

EPÄILYKSEN VARJOSSA - Sähköisen lääke-esittelyn hyödyntämisen haasteet

Markkinointi
Maisterin tutkinnon tutkielma
Niina Perttilä
2009

Markkinoinnin ja johtamisen laitos
HELSINGIN KAUPPAKORKEAKOULU
HELSINKI SCHOOL OF ECONOMICS



EPÄILYKSEN VARJOSSA

Sähköisen lääke-esittelyn hyödyntämisen haasteet

Johdanto-osa

Niina Perttilä

Markkinoinnin Pro gradu -työ

4.9.2009

ABSTRAKTI

Lääkealalla puhutaan jatkuvasti tarpeesta viedä lääkemarkkinointia asiakaslähtöisempään suuntaan. Samalla kiristynvä kilpailu lisää markkinoinnin kustannuspaineita. Perinteinen lääke-esittely ei enää yksinään riitä kustannustehokkaasti vastaamaan lääkemarkkinoinnin tarpeisiin. Perinteisen lääkemarkkinoinnin täydentäjinä nähdäänkin nyt vahvasti e-detailing eli sähköinen lääke-esittely.

E-detailingin hyödyntämiseen liittyvä tutkimus käsittelee sähköistä lääkemarkkinointia lähinnä teknologian ja toisaalta sen avulla esiteltävien tuotteiden näkökulmista. Käyttäjänäkökulmasta kiinnostavaa aihetta on tutkittu varsin vähän. Tässä työssä pyritäänkin siten ottamaan tarkastelun kohteeksi käyttäjälähtöisyys. Läkemarkkinointiin ja e-detailingiin suhtautumisen kautta hahmotetaan sitä, minkälaisia haasteita sähköisen lääke-esittelyn hyödyntämiseen liittyy.

Kaikkiaan tutkimus koostuu kahdesta erillisestä tutkimuspaperista ja ne yhteen vetävästä johdanto-osiosta. Haastattelututkimuksessa selvitettiin sitä, miten lääkärit suhtautuvat yleisesti lääkemarkkinointiin. Kvantitatiivisen kyselytutkimuksen avulla puolestaan vastattiin siihen, miten lääkärit suhtautuvat e-detailingiin. Tämän tutkimuksen johdanto-osan tehtävänä on siten peilata tutkimuspapereiden tuloksia toisiinsa ja toisaalta teoreettisen keskustelun pohjalta kehitetty viitekehystä vasten.

Analyysin tuloksena voidaan todeta, että e-detailingiä hyödyntäessä asiakkaat tulisi segmentoida laajemmin kuin pelkästään ilmeisimpien kriteerien kuten iän tai erikoisalan mukaan. Todettiin, että lääkemarkkinointiin suhtautumisella on merkittävä vaikutus myös e-detailingiin suhtautumiseen. Lisäksi havaittiin, että teoreettisen viitekehysten pohjana käytettyjä, tietojärjestelmätieteisiin pohjautuvia TAM-malleja (Technology Acceptance Model) voidaan onnistuneesti käyttää myös markkinoinnin, ehkä hieman ihmisläheisempien ongelmien ratkaisemiseen, kun mukaan otetaan markkinoinnin kirjallisuuden peruskäsitteitä kuten asiakaslähtöisyys tai segmentointi.

Tehdyllä tutkimuksella on selkeää uutuusarvoa, ensinnäkin siksi, että asiakkaiden suhtautumista lääkemarkkinointiin ja sähköiseen lääke-esittelyyn on harvoin tutkittu näin laajasti. Toiseksi, e-detailingin tutkimuksessa käyttäjälähtöisyyden nostaminen keskiöön haasteista puhuttaessa on verrattain uutta. Kolmanneksi TAM-malleja hyödynnettiin tässä tutkimuksessa uudella tavalla markkinoinnin tutkimusongelman ratkaisemiseksi.

Avainsanat: *e-detailing, lääkemarkkinointi, lääke-esittely, TAM-mallit, segmentointi*

ABSTRACT

In the medical marketing field, competition is tightening all the time and the traditionally very successful marketing tool, personal detailing, has started to lose its cost-effectiveness. At the same time, medical marketers are seeking to drive marketing to a more customer-oriented direction. E-detailing (electronic detailing) is said to be one of the most promising new marketing tools in medical marketing.

Research around the e-detailing is mostly concentrated on the technological and product-orientation of the new marketing tool. User- or customer orientation has had quite a little attention in the research. In this paper, the user- or customer-orientation is in focus. Customers' attitudes towards medical marketing and e-detailing are first researched. Based on these findings, challenges of e-detailing are discussed from the customer-orientation point of view.

The study consists of two independent research papers and the introduction part brings all the findings finally together. First research paper consists of seven interviews. Based on those findings, in the first research paper the question of how doctors perceive medical marketing is answered. The second research paper consists of a quantitative online-questionnaire study that answers the question of how doctors see e-detailing. In this introduction part the findings are analysed together. Also the theoretical framework is introduced in the introduction part and the findings of the two studies are mirrored against it.

The most interesting findings of the study are the way doctors perceive medical marketing in a large context has a remarkable impact on how they perceive e-detailing. So, medical marketers should especially in the case of e-detailing, go deeper in segmentation than just segment their customers based on the most obvious characters. The other interesting finding is that TAM-models, which were used in building the theoretical framework, can be used not only in the information technology research, but also in marketing research.

The value of the study lies in the thorough researching of how doctors perceive medical marketing and e-detailing. This study brings customer-orientation into the, more usually from the technology point of view analysed, e-detailing research. In addition the research reveals that TAM-models can be used wider than just in information technology research.

Keywords: *e-detailing, medical marketing, personal detailing, TAM-models, segmentation*

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	5
2 KIRJALLISUUSKATSAUS.....	9
2.1 Suhtautuminen lääkemarkkinointiin ja lääke-esittelyyn	9
2.2 Lääkäreiden suhtautuminen e-detailingiin	10
2.3 TAM-mallien hyödyntäminen e-detailingin tutkimuksessa	13
2.4 Teoreettinen viitekehys.....	14
3 METODOLOGIA	16
3.1 Tutkimusten tavoitteet	16
3.2 Käytetyt menetelmät.....	17
3.3 Tutkimuksen eteneminen	18
3.4 Reliabiliteetti ja validiteetti	20
4 YHTEENVETO TUTKIMUSTEN TULOKSISTA	21
4.1 Lääkemarkkinointiin suhtautumisen tyypit.....	21
4.2 Epäilyttävä e-detailing	23
4.3 Täydennetty viitekehys - haasteena käyttäjälähtöinen e-detailing	24
4.6 Tutkimuksen rajoitteet ja jatkotutkimusaiheet.....	28
LÄHTEET	30
LIITTEET.....	33
Liite 1: Haastattelututkimuspaperi	33
Liite 2: Kyselytutkimuspaperi	72

1 JOHDANTO

Lääke-esittely on pitkään ollut koko lääkäreille suunnatun lääkemarkkinoinnin kulmakivi (Wright & Lundstrom, 2004). 1990-luvun lopulle asti se onkin ollut kiistatta tehokas markkinoin keino, joka osaltaan on siivittänyt lääkeyrityksiä vahvaan vuotuisen tuloskasvuun (Bhalla ym., 2004). Viime vuosina on kuitenkin ajaututtu tilanteeseen, jossa lääke-edustajia on liikaa suhteessa asiakkaiden määrään. Lääkärit ovat alkaneet kokea lääke-edustajien jatkuvan kontaktoinnin liian aggressiiviseksi. (Hennlich & Pesse, 2004; Bhalla ym., 2004) Kun lääkärit lisäksi kokevat, että esimerkiksi lääkeyritysten tarjoamassa informaatiossa on tällä hetkellä parantamisen varaa (Nash, 2006), on lääkeyritysten ollut pakko ryhtyä viemään markkinointiaan perinteisestä tuotelähtöisestä (Hennlich & Pesse, 2004) asiakaslähtöisempään, suhdemarkkinointia korostavaan suuntaan (Weitz & Bradford, 1999). Viime aikoina digitaalisesta markkinoinnista ja erityisesti e-detailingistä on toivottu ratkaisua niin kustannusten kurissa pitämiseen kuin myös siihen, että asiakkaiden toiveisiin pystyttäisiin vastaamaan paremmin (Bates, 2006; Bates ym., 2002b).

E-detailingia on enimmäkseen tutkittu sen eri versioiden, kuten kokonaan internetiin sijoitetun e-detailingin ja henkilökohtaisen, virtuaalisen e-detailingin hyödyntämisen näkökulmasta, mutta lääkäreiden suhtautumisen tutkiminen on jäänyt vähemmälle huomiolle (Davidson & Sivadas, 2004). E-detailingia ovat tutkineet esimerkiksi (Ramko & Jarosch (2005), Bates (2006), Bates ym. (2002a; 2002b), Davidson & Sivadas (2004), sekä Heutschi ym. (2003). Asiakkaiden tarpeiden kartoittaminen ja suhtautumisen kartoittaminen uudenslaisia ja jo olemassa olevia markkinoinnin keinoja kohtaan on kuitenkin erityisen tärkeää, kun markkinointia pyritään viemään asiakaslähtöisempään suuntaan, ja erityisesti silloin, kun asiakkaita yritetään saada innostumaan uudentyyppisestä markkinoinnista. Lisäksi tutkimuksissa on todettu, että erilaiset lääkärit suhtautuvat e-detailingiin hyvinkin eri tavoin (Bates ym., 2002b).

Asiakaslähtöisen markkinoinnin yksi avainasioista on markkinoinnin räätälöiminen asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Tämä pätee myös lääkemarkkinoinnin kohdalla. Siksi on tärkeää pyrkiä määrittämään e-detailingiin suhtautumiseen vaikuttavia tekijöitä ja löytämään eri tavoin e-detailingiin suhtautuvia asiakasryhmiä. Koska e-detailing pohjautuu vahvasti olemassa olevaan lääkemarkkinointiin ja erityisesti lääke-esittelyyn, on tutkimuksen kannalta oleellista tarkastella lääkemarkkinointiin suhtautumista myös laajemmassa mittakaavassa. Lääkemarkkinointia ja lääke-esittelyä on tutkittu esimerkiksi lääkeyritysten ja lääkäreiden suhteiden näkökulmasta Andaleeb & Tallman (1996); lääkemarkkinoinnin kehittymisen suhteen Hennlich & Pesse (2004); asiakassuhdemarkkinoinnin näkökulmasta Bhalla ym. (2004), sekä lääkäreiden lääkemarkkinointiin liittyvien preferenssien suhteen Slavens (2006). Tässä tutkimuksessa pyritään täyttämään lääkäreiden sähköiseen lääke-esittelyyn suhtautumisen ja tästä aiheutuvien e-detailingin käytön haasteiden mentävää aukkoa lääkemarkkinoinnin tutkimuksessa.

Tämä pro gradu -työ koostuu kahdesta erillisestä empiirisestä tutkimuspaperista sekä koko tutkimuksen yhteen vetävästä pääosasta, jossa myös esitellään koko työn kattava teoreettinen viitekehys. Tässä pro gradu -työssä pyritään vastaamaan seuraavaan tutkimuskysymykseen:

Mitkä ovat sähköisen lääke-esittelyn hyödyntämisen haasteet?

Tutkimusongelmaan haetaan vastausta seuraavien alakysymysten avulla:

1. Miten lääkärit suhtautuvat lääkemarkkinointiin?
2. Miten lääkärit suhtautuvat lääkemarkkinoijan lääke-esittelyihin?
3. Miten lääkärit suhtautuvat sähköiseen lääkemarkkinointiin?

Työ koostuu siis kaikkiaan kolmesta osasta; johdannosta ja kahdesta erillisestä työpaperista. Johdanto-osan alussa taustoitetaan tutkimusongelma, esitellään tutkimusaukko ja tutkimuskysymykset, sekä keskeisimmät käsitteet. Tämän jälkeen viitekehysten rakentamista ja tutkimuksen tulosten esittelyä taustoitetaan esittelemällä tutkimuksen kannalta keskeisin kirjallisuus. Kirjallisuuskatsauksen lopussa esitellään koko työn kattava teoreettinen viitekehys. Metodologia käydään johdanto-osassa läpi hyvin lyhyesti. Neljännessä luvussa keskitytään vetämään kummankin tutkimuksen tulokset yhteneväksi kokonaisuudeksi. Tämän luvun lopussa esitellään myös tutkimustuloksilla paranneltu viitekehys. Johdannon lopuksi keskustellaan työn rajoitteista ja mahdollisista jatkotutkimusaiheista.

Ensimmäinen työpaperi koostuu haastattelututkimuksesta, jonka avulla pyritään vastaamaan kysymykseen siitä, miten lääkärit suhtautuvat lääkemarkkinointiin. Toinen työpaperi koostuu määrällisestä kyselytutkimuksesta. Sen tavoitteena on vastata kysymykseen siitä, miten lääkärit suhtautuvat sähköiseen lääke-esittelyyn. Kummankin empiiriset osiot on selkeyden vuoksi eriytetty omiksi liitteikseen (Liite 1 ja Liite 2).

Keskeisiä käsitteitä

Lääkeyrityksellä tarkoitetaan tässä työssä alkuperäislääkkeitä valmistavaa ja markkinoivaa yritystä.

Lääkemarkkinoinnilla viitataan tässä työssä nimenomaan lääkeyritysten lääkärikohderyhmälle suuntaamiin toimenpiteisiin, joista tärkein on lääke-esittely.

Lääke-esittely eli lääkealan henkilökohtainen myyntityö tarkoittaa tässä työssä pääsääntöisesti henkilökohtaiseen tapaamiseen perustuvaa tuote-esittelyä, ellei erikseen mainita puhuttavan ryhmälle tehtävästä lääke-esittelystä.

E-detailing eli sähköinen lääke-esittely tarkoittaa tässä työssä, ellei toisin mainita, lääke-esittelyä, jossa lääke-edustaja ja lääkäri ovat toisiinsa yhteydessä puhelimitse ja katsovat samaan aikaan tuote-esittelyä omilta tietokoneiltaan.

TAM-malli eli technology acceptance model nimeä käytetään yleisnimityksen omaisesti malleista, jotka kuvaavat teknologian hyväksyntää asiakkaiden tai työntekijöiden keskuudessa.

Substituutiolääke eli kopia lääke tarkoittaa alkuperäisen lääkkeen perusteella valmistettua kopiovalmistetta.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

Tässä luvussa pyritään rakentamaan empiiriselle tutkimukselle vankka teoreettinen pohja kirjallisuuskatsauksen muodossa. Kirjallisuuskatsaukseen on pyritty kokoamaan koko työn tutkimusongelman kannalta vain oleellisin lääkemarkkinointia, e-detailingiä sekä kyselytutkimuksen ja viitekehyyksen pohjana käytettyjä TAM-malleja käsittelevä aiempi teoria. Pro gradu -työhön liittyvissä tutkimuspapereissa (Liite 1 ja Liite 2) teoriakeskustelua käydään laajemmin.

2.1 Suhtautuminen lääkemarkkinointiin ja lääke-esittelyyn

Kenties suurin ongelma lääkäreille markkinoinnissa tällä hetkellä on lääkäreiden lääkeyrityksiä ja niiden myyntihenkilöstöä kohtaan tuntema luottamuspula (Slavens, 2006; Mackintosh, 2004). Havaittua luottamuksen laskua voidaan pitää monen tekijän summana. Lääkärit kokevat lääke-edustajien lähestymisytykset liian aggressiivisiksi (Bhalla ym., 2004) Tämä johtunee siitä, että lääke-edustajien määrän kasvettua liikaa suhteessa lääkäreihin, on lääke-edustajien täytynyt ryhtyä yhä tiukemmin taistelemaan omasta asiakaskunnastaan. Toinen syy luottamuksen laskun taustalla on se, että lääkärit kokevat, ettei lääkeyritysten jakama lääkeinformaatio ole riittävän puolueetonta (Nash, 2006). Lääkärit arvostavatkin enemmän esimerkiksi tieteellisistä artikkeleista ja kollegoiltaan saamaansa informaatiota, sillä näitä lähteitä he pitävät huomattavasti lääkeyrityksiä luotettavampina (Heutschi ym., 2003).

Lääkäreiden kaksijakoista suhtautumista lääkeyrityksiin ja niiden järjestämiin lääke-esittelyihin kuvaa se, että vaikka lääkäreiden lääkeyrityksiä kohtaan tuntemassa luottamuksessa olisi parannettavaa, lääkärit tutkimusten mukaan kuitenkin arvostavat henkilökohtaista kontaktia lääkeyrityksen edustajan kanssa (Mackintosh, 2004). Lisäksi lääkärit kokevat lääkeyritysten tarjoaman jatkuvan koulutuksen itselleen tärkeäksi (Andaleeb & Tallman, 1996). Lääkärit siis kuitenkin pitävät lääkeyrityksiä tärkeinä

tietolähteinä, mikä käy ilmi myös siinä, että suuri osa lääkäreistä olisi valmis uhraamaan lääkeyritysten esittelyille enemmänkin aikaa, mikäli vastineeksi saatava informaatio olisi nykyistä objektiivisempaa (Mackintosh, 2004). Tällä hetkellä lääkärit kokevat lääke-esittelyt esimerkiksi Nashin (2006) mukaan liian aikaa vieviksi.

Kaikkiaan lääkäreiden suhtautumisesta lääkemarkkinointiin ja lääke-esittelyyn voidaan päätellä, että tällä hetkellä myyjän ja asiakkaan välissä on kuilu, minkä takia luottamuksellisten asiakassuhteiden rakentaminen voi olla hankalaa. Alkuperäislääkkeitä eli yrityksen tutkimustyön tuloksena syntyneitä lääkkeitä valmistaville yrityksille olisi ehdottoman tärkeää saada asiakkaat sitoutumaan yritykseen ja sen tuotteisiin. Jotta lääkäreiden luottamus yrityksiä kohtaan saadaan nousemaan, on lääkeyritysten otettava markkinointiinsa asiakaslähtöisempi markkinointinäkökulma (Bhalla ym., 2004). Tässä suhteiden rakentaminen lääke-edustajien ja asiakkaiden välille samoin kuin räätälöity asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen ovat avainasemassa (Bhalla ym., 2004; Mackintosh, 2004). Ennen kaikkea on kuitenkin otettava huomioon asiakkaiden tärkeimpinä pidettävät seikat, kuten informaation laadun parantaminen. Vain tätä kautta asiakkaat voivat kokea lääkemarkkinoinnin itselleen nykyistä merkityksellisemmäksi.

2.2 Lääkäreiden suhtautuminen e-detailingiin

E-detailingistä eli sähköisestä lääke-esittelystä on jo 1990-luvulta asti toivottu uudenlaista, niin taloudellisesti kuin markkinoinnin huomioarvoltaan tehokkaampaa lääke-esittelyn muotoa (Davidson & Sivadas, 2004). Sen hyödyntäminen on kuitenkin esimerkiksi Suomessa vasta alkutekijöissään. Yksi suurimmista e-detailingiin liittyvistä haasteista on sen integroiminen osaksi muuta lääkemarkkinointia (Garrett, 2001; Bates, 2006). Toistaiseksi e-detailingiä on hyödynnetty muusta markkinoinnista varsin irrallisena, mikä on ehkä ainakin yhtenä tekijänä vaikuttanut sen toistaiseksi suhteellisen vähäiseen suosioon (Bates, 2006).

Käsitteen uutuuden takia e-detailingille on olemassa lukuisia määritelmiä. Käytännössä sähköisellä lääke-esittelyllä voidaan tarkoittaa esimerkiksi kokonaisuudessaan internetiin sijoitettua e-detailingiä, jolloin lääkäri katsoo lääke-esittelyn omalta koneeltaan itselleen sopivana aikana, eikä lääke-edustajaa tarvita. (Heutschi ym., 2003) E-detailing voi toisaalta tarkoittaa myös sitä, että lääke-edustaja ja lääkäri keskustelevat toistensa kanssa puhelimitse ja katsovat samaan aikaan internetin välityksellä tietokoneiltaan lääke-esittelyä, jota lääke-edustaja omalta koneeltaan ohjaa (Bates ym., 2002b). Tässä työssä tarkoitetaan viimeksi mainittua, eli henkilökohtaista, virtuaalista e-detailingiä sähköisestä lääke-esittelystä puhuttaessa. Batesin ym. (2002b) e-detailingin määritelmä on nykyään kirjallisuudessa vallitseva. Sen mukaan e-detailing on sähköisten kanavien käyttöä lääke-esittelyprosessissa. Tämä määritelmä on selkeämpi kuin esimerkiksi Heutschin ym. (2003) määritelmä e-detailingistä kaikkena sähköisenä lääkemarkkinointina. Tässä työssä käytetään Batesin ym. (2002b) määritelmää.

Vaikka e-detailingistä toivotaan markkinoinnin monipuolistajaa ja kustannustehokkuuden parantajaa, yllättävän vähän on tutkittu sitä, miten asiakkaat suhtautuvat sähköiseen lääke-esittelyyn (Davidson & Sivadas, 2004). Lisäksi tutkimuksista on usein vaikea sanoa, minkä tyyppiseen e-detailingiin suhtautuminen on kysymyksessä, mikä osaltaan aiheuttaa tulosten ristiriitaisuutta. Joitakin suuntaa antavia havaintoja on kuitenkin tehty siitä, miten lääkärit kokevat uudenlaisen, digitaalisen markkinointitavan.

Tutkimukset antavat ristiriitaisia tuloksia siitä, kuinka hyvin e-detailing tunnetaan käsitteenä lääkäriasiakkaiden keskuudessa. Esimerkiksi Iso-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan vain viidesosa lääkäreistä on osallistunut sähköiseen lääke-esittelyyn (Bates, 2006). Toisen, Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan taas yli puolet lääkäreistä olisi osallistunut e-detailingiin (Slavens, 2006). Suomessa e-detailing

ei kuitenkaan ole vielä laajalti käytössä (MSD Finland Oy, 2009), joten täällä tunnettuusasteen voidaan olettaa olevan varsin alhainen.

Tutkimusten mukaan kiinnostus e-detailingiä kohtaan on asiakkaiden keskuudessa kuitenkin olemassa. Batesin (2006) mukaan suuri osa lääkäreistä olisikin valmis osallistumaan e-detailingiin perinteisen lääke-esittelyn sijaan. Kaikkiaan tutkijat ovat kuitenkin yksimielisiä siitä, että valtaosa lääkäreistä kokee e-detailingin olevan parhaimmillaan perinteistä lääke-esittelyä tukevana markkinoinnin keinona (Heutschi ym., 2003; Bates, 2006), ja suuri osa lääkäreistä valitsisikin mieluiten yhdistelmän perinteistä ja sähköistä lääke-esittelyä (Davidson & Sivadas, 2004; Bates, 2006).

Selvästi suurin osa lääkäreistä on tutkimuksen mukaan sitä mieltä, että sähköinen lääke-esittely on informaatioarvoltaan yhtä hyvä tai parempi kuin perinteinen lääke-esittely (Davidson & Sivadas, 2004). Slavensin (2006) tutkimuksen tulokset tukevat tätä. Tulosten mukaan lääkärit pitävät e-detailingistä saamaansa informaatiota korkealaatuisena ja itselleen relevanttina. Tämän lisäksi lääkärit ovat tutkimuksissa pitäneet e-detailingin etuna sen joustavuutta ajan ja paikan suhteen (Davidson & Sivadas, 2004). Tämä tietysti koskee pelkästään internetissä olevaa lääke-esittelyä. Myös parempi tavoitavuus on lääkäreiden keskuudessa noussut esiin e-detailingiin liitettynä positiivisena asiana. Sähköisen lääke-esittelyn avulla myös syrjäisemmillä paikkakunnilla työskentelevillä lääkäreillä on mahdollisuus henkilökohtaiseen lääke-esittelyyn, vaikka alueella ei tietylle tuotteelle omaa fyysisesti paikalla olevaa lääke-edustajaa olisikaan. (Davidson & Sivadas, 2004) Selkeäksi heikkoudeksi lääkärit kuitenkin kokevat juuri kasvokkain tapahtuvan kontaktin puutteen (Davidson & Sivadas, 2004).

Lääkemarkkinoinnin segmentoinnin tärkeys nousee esiin myös e-detailingin kohdalla. Tutkijat ovat havainneet, että eri tyyppiset lääkärit suhtautuvat sähköiseen lääke-

esittelyyn eri tavoin (Bates ym., 2002b). Suhtautumiseen vaikuttavat Schiavon (2008) mukaan esimerkiksi erikoisala ja yksittäisen lääkärin tehtävät. Tarkemmin erilaisten lääkärisegmenttien suhtautumista tai suhtautumiseen vaikuttavia tekijöitä ei kuitenkaan ole toistaiseksi tutkittu. Kuitenkin erilaisten suhtautumistapojen ja suhtautumista selittävien tekijöiden tunnistaminen on erityisen tärkeää, jotta markkinointi voidaan räätälöidä vastaamaan asiakkaan tarpeita (Lerer, 2002; Bates, 2006). Asiakkaiden tarpeiden huomioiminen puolestaan on avainasemassa lääkemarkkinoinnin pidemmän aikavälin kehittämisessä.

2.3 TAM-mallien hyödyntäminen e-detailingin tutkimuksessa

Niin kutsuttujen TAM-mallien (Technology Acceptance Model) avulla tutkitaan sitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, miten esimerkiksi työntekijät tai asiakkaat hyväksyvät uuden tietoteknisen ratkaisun. Mallit pohjautuvat sosiaalipsykologiasta peräisin olevaan perustellun toiminnan teoriaan (Theory of reasoned action), jota on käytetty laajasti käyttäytymisen ennustamiseen. (Venkantesh ym., 2003) TAM-malleilla koettiin olevan useita yhtäläisyyksiä e-detailingiin suhtautumisen kanssa. Kun lisäksi e-detailingiin suhtautumisessa ja sitä kautta e-detailingin hyödyntämisen haasteiden hahmottamisessa on kyse uudenlaisen teknologian hyväksytyksi tekemisestä asiakkaiden keskuudessa, koettiin TAM-mallien sopivan hyvin kyselytutkimuksen ja koko pro gradu -työn rakentamisen pohjaksi. Työn kyselytutkimuksen ja viitekehyksen suunnittelussa hyödynnettiin useita erilaisia TAM-mallin laajennettuja versioita (ks. Brown & Jayakody, 2008; Kim & Forsythe, 2008; Chen ym., 2007).

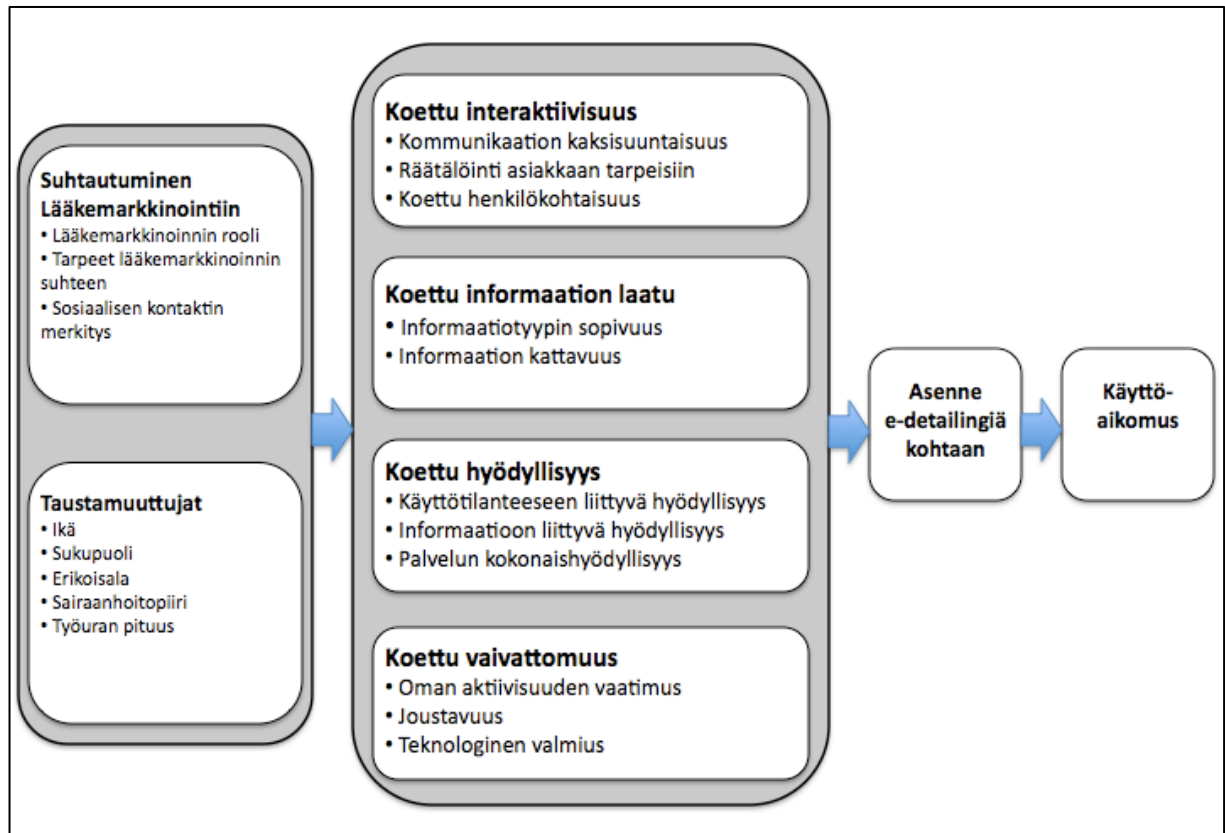
Kaikkia malleja yhdistävät tekijät teknologian hyväksymisen suhteen ovat sen koettu hyödyllisyys sekä käytön helppous tai vaivattomuus (Venkantesh ym., 2003). Näiden koettiin olevan e-detailingiin suhtautumisen kannalta tärkeissä rooleissa myös aiemman e-detailing-tutkimuksen perusteella (ks. Davidson & Sivadas, 2004). Esimerkiksi oman

aktiivisuuden vaatimuksen sekä käyttötilanteeseen liittyvän hyödyllisyyden koettiin kiinteästi vaikuttavan siihen, miten lääkärit kokonaisuudessaan suhtautuvat e-detailingiin. Koettu informaation laatu yhdistetään Brownin ja Jayakodyn (2008) B2C-Commerce Success -mallissa koettuun hyödyllisyyteen. Koettu informaation laatu on e-detailingissä ja lääkemarkkinoinnissa yleensä avainasemassa (Mackintosh, 2004; Nash, 2006). Lääkäreiden on todettu arvostavan lääkemarkkinoinnissa henkilökohtaisuutta ja sosiaalista kontaktia (Mackintosh, 2004; Schiavo, 2008). Niinpä kyselytutkimuksen pohjaksi laadittuun TAM-malliin otettiin mukaan yhtenä vaikuttavana tekijänä interaktiivisuuden vaikutus, jonka on koettu olevan yhteydessä koettuun hyödyllisyyteen (Chen ym., 2007).

2.4 Teoreettinen viitekehys

Tämän pro gradu -työn teoreettinen viitekehys on rakennettu TAM-mallikehikon pohjalta. TAM-malleista poimitut ja lääkemarkkinoinnin tutkimuksella täydennetyt e-detailingiin suhtautumista kuvaavat tekijät on otettu viitekehysten keskiöön. Viitekehysten e-detailingiin suhtautumista kuvaavat luokat on jaettu siten, että suhtautuminen lääkemarkkinointiin sekä taustamuuttujat näyttäytyvät puolestaan niiden taustalla vaikuttavina tekijöinä. Suhtautuminen e-detailingiin yhdessä taustamuuttujien ja lääkemarkkinointiin suhtautumisen kanssa vaikuttaa puolestaan e-detailingia kohtaan muodostuvaan asenteeseen. Kaikki edellä mainitut tekijät vaikuttavat tässä teoreettisessa viitekehyksessä lopulta sähköisen lääke-esittelyn käyttöaikomukseen. Viitekehys esitellään kuviossa 1.

Kuvio 1: Teorettinen viitekehys e-detailingiin suhtautumisesta



Kehitellyn viitekehysten avulla on mahdollista aiempaa e-detailing-tutkimusta paremmin jäsentää tekijöitä, joilla voi olla vaikutusta siihen, miten erilaiset segmentointikriteerit vaikuttavat lääkäreiden e-detailingiin suhtautumiseen. Viitekehys luo koko työn tutkimusongelmaan vastaamiselle vankemman teoreettisen tuen kuin muut tähänastiset e-detailingin tutkimukset yksinään.

3 METODOLOGIA JA AINEISTOT

Tässä luvussa kerrotaan lyhyesti kahden tähän työhön liittyvän tutkimusosion toteuttamisesta. Kummankin tutkimuksen tavoitteista kerrotaan ensin lyhyesti. Tämän jälkeen kuvataan tutkimusten menetelmävalintoja. Lisäksi kerrotaan lyhyesti kummankin tutkimuksen toteuttamisesta. Lopuksi pohditaan tutkimusten reliabiliteettia ja validiteettia. Kummankin tutkimuksen metodologiasta kerrotaan tarkemmin empiiristen osuuksien ympärille rakennetuissa, liitteinä olevissa tutkimuspapereissa.

