esitlejalt, eriala kirjandusest ja siis noh internetist.“

P1P nimetas esmase allikana ravimiesitlejat:

„No reeglina ikka ravimifirma esindajalt.“

Interneti vahendusel tutvutakse peamiselt uute ja neutraalsete uuringute tulemustega. Uuringute suhtes rõhutas ta, et eristab sõltumatuid ja ravimifirmade endi poolt oma ravimitele korraldatud uuringuid. Arstide kinnitusel on interneti vahendusel infole võimalik kiiresti ligi pääseda ja see võimaldab neil olla kursis kõige uuega. Ravimiesitlejaid mainiti kahel korral, kui uue info allikaid, mis näitab, et materjale, millega ravimiesitlejat saadetakse keskkontorite poolt arstide juurde, tuleks sagedamini üle vaadata ja hinnata.

Hinnang ravimiesitlejate kompetentsusele ja usaldusväärsele

Arvestades, et suur osa firmade poolt juhitud ravimimüügist põhineb ravimiesitlejate töö ja sellel, kuidas neid arstide poolt hinnatakse, on tegemist ühe olulisima lülina ravimite müügiprotsessis, mis põhineb just usaldusel. Palusin anda arstidel hinnangu ravimiesitlejate kompetentsusele ja nende poolt edastatava informatsiooni usaldusväärsele. M1T:

„No ausalt öelda pluss-miinus. Selge see, et absoluutselt kõike uskuda ei tohiks, ei tohi jah./:/ A no ikka võtad neid vastu. Selle pärast, et ma tean see tehnika, nendel on vaja iga päev leida siis ütleme viis või kaheksa kontakti. See on nende töö.“(naerab)“ No praktiliselt kõik on jälle enam-vähem kompetentsed. Minu praktikas on ütleme nii kaks-kolm korda olnud kohtumine inimesega, kes tõesti ei ole kompetentne. Kas oli juhuslik uus inimene, kõik need olid uued või lihtsalt ma olen liiga palju küsinud. Tegelikult minu poolt küsimus oli üks ja sama: mispärast ma pean eelistama just teie ravimit? Ja inimene ei saa vastata!“

M1T hinnang ravimiesitlejate üldise kompetentsusele oli keskmine, samuti tõi ta välja, et teab, kuidas ravimiesitlejate töö käib, kuid rõhutas, et nende poolt esitavasse tuleb suhtuda skeptiliselt. M2T ei hinnanud esitlejate poolt saadava informatsiooni oluliseks. M2T:

„Ma saan nende käest vajalikku infot nii palju kui vaja, ma saan nende käest kui mul on midagi vaja, kui ma ütlen, et tooge mulle midagi, näiteks täis ravimomaduste kokkuvõte, siis nad kindlasti saadavad./:/ Tegelikult ei olegi seda lisa infot nagu väga vaja. Niipalju kui praeguseks on teada, on kõik oluline info juba kolm korda üle käidud.“

M4T väljendas oma suhtumist esitlejatesse, kui arsti töö juurde paratamatult käivasse nähtusesse, kuid vastusest võib välja lugeda, et tema tegelik hinnang neile on nähtavasti palju madalam. M4T:

„Igal ühel oma töö. Et selles suhtes, et neid peab aktsepteerima, et mina ei saa võtta, et arst või alati küsida, klient võib küsida kümme küsimust, sa ei pruugi ühele vastata ja võid lollina näida. Aga kuna neil eriharidust ei ole, siis ... ei...noh ma aktsepteerin täiesti. Loomulikult, eks seal igasse seltskonda satub praaki. Aga need töö käigus praagitakse välja.“ (naerab)

P1T tõi välja esindajate viimastel aastatel vähenenud meditsiinialased teadmised, mis ei võimalda neil arstide küsimustele teinekord vastata. P1T:

Noh ütleme, et siis täna ja kolm-neli aastat tagasi, siis kolm-neli aastat tagasi oli kompetents kõrgem./:/ Jah, varem oli rohkem meditsiinitaustaga inimesi. Ütleme isegi, et meie põlvkonnast oli, et mindi kohe peale ülikooli ravimifirmasse, et siis mitmed aastad olid repid onju, ütleme nüüd on elu edasi läinud ja nad ise enam arsti juures ei käi. Aga ütleme täna siin on suvalisi, ütleme erineva haridusega farmatseute ja päris meditsiiniõdesid ja päris üldse mitte meedikud. Aga see tase on ikka nõrgemaks jäänud. Et ütleme, et ma aegajalt ikka küsin siin meditsiinilisi küsimusi (muigega), siis jäävad hätta.“

Ka P2P rõhutas, et üldine tase on läinud nõrgemaks:

„Reeglina on ikka kompetentsed. Reeglina. Harva tuleb ette ...ee... inimesi, kes ei valda teemat./:/ See on vist ühtemoodi kogu aeg olnud. Võib-olla, kui täpsustada, siis sellest ajast, kui võetakse ravimiesitlejateks ka teiste alualade esindajaid, mitte ainult arste, võib-olla siis tuleb niisuguseid situatsioone rohkem ette.“

Olulise ja usaldusväärse infoallikana toodi M2T ja M4T poolt välja ajakiri Farmaca Estica, mis mõlemal arstil on alati kabinetis olemas.

Ravimiesitlejaid hinnati üldiselt kompetentseteks, kuid rõhutati samas, et neist ei ole arstidele tõsiseltvõetavat informatsiooniallikat, sest reeglina teab arst antud valdkonnast rohkem. Üks küsitletud arstidest tõi ka välja probleemi ebausutaval moel informatsiooni esitamisega. M2T:

„Sest muidu on niimoodi, et see tundub selline, selline nagu tuldaks sulle mingit kodumüügi kataloogi pakkuma, näete, mis meil siin on. Selline pähe õpitud tekst. Sa ütled tere ja siis räägid nagu inimesega ja siis läheb kassett käima, hääletoon muutub ja „meil on siis väga hea, meil on siin viimane...“ (teeb häält järgi). „See natukene häirib, see on nii, et nüüd sa tead, et nüüd las ta räägib siis oma jutu ära. Et kui sa küsid vahele mõne küsimuse, siis sa kohe näed, et see katkestas lindi, pani maki seisma kuidagi.“ (naerab)

Samuti ei võeta tõsiselt ravimifirmade poolt esitatavaid erinevaid näitlikke materjale. P1T:

„Et ütleme, et on nagu arste, kes üritavad viisakuse piiridesse jääda, aga ütleme, et on ka arste, kellel on allergia selliste tabelite suhtes. Et kui keegi tuleb ja hakkab tabeleid siin näitama, siis viisakalt saadame nad nagu välja.“

Oskus eristada olulist ebaolulisest on samuti arsti jaoks tähtis. M2T:

„No selles suhtes, et üks ravimifirmadega on ikka, et sa pead alati ära tundma nagu selle, et kas see mis sulle räägitakse on reklaamijutt või see mida räägitakse räägitakse asjast.“

Üks asi on rääkida ravimist ja reklaamida seda ja arstina ise mitte seda kasutada, siis on muidugi tore, et võtame kokku ja näed kui vähe kõrvaltoimeid on. Kui sa oled aga patsiendiga silm silma vastu ja ta ütleb, et see ravim ei tööta, siis sa võid talle ükskõik kui palju neid tabeleid näidata, toimet ju ei ole.“

Usalduse tekkimisele aitab kaasa ka tugev emafirma bränd. MIT:

„No kõigepealt ikka hindan see bränd ka. See firma nagu siis see nimi. Need kolm on kõigile tuntud firmad. Et siis kui mingi Tšehhi oma tuleb või muu uus, siis sellesse on usku vähe.“

Seega on eelisseisus firmad, kes on juba turul pikka aega tegutsenud ning millel on välja kujunenud oma kindlad müügistrateegiad ja ka kontaktid.

Ravimifirmad peaksid pöörama suuremat tähelepanu informatsioonile, millega nad ravimiesitlejaid varustavad. Arstid aktsepteerivad ravimiesitlejaid, kes ei ole meditsiiniharidusega, kuid ootavad, et neile antakse edasi oluline ja see oleks ka esitatud inimlikult.

Millist infot oodatakse ravimifirmalt

Ravimifirmade esindajate poolt antav informatsioon ei varieeru eriti – igal külastuskorral edastatakse sama sõnum, heal juhul lisatakse mõne uue uuringu tulemused. Selliste käikude eesmärk on eelkõige tuletada arstile meelde ravimit ja tugevdada bränditundmist ning positiivseid seoseid raviomadustega. Samas rääkisid mitmed arstid intervjuu väliselt, et neil on veel hästi meeles jutt, mida esitleja eelmine kord rääkis ja neid häirib, kui peavad samasisulist juttu uuesti kuulama. Küsisin arstidelt, milline oleks see informatsioon, mida nad alati esitlejalt esmajärjekorras ootaksid. MIT:

„No ütleme siis toime erinevused, üks asi. Siis muidugi kõrvalmõjusid. Selle pärast need asjad, et kõik mis on internetis on rohkem suunatud reklaamile ja igasugustest neist kõrvalmõjudest räägitakse väga vähe.“

M1T tõi esimesena välja, et teda huvitaks eelkõige kõrvaltoimed, mis võivad mõjutada patsiendi tervist ja osundas, et ravimifirmade poolne info ei räägi piisavalt võimalikest ohtudest. M2T tõi välja spetsiifilise näite, mis tema jaoks oli olnud kasulik ning pidas oluliseks ka uuringute tulemusi, mis käsitlevad ravimi mõjusid. M2T:

„No põhimõtteliselt üks viimaseid asju, mis on välja tulnud, millest on kasu olnud, minu konkreetselt, kui hiljuti ühel konverentsil olid siis esitlusel uuringu tulemused selle kohta, kuidas siis need PDE5 inhibiitorid toimivad siis madala ja kõrge testosterooni korral. Seda varem nagu ei olnud. Ja sellega meie saime päris suure portsu patsiente kätte, kellel tegelikult seda efekti just selle pärast ei olnud. Nii et kui sa ennem tegeled selle hormooni poolega ja saad selle asja korda siis, see efekt on ikka hoopis teine. Selles mõttes küll. Aga noh muidugi mida tahaks teada, on ütleme sellised kaugtulemused.“

M4T jaoks ei olnud pikemat aega turul olnud ravimite juures oluliseks kõrvaltoimed. Küll aga ootas ta eelkõige ravimifirmadelt kiiret informatsiooni hinnamuutuste kohta. M4T:

„Üldjuhul kõigil ravimitel esinevad kõrvaltoimed ja need on ikka üsna ühesed. ./: Aga üldiselt ei tule sealt ikka midagi uut. Noh, ütleme kui ravim on uuritud ära, siis võib-olla mingid protsendid muutuvad, mingid kõrvaltoimed. Aga ega sealt mingit põhjanevat uut infot ei tule./: Turul olevate ravimite kohta on suhteliselt raske midagi välja pakkuda. Vot hind! Hind on oluline. Ikkagi hinnapoliitika. Et kui need hinnad muutuvad või kas mingid Haigekassa soodustused tulevad lisaks või mis iganes. Vot see info hästi oluline. See et kõrvaltoimed, et kui paljudel protsentidel ta tekitab seal kõhulahtisust või peavalu, see ei muutu. See ikka jääb samaks. Aga just see hinnapoliitika! See on hästi oluline. Haigekassapoolne info on oluline.“

P1T rõhutas uuringutepõhiste tulemuste olulisust, kuid sarnaselt kolleegidele pidas oluliseks just kõrvaltoimetest otseallikalt info saamist. P1T:

„Ega meil ongi nagu, et selline informatsioon, mis on nagu evidence based, et siis ütleme nagu teaduspõhine, ütleme uuringutel põhinev asi, niivõrd-kuivõrd see saab olla ravimifirmade poolt mitte kallutatud, et meie ravim on nagu A ja O ja teiste ravim ei kõlba mitte kuskile, et kes seda lehma essu veel nagu sööb (naerab), et selliseid suhtumisi on ka aegajalt. Et see oleks informatiivne. Ja mis seal salata – me ju määrame ravimit enda kliinilisest kogemusest./:/ Peab ka rääkima kõrvaltoimetest, mis võivad ravimiga kaasneda. Mitte ainult et kõik on hea ja ühtegi kõrvaltoimet ei ole.“

Erinevate uuringute tulemusi eelistab ka P2P:

„Kui nad ei tutvusta uut ravimist, siis uut infot ilmselt ma ootan. Tahaks teada uuringute tulemusi. Loomulikult. Aga muu on nagu käsitletud juba korduvalt. Et midagi uut nagu erektsioonihäire ravimi kohta ei olegi tegelikult ju nagu rääkida. On raske pakkuda midagi uut.“

Ülaltoodust järeldeb üsna üheselt, et arstid sooviva eelkõige neutraalset ning kliiniliste uuringute kaudu kinnitatud informatsiooni. Ravimi tutvustamise faasis (ca aasta jooksul pärast turule tulekut), peaks kindlasti rääkima ausalt ning otse võimalikest ravimikõrvaltoimetest ning sobimisest erinevate ravimikombinatsioonide korral. Kõrvaltoimete varjamine ei aita kaasa usalduse tekkimisele ravimite vastu, sest igal arstil on võimalik leida väga lihtsalt see info ravimiomaduste kokkuvõttest, kuid ta peab seda ise otsima. Seega tuleks kõigis promomaterjalides eraldada ruumi ka kõrvaltoimete käsitlemisele. P1T:

„Mina nagu arstina ootaksin nagu rohkem infot kõrvaltoimetest. Kui ma nagu tean, mis selle patsiendiga võib juhtuda, siis ma tean ka teda hoiatada. Ma ei taha ka nagu rumalasse situatsiooni sattuda. Et pakun mingit innovatiivset ravimit ja pärast patsient satub haiglasse mingite muude asjade pärast.“

Siit võib järeldada, et hilisemas faasis, kui ravim on juba turul ennast sisse töötanud ja tuntud, tuleks kõrvaltoimetest rääkida juhul kui on tekkinud uusi (paratamatult ravimi kasutajate hulga suurenemisega sagedasti kaasnev nähtus).

