

# Inhoudsopgave

Voorwoord 7

Inleiding 15

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

1. De ontwikkeling van medicijnen 27

2. De registratieautoriteiten 35

3. De farmaceutische industrie, businessmodel en de media 51

4. Rationeel voorschrijven op basis van het beste wetenschappelijke bewijs 61

5. Werken of helpen medicijnen en hoe goed doen ze dat? 69

6. Minder medicijnen is vaak beter 75

## **Deel II Specifieke medicijnen en medicijngroepen**

7. Medicijnen met dezelfde werking maar met mogelijk meer en/of ernstiger bijwerkingen 85

7.1 Nieuwe antistollingsmiddelen 85

7.2 Anticonceptiepillen 89

7.3 Nieuwe diabetesmiddelen 93

8. Slechts weinigen hebben er een klein beetje baat bij	99
8.1 Antidepressiva	99
8.2 Oncolytica	114
9. Alleen kortdurend te gebruiken medicijnen	121
9.1 Antipsychotica	121
9.2 Slaapmiddelen	126
10. Medicijnen die wel werken maar niet helpen	131
10.1 Plasklachten bij mannen	131
10.2 Vermageringspillen	134
10.3 Griepvaccinatie	139
10.4 Griepremmers	143
11. Medicijnen die slechts kortdurend werken en nauwelijks helpen	149
11.1 Middelen tegen dementie	149
12. Medicijnen voor alledaagse klachten met ernstige bijwerkingen	153
12.1 Hoestmiddelen	153
12.2 Pijnstillers	156
13. Medicijnen die je beter niet kunt gebruiken	163
13.1 Middelen tegen 'ADHD'	163
Nawoord	175
Noten	189
Medicijnenindex	201
Index	205
Over de auteur	211

# 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, oftewel 110 tot 165 miljard dollar. Een bedrag dat elk voorstellingsvermogen te boven gaat en waarmee ze wereldwijd onderzoek, nascholing, voorschrijfgedrag en wetenschappelijke literatuur naar hun hand 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. Onwettelijke 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 onderzoeksfinanciering 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 honderden miljoenen dollars. Nederland publiceert ze in het Transparantieregister, maar de gemelde honoraria ad 9 miljoen euro in 2016 zijn slechts het topje van de ijsberg. Veel bedragen hoeven niet te worden gemeld, zoals bijvoorbeeld buitenlandse transacties, studiefinanciering, beurzen (*grants*) en financiering van bepaald ziekenhuispersoneel. Ook worden grote, niet gemelde, sommen naar allerlei rechtsvormen gesluisd. Niet meldplichtig zijn de tientallen reclamebureaus die (de hemel betere het!) 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 onbepaalde 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*. Verleggen van hun geldstromen naar universitaire en andere onderzoeksinstituten zal leiden tot research gericht op gezondheidszorg in plaats van op winstmaximalisatie, en leiden tot méér basaal onderzoek met méér farmacotherapeutische doorbraken.

Gelukkelijk 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. De geleverde kosteneffectiviteitsanalyses raken als regel kant noch wal.

Ook besteedt hij aandacht aan de versnelde toelating van nieuwe geneesmiddelen. Met succes voerde de geneesmiddelverkoopvereniging 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, ongelofelijk maar waar, gebeurt dat in de meeste gevallen niet. 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)



# Inleiding

In het najaar van 2011 heb ik in de media gezegd dat er geen bewijzen zijn dat de jaarlijkse griepvaccinatie werkzaam of effectief is. Dit gaf behoorlijk wat opschudding, maar het was in feite niets nieuws. Ik moest daarna veel tijd besteden aan het beantwoorden van vragen en het weerleggen van kritiek van deskundigen, financieel belanghebbenden en overheidsinstellingen. Zij waren het veelal niet eens met mijn conclusie. De toenmalige voorzitter van de Gezondheidsraad André Knottnerus die het belang van de griepvaccinatie verdedigde, onder meer met door hemzelf uitgevoerd onderzoek, mobiliseerde samen met collega's van de Universiteit Maastricht medestanders om het bulletin en mij in een kwaad daglicht te stellen. Het kostte veel extra werk en veroorzaakte een paar kilo gewichtsvermindering. De tegenstanders hadden echter geen wetenschappelijke argumenten om mijn conclusie aan te vechten, want die was gebaseerd op het best beschikbare wetenschappelijke bewijs.

