



### Van het Britse 'House of Commons' tot het Belgische Parlement

In het vorige editoriaal beloofden we terug te komen op het rapport van het Britse 'House of Commons'<sup>1,2</sup>. In opdracht van de 'Health Committee', de parlementaire fractie voor Volksgezondheid, onderzocht men de invloed van de farmaceutische industrie op het geneesmiddelenonderzoek, de geneesmiddeleninformatie voor artsen en patiënten en de evaluatie van werkzaamheid en veiligheid van geneesmiddelen die op de markt komen. Een aantal van de schitterende analyses zijn al eerder aan bod gekomen in Minerva<sup>3,4</sup>. Enkele voorstellen bespreken we hier.

Men beklemtoont dat vooral informatie voor *patiënten* dient te verbeteren, bijvoorbeeld door betere bijsluiters te maken. Men waarschuwt voor een uitbreiding van de directe geneesmiddeleninformatie vanuit de industrie naar de patiënt. En ten slotte vraagt men dat patiëntenverenigingen hun sponsors en de toegekende bedragen kenbaar maken. Ook de *overheid* wordt onder een berg voorstellen bedolven: een betere werking van de geneesmiddelen- en terugbetalingscommissies, verfijnde post-marketing surveillancesystemen, betere implementatie van guidelines enzovoort. Opvallend is hun pleidooi voor *multidisciplinair* geneesmiddelenonderzoek, waarin zowel klinici, als farmacologen, apothekers en basiswetenschappers betrokken zijn. Daarnaast is meer aandacht nodig voor ongewenste effecten en moet onderzoek over niet-medicamenteuze therapieën gestimuleerd worden. Er is een kritische analyse met voorstellen over de informatie gegeven door de *farmaceutische industrie*: de 'me-too' geneesmiddelen beperken, 'ghost-writing' (auteurs die tegen vergoeding hun naam toevoegen aan een artikel) verbieden, agressieve promotie intomen en de informatie bij promotie van een nieuw geneesmiddel beperken. Het voorstel om een register van geplande en lopende klinische studies op te richten ter preventie van publicatiebias, is reeds uitgevoerd.

De commissie stelt vast dat intensieve promotiecampagnes wel degelijk effect hebben en dat hiertegen weinig

maatregelen getroffen worden. Men stelt daarom voor om reeds in de opleiding medische studenten vertrouwd te maken met het beoordelen van klinische studies en hen te leren omgaan met medisch vertegenwoordigers. Trainingen over rationeel voorschrijven zijn nodig voor alle voorschrijvers en individueel voorschrijfgedrag dient onder striktere controle te komen. Men pleit voor het creëren van geneesmiddelencommissies, waarin naast artsen ook klinisch farmacologen en apothekers betrokken worden. In de ziekenhuizen gebeurt dit al bij de formularia, maar ook in de eerste lijn, waar bijvoorbeeld 80% van alle antibiotica worden voorgeschreven, is dit dringend nodig. Men voegt eraan toe dat deze commissies nieuwe geneesmiddelen eerst moeten goedkeuren vooraleer ze in de eerste lijn worden voorgeschreven.

Er zijn artsen die zich afschermen en geen artsenvertegenwoordigers meer ontvangen. Dit heeft drie voordelen: de werkbelasting vermindert, de kosten voor de patiënt en de gemeenschap dalen en de kwaliteit van de zorg stijgt<sup>5</sup>. Helaas zijn er nog artsen die de weg naar onafhankelijke informatie niet gevonden hebben. Hoelang kan de gemeenschap dit nog aanzien<sup>6</sup>? Daarnaast is in het Verenigd Koninkrijk aangetoond dat het (financieel) aanmoedigen van goede medische zorgen, zoals het beheren van een EMD of de aanpak van cardiovasculair risico, effectief is<sup>7</sup>. Therapeutische vrijheid dient gekaderd te worden in de wetenschappelijke, ethische en maatschappelijke verantwoordelijkheid van de arts, gesteund op de drie pijlers van EBM. In een dialoog met alle gezondheidswerkers kan de gemeenschap uiteindelijk zijn verantwoordelijkheid nemen. Dit is momenteel een heet hangijzer voor zowel artsen als overheid. Waarop wachten we om dit prioritair te behandelen in het parlement, waar de gemeenschap na inspraak van alle betrokkenen knopen kan doorhakken. In Londen gaf men het voorbeeld.

M. De Meyere,  
hoofdredacteur

#### Literatuur

1. House of Commons Health Committee. The influence of the pharmaceutical industry. 2005. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf>
2. Ferner RE. The influence of Big pharma. *BMJ* 2005;330:857-8.
3. Roland M. Minerva: onafhankelijk en volledig? [Editoriaal] *Minerva* 2004;3(4):52.
4. De Meyere M. Is academische geneeskunde te koop? [Editoriaal] *Huisarts Nu (Minerva)* 2000;29(6):264-5.
5. Griffith D. Reasons for not seeing drug representatives. *BMJ* 1999;319:69-70.
6. Bogaert M. Informatie over geneesmiddelen aan artsen en apothekers. Brussel: Koninklijke Akademie voor Geneeskunde van België, 2005.
7. Cole A. UK GP activity exceeds expectations. *BMJ* 2005;331: 536.