

Przepisywane leki przyczyną zgonu rzeszy pacjentów*

Peter C. Gøtzsche

Nordic Cochrane Centre, Kopenhaga, Dania

Wstęp Tytuł tego artykułu może się wydawać nieco ekstremalny, ale niestety tak nie jest. Ma on zwrócić uwagę na niezwykle istotny fakt, który na dobre musi zagościć w ludzkiej świadomości. Umieściłem ten tytuł na plakacie zaprezentowanym przeze mnie na konferencji w Dartmouth w 2013 r., którą poświęcono zbyt częstemu rozpoznawaniu chorób i niepotrzebnemu leczeniu farmakologicznemu. Rok wcześniej odkryłem, że przepisywane leki są trzecią z kolei, zaraz po chorobach serca i nowotworach, przyczyną zgonów pacjentów w Stanach Zjednoczonych i Europie. Chciałem zbadać przyczyny takiego stanu rzeczy i zaproponować środki zapobiegawcze, dlatego też napisałem książkę, którą przedstawiłem na wspomnianym plakacie, chyba z najkrótszym, jaki kiedykolwiek powstał, wypunktowanym opisem metod: „Metody: napisałem książkę z ponad 900 pozycjami piśmiennictwa” ([RYCINA](#)).

Moja książka nie traktuje o powszechnie znanych zaletach leków, takich jak wielkie sukcesy w leczeniu zakażeń, chorób serca, niektórych nowotworów, czy niedoboru hormonów, jak np. w cukrzycy typu 1. Ta książka skupia się na porażce całego systemu farmaceutycznego, w którym nietrudno dopatrzeć się przestępczości na szeroką skalę, korupcji, niejasnych regulacji dotyczących rynku leków. Ten system wymaga radykalnych reform.

Z przeprowadzonych przeze mnie badań wynika, że w Stanach Zjednoczonych każdego roku około 100 000 ludzi umiera z powodu zażywanych, niejednokrotnie w sposób zgodny z zaleceniami lekarza, leków. Kolejne 100 000 pacjentów umiera wskutek błędów, takich jak zbyt wysoka dawka leku lub jego przyjmowanie pomimo występowania ku temu przeciwwskazań. Nasze agencje do spraw leków zawiodą, gdyż oparto je na fałszywych ustaleniach, z pełną świadomością ich bezskuteczności. Sposób działania Urzędu ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration – FDA) w kwestii bezpieczeństwa sprowadza się w praktyce do bagatelizowania omawianego

problemu. FDA uważa, że po wprowadzeniu produktu na rynek w zasadzie nie ma takiego ryzyka, z którym nie można by się zmierzyć. Przykładem niech będą słowa: „Nie mamy 95-procentowej pewności, że dany lek może kogoś uśmiercić, zakładamy zatem, że do tego nie dojdzie”. Taka argumentacja wystarczy, aby lek trafił na rynek. Autor zacytowanych powyżej słów to Davis Graham, zastępca dyrektora Biura Bezpieczeństwa Leków FDA, który pracował dla FDA przez 40 lat, ale potrzebował ochrony kongresowej, aby utrzymać stanowisko po tym, jak ujawnił, że rofekoksyb powodował zgony.¹

Każdego leku może dotyczyć 20, 30 lub 40 ostrzeżeń, przeciwwskazań i zabezpieczeń, których prawdopodobnie większość lekarzy nie jest w stanie się nauczyć. W zasadzie nie możemy nawet bezpiecznie stosować warfaryny, chociaż wiemy, że należy wnikliwie sprawdzić, czy nasz pacjent nie przyjmuje przeciwwskazanego leku mogącego zwiększyć ryzyko wystąpienia krwawienia. W jednym z badań 2/3 pacjentów przyjmujących warfarynę otrzymało co najmniej jeden dodatkowy lek zwiększający ryzyko wystąpienia krwawienia, a w innym badaniu co trzeci pacjent otrzymał takie leki.¹

Ten system jest pełen błędów, ponieważ jest zbyt skomplikowany, aby umysł ludzki mógł go pojąć. Wystarczy wyobrazić sobie pilota, który siedząc w kokpicie ma do dyspozycji tysiące małych przycisków – jednocześnie uruchomienie kilku z nich sprawia, że trudno zapanować nad maszyną, trudno przewidzieć, jak skończy się lot. Mając tę świadomość, chyba nikt nie odważyłby się wsiąść do takiego samolotu. Podobny mechanizm ma miejsce w przypadku pacjenta, któremu podaje się kilka różnych leków w tym samym czasie.