3.1 Tutkimusten tavoitteet

Tämän työn tavoitteena on tutkia sitä, minkälaisia haasteita sähköisen lääke-esittelyn hyödyntämiseen liittyy. Vastausta kysymykseen haettiin hahmottamalla sitä, miten lääkärit suhtautuvat lääkemarkkinointiin ja erityisesti sen uudenlaiseen muotoon eli sähköiseen lääke-esittelyyn. Tässä tapauksessa koettiin tärkeäksi hahmottaa aihetta laajemmin kuin vain e-detailingin näkökulmasta, sillä tutkimustulosten perusteella pureudutaan e-detailingin käytön haasteisiin. Pelkästään e-detailingiin suhtautumista tutkimalla voi olla vaikea saada merkityksellistä tietoa asiakasryhmästä, jolle aihe ei entuudestaan ole edes tuttu millään tavalla. Lisäksi koettiin, että lääkemarkkinointiin suhtautuminen ja e-detailingiin suhtautuminen ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Koska tavoitteena kuitenkin on saattaa e-detailing tiiviisti yhdeksi osaksi lääkemarkkinointia, on tarpeen tarkastella myös lääkemarkkinointiin suhtautumista kokonaisuudessaan.

Tutkimusosuus jaettiin tässä pro gradu -työssä kahteen osaan. Kartoittavan, kvalitatiivisen haastattelututkimuksen avulla selvitettiin lääkäreiden asenteita ja suhtautumista syvällisemmin lähinnä lääkemarkkinointiin ja lääke-esittelyyn ylipäätään. Tässä tutkimuksessa painotus oli selvästi lääkemarkkinointiin suhtautumisen

tutkimisessa. Haastattelututkimuksesta saatiin paitsi arvokasta tietoa itsessään, myös teoriaa täydentäviä ajatuksia kyselytutkimuksen pohjaksi.

Toisen empiirisen osuuden muodostaa kvantitatiivinen kyselytutkimus. Tämän tutkimuksen keskiössä oli lääkemarkkinoinnin sijaan e-detailing. Kyselytutkimuksen tavoitteena oli saada käsitys siitä, mitkä tekijät vaikuttavat e-detailingiin suhtautumiseen. Lisäksi vastaajista pyrittiin löytämään keskenään eri tavoin e-detailingiin suhtautuvia ryhmiä.

3.2 Käytetyt menetelmät

Työssä käytettiin sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia menetelmiä. Haastattelut tehtiin puolistrukturoidulla, teemahaastattelun menetelmällä (ks. Hirsjärvi & Hurme, 1980; Hirsjärvi & Hurme, 2008) Kvalitatiivisella lähestymistavalla varsin pienestä määrästä haastateltavia oli mahdollista saada syvällistä tietoa, sillä haastatteluissa jokaisen haastateltavan kanssa käytiin läpi samat teemat (Hirsjärvi & Hurme, 1980, 52; Patton, 1980, 280). Lisäksi haastatteluissa jäi hyvin tilaa myös haastateltavien esiin nostamille omille teemoille, ja tätä kautta uusille ajatuksille.

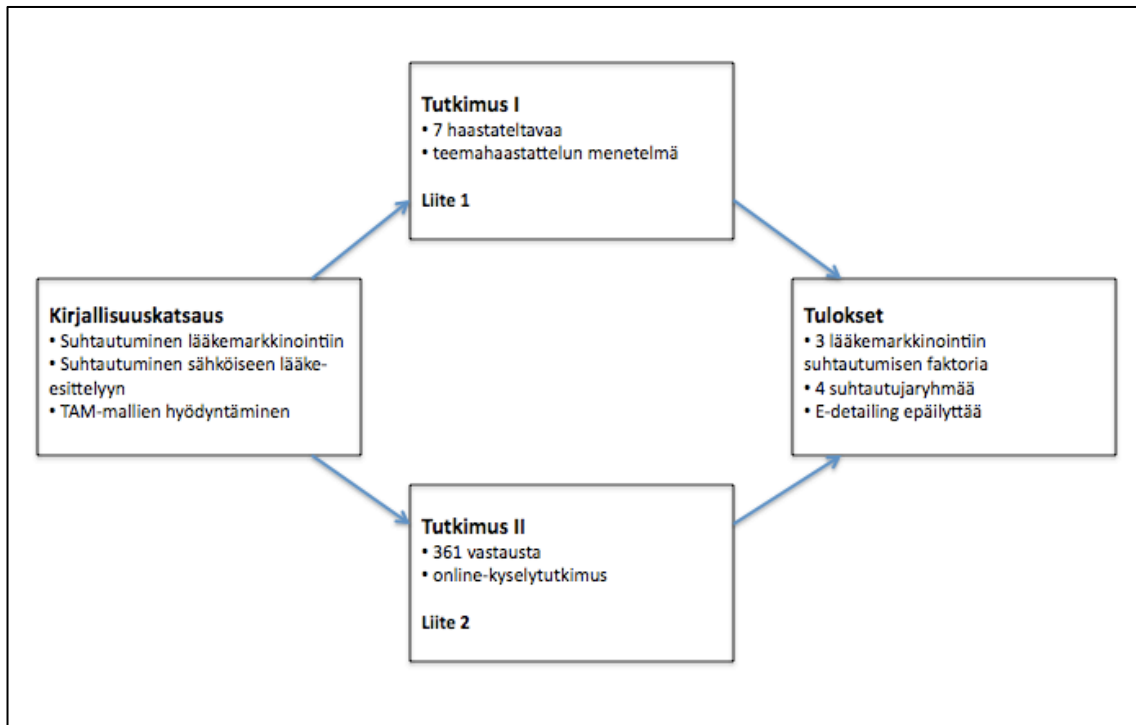
Toisessa tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmistä online-kyselytutkimusta. Online-kysely koettiin menetelmänä toimivaksi, sillä suuri osa lääkäreistä käyttää internetiä päivittäin työssään (Bates, 2006). Vastaajat poimittiin työn tilanteen yrityksen, MSD Finland Oy:n asiakasrekisteristä, jolloin kutsu kyselyyn voitiin lähettää lääkäreille henkilökohtaisesti sähköpostitse. Online-kyselyn etuina verrattuna esimerkiksi tavalliseen postikyselyyn ovat vastausten suhteellinen nopeus sekä usein parempi vastausprosentti (Malhotra & Birks, 2000, 109).

Kvantitatiivisen aineiston analysoinnissa käytettiin useita tilastollisia menetelmiä. Aineiston yleisiä piirteitä selvitettiin ristiintaulukoimalla. Faktorianalyysi kuuluu tilastollisiin monimuuttujamenetelmiin ja sen avulla pyritään yksinkertaistamaan muuttuja-avaruutta etsimällä muuttujien joukosta suurempia, niin kutsuttuja piilomuuttujia (Burns & Burns, 2007, 440). Tässä sen avulla etsittiin lääkemarkkinointiin suhtautumiseen vaikuttavia ulottuvuuksia. Klusterianalyysillä puolestaan pyrittiin saatujen faktoripisteiden perusteella hahmottamaan ryhmiä, joiden suhtautuminen lääkemarkkinointiin eroaa tilastollisesti merkitsevästi toisistaan (ks. Malhotra, 2007, 636). Varianssianalyysin avulla tutkittiin e-detailingiin suhtautumista peilaten muuttujia löydettyihin asiakastyyppeihin sekä demografisiin tekijöihin.

3.3 Tutkimuksen eteneminen

Haastattelututkimus toteutettiin kesäkuun 2009 alussa. Haastattelujen tekemisen jälkeen kaikki viisi haastattelua purettiin ja analysoitiin. Purkamista ja analysointia helpotti se, että kaikki haastattelut nauhoitettiin. Tämän jälkeen kyselytutkimuksen lomake muotoiltiin lopulliseen muotoonsa. Kyselylomaketta ei varsinaisella yleisöllä ehditty aikataulupaineista johtuen testata, mutta MSD Finland Oy:n asiantuntijaryhmän kanssa lomake käytiin useaan kertaan läpi, ja siihen tehtiin useampaan kertaan niin rakenteellisia kuin sisällöllisiä korjauksia. Kysely lähetettiin 2575 lääkärille eri puolille Suomea 30. kesäkuuta 2009 ja vastausaikaa annettiin 10. heinäkuuta asti. Loma-ajasta huolimatta vastauksia tulo 361 ja vastausprosentti nousi noin 14 prosenttiin, mitä voidaan tämän tyyppisessä tutkimuksessa pitää hyvänä. Kuviossa 2 selitetään tutkimusprosessin eteneminen.

Kuvio 2: Tutkimusten rakentuminen



Haastattelututkimuksen tuloksena hahmotettiin kolme lääkemarkkinointiin suhtautumiseen vaikuttavaa tekijää, jotka ovat koettu informaation laatu, koettu henkilökohtaisuus ja koettu tarpeellisuus työssä. Tuloksia peilattiin siihen, mitkä tekijät tekisivät lääkemarkkinoinnista entistä paremmin lääkäreiden toiveiden mukaista. Tärkeiksi lääkemarkkinointia kehitettäessä todettiin tuttuuden tunteen luominen ja sen hyödyntäminen lääkemarkkinoinnissa, avoimemman informaation tarjoaminen sekä asiallisuuden lisäksi pehmeämmän lähestymistavan hyödyntäminen lääkäreille markkinoitaessa.

Kyselytutkimuksen tuloksena saatiin kolme lääkemarkkinointiin suhtautumista kuvaavaa faktoria, jotka ovat: ajan tasalla pysyminen, oleellinen osa työtä sekä sosiaalisuus. Faktorien perusteella määriteltiin klusterianalyysin avulla lääkemarkkinointiin suhtautujatyyppejä. Ryhmiä havaittiin neljä: Informaation

kompatteissa paketeissa tarvitsevat, Asiakeskeiset, Tietokriittiset tuttuuden arvostajat sekä Myönteisesti suhtautuvat henkilökohtaisuuden arvostajat. Havaittiin, että lääkemarkkinointiin suhtautumisen tyypit vaikuttavat sähköiseen lääke-esittelyyn suhtautumiseen. Lisäksi demografisilla tekijöillä oli e-detailingiin suhtautumiseen suppeampaa vaikutusta. Kaikkiaan e-detailingiin suhtaudutaan asiakasryhmästä riippumatta epäillen.

3.4 Reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen reliabiliteettia pyrittiin kokonaisuudessaan parantamaan siten, että sekä haastattelulomake että kyselylomake suunniteltiin huolellisesti ennakkoon. Näin pyrittiin varmistamaan, että aiemmassa teoriassa tärkeinä esiin nousseet asiat olisi mahdollisimman hyvin huomioitu myös kysymyksissä ja kyselylomakkeen väitteissä. Kysymysten ja muuttujien perustaminen olemassa olevalle teorialle auttaa myös varmistamaan, tutkimuksen validiutta, eli sitä että mitataan nimenomaan haluttua asiaa.

Haastattelututkimuksen osalta reliabiliteettia ja validiteettia saattaa hieman heikentää se seikka, että haastateltaviksi valikoitui aika- ja muiden resurssirajoitteiden vuoksi vain pääkaupunkiseudulla asuvia lääkäreitä. Näin ollen haastateltu ryhmä edustaa maantieteellisesti varsin kapeaa osaa Suomesta. Kun kuitenkin kyselytutkimuksen vastaajat edustavat hyvin eri puolilla Suomea työskenteleviä lääkäreitä, voidaan tutkimuksen yleistettävyyttä pitää kokonaisuudessaan melko hyvänä.

Kyselytutkimuksen suhteen yleistettävyyttä voi osaltaan heikentää vastaajien epätasainen jakautuminen ikäryhmittäin. Vanhemmat ikäluokat painottuivat vastaajien joukossa selvästi. Osittain tutkimuksen yleistettävyyteen saattaa myös vaikuttaa se, että kysely lähetettiin MSD Finland Oy:n sellaisille asiakkaille, joilla yritys koee olevan keskimääräistä enemmän vaikutusvaltaa alallaan.

4 YHTEENVETO TUTKIMUSTEN TULOKSISTA

Tämän pro gradu -työn tavoitteena on vastata siihen, minkälaisia haasteita e-detailingin käyttöön liittyy. Tutkimusongelmaan haettiin ratkaisua kahdessa tutkimuspaperissa esitettyjen alakysymysten avulla. Kvalitatiivisen haastattelututkimuksen ja kvantitatiivisen kyselytutkimuksen avulla kokonaistuloksiin saatiin sekä rikkautta että yleistettävyyttä. Seitsemän haastattelua käsittävässä kvalitatiivisessa haastattelututkimuksessa vastattiin kysymykseen siitä, miten lääkärit suhtautuvat lääkemarkkinointiin. Kvantitatiivisen kyselytutkimuksen aineisto koostuu 361 vastauksesta, joita analysoimalla pyrittiin vastaamaan siihen, miten lääkärit suhtautuvat sähköiseen lääkemarkkinointiin. Yhdistettynä tutkimustuloksista voitiin tehdä mielenkiintoisia teoreettisia ja liike-elämää lähempänä olevia havaintoja sen suhteen, minkälaisia haasteita e-detailingin hyödyntämiseen ja erityisesti sen käyttöön ottamiseen liittyy.

Työn tässä luvussa nostetaan ensin lyhyesti esiin kummankin tutkimuspaperin tärkeimmät havainnot, minkä yhteydessä tuloksia pyritään myös tarkastelemaan toisiaan vasten. Tämän jälkeen esitellään koko työhön perustuvat, tärkeimmät teoreettiset ja käytännön liike-elämään liittyvät havainnot, joiden pohdinta liitetään täydennetyin viitekehyksen kuvailuun. Viitekehys kiteyttää osaltaan työn kannalta oleellisimpien havaintojen ytimen. Lopuksi kerrotaan vielä tutkimukseen liittyvistä rajoitteista ja pohditaan jatkotutkimusaiheita.

4.1 Lääkemarkkinointiin suhtautumisen tyypit

Lääkemarkkinointiin suhtautuminen rakentuu kummankin tehdyn tutkimuksen perusteella kolmen päätekijän ympärille. Faktorianalyysin tuloksena löydetty lääkemarkkinointiin suhtautumiseen vaikuttavat tekijät ovat ”*Ajan tasalla pysyminen*”, joka kuvaa tiedon saannin ja sen uutuuden, eli siltä osin laadukkuuden tärkeyttä,

”Oleellinen osa työtä”, joka kuvaa lääkemarkkinoinnin ja erityisesti lääke-esittelyn tarpeellisuutta lääkärin työssä, sekä *”Sosiaalisuus”*, joka kuvaa myös haastatteluissa vahvasti esiin nousseita sosiaalisen tilanteen ja toisaalta henkilökohtaisuuden tärkeyttä. Faktorianalyysin tulokset vahvistavat entisestään haastattelututkimuksessa esiin nousseita, lääkemarkkinointiin liittyviä teemoja lääke-esittelyn hyödyllisyydestä, sosiaalisuudesta ja henkilökohtaisuudesta sekä informaation objektiivisuudesta lääkemarkkinointiin suhtautumiseen vaikuttavina tekijöinä.

Mainitut kolme hahmotettua tekijää toistuvat myös lääkemarkkinoinnin kirjallisuudessa, joskin lääke-esittelyn konseptin tärkeys työn kannalta jää kirjallisuudessa ehkä hieman vähemmälle huomiolle. Jo näistä lääkemarkkinointiin suhtautumiseen vaikuttavista tekijöistä on johdettavissa oleellisia seikkoja, jotka laajemmassa mittakaavassa vaikuttavat koko lääkemarkkinointia, mutta myös e-detailingin käyttöön liittyviin haasteisiin.

Kyselytutkimuksen vastaajat jaettiin havaittujen lääkemarkkinointiin suhtautumisen tekijöiden perusteella klusterianalyysillä neljään ryhmään, jotka ovat: *”Informaation kompakteissa paketeissa tarvitsevat”*, *”Asiakeskeiset”*, *”Tietokriittiset tuttuuden arvostajat”* sekä *”Myönteisesti suhtautuvat henkilökohtaisuuden arvostajat”*. Ryhmistä voidaan löytää esimerkiksi ”ajan tasalla pysymisen” eli informaation laadun ja tuoreuden tärkeyttä kuvaavan faktorin ja ”sosiaalisuuden” suhteen ääripäitä. Esimerkiksi Asiakeskeisten ryhmään kuuluville lääkäreille lääke-esittelyissä vain jaettava informaatio merkitsee. Sosiaalisuutta ja markkinoinnin henkilökohtaisuutta ei sitä vastoin nähdä tärkeänä. Tämä ryhmä näkeekin lääkeyritykset haastattelututkimuksessa esiin nousseen roolikysymyksen mukaisesti lähinnä informaation tarjoajina. Sen sijaan Myönteisesti suhtautuvien ryhmälle lääke-esittelyn sosiaalinen tilanne on tärkeydessään korkealla. Toisaalta tämän ryhmän jäsenet pitävät myös saamansa informaatiota arvokkaana. Haastattelututkimuksessa kumppanimaiseksi lääkeyrityksen ja lääkärin suhdetta kuvaileva olisi voinut kuulua tähän ryhmään.

Joukosta erottuu omalla tavallaan myös Tietokriittisten ryhmä, jolle lääkeyritysten jakama informaatio on kuin punainen vaate. Kaikkeen lääkeyritysten markkinointiviestintään suhtaudutaan kriittisesti, ja tieto hankitaan mieluummin puolueettomista lähteistä. Sen sijaan tuttuutta arvostetaan. Haastattelututkimuksessa esiin nousi se, että kriittiselle lääkärille lääke-edustajan henkilökohtainen tunteminen viestin perille saamiseksi, ja edes jonkinasteisen luottamuksen synnyttämiseksi on avainasemassa. Myös Informaation kompakteissa paketeissa tarvitsevat lääkärit ovat tunnistettavissa myös haastatteluvastausten perusteella. Lääkärin työn ollessa hektistä aikaa ja halukkuutta tuntuu harvoin jäävän oma-aloitteiseen tiedonhankintaan. Tällöin on erityisen tärkeää, että informaation saa jostain valmiina, mielellään niin, ettei sen kuulemiseksi tai näkemiseksi tarvitse itse juurikaan nähdä vaivaa.

4.2 Epäilyttävä e-detailing

Kummankin tutkimuksen tulokset paljastavat vahvasti sen, että suomalaislääkärit suhtautuvat e-detailingiin jokseenkin epäilevästi. E-detailingiin osallistumishalukkuutta ei tulosten valossa voida pitää korkeana. Valtaosa lääkäreistä osallistuisi mieluummin perinteiseen lääke-esittelyyn kuin e-detailingiin. Sähköistä lääke-esittelyä ei myöskään yleisesti pidetä vastaajien keskuudessa kovinkaan hyödyllisenä lääkärin työn kannalta. E-detailingiä ei koettu sisällöltään ainakaan perinteistä lääke-esittelyä kattavammaksi. Nämä tulokset ovat ainakin osittain ristiriidassa aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan merkittävä osa lääkäreistä olisi valmis vaihtamaan perinteiset lääke-esittelyt osittain tai jopa kokonaan sähköisiin lääke-esittelyihin (Bates, 2006).

Kun e-detailingiin suhtautumista tarkasteltiin lääkemarkkinointiin suhtautumisen perusteella hahmotetuista klustereista havaittiin kaksi selkeää ryhmää, joille e-detailing voisi markkinoinnin keinona toimia tällä hetkellä paremmin kuin muille. *Informaation*

kompakteina paketteina tarvitsevien ryhmä sekä *Asiakeskeisten* ryhmä vaikuttivat kaikista sopivimmilta e-detailingin kokeilijoiksi. Toisaalta nämäkään ryhmät eivät suhtautuneet e-detailingiin varauksettoman positiivisesti. Kuitenkin tärkeänä voidaan pitää sitä, että nämä ryhmät kokevat e-detailingin muita ryhmiä paremmin sisällöltään tarpeeksi kattavaksi sekä tarpeeksi henkilökohtaiseksi.

Kaikkein eniten e-detailingiä tuntuivat vastustavan *Tietokriittisten* ryhmän jäsenet. Tämä sinänsä tukee jo aiemmin havaittuja ryhmien ominaispiirteitä. Koska tietokriittiset eivät koe jaettavaa informaatiota tarpeeksi laadukkaaksi, he vaativat sen vastineeksi henkilökohtaista kontaktia, jotta voivat edes esittää tiukkoja kysymyksiä lääke-edustajille. Koska ryhmä kokee e-detailingissä henkilökohtaisuuden puutteelliseksi, kokevat ryhmän jäsenet jaettavan informaation helposti entistäkin mainosmaisemmaksi.

Myönteisesti suhtautuvien henkilökohtaisuuden arvostajien kohdalla e-detailingin henkilökohtaisuuden arvellaan olevan puutteellinen tavalliseen lääke-esittelyyn verrattuna. Myös e-detailingin sisällön arvellaan tässä ryhmässä olevan suppeampi. Koska ryhmä ei kuitenkaan vastusta e-detailingiä täysin, voisi e-detailingistä tässä ryhmässä olla hyötyä nimenomaan perinteistä esittelyä tukevana ja täydentävänä elementtinä.

4.3 Täydennetty viitekehys - haasteena käyttäjälähtöinen e-detailing

Tutkimusten tulosten perusteella e-detailingin käytön haasteet ovat huomattavasti syvemmällä kuin vain sopivan sähköisen lääke-esittelyn muodon valitsemisessa tai tunnettuuden kohottamisessa asiakasjoukon keskuudessa. Kaikkiaan e-detailingin suhteen vallitseva vahvan epäilevä asenne vie haastekeskustelun pohjimmiltaan lääkemarkkinoinnin perushaasteiden äärelle. Epäily e-detailingin suhteen johtunee osaltaan siitä, että sen kuvitellaan olevan lääkeyrityksille vain keino säästää

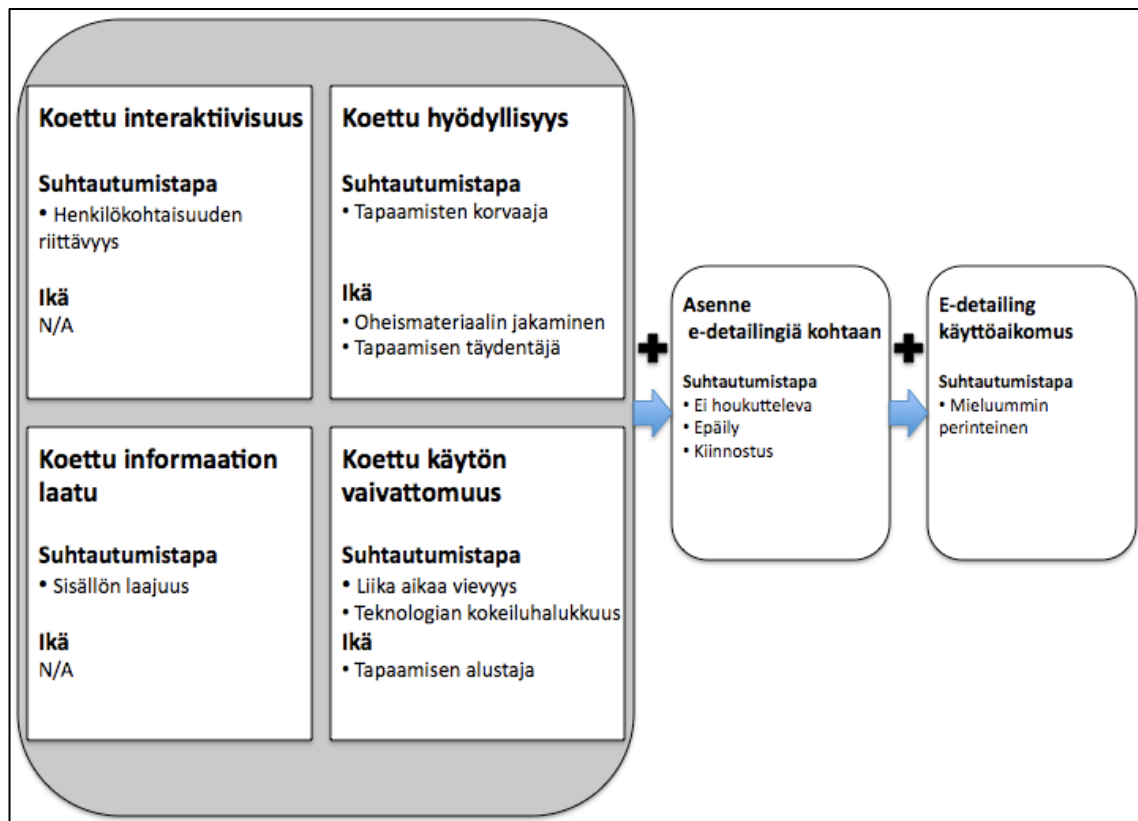
markkinoinnin kustannuksissa. Toisaalta tutkimusten tulosten perusteella lääkärit epäilevät vahvasti sähköisessä lääke-esittelyssä jaettavan tiedon kattavuutta sekä erityisesti sen henkilökohtaisuuden astetta. Merkittävä osa vastaajista kokee, että jotain sosiaalisesta kontaktista jäisi uupumaan e-detailingin myötä. Tässä vastaajat ovat samoilla linjoilla aiemman tutkimuksen kanssa (Davidson & Sivadas, 2004). Lopulta epäillään siis e-detailingin hyödyllisyyttä kokonaisuudessaan työn kannalta. Epäilyksen juuret juontavat lopulta lääkäreiden luottamuspuolaan lääkeyrityksiä kohtaan ja koettuun informaation puutteelliseen laatuun.

Vallitseva lääkäreiden luottamuspuola kuvastaa toisaalta markkinoinnin keinojen aggressiivisuutta, mutta vielä enemmän lääkemarkkinoinnin yleistä ongelmaa eli tuotelähtöisyyden huomioimista käyttäjälähtöisyyden edellä. Lääkeyritysten tavoitteena olisi teoriinkin mukaan kuitenkin kehittää markkinointiaan kestävämpien asiakassuhteiden toivossa enemmän asiakkaiden tarpeita vastaavaan suuntaan. E-detailingiä on kuitenkin toistaiseksi kehitetty pitkälti muusta lääkemarkkinoinnista erillisinä, mikä osaltaan on vaikeuttanut sen integroimista tiiviiksi osaksi lääkemarkkinoinnin kokonaisuutta (esim. Bates, 2006). Kirjallisuudessa e-detailingin kehittämiseen ja lanseeraamiseen otetaan usein vahvasti tuote- ja teknologialähtöinen kanta. Asiakaskunnan segmentoinnin tärkeydestä kyllä puhutaan (esim. Lerer, 2002), mutta silti kolmion kolmannen tärkeän kulman, eli käyttäjälähtöisyyden huomioiminen on jäänyt vähemmälle. Tämä tulee esiin siten, että esimerkiksi lääkäreiden jakamisesta e-detailingiin suhtautumisen suhteen puhutaan vain varsin yleisellä tasolla. Ongelma tunnutaan kirjallisuudessakin tiedostettavan, sillä tutkijat kritisoivat yleisesti lääkeyritysten kykyä hyödyntää asiakastietämystään asiakassegmentoinnissa (Lerer, 2002).

Tämän pro gradu -työn täydennetty viitekehys esitellään kuviossa 3. Täydennetystä viitekehyksestä käy ilmi tulos, joka entisestään tukee edellisten, käyttäjän laajempaan tuntemiseen liittyvien huomioiden tärkeyttä. Viitekehyksessä on esitetty TAM-

malleihin perustuvat e-detailingiin suhtautumiseen vaikuttavat elementit. Tässä, toisin kuin teoreettisessa viitekehyksessä taustamuuttujat ja lääkemarkkinointiin suhtautumisen vaikutus on kuvattu suoraan niiden e-detailingiin suhtautumista kuvaavien elementtien kautta, joihin lääkemarkkinointiin suhtautumistyypeillä tai demografisista tekijöistä esimerkkinä mainittavalla iällä on tilastollisesti merkitsevää vaikutusta.

Kuvio 3: Täydennetty viitekehys e-detailingiin suhtautumiseen vaikuttavista tekijöistä



Kuvion perusteella voidaan todeta, että lääkemarkkinointiin suhtautumisesta kertovat muuttujat, jotka saatiin peilaamalla e-detailingiin suhtautumista varianssianalysillä havaittuihin lääkemarkkinointiin suhtautumisen ryhmiin, kattavat kaikki myös

teoreettisessa viitekehyksessä esitelty e-detailingin suhtautumiseen vaikuttavat ulottuvuudet. Sen sijaan demografiset muuttujat, joista tässä ikä on esimerkkinä, kattavat vain pienen osan kaikista niistä ulottuvuuksista, jotka vaikuttavat sähköiseen lääke-esittelyyn suhtautumiseen.

Saatujen tulosten perusteella voidaan siis päätellä, että mikäli lääkeyritys segmentoi asiakkaitaan vain ilmeisten muuttujien, kuten demografisten tai sosiograafisten muuttujien perusteella, jää käsitys lääkäreiden suhtautumisesta e-detailingiin varsin suppeaksi. Tärkeää olisikin huomioida asiakkaiden suhtautuminen koko lääkemarkkinoinnin kenttään myös e-detailingiin suhtautumiseen vaikuttavana tekijänä. Näin saadaan paremmin selville niitä puutteita ja toiveita, joita e-detailingin avulla on mahdollisuus kunkin asiakassegmentin kohdalla täyttää. Näin voidaan lopulta myös päästä lähemmäs asiakasta, ja saada entistä paremmin hänen tarpeensa huomioimalla myös suhtautuminen lääkeyrityksiin kääntymään aiempaa positiivisempaan suuntaan.

Toki täytyy huomata, ettei pelkästään käyttäjälähtöisyys huomioimallakaan päästä välttämättä parhaaseen lopputulokseen, vaan e-detailingiä käytettäessä pitäisi pystyä pitämään koko tuote-, teknologia- ja käyttäjälähtöisyyden kolmio tasapainossa. Käyttäjänäkökulma on kuitenkin toistaiseksi kirjallisuudenkin perusteella jäänyt varjoon, ja niin kauan kuin siihen ei kiinnitetä huomiota, ei voida aidosti puhua asiakaslähtöisestä markkinoinnista. Osaltaan lääkemarkkinointiin suhtautumisen huomioiminen e-detailingiin suhtautumisen taustalla auttaa myös e-detailingin ja muun markkinoinnin integroimistavoitteen saavuttamisessa.

Teoreettiselta kannalta käytetty viitekehys ja sen havaittu toimivuus ovat mielenkiintoisia havaintoja itsessään. Tämän työn viitekehysten rakentamisessa alun perin tietojärjestelmätieteiden puolella kehitetyt ja käytetyt TAM-mallit valjastettiin markkinoinnin tutkimusongelman selvittämiseen. Viitekehysten toimivuuden

perusteella voidaan kuitenkin havaita, että TAM-mallit sopivat myös markkinoinnin tutkimusongelmien käsittelyyn, kun niihin yhdistetään markkinoinnin alan peruskäsitteitä, kuten segmentointia ja asiakaskeskeisyyttä.

4.6 Tutkimuksen rajoitteet ja jatkotutkimusaiheet

Koko pro gradu –työn rajoitteita voidaan tarkastella esimerkiksi osio kerrallaan. Haastattelututkimuksessa kerätyn aineiston rajoitteena voidaan pitää sitä, että kaikki haastateltavat olivat pääkaupunkiseudulta, eikä tuloksia sen perusteella voida kovinkaan laajalti yleistää koko Suomeen. Kuitenkin haastatteluissa esiin nousseet seikat tukivat suurimmaksi osaksi täysin kyselytutkimuksen tuloksia. Tämä voidaan nähdä osaltaan koko tutkimuksen yleistävyyttä parantavana tekijänä.

Kyselytutkimuksen rajoitteina voidaan puolestaan nähdä aineiston osalta vastausten jakautuminen epätasaisesti eri ikäryhmien kesken. Tämä saattaa jonkin verran vääristää saatuja tuloksia ja esimerkiksi klusterien todellisia jäsenmääriä. Kyselytutkimuksen analyysin rajoitteena voidaan puolestaan nähdä se, että rikasta aineistoa olisi ollut mahdollista analysoida vielä syvällisemmin, mutta analysointi piti rajoittaa vain kaikkein keskeisimpiin kysymyksiin jo pro gradu -työlle annetun ohjepituudenkin takia.

Kaikkiaan työn lopulliset tulokset jouduttiin esittämään tilanpuutteen vuoksi mahdollisimman tiivistäen. Haasteena olikin useiden mielenkiintoisten havaintojen yhdistäminen toisiaan tukevaksi loogiseksi kokonaisuudeksi. Toisaalta, mitä pidemmälle työ eteni, sitä laajempia, toisiaan täydentäviä kokonaisuuksia tutkimusten tuloksista alkoi hahmottua.

Tutkimus olisi aineistoa lisää analysoimalla lähtenyt helposti rönseylemään. Siksi tämä työ luo osaltaan seuraaville tutkijoille mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita. Yksi mielenkiintoisista aiheista olisi e-detailingiin suhtautumisen tarkasteleminen vielä enemmän TAM-malleihin yhdistettynä siten, että e-detailingiin suhtautumisen eri elementtien vaikutusta toisiinsa ja niiden painoarvoja e-detailingin käyttöaikomuksen suhteen tutkittaisiin teknologian hyväksymismalleille tyypillisesti regressioanalyysin avulla. Toinen mielenkiintoinen aihe olisi tutkia sitä, miten e-detailing parhaiten tukisi eri tyyppisissä segmenteissä perinteistä lääke-esittelyä lääke-esittelyprosessin eri vaiheissa. Kiinnostavaa olisi myös tutkia e-detailingin käyttöönottoa ja siihen liittyviä haasteita lääke-edustajan näkökulmasta.

