

Peter Bügel

## De markt van ziekte en geluk

Farmaceutische industrie ziet vooral profijt in het helpen van gezonde mensen

*De Academische Boekengids* 57, juli 2006, pp. 13-15.

**Is er iets mis met mensen die zich niet ziek voelen? Voor de marketingafdelingen van farmaceutische concerns lijkt dat wel het geval. Het ontwikkelen van geneesmiddelen tegen ernstige aandoeningen gaat langzaam en kost veel geld. Daarom richten zij hun inspanningen liever op het bestrijden van botontkalking, depressie en cholesterol.**

De afgelopen dertig jaar trad ik vaak op bij nascholingen voor artsen; ik bezocht medische congressen en symposia en organiseerde meerdaagse trainingen voor dokters. Ik ben het volstrekt normaal gaan vinden dat bij al die gelegenheden kraampjes staan van de farmaceutische industrie. Er zijn allerlei cadeautjes te scoren, die veel dokters met plastic draagtassen vol gratis mee naar huis nemen. Voor sommige duurdere spullen moeten ze een artsbezoeker, niet zelden een aantrekkelijke, hoogopgeleide vrouw, later op hun praktijkadres verwelkomen.

Sommige cursussen, op mooie locaties in het buitenland, werden geheel door de industrie georganiseerd, vaak via hun eigen reisbureau. Het betreffende bedrijf betaalde de reis en het verblijf van de cursisten en docenten. In ruil voor al deze inspanningen hoefden we slechts hun standjes op de gang te dulden. Ruimte in het programma voor verkooppraatjes was niet nodig. Tijdens zo'n cursus organiseerden de artsbezoekers leuke uitstapjes, jeepsafari's, boottochtjes en wijnovergoten lunches en diners.

Dit was een schijnbaar aantrekkelijke deal. Bovendien meenden we dat de betrokken artsen zich niets van al die reclame zouden aantrekken maar lege artis, *evidence based* en volgens de richtlijnen van hun beroepsorganisatie geneesmiddelen zouden voorschrijven. De cursisten vonden deze gang van zaken allemaal heel gewoon. Zo ging het altijd. Een onschuldige, maar plezierige folklore. De werkelijkheid is echter minder onschuldig. Snoepreispjes zijn niet de enige manier waarmee de farmaceutische industrie haar medicamenten aan de man probeert te brengen. Zij heeft meer pijlen op haar boog.

Volgens Joop Bouma, auteur van *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?* verkeert deze industrie internationaal in een crisis. Zo brengt zij weinig echt nieuwe geneesmiddelen op de markt. De meeste zijn zogenoemde 'me too'-preparaten, variaties van al bestaande pillen. In Nederland zijn tussen 1998 en 2002 jaarlijks gemiddeld veertig nieuwe geneesmiddelen op de markt gekomen. Volgens een schatting van het College voor Zorgverzekering kan de helft van deze middelen met een nieuw bestanddeel vervangen worden door oudere middelen die al in het geneesmiddelenvergoedingssysteem waren opgenomen.

'IN PLAATS VAN MEDICIJNEN TE PROMOTEN OM ZIEKTEN TE BEHANDELEN,  
WORDEN NU ZIEKTEN UITGEVONDEN WAARBIJ DE GENEESMIDDELEN PASSEN.'

Intussen lopen steeds meer patenten op de best verkopende medicijnen af, zonder dat de industrie daarvoor vervangers heeft. Daarbij komt dat het ontwikkelen en testen van een nieuw medicijn al snel twintig jaar kost. Daarom is de industrie op zoek gegaan naar een andere manier om tot winstmaximalisatie te komen. Die heeft ze gevonden door in plaats van de zieke juist de gezonde mens tot doelgroep te maken. In plaats van medicijnen te promoten om ziekten te behandelen, worden nu ziekten uitgevonden waarbij de geneesmiddelen passen.