Uuringutest, mida arstidele esitatakse, tuleks eelistada neid, mis on läbi viidud sõltumatute uuringukeskuste või tegijate poolt. Arstid on teadlikud sellest, kes kelle heaks töötab ka rahvusvahelises plaanis ning ravimifirmade poolt tellitud uuringute esitamisega ei saavutata soovitud tulemust, sest neid andmeid lihtsalt ei usaldata. M2T:

„Noh, kui sa natukene jälgid neid artikleid, siis sa tead, et autorid on alati teada ja kes mis firmaga seotud, tuleb välja, et niinimetatud sõltumatutel uuringutel on alati üks preparaat parem kui mõni teine. Ega sa ei saa otse minna ja öelda, et mees, mis sa teed, nemad teevad näo, et see on objektiivne teaduse tegemine, kuigi on kallutatud tulemused. Aga see on tegelt laialt teada, kes mida teeb. See on tähele panemise asi lihtsalt.“

Arstid hindavad oma aega kõrgelt ja neid solvab, kui seda ei hinnata. M2T (viitega kindlale ravimiesitlejale):

„Aga no seal on ka, et lööb selline natukene, no ta ei ole päris negatiivne, aga sisuliselt ta käib küll tihti, aga ta ei räägi mitte midagi uut. See on noh ma ei tea, selline halvamaiguline väljend, aga ta nagu saab linnukese kirja, eks ole. Et käis ära. Aga see on ju minu aeg, mis ma olen teda kuulanud, mitte et mul sellest kahju oleks, aga ma olen ju aja võtnud. Tundub, et temal on sellest rohkem kasu. Et sellisel juhul – milleks seda siis teha? Et see on võib-olla ainus selline negatiivne kogemus. Reklaam on nagunii kõik ühte auku. Kõik väidavad, et nemad on parimad, aga see ei sa ju niimoodi olla.“

Arstid kurtsid ka, et tihti tuleb neid huvitavat infot ise esitleja käest uurida ja esitlejat nõ suunata. P2P:

„Me ikka püüame suhtluses selleni jõuda. Aga mõnikord tuleb esitada ka suunavaid küsimusi. Siis ikka suudavad ka millestki uuest rääkida.“

Ravimifirmapoolne teavitamine muutunud hindadest või soodustustest arstidele peaks olema kiire ja üks prioriteete. Üks küsitletud arstidest kurtis pärast intervjuud jätkunud vestluses, et tal oli just hiljaeagu kogemus, kus ta oli kolm kuud kirjutanud välja retsepte ravimile, mis oli läinud käsimüüki, sest ei olnud teadlik toimunud muudatustest.

Lisaks ootavad arstid ka informatsiooni uute ravimite ja arendustöö kohta, mida firmad teevad. M1T:

„No vahest see, et midagi praegu protsessis, et midagi uut tuleb. Vat see on huvitav.“

Milliseid ravimeid ja miks eelistatakse

Küsimuse eesmärgiks oli uurida tegelikke põhjuseid, mille alusel mingi ravim kasutamiseks valitakse, miks seda konkreetset ravimit usaldatakse ning kuidas tekib usaldus uue ravimi vastu, et seda hakataks kasutama. Konkreetse ravimi nime kaudu on võimalik seostada ka olulisi omadusi, mida toodi välja intervjuu käigus teistes osades.

Usaldus pikka aega turul olnud ravimi vastu oli läbiv põhjus mida toodi. M1T:

„Viagra. Teda ikka rohkem. Ma ei saa öelda, et see on just parem, aga temal on konkreetne toimeaeg ja lõppeb ruttu ja niimoodi siis. No ja ma ei tea, võib-olla selle pärast, et see oli kõige esimene.“

M2T:

„Viagra, ikka nendel varem nimetatud põhjustel, et on hästi läbi uuritud./:/ Kogemus näitab.“

Varem oli vastanu oluliste omaduste juures ütelnud Viagra kohta:

„No Viagra puhul ongi see, et tema usaldusväärsus ja see, et suurem kogemus tema kasutamisel kõikvõimalike häirete ja nende kombinatsioonide korral. Lihtsalt kogemust on selle ravimiga rohkem, see on hea, teda on nagu julge kasutada.“

Kuna intervjuueritu M4T oli intervjuu alguses avaldanud soovi, mitte rääkida ravimibrändidest, palusin tal välja tuua üldised tunnused. M4T:

„Et see on aja jooksul kujunenud erinevatel põhjustel. Ma ei tea. Tegelikult ma ütlen nüimoodi, et neid ravimiuuringuid, mis on nüüd võrdlevad, mina neist lugu ei pea. Ma ei loe neid. See on ikka see vahetu kontakt. Et kuidas patsiendile mõjub. Eesti on nii väike, et ei ole ennast mõtet kellegile maha müüa. Mina kasutan kõigi turul olevate ravimirühmade või või firmade ravimeid.“

Vastuseks täpsustavale küsimusele, et mis teeb ravimist usaldusväärse:

„Kindel toime. See et ta toimib. Et mille tarvitamine kliiniliselt avaldub kuidagi positiivselt. Vot see on selline pikaaegne protsess, ühe inimese alusel ei saa seda hinnata, aga mingi aasta või kahe jooksul kujuneb ikkagi pilt välja. Mis see ravim endast kujutab, kellel ta võiks toimida, kuidas ta võiks toimida. See on individuaalne, eks ikka see pilt selgineb. Mina olen uute ravimite kasutuselevõtu osas üsna konservatiivne. Ma isegi ei oska öelda, et mis see nüanss on, mille tõttu ma uut ravimit peaks hakkama kasutama.“

Sarnaselt kolleegidega tõi ka P1T välja aastatega ravimi suhtes tekkinud usalduse:

„Noh ütleme nii et see usaldus on ka nagu, et kui kaua mingi asi on nagu turul olnud, kui palju teda nagu müüdnud on, noh ütleme, et siin Viagrast ei saa nagu üle ega ümber. Et ütleme, et ta on ennast siin nagu tõestanud. Mida rohkem ühte ravimit on nagu võetud, seda usaldusväärsem ta nagu on. Kui nüüd öeldakse, et homme tuleb mingi uus ravi, siis see peab nagu väga tõsiselt tööd tegema, et seda nagu hakata eelistama.“

P2P soovib ei soovinud ravimeid kindla tunnuse alusel üldistada:

„Ma usaldan neid kõiki. Kõiki. Iga ühele oma rohi.“

Usaldus ravimisse tekib tõestatud toime puhul ehk siis on eelisseisus ravimid, mis on juba pikemat aega turul olnud ning mille suhtes on olemas isiklik kogemus aga ka selline, mida tõestavad uuringud. Arstid on konservatiivid ja vajavad reaalseid tõendeid. Nende ravimieelistused on tekkinud kogemuste põhjal. M4T:

„Sellise praktilise kogemuse käigus kujuneb välja. Ma arvan, et igal arstil on täiesti oma käekiri. Ravimirühm võib üks olla, aga see toime on ikka erinev. Nii palju kui on erinevaid arste, niipalju on erinevaid raviskeeme. Ühtset välja pakkuda ei ole. Eks selle pärast ongi, et mõni arst suudab paremini ravida ja mõni mitte.“

Küsisin perearst P1T-lt täpsustava küsimuse, et millest tuleb julgus proovida uut ravimit:

„Eks ikka kliinilisest kogemusest. Et ikka kindlasti ei teki ta nagu suurest promoüritustest. Et siin nagu mõned firmad on arvanud, et teeme suure promoürituse ja sinna kutsume kõik Eesti arstid kokku ja siis nagu räägime ainult heast ja keegi midagi halvasti ei ütle, et siis nagu homme päev läheb ravimi müük nagu lakke. Et elu ei näita seda. Arstid on suhteliselt nagu konservatiivsed. Ja kasutavad siis nagu neid ravimeid, mis on nagu ampluaas ennast nagu tõestanud. Et kui miski nagu ei tööta ja sellest enam abi ei ole, siis võetakse uus arsenal kasutusele.“

Sama küsimuse vastus perearst P2P-lt:

„Üks asi on muidugi teoreetilised teadmised. Alati tuleks kasuks ka praktiline pool.// Ma usaldan kolleege. Jah. Ikka.“

Võib järeldada, et arstidel on kindel ring ravimeid, mida kasutatakse ning neid eelistusi ei muudeta lihtsalt ning ilma mõjuva põhjusega. Julgustavad kolleegide positiivsed kogemused.

Võib-olla tasuks Eesti tingimustes kaaluda ka võimalust, et uusi ravimeid ei toodaks siin turule võimalikult kiiresti vaid oodatakse näiteks aasta, kui mujalt maailmast saadud informatsioon on juba loonud positiivse fooni.

6. DISKUSSIOON JA JÄRELDUSED

Millist infot saadakse ja kuidas seda hinnatakse

Nii arstide ja patsientide küsitlustest, kui ka arstide süvaintervjuudest selgus, et informatsiooni erektsioonihäire kui haiguse ja selle ravimeetodite kohta osatakse vajadusel leida. Eeliseisus on nooremad mehed, kellel on paremad võimalused, aga ka oskused kasutada internetti. Samas moodustavad valdava osa erektsioonihäire patsiente mehed vanusegrupis 50-70 aastat, kelle puhul ligipääs arvutitele ning oskus neid kasutada on väiksem. Arvestades, et keskmine erektsioonihäirega patsient tahab informatsiooni hankides jääda anonüümseks, ei anna erinevad meeste tervisele keskendunud veebilehed päris seda tulemust, mida neilt oodatakse. Küll aga võib neil näha olulist rolli ennetus- ja teavitustöö tegemisel just nooremate meeste hulgas. Samuti julgustavad meeste suunatud veebilehed mehi pöörduma arsti poole.

Teadlikus haigusest on samuti seotud infokanalite kasutamisega. Kuigi mehed valdavalt eelistavad rääkida oma seisundist ennekõike sõbraga, siis internetti ja arsti peetakse praktiliselt sama usaldusväärseteks. Võib eeldada, et kui mees jõuab arsti juurde, siis saab ta ka vastused oma küsimustele. Samas tuli arstide süvaintervjuudest välja, et just arsti juurde saamine ja minek on problemaatilised. Eelistatumas olukorras on mehed, kes lähevad otse meestearstile. Arstide hinnangul jõuavad sellised patsiendid androloogi juurde umbes keskmiselt kuue kuu jooksul pärast esimeste sümptomite tekkimist. Probleemiks on siinkohal hoopis meestearstide vähesus. Perearstid on reeglina naised ning mehed ei soovi minna probleemiga, mis niivõrd tugevalt puudutab nende seksuaalset identiteeti naisarsti juurde. Seda veel eriti, kui tegemist on noore naisarstiga. Praktiliselt kõik küsitletud meestearstid tunnistasid, et patsientide hulk kasvab proportsionaalselt sellega, mida teadlikumaks mehed saavad androloogi olemasolust. Arvestades, et kõik infomaterjalid, mida meeste valmistatakse ja pakutakse, rõhutavat kiiret vajadust arstile minna, julgustavad mehi selleks ning annavad ka erinevate meestekliinikute ja arstide kohta informatsiooni, siis siin saab näha seost teadlikumate patsientide hulga ja pakutavate infomaterjalide vahel.

Intervjuudest tuli välja, et sõnumid, mida esitatakse arstidele läbi ravimiesitlejate ei ole efektiivsed. Tegemist on valdavalt reklaamimaterjalidega, mis omas vormis näevad küll usaldusväärsed välja ja esitavad konkreetset ravimit äärmiselt positiivsest küljest, kuid arstide jaoks on selline informatsioon ebausaldusväärne. Arstid tunnetavad teravalt vastutust patsiendi ees ning ei kaldu riskima uute ravimitega, nende jaoks on oluline, et ravim annaks kindlaid tulemusi. Seetõttu kalduvad nad pigem usaldama vanemaid, ennast tõestanud ravimeid, mille kohta on võimalik leida laiapõhiseid võrdlusuuringuid (näiteks ravimite võrdlus kogu grupi siseselt, mitte ainult konkreetne ravim vs platseebo) ning pikaajalise toime tulemuste näitajaid.

Arstid tunnevad ravimifirmade uuringumehhanisme ning eristavad väga hästi kindla suunitlusega tellitud uuringuid ning selliseid, mis on korraldatud sõltumatute organisatsioonide poolt. Seetõttu ei tasu ära ettevõtete enda korraldatud uuringute positiivsete tulemuste presenteerimine. Samuti muudab see küsitavaks kõigi nende kümnete ja kümnete uuringute korraldamise, mille peale ravimifirmad kulutavad aastas globaalses plaanis tohutuid summasid. Väga tihti on ka probleem selles, et uuringu lähteküsimusele ei saada oodatud vastuseid, mistõttu tõestatakse esile hoopis uuringu läbi leitud muu tunnus. Otse arstideni tuleks seda enam ja jõuliselt edastada kõik usaldusväärsete uuringute tulemused, mis on andnud positiivse hinnangu. Negatiivse tulemi korral tuleks arstidele kindlasti selgitada tausta ja esitada oma seisukohad (näiteks puudused uuringu läbiviimises, võrreldud dooside mahu mittevastavus jms). Eeldus, et selline info Eestisse ja siinsete arstideni ei jõua, on sügavalt vale. Välistan täiesti võimaluse, et intervjueritud arstide hulka sattusid eriliselt teadmishimulised ning oskuslikud infokäsitlejad. Viited teistele arstidele näitavad, et info liigub kiiresti ja sõltumatult

Väga suur oli bränditeadlikkus – kõik arstid kinnitasid, et patsiendid teavad vähemalt Viagrat. Aga sageli ka uusi ravimeid ning teavad nende kohta ka muud olulist informatsiooni. See fakt näitab, et kui inimest huvitab konkreetne info, siis leiab ta ka selle kohta üles kõik teda huvitava – alates konkreetsetest ravimitest kuni isegi selleni,

kuidas vastavat ravimit võtta tuleb. Arvestades, et lõpliku raviotsuse teeb ikkagi arst, siis tekib küsimus kelle eest ja keda kaitseb Ravimiseadus, mis keelab retseptiravimite avaliku nimetamise. Mul on olemas ka töökogemus ühe antidepressandiga (samuti retseptiravim), mille kohta veel enne Eestis müügiloa saamist oli aktiivne patsient juba kogu võimaliku informatsiooni endale hankinud, jõudnud konsulteerida oma arstiga selle konkreetse ravimi sobivuse suhtes tema diagnoosiga ja kes kannatamatult ootas ravimi Eestis müügile tulekut, uurides regulaarselt asjade käiku ravimifirmast. Sisuliselt on info iga ravimi kohta olemas internetis vastavatel ametlikel kodulehtedel (lisaks veel muud saidid) ja peamiseks takistuseks saab olla vaid otsingumootori mittekasutamise oskus ja puudulik keelte tundmine. Mõlemat esineb üha vähem.

Mehed on küll üldiselt teadlikud terviseriskidest, mis võivad põhjustada erektsioonihäiret, kuid valdavalt on tegemist nõo tagantjäreli tarkusega, mida ollakse valmis tunnistama siis, kui seisundi halvenemine on nad juba arsti juurde viinud. Pidev tervisekontroll on üsna haruldane. Kui südametööd oli kontrollitud üsna sageli (siin on kindlasti põhjuseks aktiivne teavitustöö, mis on varasematel aastatel ära tehtud Eesti meeste terviseriskide tutvustamisel), siis vähem oli kontrollitud vererõhku, kolesteroolitaset ja veresuhkrut. Samas on kogu maailmas tõusvaks trendiks diabeeti haigestumine (mis on südame- ja veresoonkonna haiguste kõrval üks sagedasemaid erektsioonihäire põhjustajaid), mille varajane avastamine veresuhkru taseme muutuste avastamisel aitaks mitte ainult ära hoida erektsioonihäire tekkimise, vaid palju tõsisemad ja ravimatud terviseprobleemid.