Rajoitteistaan huolimatta tämä työ tarjoaa kattavan kuvan siitä, miten lääkärit suhtautuvat lääkemarkkinointiin ja sähköiseen lääke-esittelyyn. Näihin kysymyksiin vastaamalla voitiin lopulta hahmottaa, minkälaisia haasteita sähköisen lääke-esittelyn käyttöön liittyy. Keskiöön nousi käyttäjälähtöisyyden huomioimisen puute, johon kuitenkin on mahdollista vastata esimerkiksi käyttämällä segmentoinnin pohjana nykyistä laajempia tekijöitä, kuten lääkemarkkinointiin suhtautumista.

LÄHTEET

- Andaleeb, Syed Saad & Tallman, Robert F. (1996) ”Relationships of physicians with pharmaceutical sales representatives and pharmaceutical companies: An exploratory study”, *Health Marketing Quarterly*, 13 (4) 79-89.
- Bates, Andrée (2006) ”Online marketing and eDetailing”, Conference insights, Keyword Pharma.
- Bates, Andrée, Bailey, Edwin & Rajyaguru, Indira (2002a) ”Navigating the e-Detailing maze”, *International Journal of Medical Marketing*, 2 (3) 255-262.
- Bates, Andrée, Bailey, Edwin & Rajyaguru, Indira (2002b) ”Why pharmaceutical marketers measure return on investment to ensure profitable e-detailing campaigns”, *International Journal of Medical Marketing*, 2 (4) 287-292.
- Bhalla, Gagan, Evgeniou, Theodoros, Lerer, Leonard (2004) ”Customer relationship management and networked healthcare in the pharmaceutical industry”, *International Journal of Medical Marketing*, 4 (4) 370-379.
- Brown, Irwin & Jayakody, Ruwanga (2008), ”B2C e-commerce success: A test and validation of a revised conceptual model”, *The Electronic Journal Information Systems Evaluation*, 11 (3) 167-184.
- Burns Robert B. & Burns, Richard A. (2008), ”*Business research methods and statistics using SPSS*”, London, Sage Publications Ltd.
- Chen, Qimei, Chen, Hong-Mei & Kazman, Rick (2007) ”Investigating antecedents of technology acceptance of initial eCRM users beyond generation X and the role of self-construal”, *Electronic Commerce Research*, 7 (3-4) 315-339.
- Davidson, Terry & Sivadas, Eugene (2004) ”Details drive success”, *Marketing Health Services*, 24 (1) 20-25.
- Garrett, Scott (2001) ”Choosing the right communication channels”, *Pharmaceutical Executive*, (12) 14-16.
- Hennlich, Thomas & Pesse, Marc (2004), ”Case Commentary”, *International Journal of Medical Marketing*, 4 (4) 382-386.
- Heutschi, Roger, Legner, Christine, Schiesser, Andreas, Barak, Vladimir & Österle, Hubert (2003) ”Potential benefits and challenges of e-detailing in Europe”, *International Journal of Medical Marketing*, 3 (4) 263-273.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2008) ”*Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*”, Helsinki, Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (1980) ”*Teemahaastattelu*”, Tampere, Gaudeamus.

- Kim, Jiyeon & Forsythe, Sandra (2008) "Sensory enabling technology acceptance model (SE-TAM): A multiple-group structural model comparison", *Psychology & Marketing*, 25 (9) 901-922.
- Lerer, Leonard (2002) "E-business in the pharmaceutical industry", *International Journal of Medical Marketing*, 3 (1) 69-73.
- Mackintosh, Alasdair (2004a) "Innovation in pharmaceutical marketing strategy: How to overcome the 30-second dilemma", *International Journal of Medical Marketing*, 4 (1) 15-17.
- Malhotra, Naresh K. (2007) "*Marketing research. An applied orientation*", New Jersey, Pearson Education International.
- Malhotra & Birks (2000) "*Marketing research. An applied approach*", Harlow, Pearson Education.
- Nash, Karen (2006) "Sales reps: friend or foe? *Cosmetic Surgery Times*, (9) 6-7.
- Patton, Michael Quinn (1980) "*Qualitative Evaluation Methods*", Beverly Hills CA, Sage Publications.
- Ramko, Kim & Jarosch, Michael (2005) "Digital marketing redux: Pharmaceuticals take a second look at e-detailing", *Journal of Medical Marketing*, 5 (2) 134-136.
- Schiavo, Renata (2008) "The rise of e-health: Current trends and topics on online health communications", *Journal of Medical Marketing*, 8 (1) 9-18.
- Slavens, Roger (2006) "How to market to physicians", *B-to-B, Vertical Insight*, 91 (8) 21-23.
- Venkantesh, Viswanath, Morris, Michael G., Davis, Gordon B. & Davis, Fred D. (2003), "User acceptance of information technology: toward a unified view", *MIS Quarterly*, 27 (3) 425-478.
- Vilkka, Hanna (2007), "*Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*", Jyväskylä, Tammi.
- Weitz, Barton A. & Bradford, Kevin D. (1999) "Personal selling and sales management: A relationship marketing perspective", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 27 (2) 241-254.
- Wright, Robert F. & Lundstrom, William J. (2004) "Physicians' perspective of pharmaceutical sales representatives: A model for analysing the customer relationship", *International Journal of Medical Marketing*, 4 (1) 29-38.

Haastattelut

Lääkäreiden haastattelut

1. Haastattelu 2.6.2009, Espoo.
2. Haastattelu 2.6. 2009, Espoo.
3. Haastattelu 3.6.2009, Espoo.
4. Haastattelu 3.6.2009, Espoo.
5. Haastattelu 5.6.2009, Espoo.

MSD Finland Oy, epäviralliset asiantuntijahaastattelut, kesä- heinäkuu, 2009, Espoo.

LIITTEET

Liite 1: Haastattelututkimuspaperi

AVOIMUUTTA INFORMAATIOON

Tutkimus lääkäreiden suhtautumisesta lääkemarkkinointiin

Niina Perttilä

Abstrakti

Lääkealan kiristynyt kilpailu, säännösten tiukkeneminen ja lääkäreiden tuntema luottamus-pula ovat ajaneet lääkeyritykset etsimään markkinointiin tehokkuutta uusista keinoista ja tavoista. Samaan aikaan kun pyritään asiakaslähtöisyyteen, myös markkinoinnin taloudellista kannattavuutta yritetään parantaa. Yksi lääkemarkkinoinnin uusista keinoista on sähköinen lääke-esittely, jonka on arveltu voivan auttaa kummankin tavoitteen saavuttamisessa. Tämän haastattelututkimuksen tavoitteena on selvittää, miten suomalaislääkärit suhtautuvat lääkemarkkinointiin. Tämän tutkimuksen tavoitteena on löytää vihjeitä siitä, mitkä asiat lääkärit kokevat lääkemarkkinoinnissa tärkeiksi, ja mitkä puolestaan ovat myyjä – ostajasuhdetta tällä hetkellä hiertäviä tekijöitä.

Tutkimus toteutettiin haastattelemalla viittä suomalaista lääkäriä. Haastateltavat pyrittiin valitsemaan siten, että he mahdollisimman hyvin edustaisivat lääkärikuntaa erikoisaloiltaan, työnkuviltaan sekä uran vaiheiltaan. Haastatteluissa käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelun menetelmää.

Saatujen tulosten perusteella lääkeyritysten jakamassa informaatioissa on edelleen parantamisen varaa puolueettomuuden ja avoimuuden suhteen. Tämä vaikuttaa siihen, että lääkärit suhtautuvat lääkeyrityksiin yleisesti hieman kriittisesti. Henkilökohtaisuuden arvostus näkyy siten, että tiedon räätälöintiä asiakkaan tarpeisiin arvostetaan. Lisäksi lääke-edustajan tuttuus koetaan tärkeäksi tekijäksi erityisesti henkilökohtaisissa lääke-esittelyissä sekä uusien markkinointimuotojen, kuten e-detailingin kokeilemisessä. Toisin kuin aiempi tutkimus antoi olettaa, havaittiin, että lääkärit pitävät lääkemarkkinointia työnsä kannalta välttämättömänä. Myös henkilökohtaisella myyntityöllä on edelleen tärkeä rooli, sillä kiireinen työ karsii lääkäreiden oma-aloitteisuutta lääkeinformaation hankinnan suhteen.

Tutkimuksella on selkeää uutuusarvoa, sillä yleensä tutkimuksessa on keskitytty vain johonkin suppeaan lääkemarkkinoinnin osa-alueeseen. Tämä tutkimus tarjoaa laajemman näkemyksen siihen, kuinka lääkärit suhtautuvat lääkemarkkinointiin, ja mihin asioihin lääkemarkkinoinnissa tulisi kiinnittää huomiota paremman asiakaslähtöisyyden saavuttamiseksi.

Avainsanat: *lääkemarkkinointi, lääke-esittely, e-detailing*

1 JOHDANTO

Lääkäreille suunnattu lääkemarkkinointi on jo pitkää ollut muutoksen kourissa (Hennlich & Pesse, 2004). Osaltaan muutokset markkinoinnin keinoissa ja tavoitteissa johtuvat lakisääteisistä rajoitteista, jotka jatkuvasti tiukentavat markkinoinnin rajoja, toisaalta taas siitä, että lääkemarkkinoinnissa ollaan vihdoin siirtymässä tuotelähtöisestä markkinoinnista asiakaslähtöisempään suuntaan (Bhalla, ym., 2004). Muutoksen taustalla vaikuttavat niin lisääntynyt kilpailu erityisesti lääkesubstituuttien muodossa kuin asiakkaiden tuntema luottamuksen lasku lääkeyrityksiä kohtaan (Slavens, 2006).

Tällä hetkellä lääkemarkkinoinnin kasvavina trendeinä voidaan pitää asiakassuhdemarkkinoinnin painottumista, verkostoitumista ja digitaalisuutta (Bhalla ym., 2004). Tavoitteena on pitkäaikaisiin asiakassuhteisiin tähtäävillä markkinointitoimenpiteillä liittää lääkärit tiiviisti osaksi lääkeyrityksen arvoketjua. Tulevaisuudessa henkilökohtaisen myyntityön päätehtävä on kestävien asiakassuhteiden rakentamisen lääkäreiden ja lääkeyritysten välille lisäksi kaksisuuntaisen kommunikaation kehittäminen (Bhalla ym., 2004; Mackintosh, 2004). Tässä työpaperissa pureudutaan lääkemarkkinointiin suhtautumisen teoreettiseen tutkimusaukkoon, että havaintoja peilataan myös tulevaisuudenkuvaa vasten ja tarkastellaan, ovatko lääkärit menossa lääkemarkkinoijan käsityksen kanssa samaan suuntaan.

Tässä työpaperissa esitellään lyhyt kirjallisuuskatsaus sekä pääteemat, jotka haastatteluaineiston analyysivaiheessa nousivat esiin mielenkiintoisimpina ja työn kannalta merkittävimpinä. Tutkimusta varten haastateltiin viittä lääkäriä. Haastattelututkimuksen avulla pyrittiin vastaamaan seuraavaan tutkimusongelmaan:

Miten lääkärit suhtautuvat lääkemarkkinointiin?

Vastausta tutkimusongelmaan haetaan kolmen toisiinsa liittyvän alatutkimuskysymyksen avulla, jotka ovat:

- 1 Miten lääkärit suhtautuvat yleisesti lääkemarkkinointiin?
- 2 Miten lääkärit suhtautuvat lääke-esittelyyn?
- 3 Miten lääkärit suhtautuvat e-detailingiin?

Työpaperin toisessa luvussa esitellään tutkimuskysymysten kannalta keskeinen teoreettinen keskustelu, keskeiset käsitteet sekä keskeiset aiemmat tutkimustulokset. Kolmannessa luvussa esitellään käytetty tutkimusmenetelmä ja kerrotaan tutkimuksen toteuttamisen vaiheista. Työpaperin neljännessä luvussa kuvataan työn tulokset. Työn viimeisessä luvussa tutkimuksen keskeisimmät tulokset liitetään aiempaan kirjallisuuteen ja samalla tärkeimmät havainnot vedetään yhteen. Viimeisen luvun lopussa ovat myös viitekehys, joka vetää tutkimuksen tärkeimmät havainnot yhteen, sekä suositukset liikkeenjohdolle.

2 LÄÄKEMARKKINOINTI JA LÄÄKE-ESITTELY

Tässä luvussa luodaan katsaus aiempaan lääkemarkkinointia ja siihen suhtautumista käsittelevään kirjallisuuteen ja tutkimukseen. Erityinen paino tässä teoriaosuudessa on lääke-esittelyllä, joka edelleen toimii lääkäreille suunnatun markkinoinnin vahvimpana tukijalkana. Luvun loppupuolella luodaan myös katsaus uudenajan lääkemarkkinointiin, e-detailingiin eli sähköiseen lääke-esittelyyn, joka on myös empiirisessä osuudessa lääkemarkkinoinnin keinoista vahvasti esillä.

2.1 Lääkemarkkinointi – myyntityöstä suhteiden hallintaan

Lääkeyritysten suhde tärkeimpään asiakasryhmäänsä, lääkäreihin, eroaa monelta osin perinteisestä myyjä – ostaja -suhteesta. Tämä tulee hyvin esiin esimerkiksi markkinointiviestinnän keinojen ja kanavien valinnassa. Läkäreille suunnattu markkinointiviestintä muistuttaa niin tavoitteiltaan kuin keinoiltaan monessa suhteessa enemmän yritys- kuin kuluttajamarkkinointia. Usein nimenomaan yritysmarkkinointiin liitetty henkilökohtainen myyntityö onkin perinteisesti tärkein lääkeyritysten lääkäreihin kohdistamista markkinoinnin keinoista (Bhalla ym., 2004; Wright & Lundstrom, 2004). Lääkealan markkinointi elää tällä hetkellä säädösten ja kilpailun kiristymisestä johtuvaa murrosvaihetta, mikä on kasvattanut henkilökohtaisen myyntityön tehostamispaineita. (Hennlich & Pesse, 2004)

2.1.1 Lääkemarkkinoinnin kehittyminen

Lääkemarkkinoinnin tärkeimmän yksittäisen osan eli myyntityön tehokkuus oli vielä 1990-luvun alussa kiistämätön, sillä sen ansiosta lääkeyritykset ylsivät vielä tuolloin vahvaan vuotuiseseen tuloskasvuun (Bhalla ym., 2004). 1990-luvulla lääke-edustajien määrä kasvoi merkittävästi, kun markkinat alkoivat ruuhkautua samankaltaisista tuotteista, eikä innovatiivisuuskaan enää taannut tuotteelle kovin pitkää kilpailullista

suojaa markkinoilla (Bates ym., 2002b). Lääke-esittelijöiden määrän kasvu suhteessa lääkäreiden määrään on lopulta johtanut myyntityön ylikuormittumiseen ja lääke-esittelytulvaan (Hennlich & Pesse, 2004; Bhalla ym., 2004). Ylikuormittuminen on ollut osasyynä lääkeyritysten tulospääsyn hidastumiseen. Se on myös osaltaan edesauttanut lääkäreiden tuntemaan luottamuksen laskua lääkeyrityksiä ja lääke-esittelijöitä kohtaan (Slavens, 2006; Mackintosh, 2004).

Lääkemarkkinoinnin taloudellisen kannattavuuden laskiessa lääkeyritykset ovat joutuneet etsimään tehokkuutta lääkemarkkinointiin muualta kuin perinteisestä lääke-esittelystä, eli henkilökohtaisesta myyntityöstä, jota yleisesti pidetään markkinointiviestinnän keinoista kalleimpana. Esimerkiksi sähköinen lääkemarkkinointi ja erityisesti sähköisen lääke-esittelyn eli e-detailingin muodot ovat takkuisen alun jälkeen jatkuvasti kasvattaneet suosiotaan. Monet lääkeyritykset kokeilivat e-detailingin varhaisimpia muotoja jo 1990-luvun loppupuolella. Tällöin tavoitteena oli lähinnä pienentää markkinoinnin kustannuksia ja myyntihenkilöstön määrää. (Bates, 2006; Ramko & Jarosch, 2005). Alkuvaiheen epäonnistuneiden kokeilujen jälkeen pyritään nyt siihen, että e-detailing olisi kiinteä osa muuta lääkemarkkinointia ja erityisesti lääke-esittelytyötä niin strategisella kuin operatiivisella tasolla (Bates, 2006).

2.1.2 Lääkemarkkinoinnin tulevaisuudennäkymiä

Tällä hetkellä lääkemarkkinoinnin kasvavina trendeinä voidaan pitää asiakassuhdemarkkinoinnin painottumista, verkostoitumista ja digitaalisuutta (Bhalla ym., 2004). Asiakassuhteiden hallinnan eli CRM-ajattelun sopeuttaminen lääkealalle tuo mukanaan uusia käsityksiä lääkärin ja lääkeyrityksen suhteesta. Lääkärit pyritään liittämään tiiviimmin osaksi yrityksen arvoketjua ja samalla heitä pyritään aktivoimaan palveluprosesseissa (Bhalla ym., 2004) Toisaalta lääkärit voidaan tulevaisuudessa nähdä osana laajempaa sidosryhmäverkostoa (Hennlich & Pesse, 2004). Lääkärikohderyhmän erilaisiin tarpeisiin pyritään vastaamaan paremmin kohdistetun, yksilöllisen viestinnän ja monipuolisten tukipalvelujen avulla. (Bhalla ym. 2004; Mackintosh, 2004)

Tulevaisuudessa henkilökohtaisen myyntityön päätehtävä on kestävien asiakassuhteiden rakentaminen lääkäreiden ja lääkeyritysten välille sekä toisaalta kaksisuuntaisen kommunikaation kehittäminen (Bhalla ym., 2004; Mackintosh, 2004). Lyhyen tähtäimen myynnin tavoitteiden saavuttamisen merkitys pienenee suhteessa pidemmän tähtäimen päämääriin (Weitz & Bradford, 1999). Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää lääke-esittelyprosessin tehostamista ja monipuolistamista. Digitaalisilla kanavilla tulee olemaan kummassakin merkittävä rooli. Tärkeä ja ehkä vaikein henkilökohtaisen myyntityön tavoite on kuitenkin lääkäreiden luottamuksen palauttaminen. Se on kuitenkin asiakassuhteiden rakentamisen kannalta avainasemassa.

2.2 Lääke-esittely – lääkemarkkinoinnin tukipilari

Vaikka lääkealan myyntihenkilöstön määrä ei enää 2000-luvulla ole noussut yhtä dramaattisesti kuin edellisellä vuosikymmenellä, vaan pikemminkin kääntynyt laskuun (Hennlich & Pesse, 2004), syö henkilökohtainen myyntityö edelleen leijonanosan lääkemarkkinoinnin budjetista (Bates ym., 2002). Se on kaikilla mittareilla laskettuna edelleen tärkein lääkemarkkinoinnin keinoista. Asiakkaat eivät kuitenkaan suhtaudu varauksettoman positiivisesti lääke-esittelyyn. Markkinoinnin ylikuormittumisen onkin havaittu olevan yksi syy lääkäreiden lääkeyrityksiä kohtaan tuntemaan luottamuksen laskuun (Slavens, 2006; Mackintosh, 2004). Lääke-esittelyn kalleus ja asiakkaiden tyytymättömyys ovatkin syitä siihen, miksi koko lääkemarkkinointia tulisi pikaisesti pyrkiä viemään uudenlaiseen, asiakaslähtöisempään suuntaan.

2.2.1 Lääkäreiden suhtautuminen lääke-esittelyyn

Kirjallisuuden perusteella lääkäreiden suhtautumista lääke-esittelyyn voisi kuvailla lähinnä kriittiseksi. Tämän hetkisessä lääkemarkkinoinnissa vaikuttaa asiakaskunnan mielestä olevan monessa suhteessa parantamisen varaa. Lääkärit pitävät lääke-esittelyjä

liian aikaa vievinä (Nash, 2006) ja vaativat esittelyiltä lisää joustavuutta (Mackintosh, 2004). Lääke-esittelyihin käytetty aika onkin tutkimusten mukaan pudonnut. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että 80 % lääkärin ja lääke-edustajan välisistä keskusteluista kesti vain noin 2 minuuttia (Bates, ym., 2002a). Iso-Britanniassa vuonna 2002 tehty tutkimus puolestaan paljastaa, että 30 % yleislääkäreistä ei enää halua vastaanottaa lääke-edustajia ollenkaan (Bates, ym., 2002a). Suomessa yksittäisten lääke-esittelyjen määrän mahdollinen vähentyminen selittyy osittain tiukentuneilla säännöksillä. Esimerkiksi Espoossa lääke-edustajia on kielletty varaamasta henkilökohtaisia esittelyaikoja terveyskeskuslääkäreille (Espoon kaupunki, 2006). Lääkeyritykset ovatkin siirtyneet enenevässä määrin ryhmille pidettäviin lääke-esittelytilaisuuksiin (MSD Finland Oy, 2009). Samaan aikaan pitäisi kuitenkin muistaa, että usein asiakas muodostaa luottamuksellisimman suhteen tiettyyn myyntihenkilöön kuin tämän edustamaan yritykseen (Weitz & Bradford, 1999).

Lääkäreiden on tutkittu sinänsä arvostavan henkilökohtaista kontaktia lääke-edustajiin (Mackintosh, 2004), mutta monet lääkärit kokevat tutkimuksen mukaan tulevana toimeen ilmankin lääke-esittelyjä (Andaleeb & Tallman, 1996; Wright & Lundstrom, 2004). Lääkärit arvostavat myös lääkeyritysten ja niiden myyntihenkilöstön tarjoamaa jatkuvaa koulutusta. Sen sijaan lääkenäytteet eivät tutkimusten mukaan tuo henkilökohtaiseen myyntityöhön merkittävää lisäarvoa (Andaleeb & Tallman, 1996). Lääkäreille lääke-esittelijät ovat siis periaatteessa edelleen arvokas tietolähde (Mackintosh, 2004). Vaikkakin monet asiakkaat kokevat myös informaatiopuolella olevan tällä hetkellä parantamisen varaa (Nash, 2006). Mackintoshin (2004) mukaan jopa 57 % lääkäreistä olisikin valmis uhraamaan lääkemarkkinoinnille enemmän aikaansa, jos vastineeksi tarjottaisiin laadukkaampaa informaatiota ja arvoa tuottavia lisäpalveluja.

2.2.2 Lääke-esittelyn edut ja haasteet lääkeyrityksille

Lääke-esittelijöiden liian suureksi kasvanut määrä ja liiallisen markkinoinnin aiheuttama lääkäreiden kyllästyminen eivät ole ainoat haasteet, joihin lääkeyritykset ovat henkilökohtaisen myyntityön yhteydessä törmäämään. Lääkärit ja lainsäädäntö asettavat yhä tiukempia vaatimuksia ja haasteita käytännön lääke-esittelytyölle ja samaan aikaan markkinoinnin tehokkuus on kääntynyt laskuun (Bhalla ym., 2004). Silti ehkä tärkein haaste, johon lääkeyritysten pitäisi kyetä vastaamaan, on lääkäriasiakaskunnan luottamuksen palauttaminen lääkeyrityksiä kohtaan ja sitä kautta asiakkaiden ja lääkeyritysten välillä olevan vastakkainasettelun kuilun kaventaminen.

Vaikka henkilökohtainen myyntityö on yksi kalleimmista ja haasteellisimmista markkinoinnin keinoista, on se myös tuonut ja tuo edelleen lääkeyrityksille myös paljon etuja. Lääke-esittelyt mahdollistavat suoran kontaktin lääkeyrityksen ja sen asiakkaiden välillä (Andaleeb & Tallman, 1996). Esimerkiksi Bates (2006) esittelee artikkelissaan useita muitakin lääke-esittelyn tarjoamia etuja. Näitä ovat henkilökohtaisen kontaktin lisäksi interaktiivisuus, mahdollisuus jakaa näytteitä, sekä mahdollisuus välittää tuotteista ensikäden tietoa. Samassa artikkelissa lääke-esittelyn heikkouksiksi puolestaan mainitaan liika tiheys, aggressiivisuus ja se, että lääke-esittelyt koetaan helposti ajanhukaksi.

Lääkeyritysten kannalta lääke-esittelystä saatavia etuja kannattaa ajatella myös laajemmin. Lääke-esittelyt ovat niitä harvoja tapoja, joilla asiakkaiden kanssa päästään henkilökohtaiseen kontaktiin. Lääkärit ovat lääkeyrityksille arvokas tietolähde, joilta lääkeyritys voi saada tuotteistaan asiantuntevaa palautetta (Wright & Lundstrom, 2004). Näin lääkärit vaikuttavat vähintäänkin epäsuorasti lääkkeiden tuotekehitykseen. Lääkäreillä on myös reseptinmääräysoikeutensa ansiosta vahva vaikutus yksittäisen tuotteen menestymiseen markkinoilla (Wright & Lundstrom, 2004; Slavens, 2006). Vaikka lääkäreiden vaikutusvalta onkin ehkä aavistuksen heikentynyt vuonna 2003

voimaan astuneen geneerisen substituution, eli lääkevaihto-oikeuden myötä, on heillä edelleen tärkeä asema lääkkeen valintatilanteessa (Ahonen & Martikainen, 2005, 47).

Jotta lääke-esittely olisi lääkeyritysten kannalta pidemmällä tähtäimellä kannattavaa, tulisi myyntityön olla entistä asiakaslähtoisempää. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää niihin seikkoihin, joita lääkärit arvostavat. Näitä ovat

- laadukas tieteellinen informaatio
- valmisteiden totuudenmukainen vertailu, sekä
- jatkuvan koulutuksen tarjoaminen (Mackintosh, 2004; Andaleeb & Tallman, 1996).

Lääkäreiden erilaisten roolien ja tarpeiden ymmärtäminen ja kohderyhmien entistä tarkempi segmentointi nousevat asiakaslähtöisyyden korostuessa myyntityön avaintekijöiksi (Henlich & Pesse, 2004). Edellä mainitut seikat tarjoavat lääkeyrityksille haasteita, sillä tutkijat kritisoivat lääkeyritysten tämän hetkistä niin segmentoinnin kuin asiakastiedon luomisen ja hyödyntämisen tasoa. (esim. Andaleeb & Tallman, 1996; Hennlich & Pesse, 2004) Henkilökohtaisen myyntityön muuttuminen myynnistä asiakassuhteiden hallintaan edellyttää myös vuorovaikutusprosessin tehokasta hallintaa. Grönroos (2004) onkin todennut, että vuorovaikutusprosessin hallinta on lopulta koko suhdemarkkinoinnin ydin. Lääke-esittelyn luonne on siis muuttumassa asiakassuhteiden merkitystä korostavaan suuntaan, minkä takia lääkeyritykseltä edellytetään entistä monipuolisempaa tiedon ja asiakkuuden hallintaa niin henkilökohtaisen kontaktin kuin niitä tukevien teknologisten ratkaisujen osalta.

2.2.3 E-detailing – uudenlainen keino vastata lääkemarkkinoinnin haasteisiin

E-detailingista eli sähköisestä lääke-esittelystä on jo 1990-luvun lopusta asti puhuttu lääkemarkkinoinnin uudistajana. Alkuinnostuksen huumassa korostettiin jopa liikaa e-

detailingin mahdollisuuksia ja unohdettiin ehkä samalla heikkouksista puhuminen. Erityisen mullistavana e-detailingin mahdollisuutena pidettiin tuolloin mahdollisuutta ympärivuorokautiseen lääke-esittelyyn (Bates, 2006). Tärkeä kannustin e-detailingin kokeiluun oli myös se, että sähköisen lääkemarkkinoinnin avulla uskottiin voivan pienentää suureksi paisuneen myyntihenkilöstön määrää ja säästää näin huomattavasti markkinoinnin kustannuksissa (Ramko & Jarosch, 2005).

Vähitellen on osoittautunut, ettei e-detailing ainakaan lyhyellä aikavälillä tuo läheskään toivotunlaisia kustannushyötyjä (Heutschi ym., 2003). On myös tultu siihen tulokseen, ettei e-detailing ikinä voi suurelta osin korvata myyntihenkilöstöä (Bates, 2006). Se kuitenkin tarjoaa harkitusti käytettynä lääkemarkkinointiin uudenlaisia, mielenkiintoisia mahdollisuuksia, ja voi esimerkiksi perinteiseen lääke-esittelyyn integroituna tuottaa pidemmällä aikavälillä huomattavaakin taloudellista etua (Heutschi ym., 2003).

Käsitteenä e-detailing eli sähköinen lääke-esittely on kirjallisuudessa vielä varsin tuore. Siksi sen määritelmä vaihtelee paljolti tutkijan mukaan. Uusimmassa kirjallisuudessa Batesin ym. (2002b) määritelmä digitaalisten välineiden käytöstä lääke-esittelyprosessissa tuntuu saavan eniten kannatusta. Näin ollen e-detailingiin voidaan lukea kuuluviksi

- internetiin käsikirjoitettu, ohjattu e-detailing
- lääkäreille tarkoitettuihin portaaleihin sijoitettu e-detailing
- sähköisten ohjelmistojen avulla tehty, perinteinen kasvokkain tapahtuva lääke-esittely, sekä
- virtuaalinen, henkilökohtaisesti tapahtuva e-detailing (Bates ym., 2002b; Bates, 2006).

Virtuaalinen henkilökohtaisesti tapahtuva e-detailing tarkoittaa sitä, että lääke-esittely käydään edelleen perinteiseen tapaan lääkärin ja lääke-edustajan välillä, mutta se toteutetaan virtuaalisesti. Lääke-edustaja ja lääkäri voivat keskustella toistensa kanssa

esimerkiksi videokonferenssin tapaan nettikameroiden välityksellä tai puhelimitse ja samalla katsoa esittelyä tietokoneen ruudulta. (Bates ym., 2002b) Edellä mainitun ja *internetiin käsikirjoitetun e-detailingin* ero on se, että jälkimmäisessä toteutus tapahtuu kokonaan internetin välityksellä, eikä suoraa kontaktia lääkärin ja lääke-edustajan välillä tarvita. Tällaisessakin mallissa lääkäreiden erilaiset informaatiotarpeet on kuitenkin mahdollista ottaa huomioon. (Heutschi ym., 2003) Ohjattuun, internetissä tapahtuvaan e-detailingiin, sekä *lääkäriportaaleissa tapahtuvaan e-detailingiin* liittyy e-detailingin yhteydessä paljon puhuttu mahdollisuus tehdä lääke-esittelyä ympäri vuorokauden.

Tutkijat ovat havainneet eroja e-detailingiin suhtautumisessa eri lääkärikohderyhmien välillä (Bates ym., 2002b). Erilaiset segmentit, ja segmenttien sisällä yksittäiset lääkärit ottavat e-detailingin vastaan eri tavoin (Bates, 2006). Schiavon (2008) mukaan suhtautumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat muiden muassa erikoisala sekä yksittäisen lääkärin tehtävät. Lisäksi e-detailingin kuten muunkin digitaalisen markkinoinnin vastaanottoon vaikuttaa mitä luultavimmin kohdeyleisön ikä ja teknologian käyttövalmius. On siis ehdottoman tärkeää, että kohderyhmät pystytään segmentoimaan mahdollisimman tarkasti, jotta viesti pystytään räätälöimään kohderyhmän tarpeiden mukaisesti (Bates, 2006; Lerer, 2002). Missään tapauksessa e-detailingiä ei pitäisi lähteä tekemään yhden koon periaatteella eli soveltamalla samaa mallia kaikkiin tuotteisiin ja kaikille kohderyhmille (Bates, 2006). E-detailing edellyttää lääkeyrityksiltä asiakaskeskeisen lähestymistavan omaksumista tuotekeskeisen markkinoinnin sijaan. Vasta tällöin e-detailingistä saadaan hyödyt esiin (Bates, 2006). Onnistuessaan e-detailing voi sitouttaa lääkäreitä lääkeyritykseen ja edistää vierailujen uusiutumista sekä tehostaa henkilökohtaista myyntityötä (Bates ym., 2002a).

3 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä alaluvussa kuvataan lyhyesti tutkimuksen tavoitteet, sekä kerrotaan tutkimuksen toteuttamisen vaiheista.

3.1 Haastattelututkimuksen tavoitteet

Haastattelututkimuksen tavoite oli kartoittaa pienen otoksen avulla suomalaislääkäreiden suhtautumista yleisesti lääkemarkkinointiin ja sen eri muotoihin, mutta myös sähköiseen lääke-esittelyyn eli e-detailingiin.

Monelta osin haastatteluvastauksissa ilmenee samankaltaisuuksia aiempaan kirjallisuuteen verrattuna. Toisaalta osa havainnoista on myös hieman tai vahvemmin ristiriidassa aiemman tutkimuksen kanssa. Vaikka pienen otoskoon takia analyysistä ei pitäisi vetää hätäisiä johtopäätöksiä, voidaan niiden avulla kuitenkin saada tarkennettua käsitystä nimenomaan suomalaiseen lääkärikuntaan liittyvistä erityispiirteistä.

3.2 Tutkimuksen ja analyysin eteneminen

Haastatteluissa käytettiin teemahaastattelun (ks. Hirsjärvi & Hurme, 1980) menetelmää. Haastattelut haluttiin tehdä puolistrukturoidusti, jotta toisaalta tietyt teemat tulisivat katetuiksi jokaisessa haastattelussa ja toisaalta tilaa jäisi myös vapaammalle keskustelulle. Menetelmä toimi tässä haastattelututkimuksessa hyvin, koska tavoitteena oli nimenomaan teorian tukemisen lisäksi saada esiin myös sellaisia seikkoja, jotka eivät aiemmassa kirjallisuudessa ainakaan kovin vahvasti nouse esiin.