In *Selling Sickness* tonen de auteurs aan dat de grootste geneesmiddelenfabrikanten in hun marketingstrategieën de gezonde, rijke mens tot belangrijkste doelgroep hebben verheven. Het gaat om aanzienlijke bedragen. De jaarcijfers van de grootste farmaceutische multinationals laten zien dat zij ruim dertig procent van hun omzet aan marketing besteden. Nog wat getallen om een idee te vormen: Pfizer, 's werelds grootste bedrijf, gaf in 2004 acht miljard dollar uit aan research en zeventien miljard aan marketing; GlaxoSmith Kline gaf 5 miljard aan research uit en dertien miljard aan marketing; AstraZeneca besteedde 3,8 miljard aan research en 7,8 miljard aan marketing.

Maar een gedeelte van de als Research en Development (R&D) opgevoerde bedragen wordt óók aan marketing besteed. Een voorbeeld hiervan zijn de *Seeding Trials*, waarbij artsen worden betaald door de industrie om nieuwe geneesmiddelen voor te schrijven. Officieel heet het om bijwerkingen te vinden, in werkelijkheid gaat het erom artsen en patiënten aan de nieuwe middelen te laten wennen. Een voorbeeld is de introductie van Crestor door AstraZeneca. Het patent van de cholesterolverlager simvastatine (Zocor) was verlopen, waarna het dure 'me too' Crestor werd gepusht. Dat gebeurde onder andere door het gratis aan cardiologen te verstrekken. De specialisten kregen een vergoeding van 250 euro als tegemoetkoming voor hun 'wetenschappelijke inbreng'. Voor de gelegenheid werd een 'observationeel onderzoek naar de klinische effectiviteit van Crestor' opgezet. De kosten van het voorschrijven van Crestor zijn in Nederland opgelopen van tien miljoen euro in 2003 tot 29 miljoen in 2004.

Maar het gratis verstrekken van nieuwe geneesmiddelen aan ziekenhuizen verdient zich snel terug. Pfizer geeft bijvoorbeeld het peperdure anticholesterolmiddel Lipitor gratis aan ziekenhuisapothekers. Patiënten die dat eenmaal van hun specialist voorgeschreven hebben gekregen, blijven dat daarna dagelijks slikken. Dat kost de Nederlandse gezondheidszorg tachtig miljoen euro extra per jaar. Hetzelfde gebeurde toen het patent van de maagzuurremmer Losec was afgelopen. AstraZeneca verstreekte het chemisch identieke me too-preparaat Nexium gratis aan ziekenhuisapotheken.

'DE HOOFDREDACTEUR VAN HET ACHTENSWAARDIGE *BRITISH MEDICAL JOURNAL* SCHREEF ONLANGS DAT ALLE GERENOMMEERDE MEDISCHE TIJDSCHRIFTEN EEN "ARM WAREN VAN DE MARKETINGAFDELINGEN VAN DE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE".'

In 1976 schreef Ivan Illich *Grenzen aan de Geneeskunde*. Hij voorspelde daarin dat de bevolking in de westerse wereld gemedicaliseerd zou worden. De geneeskunde zou er steeds minder in slagen de ziekten waaraan de welvarende bevolking stierf - kanker en hart- en vaatziekten - te behandelen en zich daarom in toenemende mate gaan richten op de preventie van aandoeningen. Ze zou zich dus steeds meer gaan bemoeien met gezonde mensen. Dertig jaar na het uitkomen van het boek is deze voorspelling geheel uitgekomen. Maar Illich had niet voorzien dat de farmaceutische industrie de motor zou gaan vormen van deze ontwikkeling. Het belangrijkste mechanisme daarbij is het bang en ongerust maken van de bevolking. De drie hier besproken boeken geven daarvan talrijke voorbeelden. Het gaat om aandoeningen die onmerkbaar zijn, zoals hoge bloeddruk en osteoporose, of die voorheen niet als ziekte werden bestempeld, zoals depressie en ADHD.