Ülaltoodust võib järeldada, et ravimifirmade kommunikatsioonis erektsioonihäirega patsientidele tuleks veelgi rohkem panustada just üldisele terviseteadlikkusele. Seostades erektsioonihäiret eelkõige muude ja palju tõsisemate terviseriskidega, annab see patsiendile palju suurema julguse minna arsti ning just nimelt vastava ala spetsialisti juurde. Meestele suunatud materjalides tuleb anda informatsiooni arstide ning nende vastuvõtutingimuste kohta üle Eesti. Meestearstide hinnangul on endiselt olemas üsna suur protsent mehi, kes ei jõuagi arstile ning see on seletatav eelkõige vananenud arusaamadega, et mingi ravi ei ole võimalik. Ka paljud arstile jõudvad patsiendid tulevad suhtumisega, et midagi teha pole enam nagenii võimalik. Seega tuleks pakkuda neile

informatsiooni kanalitest, mis pole pealetükkivad, kuid samas usaldusväärsed ja võimaldava säilitada vähemalt esialgu anonüümsuse ning julgustavad mehi pöörduma kiiremini otse arsti juurde.

Millist infot tuleks rohkem pakkuda

Meetodid, mida ravimifirmad kasutavad ravimite müügiks on globaalselt üsna sarnased ja firmade sees praktiliselt identsed (suured ravimifirmad, mille filiaalid tegutsevad ka Eestis on reeglina globaalse haardega). Võtted on jõulised, eesmärgiks on eristuda ja panna tarbija eelistama ühte konkreetset ravimit. Argumendiks ei peagi alati olema väide, et antud ravim on kõige parem – sobib ka pakkumine, et kvaliteetne ja odav. Peamiseks müügivõtteks on oma ravimi pidevalt nõ kaardil hoidmine tuletades tarbijale (antud juhul siis arstile) pidevalt meelde konkreetset ravimit, tema häid omadusi ning põhjuseid, miks peaks teda eelistama kindla ravimigrupi teistele konkurentidele.

Suuremat tähelepanu tuleks ka pöörata uute toodete ning muu ettevõtte poolt tehtavad arendus- ning teadustöö tutvustamisele, sest see aitab kaasa usalduse tekkimisele firma brändi suhtes.

Arstide ja ravimiesitlejate omavaheline suhe sai äärmiselt huvitavate hinnangute osaliseks. Põhimõtteliselt respektieritakse ravimiesitlejate olemasolu ja nende tööd, neid võetakse vastu ja neid kuulatakse ning suhtlustasand on sõbralik. Samas ei ole ravimiesitlejad arstide jaoks võrdsed partnerid, sest teavad meditsiinivaldkonnast vähem. Ravimifirmad peaksid pöörama palju suuremat tähelepanu ka viisile, kuidas edastatakse informatsiooni. Arstidele jääb mulje, et esitlejad peavad rääkima ära kindla jutu kindlad punktid, mis siis peaksid andma positiivse tulemuse. Tegelikuses mõjub taoline esitus kunstlikult ning on ebamugav ja vahest ka piinlik mõlemale poolele. Mitu arsti tõid välja, et ravimiesitleja on küll osanud ära rääkida kõik toimeainet ja mõju puudutava, kuid ei ole osanud vastata kõige lihtsamale küsimusele: „Miks ma pean seda ravimit eelistama?“

Negatiivse poole pealt tuli välja ka, et esineb konkurentide toodete otsesest halvustamist. Toodud näide ei olnud esitatud otseselt erektsioonihäire ravimite kohta, kuid viitab siiski üldistele meetoditele, mida jätkuvalt kasutatakse. Intervjueritu, kes probleemi tõstatas, leevendas oma väidet siiski öeldes, et taoline käitumine ei ole omane suurtele ja originaalravimeid tootvatele firmadele, vaid iseloomustab pigem geneerilisi ravimeid müüvaid ettevõtteid.

Selles töös küsitluste ning intervjuude läbi välja tulnud üks olulisemaid ja mitmes mõttes tähelepanuväärsemaid tulemusi oli arstide suhteliselt suur sõltumatus neile ravimifirmade poolt edastatavast reklaamist ja väga hea oskus selekteerida pakutavast välja oluline. Arstide ja ravimifirmade vahelised suhted on avalikkuse poolt suure tähelepanu all. Samas teatakse üsna vähe mehhanismidest, kuidas need suhted töötavad. Kardetakse arstide mõjutamist läbi reiside, tasuta asjade jms läbi ning seetõttu halbade ja/või kallite ravimite eelistamist. Selles töös toodud arstide endi vastused näitavad, et arstid on konservatiivsed ning ei eelista ühtegi ravimit selle pärast, et see on (näiteks) uus ja väidetavalt parem. Pigem toetatakse kogemustele ning allikatele, mis ei ole lihtsalt mõjutatavad. Arstid rõhutasid korduvalt oma vastutust patsiendi ees, mis on neile olulisem, kui head suhted ravimifirmadega.

Ülaltoodust võib järeldada, et ravimite turundus peaks vähem panustama lihtsatele reklaamtoodetele ja korduvale ühe ja sama info edastamisele. Palju rohkem peaks edastatav informatsioon olema teaduspõhine ning keskenduma isiklikele kontaktidele ning koostööle.

7. KOKKUVÕTE

Töö eesmärgiks oli uurida, kuidas toimub ja millise mõjuga ravimifirmade poolt patsientidele ja arstidele suunatud retseptiravimite kommunikatsioon. Töö aktuaalsus seisneb hetkel nii Eestis kui ka Euroopa Liidud toimuvates debattides, kas retseptiravimite otsereklaam patsientidele peaks olem lubatud või mitte.

Uurimisküsimused lähtusid ohtudest, mida tavapäraselt seostatakse ravimireklaami negatiivse poolega – arstide ja patsientide kerge mõjutatavus, mis paneb neid eelistama kallimaid ning mitte oluliselt efektiivsemaid tooteid, patsientide väike teadlikus oma haigusest ja selle ravivõimalustest, arstide usaldus neile ravimifirmade poolt pakutava tooteinfo suhtes ning arstide finantsiline sõltuvus ravimifirmadest.

Läbi viidud küsitlused ja intervjuud näitasid, et nii arstide kui ka patsientide oskus otsida infot ning seda neutraalselt hinnata on kõrge. Patsiendid on üha teadlikumad oma seisundi põhjustest, teavad võimalikke ravivalikuid, otsivad aktiivsemalt abi, kuid jätavad arsti teha lõpliku ravivaliku. Palju on patsientide teadlikkuse kasvule aidanud kaasa just ravimifirmade enda poolt tehtud teavitustöö.

Arstide sõltuvus ravimifirmade poolt edastatavast informatsioonist on väike. Häid kontakte ravimifirmadega hinnatakse, kuid eelkõige loetakse ennast vastutavaks patsiendi ees, mistõttu eelistatakse neutraalset informatsiooni ravimi kohta, mis teavitaks ka võimalikest ohtudest. Samuti tuli välja, et uue ravimi kasutusele võtul eelistatakse pigem oodata ja saada kinnitust ravimi positiivsete omaduste kohta teistelt arstidel või võrdlevate kliiniliste uuringute alusel.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et ravimikommunikatsioon peaks tulevikus rohkem keskenduma neutraalsele, uuringute läbi tõestatud informatsioonile, mis arvestab rohkem arstide vajaduste ning nende ala spetsiifikaga.

8. SUMMARY

The communication of prescription drugs by the example of erectile dysfunction drugs

The main purpose of this research was to study the influence of the means that big pharmaceutical companies use to affect patients and doctors to make a choice of treatment.

In case on prescription drugs, laws forbid in many countries (including Estonia) the mentioning of any medical brand names to the public. Because of those restrictions pharmaceutical companies have started to use more and more straight to consumer marketing getting to consumer through different educational programs like internet sites and media campaigns to rise the patient awareness. The marketing of erectile dysfunction drugs has been a study-book case of how to generate a new group of patients, encourage them about new treatment possibilities and then send them to doctors to get pills.

Doctors on the other hand have been under the powerful advertising flow from the pharmaceutical companies for years. The key factor to the success has been regarded to be frequent repeating on ones message to the doctors which are channeled through medical representatives of each company. Yet there are very little information available about how patients and doctors regard the information that they have been offered to.

This study examined how patients on doctors recognize different brands, how much and what kind of information they use, what kind of information is trustworthy to them and what are the channels that they prefer.

It was found that patients with erectile dysfunction prefer to get information about they condition internet (mainly because of the anonymity), from close friend or from a doctor. The patients also had high awareness on brand names and other specific information about medications which they usually find from internet. Men knew the risks that cause erectile dysfunction, but it is rarely reflected on they general health behavior (it can be

explained by the relatively old ages of average erectile dysfunction patients who find it difficult to change their habits at that age).

Doctors were found to have excellent skills of sorting out information useful to them. They also make very good distinction between clinical trials that have been conducted by companies themselves and the results on trials that have been made by a neutral organization. The non-medical background of medical representatives is not a problem to doctors, but they do want the visitations to be informative.

It can be said that companies should avoid sending representatives to doctors with the same materials over and over again. The information to the doctors must be evidence based and focused on facts that have news value.

9. KASUTATUD ALLIKATE LOETELU

Intervjuud

Ausmees, Kristo. Meestearst. Intervjueerija Eike Kingsepp. Läbiviimise aeg 25.04.2007, Tartu.

Korrovits, Paul. Meestearst. Intervjueerija Eike Kingsepp. Läbiviimise aeg 19.04.2007, Tartu.

Lippmaa, Ene. Perearst. Intervjueerija Eike Kingsepp. Läbiviimise aeg 03.05.2007, Pärnu.

Merilind, Eero. Perearst. Intervjueerija Eike Kingsepp. Läbiviimise aeg 02.05.2007, Tallinn.

Punab, Margus. Meestearst. Intervjueerija Eike Kingsepp. Läbiviimise aeg 25.04.2007, Tartu.

Vihljajev, Vladimir. Meestearst. Intervjueerija Eike Kingsepp. Läbiviimise aeg 18.04.2007, Tallinn.

Muud allikad

Berry, Richard (1997). *Direct Selling*, London: Butterworth-Heinemann.

Diehl, Sandra; Mueller, Barbara ja Terlutter, Ralf (2007). "Skepticism toward pharmaceutical advertising in the U.S. and Germany". *Advances in International Marketing*, Issue 18, lk. 31-60.

Eesti Päevaleht Online (2005). "Ereksioonihäire ja südamehaigus esinevad tihti koos". Kättesaadav: <http://www.epl.ee/artikkel/283357>, avaldatud: 21.01.05, vaadatud: 14.04.2007.

Eli Lilly & Company (2007). Cialis toote info. Kättesaadav: http://www.cialis.com/about_cialis/02.jsp?reqNavId=1, vaadatud 23.04.2007.

Glaxo Smith & Kline (2007). Levitra toote info. Kättesaadav: <http://www.levitra.com/about.html>, vaadatud 23.04.2007.

Kapferer, Jean- Noël (1997). *Strategic Brand Management*, London: Kogan Page.

Keller, Kevin Lane (1998). *Strategic Brand Management*, Upper Saddle River: Prentice Hall.

Kingsepp, Eike (2005) Arstide küsitlus. Läbiviimise aeg: mai 2005.

- Kingsepp, Eike (2007) Patsientide veebiküsitlus. Läbiviimise aeg: oktoober 2006 – märts 2007.
- McGuire, Stephen (2006). “Recent campaigns focus on education”, *Medical Marketing & Media*, Vol. 41 Nr. 10, lk. 26.
- Pfizer (2007). Viagra toote tutvustus. Kättesaadav: <http://www.viagra.com/content/about-viagra-ed-treatment.jsp?setShowOn=../content/about-viagra-ed-treatment.jsp&setShowHighlightOn=../content/about-viagra-ed-treatment.jsp>, viimati muudetud 09.04.2007, vaadatud 23.04.2007.
- Postimees Online (2005). „Võltsravimid on süvenev probleem”. Kättesaadav: <http://www.postimees.ee/030805/lisad/teadus/173162.php>, avaldatud 03.08.2005, vaadatud 12.04.2007.
- Postimees Online (2007). “Briti mehed saavad Viagrat käsimüügist”. Kättesaadav: <http://www.postimees.ee/130207/esileht/olulised/teemad/tarbija24/tervis/244441.php>, avaldatud: 12.07.2007, vaadatud 15.04.2007.
- Punab, Margus (2007). “Erektsioonihäirest”. Kättesaadav: http://www.potencialis.ee/?act=26&pages_id=24&structure_id=26, vaadatud 25.04.2007.
- Ravimiamet (2007). Ravimiinfo. Kättesaadav: www.raviminfo.ee, vaadatud 23.04.2007
- Riigi Teataja (2007). Ravimiseadus. RT I 2005, 2, 4. Kättesaadav: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12766650>, redaktsioon: 01.01.2007, vaadatud: 18.04.2007.
- Ronk, Anti (2003). „Potentsi tõstmisele kulub 1,2 miljonit krooni kuus“. Postimees, 27.11.2003.
- Shapiro, Joseph P. ja Schultz, Stacey (2001). “Prescriptions: How your doctor makes the choice”. *U.S. News & World Report*, Vol. 130 Issue 7, lk 58-62.
- Singh, Tanuja ja Smith, Donnavieve (2005). „Direct-to-consumer prescription drug advertising: a study of consumer attitudes and behavioral intentions”. *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 22, nr. 7, lk. 369-378.
- SKIM Analytical Healthcare (2007). „SAFE uuring: *Sexual Attitudes of Females in Europe – Pan European Study on female contraceptives*“. Tellija: Schering (avaldatakse septembris).
- Thomaselli, Rich ja Elkin, Tobi (2003). ”Pills with own web pages key to marketing” *Advertising Age*, Vol. 74 Nr. 19, lk. 60.
- Uusen, Kaire (2007). „Maailma võltsituim toode on Viagra”. Postimees Online, kättesaadav: <http://www.postimees.ee/150207/esileht/majandus/245129.php>, vaadatud 15.04.2007.

LISAD

Lisa 1: Arstide küsitluse küsimustik

1. Mitu EH patsienti on Teie praksist viimase kuu jooksul külastanud?

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- rohkem

2. Millises vanuses on Teie keskmine EH patsient?

- 20-30 a
- 30-40 a
- 40-50 a
- 50-60 a
- 60-70 a

3. Kas Teie patsient oli enne Teie juurde pöördumist teadlik erektsioonihäirete raviks kasutatavatest ravimitest?

- Jah
- Ei

4. Kas Teie patsiendid on teadlikud EH-d põhjustavatest teguritest?

- Jah
- Ei

5. Kui paljud Teie EH patsientidest on püsisuhtes?

- Enamik
- Pooled
- Vähemus

6. Kust Teie patsient on saanud teavet ravimite kohta?

- Internet
- Ajaleht
- Sõber
- Arst
- Raadio
- TV
- Muu

7. Kust Teie olete saanud teavet erektsiooniravimite kohta lisaks ravimiesitlejatele?

- Kasutajad
- Kolleegid
- Meedia
- Seminarid/konverentsid

- Meditsiiniline kirjandus

8. Kas soovitate ka ise patsiendipoolse initsiatiivita patsiendile EH ravimeid?

- Jah
- Ei

Millistel juhtudel soovitate peaaegu alati?

