

Dr Dick Bijl eenzame strijder tegen de farma-maffia

Huib de Vries

08-09-2018

Gewijzigd

08-09-2018

[Gezondheid](#)

Huib de Vries

08-09-2018

Gewijzigd

08-09-2018

[Gezondheid](#)



Dr. Dick Bijl. beeld Sjaak Verboom

Dr. Dick Bijl. beeld Sjaak Verboom

Zijn kritische houding ten opzichte van de farmaceutische industrie kostte dr. Dick Bijl zijn functie als hoofdredacteur van het Geneesmiddelenbulletin. Hij zet zijn strijd voort als zelfstandig publicist en voorzitter van de International Society of Drug Bulletins. „Het is toch te gek dat jaar na jaar middelen worden verstrekt of toegelaten die meer kwaad dan goed doen.”

Meer dan tien jaar was Dick Bijl als hoofdredacteur het gezicht van het Geneesmiddelenbulletin. Het blad werd in 1967 door de overheid opgericht. Doelstelling was het onpartijdig informeren van artsen, apothekers en patiënten over de werking van geneesmiddelen. Bijl gaf serieus invulling aan die opdracht, wat voornamelijk kritische artikelen opleverde. De meeste nieuwe medicamenten voegen weinig tot niets toe. Vaak doen ze zelfs meer kwaad dan goed.

De farmaceutische industrie werd niet vrolijk van de pennenvruchten van Bijl. Ook vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nam de druk op de hoofdredacteur van het Geneesmiddelenbulletin toe. Dusdanig dat Bijl vorig jaar besloot de handdoek in de ring te gooien. Niet alleen medisch specialisten, maar ook ambtenaren en bewindslieden laten zich naar zijn mening voor de kar van de farmaceutische industrie spannen. Een sector die niet primair gericht is op het genezen van patiënten, maar op het genereren van geld voor de aandeelhouders.

Topinternist Marcel Levi sprak in een column voor Medisch Contact over farmawoekeraars. Terecht?

„Absoluut. Nicholas Freudenberg, hoogleraar sociale epidemiologie in New York, plaatst de farmaceutische industrie in het rijtje van producenten van tabak, alcohol, voedingsmiddelen, wapens en auto's. Ze maken allemaal gebruik van dezelfde strategieën, waarbij winstbejag centraal staat. Ik weet me in mijn opvattingen ook gesteund door de Deense hoogleraar Peter Gøtzsche. Zijn boek "Dodelijke medicijnen en georganiseerde misdaad" had ik zelf geschreven kunnen hebben."

Vroeger maakte de apotheker op verzoek van de arts medicijnen. Ging het mis toen de vervaardiging van geneesmiddelen uitgroeide tot een industrie?

„Voor een deel. Een factor van nog grotere betekenis is de opkomst van het neoliberalisme, waardoor medicijnen nu als een doorsnee-product worden gezien. De affaire rond het slaapmiddel Softenon, dat bij gebruik door zwangere vrouwen ernstige afwijkingen bij het ongeboren kind gaf, vormde de aanleiding om het toezicht op geneesmiddelen te verscherpen. Er zijn registratieautoriteiten en bureaus voor bijwerkingen in het leven geroepen. Die hebben aanvankelijk succes gehad, maar in de loop der jaren werd de invloed van de industrie in al die autoriteiten dermate groot dat er van onafhankelijkheid geen sprake meer is. De fabrikanten betalen forse sommen om hun middelen geregistreerd te krijgen. Die bedragen vormen ruim driekwart van de inkomsten van de registratieautoriteiten. Die zijn daardoor financieel afhankelijk van de farmaceutische industrie.

Voor de fabrikanten is niet de werking van een middel bepalend, maar de verwachte winstgevendheid. Je ziet dat heel duidelijk bij de zogeheten me-too-preparaten, varianten op bestaande middelen. We hebben meer dan twintig antidepressiva, meer dan twintig antipsychotica en ga zo maar door. In werking verschillen ze nauwelijks van elkaar, maar elk

nieuw middel wordt als innovatief en tegen een hoge prijs in de markt gezet. De introductie van geneesmiddelen is één groot marketing- en reclamegebeuren geworden."

Hoe komt het dat specialisten dit niet doorzien of niet willen zien?

„Door de belangenverstremming tussen de universitaire medische centra en de farmaceutische industrie. Hoogleraren zijn betaald adviseur van de industrie, doen onderzoek in samenwerking met de industrie en organiseren nascholing die wordt bekostigd door de industrie. Ze zeggen dat daar niet aan valt te ontkomen. Dezelfde houding zie je bij overheden. De wettelijke regelgeving komt tegemoet aan de wens van de fabrikanten. De lobby van de farmaceutische industrie is geweldig machtig."

Prof. Jim van Os onderschrijft uw kritiek en werd desondanks een toonaangevend hoogleraar in de psychiatrische epidemiologie.