Hoe succesvol deze strategie is, zien we bij de hetze tegen cholesterol. Het idee wordt gewekt dat cholesterol een soort vergif is. Dat is niet het geval. Het is onontbeerlijk voor de gezondheid: zonder cholesterol geen celmembranen, geen adrenaline of sekshormonen. De hersenen bestaan voor twintig procent uit cholesterol. Gelukkig kunnen de meeste lichaamscellen het zelf produceren. Wanneer je minder vet gaat eten, maakt de lever gewoon meer aan. Dat is de reden waarom cholesterolverlagende diëten niet helpen. Je kunt je cholesterol alleen verlagen met medicijnen, de zogeheten statines. Het propageren van deze middelen berust op onjuiste informatie.

*The Cholesterol Myths* van Uffe Ravnskov (2000) geeft hiervan een uitgebreide beschrijving. Het verband tussen cholesterolniveau en hart- en vaatziekten is bij gezonde mensen nauwelijks aantoonbaar. Alle onderzoek op dat gebied is betaald door de farmaceutische firma's die de pillen produceren. Het is bekend dat uit zulke studies nooit negatieve resultaten worden gepubliceerd. De hoofdredacteur van het achtenswaardige *British Medical Journal* schreef onlangs dat alle gerenommeerde medische tijdschriften een 'arm waren van de marketingafdelingen van de farmaceutische industrie'.

Over de bijwerkingen van de cholesterolverlagers wordt niet gepubliceerd. Bekend zijn geheugenverlies, mentale verwarring, grotere kans op borstkanker bij jonge vrouwen en schade aan de hartspier doordat een belangrijk enzym (CQ10) geblokkeerd wordt. Dit is niet verbazingwekkend gezien de centrale rol die cholesterol speelt in de chemische processen van het lichaam. Met name voor ouderen blijkt een flink cholesterolniveau belangrijk. De stof speelt onder andere een rol bij de afweer. Voor de farmaceutische industrie zijn de statines een wondermiddel. Gezonde mensen met een goede levensverwachting zullen, mits bang gemaakt, hun leven lang dagelijks deze pillen willen slikken.

'MENSEN MET EEN "NORMALE" BLOEDDRUK ZULLEN STEEDS ZELDZAMER WORDEN EN MISSCHIEN WEL UITSTERVEN.'

Hetzelfde geldt voor middelen tegen een hoge bloeddruk. In *Selling Sickness* beschrijven de auteurs dat onder de huidige richtlijnen veertig miljoen Amerikanen een te hoge bloeddruk (hypertensie) hebben. Van mensen boven de vijfenvijftig is dat negentig procent. Maar de definitie van hoge bloeddruk verandert steeds. Iedere keer wordt een lagere bloeddruk als risicofactor gezien. De farmaceutische industrie hoopt wereldwijd veertig miljard dollar in deze markt om te zetten. Bij de marketing van antihypertensiva voert zij vooral de relatieve risico's op. Er wordt bijvoorbeeld gesteld dat het gebruik van antihypertensiva de kans op een hartinfarct met 33 procent vermindert.

Dat klinkt mooi. Mooier dan: de kans op een hartinfarct gaat van drie naar twee procent. En ook mooier dan: om één hartinfarct te vermijden, moeten honderd mensen worden behandeld. Toch zijn al deze uitspraken even waar. Recent is de *pool* van klanten fors uitgebreid door een nieuw begrip: 'prehypertensie'. Zulke mensen hebben nog geen hoge bloeddruk, maar zouden die kunnen krijgen wanneer ze onbehandeld voortleven. Volgens de nieuwste richtlijnen in de Verenigde Staten vallen mensen met een systolische druk van honderdtwintig en een diastolische van tachtig daar al onder. Mensen met een 'normale' bloeddruk zullen steeds zeldzamer worden en misschien wel uitsterven.

