

Sjaak van der Geest

Medicijngebruik in de Derde Wereld

Hoe ver gaat de verantwoordelijkheid van de farmaceutische industrie?

De rol van de westerse farmaceutische industrie in de Derde Wereld ondervindt veel kritiek, en onlangs nog werd een Nederlands bedrijf berispt door de code-commissie die deze branche zelf in het leven heeft geroepen. Het grootste probleem is niet het vermeende 'dumpen' in de Derde Wereld van ondeugdelijke medicijnen, maar een tekort aan betaalbare medicijnen en een verkeerd gebruik van op zichzelf goede medicijnen. Bijsluiters worden niet gelezen, recepten onoordeelkundig verstrekt. Moet de farmaceutische industrie daar niet meer rekening mee houden, en meer onderzoek naar doen?

De code-commissie van Nefarma, de Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie, heeft het bedrijf Organon berispt wegens zijn misleidende voorlichting betreffende één van zijn produkten. Het ging om Orgabolin, een hormoonpreparaat dat in Bangladesh en andere Derde-Wereldlanden werd aanbevolen tegen groeistoornissen bij kinderen. Door geen contra-indicaties te noemen, zou Organon kinderen in deze landen onnodig risico hebben laten lopen. Bovendien moet volgens de code-commissie 'een farmaceutisch bedrijf rekening houden met de omstandigheden in het land waar het zijn produkten afzet en extra zorgvuldig zijn in landen waar minder waarborgen zijn voor het verantwoord gebruik van geneesmiddelen'.

De uitspraak van de code-commissie was de eerste in haar korte bestaan, en roept twee vragen op. De eerste gaat over de code waarop de uitspraak is gebaseerd, de tweede over de verantwoordelijkheid van de industrie.

Vrijwillig?

Reeds enkele jaren wordt er door critici van de farmaceutische industrie aangedrongen op een internationale code die de verkoop van medicijnen, met name aan de Derde Wereld, beter in de hand houdt. Vooral Health Action International, dat zijn basis in Maleisië heeft en deel uitmaakt van de internationale consumentenorganisatie IOCU, heeft zich sterk gemaakt voor zo'n code. Aanvankelijk leek het erop dat zo'n code er inderdaad zou komen. Een aantal uitspraken en resoluties in de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) wees in die richting. In mei 1982 verkondigde de toenmalige Nederlandse minister Gardeniërs zelfs dat Nederland het 'voortouw' zou nemen om tot een bindende gedragscode te komen. Sindsdien duikt dit fraaie Nederlandse woord voortdurend op in de pers, maar van Gardeniërs' belofte is weinig terechtgekomen. Er is één en ander tussen gekomen. De internationale federatie van farmaceutische fabrikanten, IFPMA, voelde er weinig voor onderworpen te worden aan gedragsregels die anderen hadden opgesteld en toegepast. In 1981 besloot zij daarom zelf een code te produceren. Deze vrijwillige code is ook aanvaard door Nefarma, dat deel uitmaakt van de IFPMA. De code is een stuk vriendelijker voor de industrie dan die welke haar critici hadden opgesteld. Het voornaamste verschil is dat hij onverplicht is en geen wettelijke sancties kent. De enige 'sanctie' is die van negatieve publiciteit.

Rond diezelfde tijd (1981) raakte de Wereld Gezondheids Organisatie in gesprek met de industrie over de mogelijkheid de productie en verkoop van medicijnen beter af te stemmen op de behoeften van de Derde Wereld. De industrie verklaarde bereid te zijn zich meer toe te leggen op goedkope basismedicijnen, waaraan een groot tekort is in arme landen. Wat er van die toezegging is terechtgekomen, is moeilijk te zeggen op dit moment. De critici beweren dat de industrie alleen tijd wilde winnen, en dat er sindsdien weinig gebeurd is. Het Jaarverslag 1982 van Nefarma meldt dat 'door industrie en WHO samen een aantal pilot projects in de minst ontwikkelde landen op gang wordt gebracht: Gambia, Ruanda, Burundi, Somalië en Malawa'. Ook dit bericht kan echter op verschillende manieren gelezen worden, en kan betekenen dat er nog niets is gebeurd. Hoe het ook zij, de Wereld Gezondheids Organisatie