Haastattelut toteutettiin kesäkuun 2009 kahden ensimmäisen viikon aikana. Haastateltaviksi pyrittiin saamaan eri-ikäisiä, eri aloilla työskenteleviä lääkäreitä. Rajallisten resurssien vuoksi haastateltaviksi valikoitui pääkaupunkiseudulla asuvia lääkäreitä. Haastateltavista kolme oli terveyskeskus- ja kaksi erikoislääkäreitä. Kaksi haastattelua tehtiin haastateltavien työpaikalla. Muut kolme haastattelua tehtiin haastateltavien kotona. Kestoltaan haastattelut vaihtelivat noin 25 minuutista lähes 45 minuuttiin. Alla olevaan taulukkoon on koottu perustiedot haastateltavista.

Taulukko 1: Haastateltavat

	Sukupuoli	Ikä	Erikoisala	Työpaikkakunta	Uran pituus	Haastattelun kesto
1	Nainen	25	Eurolääkäri*	Espoo	Alle 1 v.	37 min
2	Nainen	25	Eurolääkäri*	Espoo	Alle 1 v.	42 min
3	Nainen	51	Terveyskeskuslääkäri	Espoo	n. 25 v.	26 min
4	Mies	53	Urologi	Helsinki	n. 27 v.	36 min
5	Nainen	50	Gynekologi	Helsinki	n. 25 v.	30 min
* Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa oleva lääkäri						

Jokaisessa haastattelussa pyrittiin käymään läpi samat teemat kuitenkin niin, että jos haastateltava selvästi innostui jostakin teemasta, sitä pyrittiin mahdollisuuksien mukaan syventämään tarkentavilla kysymyksillä teemahaastattelulle ominaisesti. Kukin haastateltava sai palkkioksi kaksi elokuvalippua. Haastattelupalkkiot sponsoroiti työtä tilannut yritys, MSD Finland Oy.

Haastatteluiden purkaminen ja analysointi tapahtui useassa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa haastattelut litteroitiin sana sanalta. Litteroinnissa pyrittiin sanatarkkuuteen, kuitenkin niin, että lukemisen helpottamiseksi sanamuotoja on jonkin verran muokattu puhekielestä kirjakieliseen muotoon. Haastattelijan kommentit muokattiin suurimmaksi osaksi kirjakieliseen muotoon, kuitenkin niin, että merkitykset säilyivät samoina kuin

haastattelutilanteessa. Toisessa vaiheessa kaikki haastattelut ryhmiteltiin teemoittain. Täysin kysymysten mukaan vastauksia ei voitu ryhmitellä, sillä kysymykset vaihtelivat teemahaastattelun periaatteiden mukaisesti haastattelusta toiseen.

Varsinainen analyysi eteni myös vaiheittain. Ensin vastauksia tarkasteltiin sisällön mukaan teemoittain. Näin pyrittiin löytämään aineistosta yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia. Teemojen mukaisen tarkastelun jälkeen haastatteluja tarkasteltiin vielä kokonaisuuksina. Näin pyrittiin saamaan käsitystä erilaisten vastaajien profiileista, ja siitä, minkälainen kokonaiskuva kustakin vastaajasta välittyy. Haastatteluista saatiin monia ideoita liittyen kyselyn muuttujiin, mutta täytyy muistaa, että haastatteluvastauksista tehdyt johtopäätökset eivät vielä yksinään riitä tekemään laajemmin suomalaista lääkärikuntaa koskevia, yleistettäviä päätelmiä. Kuitenkin haastatteluista saadaan jo osviittaa siitä, miten lääkäriasiakkaat suhtautuvat lääkemarkkinointiin ja mikä on lääkemarkkinoinnin merkitys lääkäreille. Seuraavassa esitellään tarkemmin haastattelututkimuksen analyysin pohjalta tehtyjä havaintoja.

3.3 Reliabiliteetti ja validiteetti

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että samaa henkilöä useaan kertaan tutkittaessa tulos pysyy samana (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 184). Validiteetilla puolestaan viitataan siihen, miten hyvin saatu tulos pätee myös seuraaviin tutkimuskertoihin. Toisaalta validiteetti määrittää myös sitä, käsitteleekö tutkimus juuri sitä, mitä sen on haluttu käsittelevän (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 184-185).

Aineiston luotettavuuteen pyrittiin etukäteen kiinnittämään huomiota suunnittelemalla kysymyslomake (liite 1) huolellisesti siten, että se kattaisi mahdollisimman hyvin kaikki halutut ja tutkimuksen kannalta oleelliset teemat. Kysymyslomakkeen rakenteesta ja sisällöstä keskusteltiin useaan otteeseen MSD Finland Oy:n asiantuntijoiden kanssa, ja

lomakkeeseen tehtiin keskustelujen pohjalta korjauksia. Laatua pyrittiin myös parantamaan siten, että tutkija perehtyi etukäteen huolellisesti teemahaastattelun menetelmään ja haastattelutekniikoihin.

Laadun varmistamiseksi haastattelut litteroitiin aina mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Litterointi noudatti alusta loppuun samaa kaavaa. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti. Joitakin puhekielen sanamuotoja muutettiin kirjakielisiksi lukemisen helpottamiseksi, kuitenkin niin, että merkitykset säilyivät alkuperäisinä.

4 KRIITTINEN ASIAKASRYHMÄ ARVOSTAA HENKILÖKOHTAISUUTTA – HAVAINTOJA HAASTATTELUISTA

Haastatteluissa kartoitettiin melko laajasti haastateltavien suhtautumista lääkemarkkinointiin ja sen lääke-esittelyn eri muotoihin yleensä. Vaikka vastaukset ovat suhteellisen yleisiä, on mielenkiintoista huomata, miten niitä tulkitsemalla on kuitenkin mahdollista hahmotella kuvaa lääkemarkkinoinnin nykytilasta sekä lääkäreiden ja lääkeyritysten suhteesta. Tulkintoihin pitää tietysti suhtautua varauksella, sillä vaikka haastattelun teemat ja vastausten tulkinta perustuvatkin aiempaan kirjallisuuteen, on analysoijan näkemys aina subjektiivinen. Seuraavassa perehdytään tarkemmin kolmeen aihealueeseen, jotka haastatteluista nousivat tutkijan näkemyksen mukaan merkityksellisimpinä esiin.

4.1 Lääkärit suhtautuvat kaksijakoisesti lääkeyrityksiin ja lääkemarkkinointiin

Haastatteluissa kävi ilmi, että haastateltavat pitävät lääkemarkkinointia sinänsä tärkeänä ja jopa välttämättömänä tapana saada tietoa erityisesti uusista tuotteista. Kuitenkin lääkäriasiakkaiden suhtautumista lääkemarkkinoinnin keinoihin ja markkinoinnin avulla levitettävään informaatioon voidaan parhaiten kuvata sanalla kriittinen. Kriittisyys liittyy osan haastatteluista kokemaan lääke-edustajien jatkuvaan kontaktointiin. Erityisesti kriittisyys nousee esiin kun puhutaan lääke-esittelyissä jaettavasta informaatiosta, jota haastateltavien mukaan pitää oppia tulkitsemaan, jotta erottaisi oleellisen epäoleellisesta.

4.1.1 Huoli lääkemarkkinoinnin muuttumisesta kylmän asialliseksi

Sinänsä kriittisyys lääkemarkkinointia kohtaan ei ole yllättävä havainto, vaan enemmänkin aiempaa kirjallisuutta tukeva. Kirjallisuudessa on puhuttu tässä yhteydessä

muiden muassa lääkäreiden luottamuspulasta ja lääkemarkkinoinnin ylikuormittumisesta (esim. Mackintosh, 2004; Slavens, 2006; Hennlich & Pesse, 2004; Bhalla ym., 2004). Tehtyjen haastattelujen perusteella vaikuttaa siltä, että mitä pidempi työura asiakkaalla on takanaan, sitä kriittisemmäksi suhtautuminen muuttuu. Syitä tähän on tietenkin vaikea nimetä kattavasti vain muutaman haastattelun perusteella, mutta muutama, aiemman tutkimuksen kanssa ainakin osittain samoilla linjoilla oleva tekijä nousi analyysissä esiin ylitse muiden.

Haastateltavat olivat yksimielisiä sen suhteen, että lääkemarkkinointi on tiukentuneiden säännösten myötä muuttunut asiallisempaan suuntaan. Muutosta pidettiin yleisesti hyvänä asiana. Haastateltavat eivät tuntuneet kaipaavan vielä muutama vuosikymmen sitten lääkemarkkinointiin kiinteästi liittyneitä ”sirkushuveja”, kuten eräs haastateltavista lääkeyritysten lääkäreille tarjoamia tapahtumia ja muita vastaavia nimitti. Vaikutti kuitenkin siltä, että osa vastaajista oli huolissaan lääkemarkkinoinnin muuttumisesta jopa liian asiakeskeiseksi, jos kaikki muu kuin suoraan tuotteisiin ja niiden käyttöön liittyvä karsitaan pois lääkeyritysten järjestämistä tilaisuuksista.

”Nyt se (lääkemarkkinointi) on mennyt ehkä sitten toisaalta semmoiseen ääripäähän. -- Lääkefirmat järjestävät jotain tilaisuuksia, niin siellä pitää olla ihan hirveä määrä luentoja, jotta se virallisesti menee läpi. Saattaa lääkärin kokea sen aika raskaana. Että se on jo sitten työtä. Ihan senkin takia välttämättä sitten joka paikkaan ei halua mennä. Että joskus toivoisi, että voisi olla semmoinen vähän lyhyempikin informaatio, ja sitten olisi kiva ehkä syödä sen jälkeen.” gynekologi, Helsinki

Toisin sanoen, vaikuttaa siltä, että lääkärit kuitenkin kriittisyydestään huolimatta toivoisivat lääkeyrityksiltä myös sosiaalisuuteen painottuvampaa, ”pehmeämpää” lähestymistä epävirallisemmissa muodoissa silloin tällöin.

4.1.2 Suorapostitus ja liiallinen kontaktointi ärsyttävät

Vaikka lääkemarkkinoinnin koettiin sisällöltään muuttuneen asiallisemmaksi ja asiakeskeisemmäksi, kokivat lähes kaikki vastaajat silti lääkemarkkinoinnin ainakin joltain osin ärsyttäväksi. Kotiin tulevat lääkeyritysten suorapostitukset saivat lähes

kaikki haastateltavat spontaanisti ärsyntyään. Ryhmille järjestettäviä lääke-esittelytilaisuuksia vastaajat eivät sen sijaan pitäneet itseään tai työtään häiritsevinä.

Kirjallisuudessa on esitetty, että pahin lääke-esittelytulva olisi ajoittunut suunnilleen 1990-loppuun (Hennlich & Pesse, 2004). Osittain lääkäreiden tuntema kuormitus lääkeyritysten taholta onkin ehkä helpottamassa. Terveyskeskuslääkäreistä kukaan ei maininnut, että lääke-edustajat lähestyisivät heitä liian usein. Osasyynä tähän saattavat olla myös työnantajan taholta tulevat tiukat määräykset yksittäisten lääke-edustajien suhteen. Erikoislääkärien kohdalla tilanne vaikuttaa olevan toinen. Haastattelujen perusteella juuri erikoislääkärit kokevat, että lääke-edustajat kuormittavat heitä puhelimitse ja sähköpostitse liiallisilla esittelypyynnöillä. Kuitenkin myös erikoislääkäreille on ainakin haastateltavien työpaikoilla tarjolla päivittäin myös ryhmäesittelytilaisuus. Liiallinen kuormitus eri markkinoinnin keinoin voi siis olla yksi syy, joka aiheuttaa kriittisyyttä lääkemarkkinointiin suhtautumisessa.

4.1.3 Informaation laadussa parantamisen varaa

Toinen merkittävä syy, joka vahvistaa lääkemarkkinointia kohtaan tunnettua kriittisyyttä entisestään on se, että kaikki haastateltavat yhtä lukuun ottamatta spontaanisti totesivat, että markkinoinnin keinoin jaettavan informaation sisällön objektiivisuudessa olisi edelleen parantamisen varaa. Vaikka haastateltavat arvioivat jaettavan informaation laatua sinänsä hyväksi, oli haastateltavilla yhtenäinen mielipide siitä, että tuoteinformaatiota täytyy oppia tulkitsemaan. Turhauttavaksi haastateltavat kokivat sen, että neutraaleista ja negatiivisista tutkimustuloksista harvoin kerrotaan. Tämä olisi kuitenkin asia, jota erityisesti nuoret lääkärit tulevaisuudessa lääkeyrityksiltä toivoivat. Myös tutkimustulosten esitystapaa kritisoitiin. Edelleen koettiin lääkeyritysten informaatiota jakaessaan ”vetävän kotiinpäin” nostamalla tutkimuksista esiin epäoleellisia asioita ja painottamalla asioiden tärkeyksiä niin, että kilpaileva valmiste näyttää selvästi heikommalta, vaikeivät valmisteiden erot todellisuudessa olisi

merkittäviä. Kokeneemman urologin kommentti kuvaa hyvin haastateltavien tuntemuksia:

”Mulla on semmoinen tunne, että monta kertaa yritetään tehdä tikusta asiaa. Se mun mielestä joskus loukkaa kuulijaa. – Täytyy sanoa, että aika vähän tulee mun mielestä sellaista uutta ja raflaavaa tietoa.”

Lääkeinformaation koettu objektiivisuuden puute ei sinänsä ole uusi asia. Siitä on keskusteltu aiemmissakin tutkimuksissa (ks. Mackintosh, 2004). Kun se kuitenkin näin selkeästi nousee haastateltavasta riippumatta esiin, on se selvästi ongelma, joka entisestään kasvattaa lääkäreiden ja lääkeyritysten välistä kuilua. Niin kauan kuin lääkärit ja lääkeyritykset istuvat näin selkeästi eri puolilla pöytää, on vaikeaa rakentaa lääkeyritysten ja sen asiakkaiden suhdetta kestäväälle pohjalle.

4.2 Sähköiseen lääke-esittelyyn suhtaudutaan skeptisesti

Haastattelujen yhteydessä jokaiselle haastateltavalle esiteltiin sähköinen lääke-esittely siinä muodossa kuin työn tilaaja MSD Finland Oy sitä tekee. Haastattelijalla näytti haastateltaville tietokoneeltaan visuaalisen aineiston ja selitti lisäksi miten puhelimitse ja tietokoneen välityksellä tapahtuva sekä pelkästään internetiin sijoitettu valmis lääke-esittely toimivat käytännössä. Lisäksi haastateltaville kerrottiin lääkäreille tarjottavasta MSD Finland Oy:n ylläpitämästä portaali-tyyppisestä tietopalvelusta. Vastaavia palveluita tarjoavat muutkin lääkeyritykset.

4.2.1 Sähköisen lääke-esittelyn tunnettuus on heikko

Kukaan vastaajista ei ollut osallistunut mihinkään sähköisen lääke-esittelyn muodoista. Tämä oli tietona ehkä jopa yllättävä, sillä maailmalla e-detailingistä on kuitenkin puhuttu aktiivisesti jo 1990-luvulla (Bates, 2006). Toisaalta joidenkin e-detailingin käyttöön liittyvien tutkimusten tulokset ovat antaneet ymmärtää e-detailingin

tunnettuuden olevan lääkärikohderyhmän keskuudessa hyvinkin matala (ks. Bates, 2006). Vastaajat itse arvelivat sähköisen lääke-esittelyn olevan yleisemmässä käytössä harvemmin asutuilla alueilla ja pienemmissä yksiköissä, joissa esimerkiksi ryhmätapaamisten järjestäminen ei ehkä ole mahdollista.

Koska kukaan vastaajista ei itse ollut kokeillut sähköistä lääke-esittelyä, koostuvat vastaukset esittelyn perusteella heränneistä mielikuvista, eivätkä varsinaisesta käyttökokemuksesta. Sinänsä mielikuvatkin kuitenkin kertovat hyvin siitä, miten lääkäriasiakkaat ylipäättään suhtautuvat tällaiseen kokonaan uudentyypiseen lääke-esittelyyn. Maailmalla tehdyt tutkimukset e-detailingin eri muotoihin suhtautumisesta ovat lääkeyritysten näkökulmasta antaneet kannustavia tuloksia (Bates, 2006; Slavens, 2006; Davidson & Sivadas, 2004). Haastattelujen perusteella voidaan kuitenkin päätellä, että suomalaiset lääkärit suhtautuvat positiivisimmillaankin sähköiseen lääke-esittelyyn varovaisen kokeilunhaluisesti. Päälimmäisenä suhtautumista tuntuu kuitenkin hallitsevan skeptisyys. Ainakin näiden haastateltavien keskuudessa erityisesti kokeneemmat lääkärit tuntuvat suhtautuvan esimerkiksi puhelimitse ja internetin välityksellä tapahtuvaan lääke-esittelyyn varsin epäilevästi.

4.2.2 Ympäri vuorokautista lääke-esittelyä ei koeta kiinnostavaksi vaihtoehdoksi

Sähköinen lääke-esittely ei kokeneempien vastaajien mukaan vaikuta tuovan mitään uutta lääke-esittelyyn. Nuoremmat lääkärit ovat hieman vastaanottavaisempia ainakin ajatuksen tasolla uuden ajan lääke-esittelylle. Nuorempien lääkäreiden haastatteluissa esiin nousivat e-detailingin mahdollisina positiivisina puolina visuaalisuuden parantuminen, mahdollisuus laajemman tiedon välittämiseen sekä kysymisen helppous. Kokeneempien haastateltavien mielestä esimerkiksi puhelimitse tapahtuva lääke-esittely vaikuttaa edelleen yhtä hankalalta sopia kuin henkilökohtainen tapaaminen. Samaan aikaan haastateltavat kokivat sähköisen lääke-esittelyn vähemmän henkilökohtaiseksi. Fyysisen sosiaalisen kontaktin puute nähtiin suurena ongelmana. Vaikka nuoremmat suhtautuivatkin sähköiseen lääke-esittelyyn myönteisemmin, myös heidän

vastauksissaan kuului epäluulo esittelyssä mahdollisesti syntyvää ”puhelinmyyntimäistä” vaikutelmaa kohtaan.

Maailmalla tehdyissä e-detailingiä käsittelevissä tutkimuksissa on jo sähköisen lääke-esittelyn alkuajoista asti korostettu positiivisena seikkana e-detailingin mahdollistamaa ympärivuorokautista lääke-esittelyä (Slavens, 2006). Myös näissä haastatteluissa asia nostettiin esiin. Myös tässä voidaan vastausten perusteella nähdä eroavaisuutta nuorempien ja kokeneempien lääkäreiden välillä. Nuoremmat, käytännössä vastavalmistuneet lääkärit pitivät mahdollisena, että voisivat osallistua internetiin sijoitettuun, itsenäisesti katsottavaan lääke-esittelyyn myös varsinaisen työpäivän jälkeen. Tämä saattaa liittyä myös haastatteluissa havaittuun tiedontarpeiden eroavaisuuteen, jota pohditaan seuraavassa alaluvussa tarkemmin. Kokeneemmat lääkärit puolestaan tyrmäsivät ajatuksen ympärivuorokautisesta lääke-esittelystä jopa yllättävän jyrkästi. On tietysti huomioitava, että haastatteluotos oli varsin pieni, mutta ainakin näiden tulosten perusteella ainoastaan nuoremmat lääkärit vaikuttavat potentiaaliselta ryhmältä tämäntyyppiselle sähköiselle lääke-esittelylle. Täytyy myös muistaa, että myös heidän vastauksensa kertovat vasta aikeesta, eivät vielä todellisesta käyttäytymisestä. Voidaan kuitenkin todeta, ettei ympärivuorokautista lääke-esittelyä nähdä ollenkaan samalla tavalla etuna kuin aiemmassa kirjallisuudessa.

4.3 Henkilökohtaista kontaktia arvostetaan paljon ja eri syistä

Aiempien tutkimusten tulosten mukaan lääkärit, vaikka ehkä suhtautuvatkin lääkemarkkinointiin jossain määrin ennakkoluuloisesti tai ainakin kriittisesti, arvostavat kuitenkin samalla henkilökohtaista kontaktia lääkeyrityksen edustajiin (Mackintosh, 2004). Väite sai vahvan tuen myös tätä työtä varten haastateltujen lääkäreiden vastauksista. Markkinointiin liittyvän henkilökohtaisuuden ja erityisesti henkilökohtaisen sosiaalisen kontaktin tärkeys tuntui korostuvan tässä tutkimuksessa jopa aiempaa kirjallisuutta enemmän.

4.3.1 Tuttuutta ja sosiaalista tilannetta pidetään tärkeinä

Sosiaalisen kontaktin merkitys vaikuttaa haastatteluvastausten perusteella olevan kahtalainen. Toisaalta lääkärit tuntuvat arvostavan esimerkiksi ryhmälääke-esittelyissä syntyvää laajempaa sosiaalista tilannetta, joka monelle vastaajalle on myös ainoa hetki tavata kollegoita työpäivän aikana. Kuten espoolainen terveyskeskuslääkäri totesi:

”Ryhmäesittely on myös sosiaalinen tapahtuma. Se on yksi sen tärkeä funktio. Sitä paitsi se on meillä konsultaatiotapahtuma myöskin, koska se kerää ihmiset yhteen. Tämä työ on muuten aika yksinoloa. Että jos ei meillä olisi niitä, joka saa ihmiset tulemaan samaan aikaan samaan paikkaan edes kerran työpäivässä, niin meillä voisi mennä monta viikkoa, ettei näe keitä siellä on samassa paikassa töissä.”

Toisaalta etenkin kokeneempien haastateltavien vastauksissa henkilökohtainen kontakti nimenomaan itselle tuttuihin lääke-edustajiin tuntuu olevan avainasemassa. Helsinkiläinen urologi kuvasi omaa suhtautumistaan erilaisiin lääke-esittelyvaihtoehtoihin seuraavasti:

”Jos mulla on esimerkiksi tuttu lääke-edustaja niin me ehkä mieluiten silloin istutaan alas ja puhutaan. Voidaan juoda kahvia ja puhutaan asiaa ja sitten puhutaan vähän asian vierestäkin, vaihdetaan kuulumisia.”

Kokeneemmat vastaajat kertovat vastaavansa mielellään vain heille ennestään tuttujen lääke-edustajien esittelypyyntöihin. Myös e-detailingin kokeilemisen edellytyksenä oli osalle haastateltavista se, että sähköisen lääke-esittelyn pitäjä olisi entuudestaan tuttu. Nuorempien haastateltavien vastauksissa lääke-edustajan tuttuuden tärkeys ei tullut niin vahvasti esiin. Toisaalta nuoremmat lääkärit myös kokivat lääkeyritykset täysin erillisiksi omasta työstään. Kokeneemmilla lääkäreille henkilökohtaiseen lääke-esittelytapaamiseen liittyi vahvasti myös kuulumisten vaihto pitkäaikaisen tutun kanssa, ja he toisaalta mielsivät lääkeyritysten roolin kiinteämmin omaan työhönsä liittyväksi.

4.3.2 Kysymyksiin halutaan vastauksia, mutta aika ei riitä oma-aloitteisuuteen

Henkilökohtaiseen kontaktiin haastateltavat liittivät useita etuja, joita heidän mielestään muuten on lääkemarkkinoinnilla vaikea saavuttaa. Erityisen tärkeänä kaikkien

haastateltavien vastauksissa korostui kysymysten esittämis- ja palautteen antomahdollisuus lääke-esittelytilanteessa. Erityisesti kokemattomimmat lääkärit kokivat, että kysyminen olisi vielä helpompaa henkilökohtaisesti lääke-edustajan kanssa tavatessa. Ryhmäesittelyssä on nuorempien vastaajien mukaan korkeampi kynnyksen esittää ”omia tyhmiä kysymyksiä”, kuten eräs vastaajista totesi. Nuoremmat haastateltavat olivat toisaalta sitä mieltä, että myös puhelimitse tapahtuvassa esittelyssä kysymysten esittäminen olisi yhtä lailla helppoa kuin henkilökohtaisessa, kasvokkain tapahtuvassa lääke-esittelyssä. Useassa haastattelussa korostui myös henkilökohtaisen tapaamisen etu siinä mielessä, että esittelyä on näin mahdollista paremmin räätälöidä vastaamaan asiakkaan tarpeita kuin esimerkiksi ryhmätapaamisessa.

Haastattelujen perusteella esiin nousi vahvasti se, että lääkäreillä ei ole aikaa tai viitseliäisyyttä olla lääkeinformaation hankkimisen suhteen oma-aloitteisia. Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että tarvitaan joku, joka tuo tiedon uusimmista tuotteista ja pitää toisaalta asiakkaat ajan tasalla vanhempiin tuotteisiin liittyvistä päivityksistä. Lääkärin työ vaikuttaa haastattelujen perusteella niin intensiiviseltä, että jos asiakkaat joutuisivat oma-aloitteisesti etsimään tarvitsemansa lääkeinformaation, se jäisi helposti tekemättä. Vaikka osa vastaajista olikin sitä mieltä, että vähempikin määrä lääke-esittelyjä riittäisi, olivat kaikki vastaajat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että lääke-esittelyjä ja lääke-esittelijöitä kuitenkin tarvitaan. Tämä tulos on ristiriidassa aiemman tutkimuksen kanssa, sillä esimerkiksi Andaleeb ja Tallman (1996) sekä Wright ja Lundstrom (2004), ovat tutkimuksissaan todenneet, että monet lääkärit kokevat tulevansa toimeen ilmankin lääke-edustajia ja lääke-esittelyjä.

5 YHTEENVETO JA KESKUSTELU

Haastatteluja analysoitaessa erillisten teemojen summana alkoi hahmottua laajempi käsitys lääkäreiden suhtautumisesta lääkemarkkinointiin. Erityisesti huomio kiinnittyi vastauksia tulkitessa siihen, miten lääkemarkkinoinnissa tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet tai parhaillaan vaikuttamassa lääkäreiden ja lääkeyritysten välisiin suhteisiin. Seuraavissa alaluvuissa vedetään yhteen aiemmin tässä työpaperissa esitetyt havainnot. Luvun lopussa esitellään suositukset liikkeenjohdolle.

5.1 Aiemmasta tuttuudesta kohti kasvottomuutta

Lääkemarkkinointia käsittelevässä kirjallisuudessa puhutaan siitä, kuinka lääkemarkkinointia pitäisi pyrkiä viemään aiemmasta tuotelähtöisestä ajattelusta kohti asiakaslähtöisempää lähestymistapaa (Henlich & Pesse, 2004; Bhalla ym., 2004). Erityisesti haastatteluissakin painotetun henkilökohtaisen myyntityön eli lääke-esittelyn tehtävä on tutkijoiden mukaan tulevaisuudessa nimenomaan kestävien asiakassuhteiden rakentaminen (Bhalla, 2004; Mackintosh, 2004). Tehtyjen haastattelujen perusteella voidaan kuitenkin kysyä, ovatko lääkeyritykset ja sen asiakkaat enemmänkin erkaantumassa toisistaan.

Haastatteluissa kartoitettiin muun muassa yleistä suhtautumista lääkemarkkinointiin ja lääkeyrityksiin. Vastausten perusteella, kuten jo aiemmin todettiin, suhtautuminen vaihtelee varovaisen positiivisesta jyrkän kriittiseen. Tämä ei ehkä yksistään ole kovin huolestuttavaa, sillä lääkärit tunnetaan yleisesti haastavana asiakaskuntana. Huolestuttavaa sen sijaan on se, että kaikki vastaajat suoraan tai epäsuorasti antoivat ymmärtää, että lääkeyritykset ovat heidän silmissään yksi kasvoton massa, eikä mikään yritys erotu markkinoinnillaan ainakaan positiivisesti joukosta.

Jo aiemmin mainittiin, että kokeneemmat lääkärit mielsivät pääosin lääkeyritysten roolin kiinteämmäksi osaksi työtään, jopa kumppanimaiseksi. Tämä tukee osittain Weitzin ja Bradfordin (1999) ajatusta siitä, että tulevaisuudessa lääke-edustajan pitäisi myyjän sijaan olla asiakassuhteen synnyttäjä, ylläpitäjä ja vahvistaja. Nuorempien vastauksissa sen sijaan kuvastui etäisempi suhde. Lääkeyritykset nähtiin kokonaan erillisenä varsinaisesta lääkärintyöstä. Läheisempää suhdetta lääkeyrityksiin ei myöskään erityisesti toivottu. Lääkeyritykset nähtiin nuorempien haastateltavien vastauksissa lähinnä tiedonjakajan ja koulutuksen tarjoajan rooleissa, mikä puolestaan on ristiriidassa ajatellun kehityskulun kanssa (Weitz & Bradford, 1999; Slavens, 2006).

Kokeneempien lääkäreiden vastauksissa kuvastui tyytymättömyys lääkärin ja lääkeyrityksen välisessä suhteessa tapahtuneeseen kehitykseen. Lääkeyritysten ja lääkärin välisen suhteen koettiin aiemmin olleen läheisempi. Suhteen läheisyyteen koettiin lääke-edustajien tuttuudella olevan suuri vaikutus. Myös asiointi lääkeyrityksen edustajan kanssa koettiin tällöin helpommaksi. Edelliset havainnot tukevat teoriaa, jonka mukaan asiakkaalla on usein luottamuksellisempi suhde yrityksen edustajaan kuin itse yritykseen (Weitz & Bradford, 1999). Lisäksi läheinen ja luottamuksellinen suhde yrityksen edustajaan saattaa vahvistaa suhdetta ja tätä kautta sitoutumista myös yritykseen.

Nuoremmat lääkärit eivät haastatteluissa kokeneet nykyistä tilannetta huonoksi, ehkä osittain sen takia, etteivät ole itse olleet kokemassa muutosta. Voitaisiin siis päätellä, että lääkemarkkinoinnin luonteessa, kuten siirtymisessä entistä asiakaskeisempään ja massaräätälöidämpään markkinointiin, tapahtuneiden muutosten seurauksena nuorempi lääkäripolvi ei enää samalla tavoin muodosta vahvoja suhteita lääkeyrityksen myyntihenkilöstöön kuin alalla pidempään työskennelleet lääkärit ovat aikanaan tehneet. Mikäli näin on, tarkoittaa se samalla sitä, että koska suhteet myyntihenkilöstön ja asiakkaiden välillä ovat aiempaa pintapuolisempia, voi asiakkaiden sitouttaminen lääkeyritykseen ja sen tuotteisiin olla hankalampaa.

5.2 Henkilökohtaisuudella ja avoimuudella kohti luottamuksellista suhdetta

Haastatteluissa kävi vahvasti ilmi se, etteivät lääkärit suhtaudu varauksetta lääkeyritysten heille markkinoinnin keinoin tarjoamaan informaatioon. Suhtautumista lääkeyrityksiin ja erityisesti niiden informaatiotarjontaan voidaankin haastattelujen perusteella luonnehtia kriittiseksi. Tämä on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan lääkäreiden tuntema luottamus lääkeyrityksiin on ollut jatkuvasti laskussa (Slavens, 2006, Mackintosh, 2004) ja myös tiedon tasossa on asiakkaiden mukaan parantamisen varaa (Nash, 2006).

Toisaalta kuitenkin, toisin kuin aiemman tutkimuksen tulokset (Andaleeb & Tallman, 1996) antavat olettaa, lääkärit pitävät lääke-esittelyjä ja lääke-edustajia työnsä kannalta varsin tarpeellisina. Tiedonlähteinä heidät koetaan merkittäviksi, mutta kenties jopa suuremman painoarvon saa haastatteluissa esiin noussut markkinoinnin henkilökohtaisuus ja sosiaalisen kontakti, joka lääke-esittelytilanteessa syntyy myyntihenkilön ja asiakkaan välille. Näiden merkitys on lääkemarkkinoinnissa haastattelujen perusteella jopa ajateltua suurempi.