Een voorbeeld uit *De ziektemakers* van Jörg Blech. In 1995 bracht de firma Merck het medicijn Fosamax tegen osteoporose op de markt. De botdichtheid gaat bij mannen én vrouwen na het dertigste levensjaar achteruit. Omdat meer vrouwen dan mannen ouder dan tachtig worden, komen in die groep meer botbreuken voor. De industrie slaagde erin dit natuurlijke proces te omschrijven als een ziekte die behandeld moet worden. Wat hielp, was een advies van een commissie van de World Health Organization, die bepaalde dat de botdichtheid van een dertigjarige 'normaal' was. Alle vrouwen ouder dan dertig

hadden daardoor automatisch een 'abnormale' botdichtheid. Al voor de promotie van het nieuwe medicijn subsidieerde Merck de distributie van botdichtheidsmeters, zodat al die abnormale waarden opgespoord konden worden. Een door Merck betaalde studie toonde de werkzaamheid van het middel aan. In deze Fracture Intervention Trial werd Fosamax gedurende vier jaar met een neppil vergeleken. Uitkomst: de kans op een botbreuk daalde met wel vijftig procent.

Dat leek heel wat. Twee zaken bleven echter onvermeld. In de eerste plaats werden alleen vrouwen onderzocht die al een keer iets gebroken hadden, dus een highriskgroep. In de tweede plaats braken twee vrouwen op de honderd hun heup in de placebogroep. In de groep met het echte medicament was dat één per honderd. In absolute termen was de winst dus één procent. Voor de komst van dit medicament werd vooral reclame gemaakt voor hormoonsuppletie. Hiermee werd een absolute risicovermindering van 0,4 procent behaald. Helaas verhoogde deze medicatie de kans op hartinfarcten, beroerten en borstkanker. Ook de bijwerkingen van Fosamax zijn niet misselijk. Het is een bijtend goedje dat de maag en slokdarm aantast.

Ook op de markt van psychische problemen is de farmaceutische industrie zeer actief. Vijftig jaar geleden was je nog niet jarig wanneer de diagnose depressie werd gesteld. Een langdurig gedwongen verblijf in een bosrijke omgeving was meestal de nare consequentie. Genezing werd veelal onwaarschijnlijk geacht. Dat is tegenwoordig anders. Depressie is geen ernstige psychiatrische afwijking meer, maar een gemoedsgesteldheid die meer dan een derde van de bevolking zal treffen. De criteria voor de diagnose zijn inmiddels zo ruim dat zelfs patiënten die zelf de indruk hebben helemaal niet somber te zijn depressief kunnen heten.

Via nascholingscursussen leren behandelaars zulke 'depressies' herkennen. Dat is belangrijk, want er zijn medicijnen voor. Sinds de bestseller *Listening to Prozac* (1993) van de Amerikaanse psychiater Peter Kramer weten we dat de selectieve serotonine heropname remmers (SSRIs) neerslachtigheid verdrijven. Het is dan ook geen wonder dat deze medicijnen als warme broodjes over de toonbank gaan. De medicijnmakers wisten kritiek lang te onderdrukken. Studies waaruit bleek dat de werkzaamheid even groot was als van placebo's haalden de belangrijke vakbladen niet.

'DE FABRIKANTEN BETALEN BIJNA AL HET ONDERZOEK NAAR DE WERKZAAMHEID EN RISICO'S VAN DEZE MIDDELEN. ONDERZOEKEN WAARUIT BLIJKT DAT MEDICAMENTEN NIET WERKZAAM ZIJN, WORDEN NIET GEPUBLICEERD.'

Ook het feit dat nog geen enkele onderzoeker erin geslaagd was een serotoninetekort in de hersenen aan te tonen bij neerslachtigheid werd niet wereldkundig gemaakt. Onderzoeken naar suicides bij gebruikers leidden in eerste instantie niet tot publicatie, maar wel tot rechtszaken tegen de onderzoekers. De fabrikanten betalen bijna al het onderzoek naar de werkzaamheid en risico's van deze middelen. Dit leidt tot een verschijnsel dat eufemistisch wel 'publication bias' wordt genoemd. Onderzoeken waaruit blijkt dat medicamenten niet werkzaam zijn, worden niet gepubliceerd.