achte het raadzaam de industrie voorlopig welwillend tegemoet te treden. Over de bindende code van Health Action International wordt niet meer gepraat. De vrijwillige code van de industrie krijgt eerst een kans. Wemos (Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking), die de klacht tegen Organon indiende, beriep zich dan ook op die code. Daarin wordt onder andere als verplichting van de industrie genoemd: 'Het waarborgen dat alle produkten gemaakt om op recept aan patiënten verkocht te worden, zich gesteund weten van een zo volledig mogelijke technische begeleiding en ten volle aan de vraag van de volksgezondheid voldoen.' De code-commissie die voor deze klacht werd ingesteld, bevond zich in een moeilijk parket. Als Organon 'vrijgesproken' zou worden, zou iedereen immers roepen: zie je wel, zo'n vrijwillige code is onzin. Organon moest dus berispt worden, maar de vraag was nog hoe duidelijk die berisping zou zijn. Nu het resultaat bekend is, zullen sommigen misschien tevreden zijn maar anderen zullen terecht vragen: wat gaat er nu gebeuren? Bewijst deze uitspraak dat een vrijwillige code een effectief middel is? Ik meen van niet. Natuurlijk, Organon heeft, zoals dat heet, 'negatieve publiciteit' gekregen, maar op geen enkele manier kan zij gedwongen worden te voorkomen wat voortdurend is gebeurd: dat ondervoede kinderen Orgabolin krijgen toegediend. Zelfs als de tekst op de bijsluiter wordt gewijzigd, zoals de code-commissie verlangt, is dat geen garantie dat

verkeerd gebruik van Orgabolin voorkomen wordt.

Laten we een voorbeeld nemen. In Bangladesh is naar schatting de helft van de bevolking ondervoed, en betreffen veertig procent van alle sterfgevallen kinderen tussen de één en vier jaar. De aanwezigheid van een 'groeimedijn' in een land met zoveel ondervoeding moet wel tot misverstanden leiden. De enige garantie tegen misbruik van Orgabolin is derhalve de algehele verwijdering van het produkt uit het land. In Bangladesh is dat ook werkelijk gebeurd. Niet echter omdat de code dit beleefd heeft aanbevolen, maar omdat de Bengaalse regering het produkt verboden heeft. Daarbij dient nog vermeld te worden dat Organon krachtig tegen deze regeringsmaatregel heeft geprotesteerd.

Dit ene voorbeeld doet reeds sterk vermoeden dat er krachtiger middelen dan een vrijwillige code nodig zijn om de industrie te bewegen zich te houden aan de idealen die zij zelf geformuleerd heeft. Alleen wetbepalingen met daadwerkelijke sancties kunnen dat. Een vrijwillige code die een beroep doet op de ethische verantwoordelijkheid van de industrie is even absurd als belastingbetaling overlaten aan het verantwoordelijkheidsgevoel van de burger.

Verantwoordelijkheid

Maar wat is nu die verantwoordelijkheid van de industrie? Hoe ver gaat die? Die vraag is veel moeilijker te beantwoorden dan de vraag hoe een gedragscode zou moeten werken. Het

Medicijngebruik in de Derde Wereld

geval Organon is een voorbeeld van bewuste verdraaiing van informatie over de werking van een produkt. Het is niet moeilijk in te zien dat het bedrijf hierover ter verantwoording geroepen kan worden. Maar stel dat Organon voortaan exacte informatie verstrekt over gebruik, bijwerkingen en contra-indicaties van haar produkt, en dat desondanks het middel verkeerd gebruikt wordt in de Derde Wereld. Kan zij daar dan nog verantwoordelijk voor gesteld worden? Heeft zij er voldoende voor geijverd dat het produkt (in de woorden van de code:) gesteund werd door 'een zo volledig mogelijke technische begeleiding'? En heeft zij 'ten volle aan de vraag van de volksgezondheid' voldaan? Of om het met de woorden van de code-commissie te zeggen: is zij 'extra zorgvuldig geweest in landen waar minder waarborgen zijn voor het verantwoord gebruik van geneesmiddelen'?