Ennen kaikkea myyntihenkilöstön tuttuus vaikuttaa erityisesti kokeneempien lääkäreiden kohdalla olevan ensi arvoisen tärkeässä asemassa. Tuttu lääke-edustaja otetaan helpommin yksittäiskäynnille, ja toisaalta uudentyyppisten markkinointitapojen, kuten sähköisen lääke-esittelyn kokeileminen tuntuisi haastateltavista mieluisammalta kuin se, että joku entuudestaan tuntematon lääke-edustaja lähestyisi heitä suoraan esimerkiksi puhelimitse. Toisaalta henkilökohtaisen kontaktin merkitys korostuu myös siten, että henkilökohtaisesti lääke-edustajia tavatessaan lääkärit kokevat, että lääke-esittely on helpommin räätälöitävissä heidän näköisekseen. Tässäkin pidempiaikainen

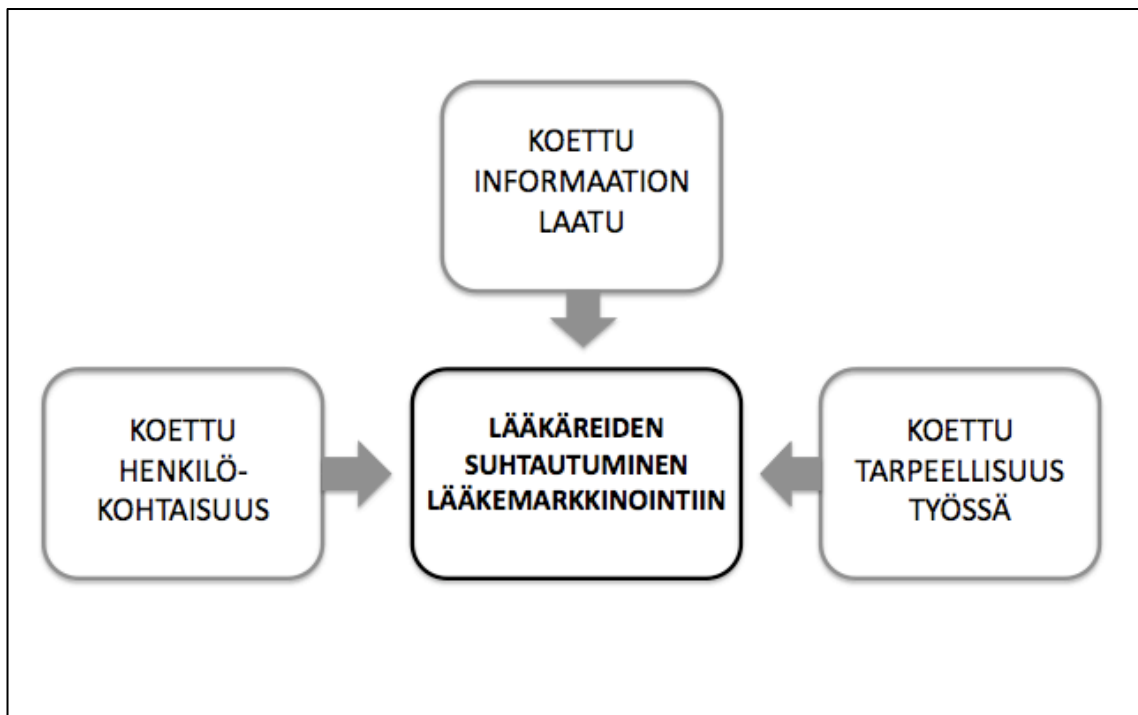
suhde saman lääke-edustajan kanssa voisi parantaa asiakaslähtöisyyttä entisestään. Tällöin voisi myös paremmin olla mahdollista räätälöidä markkinoinnin kanavia ja toisaalta informaatiota asiakkaan tarpeen mukaan. Haastatteluissa kävi ilmi, että tiedontarpeet vaihtelevat paitsi erikoisaloittain, myös sen mukaan missä vaiheessa uraansa asiakas on. Kokemattomampien lääkäreiden tiedontarpeet voivat siten merkittävästi erota kokeneempien lääkäreiden tarpeista.

Tutkimuksen perusteella informaation läpinäkyvyyden parantaminen sekä sosiaalisen kontaktin tarpeen huomioiminen ovat avainasemassa, kun lääkemarkkinointia pyritään viemään asiakaslähtöisempään suuntaan. Haastatteluista saadut tulokset ovat vahvasti samoilla linjoilla aiemman tutkimuksen kanssa (Mackintosh, 2004; Andaleeb & Tallman, 1996), jonka mukaa lääkärit arvostavat puolueetonta, tieteellistä tietoa ja valmisteiden asianmukaista vertailua. Kuitenkin edelleen haastateltavat kokivat joutuvansa tulkitsemaan lääkeyritysten heille tarjoamaa tietoa. Tämä voi osaltaan vaikuttaa esimerkiksi lääkeyritysten internetissä tarjoamien palveluiden matalaan suosioon, jos ja kun lääkärit kokevat muut kuin lääkeyritykset lähteinä luotettavammiksi (Heutschi, ym., 2003). Toisaalta koettu lääkeyritysten ”kotiinpäin vetäminen” informaation tarjoamisessa voi edesauttaa lääkeyritysten ja sen asiakkaiden välillä olevan kuilun säilymistä. Pitkäaikaisempien suhteiden rakentaminen lääkeyritysten edustajien ja asiakkaiden välillä yhdessä avoimemman informaatiotarjonnan kanssa voivat olla keinoja saada asiakkaiden lääkeyrityksiä kohtaan tuntema luottamus nousemaan. Erityisen tärkeää olisi saada nuoremmat lääkärit sitoutumaan lääkeyrityksen edustajiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta tilanne saataisiin takaisin siihen, mitä se kokeneempien lääkäreiden mukaan aiemmin on ollut. Tällöin voi olla helpompi lähestyä asiakkaita myös uudenslaisilla, kustannustehokkaammilla lääke-esittelyvaihtoehdoilla.

5.3 Viitekehys lääkäreiden suhtautumisesta lääkemarkkinointiin

Haastattelututkimuksen keskeisimmät havainnot voidaan kuvata viitekehysten avulla. Tästä kuviosta käy ilmi se, mitkä tekijät haastatteluiden ja olemassa olevan teorian perusteella vaikuttavat lääkemarkkinointiin suhtautumiseen lääkäriasiakkaiden keskuudessa.

Kuvio 1: Viitekehys lääkäreiden suhtautumisesta lääkemarkkinointiin



Haastattelututkimuksen perusteella yksi keskeisimmistä tekijöistä lääkemarkkinointiin suhtautumisessa on informaation laadukkuuden kokeminen. Tässä voidaan tulosten perusteella yleisesti päätellä olevan parantamisen varaa puolueettomuuden ja toisaalta avoimuuden suhteen. Tiedon jakaminen on yksi lääkemarkkinoinnin keskeisimmistä tehtävistä. Näin ollen sillä, kuinka laadukkaaksi jaettava tieto koetaan, on merkittävä

vaikutus siihen, kuinka varauksellisesti tai varauksettomasti lääkemarkkinointiin ja tietoa välittäviin lääke-edustajiin, ja tätä kautta lääkeyrityksiin suhtaudutaan.

Toisena tärkeänä tekijänä nousi haastatteluiden perusteella lääkemarkkinoinnin henkilökohtaisuus. Henkilökohtaisuus toimii yläkäsitteenä räätälöinnin ja kyselymahdollisuuden tärkeydelle ja toisaalta tuttuudelle, jota erityisesti kokeneemmat lääkärit haastatteluiden perusteella arvostivat. Kaikkiaan markkinoinnin henkilökohtaiseksi kokeminen edellyttää tarkkaa segmentointia, jossa otetaan huomioon paitsi erikoisalaan myös uran vaiheeseen liittyvät tarpeet. Myyntihenkilöstön tutuus yhdessä räätälöidyn markkinoinnin kanssa voivat edesauttaa myyjä – asiakassuhteiden syntymistä ja tätä kautta asiakkaiden sitoutumista lääkeyritykseen ja sen tuotteisiin.

Kolmantena tärkeänä tekijänä nousi esiin lääkemarkkinoinnin ja erityisesti lääke-esittelyn ja -edustajien koettu tarpeellisuus. Toisin kuin aiemmassa tutkimuksissa on todettu, lääkärit pitivät edelleen lääkemarkkinointia välttämättömänä tapana saada informaatiota uusista tuotteista. Toisaalta esiin nousi myös tarve konkreettiselle myyntihenkilöstölle, jonka tehtävänä on huolehtia informaatio valmiissa paketeissa kiireisille lääkäreille. Työn hektisyyden takia, ei koeta hyväksi sitä, että tieto pitäisi suurimmaksi osaksi hankkia oma-aloitteisesti. Lisäksi monelle lääkärille lääke-esittely vaikuttaa olevan työpäivän ainoa hetki, jolloin ehtii keskustella muidenkin kuin potilaiden kanssa.

5.4 Suositukset liikkeenjohdolle

Haastattelujen perusteella tehtiin lääkemarkkinoijan kannalta huolestuttava havainto siitä, että lääkärit tuntevat näkevän lääkeyritykset yhtenä suurena kasvottomana massana. Lisäksi tutkimuksen tulosten perusteella vaikuttaisi siltä, että kokeneemmillä lääkäreillä suhde lääkeyrityksiin ja sen edustajiin on aiemmin ollut vahvemmalla

pohjalla. Tilanteen kuvattiin tämän suhteen huonontuneen. Myös nuorempien haastateltavien suhtautuminen lääkeyrityksiin tukee edellistä huomiota. Nuoremmat eivät ainakaan tämän tutkimuksen perusteella kokeneet lääkeyrityksiä läheiseksi osaksi työtään. Läheisempää kontaktia ei myöskään osattu kaivata, vaan oltiin tyytyväisiä kasvottoman tiedontarjoajan rooliin. Voitaisiin siis päätellä, että juuri päinvastoin kuin on oletettu, lääkeyritykset olisivatkin ajautumassa kauemmas kohderyhmästään. Tässä alaluvussa esitetään joitakin näkemyksiä siitä, miten lääkeyritykset pääsisivät paremmin asiakassuhteita kehittävän lääkemarkkinoinnin suuntaan.

Tehtyjen viiden haastattelun perusteella ei oikeastaan voida tehdä koko lääkärikunnan suhtautumista koskevia päätelmiä. Kuitenkin haastatteluissa tietyt teemat nousivat niin vahvasti esiin, että ne olisi syytä ainakin pohdinnan tasolla huomioida myös liikkeenjohdon tasolla. Erityisen vahvasti huomio kiinnittyi haastatteluiden perusteella seuraaviin seikkoihin:

- 1 Tuttuuden tunteen luominen ja sen hyödyntäminen
- 2 Avoimemman informaation tarjoaminen
- 3 Pehmeämmän lähestymisen hyödyntäminen lääkäreille markkinoitaessa

Kokeneemmat haastateltavat kokivat lääkeyritysten etäännyneen kohderyhmästä ja kaikki vastaajat näkivät yritykset kasvottomana massana. Samaan aikaan kokeneemmat lääkärit kuitenkin korostivat lääke-edustajan tuttuuden merkitystä. Tuttu lääke-edustaja pääsee useammin tapaamaan lääkäriä, ja myös uudenlaisia lääke-esittelytapoja haastateltavat sanoivat mieluummin kokeilevansa entuudestaan tutun lääke-edustajan esittelemänä. Vaikka kokeneemmat lääkärit suhtautuivatkin nuorempia ennakkoluuloisemmin esimerkiksi e-detailingiin, voisi tuttu lääke-edustaja olla avain saada heidätkin kokeilemaan uutta vaihtoehtoa. Kokeneempien lääkäreiden puheista myös kuvastui kokemattomampia lääkäreitä vahvempi side lääkeyrityksiin. Tämän pääteltiin ainakin osittain olevan hyvien henkilökohtaisten kontaktien ansiota. Tuttuus auttaa siis mitä todennäköisimmin kestävän asiakassuhteen rakentamisessa ja auttaa

siten parantamaan lääkeyritystä kohtaan tunnettua luottamusta. Näin ollen tuttuuden tärkeyttä ei pitäisi myöskään nuorempien lääkäreiden kohdalla unohtaa, vaan pyrkiä siihen, että samankaltaisia tuttavuussuhteita muodostuisi myös nuorempien lääkäreiden ja lääke-edustajien välille.

Toinen luottamusta parantava seikka olisi entistä avoimemman informaation tarjoaminen. Tämä voisi esimerkiksi tarkoittaa myös ei niin imartelevista tutkimustuloksista kertomista. Tiedon entistä suurempaa avoimuutta ja puolueettomuutta peräänkuuluttivat kaikki haastateltavat.

Kaikkiaan henkilökohtaisten siteiden luominen asiakkaisiin mahdollisesti jo opiskeluaikana voisi olla avainasemassa. Jos lääkemarkkinointi muuttuu edelleen persoonattommaksi, etääntyvät lääkeyritykset yhä kauemmas asiakaskunnasta. Haastateltavat muistuttivat kaiken asiakaskeisyyden keskellä myös siitä, että ennen, kun järjestettiin myös vapaamuotoisempia tapaamisia lääkeyritysten edustajien ja lääkäreiden välillä, oli helpompi solmia tuttavuussuhteita. Jotkut tällaiset liikesuhteet ovat vuosien saatossa kehittyneet jopa ystävyysuhteiksi.

Vaikka onkin tärkeää, että lääkemarkkinoinnista pyritään tekemään entistä objektiivisempää ja tätä kautta asiallisempää, ei kuitenkaan pitäisi täysin unohtaa markkinoinnin ”pehmeämpääkään” puolta. Toisin kuin esimerkiksi Andaleebin ja Tallmain (1996) tutkimus osoittaa, lääke-edustajia ja -esittelyjä tarvitaan haastattelujen perusteella edelleen. Lääke-edustajat edustavat lääkemarkkinoinnissa inhimillisyyttä, johon on yleensä helpompi sitoutua kuin suoraan kasvottomaan yritykseen. Kun lääkäreiden ja lääkeyritysten suhde saadaan inhimillisellä tasolla kuntoon, on helpompi lähestyä tätä suhteellisen hankalaa asiakaskuntaa myös uudenlaisten, kustannustehokkaampien ja joissain tapauksissa paremmat räätälöimismahdollisuudet mahdollistavien markkinoinnin keinojen, kuten sähköisen lääke-esittelyn kautta.

LÄHTEET

Artikkelit ja kirjat

- Ahonen, Riitta & Martikainen, Jaana (2005), *Lääkevaihdon ensimmäinen vuosi. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia.*
- Andaleeb, Syed Saad & Tallman, Robert F. (1996) "Relationships of physicians with pharmaceutical sales representatives and pharmaceutical companies: An exploratory study", *Health Marketing Quarterly*, 13 (4) 79-89.
- Espoon kaupunki (2006), Päätös Espoon sosiaali- ja terveystoimen lääketeollisuutta koskevista pelisäännöistä.
- Bates, Andrée (2006) "Online marketing and eDetailing", Conference insights, Keyword Pharma.
- Bates, Andrée K. (2006a) "Conference insights: Online marketing and e-detailing: in-depth report from an eyeforpharma conference", *Journal of Medical Marketing*, 6 (4) 298-300.
- Bates, Andrée, Bailey, Edwin & Rajyaguru, Indira (2002b) "Why pharmaceutical marketers measure return on investment to ensure profitable e-detailing campaigns", *International Journal of Medical Marketing*, 2 (4) 287-292.
- Bhalla, Gagan, Evgeniou, Theodoros, Lerer, Leonard (2004) "Customer relationship management and networked healthcare in the pharmaceutical industry", *International Journal of Medical Marketing*, 4 (4) 370-379.
- Davidson, Terry & Sivadas, Eugene (2004) "Details drive success", *Marketing Health Services*, 24 (1) 20-25.
- Grönroos, Christian (2004), "The relationship marketing process: Communication, interaction, dialogue, value." *The Journal of Marketing Management*, 19 (2) 99-113.
- Hennlich, Thomas & Pesse, Marc (2004) "Case Commentary", *International Journal of Medical Marketing*, 4 (4) 382-386.
- Heutschi, Roger, Legner, Christine, Schiesser, Andreas, Barak, Vladimir & Österle, Hubert (2003) "Potential benefits and challenges of e-detailing in Europe", *International Journal of Medical Marketing*, 3 (4) 263-273.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2008) "*Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*", Helsinki, Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (1980) "*Teemahaastattelu*", Tampere, Gaudeamus.

- Lerer, Leonard (2002) "E-business in the pharmaceutical industry", *International Journal of Medical Marketing*, 3 (1) 69-73.
- Mackintosh, Alasdair (2004a) "Innovation in pharmaceutical marketing strategy: How to overcome the 30-second dilemma", *International Journal of Medical Marketing*, 4 (1) 15-17.
- Nash, Karen (2006) "Sales reps: friend or foe? *Cosmetic Surgery Times*, (9) 6-7.
- Ramko, Kim & Jarosch, Michael (2005) "Digital marketing redux: Pharmaceuticals take a second look at e-detailing", *Journal of Medical Marketing*, 5 (2) 134-136.
- Schiavo, Renata (2008) "The rise of e-health: Current trends and topics on online health communications", *Journal of Medical Marketing*, 8 (1) 9-18.
- Slavens, Roger (2006) "How to market to physicians", *B-to-B, Vertical Insight*, 91 (8) 21-23.
- Weitz, Barton A. & Bradford, Kevin D. (1999) "Personal selling and sales management: A relationship marketing perspective", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 27 (2) 241-254.
- Wright, Robert F. & Lundstrom, William J. (2004) "Physicians' perspective of pharmaceutical sales representatives: A model for analysing the customer relationship", *International Journal of Medical Marketing*, 4 (1) 29-38.

Haastattelut

Lääkäreiden haastattelut

6. Haastattelu 2.6.2009, Espoo.
7. Haastattelu 2.6. 2009, Espoo.
8. Haastattelu 3.6.2009, Espoo.
9. Haastattelu 3.6.2009, Espoo.
10. Haastattelu 5.6.2009, Espoo.

MSD Finland Oy, epäviralliset asiantuntijahaastattelut, kesä- heinäkuu, 2009, Espoo.

LIITTEET

Liite 1: Teemahaastattelun kysymyslomake

Teemahaastattelulomake

Tutkimus lääkemarkkinointiin suhtautumisesta

I Taustatiedot

Ikä

Sukupuoli

Työpaikkakunta

Erikoisala

Sektori (yksityinen vai julkinen)

Kuinka kauan toiminut lääkärin ammatissa?

Onko e-detailing (elektroninen lääke-esittely) haastateltavalle käsitteenä tuttu?

II Haastatteluteemat

1. Lääkemarkkinointi yleensä

- a. Kerro minkälaista lääkemarkkinointia olet kohdannut? (Lääke-esittelyt, kampanjat, koulutustilaisuudet ym.? Miten eroaa firmojen välillä?)
- b. Koetko lääkemarkkinoinnin muuttuneen? Miten? (pidemmällä / lyhyemmällä aikavälillä?) Kerro lisää.
- c. Miten suhtaudut lääkemarkkinointiin ylipäätään? (mikä on positiivista, mikä ärsyttää, miksi?) Kerro lisää.

- d. Minkälaisia odotuksia Teillä on lääkemarkkinointia kohtaan? (tiedon tarjoamista, koulutusta, muita tilaisuuksia, työn tukemista muilla tavoilla, miten?)
- e. Minkälainen merkitys lääkeyrityksillä on lääkäreille? (Mitä he kokevat lääkeyrityksiltä saavansa? Miten he kokevat hyötyvänsä lääkeyrityksistä? Vai kokevatko ollenkaan? Kokevatko lääkärit lääkeyritysten hyötyvän heistä, miten?)
- f. Minkälaiseksi koet lääkeyritysten roolin työssäsi? (tiedon levittäjä, kumppani, koulutuksen mahdollistaja) Onko roolissa tapahtunut muutoksia? Minkälainen sen pitäisi olla?

2. Lääke-esittely / e-detailing

- a. Kerro, minkälaisiin lääke-esittelytapoihin olet törmännyt? (spontaaneja mainintoja)
- b. Kuvaile, minkälainen on tyypillinen lääke-esittely, johon otat osaa? (Mikä on onnistunutta, mikä ärsyttää, mitä voisi tehdä paremmin esim. kanavavalinnat ja sisältö)
- c. Minkälaiseen lääke-esittelyyn mieluiten otat osaa? (henkilökohtainen, ryhmäesittely, e-detailing)
- d. Kerro syitä siihen, miksi itse tapaat lääke-edustajia? (Vai tapaatko ollenkaan? Miksi?)
- e. Minkälaisia odotuksia Teillä on lääke-esittelyjä kohtaan? (Minkälaista informaatiota haluaisit, mitä koet saavasi esittelyistä? tietoa hinnoista,

korvaavuuksista (suhteessa kilpaileviin merkkeihin), lääkkeiden vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta, sivuvaikutuksista ja mahdollista haitoista (käyttöturvallisuus), kokemuksista (odotetut hyödyt ja testausten laajuus, rajoitukset), vaikuttavista aineosista, mahdollista kampanjoista, jne.?)

- f. Minkälaiseksi koet lääke-esittelyissä tällä hetkellä välitettävän tiedon tason? (relevanttius, ajankohtaisuus, räätälöinti asiakkaan tarpeisiin? Mitä parannettavaa tässä olisi? Miten informaation tasoa voisi parantaa?)

- g. Kerro keneltä ja missä muodossa haluaisit informaatiota? (lääke-esittelijä, riippumaton taho, koulutustilaisuudet, internet-portaalit tai muut internetiin sijoitetut ohjelmat, mobiili? Sähköinen vai Paperiversio?)

- h. Kuinka usein haluaisit informaatiota? (esittelyjen useus? esittelyiden pituus, onko pituus nyt sopiva? Mikä olisi sopiva pituus? Miksi?)

- i. Mikä on mielestäsi sopivin ajankohta esittelylle? Mihin aikaan päivästä?

- j. Kerro tiedonhankkimismielityksistäsi. (itsenäisesti vai mieluummin lääke-edustajan välityksellä? Miksi, mitä hyviä ja huonoja puolia? Kumpi koetaan arvokkaammaksi, miksi?)

- k. Miten suhtaudut yhdistelmään itsenäistä tiedon hankkimista ja henkilökohtaista kontaktia? (Mikä olisi sopiva suhde? Mikä tällöin olisi lääke-edustajan ja lääke-esittelyn merkitys?)

- l. Tarvitaanko lääke-edustajia ylipäätään? (Miksi? Mikä on lääke-edustajan merkitys?)
- m. Minkälaisissa kanavissa lääke-esittelyjä halutaan mieluiten vastaanottaa? (kontaktointi, lääke-esittely, jälkimarkkinointi? Sähköiset kanavat vs. Henkilökohtainen kontakti?)
- n. Mitä lääkärit kokevat saavansa lääke-esittelyiltä? (Lisäarvo? Tieto, sosiaalinen kontakti, lääkenäytteet, mikä koetaan arvokkaimmaksi? Mitä ei arvosteta? Miksi?))

3. E-detailing

- a. Oletko osallistunut e-detailingiin? (Tietääkö osallistuneensa? Minkälaisia kokemuksia? Mikä hyvää? Missä parannettavaa?) Kerro kokemuksistasi / odotuksistasi / mielikuvistasi.
- b. Miten suhtaudut siihen, ettei lääke-edustaja ole fyysisesti paikalla?
- c. Konkreettinen esimerkki e-detailingistä (esitellään muutamia kuvakaappauksia, joita vastaajaa pyydetään kommentoimaan)
 - Mikä hyvää, mikä huonoa? Miksi?
 - Miltä tällainen lääke-esittelytapa vaikuttaa perinteiseen verrattuna?
 - Minkälaisia kysymyksiä herättää?
 - Minkälaisiin tilanteisiin e-detailing sopisi, mihin ei? Miksi?
 - Missä tilanteissa itse haluaisi käyttää? Missä ei? Miksi?
 - Mikä saisi vastaamaan tällaiseen esittelykutsuun?
 - Minkälaista informaatiota tällaisessa kanavassa haluttaisiin vastaanottaa?

Liite 2: Kyselytutkimuspaperi

ASIAKASRYHMIEN RISTIPAINEESSA

Tutkimus lääkäreiden suhtautumisesta sähköiseen lääke- esittelyyn

Niina Perttilä

Abstrakti

E-detailing eli sähköinen lääke-esittely edustaa uudenlaista, tietotekniikkaa vahvasti hyödyntävää lääkemarkkinointia. E-detailingin avulla lääkeyritykset pyrkivät parantamaan lääkemarkkinoinnin kustannustehokkuutta, joka lähinnä laajaan ja kalliiseen myyntihenkilöstöön turvautumisen myötä on pitkään ollut laskussa. Lisäksi e-detailingin avulla pyritään monipuolistamaan markkinointia ja vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeisiin. Asiakaslähtöisyyteen pyrkiminen on yksi lääkeyritysten tämän hetken päämääristä.

Huolimatta sähköisen lääke-esittelyn kiinnostavuudesta täysin uudenaikaisena lääkemarkkinointimahdollisuutena, asiakkaiden suhtautumista siihen on tutkittu vähän. Aiemmassa tutkimuksessa on lähinnä yleisesti keskitytty kartoittamaan lääkäreiden halukkuutta osallistua e-detailingiin. Tässä tutkimuksessa pyritään määrittämään konkreettisia e-detailingiin eri tavoin suhtautuvia asiakasryhmiä.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena online-kyselytutkimuksena, joka käsittää kaikkiaan 361 vastaajaa. Kerättyä aineistoa analysoitiin faktori-, klusteri- ja varianssianalyysin avulla.

Analyysin tuloksena lääkemarkkinointiin suhtautumiseen vaikuttavia ulottuvuuksia saatiin kolme: Ajan tasalla pysyminen, Oleellinen osa työtä sekä Sosiaalisuus. Näitä faktoreita käyttäen määriteltiin neljä lääkemarkkinointiin eri tavoin suhtautuvaa ryhmää: Informaation valmiina paketteina tarvitsevat, Asiakeskeiset, Tietokriittiset tuttuuden arvostajat sekä Myönteisesti suhtautuvat henkilökohtaisuuden arvostajat. E-detailingin suhteen ryhmien välillä havaittiin useiden muuttujien suhteen tilastollisesti merkitseviä eroavaisuuksia. Lisäksi suhtautumisessa e-detailingiin havaittiin jonkin verran merkitseviä eroavaisuuksia taustatekijöiden perusteella. Kaikkiaan suhtautumista e-detailingiin voidaan kuvailla epäileväksi. Kuitenkaan sen mahdollisuuksia ei täysin tyrmätä.

Tutkimuksella on selkeää uutuusarvoa, sillä aiemmassa tutkimuksessa ei ole näin tarkasti määritelty erityyppisiä asiakassegmenttejä lääkemarkkinointiin ja e-detailingiin suhtautumisen perusteella.

Avainsanat: *e-detailing, lääkemarkkinointi, lääke-esittely, TAM-mallit*

1 JOHDANTO

Lääkemarkkinointia ovat viime vuosikymmeninä muokanneet koveneva kilpailu sekä tiukentuneet säännökset. Samaan aikaan lääkemarkkinoinnin perinteisen tukipilarin, henkilökohtaisen lääke-esittelyn, tehokkuus on laskenut niin kustannusten kuin uskottavuuden osalta. Tästä johtuen lääkeyritykset ovat joutuneet osittain pakon edessä pohtimaan uudenlaisten ratkaisujen kehittämistä lääkäreille suunnattuun markkinointiin. Yhtenä vastauksena pidetään digitaalista markkinointia, jonka suosio onkin lääkealalla vahvassa kasvussa.

E-detailing eli sähköinen lääke-esittely edustaa uudenlaista lääkemarkkinointia, joka perustuu informaatioteknologian hyödyntämiseen. Toisaalta sen juuret ovat vahvasti kiinni perinteisessä lääke-esittelyssä ja siten henkilökohtaisessa myyntityössä. E-detailingiä on tutkittu muun muassa sähköisen lääke-esittelyn kehittymisen (Ramko & Jarosch, 2005; Bates ym., 2002a), e-detailingin eri muotojen (Bates, 2006), e-detailingin kannattavuuden (Bates ym. 2002b), asiakkaiden suhtautumisen (Davidson & Sivadas, 2004), sekä e-detailingin mahdollisten hyötyjen ja haasteiden kannalta (Heutschi ym., 2003). Vaikka e-detailingistä on tullut suoranainen trendi lääkemarkkinoinnissa, varsin vähän on olemassa puolueetonta tietoa siitä, miten asiakkaat e-detailingiin suhtautuvat, mitä he e-detailingiltä odottavat (Davidson & Sivadas, 2004) ja kuinka asiakkaiden suhtautuminen e-detailingiin vaihtelee keskenään (Bates ym., 2002b). Tässä tutkimuksessa tavoitteena onkin kartoittaa, miten lääkärit suhtautuvat e-detailingiin. Lisäksi lääkäreitä pyritään ryhmittelemään sen perusteella, miten he suhtautuvat sähköiseen lääke-esittelyyn, sillä asiakasryhmien piirteistä ei löydy tarkempaa tutkimustietoa. Näihin tutkimuksellisiin aukkoihin pyritään löytämään vastauksia tässä työpaperissa esiteltävän kyselytutkimuksen avulla.

Kyselytutkimuksen tavoitteena oli vastata seuraavaan tutkimusongelmaan:

Miten lääkärit suhtautuvat sähköiseen lääke-esittelyyn?

Vastausta kysymykseen haettiin etsimällä tilastollisten analyysimenetelmien avulla vastauksia seuraaviin alakysymyksiin:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat lääkäreiden lääkemarkkinointiin suhtautumiseen?
2. Minkälaisia, toisistaan eroavia asiakasryhmiä voidaan tunnistaa lääkemarkkinointiin suhtautumisen perusteella?
3. Miten nämä tunnistetut asiakasryhmät eroavat toisistaan e-detailingiin suhtautumisen perusteella?

Tutkijoiden mukaan tärkeää olisi kehittää e-detailingiä kiinteänä osana muuta lääkemarkkinointia. Tavoitteena olisi lopulta saada sähköisyyteen viittaava e-etuliite tiputettua pois ja ajatella koko lääke-esittelyn kenttää yhtenä kokonaisuutena (Bates, 2006). Jotta tavoitteeseen olisi mahdollista päästä, on tärkeää pystyä määrittelemään, mitä asiakkaat e-detailingiltä haluavat ja miten erilaiset asiakkaat siihen suhtautuvat. Tässä työpaperissa pyritään ottamaan uusi näkökulma e-detailingin tutkimiseen yhdistämällä sähköinen lääke-esittely teknologian hyväksymisen tarkastelussa käytettyihin TAM-malleihin (Technology Acceptance Model). TAM-malleja on kehitetty lukuisia (ks. esim. Venkantesh ym., 2003; Brown & Jayakody, 2008; Kim & Forsythe, 2008; Chen ym., 2007) Tämän tutkimuspaperin teoriaosuudessa malleista esitellään ne, joita käytettiin kyselytutkimuksen pohjana. Analyysi toteutettiin käyttämällä tilastollisista menetelmistä ristiintaulukointia sekä varianssi-, faktori-, ja klusterianalyysia.

Seuraavissa luvuissa perehdytään ensin e-detailingiä ja TAM-malleja käsittelevään tieteelliseen kirjallisuuteen, minkä jälkeen esitellään lyhyesti kyselytutkimuksen metodologia, tavoitteet ja eteneminen. Tämän jälkeen tilastollisen analyysin tulokset käydään vaiheittain läpi. Lopuksi tuloksista esitetään yhteenveto, jossa tutkimuksen tuloksia peilataan aiempaan e-detailingiä käsittelevään tutkimukseen.

2 E-DETAILING JA SÄHKÖISEN LÄÄKE-ESITTELYN HYVÄKSYMINEN

Tässä luvussa esitellään ensin e-detailing käsitteenä. E-detailingin eri muodoista ja käytöstä kerrotaan lyhyesti, minkä jälkeen keskustellaan lääkäreiden suhtautumisesta sähköiseen lääke-esittelyyn. Näiden jälkeen pohditaan lyhyesti e-detailingin hyötyjä ja haasteita lääkeyrityksen näkökulmasta. Luvun toisessa osiossa keskitytään TAM-mallien yleispiirteisiin ja siihen, miten malleja voidaan hyödyntää e-detailing-tutkimuksessa.

2.1 E-detailing – lääke-esittely sähköisessä muodossa

E-detailingin on tieteellisessä kirjallisuudessa käsitteenä vielä varsin tuore. Ehkä siksi jokainen tutkija tuntuu määrittelevän sen hieman eri tavalla. Käytännössä sähköisellä lääke-esittelyllä voidaan tarkoittaa esimerkiksi kokonaisuudessaan internetiin sijoitettua e-detailingia, jolloin lääkäri katsoo lääke-esittelyn omalta koneeltaan itselleen sopivana aikana, eikä lääke-edustajaa tarvita. (Heutschi ym., 2003) E-detailing voi toisaalta tarkoittaa myös sitä, että lääke-edustaja ja lääkäri keskustelevat toistensa kanssa puhelimitse ja katsovat samaan aikaan internetin välityksellä tietokoneiltaan lääke-esittelyä, jota lääke-edustaja omalta koneeltaan ohjaa (Bates ym., 2002b). Tässä työssä tarkoitetaan viimeksi mainittua, eli henkilökohtaista, virtuaalista e-detailingia sähköisestä lääke-esittelystä puhuttaessa, jollei muuta ole mainittu. Batesin ym. (2002b) e-detailingin määritelmä on nykyään kirjallisuudessa vallitseva. Sen mukaan e-detailing on sähköisten kanavien käyttöä lääke-esittelyprosessissa. Tämä määritelmä on selkeämpi kuin esimerkiksi Heutschin ym. (2003) määritelmä e-detailingistä kaikkena sähköisenä lääkemarkkinointina. Tässä työssä käytetään Batesin ym. (2002b) määritelmää.

2.1.1 E-detailingin tyypit

E-detailingille on kirjallisuudessa hahmotettu monta keskenään erilaista toteutusmallia (Heutschi ym., 2003). Bates ym. (2002b) jakavat e-detailingin kolmeen eri tyyppiin. Kaikki kolme e-detailing-mallia hyödyntävät digitaalisista kanavista nimenomaan internetiä. Kun tähän lisätään Batesin (2006) esittelemä e-detailing-ohjelmistoa käyttäen tehty perinteinen lääke-esittely, saadaan neljä e-detailingin päätyyppiä:

- internetiin käsikirjoitettu, ohjattu e-detailing
- lääkäreille tarkoitetuissa portaaleissa tapahtuva e-detailing
- sähköisen ohjelmiston avulla tehty, perinteinen kasvokkain tapahtuva lääke-esittely, sekä
- virtuaalinen, henkilökohtaisesti tapahtuva e-detailing.