Het is niet eenvoudig voor artsen, patiënten en journalisten om zich een goed beeld te vormen van de complexe materie van het interpreteren van geneesmiddelenonderzoek. Mijn eigen ontwikkeling op dit gebied is veelzeggend. Tijdens mijn opleiding tot arts was er weinig aandacht voor medicijnen. In het derde en vierde studiejaar werden wij onderwezen in de farmacologie. Daar leerden we hoe medicijnen in het lichaam worden opgenomen, hoe ze werken en hoe ze door het lichaam weer worden uitgescheiden. Ook maakten we kennis met de belangrijkste medicijnen en medicijn groepen. Maar dit was bij elkaar genomen heel basale kennis. Voordat we in het vijfde studiejaar begonnen aan de coassistentenschappen in het ziekenhuis,

kregen we een week les van een ziekenhuisapotheker die ons wegwijst maakte in het kiezen en het voorschrijven van medicijnen. Eenmaal in het ziekenhuis leerden we van de arts-assistenten eigenlijk alleen iets over de middelen die ze op de afdelingen al jaren voorschreven. Informatie over de werking en de bijwerkingen bleef veelal achterwege. Na een studie geneeskunde weet je eigenlijk vrijwel niets van geneesmiddelen of geneesmiddelenonderzoek.

Velen en ook ik hadden het idee dat medicijnen goed onderzocht waren en dat ze veilig waren. Wel werd steeds beklemtoond dat er geen medicijnen waren zonder bijwerkingen en dat het soms voorkwam dat je een patiënt verloor door bijwerkingen.

Tijdens mijn huisartsenopleiding kregen we meer informatie over medicijnen. Zo hadden huisartsen in Utrecht een formularium gemaakt, waarin eerste- en tweedekezemiddelen waren opgenomen met vermelding van de belangrijkste bijwerkingen. Mijn interesse werd gewekt door een docent die bij medicijnen aangaf dat ze ook hielpen bij klachten waarvoor ze niet geregistreerd waren. Dat was gebleken uit een bepaald type onderzoek dat ik niet kende. Dit vond ik boeiend en nu wilde ik ook weten hoe dat dan onderzocht was.

Na kennis te hebben gemaakt met de beginselen van wetenschappelijk onderzoek alsmede de principes van de biostatistiek, volgde ik een opleiding epidemiologie. Daarin legde ik me toe op klinische onderzoeken en de geneesmiddelenepidemiologie (farmaco-epidemiologie). Er ging een wereld voor mij open en ik vroeg mij af hoe het mogelijk was dat wij deze kennis, al was het maar voor een klein deel, niet gedoceerd hadden gekregen tijdens onze artsenstudie. Na deze opleiding ging ik werken als redacteur bij het *Geneesmiddelenbulletin*, hetgeen perfect aansloot bij

de opleiding die ik net had afgerond. Dat blad was opgericht door de overheid die toen nog vond dat de informatievoorziening over medicijnen aan artsen onvoldoende voorzag in onafhankelijke voorlichting. Helaas is dat inzicht bij de overheid toenemend verloren gegaan. De farmaceutische industrie nam die taak graag op zich, wat heeft geleid tot onnodig duur en ondoelmatig voorschrijfgedrag.

In de eerste jaren was ik bij het bulletin vooral bezig met het vertalen van uitkomsten van onderzoeken, gepubliceerd in toonaangevende internationale medische tijdschriften, zoals de *New England Journal of Medicine*, de *British Medical Journal* en *The Lancet*. Ik wilde de resultaten op begrijpelijke wijze interpreteren en weergeven. Geleidelijk aan werden mijn interpretaties kritischer omdat in artikelen nogal eens de benodigde informatie ontbrak om de door de onderzoekers getrokken conclusies te onderbouwen.