9. Milliseid ravimeid ja ravimeetodeid ja tegevusi soovitate EH raviks?

10. Kuidas Teie arvates peaks julgustama patsiente rääkima EH teemadel?

Lisa 2: Potencialise veebiküsitluse küsimustik

1. Kas Te olete teadlik, et erektsiooniprobleemid võivad olla esmasteks sümptomiteks teistele terviseprobleemidele?

JAH

EI

2. Kas olete viimase aasta jooksul kontrollinud

a) vererõhku

JAH

EI

b) kolesteroolitaset

JAH

EI

c) veresuhkru taset

JAH

EI

d) südame tööd

JAH

EI

3. Kas te tarvitate/olete tarvitanud potentsi tõstvaid vahendeid?

JAH

EI

4. Kas olete proovinud potentsiprobleemi raviks ka käsimüügis olevaid ravimeid (loodustooted, toidulisandid jms)?

JAH

EI

5. Millist potentsiravimit olete kasutanud

Viagra (sildenafilfiil)

Cialis (tadalafiil)

Levitra (vardenafiil)

MUU

6. Kas potentsiravim(id) on teid aidanud?

JAH (kui **JAH**, siis kuidas)

EI

7. Kas te leiate piisavalt infot erektsioonihäirete (EH) põhjuste ja ravi kohta?

JAH

EI

8. Millist infot vajaksite EH kohta?

9. Millisest allikast tahaksite kõige meelsamini saada teavet?

arstilt

ajalehest/ajakirjast

sõbralt

internetist

TV-st

MUU

Lisa 3: Meestearstide süvaintervjuude kava

1. Tänapäeval on patsientidel võimalik leida informatsiooni erektsioonihäire (EH) ravivõimaluste kohta kergesti ka iseseisvalt, kui tihti puutute kokku teadliku patsiendiga?
 - kuivõrd on patsiendid ise teadlikud, millised on nende ravivalikud?
 - keda/mida nimetavad patsiendid oma infoallikatena?
 - kui tihti puutute kokku valeinformatsiooniga?
 - kui kiiresti jõuab patsient teie hinnangult keskmiselt arstini?
2. Mida arvate Eestis kättesaadavatest EH üldiselt?
3. Mida arvate hetkel turul olevatest EH ravimitest?
 - millega on teil positiivsed, millega negatiivsed kogemused? Kirjeldage neid palun.
4. Meenutage esimest korda, kui kuulsite Viagra/Cialise/ Levitra kohta.
 - mida mõtlesite?
 - miks otsustasite proovida?
 - Kuidas jäite/jäi patsient tulemustega rahule?
 - kas neil ravimitel on eripärasid? Palun kirjeldage neid.
 - Milliseid ravimi omadusi peate oluliseks?
5. Millistest allikatest saate teie, arstina, infot EH kohta?
 - kõik firmad reklaamivad oma ravimeid parimatena. Kuidas teie saadavat infot analüüsite ja usaldusväärse üle otsustate?
6. Millised on teie suhted erinevate ravimifirmade esindajatega?
 - kui tihti käivad teie juures erinevate ravimifirmade esitlejad?
 - kui olulised/informatiivsed nad on?
 - kas nad mõjuvad pealetükkivalt?
 - kas nad hõlbustavad või segavad ravivaliku tegemist?
 - kuidas hindate ravimiesitlejate kompetentsust?
 - kas ravimiesitlejad suudavad pakkuda teile uut informatsiooni?
7. Milliseid ravimite omadusi nimetate patsiendile, kui kirjutate talle retsepti välja?
8. Kas teil on ka oma isiklik eelistus EH ravimite hulgas?

Lisa 4: Meestearstide süvaintervjuude transkriptsioonid

MIT

I: Alustame patsientide poole pealt. Tänapäeval meil on internet, meil on telekanalid jne, Kuivõrd teadlikud on patsiendid erektsioonihäire (EH) ravivõimalustest, kui nad jõuavad teie juurde?

MIT: Osa on muidugi väga teadlik, aga minu arvamus on, et see on väiksem osa. No protsenti on muidugi raske öelda, aga võib-olla siis 1/3, ehk siis 30%. Ja just noored mehed, kes rohkem loevad ja vaatavad. Internet on täis igasugust informatsiooni. Seal on muidugi mõned valed asjad ka. Enamus on siiski asjalik.

I: Millise valeinformatsiooniga te olete kokku puutunud?

MIT: No esiteks pakutakse väga palju neid igasuguseid bio – või toidulisandeid ja siis muidugi lubatakse imet, see on selge. Ja siis muidugi lubatakse suurendada suguti mõõtmel. Pakutakse igasugu kreemid ja kapslid, mis ei tohiks nagu mõjuda. Teiseks pakutakse muidugi igasugused internetis odavaid ravimeid. Mul endal tuleb päevas viis korda späm, kus pakutakse osta Cialis, Levitra või igasugused poole hinnaga. Inimesed ikka loodavad. Ma ei tea, kas keegi ostab või siis

I: Kas on olnud mõni selline patsient, kes on öelnud, et jah, mina ostsin?

MIT: Huvitav, et isegi ei ole. Vähemalt eesti patsient mitte.

I: On need teadlikumad patsiendid, me räägime sellest 30%, öelnud ka, kus nad infot saavad?

MIT: Kõige rohkem ikka internetist. See on esimesel kohal. Absoluutselt.

I: Kuidas te hindaksite, kui kiiresti jõuavad patsiendid arstini? Või mis aja jooksul nad üritavad ise ravida?

MIT: No see on ka huvitav küsimus. Tegelikult mitte eriti kiiresti. Võib-olla see on siis nagu meeste iseloomu erinevus, et tema siis kaalub ja mõtleb. Naised vist küsivad rohkem oma sõbrannade arvamust. Mees on ikka see, kes proovib oma probleemid ikka ise lahendada. Mul on raske öelda periood, aga keskmiselt pool aastat kindlasti kestab see periood, kus on kahtlused, kas tasub minna või mitte. Kui tekivad esimesed probleemid erektsiooniga, siis meestel on arvamus, et nagunii ei saa keegi mind aidata.

I: Tulevad nad siia ka sellise suhtumisega?

M1T: Jah-jah. Et ma räägin teiega siin, aga nagunii ei saa te mind aidata, keegi ei saa mind aidata.

I: Aga on keegi ka öelnud, et miks ta siis arsti juurde tuli, kuigi usub, et keegi ei saa teda aidata?

M1T: No jällegi. Üks variant, et midagi luges, kui midagi pakuti. Esimene visiit on suhtlemine väga skeptiline. Et no räägime siis, et vaatame, mis siin toimub.

I: Mis te üldse arvate Eestis kättesaadavatest EH ravi võimalustest?

M1T: Väga palju on seminare, nii et perearstid on kõik kursis. Ravimeid saavad välja kirjutada praktiliselt kõik. Siin võib-olla hoopis teine mure – see, et Eestimaa on väike. Täna just oli kolm patsienti, kes ütlesid, et oma perearsti juurde ei saa minna, sest see on perekonnatuttav. Külainimesele või väikeses rajoonis see on probleem.

I: Mis hinnangu te annate nendele EH ravimitele, mis on saadaval? On teil kogemus kõigi käsimüügi ja retseptiravimitega?

M1T: No tegelikult ma ise arvan, et see aasta 98, kui ilmus üldse Viagra, see oli üldse revolutsioon. Selle pärast, et mul on 30 aastat tööstaaži ja nüüd ma mõtlen, et kuidas ma varem ennem üldse töötasin. Need ravimid lahendava nii mitu probleemi.

I: On teil ka mõne ravimiga olnud negatiivseid kogemusi?

M1T: Noh on muidugi, see Uprima. Tegelikult see oli ka siis õige asi, mis tegelikult oli väga vajalik, aga ma saan aru niimoodi, et see reklaamikampaania oli vale.

I: Mis ravim see üldse oli?

M1T: Ma toimeainet enam ei mäleta, aga see oli spetsiifiline preparaat, mida reklaamiti siis samas suuna, et see peab esile kutsuma erektsiooni. Aga tegelikult temal oli siis kesknärvisüsteemile mõju. Sellepärast tema oli mitteefektiivne. Aga. See siis kõvasti nagu suurendas libiido ja ühesõnaga, see on nüüd Eesti turult kadunud. Aa tegelikult kahju. Tema jaoks oli lihtsalt väga kitsas auditoorium või siis...

I: Lähme nüüd spetsiifiliselt Cialise, Levitra ja Viagra peale. Palun kirjeldage lühidalt nende ravimite omadusi. Rääkige just sellest, milline arvamus teil endal kujunenud on.

M1T: Ma ütlen niimoodi siis, see on puhtalt minu kogemus...

I: Jah, just seda ma tahangi

M1T: Viagra hakkab mõjuma siis just kõige kiiremini, niisugune tunne. Aga see pikkus on ka kõige lühem, kuskil nii poolteist tundi keskmiselt. Mõned patsiendid ütlevad ka, et

pool päeva. Mõned ütlevad, et viie minuti pärast juba valmis. Tähendab, võib-olla on ka platseebo efekt. Kui Cialis ja Viagra ei mõju, niisugused variandid on ka olemas, siis mõnikord võib proovida Levitra. Levitra on selektiivsem ja siis temal on see mõju ka keskmine. Ütleme nii aasta tagasi ma just kirjutasin rohkem Levitra, praegu nüüd mul rohkem meeldib ikka Cialis. Aga vanemale mehele ma pakun siis ikka rohkem Viagra. Noorele mehele siis Cialis. Cialisel siis kõige suurem pluss see, et kauem see toime pikkus. Ja siis need ei ole jutud, kes räägivad, et kolm päeva, neli päeva. Et siis mingi aku on nagu sees pandud. Ja soliidses inimesed, neid ma usun. See ei ole libiido või siis platseebo.

I: Kust teie arstina saate uuemat infot EH kohta?

M1T: No kõige rohkem igasugused seminarid ja konverentsid. Või või tulevad minu juurde firma esindajad.

I: Kuidas te üldse hindate firma esindaja usaldusväärsust?

M1T: No ausalt öelda pluss-miinus. Selge see, et absoluutselt kõike uskuda ei tohiks, ei tohi jah.

I: Milline oleks see info, mida te tegelikult ravimiesitlejatelt vajaksite?

M1T: No ütleme siis toime erinevused, üks asi. Siis muidugi kõrvalmõjusid. Selle pärast need asjad, et kõik mis on internetis on rohkem suunatud reklaamile ja igasugustest neist kõrvalmõjudest räägitakse väga vähe.

I: On teil oma praktikas olnud ka selline kogemus, kus on selgunud mõni kõrvalmõju patsiendi pealt, millest te enne ei teadnud?

M1T: No on olnud. Ma olen küll kuulnud, aga seni ei ole kohtunud. Ütleme, et Viagra kohta ikka oli silmadega. Ikka oli. See läks üle. Aga mul oli kaks patsienti, kes öelnud, et rohkem nad ei taha neid kasutada. Ütleme, et kuskil pool päeva oli siis nagu mingi punane värvus silme ees. Ja teisel ka midagi oli siis. Tema ei saanud siis juhtida auto sellel momendil ja tema vähemalt ütles, et tema rohkem ei võta.

I: Kas see tähendas, et ei võta EH ravimeid või konkreetselt seda?

M1T: Ei-ei, ainult konkreetselt seda.

I: Lähmegi siit edasi. Kõik ravimiesindajad tulevad teie juurde ja räägivad, et nende ravim on parim. Kuidas te analüüsitate seda infot või mille järgi otsustate usaldusväärsuse üle?

M1T: No kõigepealt ikka hindan see bärnd ka. See firma nagu siis see nimi. Need kolm on kõigile tuntud firmad. Et siis kui mingi Tšehhi oma tuleb või muu uus, siis sellesse on usku vähe. Aga ma ikka arvan, et se reklaam on suur asi. Pfeiseri poolt oli tehtud ikka väga palju. Sealt just direktori poolt. Sellepärast Viagra oli esimene.

I: Kui tihti teie juures üldse käivad erinevate ravimifirmade esindajad?

M1T: Kord kuus

I: Kas iga firma oma käib kord kuus?

M1T: Kuskil jah.

I: Mitme firma esindajad teil üldse käivad?

M1T: No ei ole eriti palju. No kuskil nii 6-7. Ja tegelikult samad inimesed mitu aastat.

I: Kas nad rohkem segavad või hõlbustavad teie tööd?

M1T: Ei-ei. Ei absoluutselt. Meil on isegi keelatud töö ajal nendega kohtuda. Reeglina lepime kokku, et peale tööd, siis kui ma lõpetan. Nagu teiega siis.

I: Kuidas te üldse kirjeldaksite, milliste sõnadega, oma suhteid ravimifirmade esindajatega?

M1T: Rohkem nimetame nagu sõbralik.

I: Kas te näete neid rohkem kui segajaid, et oh jälle ta tuleb oma jutuga?

M1T: Eriti ei. Paar mul niisugused olemas. Lihtsalt see mida nad pakuvad, ma nimesid ei taha nimetada, see mida nad pakuvad, ma neid ravimeid ei usu. A no ikka võtad neid vastu. Selle pärast, et ma tean see tehnika, nendel on vaja iga päev leida siis ütleme viis või kaheksa kontakti. See on nende töö (naerab).

I: Millise üldhinde te annaksite ravimesitlejate kompetentsusele?

M1T: No praktiliselt kõik on jälle enam-vähem kompetentsed. Minu praktikas on ütleme nii kaks-kolm korda olnud kohtumine inimesega, kes tõesti ei ole kompetentne. Kas oli juhuslik uus inimene, kõik need olid uued või lihtsalt ma olen liiga palju küsinud. Tegelikult minu poolt küsimus oli üks ja sama: mispärast ma pean eelistama just teie ravimit? Ja inimene ei saa vastata! Et ma siamaani olen eelsitanud see ja see, mispärast ma pean vahetama?

I: Kas on olnud ka juhuseid, kus ravimiesitleja on mõjunud pealetükkivalt?

M1T: Ei ole, kindlasti mitte.

I: Suudavad nad teile teinekord pakkuda mingit uut informatsiooni, midagi millest te enne kuulnud pole?

M1T: Noo...kah harva. No vahest see, et midagi praegu protsessis, et midagi uut tuleb. Vat see oli huvitav. Kust veel seda saada, kui nende käest.

I: Kui te kirjutate patsiendile ravimit välja, siis kuidas te temale kirjeldate seda ravimit?

M1T: Ma ise hindan, et mis talle võiks sobida ja siis pakun välja. Varem oli Levitra kõige odavam, aga nüüd siis Viagra kõige odavam.

I: Kuivõrd hinnatundlik üldse on Eesti patsient?

M1T: Ikka küsivad, sest mul käivad rohkem pensionärid. Muidugi, see 10-20 krooni pole suur vahe, aga nad ikka siis midagi kombineerivad.

I: Milliste sõnadega te kirjeldate patsiendile ravimit?