Tässä työpaperissa keskitytään virtuaaliseen, henkilökohtaisesti tapahtuvana e-detailingiin. Se tarkoittaa sitä, että lääke-esittely käydään edelleen perinteiseen tapaan lääke-edustajan ja lääkärin välillä, mutta esittely toteutetaan virtuaalisesti. Lääke-edustaja ja lääkäri voivat keskustella toistensa kanssa esimerkiksi videokonferenssin tapaan nettikameroiden välityksellä, tai vaihtoehtoisesti puhelimitse. Kummatkin katsovat samaan aikaan tietokoneeltaan lääke-esittelyä, jota lääke-edustaja ohjaa omalta koneeltaan (Bates ym., 2002b). Edellä mainitun ja internetiin käsikirjoitetun e-detailingin ero on se, että jälkimmäisessä toteutus tapahtuu kokonaan internetin välityksellä, eikä suoraa kontaktia lääkärin ja lääke-edustajan välillä tarvita. Tällaisessakin mallissa lääkäreiden erilaiset informaatiotarpeet on kuitenkin mahdollista ottaa huomioon. (Heutschi ym., 2003) Ohjattuun, internetissä tapahtuvaan e-detailingiin, sekä lääkäriportaaleissa tapahtuvaan e-detailingiin liittyy e-detailingin yhteydessä paljon puhuttu mahdollisuus tehdä lääke-esittelyä ympäri vuorokauden.

E-detailing sopii tieteellisen kirjallisuuden mukaan hyvin monenlaisiin tilanteisiin ja tarkoituksiin. Batesin (2006) mukaan optimaalinen tuote e-detailingiin on joko uusi

tuote, myöhäisessä elinkaaren vaiheessa oleva tuote tai tuote, jolla on uusi hoitomuoto tai jokin uusi tieteellinen aspekti. Lisäksi sähköisen lääke-esittelyn avulla voidaan helpommin tavoittaa myös muuten vaikeasti tavoitettavia lääkäreitä (Bates ym., 2002a).

2.1.2 Lääkärien suhtautuminen e-detailingiin

Lääkärit tunnetaan yleisesti vaativana asiakasryhmänä. Kirjallisuudessa puhutaan paljon lääkäreiden tuntemasta luottamuspulasta lääkeyrityksiä kohtaan (Slavens, 2006; Mackintosh, 2004). Taustalla vaikuttavia tekijöitä ovat muiden muassa lääke-edustajien yhteydenottojen liiallinen määrä sekä koettu markkinointi-informaation laadullinen heikkous esimerkiksi puolueettomuuden suhteen. (Hennlich & Pesse, 2004; Bhalla ym., 2004) Asiakkaiden suhtautumisesta e-detailingiin on kuitenkin toistaiseksi olemassa varsin rajoitetusti tutkimustietoa (Davidson & Sivadas, 2004), ja tutkimustulokset ovat keskenään hyvinkin ristiriitaisia. Osaltaan tämä voi johtua e-detailingin määritelmän hajanaisuudesta ja toisaalta tutkimusmallien keskinäisestä erilaisuudesta.

Yksiselitteistä tietoa e-detailingin tunnettuudesta tai sen käytöstä on vaikea löytää. Batesin (2006) mukaan tehtyjen tutkimusten valossa sähköinen lääke-esittely vaikuttaa edelleen olevan enemmistölle lääkäreistä tuntematon käsite, esimerkiksi Iso-Britanniasa e-detailingiin on osallistunut vain noin 20 % lääkäreistä (Bates, 2006). Toisaalta joidenkin tutkimusten tulokset ovat olleet myös täysin päinvastaisia. Esimerkiksi Jupiter Researchin vuonna 2005 tekemän tutkimuksen mukaan yli 65 % internetiä käyttävistä lääkäreistä sanoi osallistuneensa e-detailingiin (Slavens, 2006). Tämän perusteella huomattava osa lääkäreistä olisi ottanut osaa e-detailingiin, sillä tutkimusten mukaan 84 % eurooppalaislääkäreistä käyttää internetiä työssään päivittäin (Ramko & Jarosch, 2005).

Tutkimusten perusteella on saatu viitteitä siitä, että lääkeyritysten tärkein kohderyhmä olisi kiinnostunut kokeilemaan e-detailingia (Bates, 2006; Davidson & Sivadas, 2004).

Batesin (2006) mukaan merkittävä osa tutkimuksiin osallistuneista lääkäreistä olisi valmis korvaamaan perinteisen lääke-esittelyn kokonaan tai ainakin osittain elektronisilla menetelmillä. Davidsonin ja Sivadasin (2004) e-detailingiin suhtautumista käsittelevään tutkimukseen vastanneista lääkäreistä jopa 45 % oli sitä mieltä, että e-detailing olisi parhaimmillaan silloin, kun se korvaisi osan kasvokkain tapahtuvista lääke-esittelyistä. Tätä tukee myös Batesin (2006) havainto siitä, että lääkärit valitsevat mieluiten sekoituksen sähköisesti ja kasvokkain tapahtuvaa lääke-esittelyä (Bates, 2006).

Davidson ja Sivadas (2004) toteavat, että lääkärit mieltävät e-detailingin hyvin informatiiviseksi; erään tutkimuksen mukaan jopa 82 % lääkäreistä piti e-detailingiä informaatioarvoltaan vähintään yhtä hyvänä kuin perinteistä lääke-esittelyä. Toisen tutkimuksen mukaan taas 58 % lääkäreistä oli sitä mieltä, että sähköisen lääke-esittelyn muodossa lääkäreille tarjottu informaatio on korkealaatuista ja relevanttia (Slavens, 2006). E-detailingin muina etuina lääkärit ovat tutkimuksissa maininneet mahdollisuuden osallistua lääke-esittelyyn varsinaisen työajan ulkopuolella, minkä lisäksi lääkärit pitävät hyvänä e-detailingin luomaa mahdollisuutta saada tietoa lääke-esittelyn muodossa, vaikka esimerkiksi toimialueella ei olisi tietyllä tuotteella omaa edustajaa ja näin mahdollisuutta kasvokkain tapahtuvaan esittelyyn (Davidson & Sivadas, 2004). E-detailingin heikkoudeksi lääkärit nimesivät juuri kasvokkain tapahtuvan kontaktin puutteen (Davidson & Sivadas, 2004).

Tutkijat (esim. Bates ym., 2002b) ovat myös havainneet eroja e-detailingiin suhtautumisessa eri lääkärikohderyhmien välillä. Erilaiset segmentit, ja segmenttien sisällä yksittäiset lääkärit ottavat e-detailingin vastaan eri tavoin (Bates, 2006). Schiavon (2008) mukaan suhtautumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat muiden muassa erikoisala sekä yksittäisen lääkärin tehtävät. Lisäksi e-detailingin kuten muunkin digitaalisen markkinoinnin vastaanottoon vaikuttaa mitä luultavimmin kohdeyleisön ikä ja teknologian käyttövalmius. On siis ehdottoman tärkeää, että kohderyhmät pystytään

segmentoimaan mahdollisimman tarkasti, jotta viesti voidaan räätälöidä kohderyhmän tarpeiden mukaisesti (Bates, 2006; Lerer, 2002).

2.1.3 E-detailingin hyödyt ja haasteet lääkeyritykselle

E-detailingistä voi harkiten käytettynä olla lääkeyritykselle monenlaisia hyötyjä niin kustannustehokkuuden kuin asiakassuhteiden kehittämisen suhteen. Tällä hetkellä lääkeyritykset ottavatkin e-detailingin käyttöönsä siinä toivossa, että sen avulla saavutettaisiin paremmin lääkäreiden huomio ja että markkinointibudjetit tulisivat tehokkaammin käytettyä (Davidson & Sivadas, 2004). On kuitenkin hyvä muistaa, että e-detailingin käyttöön liittyy useita haasteita, jotka sitä kokeileva lääkeyritys voi joutua kohtaamaan.

Kustannushyödyn sanotaan olevan e-detailingin lääkeyrityksille tarjoamista hyödyistä suurin (Slavens, 2006). Heutschin ym. (2003) mukaan e-detailingin muodosta riippuen säästöä voi kertyä 25 – 90 % jokaiselta lääke-esittelykerralta verrattuna perinteiseen, kasvokkain tapahtuvaan lääke-esittelyyn. Säästöä syntyy esimerkiksi myyntihenkilöstön matkustuskustannusten pienenemisestä. Toisaalta yksi sähköisen lääke-esittelyn suurimmista heikkouksista on kasvokkain tapahtuvan kontaktin puute (Davidson & Sivadas, 2004). Internetin välityksellä tapahtuva e-detailing ei voi korvata läheisyyden tunnetta ja sosiaalista kontaktia, joka syntyy kasvokkain tapahtuvassa viestinnässä (Schiavo, 2008). Kun lisäksi yleisesti puhutaan lääkemarkkinoinnin olevan menossa suhteiden rakentamista korostavaan suuntaan (Bhalla ym., 2004), on todennäköistä, että e-detailing-ratkaisut eivät tule laskemaan lääkemarkkinoinnin absoluuttisia kustannuksia ainakaan lähitulevaisuudessa (Heutschi ym., 2003)

Bates ym. (2002b) toteavat, että e-detailing tarjoaa lääkeyritykselle mahdollisuuden lisätä markkinoinnin laatua. Tässä on kuitenkin paikallaan muistuttaa lääkeyritysten yleisesti kohtaamasta haasteesta, nimittäin lääkäreiden luottamuspulasta yritysten

lääkemarkkinointia ja niiden tarjoamaa tuoteinformaatiota kohtaan. Heutschin ym. (2003) mukaan lääkärit kyllä hakevat internetistä yritysten sivuilta tietoa, mutta luotettavimmiksi lähteikseen he nimeävät kollegat, tieteelliset artikkelit ja kirjat. Näitä lääkärit pitävät huomattavasti lääkeyritysten tarjoamaa informaatiota objektiivisempina ja toisaalta relevantimpina tietolähteinä (Heutschi ym., 2003). Toisaalta Slavensin (2006) tekemän tutkimuksen mukaan kuitenkin 58 % e-detailingiä käsitelleeseen tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä oli sitä mieltä, että e-detailing tarjosi heille laadukasta ja relevanttia informaatiota. Voidaankin siis kysyä, onko sähköisen lääke-esittelyn avulla mahdollista nostaa markkinointi-informaation tasoa asiakkaiden silmissä.

Bates ym. (2002b) toteavat, että e-detailing tarjoaa lääkeyritykselle mahdollisuuden lisätä markkinoinnin tavoittavuutta. Lisäksi sen avulla voidaan laajentaa yleisöä. Yleisön laajentamisella viitataan mahdollisuuteen tavoittaa muuten vaikeasti tavoitettavat lääkärit, kuten syrjäseuduilla asuvat, entistä paremmin (Heutschi ym., 2003). On kuitenkin hyvä muistaa, että uusien kommunikaatiokanavien hyväksytyksi tekeminen on yksi ehkä suurimmista lääkeyritysten kohtaamista e-detailingiin liittyvistä haasteista (Heutschi ym., 2003). Monimutkaisemmat e-detailingin muodot kuten videokonferenssiin osallistuminen vaativat opettelua niin asiakkailta kuin työntekijöiltä (Heutschi ym., 2003). Tekniikan ja uusien käyttömahdollisuuksien opettelu vie muutenkin kiireisten lääkäreiden aikaa, mikä saattaa osaltaan rajoittaa e-detailingin kokeiluhalukkuutta. Opettelu vaatii myös lääkäreiltä omaa aktiivisuutta, minkä esimerkiksi Merisavo (2003) ei koe sopivan kaikille. Uuden tekniikan opettelu saattaa tuottaa haasteita etenkin vanhemmalle lääkäri- ja toisaalta lääke-edustajapolvelle. Tällaiset ongelmat lääkeyritysten tulisi pystyä ratkaisemaan proaktiivisesti jo ennen kuin e-detailingiä lähdetään toteuttamaan (Heutschi ym., 2003). Erityisen tärkeää on, että asiakkaiden kanavapreferenssit pyritään selvittämään etukäteen. On myös muistettava, että vaikeasti tavoitettavat lääkärit eivät välttämättä ota e-detailingiäkään avosylin vastaan vaan pysyvät edelleen lääkeyritysten tavoittamattomissa (Bates, 2006).

Yleisen näkemyksen mukaan paras hyöty e-detailingistä saadaan, kun se integroidaan perinteiseen lääke-esittelyyn (Heutschi ym., 2003; Davidson & Sivadas, 2004). Toisaalta digitaalisen markkinoinnin yhdistäminen osaksi perinteistä markkinointiviestintää on tällä hetkellä yksi suurimmista markkinointiin liittyvistä haasteista (Garret, 2001; Bates, 2006). Lisäksi täytyy muistaa, että e-detailingin hyödyt saadaan esiin vasta sitten, kun lääkeyritys omaksuu asiakaskeskeisen markkinointinäkökulman tuotekeskeisen näkökulman sijaan (Bates, 2006).

Jotta lääkeyritykselle olisi markkinoinnista ja siinä käytetyistä kanavista todellista hyötyä, täytyy asiakkaan kokea markkinointiviestintä itselleen arvokkaaksi. Asiakkaan kokema arvo voidaan määritellä koettujen hyötyjen ja uhrausten suhteeksi. (Merisavo, 2003) E-detailing mahdollistaa käytännössä kaiken markkinoinnissa syntyvän tiedon jäljittämisen. On siis tärkeää, että tätä käytetään hyödyksi segmentoinnissa ja sitä kautta palveluiden oikeanlaisessa kohdistamisessa (Bates, 2006). Asiakastiedon tallentaminen ja analysointi digitaalisessa muodossa tarjoaa lääkeyrityksille merkittävän mahdollisuuden luoda digitaalisen markkinoinnin avulla enemmän arvoa yritykselle, työntekijöille ja asiakkaille (Ramko & Jarosch, 2005). Uudet markkinointikanavat mahdollistavat sen, että asiakkaalle voidaan tarjota entistä räätälöidympiä palveluita entistä joustavammin. (Merisavo, 2003)

2.2 TAM-mallien hyödyntäminen e-detailingin tutkimisessa

Siitä miten lääkärit suhtautuvat e-detailingiin on toistaiseksi vähän riippumatonta tietoa. Aiemmista empiirisistä tutkimuksista saatavilla oleva tieto on lähinnä yleistä asennetta mittaavaa selvitystä. Tässä työssä halutaan syventää asiakkaiden e-detailingiin suhtautumisen tarkastelua siten, että se linkitetään mukailusti teoriapohjaisiin teknologian hyväksymis- eli TAM-malleihin (Technology Acceptance Model).

2.2.1 Yleistä TAM-malleista

TAM-mallia käytetään yleisnimityksen omaisesti kuvaamaan teknologian hyväksymisen malleja. Sen avulla voidaan tutkia tietotekniikan hyväksyntää ja sen käyttöaikomuksia paitsi työntekijöiden, mutta laajennetuissa versioissa myös esimerkiksi asiakkaiden keskuudessa. (Venkatesh ym., 2003) TAM-mallit pohjautuvat sosiaalipsykologiasta johdettuun perustellun toiminnan teoriaan (Theory of Reasoned Action, TRA), jota on käytetty laaja-alaisesti käyttäytymisen ennustamisessa (Venkatesh ym., 2003).

Alkuperäisestä TAM-mallista, jonka Davis lanseerasi 1980-luvulla (Venkatesh ym., 2003), on tehty lukuisia muunnelmia. Kuitenkin kaikkien erilaisten mallien, jotka kuvaavat käyttäjän teknologian hyväksymistä, taustalta löytyy yhteinen perusmalli. Sen mukaan kuluttajan yksilölliset reaktiot teknologian käyttämisestä kohtaan vaikuttavat hänen aikomukseensa käyttää tiettyä teknologiaa, mikä puolestaan vaikuttaa teknologian käytön todelliseen toteutumiseen (Venkatesh ym., 2003). Monessa eri mallissa esimerkiksi koetun käytön helppouden sekä koetun hyödyllisyyden avulla kuvataan käyttäjän suhtautumista tietotekniikan käyttämiseen (vrt. Venkatesh ym., 2003; Brown & Jayakody, 2008; Kim & Forsythe, 2008; Chen ym., 2007). TAM-mallin laajennuksiin on tilanteesta riippuen otettu aineksia muiden muassa innovaatioiden diffuusio -teoriasta, motivaatiomalleista sekä suunnitellun käyttäytymisen teoriasta (Theory of Planned Behaviour, TPB) (Venkatesh ym., 2003).

2.2.2 TAM-mallien sopeuttaminen e-detailingin tutkimiseen

Tässä työssä pyritään selvittämään sitä, miten lääkäriasiakkaat suhtautuvat uudenlaiseen, sähköiseen lääkemarkkinointiin. Toisin sanottuna työssä on kysymys siitä, mitkä tekijät vaikuttavat uuden tietoteknisen ratkaisun hyväksymiseen ja sen käyttämiseen. Näin ollen koettiin relevantiksi tutkia aihetta hieman uudesta

näkökulmasta ottamalla teknologian hyväksymismallit tutkimuksen taustatueksi. Tutkimus hyödyntää TAM-malleja tosin löyhästi, eikä tutkimusaineistoa analysoitaessa käytetä esimerkiksi regressioanalyysiä, kuten voitaisiin tämäntyyppisen mallin ollessa kyseessä helposti olettaa. Kuitenkin TAM-mallit luovat tutkimukselle ja työn viitekehykselle osaltaan taustakehikkoa, johon empiirisen tutkimuksen tuloksia voidaan peilata, ja joka kattaa teknologian suhtautumisen tärkeitä osa-alueita ja muuttujia. Kuviossa 1 näkyy, miten erilaisista TAM-malleista poimittuja ideoita hyödynnettiin pohjana tämän työn empiiriselle kyselytutkimukselle yhdessä lääkemarkkinointia käsittelevän kirjallisuuden kanssa.

Kuvio 1: TAM-mallit e-detailingin tutkimisessa

Väite	Lähde	TAM-malli
Koettu interaktiivisuus		
K18 Kysymisen helppous	Mukaillen: Chen ym. (2007); Mackintosh (2004); Davidson & Sivadas (2004)	Kommunikaation kaksisuuntaisuus
K21 Fyysisen läsnäolon tarve		Kommunikaation kaksisuuntaisuus
K19 Räättälöinti esittelytilanteessa		Räättälöinti asiakkaan tarpeisiin
K25 Tarpeita vastaavaa tietoa		Räättälöinti asiakkaan tarpeisiin
K17 Henkilökohtaisuuden aste		Koettu henkilökohtaisuus
K20 Henkilökohtaisuuden riittävyys		Koettu henkilökohtaisuus
Koettu informaation laatu		
K27 Havainnollisuus	Mukaillen: Brown & Jayakody (2008); Mackintosh (2004); Andaleeb & Tallman (1996); Nash (2006)	Informaatiotyyppin sopivuus
K22 Informaation riittävyys		Informaation kattavuus
K23 Sisällön laajuus		Informaation kattavuus
Koettu hyödyllisyys		
K24 Tiedonsaannin nopeus	Mukaillen: Venkatesh ym. (2003); Brown & Jayakody (2008); Chen ym. (2007); Davidson & Sivadas (2004)	Käyttötilanteeseen liittyvä hyödyllisyys
K31 Oheismateriaalin jakaminen		Käyttötilanteeseen liittyvä hyödyllisyys
K26 Vaikeaselkoisuus		Informaatioon liittyvä hyödyllisyys
K28 Uusien tuotteiden esittely		Informaatioon liittyvä hyödyllisyys

K29 Uusien tutkimusten esittely		Informaatioon liittyvä hyödyllisyys
K30 Uusi tieto vanhoista tuotteista		Informaatioon liittyvä hyödyllisyys
K33 Tapaamisen täydentäjä		Palvelun kokonaishyödyllisyys
K34 Tapaamisten korvaaja		Palvelun kokonaishyödyllisyys
K37 Hyödyllisyys työssä		Palvelun kokonaishyödyllisyys
Koettu käytön vaivattomuus		
K32 Tapaamisen alustaja	Mukaillen: Venkatesh ym. (2003); Brown & Jayakody (2008); Chen ym. (2007); Kim & Forsythe (2008)	Oman aktiivisuuden vaatimus
K35 Liika aikaavievyyys		Oman aktiivisuuden vaatimus
K36 Joustavuuden parantuminen		Joustavuus
K15 Teknologian kokeiluhalukkuus		Teknologinen valmius
Asenne e-detailingiä kohtaan		
K38 Kiinnostava tiedonsaannin tapa	Mukaillen: Venkatesh ym. (2003); Brown & Jayakody (2008); Chen ym. (2007); Kim & Forsythe (2008)	Asenne e-detailingiä kohtaan
K39 Ei houkutteleva		Asenne e-detailingiä kohtaan
K40 Miellyttävä tiedonsaannin tapa		Asenne e-detailingiä kohtaan
E-detailingin käyttöaikomus		
K41 Mieluummin perinteinen	Mukaillen: Venkatesh ym. (2003)	E-detailingin käyttöaikomus
K42 Mielellään sähköinen		E-detailingin käyttöaikomus
Suhtautuminen lääkemarkkinointiin		
K10 Sosiaalinen tapahtuma	Mukaillen: Mackintosh (2004); Andaleeb & Tallman (1996); Nash (2006); Slavens (2006)	Sosiaalisen kontaktin merkitys
K03 Edustajien tapaamisen tärkeys		Sosiaalisen kontaktin merkitys
K04 Kontaktionnin liika useus		Sosiaalisen kontaktin merkitys
K05 Suhteen luomisen tärkeys		Sosiaalisen kontaktin merkitys
K09 Oheismateriaali		Tarpeet lääkemarkkinoinnin suhteen
K06 Tiedon saaminen uutuuksista		Tarpeet lääkemarkkinoinnin suhteen
K07 Uudet tutkimukset		Tarpeet lääkemarkkinoinnin suhteen
K08 Uusi tieto vanhoista tuotteista		Tarpeet lääkemarkkinoinnin suhteen
K02 Välttämättömyys		Lääkemarkkinoinnin rooli
K01 Myönteinen suhtautuminen		Lääkemarkkinoinnin rooli

K11 Saan tarvitsemani lääke-esittelystä		Lääkemarkkinoinnin rooli
K12 Saamani tieto on hyödyllistä		Lääkemarkkinoinnin rooli
K13 Saan tiedon yhtä helposti muualta		Lääkemarkkinoinnin rooli
Demografiset tekijät		
K44 Ikä		Ikä
K45 Sukupuoli		Sukupuoli
K46 Erikoisala		Erikoisala
K47 Sairaanhoidopiiri		Sairaanhoidopiiri

Mukaiillen: esim. Brown & Jayakody, 2008; Kim & Forsythe, 2008; Chen ym., 2007; Venkatesh ym. (2003).

Kuten lähes kaikissa TAM-malleissa, myös tässä e-detailingiin suhtautumista kuvaavassa mallihahmotelmassa teknologian, kuten sähköisen lääke-esittelyn koettu hyödyllisyys sekä käytön helppous, ja vaivattomuus, ovat suhtautumisen avaintekijöitä (ks. Venkatesh ym., 2003). Nämä liittyvät kiinteästi sähköiseen lääke-esittelyyn myös aiemman lääkemarkkinointia käsittelevän tutkimuksen perusteella. Lääke-esittelyn koettua hyödyllisyyttä määrittävät esimerkiksi sähköisen lääke-esittelyn käyttötilanteeseen liittyvä hyödyllisyys (Davidson & Sidavas, 2004), sähköisessä lääke-esittelyssä välitettävän informaation koettu hyödyllisyys sekä palvelun koettu hyödyllisyys kokonaisuudessaan. Myös lääke-esittelyn joustavuus nousee esiin aiemmassa lääkemarkkinoinnin tutkimuksessa (Nash, 2006).

Koettu informaation laatu yhdistettynä koettuun hyödyllisyyteen otettiin Brown & Jayakodyn (2008) B2C e-Commerce Success -mallista. Mallin kehittäjät tutkivat TAM-mallista kehitelleensä version avulla sitä, mitkä tekijät ovat sähköisen kaupan menestyksen takana. Voidaan sanoa, että koettu informaation laatu on yksi tärkeimmistä tekijöistä, kun puhutaan lääkäreille suunnatusta markkinoinnista. Lääkärit arvostavat

laadukasta tieteellistä ja puolueetonta tietoa (Mackintosh, 2004; Andaleeb & Tallman, 1996), mutta Nashin (2006) mukaan kuitenkin usein kokevat informaation tasossa olevan parantamisen varaa.

Interaktiivisuus ja erityisesti sitä kuvaavat sosiaalinen kontakti ja lääke-esittelyn henkilökohtaisuus ovat asioita, joita lääkärit tutkimusten mukaan arvostavat (Mackintosh, 2004). Interaktiivisuus ja sen vaikutus koettuun hyödyllisyyteen on otettu Chenin ym. (2007) laajennetusta TAM-mallista, joka käsittelee eCRM:n käyttäjien teknologian hyväksymistä. Tutkimuksen kohteena ovat eCRM-systeemit hyödyntävät internet-sivuja pääasiallisena interaktiokanavana ja simuloivat näin vanhanaikaisempaa kahdenvälistä suhdetta asiakkaiden kanssa (Chen ym., 2007). Tällaisen lähestymisen katsottiin soveltuvan myös sähköisen lääke-esittelyn tutkimiseen, sillä senkin tavoitteena on kyetä tarjoamaan asiakkaalle vaihtoehto perinteisen, kasvokkain tapahtuvan lääke-esittelyn tilalle (Davidson & Sidavas, 2004).

Muuttuvina tekijöinä tämän työn mallihahmotelmassa nähdään taustatekijöiden kuten iän, sukupuolen ja erikoisalan lisäksi myös suhtautuminen yleisesti lääkemarkkinointiin. Kumpienkin tekijöiden on todettu vaikuttavan siihen, miten lääkärit suhtautuvat e-detailingiin ja sen käyttämiseen (ks. Bates, 2006). Kaikkiaan malli vaikuttaa ainakin teoreettisesti tarjoavan kattavan pohjan sen tutkimiseen, miten lääkärit suhtautuvat sähköiseen lääke-esittelyyn. Seuraavaksi kerrotaan tarkemmin työhön liittyvästä kvantitatiivisesta kyselytutkimuksesta, jolle edellä esitelty malli tarjoaa pohjan.

3 METODOLOGIA

Tässä luvussa kuvataan lyhyesti tutkimuksessa käytetty menetelmä ja kerrotaan kyselytutkimuksen toteuttamisen vaiheista. Lisäksi analyysivaiheessa käytetyt tilastolliset menetelmät käydään kohta kohdalta läpi. Myös tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia pohditaan.

3.1 Kyselytutkimuksen tavoitteet ja otos

Kyselytutkimus laadittiin olemassa olevan lääkemerkinnöiden teorian sekä TAM-mallien pohjalta ja sitä täydennettiin tehdystä haastattelututkimuksesta (ks. Tutkimuspaperi 1) saaduilla ideoilla. Asenteita ja mielikuvia kartoittavassa tutkimuksessa pääpaino e-detailingissä. Tutkimuksen tekemiseen valittiin käytettäväksi määrällinen menetelmä, sillä vastausten suuri määrä mahdollistaa tulosten yleistämisen (Vilkkä, 2007, 13) paremmin koko Suomen lääkemerkkinä koskevaksi. Kyselytutkimus toteutettiin suomalaisen alkuperäislääkkeitä valmistavan ja lääkemerkinnöitä harjoittavan MSD Finland Oy:n asiakkaiden piirissä.

Kyselytutkimus toteutettiin internetissä online-kyselyiden tekemiseen tarkoitettulla Webropol-työkalulla. Internetin kautta toteutettu kysely koettiin hyväksi tavaksi tavoittaa muuten vaikeasti tavoitettava lääkärikohderyhmä, sillä tutkimusten mukaan suuri osa lääkäreistä käyttää internetiä työaikanaan päivittäin (Bates, 2006). Kyselytutkimuksen avulla oli tarkoitus selvittää, miten suomalaiset lääkärit suhtautuvat lääke-esittelyyn ja erityisesti sitä, minkälaisia mielikuvia sähköinen lääke-esittely vastaajissa herättää. Tutkimuksen otantakehikon muodostivat suomalaiset lääkärit. Käytetty otantamenetelmä noudatti lähinnä harkinnanvaraista otantamenetelmää (Malhotra, 2007, 342-343). Kyselyn otokseen pyrittiin valitsemaan MSD Finland Oy:n asiakasrekisteristä edustava otos eri ikäisiä, eri alojen lääkäreitä kaikkialta Suomesta.

3.2 Kyselylomakkeen valmistelu ja tutkimuksen eteneminen

Kyselylomakkeen valmistelu aloitettiin kesäkuun 2009 alkupuolella. Lomakkeen kysymykset perustuvat olemassa olevaan, lääke-esittelyä ja e-detailingiä käsittelevään tutkimukseen. Kyselylomakkeen kysymyksiä muokattiin MSD Finland Oy:n asiantuntijoiden kanssa useaan kertaan. Varsinaista kyselylomakkeen testausta kohderyhmällä ei aikataulupaineista johtuen ehditty tehdä, mutta moneen otteeseen asiantuntijoiden kanssa läpi käyty kyselylomake pyrittiin kuitenkin viimeistelemään niin toimivaksi kuin mahdollista. Kyselylomake on kokonaisuudessaan työn liitteenä (Liite 1).

Kyselylomake koostuu vastaajien perustietoja käsittävästä osiosta ja muutamia täydentäviä avoimia kysymyksiä lukuun ottamatta väitteistä, joihin vastataan viisiportaisen Likert-asteikon (1 = täysin eri mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä) mukaisesti. Lomake muodostuu seitsemän eri teeman alle jakautuvista väitteistä. Yksi teemoista käsittelee suhtautumista lääke-markkinointiin (väitteet 1-14), seuraavat viisi käsittelevät suhtautumista sähköiseen lääke-esittelyyn (väitteet 15-43), ja loput kysymykset muodostavat perustiedot -osion.

Kutsu kyselyyn lähetettiin valitulle otokselle eli kaikkiaan 2575 lääkärille 30. Kesäkuuta 2009. Vastaajille annettiin vastausaikaa 10. Heinäkuuta asti. Kutsu kyselyyn lähetettiin sähköpostina, joka sisälsi kyselyn saatekirjeen (Liite 2) sekä linkin Webropol-palvelun avulla tehtyyn kyselyyn. Vastaajille lähetetty linkki oli henkilökohtainen, mikä takaa sen, ettei sama henkilö voi vastata kyselyyn useaan kertaan. Paremman vastausprosentin takaamiseksi ja loma-ajan vaikutuksen pienentämiseksi lähetettiin muistutusviesti 8. heinäkuuta niille kyselykutsun vastaanottajille, jotka eivät vielä olleet vastanneet kyselyyn. Muistutuksen ansiosta

vastaajamäärä nousi vielä selvästi. Kaikkiaan vastauksia saatiin loma-ajasta huolimatta 361 kappaletta ja vastausprosentti nousi näin noin 14 prosenttiin.

3.3 Aineiston kuvailu

Kaikkiaan 361 vastaajasta naisia oli 42 % ja miehiä 58 %. Tämä ei aivan kuvaa todellista jakaumaa, sillä todellisuudessa naisia on Suomen 17 796 työikäisestä, aktiivisesti työskentelevästä lääkäreistä tällä hetkellä jo 52 prosentin enemmistö. (Lääkäriliitto, 2009) Kyselyyn vastaajat muodostavat siis vain noin 2 % kokonaisuudesta. Näin ollen tulosten yleistettävyyteen tulee suhtautua varauksella etenkin niissä ryhmissä, jotka ovat erityisen heikosti edustettuina.

Iän ja työuran pituuden havaittiin aineiston perusteella mittaavan käytännössä samaa asiaa, jolloin vain ikä valittiin tähän selventämään aineiston koostumusta. Iältään vastaajat painoutuivat selvästi vanhempaan päähän. 50-60-vuotiaita vastaajia oli joukossa 47 % ja 40-49-vuotiaitakin 26 %. Yli 60-vuotiaiden lääkäreiden vastaukset muodostivat 15 % vastauksista. 20-39-vuotiaiden osuus jäi näin varsin alhaiseksi eli 13 prosenttiin. Osittain epätasainen jakauma ikäluokkien kesken johtuu valitusta otoksesta. Kysely lähetettiin MSD Finland Oy:n asiakasrekisteristä niille lääkäreille, jotka yritys katsoo tavalla tai toisella itselleen merkittävimmiksi. Käytännössä kyse on lääkäreiden vaikuttavuuden tasosta. Kuitenkin kun mietitään asiaa tulosten kannalta, on hyvä, että tietoa saadaan nimenomaan niistä lääkäreistä, joilla on todettu olevan muita enemmän vaikutusvaltaa ympärillä oleviin kollegoihinsa.

Erikoislääkärit olivat aineistossa selkeästi eniten edustettuina. Heitä oli vastaajista 53 %. Työterveyslääkäreitä oli 20 % ja terveyskeskuslääkärit muodostivat 27 % vastauksista. Muu -vaihtoehdon vastanneita oli vastaajista 4 %. Prosentuaalisesti vastauksissa mennään yli sadan, sillä osa vastaajista oli vastannut tähän kysymykseen

useamman kuin yhden vaihtoehdon. Tämä ei ollut tarkoitus, vaan vastausvaihtoehdot oli tarkoitus säätää siten, että vain yhteen kohtaan vastaaminen olisi mahdollista. Se, että osa lääkäreistä oli vastannut useamman vaihtoehdon vaikeutti tämän muuttujan hyödyntämistä aiotusti.

