

## Het pillenprobleem



# Het pillenprobleem

*Waarom zoveel mensen medicijnen gebruiken  
die niet werken en niet helpen*

*Herziene editie*

*Dick Bijl*

Ontwerp omslag: Robbie Smits

Ontwerp binnenwerk: Crius Group, Hulshout

ISBN 978 94 6372 435 7

e-ISBN 978 90 4855 417 1

NUR 740

Uitgeverij AUP is een imprint van Amsterdam University Press.

© D. Bijl / Amsterdam University Press B.V., Amsterdam 2020

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

# Inhoudsopgave

Voorwoord bij de herziene uitgave	9
Voorwoord	11
Inleiding	19

## **Deel I Algemene informatie over medicijnen**

1. De ontwikkeling van medicijnen	31
2. De registratieautoriteiten	39
3. De farmaceutische industrie, businessmodel en de media	57
4. Rationeel voorschrijven op basis van het beste wetenschappelijke bewijs	67
5. Werken of helpen medicijnen en hoe goed doen ze dat?	75
6. Minder medicijnen is vaak beter	81

## **Deel II Specifieke medicijnen en medicijn groepen**

7. Medicijnen met dezelfde werking maar met mogelijk meer en/of ernstiger bijwerkingen	91
7.1 Nieuwe antistollingsmiddelen	91
7.2 Anticonceptiepillen	95
7.3 Nieuwe diabetesmiddelen	99

8.	Slechts weinigen hebben er een klein beetje baat bij	105
8.1	Antidepressiva	105
8.2	Oncolytica	124
8.3	Statinen	130
9.	Alleen kortdurend te gebruiken medicijnen	149
9.1	Antipsychotica	149
9.2	Slaapmiddelen	155
9.3	Maagzuurremmers	158
9.4	Middelen tegen overgangsklachten	165
10.	Medicijnen die wel werken maar niet helpen	171
10.1	Plasklachten bij mannen	171
10.2	Vermageringspillen	174
10.3	Griepvaccinatie	180
10.4	Griepremmers	185
11.	Medicijnen die slechts kortdurend werken en nauwelijks helpen	191
11.1	Middelen tegen dementie	191
12.	Medicijnen voor alledaagse klachten met ernstige bijwerkingen	195
12.1	Hoestmiddelen	195
12.2	Pijnstillers	199
13.	Medicijnen die je beter niet kunt gebruiken	207
13.1	Middelen tegen 'ADHD'	207
13.2	Testosteron voor oudere mannen	219

Nawoord	223
Noten	239
Medicijnenindex	257
Index	261
Dankwoord	269
Over de auteur	271



# Voorwoord bij de herziene uitgave

Deze herziene uitgave van *Het pillenprobleem* bevat vier nieuwe paragrafen waarin aan de orde komen: statinen, maagzuuremmers, testosteron voor oudere mannen en hormoontherapie voor vrouwen in de overgang. In totaal worden nu medicijnen besproken die door meer dan negen miljoen mensen in Nederland worden gebruikt. De andere hoofdstukken zijn waar nodig aangepast.

De reacties op de eerste uitgave waren positief. Het boek is een zelfs bestseller geworden bij Amsterdam University Press. Kennelijk voorziet het in een behoefte van mensen om onafhankelijke informatie te krijgen over medicijnen. En dit vormt mede een reden om een herziene uitgave uit te brengen. Dat is ook dringend nodig nu er steeds meer aanwijzingen komen dat medicijnen de derde doodsoorzaak zijn na hart- en vaatziekten en kanker. Het is duidelijk dat het registratie- en toezichthoudende systeem voor medicijnen in Nederland en de Europese Unie ernstig tekortschiet. Ik vind het onacceptabel dat er nog steeds medicijnen voor alledaagse klachten in de handel zijn waaraan mensen overlijden.

De Vereniging Innovatieve Medicijnen heeft onder meer naar aanleiding van dit boek toegegeven dat er in het verleden fouten zijn gemaakt die niet goed te praten zijn. Zij hebben hun les geleerd en pakken de zaken nu anders aan, zo gaven zij aan. Ook hebben ze een gedragscode ontwikkeld.

Een gepensioneerde huisarts uit Purmerend was van mening dat er helemaal geen pillenprobleem is, hij zag het in elk geval niet. Dat is nu juist het probleem. Huisartsen zijn

niet of onvoldoende in staat om onderzoeken te beoordelen en de valkuilen te doorzien, waardoor hun het zicht wordt ontnomen op wat er werkelijk speelt.