De vraag naar de verantwoordelijkheid van de industrie is inderdaad een lastige. Een vertegenwoordiger van de industrie zei het onlangs heel kernachtig toen hij – retorisch – vroeg of de broodmessenfabrikant verantwoordelijk is voor het feit dat iemand een moord pleegt met een van zijn broodmessen. Helaas – of gelukkig, het ligt eraan hoe je het bekijkt – komen de meeste ongelukken met medicijnen in de Derde Wereld niet voort uit doelbewuste misleiding van de industrie, maar uit een samenstel van factoren dat niet zo eenvoudig is uit te leggen aan het grote publiek.

De grootste problemen van medicijngebruik in de Derde Wereld worden niet veroorzaakt door 'dumping' en misleidende bijsluiters, zoals persberichten soms suggereren. De grootste problemen bestaan in een tekort aan betaalbare goede medicijnen, en in het verkeerde gebruik van allerlei medicijnen, goede zowel als slechte (hoewel je eigenlijk niet van goede en slechte medicijnen kunt spreken, zoals we straks zullen zien). Een tekort aan medische voorzieningen, het ontbreken van medicijnen in die voorzieningen, de geografische en sociale afstand tot artsen en verplegers, de beperkte vervoersmogelijkheden, geldgebrek, en vele andere problemen dwingen mensen vaak tot zelfzorg waar hulp van een deskundige nodig zou zijn.

Mensen stellen hun eigen diagnose en kopen ergens wat medicijnen. In veel gevallen zullen die medicijnen allang gescheiden zijn van de bijbehorende instructies. (Het belang van bijsluiters in de Derde Wereld is dan ook – helaas – maar betrekkelijk.) Op die manier worden veel medicijnen die bij juist gebruik nuttig zouden zijn nutteloos of zelfs schadelijk. Het meest voor de hand liggende voorbeeld zijn de talloze antibiotica die in de Derde Wereld geslikt en geïnjecteerd worden zonder dat er een arts of verpleegkundige aan te pas komt.

Nogmaals: kan de industrie voor deze – meest voorkomende – vorm van misbruik aansprakelijk gesteld worden? Farmaceutische bedrijven hebben herhaaldelijk gesteld dat hun verantwoordelijkheid eindigt met de productie van een goed middel voorzien van juiste informatie. Zij kennen echter de situatie in Derde-Wereldlanden en weten dat hun produkten op grote schaal misbruikt worden. Omdat dat echter 'buiten hun verantwoordelijkheid' valt, kunnen zij simpelweg doorgaan met het exporteren van die produkten. Het is een stellingname die hen gunstig uitkomt. Maar is hij in overeenstemming met hun code?

Farmaceutisch onderzoek

De basis voor een zo goed mogelijk produkt wordt gelegd in het farmaceutisch onderzoek dat aan de productie voorafgaat. Geen enkel farmaceutisch produkt is echter als zodanig goed. Het is pas goed als het goed gebruikt wordt. Het spreekt dan ook vanzelf dat onderzoek naar optimale gebruikskansen van het produkt een wezenlijk onderdeel moet zijn van het 'farmaceutisch onderzoek'. Als een bedrijf al het mogelijke gedaan heeft om ook een juist gebruik van zijn produkt te garanderen, zou je kunnen zeggen dat dat bedrijf op 'verantwoordelijke' wijze te werk is gegaan.

Als we het zo bekijken, lijkt er nog heel wat te schorten aan de handelwijze van Organon, en ook van andere farmaceutische bedrijven. Nergens blijkt dat Organon haar verplichting tot 'zo volledig mogelijke technische begeleiding' enzovoort zó heeft opgevat. Er is mij



geen enkel voorbeeld bekend van een bedrijf dat getracht heeft maatregelen te treffen om de kans op juist gebruik van zijn produkt in een Derde-Wereldland te verhogen. Ik heb nog nooit gehoord van systematisch onderzoek naar de gebruikssituatie in een dergelijk land.