„Zeker, zo zijn er meer voorbeelden te noemen, maar het zijn de uitzonderingen die de regel bevestigen. Ik heb grote waardering voor deze mensen, die tegen de stroom in durven te roeien. Je zou ook van de Consumentenbond iets mogen verwachten op dit gebied, maar daar zie ik weinig van."

Waarom moet een geneesmiddel in uw optiek voldoen?

„Het criterium is nu dat er een statistisch significant verschil moet zijn met een placebo, een nepmiddel. Dat verschil is meestal vooral rekenkundig. Illustratief zijn de nieuwe, peperdure middelen tegen kanker. Onderzoek laat zien dat ze de tumor iets verkleinen, maar dat is voor de patiënt niet zo relevant. De vraag is of hij er langer door leeft en hoe hij die extra tijd doorbrengt: in een redelijke conditie of doodziek door de bijwerkingen van het medicijn. Het overgrote deel van deze middelen voegt vrijwel niets toe. Mensen worden valse hoop geboden en er gaat ontzettend veel geld mee verloren.

Het slechtst scoren de psychofarmaca, een groep middelen waarover ik veel heb geschreven. Neem antidepressiva. Die mogen in de handel worden gebracht als ze bij patiënten een aantoonbare verbetering van minimaal één punt op de Hamilton Depression Rating Scale geven. Die schaal loopt van 0 tot 52. Geen arts en geen patiënt kan het verschil van één punt waarnemen. Naar mijn mening moet de vraag niet zijn of het effect van een middel statistisch significant is, maar of het klinisch relevant is. De patiënt moet er zich beter door voelen. Als we dat criterium gaan hanteren, kan het overgrote deel van de

geneesmiddelen uit de handel worden genomen. Dat levert een enorme besparing op en het voorkomt sterfte en gezondheidsschade door bijwerkingen.”

Op welke schaal speelt dat probleem?

„In een EU-rapport van enkele jaren geleden werd het aantal doden door bijwerkingen van medicijnen geschat op 200.000 per jaar. Alleen in de Europese Unie. Je moet dan denken aan hartinfarcten, beroertes en bloedingen ten gevolge van medicatie. Ik denk dat het een rooskleurige schatting is. Artsen leggen bij een overlijden lang niet altijd een relatie met de medicijnen die de patiënt gebruikte. Nog kwalijker is dat middelen met zeer ernstige aangetoonde bijwerkingen soms nog jaren op de markt kunnen blijven. In het geval van de pijnstiller Vioxx heeft dat naar schatting 120.000 doden door hartinfarcten opgeleverd.

Artsen horen bijwerkingen van een medicament te melden, in Nederland bij het bijwerkingencentrum Lareb. Dat is een nogal omslachtig gebeuren, waardoor het lang niet altijd gebeurt. Tot enkele jaren geleden was de website van Lareb heel transparant. Je kon bijvoorbeeld precies zien hoeveel mensen er waren overleden aan het gebruik van NOAC's, een nieuw soort antistollingsmiddelen. Die informatie is van de site gehaald, ongetwijfeld onder druk van de fabrikanten. De sterfte door bijwerkingen van een medicijn is bedrijfsgeheim geworden.”

Verzwijgen fabrikanten bewust de risico's?

„Dat is geen vraag. Ongunstige onderzoeksgegevens worden achtergehouden, rapporten met negatieve uitkomsten worden niet openbaar gemaakt. Zo verzweg GlaxoSmithKline dat antidepressiva bij kinderen niet werkten en zelfs suïcidaliteit veroorzaakten. Bij een aantal farmaceutische bedrijven staan mensen op de loonlijst die in het geval van een veroordeling na een claim de gevangenis in gaan. Dat is hun functie. Dr. Joel Lexchin, hoogleraar in Toronto en een autoriteit op het gebied van geneesmiddelen, onthulde dat op een symposium ter gelegenheid van het vijftigjarig bestaan van het Geneesmiddelenbulletin. Meestal wordt er bij claims een financiële schikking getroffen, met enorme bedragen. Dat gebeurt steeds vaker, vooral in Amerika. Daar worden wekelijks processen tegen fabrikanten van geneesmiddelen gevoerd.”

Dat is toch moedgevend?

„Zeker, er zijn meer positieve zaken te melden. Frankrijk heeft La Revue Prescrire, een blad dat geneesmiddelen volstrekt onafhankelijk beoordeelt. Hetzelfde geldt voor het Duitse Arznei-Telegramm, de Canadese Therapeutics Letter en het Amerikaanse Worst Pills, Best Pills. Vergeleken met de vaak spijkerharde oordelen in deze bladen waren mijn artikelen nog redelijk vriendelijk van toon. Ik denk ook aan het Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Keulen en het Mario Negri Instituut in Milaan. Daar wordt onafhankelijk onderzoek naar geneesmiddelen verricht. De Europese Ombudsman heeft bedongen dat de EMA, het Europees Geneesmiddelenbureau dat verantwoordelijk is voor de toelating van nieuwe geneesmiddelen, de zogenaamde clinical study reports van geneesmiddelenfabrikanten op zijn website moet zetten. Die bevatten alle onderzoeksgegevens. De beoordelingen van geneesmiddelen door het IQWiG zijn steevast veel minder gunstig dan die van de EMA. De mensen bij de EMA zijn onvoldoende getraind in het opsporen van methodologische tekortkomingen in de onderzoeksrapporten. Of het ontbreekt hun aan tijd om die grondig te lezen. Doe je dat wel, dan zie je allerlei tegenstrijdigheden.”