Ik wens u veel leesplezier met deze herziene uitgave en hoop dat u hiermee een beter leven met minder medicijnen kunt leiden.

*Utrecht, augustus 2020*

# Voorwoord

Betrouwbare informatie over geneesmiddelen is steeds moeilijker te verkrijgen. Niet alleen voor patiënten, maar ook voor artsen. Informatie moet geput kunnen worden uit objectieve en onafhankelijke bronnen, maar die zijn zo vervuild geraakt door financieel belanghebbenden dat ook artsen vaak door de bomen het bos niet meer zien. De marketing van geneesmiddelenproducenten verspreidt op grote schaal misleidende en gemanipuleerde gegevens. Hun communicatiedeskundigen bewerken de geneesmiddelenmarkt. Zij zijn gespecialiseerd in het naadloos samensmelten van informatie en reclame zodat *Dichtung und Wahrheit* niet meer te onderscheiden zijn. Ze gebruiken beelden en emoties die aan onze ratio voorbijgaan en zetten denkrichtingen en belevingswerelden naar hun hand.

Jaarverslagen van farmaceutische bedrijven laten zien dat de wereldjaarmzet aan geneesmiddelen 1200 miljard dollar bedraagt. Grote ondernemingen die intensief marketing bedrijven, nemen daarvan 550 miljard dollar voor hun rekening. Afhankelijk van de methode van toerekening wordt 20 tot 30 procent ingezet voor marketing, ofwel 110 tot 165 miljard dollar. Dat betekent dat iedere werkdag ruim 500 miljoen dollar aan beïnvloeding wordt besteed. Een bedrag dat elk voorstellingsvermogen te boven gaat en waarmee zij wereldwijd onderzoek, nascholing, voorschrijfgedrag en wetenschappelijke literatuur naar de hand van financieel belanghebbenden kunnen zetten. Het businessmodel drijft op deze allesomvattende invloed.

Vanwege het 'gunstbetoon' door producenten verlenen ook artsen medewerking aan farmamarketing. Ze bewerken de publieke mening, de overheid, de politiek en

de toezichthouders. Ze maken deel uit van commissies die beslissen over toelating van geneesmiddelen. Als sprekers tijdens nascholingen en op congressen zetten zij collega-artsen op het verkeerde been. Zij bieden patiëntenverenigingen gratis hun diensten aan als adviseur en ondersteuner. Vanuit die positie bedrijven ze promotie voor nieuwe dure medicijnen en oefenen zij pressie uit om geneesmiddelen vergoed of versneld toegelaten te krijgen. Specialistische richtlijncommissies bestaan grotendeels uit artsen die bindingen hebben met farmaceutische bedrijven. Hoogleraren van de 'ondernemende universiteit' zijn voor hun onderzoek afhankelijk geworden van farmaceutische bedrijven. Onwelgevallige uitlatingen over medicijnen zijn daarmee taboe. Hoogleraren zwijgen daarom als zij zouden moeten spreken. En zij spreken als zij zouden moeten zwijgen want hulp bij marketing is een probaat middel om onderzoekfinanciering te verwerven. Met dat alles hebben farmaceutische bedrijven vrij spel gekregen.

In de Verenigde Staten moeten beloningen van artsen gemeld worden op grond van de *Sunshine Act*. Dat belooft jaarlijks miljarden dollars voor tienduizenden artsen. Nederland publiceert ze in het Transparantieregister. In 2018 ging € 7,2 miljoen naar individuele zorgverleners en € 51,8 naar zorginstellingen, samenwerkingsverbanden van zorgverleners en patiëntenorganisaties, maar dat is de top van de ijsberg. Veel bedragen hoeven niet te worden gemeld of worden via andere routes gesluisd. Niet meldplichtig zijn de tientallen reclamebureaus die (godbetert) Nederlandse artsen massaal gratis nascholen en daarmee misleidende informatie verspreiden. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) bevestigde op 17 mei 2018 nog eens in haar weekblad *Medisch Contact* dat commerciële nascholing past binnen haar

regelgeving: 'De huidige regelgeving van de beroepsgroep en overheid sluit farmaceutische bedrijven niet uit als financier van nascholing die meetelt voor herregistratie'. Dit laatste betekent dat de KNMG het volgen van niet-onafhankelijk onderwijs belooft met nascholingspunten en zo deelname eraan bevordert.