Als je een tegengeluid wilt laten horen, kun je nog het beste een boek schrijven. Dat deed de Amerikaanse arts Joseph Glenmullen. In *Prozac Backlash* deed hij uit de doeken dat de middelen erg verslavend waren. Duizenden mensen die probeerden te stoppen, merkten dat ze misselijk, somber en moe werden. Vaak werd dit toegeschreven aan een terugval in de depressie, waarvoor men opnieuw moest slikken. Dat hielp, waarmee de diagnose werd bevestigd. En wat nog belangrijker was: de afzet was verzekerd. Er moeten nu eenmaal veel pillen verkocht worden. Het is namelijk erg prijzig patiënten en gezondheidswerkers ervan te overtuigen dat zij bepaalde gemoedstoestanden moeten zien als ziekten, als aandoeningen die effectief medicinaal genezen kunnen worden. Inmiddels zijn nieuwe indicaties voor de SSRIs gevonden. In de Verenigde Staten worden bijvoorbeeld de Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) en de Social Anxiety Disorder (SAD) als ziekten voorgesteld die het gevolg zijn van een chemische onbalans in het brein die met deze middelen verholpen zou moeten worden.

Zelfs seksuele ontevredenheid wordt tegenwoordig gemedicaliseerd. In de Verenigde Staten is de invloed van fundamentalistische christenen op het onderwijs groot. Zo is op de meeste scholen seksuele voorlichting vervangen door propaganda voor seksuele geheelonthouding. De meeste tieners weten dan ook niets over voorbehoedsmiddelen, laat staan over abortus. Een ander gevolg van deze hypocrisie is dat de seksualiteitsbeleving bij volwassenen problematisch is. Vooral vrouwen vertellen in therapie dat seks voor hen orgasmeloos, onplezierig of zelfs pijnlijk is. Farmaceutische bedrijven zijn bijzonder ingenomen met de rapporten. Ze staan te dringen om deze problemen te medicaliseren, zodat ze er geld aan kunnen verdienen.

In het boek *A New View of Women's Sexual Problems* stellen de auteurs Ellyn Kaschak en Leonore Tiefer deze belangenverstrengeling aan de kaak. Medici roepen, gesteerd door de industrie, dat iedereen geslachtsgemeenschap moet hebben en moet klaarkomen. Viagra is een succesnummer. Een chemisch geproduceerde erectie kost momenteel twaalf dollar. Pfizer, de onderneming die het middel in 1998 op de markt bracht, verdient er jaarlijks zo'n 1,3 miljard dollar aan. Maar helaas werkt de blauwe pil niet voor vrouwen. Deze groep vormt dus een enorme potentiële markt. Temeer daar een onderzoek uit 1992 zou aantonen dat 43 procent het eigen seksleven onplezierig vond. In *Selling Sickness* wordt de bron van dit getal nader onderzocht. Het blijkt dat in een sociologische enquête aan vrouwen gevraagd werd of ze het afgelopen jaar wel eens één van zeven symptomen hadden gehad, zoals geen zin in seks of een droge

vagina. Als dat zo was, werden ze als seksueel disfunctionerend gescoord.

Deze denkbeelden over seks gaan terug naar William Masters en Virginia Johnson uit de jaren zestig van de vorige eeuw. Hun onderzoekspopulatie bestond echter uit hoger opgeleide mensen die geïnteresseerd waren in hun eigen seksuele verrichtingen. Zo slaagden ze erin klaar te komen in het laboratorium van de onderzoekers. Dit was allerminst een representatieve groep. De conclusies van Masters en Johnson dat mannen en vrouwen dezelfde seksuele responscyclus hadden, is betwifelbaar. Het model is later overgenomen in de bijbel van de Amerikaanse psychiatrie, de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Seks zou volgens dat model beginnen met begeerte, overgaan in seksuele prikkeling en eindigen met een orgasme. De auteurs van *A New View* verwerpen dit model als mannelijk. Zij stellen dat er bij vrouwen geen verschil is tussen begeerte en prikkeling en dat voor hen een goede communicatieve relatie bij seks belangrijker is dan een orgasme.