De minister van Volksgezondheid en zijn ambtenaren kunnen de verhalen van de onafhankelijke onderzoekscentra toch ook lezen?

„Natuurlijk. Ik denk dat het tevreden houden van de fabrikanten een bewuste beleidslijn is. De agressie waarmee ambtenaren van VWS het Geneesmiddelenbulletin bejegenden, valt niet alleen te verklaren uit onkunde, al speelt het gebrek aan kennis wel mee. Ik heb 22 jaar dágelijks rapporten over geneesmiddelenonderzoek gelezen. Toch kostte het ook mij een paar jaar eer ik in de gaten kreeg dat er door de farmaceutische industrie structureel wordt gesjoemeld met gegevens. Ook Kamerleden laten zich heel gemakkelijk een oor aannaaien. Je kunt hun gedegen rapporten toesturen, maar als ze die niet begrijpen, heeft het weinig zin. Het interpreteren van geneesmiddelenonderzoek is zelfs voor artsen heel lastig. Het is een complexe materie.”

Je zou in ieder geval van de verzekeraars weerwerk mogen verwachten.

„Je moet de macht van de verzekeraars niet overschatten. Middelen die zijn toegelaten, mogen door artsen worden voorgeschreven. Daar kan een verzekeraar weinig tegen doen. We hebben de gekke situatie gehad met methylfenidaat, een middel tegen ADHD. In Europa is dat afgekeurd als geneesmiddel voor volwassenen, maar omdat het in de handel was voor

kinderen, konden psychiaters het voor volwassenen gewoon voorschrijven. Het werd keurig afgeleverd door apothekers en vergoed door de zorgverzekeraars."

Hoe beoordeelt u de geheime prijsafspraken die de overheid nu soms met fabrikanten maakt om extreme prijzen te drukken?

„Ik vind dat niet kunnen. Er moet een democratische controle zijn. Bovendien toonde La Revue Prescrire aan dat het merendeel van die peperdure geneesmiddelen vrijwel niets toevoegt, terwijl ze wel ernstige bijwerkingen hebben."

Verwacht u ooit een keer ten goede?

„Die zal moeten komen van de politiek en de overheden, in Europees verband. Die moeten ervoor zorgen dat de regels voor de introductie van nieuwe geneesmiddelen veel strenger worden. In januari heb ik een voordracht gegeven in het Europees Parlement. Daarbij was ook de vicevoorzitter van de EMA aanwezig. Die gaf toe dat hij momenteel niet de mogelijkheden heeft om discutabele geneesmiddelen te weren. De situatie wordt alleen maar zorgelijker door "adaptive licensing", waarbij geneesmiddelen versneld worden toegelaten om een deel van de onderzoeksgegevens in de praktijk te kunnen verzamelen. Patiënten worden zo tot proefkonijnen gemaakt. Dat kán niet. De politiek móét ingrijpen. Het is toch te gek dat er jaar na jaar middelen worden verstrekt of toegelaten die meer kwaad dan goed doen."

Bent u gefrustreerd door de reden van uw vertrek bij het Geneesmiddelenbulletin?

„Dat is niet het juiste woord. Ik vond het weinig zinvol om daar op deze wijze verder te gaan. Nu heb ik de handen vrij om te publiceren wat naar mijn overtuiging gepubliceerd moet worden. Patiënten moeten weten wat ze slikken. Deze week verscheen mijn boek "Het pillenprobleem" en ik heb nog voldoende stof voor een paar andere boeken. Hopelijk worden mensen door dit soort publicaties wat kritischer. Veel klachten die ze hebben, zouden goed het gevolg kunnen zijn van de pillen die ze slikken."

Dr. Dick Bijl

Dick Bijl (1956) specialiseerde zich na zijn medische opleiding tot huisarts en epidemioloog. Van 1987 tot 2003 was hij werkzaam als huisarts en onderzoeker. In 2006 promoveerde hij op een dissertatie over depressie bij ouderen in de huisartsenpraktijk. In 1995 trad hij bij het

onafhankelijke Geneesmiddelenbulletin aan als redacteur, tien jaar later werd hij benoemd tot hoofdredacteur. In 2017 zag hij zich onder druk van het ministerie van VWS gedwongen deze functie neer te leggen. Als zelfstandig ondernemer geeft hij nu lezingen over de (vermeende) werking van geneesmiddelen en publiceert hij over dit onderwerp. In 2016 werd Bijl verkozen tot president van de International Society of Drug Bulletins (ISDB). Deze week verscheen zijn boek "Het pillenprobleem. Waarom we zoveel medicijnen gebruiken die niet helpen en niet werken" (uitg. AUP, Amsterdam; 152 blz.; € 14,99).