Er vielen mij steeds meer merkwaardige zaken op. Zo hadden fabrikanten niet de verplichting om de onderzoeksuitkomsten die ze ter keuring overlegden aan de registratieautoriteiten, te publiceren in wetenschappelijke tijdschriften. Die konden desgewenst dus geheim blijven en ontoegankelijk voor verificatie door andere onderzoekers. Ook viel het mij op dat als een fabrikant eenmaal een middel in de handel had gebracht, hij geen aanvullend onderzoek meer publiceerde om de effectiviteit en veiligheid van het middel op langere termijn en op harde eindpunten vast te stellen. De wetenschappelijke basis van zijn middel werd niet uitgebreid.

Na verloop van jaren werd mij duidelijk dat de farmaceutische industrie grote schade toebrengt aan de wetenschappelijke geneeskunde en de gezondheid van patiënten op het spel zette. Vooral sinds de eeuwwisseling werd steeds duidelijker dat fabrikanten negatieve, voor hen ongunstige uitkomsten

van onderzoeken gewoonweg niet publiceerden en ze ook niet vrijgaven, maar dat ze in een la verdwenen. Hierdoor ontstaat een vertekend beeld van medicijnen. Het besef groeide dat beoordelingen van medicijnen niets waard zijn als een aanzienlijk deel van de onwelgevallige uitkomsten wordt achtergehouden. Beoordelingen van medicijnen louter op basis van de wel gepubliceerde onderzoeken zijn dus onbetrouwbaar. Dit fenomeen, dat ook bekendstaat als publicatiebias, kwam duidelijk aan het licht in rechtszaken in de Verenigde Staten waar veel processen werden gevoerd tegen farmaceutische bedrijven. Fabrikanten werden verplicht om alle gegevens over medicijnen waarmee zij hadden gefraudeerd vrij te geven, zodat deze voor eenieder toegankelijk werden. Zo analyseerden onafhankelijke onderzoekers de bij een rechtszaak vrijgekomen gegevens over antidepressiva bij kinderen. Door ook de niet-gepubliceerde onderzoeken te betrekken bij de beoordeling, leverde dat een heel andere conclusie op, namelijk dat de risico's van behandeling van kinderen met antidepressiva bij kinderen groter zijn dan de voordelen. Fabrikanten houden dus niet voor niets hun eigen onderzoek geheim als de uitkomsten hun niet uitkomen.

Later bleek dat fabrikanten zelfs regelrecht fraudeerden met hun onderzoeksgegevens. De heranalyse van *Study 329* met het antidepressivum paroxetine (Seroxat) door onafhankelijke onderzoekers leverde op dat het middel niet werkzaam was en aanzienlijk meer en ook ernstiger bijwerkingen had dan de fabrikant en de door hem gesponsorde onderzoekers in 2001 hadden gepubliceerd.<sup>1</sup> De fabrikant claimde werkzaamheid en beweerde dat het middel goed werd verdragen.<sup>2</sup> Toen de onafhankelijke onderzoekers vroegen om correctie van de eerdere publicatie, vonden zij geen gehoor. Door conflicterende belangen gingen de door de fabrikant gesponsorde kinderpsychiatrische onderzoekers,

universitaire afdelingshoofden en redacteurs van wetenschappelijke tijdschriften wereldwijd mee in deze misleiding.

Al deze zaken maakten dat het vertrouwen in de gepubliceerde medicijnonderzoeken danig afnam, bij mij maar ook bij vele andere onafhankelijke onderzoekers. Ik voelde me gesteund door de zusterbladen die waren aangesloten bij de International Society of Drug Bulletins. In het bulletin gaven wij meestal een afgezwakte weergave van de misleidende en frauduleuze publicaties van de farmaceutische industrie. Het Duitse *Arznei-Telegramm*, het Franse *La revue Prescrire* en het Amerikaanse *Worst Pills Best Pills*, allemaal onafhankelijke tijdschriften met een abonnementensysteem, waren over het algemeen harder, duidelijker en afwijzender in hun oordelen.