M1T: Ma ütlen just niimoodi, et toime pikkus, sellepärast et efektiivsus on praktiliselt sama. Eriti suurt vahet ei ole. See pikkus üks asi, hind teine asi ja raske öelda, siis ma teen juba nimeliselt. Vanemale mehele pakun siis Viagra, kirjutan välja ja nooremale Cialis.

I: On see teie isiklik eelistus või kuidas see on kujunenud?

M1T: See on praktiliselt nii läinud. Jälle see puht praktiline asi, mida ma siis praegu ütlen, et see preparaat, mis patsient proovis esimesena on siis kõige parem. Mul on sellised patsiendid, kes tulevad ja küsivad retsepti teistele. Ja ikka ütlevad, et see mis on esimene, see oli kõige parem.

I: Ja see on tavaliselt teie soovitatud siis?

M1T: Jah

I: On teil ka oa lemmik nende EH ravimite hulgas, mida te soovitate just preparaadina?

M1T: Viagra. Teda ikka rohkem. Ma ei saa öelda, et see on just parem, aga temal on konkreetne toimeaeg ja lõppeb ruttu ja niimoodi siis. No ja ma ei tea, võib-olla selle , pärast, et see oli kõige esimene. Ja protsentuaalselt vaadelda, siis nii 60% retseptidest kirjutan ikka Viagrale. Või kui nüüd vaadelda, siis 50% Viagrale, 40 Cialisele ja 10 Levitrале.

M2T

I: Alustame patsientidest. Tänapäeval meil on internet, on taevakanalid jne. Kuivõrd teadlikud on need patsiendid, kes sinuni jõuavad, erektsioonihäirest ja selle ravivõimalustest?

M2T: Et siis kui palju ta haigusest teab või kui palju ta ravimisest teab?

I: Palju ta teab haigusest, mis see tema arvates on ja palju ta teab ravimisest.

M2T: No üldiselt teatakse enamasti seda, et et on olemas Viagra ja teiste ravimite, no Cialise ja Levitra kohta teatakse vähem, noh ollakse ka kuulnud. Viagrat on selles mõttes rohkem pool spämmi on igasugused Viagra koopiad ja kõik muu. Nii et selles suhtes teda teatakse ja selle kohta on palju nalju ja ta on kõige vanem preparaat, selle pärast. Ta on kõige rohkem ka läbi uuritud ja selles suhtes kõige kuulsam. EH kohta üldisemalt...kui ta on vanem meesterahvas, siis ta tuleb, no ta tuleb ikka abi otsima, aga enamasti eks nad ole sellise suhtumisega, et vist võib maha kanda. Et siin tuleb alati natuke psühholoogi mängida, et vara veel. Igal asjal on oma põhjus, eks ole, ja kui järsku tekib, siis sellel on ka mingi põhjus. Nii et, ega neist põhjustest eriti midagi ei teata. Eriti seda, et see EH on enamasti südame-veresoonkonna funktsiooniga seotud jne eks ole. Inimene märkab peamiselt nendest muutustest, mis võivad alles viie aasta pärast välja lüüa. Nii et seda peab ikka seletama. See on sihuke väga sihuke etapiline, etapiline tegevus EH-ga. No põletikuga on selge, eks – leiad ja hakkad ravima. Kui EH leiad, ei saa hakata kohe ravima, sest see põhjus võib olla... psühholoogiline põhjus võib olla üks asi, teine asi võib olla kui tal on seal noh mingid vereringe häired, mingid veeniklapid ja kõik muu, hormoonipuudulikkus, siis on hoopis teist moodi see lähenemine. Ja ja kui on veres veel mingisugused, kui hormoonitase on langenud madalaks, siis need preparaadid ei toimi üldiselt. Siis ka see, et need analüüsid tuleb ära teha. Ei saa kirjutada suures koguses ravimit, millel ei ole soodustust ja siis pärast nagu tõdeda, et tal on see hormoonitase madal. Et need on enamasti sellised vanemad meesterahvad, ka invaliiduspensionärid, seal on kaasnevad haigused - parkinson ja mida iganes, na söövad niigi niigi seal mingit nelja-viite erinevat rohtu ja kui sa nüüd ehkupeale kirjutad mingit EH ravimit, et äkki töötab, siis inimene peab ostma seda oma pensionist ja sellega nagu väga riskida ei taha. Pärast on lihtsalt piinlik sellele patsiendile otsa vaadata.

Aga, selles suhtes, et ega nad ikka väga palju ei tea. Aga noorematel on paremad teadmised. Ja no need kes arsti juurde eriti ei kipu, need on lugenud ja proovinud igasugu looduslike vahendeid või on nii öelda teiste meestega räägitud. Et on kelle käest sa ikka küsid, et perekonnas sellest nii väga juttu ei tee, see on väga selline isiklik probleem. Ja nooremad võtavad ikka internetist-kõige anonüümsem meedium, sealt saab kõige paremini info kätte.

I: Oled sa ka mingi valeinformatsiooniga kokku puutunud?

M2T: EH kohta?

I: Jah

M2T: Oh ikka, ikka. Ma ei tea kas mul nüüd mõni konkreetne juhtum tuleb ette, aga...konkreetselt praegi ei tule ette. Aga noh seal on ikkagi see, et inimene kipub endale põhjuseid välja mõtlema ja ja kui veel kuskilt midagi juurde kuuldakse kuskilt kõrvalt, siis kiputakse kartma. See eksiarvamused ongi just interneti kohalt, et keegi ei tsenseeri ju seda ja sul on sealt võimalik saada kõike võimalikku infot, millest võib olla tõele vastupidine pilt. Et jah, Ma ütlen, et EH osas, kuna seal põhjuste kohta midagi eriti ei teata, siis ka eksiarvamusi on vähe. Aga mis on selge, on muidugi, et see on päris korralik põnts mehe enesehinnangule ja identiteedile. Kui ta osaliselt määratleb ennast oma mehelikkusega, oma seksuaalsuse kaudu, siis ta ikka arstini jõuab. Enamasti kui ta jõuab on ta proovinud seda ja teist ja ja...

I: Kaua võtab üldse aega keskmiselt, et EH probleemiga patsient jõuab arstini sinu hinnangul? On see aasta? Kaks?

M2T: Ei...noh enamasti, enamasti sõltub sellest, kui järsku see on tekkinud. Kui on järsku tekkinud, siis enamasti tulevad nad üsna kohe. Kui on aegapidi tekkinud, siis seda seostatakse vanusega ja siis, kui sinna midagi juurde tuleb, võib tekib kasvõi näiteks partneriga probleeme, et siis nad millalgi ikka jõuavad. Aga mõned ilmselt ei jõuagi, neid me ei näe. Või siis jõutakse hoopis mingi muu probleemiga siia, mingite valudega, aga siis selgub, et see probleem on ka. Nii et seal nii väga-väga laias laastus ütleme, et see vahemik on ütleme kolm kuud kuni pool aastat. Kõige sagedasem pöördumise aeg on nii.

I: Milline on sinu hinnang EH ravi võimalustele Eestis? Kättesaadavus näiteks?

M2T: Sa nüüd mõtled neid kolme preparaati?

I: Mitte kolme preparaati. Üldine.

M2T: Et siis ka see, milline on võimalus arsti poole pöörduda?

I: Just. Eelkõige see. Mitte see, kui lihtne on retsepti kätte saada.

M2T: No sellega, sellega on nii ja naa. Muidugi võiks meestearste rohkem olla, praegu ei jõua lihtsalt kogu seda tööd ära teha. See koormus suureneb sedavõrd, kuivõrd mehed muutuvad teadlikumaks, et sellised arstid on olemas. Ja ja hoolimata töökoormusest, need järjekorrad on ikka poolteist kaks kuud. Ja osadel juhtudel ei saa seda järjekorda nii pikalt pidada, pead kiiremini tegelema, patsiente vahele võtma. See käib sinu enda aja ja energia arvelt ja tulemuseks on põhimõtteliselt läbi põlemine. Selle koha pealt võiks olla see asi ka paremini korraldatud. Eks selle EH ravi kohta on ilmunud igasugu voldikuid, brožüüre ja ja on ka vastavad saidid olemas – erektsioon.ee ja mees.eu ja ja eesnääre ja muud sellised, aga noh tegelikult, tegelikult on ikkagi see, et mina olen väga harva kuulnud, et perearst oleks nüüd hakanud EH-d ravima. Ja seal on minu arust üks konkreetne põhjus selles, et inimesed ei usalda oma perearsti. Ja teine põhjus on selles, et perearstid on enamasti naissoost. Nii et siin läheb veel kaua aega enne kui , enne kui tekin esimene naissoost meeste arsti ja tema juurde juletakse tulla ka. See võtab aega. Nii et see on nagu sihuke mees mehega jutt . See on ikka tugevalt sees, et et vastassoole minna kurtma oma soo identiteedi hädasid ja seda, et su mehelikkus on kuhugile kadunud, see on, see on, et paljud mehed ei tee, ei taha seda teha. Aga kättesaadavus? Selles mõttes see, et kes otsib, see leiab. Ma arvan, et kõige hullem on nendel, kes ei tea, et on võimalus meestearsti poole pöörduda. Et need lähevad, enamasti nad jõuavad siis kas uroloogi juurde, või siis siis mõne psühholoogi juurde või heal juhul seksoloogi juurde, psühhiaatri juurde näiteks, kuskil erapraksises käiakse enamasti selliste probleemidega. Perearsti juurde harva, ja ongi, ongi kogu lugu, ega rohkem polegi. Aga noh muidugi selles suhtes ravimi kättesaadavus on küll hea. Seda saab tõesti igalt poolt. Selles suhtes on probleem, et ega ei ole, noh vaadates inimeste reaktsioone, kui ma kirjutan retsepti ja ta küsib, et kust seda saab, ma ütlen, et seda saab igalt poolt ja ta on maainimene, siis ei osta ta seda iialgi sealt, kus ta elab, sest kõik tunnevad kõiki. Ta pigem ostab selle teisest linnast. Ja selle pärast need maainimesed ostavad tegelikult alati oma ravimid linnast suurematest apteekidest.

I: Milline üldse on sinu kogemus praegu saada olevate ravimitega, räägime nii retsepti kui käsimüügi ravimitest? Räägi nii negatiivsest kui positiivsest kogemusest.

M2T: Ravimitega seoses?

I: Just. Räägi omast kogemusest.

M2T: Mis võiks olla selle näide? Negatiivne kogemus...

I: Näiteks kui mõnu ravim on sinu hinnangul üle reklaamitud.

M2T: No selles suhtes, et üks ravimifirmadega on ikka, et sa pead alati ära tundma nagu selle, et kas see mis sulle räägitakse on reklaamijutt või see mida räägitakse räägitakse asjast. Üks asi on rääkida ravimist ja reklaamida seda ja arstina ise mitte seda kasutada, siis on muidugi tore, et võtame kokku ja näed kui vähe kõrvaltoimeid on. Kui sa oled aga patsiendiga silm silma vastu ja ta ütleb, et see ravim ei tööta, siis sa võid talle ükskõik kui palju neid tabeleid näidata, toimet ju ei ole. Pigem ikka see, et see kõik on nagu kombinatsioonis ja sa nagu ... Mõnikord tuleb patsiendile öelda, et see on väga hea rohi ja siis tuleb patsiendile öelda, et küll ta töötab ja siis ta töötab. See on see sama platseebo efekt, mida me nii sageli näeme. Ütleme, et ega me tegelikult ei tea, kui palju nendel ravimitel on platseebo efekti. Aga negatiivne võib olla selles mõttes, et just just selle ravimi kohta info jagamisega ... No ütleme, et Levitra puhul on see praegu nõrgem, ennem nagu käis see esindaja nagu, praegu on kõige aktiivsem nagu Cialis, et selle mõttes. Aga no seal on ka, et lööb selline natukene, no ta ei ole päris negatiivne, aga sisuliselt ta käib küll tihti, aga ta ei räägi mitte midagi uut. See on noh ma ei tea, selline halvamaiguline väljend, aga ta nagu saab linnukese kirja, eks ole. Et käis ära. Aga see on ju minu aeg, mis ma olen teda kuulanud, mitte et mul sellest kahju oleks, aga ma olen ju aja võtnud. Tundub, et temal on sellest rohkem kasu. Et sellisel juhul – milleks seda siis teha? Et see on võib-olla ainus selline negatiivne kogemus. Reklaam on nagunii kõik ühte auku. Kõik väidavad, et nemad on parimad, aga see ei sa ju niimoodi olla. Ja nojah.

I: On sul meeles üldse millised olid su esimesed kogemused nende kolme ravimiga?

M2T: Kui mina hakkasin tööle, siis nad olid kõik kolm vust juba olemas.

I: 2003 tulid Cialis ja Levitra.

M2T: Ja-jah, vot siis ma hakkasingi seda tööd tegema. Et esimesi kogemusi ausalt öeldes, et kuna mul ei ole, kliinilise androloogi kogemust mul ei ole, et siis ma ikkagi Punabi kõrvalt hakkasin tegema vastuvõtte ja vaatasin, et mis tema teeb ja kasutasin nagu tema kogemusi ära. Ja siis vastavalt hakkas ka endal kogemus juurde tulema. Alguses ma usaldasin pigem nagu ikka Viagrat. Selle pärast et ta on kõige läbiuuritum, temast on

kõige rohkem teada ja nagu kogemus on näidanud, et kui sa tahad sellist pikemat ravikuuri teha, siis Viagraga on kuidagi noh kindlam. Ma ei tea mispärast. Aga mõnel jäle on teistmoodi, nii et tegelikult Cialis on on, mis ta juures positiivne on, on et ta töötab just noorematel paremini. Tal on nõ see weekenderi effect, eksole. Võtad reedel sisse ja töötab esmaspäevani. Et Viagral seda ei ole. Arvestades seda hinda ja patsient võib olla ka selline, et ei viitsi ka jälgida, et kas tund aega enne või misasja, siis ta sobib noorematele paremini. Et see oli nagu esimene kogemus ja see on nagu siamaani püsinud, et ma olen seda nagu pigem noorematele kasutanud. Vanematele pole praktiliselt üldse. Vanematele sobib Levitra. Kogemus näitab.

I: Aga Viagra?

M2T: Viagra... noh sisuliselt ükskõik. Aga ütleme, et kui on selline venoosne puudulikkus, mida raskemad orgaanilised häired, siis me oleme Viagrat rohkem kasutanud. On jälle mõned patsiendid, kes eelistavad konkreetset preparaati. Tal on üks preparaat hästi toiminud ja ta ei taha seda ära vahetada. Mõni istub näiteks Levitra peal. Aastaaega käib neid kordusretsepte välja võtmas kaheteistkümne kaupa näiteks. Et väga erinevaid on, Et siin on et kui ta toimib, siis ega sellel toimel suurt vahet ei ole. Et kui ta annab kõrvaltoime, siis ega Cialisest tekitatud peavalu ei ole parem, kui Viagrast tekitatud peavalu. Peavalu on ikkagi üks ja sama peavalu. Mõni kannatab ühet ja mõni kannatab teist ja see on täiesti individuaalsuse baasil. Kui alguses teeme prooviravi, siis enamasti noorematel olen alustanud Cialisest, vanematel siis Viagra või Levitra ja siis vastavalt edasi, kuidas kujuneb, mida vaja on.