De voornaamste kritiek is echter dat de seksuele beleving van vrouwen heel erg wordt beïnvloed door culturele en sociale problemen. Waar medici zoeken naar lichamelijke gebreken om seksueel disfunctioneren te verklaren, trachten de auteurs socioculturele, politiek-economische, relationele en psychologische oorzaken te vinden voor het onvermogen plezier te beleven bij geslachtsgemeenschap. Voorbeelden zijn slechte informatie over en toegankelijkheid tot geboortebeperving; overwerk, waardoor geen tijd overblijft voor een privéleven; ruzie met de partner over geld; angst om voor slet te worden aangezien; misbruik en mishandeling. Allemaal problemen waarbij medicijnen niet helpen.

‘VOOR DE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE ZIJN DE STATINES EEN WONDERMIDDEL.  
GEZONDE MENSEN MET EEN GOEDE LEVENSVORWAARDING ZULLEN, MITS BANG  
GEMAAKT, HUN LEVEN LANG DAGELIJKS DEZE PILLEN WILLEN SLIKKEN.’

Ten slotte verschijnen sommige ziekten ineens op het toneel samen met een passende medicatie. Een voorbeeld daarvan is ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Het bijbehorende medicijn is Ritalin. In 1997 werden in Nederland 65.000 recepten voor de stof voorgeschreven, in 2000 waren dat er al 178.500. De aandoening kwam aanvankelijk alleen voor bij kinderen en dan vooral bij jongetjes: ze kunnen zich niet concentreren, zijn druk en bovendien vaak ongehoorzaam en onhandelbaar. Dat geeft problemen op school en thuis. De helft van de ADHD-jongetjes heeft ook ODD en CD. Deze afkortingen staan voor Oppositional Defiant Disorder, oftewel pathologisch tegendraads gedrag en Conduct Disorder, lees: agressief wangedrag. Ritalin is een amfetamineachtige stof, een soort ‘speed’, die paradoxaal de kinderen rustig maakt, waarschijnlijk doordat het concentratievermogen verbetert.

Maar uit sommige studies bleek dat de helft van de onderzochte kinderen ook gedragsverbetering vertoonde met een neppilletje, een placebo. Dat is bijna even goed als met Ritalin. Waar komt deze golf van zich misdragende jongetjes vandaan? Daarover zijn veel speculaties. Een inmiddels niet meer modieuze theorie repte van *minimal brain damage*. Door een moeilijke geboorte zou het brein van de zuigeling korte tijd te weinig zuurstof hebben gekregen, waardoor een geringe schade zou zijn ontstaan. Zulke schade is met de nieuwe beeldvormende technieken niet aan te tonen.

Verder wordt wel gezegd dat de genen een belangrijke rol spelen. Als dat waar was, zou de aandoening van alle tijden zijn, maar dat is ze niet. Het ligt dus voor de hand te denken aan sociale, maatschappelijke oorzaken. In *Slikken* beschrijft Joop Bouma hoe de firma's Janssen-Cilag en Eli Lilly op de loop gingen met Balans, de oudervereniging van ADHD-patiëntjes. Advertenties riepen op om de website van Balans te bezoeken. Daar werd reclame gemaakt voor nieuwe, dure *me too*-preparaten. Het is eerder regel dan uitzondering dat patiëntenverenigingen gesponsord worden door de farmaceutische industrie. In de Verenigde Staten zorgt zij - om een voorbeeld te noemen - voor de volledige financiering van de vereniging ‘Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD)’.

De symptomen van ADHD zijn niet goed omschreven. Bij de diagnose wordt momenteel het medicijn betrokken. Dat wil zeggen: iemand lijdt aan ADHD wanneer Ritalin helpt. Over de langetermijneffecten van het middel is nog niets bekend. Interessant is dat ook gewone mensen er baat bij kunnen hebben en dat renpaarden er harder op lopen.

In Nederland is het verboden direct publieksreclame te maken voor middelen die alleen op recept te krijgen zijn. De industrie omzeilt dit door reclame te maken voor ziekten. Zo worden mensen aangemoedigd diagnostische lijstjes in te vullen over hun stemming, naar websites te gaan over erectiestoornissen of direct naar hun arts met hun kalknagels. Ook de media worden gebruikt om een scala aan ziekten op te voeren die op iedereen van toepassing kunnen zijn. Bloeddruk, pleinvrees, jetlag, internetverslaving, verhoogd cholesterol, latente depressie, overgewicht, menopauze, penopauze, vermoeidheid, lusteloosheid, tekort aan mannelijke of vrouwelijke hormonen, prikkelbare darmen of erectiestoornissen.