Eri sairaanhoitopiirit olivat melko tasaisesti edustettuina. Odotetusti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä saatiin eniten vastauksia (28 %). Muita yli kymmentä prosenttia vastauksista edustavia piirejä olivat Pirkanmaa (10 %) ja Varsinais-Suomi (13 %). Prosentuaalisesti kaikkein vähiten vastauksia saatiin Ahvenanmaalta (0 %), Itä-Savosta ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiristä. Tässäkin kohdassa saatujen vastausten prosentuaalisesti epätasainen jako selittyy osittain valitulla otoksella. Toisaalta on varsin luontevaa, että suurimmasta sairaanhoitopiiristä tulee myös eniten vastauksia ja haja-asutusalueilta vähemmän. E-detailingin tutkimisen kannalta olisi ollut hyvä, että haja-asutusalueilta vastauksia olisi tullut enemmänkin, kun kuitenkin teorian ja haastattelututkimusten pohjalta oletus on, että haja-asutusalueilla sähköisestä lääke-esittelystä voisi olla selkeästi enemmän hyötyä kuin tiheään asutuissa asutuskeskuksissa.

3.4 Analyysin vaiheet

Kyselytutkimuksella kerättyä aineistoa analysoitiin usealla erilaisella tilastollisella monimuuttujamenetelmällä. Tavoitteena oli löytää taustatekijöitä, jotka määrittävät lääkäreiden suhtautumista lääkemarkkinointiin. Tässä käytettiin menetelmänä faktorianalyysiä. Toisena tavoitteena oli erilaisten asiakasryhmien löytäminen tilastollisten menetelmien avulla. Ryhmiä pyrittiin löytämään edellä tunnistettuihin taustatekijöihin perustuen klusterianalyysin avulla. Tämän jälkeen lääkäreiden suhtautumista e-detailingiin tutkittiin ryhmien ja perustiedoista saatujen yleismuuttujien suhteen.

3.3.1 Faktorianalyysi

Ensimmäinen analyysivaihe oli faktorianalyysin suorittaminen. Faktorianalyysi tutkii muuttujien välisiä suhteita. Sen avulla suuresta muuttujamäärästä on mahdollista hahmottaa muutamia niin kutsuttuja piilomuuttujia tai faktoreita (tekijöitä), jotka ovat yhdistelmiä toisiaan lähellä olevista muuttujista. Faktoreiden avulla suuren muuttujamäärän eri muuttujien liittymistä toisiinsa pystytään selittämään huomattavasti yksinkertaisemmin kuin, jos samaa yritettäisiin kaikkien muuttujien avulla. (Burns & Burns, 2008, 440). Faktorianalyysin avulla voitiin selvittää merkittävimmät lääkemarkkinointiin suhtautumiseen vaikuttavat ja sitä selittävät tekijät.

Tässä työssä käytetään eksploratiivista faktorianalyysiä, eli etsitään muuttujien kokonaisuudesta faktoreita, jotka pystyvät selittämään riittävässä määrin havaittujen muuttujien vaihtelua. Analyysi toteutettiin tilastolliseen analysointiin tarkoitettun SPSS 17 -ohjelmiston Principal Components Analysis:ia (PCA) ja varimaax-rotatiota käyttämällä. Varimax-rotatio korostaa faktorien suuria ja pieniä kommunaliteetteja ja helpottaa näin tulkintaa (Malhotra, 2007, 616-619).

Faktorianalyysin aluksi aineisto testattiin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) -testillä. Kaiser-Meyer-Olkin -testillä mitataan otoksen asianmukaisuutta. KMO-arvon tulee olla yli .50, jotta aineistoa voidaan pitää soveltuvana faktorianalyysiin. Bartlettin testiä käytettiin puolestaan testaamaan nollahypoteesia siten, että kaikki muuttujien keskinäiset korrelaatiokertoimet ovat nolliä. Testisuureen suuri arvo puoltaa nollahypoteesin hylkäämistä, mutta pieni analyysi antaa aiheen kyseenalaistaa aineiston sopivuus faktorianalyysiin (Malhotra, 2007, 614). Tässä tutkimuksessa $KMO = .784$; $df = 36$; $p < .001$, minkä perusteella aineiston voidaan sanoa sopivan hyvin faktorianalyysiin.

Faktoreiden ominaisarvoja (Eigenvalue) ja kommunaliteettien (communality) avulla voidaan arvioida faktorimallin toimivuutta. Mitä suurempia faktorien ominaisarvot ovat, sitä paremmin ne selittävät muuttujien hajontaa (Malhotra, 2007, 579). Faktorianalyysiin hyväksytään yleensä käytettäväksi >1.0 ominaisarvon omaavat faktorit, joita tässä tutkimuksessa oli kolme. Kommunaliteetti (h^2) kertoo siitä, kuinka suuri osuus havaitun muuttujan vaihtelusta selittyy löydettyjen faktorien avulla. Mitä suuremman arvon kommunaliteetti saa, sitä paremmin faktorit selittävät muuttujaa. (Malhotra, 2007, 612) Tässä tutkimuksessa kaikkien muuttujien kommunaliteetit ylittivät vähimmäisraja-arvon .50.

3.3.2 Klusterianalyysi

Seuraavassa analyysivaiheessa siirryttiin selvittämään, minkälaisia, keskenään eri tyyppisesti lääke-markkinointiin ja e-detailingiin suhtautuvia asiakasryhmiä aineiston perusteella voidaan hahmottaa. Tässä käytettiin analyysimenetelmänä klusterianalyysiä. Klusterianalyysin tarkoitus on ryhmitellä objekteja niiden ominaisuuksien mukaan siten, että ryhmien sisällä objektit ovat keskenään mahdollisimman samankaltaisia ja että eri ryhmien väliset erot olisivat puolestaan mahdollisimman suuret. (Malhotra, 2007, 636) Lisäksi varianssianalyysin avulla tutkittiin tiettyjä e-detailingiin suhtautumista muuttujia saaduissa klustereissa.

Tässä työssä käytetään klusterointivaihtoista K-means -analyysiä, jossa klustereiden määrä täytyy päättää etukäteen. Siitä on hyötyä esimerkiksi tämän työn tapauksessa, kun tavoitteena on määrittää selkeitä, toisistaan eroavia asiakassegmenttejä. Muuttujat, joille klusterointi perustuu, täytyy määrittää ennakkoon. Klusterianalyysissä hyödynnetään faktorianalyysissä löydettyjä faktoreita siten, että klusterit rakennetaan näiden muuttujien ympärille. (Malhotra, 2007, 642) Tässä tutkimuksessa muuttujina käytettiin edeltäneen faktorianalyysin tuloksena saatuja faktoripisteitä. Tutkittiin siis sitä, miten klusterit muodostuvat näiden faktoripisteiden ympärille.

3.4 Reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen ja sen tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä mitataan reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset pysyvät samoina, vaikka tutkimus tehtäisiin uudelleen (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 184).

Tutkimuksen reliabiliteettia pyrittiin parantamaan suunnittelemalla kyselylomake huolellisesti ja perustamalla sen sisältämät väitteet harkiten olemassa olevaan teoriaan. Varsinaista kyselylomakkeen testausta ei tiukan aikataulun takia ehditty tehdä, mutta kyselylomake lähetettiin ensin kolmelle MSD Finland Oy:n työntekijälle koetäytettäväksi, ja sitä paranneltiin useaan otteeseen MSD Finland Oy:n asiantuntijoiden kanssa. Osaltaan reliabiliteettia paransi esimerkiksi se, että jokainen vastaaja pystyi henkilökohtaisen linkin ansiosta vastaamaan kyselyyn vain kerran. Valitun otantamenetelmän takia mukaan valikoitui lääkäreitä vain MSD Finland Oy:n asiakasrekisteristä. Tämä saattoi heikentää tutkimuksen reliabiliteettia, sillä asiakasrekisteriin on otettu mukaan lääkeyrityksen tavalla tai toisella merkityksellisiksi katsomia asiakkaita. Toisaalta suhteellisen hyvä vastausprosentti (14 %) paransi myös osaltaan tutkimuksen reliabiliteettia.

Validiteetilla tarkoitetaan mittarin pätevyyttä mitata nimenomaan sitä, mitä sen on haluttu mittaavan. Erikseen voidaan puhua ulkoisesta ja sisäisestä validiteetista. Sisäinen validiteetti liittyy tutkimuksen sisäisten, muuttujien välisten yhteyksien pohtimiseen. Ulkoisesta validiteetista puhuttaessa tarkoitetaan puolestaan sitä, voidaanko löydetty syy-seuraus –suhde yleistää tutkimuksen ulkopuolelle. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 184-185)

Tutkimuksen validiteettia parannettiin siten, että kyselyn rakenteen ja väitteiden pohjana hyödynnettiin tarkkaan valittuja aiempia tutkimuksia. Suuri osa lomakkeen väitteistä onkin pienillä muokkauksilla otettu aiemmista lääkemarkkinointi-, e-detailing- ja TAM-tutkimuksista. Ulkoista yleistettävyyttä pyrittiin parantamaan siten, että kyselyyn pyrittiin saamaan vastaajia mahdollisimman eri tyyppisistä lääkäreistä. Tässä huomioidaan erityisesti ikä, sairaanhoitopiiri, sukupuoli ja erikoisala. Vastauksia saatiinkin melko tasaisesti eri alueilta. Samoin naiset ja miehet olivat melko tasaisesti edustettuna. Yleistettävyyttä saattaa kuitenkin laskea se, että ikähaitarilla vastaajat painottuivat selvästi vanhempaan päähän.

4 TULOKSET

Tässä luvussa käydään läpi kyselytutkimusaineistosta tilastollisten menetelmien avulla saadut tulokset. Faktorianalyysin avulla selvitettiin ensin lääkemarkkinointiin ja erityisesti lääke-esittelyyn suhtautumisen taustalla vaikuttavia ulottuvuuksia. Tämän jälkeen saatuja faktoripisteitä hyödynnettiin klusterianalyysissä, jonka avulla määritettiin lääkemarkkinointiin eri tavoin suhtautuvia lääkäriryhmiä. Klusterianalyysin jälkeen varianssianalyysin ja ristiintaulukoinnin avulla tutkittiin, miten suhtautuminen e-detailingiin eroaa eri ryhmissä, sekä miten ryhmien rakenteet esimerkiksi iän ja sairaanhoitopiirin suhteen eroavat toisistaan.

4.1 Faktorianalyysi lääkemarkkinointiin suhtautumisesta

Faktorianalyysin avulla tutkittiin lääkemarkkinointiin suhtautumisen taustalla vaikuttavia, piileviä ulottuvuuksia. Tavoitteena oli faktorianalyysin avulla löytää ennalta tuntematon määrä faktoreita, joiden varaan klusterianalyysi voitaisiin perustaa. Parhaan tuloksen antoi kaikkiaan yhdeksän muuttujaa sisältävä kolmen faktorin ratkaisu. Tämä ratkaisu selittää kaikkiaan yli 63, 14 % aineiston kokonaisvaihtelusta. Selitysaste on selvästi suositellun 60 % rajan yläpuolella, ja selittää siis aineiston muutoksia varsin hyvin. Faktorianalyysin tulokset ovat taulukossa 2.

Taulukko 2: Faktorianalyysi lääkemarkkinointiin suhtautumisesta

	Faktorin nimi	lataus	h²	Eigenvalue	% varianssista
F1	Ajan tasalla pysyminen			3.316	36.84
K07	Lääke-esittelyssä minulle on erityisen tärkeää uusien tutkimusten ja niiden tulosten esittely	.819	.709		
K08	Lääke-esittelyssä minulle on erityisen tärkeää uusimman tiedon saaminen vanhemmista tuotteista	.812	.674		
K06	Lääke-esittelyssä minulle on erityisen tärkeää saada tietoa uusista tuotteista	.778	.681		
F2	Oleellinen osa työtä			1.343	14.92
K12	Lääke-esittelyistä saamani tieto on minulle työni kannalta erittäin hyödyllistä	.778	.666		
K02	Lääkemarkkinointi on työni kannalta välttämätöntä	.665	.603		
K01	Suhtaudun lääkemarkkinointiin erittäin myönteisesti	.605	.527		
K13	Saan tarvitsemani lääkkeisiin ja niiden käyttöön liittyvän informaation yhtä helposti muualtakin kuin lääke-esittelyistä	-.727	.542		
F3	Sosiaalisuus			1.024	11.38
K05	Minulle on tärkeää luoda henkilökohtainen suhde lääke-esittelijään	.791	.674		
K10	Lääke-esittelyssä minulle on erityisen tärkeää sosiaalinen tapahtuma	.776	.608		
Kumulatiivinen varianssi					63.14

Saadut kolme faktoria kuvaavat varsin kattavasti lääkemarkkinointiin ja erityisesti lääke-esittelyyn suhtautumiseen liittyviä ulottuvuuksia. Seuraavassa faktorit esitellään tarkemmin.

Faktori 1: Ajan tasalla pysyminen

Ensimmäinen faktori kuvaa ajan tasalla pysymistä lääkemarkkinoinnin avulla. Tämän faktorin muuttujia yhdistävät tekijät ovat helposti hahmotettavissa. Tiedon saaminen kuvastuu jokaisessa faktorin muuttujassa samoin kuin tiedon uutuusarvo. Ensimmäinen faktori heijastelee siis sitä, että yksi tärkeä lääkemarkkinointiin suhtautumisen tekijä on jatkuva, uusimman tiedon saaminen uusista ja vanhemmista tuotteista sekä tutkimuksista ja niiden tuloksista. Toisin sanoen kysymys on lääkäreiden lääkemarkkinoinnin avulla ajan tasalla pysymisestä.

Faktori 1: Oleellinen osa työtä

Toinen faktori kuvaa lääkemarkkinoinnin koettua tärkeyttä lääkärin työn kannalta. Erityisesti tämän faktorin muodostavissa muuttujissa painottuu lääke-esittelyn tärkeys. Koetaan, että esimerkiksi informaation hankkiminen oma-aloitteisesti voisi olla hankalampaa kuin sen saaminen suoraan lääke-esittelyn kautta. Lääkemarkkinointi ja erityisesti lääke-esittely koetaan kaikkiaan hyödylliseksi oman työn kannalta. Yleisesti toinen faktori kuvaa positiivista suhtautumista lääkemarkkinointiin. Faktori kertoo siitä, että lääkemarkkinointi nykyisellään kuuluu kiinteänä osana lääkärin työhön, eikä siitä sen hyödyllisyyden takia olla valmiita luopumaan.

Faktori 3: Sosiaalisuus

Kolmas faktori kuvaa odotetusti lääkemarkkinoinnin sosiaalista ulottuvuutta. Lääkemarkkinointiin liittyy tässä faktorissa vahva henkilökohtaisuuden vaatimus. Koetaan, että on tärkeää tuntea lääke-edustaja henkilökohtaisesti, jotta lääkemarkkinoinnista olisi mahdollisimman paljon hyötyä. Toisaalta tässä faktorissa kuvastuu myös se, että tiedon tarpeenkin edelle saattaa mennä sosiaalisuuden tarve. Henkilökohtaisuus voi tarkoittaa myös sitä, että mitä henkilökohtaisempaa markkinointi on, sitä paremmin se räätälöidään asiakkaan tarpeisiin.

Syntyneiden faktorien merkitykset ovat edellä esitetyn perusteella selkeästi johdettavissa ne muodostavista muuttujista. Seuraavassa tutkitaan, minkälaisia ryhmiä vastaajajoukosta muodostuu, kun klusterit muodostetaan saatujen faktoripisteiden ympärille.

4.2 Klusterianalyysi lääkemarkkinointiin suhtautumisesta

Klusterianalyysi tehtiin käyttäen K-means klusterianalyysimenetelmää. Kuten jo edellä mainittiin, analyysin pohjana käytettiin faktorianalyysistä saatuja faktoripisteitä. Klusterien optimaalista määrää testattiin useammalla analyysiajolla. Parhaan tuloksen antoi ratkaisu, joka sisälsi neljä, keskenään riittävän tasavertaista, toisistaan tilastollisesti merkitsevästi eroavaa (ANOVA-tilaukossa $p < .001$) klusteria. Muodostuneet klusterit esitellään taulukossa 3. Klusterien yhteydessä esitellyt prosenttiluvut kertovat lääkäreiden suhteellisesta määrästä verrattuna koko vastaajajoukkoon. Luvut on laskettu ryhmiin sijoittuneiden tapausten ($N = 354$) mukaan.

Taulukko 3: Klusterianalyysi lääkemarkkinointiin suhtautumisesta ($N = 354$)

	Ryhmä 1 ($N = 105$)	Ryhmä 2 ($N = 72$)	Ryhmä 3 ($N = 62$)	Ryhmä 4 ($N = 115$)
F1 Ajan tasalla pysyminen	.159	.223	-1.574	.551
F2 Oleellinen osa työtä	.677	-1.336	-.014	.226
F3 Sosiaalisuus	-.860	-.441	.294	.904

Ryhmä 1: Informaation kompakteina paketteina tarvitsevat

Ensimmäisen ryhmän jäsenet pitävät lääke-esittelyä ennen kaikkea oleellisena osana työtään. Ryhmän jäsenille lääke-edustajien tunteminen henkilökohtaisesti ei ole tärkeää, eivätkä he välttämättä kaipaisi muutenkaan lääke-esittelyn sosiaalista puolta. Ryhmän jäsenet kokevat tarvitsevansa lääkeyritysten jakamaa informaatiota, mutta sen sisältöön suhtaudutaan jossain määrin kriittisesti. Tälle ryhmälle lääke-esittelyissä tärkeää on erityisesti se, ettei tietoa tarvitse etsiä itse. Ryhmän jäsenet eivät ehdi tai viitsi olla omaaloitteisia informaation etsimisessä vaan arvostavat sitä, että saavat lääke-esittelyistä

informaation valmiina pakettina. Ensimmäinen ryhmä on ryhmistä toiseksi suurin ja siihen kuuluu noin 30 % lääkäreistä. Ryhmä näkee lääke-esittelyn pakollisena informaatiokanavana, mutta ryhmän jäsenet eivät kuitenkaan välttämättä edes halua muodostaa sen syvällisempiä suhteita lääke-edustajiin tai lääkeyritykseen.

Ryhmä 2: Asiakeskeiset

Toisin kuin ensimmäisen ryhmän jäsenet, toisen ryhmän jäsenet eivät pidä lääke-esittelyä tapahtumana itselleen lainkaan oleellisena työnsä kannalta. Myöskään lääke-esittelyn sosiaalinen aspekti ei tälle ryhmälle ole merkityksellinen. Ainoa, mistä tämä ryhmä on lääke-esittelyjen suhteen kiinnostunut, on ajan tasalla pysyminen. Tietoa kaivataan uusista tuotteista ja tutkimuksista. Lääke-esittelyissä jaettuun tietoon suhtaudutaan positiivisesti, mutta lääke-esittelyä tapahtumana ei ehkä koeta parhaaksi mahdolliseksi tiedonsaantikanavaksi. Myöskään mitään ylimääräistä lääke-esittelyltä ei toivota. Tietoa hankitaan muistakin lähteistä kuin lääke-esittelystä. Asiakeskeisten ryhmään kuuluu noin viidesosa (20 %) lääkäreistä.

Ryhmä 3: Tietokriittiset tuttuuden arvostajat

Tämän ryhmän jäsenet eivät pidä lääke-esittelyä erityisen tärkeänä työnsä kannalta. He eivät myöskään arvosta lääke-esittelyissä tarjottua informaatiota, mikä voi viitata kriittisyyteen jaetun informaation laadukkuutta kohtaan. Tämä olisi linjassa aiemman lääkemarkkinoinnin tutkimuksen (Nash, 2006; Slavens, 2006) kanssa. Nämä lääkärit turvatutuvat mieluummin muihin lähteisiin kuin lääkemarkkinointiin. Ainoastaan sosiaalinen kontakti on Tietokriittisten ryhmälle merkityksellinen syy osallistua lääke-esittelyyn. Ryhmän vahvasti kriittinen suhtautuminen lääkeyritysten jakamaa informaatiota kohtaan viittaa siihen, että ryhmää voi olla vaikea saada ainakaan nykyisten lääkemarkkinoinnin keinojen avulla sitoutumaan lääkeyritykseen tai sen tuotteisiin. Toisaalta sosiaalisuuden arvostaminen voi kertoa siitä, että tälle ryhmälle on erityisen tärkeää tuntea lääke-edustaja henkilökohtaisesti, ja he osallistuvat esimerkiksi

henkilökohtaisiin lääke-esittelyihin valikoiden. Ryhmän luottamuksen saavuttamisen kannalta olisi erityisen tärkeää kiinnittää huomiota jaettavan informaation avoimuuteen ja puolueettomuuteen. Tähän ryhmään kuuluu noin 18 prosenttia lääkäreistä.

Ryhmä 4: Myönteisesti suhtautuvat henkilökohtaisuuden arvostajat

Tässä ryhmässä kaikki faktorianalyysissä tunnistetut lääkemarkkinointiin suhtautumisen tekijät näyttäytyvät vähintään jossain määrin tärkeinä. Erityisen tärkeää tälle ryhmälle on lääkemarkkinoinnin henkilökohtaisuus. Tämä voi viitata paitsi lääke-edustajaan tuntemiseen myös lääkemarkkinoinnin räätälöinnin tärkeyteen. Paitsi sosiaalisena tapahtumana, lääke-esittelyä arvostetaan myös jaettavan informaation takia. Uusista tuotteista ja tutkimuksista kuuleminen koetaan tärkeäksi. Tällä ryhmällä ei ehkä ole aikaa eikä halua etsiä informaatiota itsenäisesti.

Kaikkiaan tämä ryhmä suhtautuu lääke-esittelyihin melko positiivisesti, vaikkakaan ryhmän jäsenet eivät koe lääkemarkkinoinnin olevan kovin vahvasti osa työtään, ja käytetyissä markkinoinnin keinoissa on siis heidän mielestään vielä parantamisen varaa. Lohdullinen tieto lääkeyritysten kannalta on se, että myönteisesti suhtautuvien ryhmä on saaduista ryhmistä suurin. Siihen kuuluu tutkimusten tulosten mukaan noin 32 % suomalaislääkäreistä. Lähtökohtaisesti positiivisen asennoitumisensa ansiosta tämän ryhmän jäsenet voisivat olla potentiaalisia suhteiden muodostajia lääke-edustajiin ja lääkeyrityksen tuotteisiin. Tätä kautta he voisivat oikeanlaisen markkinoinnin avulla olla sitoutettavissa entistäkin paremmin lääkeyritykseen.

Kaikkiaan muodostuneita ryhmiä tarkasteltaessa käy selvästi ilmi, että kaiken kaikkiaan lääkärit tuntuvat pitävän lääke-esittelyä tärkeänä kanavana saada informaatiota. Tämä tulos on ainakin osittain ristiriidassa aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan suuri osa lääkäreistä kokee tulevansa toimeen ilmeisesti ilman lääke-esittelyjä (Andaleeb & Tallman, 1996).

4.3 Lääkäreiden suhtautuminen e-detailingiin

Tässä alaluvussa esitetään varianssianalyysillä saadut tulokset siitä, miten lääkärit suhtautuvat eri tavoin e-detailingiin. Varianssianalyysi tehtiin ensin siten, että e-detailingia käsitteleviä muuttujia tutkittiin saatujen klustereiden kanssa. Tämän jälkeen tarkasteltiin iän ja sairaanhoitopiirin vaikutusta e-detailingiin suhtautumiseen.

4.3.1 E-detailingiin suhtautuminen löydettyissä lääkemarkkinointiryhmissä

Analyysiin otettiin mukaan kaikki kyselylomakkeen e-detailingiin suhtautumista kuvaavat Likertin asteikolliset väittämät (väittämät K15, K17-K42). Varianssianalyysissä näistä kaikkiaan 27 väittämästä seitsemän todettiin merkitsevästi ($p < .05$) eroaviksi ryhmien välillä. Lisäksi kaksi lähes merkitsevää ($.05 < p < .10$) väittämää otettiin mukaan tulosten analysointiin. Kaikki merkitsevät ja lähes merkitsevät väittämät ja niiden keskiarvot eri ryhmissä on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4: E-detailingiin suhtautumisen merkitsevät erot eri ryhmissä

	Muuttujan nimi	Ryhmä1 ka.	Ryhmä 2 ka.	Ryhmä 3 ka.	Ryhmä 4 ka.
K35	Osallistuminen sähköiseen lääke-esittelyyn veisi liikaa aikaa varsinaiselta työltäni	3.33	3.54	3.39	2.84
K41	Osallistuisin mieluummin perinteiseen kuin sähköiseen lääke-esittelyyn	4.03	3.86	4.16	4.43
K34	E-detailing olisi mielestäni erityisen hyödyllinen useimpien henkilökohtaisten tapaamisten korvaajana	2.68	2.79	2.49	2.22
K20	Koen sähköisen lääke-esittelyn itselleni riittävän henkilökohtaiseksi lääke-esittelytavaksi	2.48	2.59	2.34	2.06
K15	Kokeilen mielelläni uusimpia teknisiä laitteita	3.20	3.40	3.33	3.67
K23	E-detailing vaikuttaa sisällöltään perinteistä lääke-esittelyä suppeammalta	3.17	3.23	3.46	3.55
K39	Sähköinen lääke-esittely ei vaikuta millään lailla houkuttelevalta	3.03	3.50	3.55	3.36
K37*	Sähköisestä lääke-esittelystä olisi hyötyä työssäni	3.00	2.77	2.59	2.92
K36*	E-detailing parantaisi joustavuutta lääke-esittelyjen sopimisessa ja niihin osallistumisessa	3.00	3.04	2.68	2.70
p<.05, paitsi *.05 <p< .10					

Vahvimmin e-detailingin näkevät *ajanhukkana* (K35) ryhmään 2 kuuluvat, asiakeskeiset lääkärit (3.54). Tämä voi osittain johtua ryhmään kuuluvien lääkäreiden hektisestä työaikataulusta. Vähiten ajanhukaksi e-detailingin kokevat ryhmään 4 kuuluvat, myönteisesti suhtautuvat lääkärit (2.84). Kaikkiaan e-detailing koetaan kaikissa muissa paitsi viimeisessä ryhmässä ainakin jonkin verran liikaa aikaa varsinaiselta työltä vieväksi. Erot ryhmien välillä ovat tämän kuten muidenkin e-detailingiin suhtautumista mittaavien muuttujien kohdalla varsin pieniä.

Selkeimmin *mieluummin perinteiseen lääke-esittelyyn osallistuvat* (K41) ryhmän neljä jäsenet (4.43). Havainto tukee ryhmälle klusterianalyysissä määriteltyjä piirteitä, joiden mukaan henkilökohtaisuus ja sosiaalinen kontakti ovat tämän ryhmän kohdalla

avainasemassa. Asiakaskeskeisten lääkäreiden ryhmä kallistuisi ryhmistä eniten mieluummin sähköisen lääke-esittelyn kannalle (3.86). Tosin tämäkin ryhmä osallistuisi selvästi mieluummin perinteiseen lääke-esittelyyn kuin e-detailingiin. Tämän muuttujan osalta vastauksissa kuvastuu selkeästi varauksellinen suhtautuminen e-detailingiin.

Minkään ryhmän jäsenten mielissä e-detailing ei vaikuta kovin hyvältä tavalta *korvata henkilökohtaisia tapaamisia* (K34). Odotetusti neljänteen ryhmään kuuluvat pitävät ideasta kaikkein vähiten (2.22). Ryhmiin 1 (2.68) ja 2 (2.79) kuuluvat lääkärit ovat selkeästi eniten sen kannalla, että sähköinen lääke-esittely voisi toimia henkilökohtaisten tapaamisten korvaajana. Yksi taustalla vaikuttava syy voi olla se, että lääkärit pitävät kokonaisuudessaan *e-detailingin henkilökohtaisuutta riittämättömänä* (K20). Parhaiten sähköisen lääke-esittelyn henkilökohtaisuus riittäisi Asiakeskeisten ryhmälle (2.59) Vähiten henkilökohtaisena e-detailingin näkevät ryhmään 4 kuuluvat lääkärit (2.06).

Edellisten tulosten kanssa tavallaan hieman ristiriitaisesti näyttäytyy teknologista valmiutta kuvaava *halukkuus kokeilla uusia teknologisia laitteita* (K15). Lääkäreitä ei yleisesti voida pitää näiden tulosten perusteella kovinkaan kokeilunhaluisina uusien teknologioiden suhteen, mutta hieman yllättäen ryhmän 4 jäsenet (3.67) vaikuttaisivat olevan hieman muita kiinnostuneempia uusista laitteista. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat puolestaan suhtautuvat kaikkein kokeilunhaluttomimmin uusiin teknologioihin (3.20). Kaikkiaan erot tämän muuttujan osalta ovat kuitenkin hyvin pienet. Mikään ryhmistä ei varsinaisesti ole uusien teknologioiden kokeilemistä vastaan.

Skeptisimmin *e-detailingin sisällön laajuuteen* (K23) suhtautuvat odotetusti neljännen (3.55) ja kolmannen (3.46) ryhmän jäsenet. Tämä havainto tukee hyvin ryhmien ominaispiirteitä. Sekä tietokriittisille tuttuuden arvostajille että myönteisesti suhtautuville henkilökohtaisuuden arvostajille lääke-esittelyn sosiaalinen aspekti on

erittäin tärkeä. On luonnollista, että ryhmät kokevat koko lääke-esittelyn sisällön kärsivän, kun koettu sosiaalisuus jää perinteistä esittelyä huonommaksi. Parhaiten e-detailingin sisältö riittäisi analyysin perusteella ensimmäiselle ryhmälle (3.17). Kaikkien ryhmien jäsenet ovat kuitenkin vähintäänkin jonkin verran sitä mieltä, ettei e-detailing voi olla sisällöltään yhtä laaja kuin perinteinen lääke-esittely.

Kaikkein vähiten *e-detailing houkuttelee* (K39) tulosten mukaan ryhmän kolme jäseniä eli tietokriittisiä tuttuuden arvostajia (3.55). Havainto tukee ryhmästä klusterianalyysin yhteydessä tehtyä analyysiä. Koska kolmannen ryhmän jäsenet suhtautuvat kriittisesti lääkemarkkinoinnin keinoin jaettuun informaatioon, mutta arvostavat lääke-edustajien henkilökohtaista tuntemista, johtaa tämä helposti siihen, että ryhmä kokee e-detailingin sisällöltään suppeammaksi ja siten perinteistäkin esittelyä mainosmaisemmaksi. Kiinnostuneimmilta e-detailingistä vaikuttavat ryhmän 1 jäsenet (3.03). Tulos tukee informaation kompakteina paketteina tarvitsevien lääkäreiden ryhmän yleispiirteitä sikäli, että hektisen aikataulun vuoksi tieto halutaan mielellään mahdollisimman tiiviinä pakettina ja mieluummin siten, että joku tarjoilee heille tietopaketin valmiina.

Lääkärit eivät ylipäätään koe, että *e-detailingistä olisi varsinaista hyötyä heidän työssään* (K37). Kaikkien ryhmien keskiarvot jäävät tässä maksimissaan kolmen kohdalle (ryhmä 1 = 3.00). Ainoastaan asiakeskeisten lääkäreiden ryhmä (ryhmä 2) on varovasti sitä mieltä, että *sähköinen lääke-esittely voisi lisätä joustavuutta lääke-esittelyjen sopimisessa* (K36). Muutenkin kaikkiaan tehtyjen havaintojen pohjalta voidaan päätellä, että lääkärit suhtautuvat tällä hetkellä e-detailingiin varsin skeptisesti, eikä sähköistä lääke-esittelyä nähdä millään muotoa perinteistä lääke-esittelyä kokonaan korvaavana keinona, sillä lääkäreiden yleisesti arvostamat henkilökohtaisuus ja lääke-esittelyn sisällön laatu koetaan ainakin osittain puutteellisiksi. Tulee kuitenkin huomata, että näiden kahden muuttujan osalta arvot ovat tilastollisesti vain melkein merkitseviä.

4.3.2 Iän ja sairaanhoitopiirin vaikutus e-detailingiin suhtautumisessa

Etukäteen koettiin, että ikä olisi yksi vaikuttava tekijä e-detailingiin suhtautumisessa. Varianssianalyysin avulla todettiin, että kaikkiaan kolmen muuttujan kohdalla iän suhteen suhtautumisessa oli tilastollisesti merkitseviä eroavaisuuksia. Lisäksi kahden muuttujan kohdalla erot olivat lähes merkitseviä ($.05 < p < .10$). Merkitsevästi ja lähes merkitsevästi eroavat muuttujat esitellään taulukossa 5.

Taulukko 5: Iän vaikutus e-detailingiin suhtautumiseen

	Muuttujan nimi	20-29 ka.	30-39 ka.	40-49 ka.	50-60 ka.	Yli 60 ka.
K32	E-detailing olisi mielestäni erityisen hyödyllinen alustavana esittelyinä, jonka jälkeen voisin sopia henkilökohtaisen tapaamisen	2.50	2.95	2.94	3.15	3.61
K31	E-detailing olisi mielestäni erityisen hyödyllinen potilasohjeiden ja muun oheismateriaalin jakamisessa	1.50	2.08	2.61	2.52	2.79
K33	E-detailing olisi mielestäni erityisen hyödyllinen tapaamisen jälkeen tapaamista täydentävänä lääke-esittelyinä	3.50	2.95	2.92	3.19	3.57
K35*	Osallistuminen sähköiseen lääke-esittelyyn veisi liikaa aikaa varsinaiselta työltäni	3.50	3.53	3.43	3.06	3.27
K26*	Sähköisessä lääke-esittelyssä tieto on mielestäni vaikeaselkoisemmin esitetty kuin perinteisessä lääke-esittelyssä	2.50	2.84	2.92	3.12	3.22
p < .05, paitsi *.05 < p < .10						

Neljänteen (50 – 60v. ja viidenteen (yli 60v.) ikäryhmään kuuluvat lääkärit ovat selvästi enemmän sen kannalla, että *e-detailing sopisi erityisen hyvin alustavaksi lääke-esittelyksi, jonka jälkeen olisi mahdollista sopia myös henkilökohtainen tapaaminen* (Ka. 3.15 ja 3.61) Sama pätee myös siinä, että mitä vanhempaan ikäryhmään mennään, sen hyödyllisempänä e-detailing nähdään potilasohjeiden ja muun oheismateriaalin jakamisessa (20 – 29-vuotiaat: 1.50; yli 60-vuotiaat: 2.79).