I: Mis on sinu jaoks arstina need kohad, kust sa saad arstina EH ravimite kohta uut informatsiooni?

M2T: Kust mina saan?

I: Jah. Jätame kooliaja, kui sa arstiks õppisid kõrvale.

M2T: No mina hangin infot, kui ma mingi ravimi kohta tahan infot saada, siis ma võtan ikkagi selle toote või siis noh selle ravimi omaduste kokkuvõtte. Mul on ikkagi täiskirjeldust vaja. Need ilusad tulbad, neid on küll lahe vaadata, aga see on ikkagi sihukene... Seal ei ole ikkagi täisinfot. See on selektiivne. Kuna mulle esitatakse nende ravimite kohta väga erinevaid küsimusi, ma pean teadma praktiliselt kõiki kõrvaltoimeid

ja kombinatsioone teiste ravimitega ja nii edasi, siis nendest väikestest ülevaadetest nagu ei piisa. Teine asi on muidugi artiklid.

I: Kas neid saab kirjalikult või interneti kaudu?

M2T: Saab kirjalikult ja saab interneti kaudu abstarcte lugeda ja saab ka raamatukogu serveri kaudu neile täitetekstidele ligi, kui midagi pakub erilist huvi. Seal on ka muidugi, seal on kahte sorti uuringuid. Mõned on konkreetsete vennad, kes on teevadki ainult Levitra uuringuid, eks ole ja sisuliselt on nad teadusmaailmast väljas, töötavad sellise rahahunniku otsas ja on ära ostetud sisuliselt.

I: Kuidas sa oskad üldse vahet teha kallutatul ja objektiivsel informatsioonil?

M2T: Noh, kui sa natukene jälgid neid artikleid, siis sa tead, et autorid on alati teada ja kes mis firmaga seotud, tuleb välja, et niinimetatud sõltumatutel uuringutel on alati üks preparaat parem kui mõni teine. Ega sa ei saa otse minna ja öelda, et mees, mis sa teed, nemad teevad näo, et see on objektiivne teaduse tegemine, kuigi on kallutatud tulemused. Aga see on tegelt laialt teada, kes mida teeb. See on tähele panemise asi lihtsalt.

I: Millist infot sa vajaksid tegelikult rohkem just EH ravimite kohta?

M2T: No põhimõtteliselt üks viimaseid asju, mis on välja tulnud, millest on kasu olnud, minu konkreetsetelt kui hiljuti ühel konverentsil olid siis esitlusel uuringu tulemused selle kohta, kuidas siis need pdh5 inhibiitorid toimivad siis madala ja kõrge testosterooni korral. Seda varem nagu ei olnud. Ja sellega meie saime päris suure portsu patsiente kätte, kellel tegelikult seda efekti just selle pärast ei olnud. Nii et kui sa ennem tegeled selle hormooni poolega ja saad selle asja korda siis, see efekt on ikka hoopis teine. Selles mõttes küll. Aga noh muidugi mida tahaks teada, on ütleme sellised kaugtulemused. Cialise ja Levitra kohta neid lihtsalt ei ole. Niipalju kui mina tean. Viagra kohta on neid kõige rohkem, seda on kõige kauem uuritud ja tema kohta on kõige rohkem infot. See ongi see mis pärast teda tegelikult eelistatakse. Tal on selline kvaliteedi märk küljes. Aga ma usun, et niipea kui tekib rohkem sõltumatut ja objektiivset infot ka Cialise ja Levitra kohta, mis ei ole ära ostetud teadlaste poolt, siis ma usun, et nende turuosa ka kindlasti tõuseb.

I: Milliseid ravimomadusi pead sa nende kolme ravimi puhul kõige olulisemaks?

M2T: Mis on oluline ja mille poolest ta erineb teistest?

I: Oluline ja mis on hea.

M2T: No Viagra puhul ongi see, et tema usaldusväärsus ja see, et suurem kogemus tema kasutamisel kõikvõimalike häirete ja nende kombinatsioonide korral. Lihtsalt kogemust on selle ravimiga rohkem, see on hea, teda on nagu julge kasutada. Cialise puhul on hea see tema pikk toime, kui ta toimib, siis ta toimib hästi. Kui ei, siis pole midagi teha, see on täiesti individuaalne. Aga hea on see, et tema pikem toimeaeg ja see, et teda saab noorematel kasutada, nooremad on just põhiline sihtgrupp minu nägemuses. Levitra puhul on ikka pigem see, et ta on ikka nagu vanematele, just vanematele meestele, neile sobib see paremini. See on nagu tema see omadus.

I: Kui tihti käivad üldse sinu juures ravimifirmade esindajad?

M2T: Kui tihti? Pfizer käis viimati eelmine aasta. Kui konkreetselt Viagra pärast, siis Pfizer käis viimati eelmine aasta. Või oli see isegi aasta tagasi. Ta tegutseb natuke teistmoodi jälle. Aga Cialis on ikka ikka sageli, praktiliselt iga paari kuu tagant. Ja Levitra tegelasi ma ei ole vist kaks aastat näinud. See on jälle niimoodi, et kas nad saavad suga ühendust või kas nad otsivad ühendust või kas neil on mingi oma sihtgrupp või nad tajuvad, et see valdkond ei tasu ennast ära. Teinekord on ka see, et pole lihtsalt kontakti olnud, uus inimene on töö, ma tean, et Levitral oli vist mingeid probleeme nende ravimiesitlejatega, kogu aeg vahetusid mitu korda ja kuidagi need oli sihukesed ebaõnnestunud ravimiesitlejad. Aga noh.... Nad ei teadnud sellest, mida nad räägivad üldse. Esitad ühe küsimuse ja kui sa tuled infot jagama sa pead teadma millest sa räägid ja kui ma tegelen ravimitega iga päev, siis ma esitan talle ühe küsimuse ja ta ei oska sellele vastata, siis see ongi täpselt niimoodi, et me istume nüüd siis 15 minutit ja vaatame neid pabereid, aga.... jah.

I: On nad usaldusväärsed, need ravimiesitlejad info allikatena?

M2T: Ma saan nende käest vajalikku infot nii palju kui vaja, ma saan nende käest kui mul on midagi vaja, kui ma ütlen, et tooge mulle midagi, näiteks täis ravimomaduste kokkuvõte, siis nad kindlasti saadavad. See on jälle see, et tegelikult ei pea ma selleks firmat tülitama, ma saan need ka ise kätte – Farmaca Esticad on mul kõik olemas, samas riulis seisavad (viitab). Tegelikult ei olegi seda lisa infot nagu väga vaja. Niipalju kui praeguseks on teada, on kõikoluline info juba kolm korda üle käidud.

I: Mõjuvad nad sulle ka kuidagi pealetükkivalt?

M2T: Ei, ma ei ütleks, See on üks arstina töötamisest, tuleb firmadega kokku puutuda. Mõnikord on enda meeleolu selline antisotsiaalne, siis ei viitsi suhelda, aga ei nad ei häiri mind.

I: Kuidas üldiselt sa hindaksid ravimiesitlejate kompetentsust, sa oled nüüd ju näinud juba igasuguseid?

M2T: No vot ongi niimoodi seinast seinast. Ühed nii ja teised naa, Muidugi ega am ei ole ühtegi siinamaani näinud, kes oleks, ma pead ei anna, aga minu arust keegi neist ei ole arstina töötanud. Vähemalt mitte viimastel aastatel. Ja kindlasti mitte sellel erialal.

I: Kas see teeks ravimiesitleja usaldusväärsemaks, kui ta oleks arst?

M2T: Teeks küll. Seest muidu on niimoodi, et see tundub selline, selline nagu tuldaks sulle mingit kodumüügi kataloogi pakkuma, näete, mis meil siin on. Selline pähe õpitud tekst. Sa ütled tere ja siis räägid nagu inimesega ja siis läheb kassett käima, hääletoon muutub ja „meil on siis väga hea, meil on siin viimane...“ (teeb häält järgi). See natukene häirib, see on nii, et nüüd sa tead, et nüüd las ta räägib siis oma jutu ära. Et kui sa küsid vahele mõne küsimuse, siis sa kohe näed, et see katkestas lindi, pani maki seisma kuidagi (naerab). Et selles mõttes jah.

I: kuidas sa üldse kirjeldaksid suhteid ravimifirmade esindajatega?

M2T: Minu on siinamaani väga head. Eks ta on selline kahe otsaga asi, kui otsest põhjust pole tülli minna, siis tasub ravimifirmadega häid suhteid hoida, näiteks mingite oluliste Eesti siseste konverentside korraldamisel on ravimifirmad ikka väga suureks abiks. Ruumide rentimisel ja tehnika laenutamisel ja mida iganes. Ja siis nad saavad ka oma ettekande sinna, saavad oma plakatid ja mis asjad üles panna ja jagada inimestele mingit infomaterjale ja mida iganes. Kui näiteks perearstid tulevad, siis nad on alati asjadest väga huvitatud. Nii et selles suhtes ei saa ma ühtegi halba sõna öelda. Nad on kindlasti väga vajalikud. Tüllid mõistab vist ainult selline arst, kes ei näe puude taga metsa.

I: Kui minu kohal istub patsient ja sa hakkad talle välja kirjutama EH ravimit, siis kuidas sa talle seda ravimit kirjeldad?

M2T: No enamasti kui ma seda.... noh, kui ma valin mingi preparaadi välja siis ma põhjendan talle, miks ma just selle preparaadi välja valisin, ma põhjendan seda täpselt nende väidetega, mis ma sulle ka enne ütlesin, et Viagra puhul tema usaldusväärsus, Cialise puhul tema pikk toime ja saab noorematel kasutada, Levitra selle pärast, et seda

saab vanematel kasutada. Ja alati olen juurde maininud, et kui üks ravim ei tööta, siis me proovime mõne teisega. Nad on sisuliselt ühe perekonna ravimid, nad on sarnased oma struktuuri poolest ja kui üks ei toimi, siis mõni teine sama grupi ravim jälle töötab, see on teada ka muudest valdkondadest. Aga ega seda infot niipalju ei olegi muudest valdkondadest. Aga selles mõttes, et on vaja teada, kui kiiresti ta tööle hakkab, kuidas toimib, mida koos sellega võib võtta ja mida ei või, kas teda tohib tükeldada: ja põhiline mure neil on, et kui ma nüüd seda ravimit võtan või selle kuuri läbi teen, et kas ma jäängi seda ravimit nüüd võtma

I: Kas sul on ka oma eelistus EH ravimite hulgas.

M2T: Viagra, ikka nendel varem nimetatud põhjustel, et on hästi läbi uuritud.

Aga kui nendest probleemidest nende ravimitega seoses veel rääkida, siis põhiline probleem, mis ikka on, on see, et need ravimid on liiga kallid, ikka jube kallid – kaks tabletti näiteks 350 krooni või 400 krooni. Ja arvestades sellega, et väga palju teavad, et näiteks Põhjamaades on need ravimid täissoodustusega ja mujal ka ja osades riikides, kui ma ei eksi on nad isegi käsimüügis, siis miks meil niimoodi ei ole? See on siamaani lahendamata probleem, et kes seda peaks ajama. Et kas see on see, et ei ole eriala seltsi, kes selle ettepaneku teeks, aga sellist seltsi nagu meestearstide eriala selt ei olegi olemas. Ja teine asi on see, et jälle arstide poolt on arvamus, et ravimifirmad ootavad aega, et see läheks käismüüki, et siis on nagu väiksemad kulud selle registreerimisega ja selle soodustuse taotlemisega. Ja see on jälle selline teema, et keegi täpselt ei tea, mis toimub ja mina ka olen erinevate ravimifirmadega rääkinud, kasvõi Lillyga, et mida peaks tegema, ma võiks ju ka teha. Aga sealt poolt öeldakse, et see on ravimiseltsi asi ja siit poolt öeldakse, et see on ravimifirma asi. Ja niimoodi on see olnud juba viimased viis aastat. Aga see oleks suu edasiminekuks, sest nende turuosa üldiselt suureneks hüppeliselt. Aga see eeldaks inimeste suuremat teadlikust, kui need ravimid peaks käismüüki minema, et näiteks nitropreparaatidega ei tohi neid tarvitada. Kui tal vähemalt soodustuski oleks, siis see oleks vähemalt juba asi.

M3T

I: Kõigepealt räägiks patsientidest. Et tänapäeval on olemas internet, taevakanalid, saab käia raamatukogus jne. Kui teadlikud on patsiendid erektsioonihäirest? Selle tekkimisest ja ravivõimalustest? Puhtalt teie hinnang.

M3T: Noo.... need kes siia jõuava ju teavad, mida tahavad. Üsna täpselt. Ütleme ravivõimalustest. Ütleme 90% teavad. 10% ütleme ei tea. Et mõni tuleb ja ei tea.

I: On nad rääkinud ka, kust nad on midagi teada saanud?

M3T: Ei... ma ei ole küsinud kunagi

I: Olete kokku puutunud ka mingi valeinformatsiooniga?

M3T: No eriti alfaasis oli Venemaalt tulnud nihuke, nihuke riskide ülepaisutamine oli üsna.üsna oluline.

I: Mhmh. Aga midagi sellist, kus olete ümber lükkama pidanud mingisuguseid uskumusi, seda ei ole olnud?

M3T: Ei... Ikka selline riskide ülevõimendamine on olnud selline suurem probleem.

I: On ka mingit vahet, et kas noorem mees või vanem mees, et millise teadmistepagasiga ta siia tuleb?

M3T: Ei, ei julge nüüd küll väga öelda. Võib-olla noored mehed on rohkem ette valmistanud, kui siia tulevad. Noortel meestel on need probleemid ka sellised piiripealsed, erektsioonihäire on rohkem lisateema, mitte põhiteema. No ma arvan, et ei ole vahet ja selle tõttu vanemad mehed tulevad otse erektsioonihäire tõttu, noortel meestel on see erektsioonihäire seotud rohkem muu asjaga. Ma arvan, et ühtemoodi teadlikud.

I: Milline on üldse teie hinnang praegu erinevatele erektsioonihäire ravi võimalustele Eestis? Me ei räägi nüüd konkreetselt sellest tableti välja kirjutamisest.

M3T: Ma arvan, et kõik etapid on Eestis kaetud täiesti. Selles mõttes on unikaalne situatsioon, et on olemas alates psühholoogilisest abist ja lõpetades proteesioperatsioonidega.

I: On see kättesaadav igas Eesti piirkonnas või on siin ka mingid vahed?

M3T: No mis Eestis piirkondades? Rootsis peab arsti juurde sõitma mõnel pool 600 kilomeetrit. Minu jaoks on see loll küsimus, et kas Eestis on arstiabi kättesaadav. Eestis ei ole piirkondi, Eesti on üks väike lapikene.

I: Kust teil üldse kaugeim patsient pärit on? Teate?

M3T: Californiast (naerab).

I: Kui tihti te üldse kohtute soomlaste ja muude rahvaste esindajatega, kes tulevad siia arstile?