‘Wie denkt dat hij gezond is, is nog onvoldoende onderzocht’, stelde dokter Knock, in het toneelstuk ‘Knock of de triomf van de geneeskunst’. Deze arts begon zijn praktijk in het Franse bergdorp Saint-Maurice. Hij nam de praktijk over van de verarmde Parpalaid, die hem vertelde dat het er rustig was; de mensen raadpleegden hun arts slechts bij hoge uitzondering. Daar nam Knock geen genoegen mee. Hij haalde de dorpsleraar over lezingen te houden over verborgen ziektekiemen en liet de dorpsomroeper de bevolking informeren over een gratis consult bij de nieuwe dokter om de ‘griezelige

verspreiding van allerlei ziekten in te dammen, die sinds enkele jaren onze eens zo gezonde streek teisteren'.

De wachtkamer stroomde vol. Dokter Knock onderzocht zijn patiënten grondig en vond bij iedereen wel wat. Hij sommeerde hen het bed te houden. Er bleven slechts genoeg gezonde mensen over om de zieken te verzorgen. School en hotel werden omgebouwd tot ziekenhuizen. Aan het eind van het toneelstuk overzag Knock 's avonds een zee van licht. Op voorschrift van de dokter werden in tweehonderdvijftig verlichte kamers koortsthermometers ingebracht. Knock wist dat hij het dorp medische verlichting had gebracht.

Dit toneelstuk van Jules Romains beleefde in 1923 zijn glansvolle première in Parijs. In de daaropvolgende vier jaar werd het 1400 keer opgevoerd en diverse malen verfilmd. Enkele jaren geleden heb ik het bewerkt om het actueel te laten lijken. Het was verrassend hoe weinig er veranderd hoefde te worden. Het enige verschil: in 1923 was het fantasie, terwijl het nu werkelijkheid lijkt te zijn geworden.

**Peter Bügel** is psycholoog. Hij was van 1975 tot 2006 als wetenschappelijk docent verbonden aan de huisartsopleiding van de Rijksuniversiteit Groningen.

### **Besproken boeken:**

*DE ZIEKTEMAKERS. HOE WIJ TOT PATIËNT GEMAAKT WORDEN*  
door **Jörg Blech**  
Wereldbibliotheek. Amsterdam 2005.  
191 pag., € 16,90

*SELLING SICKNESS. HOW THE WORLD'S BIGGEST PHARMACEUTICAL COMPANIES ARE TURNING US ALL INTO PATIENTS*  
door **Ray Moynihan en Alan Cassels**  
Nation Books. New York 2005.  
354 pag., € 15,90

*SLIKKEN. HOE ZIEK IS DE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE?*  
door **Joop Bouma**  
Uitgeverij L.J. Veen. Amsterdam 2006.  
511 pag., € 18,90

### **Literatuur:**

- **M. Angell** (2004). *The Truth about Drug Companies*. Londen: Random House.
- **R.J. De Grandpre** (1999). *Ritalin Nation*. New York: W.W. Norton & Company.
- **J. Glenmullen** (2000). *Prozac Backlash*. New York: Simon & Schuster.
- **D. Healy** (2000). *The Creation of Psychopharmacology*. Boston: Harvard University Press.
- **A. Horwitz** (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago: Chicago University Press.
- **I. Illich** (1976). *Grenzen aan de Geneeskunde*. Baarn: Het Wereldvenster.
- **E. Kaschak** en **L. Tiefer** (2002). *A New View of Women's Sexual Problems*. New York: Haworth Press.
- **P. Kramer** (1993). *Listening to Prozac*. New York: Penguin Books.
- **U. Ravnskov** (2000). *The Cholesterol Myths*. Washington: New Trends Publishing.
- **P. Skrabanek** en **J. McCormick** (1993). *Dwaasheden en dwalingen in de geneeskunde*. Nijmegen: SUN.