Op welke wijze zou de haast onbegrensde macht van farmaceutische bedrijven kunnen worden ingetoomd? Die macht berust geheel en al op hun vrijwel onbeperkte financiële armslag die wordt ontleend aan patenten en aan de manier waarop zij daarmee omgaan. Intomen van die haast onbegrensde macht vereist daarom aanpak van die patenten. Forse verkorting van de patentduur zou uiterst effectief zijn en van alle mogelijke maatregelen het minst vatbaar voor de juridische en andere krachten die de farmaceutische industrie ad libitum kan mobiliseren. Praktisch gesproken is verkorting van de patentduur relatief eenvoudig uitvoerbaar. Het is een eenduidige maatregel waarvoor politieke wil het belangrijkste ingrediënt is. Nationale belangen spelen daarbij een belangrijke rol. Andere effectieve aangrijpingspunten zijn er eigenlijk niet. De farmaceutische industrie kent nauwelijks tegenspel en de wel aanwezige krachten zijn niet op elkaar afgestemd.

De zorgvuldig gecreëerde mythe dat we nieuwe geneesmiddelen te danken hebben aan de farmaceutische industrie weerhoudt velen van daadkrachtig optreden. Hoge winsten zijn immers nodig voor de ontwikkeling van nieuwe medicijnen, nietwaar? Op die boodschap tamboereert de marketing al decennialang omdat de bereidheid van de samenleving om veel voor medicijnen te betalen, daarmee staat en valt.

De kern van vrijwel alle innovaties is echter te danken aan universitaire en andere onderzoekers en wordt als regel ontwikkeld met publiek geld. Producenten hebben

een goede neus voor winstgevende innovaties, kopen die op, ontwikkelen ze verder en brengen ze op de markt. Zelf doen ze geen basaal onderzoek. Nieuwe medicijnen hebben wij dan ook niet te danken aan *Big Pharma*. Research gericht op gezondheidszorg in plaats van, zoals nu, op winstmaximalisatie, zal ongetwijfeld leiden tot méér basaal onderzoek en méér farmacotherapeutische doorbraken. Dat kan bereikt worden door verlegging van de immense geldstromen naar universiteiten en andere onderzoeksinstituten.

Gelukkig trachten onafhankelijke wetenschappers en publicisten tegenwicht te bieden tegen de commerciële desinformatie. Het *Geneesmiddelenbulletin* (GeBu) is daar in Nederland de afgelopen vijftig jaar de belangrijkste representant van. Tot voor kort was hoofdredacteur Dick Bijl, auteur van dit boek, daar vele jaren het boegbeeld van. Goed onderbouwde evaluaties van geneesmiddelen hebben het blad een gedegen reputatie bezorgd. Daarmee werd het een houvast en leidraad voor praktiserende artsen te midden van veel misleiding. Onbewezen effectieve en onbewezen veilige geneesmiddelen liepen regelmatig stuk op het bulletin. Die geneesmiddelen werden niet zelden later van de markt gehaald omdat mensen overleden aan bijwerkingen. Het antidiabeticum rosiglitazon (*Avandia*) kostte bijvoorbeeld 47.000 mensen het leven, aldus een medische onderzoekscommissie van de Amerikaanse Senaat. Het werd in 2010 van de markt gehaald. De omzet piekte toen boven de 10 miljard dollar. Dick Bijl bespaarde met zijn bulletin ons land veel leed en onnoemelijk veel geld, simpel door zich te bepalen tot de feiten en als een rots in de branding ongevoelig te zijn voor marketinggeweld.

De overkoepelende geneesmiddelenverkoop- en lobbyvereniging in Nederland heeft er alles aan gedaan om de invloed van Dick Bijl en zijn bulletin te breken. Met name

de subsidie van de overheid was doelwit. Het gevolg was dat drie opeenvolgende ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het bestaansrecht van het bulletin ter discussie stelden. Felle reacties van artsen voorkwamen opheffing. Het bulletin leidt financieel echter nog altijd een marginaal bestaan met onvoldoende armslag.

Dick Bijl maakt u deelgenoot van het wankele bestaansrecht van veel geneesmiddelen. Gebrek aan bewijs van werkzaamheid en gebrek aan oog voor bijwerkingen lopen daar als een rode draad doorheen. Marketing positioneert geneesmiddelen zonder uitzondering veel te gunstig. Alleen de, veelal onbewezen, heilzame effecten worden uitvoerig in de schijnwerpers geplaatst. Bijwerkingen blijven onbelicht en raken daarmee uit het zicht.