M3T: Palju on itaalia patsiente.

I: Itaalia?

M3T: Just. Kui Milaano lennuk lendas, siis terve rida itaalia mehi käis minu juures. Nüüd nad käiva natukene.... reis keerulisemaks läinud

I: Kas spa-de lähedus mõjutab patsientide etnilist koostist?

M3T: Ei...ei. See ei ole minu sihuke põhi huvi. Ei, mid need spa-d ei mõjuta. Mulle on etteregistreerimine nii pikk, et selle ajaga kui ta spa-st löögile pääseks, oleks ta aeg ammu möödas juba.

I: Aga kui retsept on siin välja kirjutatud, siis ta ostab selle siin välja?

M3T: Jah, muidugi.

I: Kui me räägime nüüd kolmest erektsioonihäire ravimist, siis oskate te öelda, et mille poolest teie jaoks need kolm ravimit omavahel erinevad? Lihtsalt esimesed pähe tulevad tunnused.

M3T: Ei, miks ma peaks seda ütleva? See on mõttetu. (Pikk paus). Ei ma ei taha seda enam jätkata, see on turundusküsimustik ravimite müügiks. Ma ikka ei taha nendele küsimustele vastata.

I: Soovite pooleli jätta?

M3T: Jah, ma ei taha seda enam teha.

M4T

I: Nii. Aga alustame hoopis patsientidest.

M4T: Nii?

I: Kuivõrd need patsiendid, kes jõuavad siia erektsioonihäire probleemiga, teavad selle ravivõimalustest?

M4T: Ma arvan, et see asi paraneb järk järgult ja päev päevalt. Et et veel paar aastat tagasi aeti segi, kui nüüd meeste tervisest üldisemalt rääkida, eesnääre ja eesnähk. Täna ikkagi see meediakajastus on niivõrd hea olnud, et et asi on oluliselt paremaks läinud. Seksuaalhäirete puhul... ei, mees ikka üldiselt teab. Muidugi, probleemiks on need mehed, kes ei tea, et miks nad üldse siia arsti juurde tulnud on. Nende partnerid on nad siia vastuvõtule kirja pannud ja siia käekõrval kohale toonud ning siis mõnikord tekib küll mulje, või siis tunne, et hakka või juukseid katkuma. Tekib nagu kohe selline vahetu konflikt mehega, et mis sa siia üldse tuled.

I: Kaua võtab teie hinnangul üldse aega, et patsient jõuaks arstini?

M4T: Oleneb probleemist. Kui see probleem on väljakannatamatu, siis ütleme, et see on täpselt see aeg, mis on vastuvõtuperioodi pikkus. Noh, ütleme siis et see on kuu-kaks. Aga kui see on selline vaikselt süvenev, siis ütleme aasta-kaks.

I: Olete tähele pannud – püüavad nad kõigepealt ise ravida või tullakse kohe arstile?

M4T: Noh, alguses ei pööra nad sellele üldse mingit tähelepanu. Selge, et mõned mehed proovivad seal mingeid sekspoe preparaate. Aga ega nad ikka üldiselt ei lähe perearsti juurde tablette küsima. Ikka meestearsti juurde esmane visiit.

I: Olete te kokku puutunud ka mingite uskumuste ja valetõdedega?

M4T: (paus). Kindlasti. Praegu ei tule küll konkreetselt meelde. Tuleb ikka ette. Põdrasamblaga tohterdab mõni ennast.

I: Milline on üldse teie hinnang ravivõimaluste kättesaadavusele Eestis? Ma ei küsi retsepti kättesaamise kohta, vaid just arstiabi kättesaadavuse mõttes.

M4T: (paus) Ma arvan, et kuna see ei ole nüüd erakorraline abi, siis siis on see hea. Siin on nagu kaks asja. Et oleks ta erakorraline ja oleks ta et väikene grupp võiks seda välja kirjutada, siis võiks öelda, et see oleks probleemiks. Aga see ei ole erakorraline. Ja teine asi on veel, et ka kõik perearstid või mis iganes erialaarstid võivad seda välja kirjutada.

I: Milliste sõnadega, milliste omadustega te kirjeldaksite neid erektsioonihäire ravimeid, mis praegu saadaval on?

M4T: Ei, seda ma ei taha kommenteerida.

I: Seda ei taha? Lähme siis edasi. Kust te arstina saate informatsiooni uuemate ravivõimaluste ja uudiste kohta?

M4T: Internetis enamik ikkagi. Selles mõttes, et ikkagi internetis on kõik üleval.

I: Millistel lehtedel te näiteks käite?

M4T: Mina ikka selliseid ülevaatelisis artikleid loen rahvusvahelistest ajakirjadest. Et see on ikkagi sellised ülevaateartiklid, kus on võrdlused, kus uuringud on kokku toodud. Ei ole lihtsalt seda aega, et iga uuringu kohta hakata eraldi artikli kokku lugema. Põhiline on ikka ülevaateartiklid.

I: Kõik ravimid reklaamivad ennast kui parimaid. Kuidas teie analüüsitate seda informatsiooni, mis teieni tuleb?

M4T: Eeee... eks seal on see, et paljudel arstidel on välja kujunenud oma niiöelda valik. Et see on aja jooksul kujunenud erinevatel põhjustel. Ma ei tea. Tegelikult ma ütlen niimoodi, et neid ravimiuuringuid, mis on nüüd võrdlevad, mina neist lugu ei pea. Ma ei loe neid. See on ikka see vahetu kontakt. Et kuidas patsiendile mõjub. Eesti on nii väike, et ei ole ennast mõtet kellegile maha müüa. Mina kasutan kõigi turul olevate ravimirühmade või või firmade ravimeid.

I: Kui minu kohal istub patsient, siis mis on need omadused, mis te patsiendile alati, iga kord ära räägite selle ravimi kohta?

M4T: Kõrvatoimed. Kasutamine. Kui kiiresti hakkab mõjuma. Võimalikud kõrvatoimed. Kui tihedalt, mis ajal. Noh need on põhilised.

I: Kui tihti teie juures käivad ravimiesitlejad?

M4T: Suhteliselt harva. Ega ma ei ütleks...Ma arvan, et me suhtleme nendega teist pidi. Erinevatel üritustel. Ravimfirmadega korraldame niivõrd palju erinevaid seminare. Eks me suhtleme seal. Selles mõttes meil lisavajadust ei ole. Et oma probleemid ja küsimused lahendame me ka telefoni teel. Meil ei ole nagu... Nad teavad, et neil pole mulle nagu midagi muud rääkida, me oleme selles nagu kokku leppinud (naerab).

I: See oligi mu järgmine küsimus. Kuivõrd te saate enda jaoks kasulikku informatsiooni ravimiesitlejatelt?

M4T: Ma ei tea. (paus). Üldjuhul kõigil ravimitel esinevad kõrvaltoimed ja need on ikka üsna ühesed. Et mõnel esineb vähem, mõnel rohkem. Ja erinevates eagruppides esinevaid asju on erinevaid. Aga üldiselt ei tule sealt ikka midagi uut. Noh, ütleme kui ravim on uuritud ära, siis võib-olla mingid protsendid muutuvad, mingi kõrvaltoimed. Aga ega seal mingit põhjanevat uut infot ei tule.

I: Milline on see kanal on see, mida te usaldate, kui on mingit uut infot kohe vaja?

M4T: Farmaca Estica on ikka kõige parem. Ma kasutan seda. Või siis ravimiinfo.ee. Aga seal on halvasti.

I: Kuidas te üldse suhtute ravimiesitlejatesse? Käivad nad liiga tihti või on näiteks liiga pealtükkivad?

M4T: Toredad inimesed (naerab). Inimestega on alati tore kohtuda.

I: Kuidas te nende kompetentsust hindate?

M4T: Igal ühel oma töö. Et selles suhtes, et neid peab aktsepteerima, et mina ei saa võtta, et arst või alati küsida, klient võib küsida kümme küsimust, sa ei pruugi ühele vastata ja võid lollina näida. Aga kuna neil eriharidust ei ole, siis ... ei...noh ma aktsepteerin täiesti. Loomulikult, eks seal igasse seltskonda satub praaki. Aga need töö käigus praagitakse välja. (naerab).

I: Kuivõrd kasulikud on teie patsientidele need paberid ja materjalid, mida ravimifirmad teile toovad patsientidele jagamiseks?

M4T: Nad on laua peal. Ega me neid ei jaga. Ma ei pea seda eriti eetiliseks. Ma ei anna seda kellegile näppu, et mine ja osta seda. Ma ei pea seda eetiliseks. Noh, mida rohkem neid brožüüre on erinevatelt firmadelt, seda kasulikum patsiendile. Las valivad ise.

I: Millised omadused teevad ravimist usaldusväärse usaldusväärse?

M4T: Kindel toime. See et ta toimib. Et mille tarvitamine kliiniliselt avaldub kuidagi positiivselt. Vot see on selline pikaajaline protsess, ühe inimese alusel ei saa seda hinnata, aga mingi aasta või kahe jooksul kujuneb ikkagi pilt välja. Mis see ravim endast kujutab, kellel ta võiks toimida, kuidas ta võiks toimida. See on individuaalne, eks ikka see pilt selgineb. Mina olen uute ravimite kasutuselevõtu osas üsna konservatiivne. Ma isegi ei oska öelda, et mis see nüanss on, mille tõttu ma uut ravimit peaks hakkama kasutama.

I: Kas on tekkinud ka mingid kindlad eagrupid, kellel te mingeid kindlaid ravimeid kasutate?

M4T: On ikka. Ikka. Kõrvatoimete esinemise tõttu ja ütleme, et võimaliku kestvuse tõttu. Ja ja kõik nii edasi. Sellise praktilise kogemuse käigus kujuneb välja. Ma arvan, et igal arstil on täiesti oma käekiri. Ravimirühm võib üks olla, aga see toime on ikka erinev. Nii palju kui on erinevaid arste, niipalju on erinevaid raviskeeme. Ühtset välja pakkuda ei ole. Eks selle pärast ongi, et mõni arst suudab paremini ravida ja mõni mitte.

I: On teil ka oma eelistusravim, mille peale te lati kindel võite olla?

M4T: Ei ole. Ei-ei. See on see, et suurel hulgal võib mõni ravi hästi sobida, aga ühele inimesele ei sobi, siis tuleb ta välja vahetada ja proovida teist. Aga individuaalne on.

I: Milline on see informatsioon, mida ootate, et ravimifirmad esitaksid teile?

M4T: (paus). Ehh. Ma ei oska. Turul olevate ravimite kohta on suhteliselt raske midagi välja pakkuda. Vot hind! Hind on oluline. Ikkagi hinnapoliitika. Et kui need hinnad muutuvad või kas mingid Haigekassa soodustused tulevad lisaks või mis iganes. Vot see info hästi oluline. See et kõrvaltoimed, et kui paljudel protsentidel ta tekitab seal kõhulahtisust või peavalu, see ei muutu. See ikka jääb samaks. Aga just see hinnapoliitika! See on hästi oluline. Haigekaasapoolne info on oluline.

I: Kas peaks olema suurem koostöö selles suhtes, et ravimid läheks näiteks käsimüüki?

M4T: Osadel kroonilistel haigetel võiks küll olla soodustuse saamise võimalus. Siin peaks tulema riik taha. Sellega on tegeletud. Ma isegi ei tea, mille taha see asi on jäänud. Soomes vist on 90% näiteks.

P1T

I: Te olete pika töökogemusega perearst, teie juurde on kindlasti jõudnud ka erektsioonihäirega patsiendid.

P1T: Mhmm

I: Palju teil selliseid patsiente keskmiselt käib? Ütleme näiteks ühe kuu jooksul?

P1T: (paus) Noh, ütleme, et mina jagan nad nagu kahte gruppi. Ühed on need, kes on nagu juba seda ravimit saanud ja nendel ei ole nagu mingit probleemi. Teised on sellised, et kellel võib-olla on nagu probleemid ja arst peaks nagu urgitsema ja selle probleemi välja tooma. Kolmas grupp on siis sellised, kellel on nagu probleemid ja kellelt välja ka ei urgitse.

I: Räägime nüüd neist, kes on oma probleemiga välja tulnud ja keda te teate. Tänapäeval on internet, meil on palju info hankimise võimalusi. Kui teadlikud nad on sellest, mis on erektsioonihäire ja millised on selle ravivõimalused?

P1T: Noh, ütleme, et kui inimene on nüüd valehäbit üle saanud ja ütleme, et tal on infot vaja otsida, siis.... Ma püstitaks selle küsimuse nii, et kes siis peaks sellele patsiendile infot andma ja kust ta võiks seda saada. Ilmselt ta saab seda siis, ütleme, ajakirjandusest, noh internetist. Noh, ütleme siis kolmandana perearsti käest ja neljandana siis nagu eriarsti käest.

I: Olete te kokku puutunud ka mingi valeinformatsiooniga? Et need kanalid, mida patsient on kasutanud on ilmselgelt töötanud vastu?

P1T: Eestis ei ole küll nagu olnud. Need ravimid, mida inimesed küsivad, et ma tahaks nagu proovida seda – selle kohta on õige informatsioon. Et kuidas peab võtma, palju peab võtma ja millised on vastunäidustused.

I: Kui teadlikud patsiendid on üldse ravimibrändidest? Eestis ei tohiks patsiendid ju nende kohta midagi teada?

P1T: Nad siin teavad Viagrat ja siis mis edasi on. Et on olnud väga palju juttu, et peale Viagra on veel teisi ravimeid ka olemas. Toimeaine järgi nad küll nimetada ei oska, nii hästi ei tea. Aga Viagrat teavad kõik.

I: Kas võib öelda ka, et see Viagra nimi laieneb tervele sellele ravimigrupile?

P1T: Jah, mõnikord võib öelda, et kui ta mõtleb Viagrat, siis ta mõtleb kogu ravimigrupi üldisemalt. Aga et kui ta küsib Viagrat, siis ta mõtleb kogu gruppi, siis seda seost ma veel küll ei näe.

I: Kust tuleb teie jaoks peamiselt informatsioon selle grupi ravimite kohta?

P1T: Noh, ega arstil ongi informatsioon ravimi esitlejalt, eriala kirjandusest ja siis noh internetist.

I: Kui uuringutest rääkida, siis kust see info tuleb?

P1T: Jällegi sama asi, et ravimiesitleja, ajakirjad ja internet.

I: Kui tihti teie juures käivad ravimiesitlejad?

P1T: Noh, vastavalt vajadusele. Muu omad paar korda nädalas.

I: Kuidas te hindate nende kompetentsust üldiselt?

P1T: Noh ütleme, et siis täna ja kolm-neli aastat tagasi, siis kolm - neli aastat tagasi oli kompetents kõrgem.

I: Kas see võib olla seotud nende erialase haridusega?