Na bijna 22 jaar bij het bulletin te hebben gewerkt en na zo'n 25.000 wetenschappelijke artikelen over medicijnen te hebben gelezen, heb ik inmiddels een uitgesproken mening gevormd over medicijnen en medicijnonderzoek. Ik heb op dit gebied zoveel slechte en waardeloze onderzoeken voorbij zien komen en tegelijkertijd niet begrepen waarom er nooit iets veranderde, dat ik besloot een poging te wagen om het eens begrijpelijk te verwoorden. Misschien is het beste advies dat ik na al die jaren kan geven eenvoudigweg: slik maar wat minder.

Er zijn veel boeken over medicijnen in de handel. Meestal gaan die over de werking en bijwerkingen, sommige zijn positief in hun benadering van medicijnen, andere negatief. Er worden ook boeken geschreven als marketinginstrument. Die positioneren geneesmiddelen te gunstig en zingen de lof van de farmaceutische industrie. In dit relatief dunne boek heb ik gekozen voor een invalshoek die aansluit bij het interview voor *NRC Handelsblad* dat ik in juni 2016 gaf.<sup>3</sup> Is het wel nodig en verstandig dat zoveel mensen zoveel medicijnen gebruiken? Wat zijn de bewijzen voor de werkzaamheid van die

middelen? En wat is werkelijk bekend over de bijwerkingen? Is minder medicijnen eigenlijk niet veel beter? Hebben de gebruikers van al die medicijnen wel baat bij de middelen? De methodologische kennis die ik mij eigen heb gemaakt, heb ik op strikte wijze toegepast bij het beoordelen van medicijnen. Naar mijn idee dient dat de wens van patiënten om beter en langer te leven. Ondanks die kennis en de vele arbeidsjaren ben ik tot de conclusie gekomen dat het overbrengen van deze boodschap aan artsen en apothekers alleen niet genoeg is. Die boodschap moet ook veel meer consumenten, patiënten, juristen, advocaten en politici bereiken.

Medicijnen komen pas in de handel nadat de registratieautoriteit van oordeel is dat een medicijn meer werking dan bijwerking heeft, dus als de balans van werking en bijwerking positief is. Maar meestal zijn die medicijnen helemaal niet zo goed onderzocht of alleen bij een zeer kleine groep patiënten. En als een medicijn dan in de handel komt, wordt het door intensieve marketing meteen op grote schaal gebruikt door vele duizenden of zelfs honderdduizenden patiënten. Dan pas wordt duidelijk hoe veilig die medicijnen werkelijk zijn. Toch wil de industrie ons laten geloven dat de balans al veel eerder kan worden opgemaakt.

De farmaceutische industrie vaart wel bij deze gang van zaken, maar geldt dat ook voor de gebruikers van die medicijnen? Ik denk dat dit niet het geval is. Er zijn goede medicijnen op de markt, zoals antibiotica, waarvan meestal terecht kan worden gezegd dat het geneesmiddelen zijn. Maar er zijn ook heel veel middelen in de handel waarvan de baten nauwelijks zijn onderzocht of waarvan duidelijk is dat patiënten er niet beter van worden en in sommige gevallen zelfs slechter. De term geneesmiddel is daarop dan ook niet van toepassing. Daarom zal ik in dit boek de term geneesmiddel niet meer gebruiken maar de term medicijn.



Medicijnen kunnen behalve levensreddend ook dodelijk zijn als ze niet op de juiste wijze worden gebruikt. Het juiste gebruik van medicijnen staat ook wel bekend als rationele farmacotherapie. Van een groot aantal medicijnen zal ik de rationaliteit of vooral ook de irrationaliteit van het gebruik laten zien. Ook laat ik zien dat artsen vaak irrationeel met medicijnen omgaan, zelfs als ze denken de beste beslissing te nemen voor de patiënt. Ik bespreek de werkzaamheid, de bijwerkingen, het belang van onafhankelijk onderzoek en de verstrengeling van de academische geneeskunde met het zakelijk belang van de farmaceutische industrie.