Wat stelt farmaceutisch onderzoek eigenlijk voor? Op de eerste plaats moet geconstateerd worden dat dit haast uitsluitend onderzoek naar nieuwe medicijnen betreft, en dat het bovendien zeer eenzijdig gericht is. De investeringen in 'Research and Development' vormen een wat mistig onderwerp. Schattingen over hoeveel de industrieën besteden aan onderzoek lopen uiteen van nul bij sommige bedrijven tot twintig procent van de kosten van het produkt bij andere. Wat iets beter bekend is, is dat de industrieën bijna uitsluitend investeren in onderzoek naar produkten waar de geïndustrialiseerde wereld behoefte aan heeft, dus vooral medicijnen voor hart- en vaatziekten, kanker en psychische stoornissen. In 1980 besteedde de internationale industrie ongeveer vijf miljard dollar aan onderzoek, en was één procent daarvan gericht op onderzoek ten behoeve van typische Derde-Wereld ziekten. Dit is ontstellend weinig, vooral als men bedenkt dat zo'n driekwart van de wereldbevolking in de Derde Wereld woont, en ziekte daar een veel groter probleem vormt dan in de geïndustrialiseerde landen. Een verklaring voor deze scheve verhouding is niet moeilijk te vinden: het is slechts interessant te investeren in een produkt als er ook koopkracht is bij degenen die er behoefte aan hebben. Vertegenwoordigers van de industrie hebben zelf ook verklaard dat zij het zich niet kunnen permitteren in de Derde-Wereld bedrijfstak te investeren omdat daar te weinig ruimte in zit. Als regeringen dergelijk onderzoek echter willen subsidiëren, is het misschien wel mogelijk, zeggen zij.

De geringe bereidheid of mogelijkheid van de industrie om geld te steken in onderzoek naar medicijnen waar het meest behoefte aan is, is al vele malen gemeld door critici. Een vraag die echter nog maar zelden is gesteld, is waarom de industrie zich beperkt tot laboratoriumonderzoek en zich verder niet schijnt te bekommeren om wat er met haar produkten gebeurt wanneer zij de fabriek verlaten hebben, met name als zij vertrokken zijn met bestemming Derde Wereld.

In de westerse wereld getroost de industrie zich aanzienlijke moeite om het juiste gebruik van haar produkten te bevorderen. Artsen en gebruikers krijgen vaak uitvoerige voorlichting. Op inventieve wijze heeft men ook andere maatregelen bedacht om verkeerd gebruik tegen te gaan. De kindveilige verpakking is een interessant voorbeeld. Deze inspanningen en deze inventiviteit steken schril af bij wat men doet voor juist gebruik in de Derde Wereld.

Het is niet langer mogelijk het probleem van illegale medicijnverkoop en verkeerde zelfmedicatie in de Derde Wereld te negeren. Ik kan wel honderd internationale publikaties citeren waarin deze problematiek ter sprake wordt gebracht. Met name is erop gewezen dat uitsluitend-recept-medicijnen veelvuldig zonder recept verkocht worden, en dat medicijnen die in de particuliere sector verhandeld worden ook terecht komen bij mensen die een beroep doen op de openbare gezondheids-

zorgsector. Merkwaardig genoeg doet de industrie vaak nog alsof zij dat niet weet, en soms worden deze feiten zelfs hardnekkig ontkend. Het is mijns inziens deze weigering van de industrie om zich te verdiepen in de gebruikssituatie en daar iets aan te doen, die strijdig is met haar eigen code.