P1T: Jah, varem oli rohkem meditsiinitaustaga inimesi. Ütleme isegi, et meie põlvkonnast oli, et mindi kohe peale ülikooli ravimifirmasse, et siis mitmed aastad olid repid onju, ütleme nüüd on elu edasi läinud ja nad ise enam arsti juures ei käi. Aga ütleme täna siin on suvalisi, ütleme erineva haridusega farmatseute ja päris meditsiiniõdesid ja päris üldse mitte meedikud. Aga see tase on ikka nõrgemaks jäänud. Et ütleme, et ma aegajalt ikka küsin siin meditsiinilisi küsimusi (muigega), siis jäävad hätta.

I: Ei oska vastata?

P1T: Ei oska vastata jah

I: Kui palju suudavad nad teile uut informatsiooni pakkuda? Kui teil käib siin kaks inimest nädalas, siis kas see on aastast aastasse sama sõnum või suudavad nad seda ka kuidagi modifitseerida?

P1T: Noh, ega see sama esitleja ei käi, ravimifirmasid on nagu rohkem. Sama esitleja satub korra või kaks aasta jooksul. Kui ta teeb nagu suurema ürituse, kus on nagu rohkem rahvast kohal, siis näeb nagu rohkem. Kui tal nagu ei ole midagi öelda, siis ta nagu tuletabki ennast meelde lihtsalt. Et nüüd kas on see asi meeles või ei ole. Et need mis on nagu igapäeva arsenalis, need nagu ei unune ära. Kui on midagi uut, sellist ääremaa ravimit, siis mida iga päev ei kasuta, siis seda nad nagu tuletavad meelde.

I: Kuivõrd usaldusväärne on see informatsioon, mida ravimiesitleja teile annab?

P1T: Noh ütleme arstina me omavahel räägime, et see ravimiesitleja, see ravimiesitleja elu ei ole ka nagu kerge. Et Hippokrateses on hea lugu nagu ilmunud esitlejatest, et nagu ... Et ütleme, et on nagu arste, kes üritavad viisakuse piiridesse jääda, aga ütleme, et on ka arste, kellel on allergia selliste tabelite suhtes. Et kui keegi tuleb ja hakkab tabeleid siin näitama, siis viisakalt saadame nad nagu välja.

I: Milline info oleks see, mida te neilt tegelikult vajaksite?

P1T: Ega meil ongi nagu, et selline informatsioon, mis on nagu evidence based, et siis ütleme nagu teaduspõhine, ütleme uuringutel põhinev asi, niivõrd-kuivõrd see saab olla ravimifirmade poolt mitte kallutatud, et meie ravim on nagu A ja O ja teiste ravim ei kõlba mitte kuskile, et kes seda lehma essu veel nagu sööb (naerab), et selliseid suhtumisi on ka aegajalt. Et see oleks informatiivne. Ja mis seal salata – me ju määrame ravimit enda kliinilisest kogemusest. See, et Raviamet piiras nüüd näidiste andmist, see natuke nagu segab meie tööd, raviminäidised olid head, ja ja mis seal salata. Peab ka rääkima kõrvaltoimetest, mis võivad ravimiga kaasneda. Mitte ainult et kõik on hea ja ühtegi kõrvaltoimet ei ole.

I: Kuivõrd üldse räägivad ravimiesitlejad kõrvaltoimetest?

P1T: Noh, ütleme niimoodi, et soliidsemad firmad räägivad. Et siin erektsioonihäirete puhul ka räägivad, et nitropreparaatidega mitte võtta jne jne. Et aga no üldiselt räägitakse nagu vähe. Mina nagu arstina ootaksin nagu rohkem infot kõrvaltoimetest. Kui ma nagu tean, mis selle patsiendiga võib juhtuda, siis ma tean ka teda hoiatada. Ma ei taha ka nagu rumalasse situatsiooni sattuda. Et pakun mingit innovatiivset ravimit ja pärast patsient satub haiglasse mingite muude asjade pärast.

I: Millised on teie jaoks, kui me räägime Levitra, Cialis, Viagra, erinevused? Mille kohta te suudaks kohe nagu öelda, et seal on need punktid?

P1T: Ega see ongi nii, et nagu see meediaplaan on neil nagu seal tehtud. Igaüks nagu rõhutab ja on ja ütleme, et selles valdkonnas on tunda nagu selle meediaprofessionaali kätt, kes on seal nagu neid asju teinud. Püütakse rõhutada nagu erinevaid asju nagu Viagrast ei saa keegi üle ega ümber ja öeldakse, et need on nüüd samad ravimid, kuhu kuulub Viagra. Siis Levitra ütleb, et see on nagu spetsiifilisem, et see on nagu suur ketas

ja see on nagu väike ketas. Ja Cialis, tema räägin jälle enda pikast toimest ja honeymoon weekend onju. Igaüks püüab välja tuua enda ravimi parimaid omadusi.

I: Kas ravimiesitlejad mõjuvad teile kuidagi pealetükkivalt ka?

P1T: Sõltub firmast. On osad, kes on tõesti pealetükkivad, on ka soliidseid firmasid. Millegipärast need originaalfirmad on suutnud säilitada sellist arsti respekti nagu. Et need geneerikud siin kohati tulevad nagu uksest ja aknast. Et ei lepi aega kokku ja ei arvesta nagu arsti ajaga. Võib-olla see ka muutub.

I: Kui minu kohal istub patsient, kellele te kirjutate välja erektsioonihäire ravimit, siis milliseid ravimi omadusi te kindlalt talle räägite?

P1T: See info, mis nagu arsti vastuvõttudel on, et ega seda ei saa nagu laiaks ajada. See, mis inimesele jääb meelde on nagu üks või kaks, kõige rohkem kolm sellist, kolmandat olulist peab ta nagu juba paberi peale kirjutama. Kümme erinevat informatsiooni korruga on nagu mõttetu. Elu näitab lihtsalt, et sa saad anda nagu paar asja. Et annustamine, millal võtta, et ütleme kuidas võtta, ja ja millised ohud siis võiksid olla. Me ei räägi hinnast, kuigi hind on nagu on. Et ma teinekord ütlen, et siin nagu soodustust ei ole. Enda jaoks ma lasen siis läbi need eelnevad ravimid, mida ta siis nagu kasutab ja otsest konflikti ei ole: meil Eestis ei ole niivõrd hea andmebaas, et Inglismaal töötades seal kõrvaltoimed olid kohe näha, et mida siis sa pead ettevaatlik olema.

I: Kas teie juures käib ka välismaalasi?

P1T: Noh, nii aegajalt ikka käib jah. Me ei ole nüüd päris sellise liiklussõlme peal. See ei ole jah nagu meie ampluaa. Me oleme jah püüdnud siin rohkem nagu enda inimestega hakkama saada. Et psühhotroopseid asju ei kirjut j erektsioonihäire asju ei kirjuta (naerab)

I: On teil olnud erektsioonihäire ravimitega ka negatiivseid kogemusi? Et tuligi mingi täiesti üllatuslik kõrvaltoime välja?

P1T: Eiii... Et Eesti mees on ikka nagu suhteliselt häbelik, et nagu peab ikka väga nagu pigistama tead, et nagu juttu tuleks. Kurioossemad juhtumeid on ikka kohe kus naised käivad neile rohtu küsimas (naerab). Mees ise ei tule. No siis pärast tuleb lönt-lönt-lönt. Ja siis ütleb jah, et mul on nagu probleem.

I: On teil ka mõni konkreetne ravimi neist, mida te alati kindlalt usaldate?

P1T: Noh ütleme nii et see usaldus on ka nagu, et kui kaua mingi asi on nagu turul olnud, kui palju teda nagu müüdnud on, noh ütleme, et siin Viagrast ei saa nagu üle ega ümber. Et ütleme, et ta on ennast siin nagu tõestanud. Mida rohkem ühte ravimit on nagu võetud, seda usaldusväärsem ta nagu on. Kui nüüd öeldakse, et homme tuleb mingi uus ravi, siis see peab nagu väga tõsiselt tööd tegema, et seda nagu hakata eelistama.

I: Kui kergelt üldse tekib usaldus uue ravimisuhtes? Kust tuleb julgus proovida uut ravimit?

P1T: Eks ikka kliinilisest kogemusest. Et ikka kindlasti ei teki ta nagu suurest promoüritustest. Et siin nagu mõned firmad on arvanud, et teeme suure promoürituse ja sinna kutsume kõik Eesti arstid kokku ja siis nagu räägime ainult heast ja keegi midagi halvasti ei ütle, et siis nagu homme päev läheb ravimi müük nagu lakke. Et elu ei näita seda. Arstid on suhteliselt nagu konservatiivsed. Ja kasutavad siis nagu neid ravimeid, mis on nagu ampuvaas ennast nagu tõestanud. Et kui miski nagu ei tööta ja sellest enam abi ei ole, siis võetakse uus arsenal kasutusele. Õnneks Eesti turul ei ole nagu halbu ravimeid, et see töö teeb nagu Ravimiamet ära. Me ei pea ennast nagu vaevama, et kas võib või ei või kirjutada. Näidustuste ja nüansside osas on igal arstil erinev käekiri.

P1P

I: Palju jõuab teie juurde üldse erektsioonihäirega patsiente keskmiselt ühe kuu jooksul?

P1P: Raske öelda, sest patsient kaebab väga harva, see võib juhtuda kord kuue kuu jooksul, et tõepoolest tuleb inimene, kes ütleb, et mure on just niisugune.

I: Kas patsient võtab ise teema üles või peate natuke kaasa aitama?

P1P: Selleni peab jõudma jah

I: Kui palju teab patsient sellest haigusest ja selle tekkepõhjustest teie hinnangul? On ju olemas erinevad info hankimise võimalused nagu internet, meedia, raamatukogud jne?

P1P: Ee.. Need, kes kasutavad internetti ei ole veel jõudnud sinna ikka, kus see probleem tekib. Ja need, kellel on probleem, reeglina ei ole sellise suure meediahuviga kontingent. (paus). Ja veel võib-olla... mehed häbenevad naisterahva juurde tulla. Et...eee...tundub, et loeb ka see, et kui hea kontakt muidugi haigega saadakse, aga loeb isegi arsti vanus. Ja sugu.

I: Kas nad teieni jõudes teavad ka ravimite nimesid?

P1P: Vähe. Vähe. Reeglina teavad inimesed, et on olemas Viagra.

I: Mhmm

P1P: Ülejäänud on... ikka vajavad nende jaoks tutvustamist.

I: Olete kokku puutunud ka valeinformatsiooniga? Mingi suust suhu leviv linnalegend, mille pole tegelikult mingit alust?

P1P: Ei ... Ma ei tea, mida te silmas peate, aga mingit drastilist valeinformatsiooni, mida keegi oleks mulle tõe pähe esitanud, küll nagu praegu meelde ei tule.

I: Kuidas te hindate praegu erektsioonihäire ravivõimalusi Eestis? Mitte retsepti välja kirjutamise osa, vaid just arsti juurde pääsemine?

P1P: Väga lihtne. Väga hea kättesaadavus oleks juhul, kui inimeses oskaksid abi otsida. Kui ta julgeks üldse abi otsida. Teadlikus on probleem.

I: Hetkel on turul kolm ravimit – Cialis, Viagra Levitra. Oskate te kohe nimetada kolme erinevust, mille järgi te neid ravimeid eristate?

P1P: Ikka toime kestvus. Ikka kestvus. Põhiliselt reklaamitakse kestvust. Eeldatava erektsiooni kestvus siis.

I: Viagra on nüüd turul olnud 9 aastat, teised kaks tulid juurde 2003. aastal. Mille alusel teete teie ravi otsuse, et julgete proovida uut ravimit?

P1P: Ee... Te küsite ikka, nagu ma aru saan, potentsiravimite kohta, eks?

I: Jah, just need.

P1P: Noo.... kui nüüd ... Üks asi on muidugi teoreetilised teadmised. Alati tuleks kasuks ka praktiline pool.

I: Kuidas see praktiline info levib? Kas te usaldate teist arsti või julgetegi mõne patsiendi puhul proovida, et proovime teiega seda uut ravimit?

P1P: Ma usaldan kolleege. Jah. Ikka.

I: Kust teie saate uut informatsiooni erektsioonihäire ravis ja uuringutes toimuva kohta?

P1P: No reeglina ikka ravimifirma esindajalt.

I: Kui tihti teie juures üldse käivad ravimifirma esindajad?

P1P: Kui te mõtlete erektsioonihäire ravimeid tutvustavaid inimesi, siis suhteliselt harva. Võiks isegi sagedamini.

I: Kõik nad tulevad ju teie juurde ja räägivad, et nende ravim on parim. Mille alusel te analüüsite seda infot ja teete oma ravivaliku?

P1P: Aga nii ma neil küsingi. Et miks ma pean eelistama just seda ravimit?

I: Kuivõrd kompetentseks te peate ravimiesitlejaid?

P1P: Reeglina on ikka kompetentsed. Reeglina. Harva tuleb ette ...ee... inimesi, kes ei valda teemat.

I: On see tase aastate jooksul ka muutunud või on stabiilne olnud? Teil on ju pikk arstiparksis, oskate ehk hinnangu anda?

P1P: See on vist ühtemoodi kogu aeg olnud. Võib-olla, kui täpsustada, siis sellest ajast, kui võetakse ravimiesitlejateks ka teiste alualade esindajaid, mitte ainult arste, võib-olla siis tuleb niisuguseid situatsioone rohkem ette.

I: Kuidas te kirjeldaksite suhtlust ravimiesitlejatega. On nad pealetükkivad või kuidagi tüütavad teie jaoks?

P1P: Sellised on üksikud.

I: Kas nad suudavad teile pakkuda ka uut informatsiooni?

P1P: Noo... See peaks olema eesmärk, eks. Me ikka püüame suhtluses selleni jõuda. Aga mõnikord tuleb esitada ka suunavaid küsimusi. Siis ikka suudavad ka millestki uuest rääkida.

I: Milline oleks see informatsioon, mida te tahaksite, et nad kindlasti teile räägiksid? Eriti arvestades, et nad tihti siin ei käi. Mis peaks olema see, mida te kuulda tahate?

P1P: Kui nad ei tutvusta uut ravimist, siis uut infot ilmselt ma ootan. Tahaks teada uuringute tulemusi. Loomulikult. Aga muu on nagu käsitletud juba korduvalt. Et midagi uut nagu erektsioonihäire ravimi kohta ei olegi tegelikult ju nagu rääkida. On raske pakkuda midagi uut. Võib-olla selle pärast need visiidid ka nii harvad on.

I: Kui minu koha peal istub patsient, kellele kirjutate välja retsepti, siis, mis on need omadused, mida ravi kohta te alati patsiendile räägite?

P1P: Kui patsiendiga peame nõu, et millist ravimit valida, siis siis me nii arutamegi, et milline ravim missuguste omaduste tõttu võiks talle kõige paremini sobida.

I: Kas on ka mingid ealised erinevused, et millised ravimid sobivad rohkem vanemale mehele, millised rohkem nooremale?

P1P: Ma ealises võib-olla välja ei tooks, see on individuaalne kindlasti, aga valin ikka teiste parameetrite alusel kindlasti.

I: On teil ka oma lemmik selle ravimigrupi hulgas, mida kindlasti usaldate?

P1P: Ma usaldan neid kõiki. Kõiki. Iga ühele oma rohi.