Lange literatuurverwijzingen heb ik achterwege gelaten, omdat het mij vooral gaat om het op een begrijpelijke wijze weergeven van het pillenprobleem. Wie meer wil lezen kan terecht bij de aanbevolen literatuur die achterin dit boek is opgenomen, publicaties van tijdschriften die zijn aangesloten bij de International Society of Drug Bulletins en internationale medische tijdschriften. Een aantal artikelen heb ik samen met de Amerikaanse psychiater en emeritus-hoogleraar psychiatrie Allen Frances geschreven voor *Huffington Post*.

Ik besteed aandacht aan de meest voorgeschreven medicijnen in Nederland, alsmede aan de meest voorkomende aandoeningen en klachten in de huisartsenpraktijk. Psychofarmaca bespreek ik wat uitvoeriger omdat die mijn speciale interesse hebben. Ik ga niet in op de middelen die in de acute geneeskunde of op de intensive care worden gebruikt, want die reken ik in het algemeen niet tot het pillenprobleem. Evenmin ga ik in op de middelen voor zeldzame aandoeningen.

Aan de orde komen medicijnen met meer en ernstiger bijwerkingen dan bestaande medicijnen met dezelfde werkzaamheid. Voorts medicijnen waar slechts weinigen

baat bij hebben, medicijnen die je alleen kortdurend moet gebruiken, medicijnen die wel werken maar niet helpen, medicijnen die slechts kortdurend werken en nauwelijks helpen, medicijnen voor alledaagse klachten met ernstige bijwerkingen, en medicijnen die je niet moet gebruiken. Al met al bespreek ik medicijnen die in Nederland door ruim 6 miljoen mensen worden gebruikt.

Het boek gaat over een ontspoorde medicijnenindustrie aan wier producten jaarlijks honderdduizenden mensen in de Europese Unie en Noord-Amerika onnodig sterven. Hoe dit kon gebeuren en nog steeds gebeurt, licht ik toe aan de hand van sprekende en soms verbijsterende en ingewikkelde voorbeelden.

'In dubio abstinence' is in veel gevallen een goed uitgangspunt in de geneeskunde. Het betekent dat een arts bij twijfel afziet van behandeling. Want in de geneeskunde is een ander leidend behandelprincipe 'primum non nocere', breng de patiënt vooral geen schade toe. Zoals we zullen zien zijn die beide behandelprincipes in de farmacotherapie niet meer leidend. Patiënten zijn er menigmaal ernstig de dupe van.

Ik hoop dat de lezer na lezing van dit boek een gezonder leven zonder veel pillen zal nastreven.

**Hieronder staan organisaties die in Nederland en België overeenkomstige taken hebben en werkzaamheden verrichten die vergelijkbaar zijn met de Europese en Amerikaanse autoriteiten. De organisatie in België is complex, maar de belangrijkste zijn vermeld.**

#### **Registratieautoriteiten**

**Nederland:** College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)

**België:** Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG)

**Europese Unie:** Europees Geneesmiddelenbureau (European Medicines Agency, EMA)

**Verenigde Staten:** Food and Drug Administration (FDA)

#### **Voor de bijwerkingen**

**Nederland:** Bijwerkingencentrum Lareb

**België:** Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking voor geneesmiddelen voor Humaan gebruik (BCGH), onderdeel van FAGG

**Europese Unie:** Europees Geneesmiddelenbureau (EMA)

**Verenigde Staten:** Food and Drug Administration (FDA)

#### **Andere toezichthouders**

**Nederland:** Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

**België:** Vlaamse Gezondheidsinspectie, Domein Milieu en Gezondheid; L'Agence pour une vie de qualité

#### **Ministeries**

**Nederland:** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

**België:** Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD Volksgezondheid); Vlaams ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; Commission Communautaire Française