Ik kan niet vooruitlopen op onderzoek dat nog moet plaatsvinden. Er is echter niet zoveel verbeelding voor nodig om te bedenken dat er mogelijkheden bestaan om het typische Derde-Wereld probleem van medicijnmisbruik te bestrijden, zoals men in Nederland misbruik door kinderen heeft verminderd door een ingenieuze verpakking. Misschien zou men bepaalde medicijnen beter helemaal niet meer naar die landen kunnen exporteren. Misschien zou men bij andere medicijnen meer aangepaste en duidelijke informatie kunnen verschaffen. Misschien zou die informatie zodanig bevestigd kunnen worden dat zij niet van het medicijn gescheiden kan worden, bijvoorbeeld door middel van doordrukstrips. Misschien zou men zelfs moeten anticiperen op het feit dat recept-medicijnen in de Derde Wereld ook zonder recept verstrekt worden, en de niet-medisch geschoolde cliënt eenvoudige instructies geven hoe het desbetreffende middel precies gebruikt moet worden, of, nog belangrijker, hoe, wanneer en door wie het beslist niet gebruikt moet worden. Ook die waarschuwing zou aan het produkt zelf bevestigd moeten worden zodat het niet mogelijk is dat het produkt een 'eigen leven gaat leiden', losgekoppeld wordt van zijn informatie.

Waar het om gaat, is dat langzaam het inzicht doordringt dat medicijnen pas medicijnen zijn als ze door mensen worden gebruikt. Wie een uitspraak wil doen over het nut, onnut of gevaar van medicijnen kan daarom niet volstaan met een onderzoek naar chemische substanties, maar dient ook mensen in zijn onderzoek te betrekken. Het is op zijn zachtst gezegd vreemd dat nu de maatschappelijke context van ziekte en genezing zo benadrukt wordt, medicijnen nog steeds als een pure laboratoriumaangelegenheid worden beschouwd. Als algemeen aanvaard wordt dat medicijnen en mensen onderdeel vormen van één-en-hetzelfde probleem, kan men ook de industrie gaan vragen wat minder chemie en wat meer antropologie, wat meer 'mens', in hun Research and Development te stoppen. Een gedeelte van de vindingrijkheid die de industrie getoond heeft in het ontwikkelen van goede medicijnen en van overbodige 'me-too' produkten (want ook daar is enige vindingrijkheid voor nodig) zou besteed kunnen worden aan het ontwikkelen van technieken en maatregelen die misbruik en, daaruit voortvloeiend, schade van goede medicijnen voorkomen. Voor het 'ontdekken' van dergelijke technieken en maatregelen moet men eerst wat meer over mensen en hun levensomstandigheden te weten zien te komen. In farmaceuticaal uitgedrukt: wat minder onderzoek *in vitro*, wat meer *in vivo*. □

Literatuur

- Blum, R. e.a., *Pharmaceuticals and Health Policy*. London: Social Audit, 1983.
Drugs and the Third World. Frankfurt: German Pharmaceutical Manufacturers' Association, 1982.
 Health Action International, *An International Code of Pharmaceutical Marketing Practice*. Penang: HAI, 1982.
 Van der Hoeven, L., *Informatie over Codes en de Farmaceutische Industrie*. Amsterdam: Wemos, 1983.
 Melrose, D., *Bitter Pills*. Oxford: Oxfam, 1982.
 Muller, M., *The Health of Nations*. London: Faber & Faber, 1982.
 Nefarma, *Jaarverslag 1981 en 1982*. Utrecht: Nefarma.
 Nefarma, *Research in de Farmaceutische Industrie*. Utrecht: Nefarma.
 Silverman, M. e.a., *Prescriptions for Death*. Berkeley: University of California Press, 1982.
 Simon, H. J., 'Pharmaceuticals for Developing Countries'. *Pharos* 44 (2): 9-15, 1982.
 Taylor, D., *Medicines, Health and the Poor World*. London: Office of Health Economics, 1982.
 Turshen, M., 'An Analysis of the Medical Supply Industries'. *Intern. J. of Health Services* 6 (2): 271-294, 1976.
 Wemos, *Klachten over activiteiten Organon in de Derde Wereld*. Amsterdam, Wemos, 1983.
 Wolffers, I., *Druppels tegen de Armoede*. Baarn: Fontein, 1983.

De meeste publikaties zijn verkrijgbaar bij Nefarma, Franciscusdreef 50, 3565 AC Utrecht (tel. 030-62.14.44) of bij Wemos, Postbus 4098, 1009 AB Amsterdam (tel. 020-63.51.15).