Nuorimpaan eli ensimmäiseen ikäryhmään (20-29v.) ja toisaalta myös vanhimpaan eli viidenteen ikäryhmään (yli 60v.) kuuluvat lääkärit olivat eniten sillä kannalla, että *e-detailingistä voisi olla hyötyä täydentävänä lääke-esittelynä* (Ka. 3.50 ja 3.57). Toisaalta kahden nuorimman ikäryhmän (20-29v.; 30-39v.) edustajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että *e-detailing veisi liikaa aikaa varsinaiselta työltä* (Ka. 3.50; 3.55). *E-detailingin vaikeaselkoiseksi kokeminen* noudattaa oletettua kaavaa; mitä vanhempi ikäryhmä on kyseessä, sitä vaikeaselkoisempaa sähköistä lääke-esittelyä pidetään.

Kaikkiaan voidaan todeta, että erot eri ikäryhmien välillä ovat varsin pienet. Mielenkiintoista on huomata, että vaikka ehkä toisin oletettiin, vaikuttaa siltä, että vanhemmat ikäryhmät suhtautuvat jopa nuoria suopeammin e-detailingiin. Toki tulokseen vaikuttaa osaltaan vastaajien määrän epätasainen jakautuminen. Nuoria vastaajia oli selvästi vähän verrattuna kahden vanhimman ikäryhmän edustajiin.

Myös sairaanhoitopiiriä pidettiin etukäteen merkitseväenä tekijänä, sillä aiemmassa kirjallisuudessa ja haastattelututkimuksen tuloksissa viitattiin siihen, että e-detailing sopisi hyvin esimerkiksi haja-asutusalueille, joilla lääke-edustaja ei aina välttämättä fyysisesti pääse paikalle. Sairaanhoitopiirien suhteen saatiin varianssianalyysillä esiin vain kaksi merkitsevää muuttujaa.

Sairaanhoitopiirien suhteen merkitsevät muuttujat olivat K28 (Sähköinen lääke-esittely vaikuttaa erityisen hyödylliseltä uusien tuotteiden esittelyssä) ja K29 (Sähköinen lääke-esittely vaikuttaa erityisen hyödylliseltä uusien tutkimusten ja niiden tulosten esittelyssä). Merkitsevästi eroavat muuttujat esitellään taulukossa 6.

Taulukko 6: Sairaanhoidopiirin vaikutus e-detailingiin suhtautumiseen

	Muuttujan nimi	Alue 1	Alue 2	Alue 3	Alue 4	Alue 5	Alue 6	Alue 7
K28	Hyödyllinen uusien tuotteiden esittelyssä	3.46	3.60	3.75	3.18	3.00	2.67	2.50
K29	Hyödyllinen uusien tutkimusten esittelyssä	3.56	3.70	3.25	3.27	3.00	3.00	2.67
p<.05								

	Muuttujan nimi	Alue 8	Alue 9	Alue 10	Alue 11	Alue 12	Alue 13	Alue 14
K28	Hyödyllinen uusien tuotteiden esittelyssä	2.25	2.93	2.67	2.13	4.00	3.43	3.60
K29	Hyödyllinen uusien tutkimusten esittelyssä	2.50	3.20	2.67	2.13	4.00	3.45	3.80
p<.05								

	Muuttujan nimi	Alue 15	Alue 16	Alue 17	Alue 18	Alue 19	Alue 20
K28	Hyödyllinen uusien tuotteiden esittelyssä	3.16	2.74	3.20	2.67	3.00	3.00
K29	Hyödyllinen uusien tutkimusten esittelyssä	3.36	2.89	3.40	2.67	3.01	3.09
p<.05							

Keskimääräistä *hyödyllisempänä uusien tuotteiden esittelyssä* e-detailingiä pidettiin Etelä-Karjalan (3.46), Etelä-Pohjanmaan (3.60), Etelä-Savon (3.75), Länsi-Pohjan (4.00), Pohjois-Karjalan (3.60) ja Pirkanmaan sairaanhoidopiireissä (3.43). Tulos on sinänsä oletettu, sillä suuri osa näistä sairaanhoidopiireistä on alueiltaan laajoja, jolloin välimatkat ovat pitkiä. Lisäksi joukosta puuttuvat kaikkein keskittyneimmät

sairaanhoitopiirit kuten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Toisaalta kaikkein vähiten hyödyllisenä e-detailing nähtiin Lapin (2.13) ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä (2.30). Erityisesti Lappi on tässä yllättävä havainto. Havainto voi tosi selittyä vastaajien suhteellisen pienellä määrällä, joka helposti vääristää tulosta suuntaan tai toiseen.

Myös tulokset sähköisen lääke-esittelyn hyödyllisyydestä uusien tutkimusten esittelyssä tukivat edellisiä. Tässä vielä vahvemmin kärkeen nousivat laajat, varsin harvaan asutut alueet kuten Pohjois-Karjala (3.80), Länsi-Pohja (4.00), Pohjois-Pohjanmaa (3.36), Etelä-Pohjanmaa (3.70) ja Etelä-Karjala (3.55). Vähiten hyödylliseksi e-detailing koettiin tutkimusten esittelyssä Lapissa (2.13) ja Keski-Pohjanmaalla (2.50). Kuten edellisen muuttujan kohdalla, myös tässä täytyy huomioida suhteellisen pienen vastaajamäärän mahdollinen tulosta vääristävä vaikutus.

Kaikkiaan voidaan todeta, että myös demografisilla tekijöillä on vaikutusta e-detailingiin suhtautumiseen. Erot ovat kuitenkin pieniä ja muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta e-detailingiin suhtaudutaan keskimäärin varsin epäilevästi. Seuraavassa luvussa tehdyt havainnot vedetään yhteen.

5 YHTEENVETO

Tämän tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, miten lääkärit suhtautuvat sähköiseen lääkemarkkinointiin. Tässä luvussa esitetään yhteenveto analyysin tuloksista ja peilataan saatuja tuloksia olemassa olevaan teoreettiseen keskusteluun. Lopussa esitetään lyhyesti suosituksia liikkeenjohdolle.

5.1 Ajan tasalla halutaan pysyä sosiaalisesti

Faktorianalyysin tuloksena saatiin ensin kolme ulottuvuutta, jotka kuvaavat yleistä suhtautumista lääkemarkkinointiin ja tässä lähinnä lääke-esittelyyn. Aiemmissa lääkemarkkinointia käsittelevissä tutkimuksissa on havaittu, että lääkärit arvostavat lääke-esittelyjä nimenomaan tietolähteinä (Andaleeb & Tallman, 1996), mikä tukee ensimmäisen faktorin (*ajan tasalla pysyminen*) olemassa oloa. On myös tutkittu, että henkilökohtaista kontaktia arvostetaan (Andaleeb & Tallman, 1996), mikä antaa tukensa faktorin 3 (*sosiaalisuus*) pätevyydelle. Faktori 3 eli lääkemarkkinoinnin näkeminen *oleellisena osana työtä* antaa vihjeitä kehityksestä siihen suuntaan, johon lääkeyritykset ovat jo pitkään pyrkineet, nimittäin suhdemarkkinointiin, jossa lääkäriasiakkaat näkisivät lääkeyritykset pelkän informaation tarjoamisen sijaan jopa kumppaneina.

Klusterianalyysillä selvitettiin sitä, miten lääkemarkkinointiin suhtautumisen ulottuvuudet näkyvät eri tavoin erilaisissa lääkäriryhmissä. Ryhmiä muodostui faktoripisteiden ympärille lopulta neljä. Ryhmät jakautuivat määrällisesti melko tasaisesti. Toinen (*Asiakaskeiset*) ja kolmas (*Tietokriittiset tuttuuden arvostajat*) ryhmä olivat kooltaan selvästi pienemmät ensimmäisen (*Tiedon kompakteina paketteina tarvitsevat*) ja neljännen (*myönteisesti suhtautuvat henkilökohtaisuuden arvostajat*) ryhmän ollessa selvästi suuremmat. Kaikkiaan ryhmien ominaispiirteissä oli lääkemarkkinointiin suhtautumisen suhteen havaittavissa selkeitä, kuitenkin jokseenkin odotetunlaisia eroavaisuuksia. Lääkemarkkinoinnin kaikkein kriittisimmin suhtautui

ryhmä 3, eli tietokriittiset tuttuuden arvostajat, joka oli ryhmistä pienin. Tätä vastoin suurimman eli neljännen ryhmän (myönteisesti suhtautuvat henkilökohtaisuuden arvostajat), suhtautuminen oli kaikkein positiivisinta, ja ehkä myös kaikkein eniten linjassa lääkeyritysten toivoman kumppanuussuhdeajattelun kanssa.

Informaation laadun tärkeys kävi selvästi ilmi jokaisessa ryhmässä. Kolmannessa ryhmässä suhtautuminen tosin kärjistyy jo vahvasti kriittiseksi informaation laatua kohtaan. Sosiaalisuuden tarve kuitenkin korostuu myös vahvasti ryhmässä 3, mikä viittaa siihen, että tälle ryhmälle lääke-edustajan tunteminen ennalta on tärkeää. Myös neljäs ryhmä kokee sosiaalisuuden tärkeäksi, mutta ehkä vielä tuttuuttakin enemmän markkinoinnin henkilökohtaisuuden ja itse sosiaalisen lääke-esittelytilanteen kannalta. Ryhmissä käy selvästi ilmi, että vaikka lääke-esittely nähdään monessa ryhmässä tärkeänä osana työtä, korostuvat sen eri puolet, ajan tasalla pysyminen ja sosiaalisuus yleisesti vielä enemmän. Tämän perusteella voitaisiin päätellä, että suurimmalle osalle lääkäreistä myös jokin muu markkinoinnin muoto, kuten e-detailing, joka täyttäisi jollain tasolla henkilökohtaisuuden ja ajan tasalla pysymisen tarpeet, voisi hyvinkin toimia ainakin perinteistä lääke-esittelyä täydentävänä keinona.

5.2 Epäilyttävä e-detailing

Kaikkiaan e-detailingiin suhtautumista leimaa kyselyn vastausten perusteella epäluuloisuus. Havainto on mielenkiintoinen kun se rinnastetaan aiempaan tutkimukseen, jonka mukaan suuri osa lääkäreistä suhtautuu e-detailingiin myönteisesti (Bates, 2006). Lääkäreiden havaittiin tässä tutkimuksessa olevan skeptisiä toisaalta sen suhteen, onko e-detailing sisällöltään yhtä laaja kuin perinteinen lääke-esittely ja toisaalta sen suhteen, voiko e-detailing olla samalla tavalla henkilökohtainen kuin perinteinen lääke-esittely. Jälkimmäistä on myös aiemmissa tutkimuksissa pidetty lääkäriasiakkaiden keskuudessa sähköisen lääke-esittelyn heikkoutena (Davidson &

Sivadas, 2004). Sisällön suhteen puolestaan aiemmissa tutkimuksissa lääkärit ovat pitäneet e-detailingiä yhtä hyvänä jolleivät jopa parempana kuin perinteistä lääke-esittelyä (Davidson & Sivadas, 2004).

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että lääkemarkkinoinnin perusteella tiettyyn ryhmään kuulumisesta riippumatta lääkärit osallistuisivat tällä hetkellä mieluummin perinteiseen lääke-esittelyyn kuin e-detailingiin. Myös tässä suhteessa e-detailing on aiempien tutkimusten mukaan otettu asiakkaiden keskuudessa vastaan positiivisemmin. Tutkimusten mukaan merkittävä osa lääkäreistä olisi valmis korvaamaan perinteisen lääke-esittelyn sähköisellä kokonaan tai ainakin osittain (Bates, 2006). Positiivista on kuitenkin se, että ennakkoluuloista huolimatta e-detailingiä ei kuitenkaan suurimmaksi osaksi täysin tyrmätä. Tästä voitaisiin päätellä, että kuten myös aiemmassa tutkimuksessa on havaittu, paras hyöty e-detailingistä saataisiin, jos sitä käytettäisiin muita lääkemarkkinoinnin keinoja tukevasti (Bates, 2006; Heutschi ym., 2003).

Iällä ja sairaanhoitopiirillä vaikuttaa analyysin perusteella olevan jonkin verran vaikutusta siihen, miten e-detailingiin suhtaudutaan. Tämän tutkimuksen perusteella ehkä mielenkiintoisin ikään liittyvä havainto on se, että vanhemmat ikäryhmät suhtautuvatkin e-detailingiin monessa kohdin positiivisemmin kuin nuoremmat. Koska vastaukset kuitenkin jakautuivat ikäryhmittäin epätasaisesti, ei näiden tulosten perusteella kannata lähteä tekemään kovin pitkälle meneviä päätelmiä iän vaikutuksesta e-detailingiin suhtautumiseen.

Myöskään sairaanhoitopiirien vaikutuksesta e-detailingiin on tämän tutkimuksen perusteella vielä vaikea tehdä pitkälle yleistettäviä päätelmiä, sillä osasta sairaanhoitopiirejä kyselyyn vastasi alle 5 ihmistä. Kuitenkin e-detailingiä hyödyllisimpänä pitävät sairaanhoitopiirit olivat lähtökohtaisesti laajoja, melko harvaan asuttuja alueita, mikä sinänsä tukee ennako-odotusta siitä, että e-detailingiä

arvostettaisiin enemmän harvaanasutuilla alueilla, joilla lääke-edustajia on vaikeampia tavata henkilökohtaisesti (Davidson & Sivadas, 2004).

5.3 TAM-mallien toimiminen e-detailingiin suhtautumisen hahmottamisessa

Tämän paperin teoriaosassa hahmotettiin TAM-mallien pohjalta mallikehikko (ks. Taulukko 1), jonka eri osia kyselylomakkeen väittämät kuvaavat. Kun nyt tarkastellaan pelkästään niitä väittämiä, jotka e-detailingin suhtautumista kuvaavissa varianssianalyyseissä todettiin tilastollisesti merkitseviksi, voidaan sanoa, kehitetyn TAM-mallikehikon toimivan varsin hyvin e-detailingiin suhtautumisen analysoinnissa.

Kaikkiaan TAM-malli koostui neljästä varsinaisesta suhtautumista kuvaavasta osasta, asenteesta e-detailingiä kohtaan, e-detailingin käyttöaikomuksesta sekä taustamuuttujista, joihin tässä luetaan sekä demografiset tekijät että suhtautuminen lääkemarkkinointiin. Löydetyt faktorit kuvaavat hyvin lääkemarkkinointiin suhtautumisen eri alueita eli lääkemarkkinoinnin roolia, markkinointiin liittyviä tarpeita sekä sosiaalisen kontaktin merkitystä.

Varianssianalyysissä hahmotetut merkitsevät muuttujat puolestaan jakautuvat e-detailingin suhtautumista kuvaaviin kohtiin. K20 kuvaa e-detailingin koettua interaktiivisuutta (Chen ym., 2007), K34 ja lähes merkitsevä muuttuja K37 puolestaan kertovat e-detailingin koetusta hyödyllisyydestä (Venkatesh ym., 2003). Informaation koettua laatua (Brown & Jayakody) kuvaa muuttuja K23. Käytön vaivattomuutta (Venkatesh ym., 2003; Kim & Forsythe, 2008) edustavat puolestaan muuttujat K35 ja K15 sekä lähes merkitsevä muuttuja K36. Merkitsevä muuttuja K39 kuvaa asennetta e-detailingiä kohtaan (Venkatesh ym., 2003) ja muuttuja K41 e-detailingin käyttöaikomusta (Venkatesh ym., 2003).

Kaikkiaan voidaan siis todeta, että teorian pohjalta hahmotetun TAM-mallikehikon kaikki osa-alueet tulivat katetuiksi kun saatujen klusterien suhtautumista e-detailingiin tutkittiin varianssianalyysin avulla. TAM-mallien voidaan siis ainakin tässä tapauksessa sanoa toimivan myös e-detailingiin suhtautumisen analysoinnin pohjana.

5.3 Suositukset liikkeenjohdolle

Kaikkiaan tutkimusten tulosten valossa vaikuttaa siltä, että e-detailing on lääkäriasiakkaille toistaiseksi käsitteenä melko tuntematon. Tämä osaltaan saattaa kasvattaa entisestään e-detailingiä kohtaan tunnettuja ennakkoluuloja. E-detailingin tunnetuksi tekeminen olisikin nyt lääkärikohderyhmässä kokonaisuudessaan ensisijaista.

E-detailingin varsinainen kokeileminen kannattaisi näiden tulosten perusteella aloittaa ryhmistä, jotka eivät ehkä koe sosiaalista kontaktia ja henkilökohtaisuutta niin tärkeiksi, ja joille informaation saaminen ja ajan tasalla pysyminen ovat avainasioita. Tällaisia kohderyhmiä ovat analyysin perusteella ryhmä 1 eli Informaation valmiina pakettina tarvitsevat sekä ryhmä 2, Asiakeskeiset. Näissä ryhmissä kannattaisi pyrkiä korostamaan tiedon saannin nopeutta ja vaivattomuutta, sisällön laajuutta sekä joustavuutta esittelyiden sopimisessa.

Ryhmä 3, eli tietokriittiset tuttuuden arvostajat vaikuttaa e-detailingin näkökulmasta vaikeimmin lähestyttävältä. Toisaalta ryhmä on kuitenkin kooltaan pienin, jolloin tähän ryhmään kuuluvat lääkärit kannattaisikin alkuvaiheessa unohtaa ja keskittyä sen sijaan pitämään heidät tyytyväisinä henkilökohtaisten tapaamisten ja mieluiten entuudestaan tuttujen lääke-edustajien avulla.

Kooltaan suurin 4. ryhmä, eli myönteisesti suhtautuvat henkilökohtaisuuden arvostajat ovat mahdollisesti ainakin osittain saavutettavissa myös e-detailingin avulla. Tässä ryhmässä kannattaisi kuitenkin tiedonsaannin nopeuden sijaan korostaa henkilökohtaisen kontaktin säilymistä myös e-detailing-tilanteessa. Vaikka tämä ryhmä ei olisikaan innostunut korvaamaan henkilökohtaisia esittelyjä kokonaan, voi e-detailingistä kuitenkin tämän ryhmän tapauksessa tulla hyvä tukikeino perinteiselle lääke-esittelylle.

Kaikkiaan, vaikka tilanne nyt näyttää vielä e-detailingin suosion suhteen melko heikolta, ei se kuitenkaan ole täysin toivoton. Ennen e-detailingin lopullista hyväksymistä lääkäriasiakkaiden pitäisi päästä itse ja omilla ehdoillaan tutustumaan sähköiseen lääke-esittelyyn. Miten tahansa e-detailingiä tehdäänkin on tärkeää muistaa, että lääkäreille ehdottoman tärkeää on mahdollisimman puolueettoman informaation saaminen heidän henkilökohtaiseksi kokemallaan tavalla. Nämä ovat lääkäreiden luottamuksen saavuttamisen kaksi peruspilaria, joiden varaan suhdemarkkinoinnin pyrkimykset tulisi rakentaa.

LÄHTEET

Artikkelit ja kirjat

- Andaleeb, Syed Saad & Tallman, Robert F. (1996) "Relationships of physicians with pharmaceutical sales representatives and pharmaceutical companies: An exploratory study", *Health Marketing Quarterly*, 13 (4) 79-89.
- Bates, Andrée (2006) "Online marketing and eDetailing", Conference insights, Keyword Pharma.
- Bates, Andrée, Bailey, Edwin & Rajyaguru, Indira (2002a) "Navigating the e-Detailing maze", *International Journal of Medical Marketing*, 2 (3) 255-262.
- Bates, Andrée, Bailey, Edwin & Rajyaguru, Indira (2002b) "Why pharmaceutical marketers measure return on investment to ensure profitable e-detailing campaigns", *International Journal of Medical Marketing*, 2 (4) 287-292.
- Bhalla, Gagan, Evgeniou, Theodoros, Lerer, Leonard (2004) "Customer relationship management and networked healthcare in the pharmaceutical industry", *International Journal of Medical Marketing*, 4 (4) 370-379.
- Brown, Irwin & Jayakody, Ruwanga (2008), "B2C e-commerce success: A test and validation of a revised conceptual model", *The Electronic Journal Information Systems Evaluation*, 11 (3) 167-184.
- Burns Robert B. & Burns, Richard A. (2008), "*Business research methods and statistics using SPSS*", London, Sage Publications Ltd.
- Chen, Qimei, Chen, Hong-Mei & Kazman, Rick (2007) "Investigating antecedents of technology acceptance of initial eCRM users beyond generation X and the role of self-construal", *Electronic Commerce Research*, 7 (3-4) 315-339.
- Davidson, Terry & Sivadas, Eugene (2004) "Details drive success", *Marketing Health Services*, 24 (1) 20-25.
- Garrett, Scott (2001) "Choosing the right communication channels", *Pharmaceutical Executive*, (12) 14-16.
- Hennlich, Thomas & Pesse, Marc (2004), "Case Commentary", *International Journal of Medical Marketing*, 4 (4) 382-386.
- Heutschi, Roger, Legner, Christine, Schiesser, Andreas, Barak, Vladimir & Österle, Hubert (2003) "Potential benefits and challenges of e-detailing in Europe", *International Journal of Medical Marketing*, 3 (4) 263-273.

- Kim, Jiyeon & Forsythe, Sandra (2008) "Sensory enabling technology acceptance model (SE-TAM): A multiple-group structural model comparison", *Psychology & Marketing*, 25 (9) 901-922.
- Lerer, Leonard (2002) "E-business in the pharmaceutical industry", *International Journal of Medical Marketing*, 3 (1) 69-73.
- Mackintosh, Alasdair (2004) "Innovation in pharmaceutical marketing strategy: How to overcome the 30-second dilemma", *International Journal of Medical Marketing*, 4 (1) 15-17.
- Malhotra, Naresh K. (2007) *"Marketing research. An applied orientation"*, New Jersey, Pearson Education International.
- Merisavo, Marko (2003), "The effect of digital marketing on customer relationships", *HSE Working Papers*, HeSE Print.
- Nash, Karen (2006) "Sales reps: friend or foe? *Cosmetic Surgery Times*, (9) 6-7.
- Ramko, Kim & Jarosch, Michael (2005) "Digital marketing redux: Pharmaceuticals take a second look at e-detailing", *Journal of Medical Marketing*, 5 (2) 134-136.
- Schiavo, Renata (2008) "The rise of e-health: Current trends and topics on online health communications", *Journal of Medical Marketing*, 8 (1) 9-18.
- Slavens, Roger (2006) "How to market to physicians", *B-to-B, Vertical Insight*, 91 (8) 21-23.
- Venkantesh, Viswanath, Morris, Michael G., Davis, Gordon B. & Davis, Fred D. (2003), "User acceptance of information technology: toward a unified view", *MIS Quarterly*, 27 (3) 425-478.
- Vilkka, Hanna (2007), *"Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet"*, Jyväskylä, Tammi.

Haastattelut

MSD Finland Oy, asiantuntijahaastattelut, kesä-heinäkuu, 2009, Espoo.

Internet

Lääkäriliitto

<http://www.laakariliitto.fi/tilastot/laakaritilastot/taskutilasto.html> (luettu 31.8.2009)

LIITTEET

Liite 1: Kyselylomake suhtautumisesta sähköiseen lääke-esittelyyn

SUHTAUTUMINEN LÄÄKEMARKKINOINTIIN (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

- K01** Suhtaudun lääkemarkkinointiin erittäin myönteisesti
- K02** Lääkemarkkinointi on työni kannalta välttämätöntä
- K03** Työni kannalta on tärkeää, että tapaan lääke-edustajia henkilökohtaisesti
- K04** Lääke-edustajat ottavat minuun liian usein yhteyttä
- K05** Minulle on tärkeää luoda henkilökohtainen suhde lääke-esittelijään
- K06** Lääke-esittelyssä minulle on erityisen tärkeää saada tietoa uusista tuotteista
- K07** Lääke-esittelyssä minulle on erityisen tärkeää uusien tutkimusten ja niiden tulosten esittely
- K08** Lääke-esittelyssä minulle on erityisen tärkeää uusimman tiedon saaminen vanhemmista tuotteista
- K09** Lääke-esittelyssä minulle on erityisen tärkeää potilasohjeiden ja muun oheismateriaalin saaminen
- K10** Lääke-esittelyssä minulle on erityisen tärkeää sosiaalinen tapahtuma
- K11** Tällä hetkellä saan kaiken tarvitsemani lääkkeisiin ja niiden käyttöön liittyvän tiedon lääke-esittelyistä
- K12** Lääke-esittelyistä saamani tieto on minulle työni kannalta erittäin hyödyllistä
- K13** Saan tarvitsemani lääkkeisiin ja niiden käyttöön liittyvän informaation yhtä helposti muualtakin kuin lääke-esittelyistä
- K14** Jos valitsitte viimeisimmän väittämän kohdalla vaihtoehdon 4 tai 5, kertokaa mistä saatte tarvitsemanne lääkeinformaation (muualta kuin lääke-esittelyistä).
[Avokysymys]

INNOVATIIVISUUS (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

K15 Kokeilen mielelläni uusimpia teknisiä laitteita

SÄHKÖISEN LÄÄKE-ESITTELYN TUTTUUS (0 = ei, 1 = kyllä)

K16 Onko käsite ”sähköinen lääke-esittely (e-detailing)” Teille tuttu?

SUHTAUTUMINEN SÄHKÖISEEN LÄÄKE-ESITTELYYN (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

- K17** Sähköisessä lääke-esittelyssä henkilökohtainen kontakti on yhtä hyvä kuin henkilökohtaisessa tapaamisessa
- K18** Sähköisessä lääke-esittelyssä minun on hyvin helppo kysyä kysymyksiä ja saada niihin saman tien vastauksia
- K19** Sähköistä lääke-esittelyä voidaan lääke-esittelytilanteessa muokata vastaamaan juuri minun tiedontarpeitani
- K20** Koen sähköisen lääke-esittelyn itselleni riittävän henkilökohtaiseksi lääke-esittelytavaksi
- K21** Minua häittäisi, jos lääke-edustaja ei olisi lääke-esittelytilanteessa fyysisesti paikalla
- K22** Saan sähköisestä lääke-esittelystä kaiken tarvitsemani lääkkeisiin ja niiden käyttöön liittyvän tiedon
- K23** Sähköinen lääke-esittely vaikuttaa sisällöltään perinteistä lääke-esittelyä suppeammalta
- K24** Sähköisen lääke-esittelyn avulla saan nopeammin tarvitsemani tiedon kuin perinteisestä lääke-esittelystä
- K25** Sähköinen lääke-esittely tarjoaa erittäin hyvin nimenomaan minun tarpeisiini vastaavaa tietoa
- K26** Sähköisessä lääke-esittelyssä tieto on mielestäni vaikeaselkoisemmin esitetty kuin perinteisessä lääke-esittelyssä
- K27** Sähköisessä lääke-esittelyssä tieto on mielestäni perinteistä lääke-esittelyä havainnollisemmassa muodossa (esim. kolmiulotteiset animaatiot)

- K28** Sähköinen lääke-esittely vaikuttaa erityisen hyödylliseltä uusien tuotteiden esittelyssä
- K29** Sähköinen lääke-esittely vaikuttaa erityisen hyödylliseltä uusien tutkimusten ja niiden tulosten esittelyssä
- K30** Sähköinen lääke-esittely vaikuttaa erityisen hyödylliseltä uusimman tiedon saamisessa vanhempiin tuotteisiin liittyen
- K31** Sähköinen lääke-esittely vaikuttaa erityisen hyödylliseltä potilasohjeiden ja muun oheismateriaalin jakamisessa
- K32** Sähköinen lääke-esittely olisi mielestäni erityisen hyödyllinen alustavana esittelynä, jonka jälkeen voisin halutessani sopia henkilökohtaisen tapaamisen
- K33** Sähköinen lääke-esittely olisi mielestäni erityisen hyödyllinen henkilökohtaisen tapaamisen jälkeen tapaamista täydentävänä lääke-esittelynä
- K34** Sähköinen lääke-esittely olisi mielestäni erityisen hyödyllinen useimpien henkilökohtaisten tapaamisten korvaajana
- K35** Osallistuminen sähköiseen lääke-esittelyyn veisi liikaa aikaa varsinaiselta työltäni
- K36** Sähköinen lääke-esittely parantaisi joustavuutta lääke-esittelyjen sopimisessa ja niihin osallistumisessa
- K37** Sähköisestä lääke-esittelystä olisi hyötyä työssäni

SUHTAUTUMINEN SÄHKÖISEEN LÄÄKE-ESITTELYYN OSALLISTUMISEEN

(1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

- K38** Sähköinen lääke-esittely vaikuttaa kiinnostavalta tavalta saada tietoa haluamistani tuotteista
- K39** Sähköinen lääke-esittely ei vaikuta millään lailla houkuttelevalta
- K40** Sähköinen lääke-esittely olisi miellyttävä tapa saada itseäni kiinnostavaa tietoa
- K41** Osallistuisin mieluummin perinteiseen kuin sähköiseen lääke-esittelyyn
- K42** Osallistuisin mielelläni sähköiseen lääke-esittelyyn

- K43** Jos valitsitte viimeisimmän väittämän kohdalla vaihtoehdon 1 tai 2, kertokaa miksi ette haluaisi osallistua sähköiseen lääke-esittelyyn [**Avokysymys**]

PERUSTIEDOT

- K44** Sukupuoli (0 = nainen, 1 = mies)

- K45** Ikä

1 = 20 - 29 vuotta

2 = 30 – 39 vuotta

3 = 40 – 49 vuotta

4 = 50 – 60 vuotta

5 = yli 60 vuotta

(K46) *Erikoisala:*

- K46A** työterveyslääkäri (0 = ei, 1 = kyllä)

- K46B** terveyskeskuslääkäri tai muu yleislääkäri (0 = ei, 1 = kyllä)

- K46C** erikoislääkäri (0 = ei, 1 = kyllä)

- K46D** muu (0 = ei, 1 = kyllä)

- K47** Sairaanhoidopiiri

1 = Etelä-Karjala

2 = Etelä-Pohjanmaa

3 = Etelä-Savo

4 = Helsinki ja Uusimaa

5 = Itä-Savo

6 = Kainuu

7 = Kanta-Häme

8 = Keski-Pohjanmaa

- 9 = Keski-Suomi
- 10 = Kymenlaakso
- 11 = Lappi
- 12 = Länsi-Pohja
- 13 = Pirkanmaa
- 14 = Pohjois-Karjala
- 15 = Pohjois-Pohjanmaa
- 16 = Pohjois-Savo
- 17 = Päijät-Häme
- 18 = Satakunta
- 19 = Vaasa
- 20 = Varsinais-Suomi
- 21 = Ahvenanmaa

K48 Työuran pituus

- 1 = Alle 1 vuosi
- 2 = 1 - 5 vuotta
- 3 = 6 – 10 vuotta
- 4 = 11 – 20 vuotta
- 5 = yli 20 vuotta

K49 Kommentteja kyselyyn liittyen [**Avokysymys**]

Liite 2: Saatekirje

Arvoisa lääkäri,

teen parhaillani Helsingin kauppakorkeakoulun markkinoinnin laitoksella maisteritutkintooni liittyvää pro gradu -tutkielmaa sähköisen lääke-esittelyn hyödyntämisestä lääkemarkkinoinnissa. Tutkimus auttaa ymmärtämään asiakkaiden tarpeita tuoteinformaatioon ja lääke-esittelyihin liittyen, ja auttaa näin kehittämään lääke-esittelyä paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi erityisesti sähköisen lääke-esittelyn avulla. Työhön liittyvän kyselytutkimuksen toteutan yhdessä MSD Finland Oy:n kanssa. Sähköpostiosoitteet on saatu MSD Finland Oy:n asiakasrekisteristä.

Jokainen saamani vastaus on tutkimuksen kokonaisuuden kannalta ensiarvoisen tärkeä, ja toivon, että voisitte käyttää noin 10 minuuttia ajastanne tähän kyselyyn vastaamiseen.

Kaikki vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisina. Tutkimuksen tulokset esitetään tilastollisina tunnuslukuina, joten yksittäistä vastaajaa tai vastausta ei ole mahdollista tunnistaa jälkikäteen.

Pyydän Teitä vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään perjantaina 10.7.2009.

Kyselyyn pääsette klikkaamalla viestin lopussa olevaa linkkiä. Jos linkki ei aukea klikkaamalla, kopioikaa se selaimen osoiteriville.

Suuri kiitos jo etukäteen tutkimukselle antamastanne ajasta.

Ystävällisin terveisin,

Niina Perttilä
Kauppatieteiden kandidaatti
niina.perttila@student.hse.fi

http://www.webropol.com/p.aspx?t=1&l=342044_127aab3a2a6242c5