Ook besteedt hij aandacht aan de versnelde toelating van nieuwe geneesmiddelen. Met succes voerde de geneesmiddelverkoopvereniging Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (voorheen Nefarma) de afgelopen decennia een intensieve lobby voor die versnelde toelating. Overheid en politiek werden niet aflatend bewerkt met verhalen over stroperige toelatingsprocedures, miljarden ontwikkelingskosten en patiënten die te lang verstoken bleven van hun nieuwe levensreddende medicijnen.

Financiële jaarverslagen laten echter zien dat farmaceutische bedrijven maar enkele procenten van hun omzet besteden aan innovatie en het tienvoudige daarvan aan marketing. Analisten tonen aan dat ze gemiddeld 13 procent van de omzet besteden aan *Research & Development* (onderzoek & ontwikkeling). Slechts een klein deel van die 13 procent wordt gebruikt voor innovatie. De rest gaat naar ontwikkeling van *me-too*-preparaten, financiering van onderzoek door mensen die behulpzaam zijn bij marketing en naar *seeding trials*. Die zaken hebben niets van doen met

innovatie. Aan marketing wordt als gezegd gemiddeld 20 à 30 procent van de omzet besteed en het winstpercentage ligt ook rond 20 procent. Dat is exorbitant hoog voor handel en industrie.

Dan die patiënten die verstoken blijven van hun levensreddende medicijnen. Nieuwe geneesmiddelen zijn per definitie onbewezen veilig en onbewezen effectief omdat ze pas na toelating tot de markt voor het eerst gedurende langere tijd grootschalig getest zouden moeten worden op harde eindpunten. ‘Zouden moeten worden’, want dit gebeurt in de meeste gevallen niet, hoe ongelofelijk ook. Dick Bijl legt het uit in dit boek. Marketing maakt dat artsen die nieuwe, onbewezen veilige en onbewezen effectieve middelen meteen massaal voorschrijven. Dat kost mensenlevens, als gezegd. De fabrikanten hebben haast, want de klok van het lucratieve patent tikt door. De versnelde toelating van geneesmiddelen eist nog eens extra slachtoffers. De meeste van deze onvoldoende geteste geneesmiddelen blijken namelijk achteraf, vaak pas vele jaren later, minder effectief en veilig te zijn dan de bestaande middelen. Dat is inmiddels uitvoerig gedocumenteerd. Geneesmiddelen moeten daarom niet korter maar langer worden getest alvorens ze worden losgelaten op de mensheid. Versnelde toelating is Russisch roulette met de loop gericht op de patiënt en een voorbeeld van het nietsontziende businessmodel van de farmaceutische industrie.

Hier ligt een belangrijke taak voor patiëntenverenigingen en voor de Consumentenbond met hun *Gezondgids*. Zij zijn de grote afwezige bij de bescherming van hun leden tegen onvoldoende geteste geneesmiddelen. Dit boek is voor hen verplichte kost.

Financieel-economisch is er dus geen enkele reden voor versnelde toelating van deze onvoldoende geteste

geneesmiddelen, maar ook niet voor hoge prijzen van geneesmiddelen en ook niet voor bevreesdheid dat er geen nieuwe geneesmiddelen meer ontwikkeld kunnen worden. Het zijn sprookjes die planmatig door farmamarketing de wereld in zijn geholpen om buitensporige winsten te rechtvaardigen en in stand te houden.

Dit boek kan een bijdrage leveren aan het groeiende bewustzijn van de samenleving dat geneesmiddelenland geheel en al wordt beheerst door winstmaximalisatie. In handel en industrie is dat een eerbaar streven. In de farmaceutische industrie heeft het geleid tot onvoorstelbare en inmiddels diepgewortelde wantoestanden. Het misleidend stimuleren van gebruik van dubieus werkzame geneesmiddelen met verdoezelen van bijwerkingen is een van die wantoestanden. Daarover gaat dit boek. Geschreven door een arts-epidemioloog die decennialang de onderzoekgegevens van medicijnen nauwgezet heeft bestudeerd en erover gepubliceerd.

Hans van der Linde

Huisarts en oud-lid van het College voor Accreditatie Huisartsen (CvAH)