Warto podkreślić, że gdyby zgony powiązane z przyjmowaniem leku były skutkiem bakterii bądź wirusów, zrobilibyśmy wszystko, żeby opanować tę sytuację. Tragiczny jest jednak fakt, że z łatwością można by ograniczyć liczbę zgonów spowodowanych lekiem, ale nasi politycy

Adres do korespondencji:
Peter C. Gøtzsche, Professor,
Director, MD, DrMedSci, MSc, Nordic
Cochrane Centre, Rigshospitalet, 7811
Blegdamsvej 9, 2100 Kopenhaga,
Dania, tel.: +45 35 45 71 12,
fax: +45 35 45 70 07,
e-mail: pcg@cochrane.dk
Praca wpłynęła: 23.10.2014.
Przyjęta do druku: 24.10.2014.
Publikacja online: 30.10.2014.
Nie zgłoszono sprzeczności
interesów.
Pol Arch Med Wewn. 2014;
124 (12): 750-756
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2014

*Reprint artykułu Gøtzsche PC. Our prescription drugs kill us in large numbers. Pol Arch Med Wewn. 2014; 124: 628-634 (streszczenie jest dostępne wraz z oryginalną wersją artykułu).
Opinie wyrażone w tym artykule są poglądami Autora i nie zawsze są tożsame ze stanowiskiem redakcji czasopisma, Towarzystwa Internistów Polskich oraz wydawcy.

Our drugs kill us

Peter C Gotzsche, Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark. pcg@cochrane.dk

Background

Drugs are the third leading cause of death after heart disease and cancer in the United States and Europe.

Aims

To explore the causes and suggest preventive measures.

Methods

I wrote a book, with over 900 references.

Results

Major contributing causes to the vast number of preventable deaths are:

- Highly impotent drug regulation that builds on the permissive rather than the precautionary principle and accepts surrogate outcomes and the lack of adequate safety data
- Fake fixes, such as many thousands of warnings and precautions that drug regulators know won't work and that doctors cannot remember
- Organised crime in big pharma that often involves illegal marketing, kickbacks and other forms of corruption, fraudulent research and marketing, and obstruction of justice
- Lack of tangible sanctions for the crimes
- Widespread corruption of doctors
- Lack of knowledge of the consequences of polypharmacy and unwillingness to reduce it
- Unavailability of full study reports, protocols and the raw data from drug trials
- Conflicts of interest at medical journals

Conclusions

We have a hugely lethal drug epidemic and we need a revolution. I suggest:

- Drug testing should be a public enterprise
- There should be no money between doctors and companies. Doctors and patient organisations should consider carefully whether they find it ethically acceptable to receive money that have been partly earned by crimes that have harmed the patients
- Drug marketing should be forbidden, as tobacco marketing is, as it is similarly lethal
- Drug trials should not be published in journals
- All raw data must be free
- Drug regulation needs a revolution
- General warnings on drug labels like for cigarette packs: "Drugs may be lethal and should be avoided, if possible, particularly if they are newly introduced."



w zasadzie nie robią nic w tym kierunku, choć to przecież oni mają największy wpływ na wprowadzenie zmian. Jeśli jednak zdecydują się na działanie, przemysł farmaceutyczny poprzez silny lobb-ing potrafi sprawić, że politycy sami zaczynają wierzyć w jego wszystkie zwodnicze mity.

Przeciętnych obywateli nie da się tak łatwo omamić jak polityków. Ludzie wydają się wiedzieć na czym polega przemysł farmaceutyczny. Potwierdziły to wyniki przeprowadzonego sondażu opinii publicznej, które pokazały, że spośród przedsiębiorstw najmniejszym zaufaniem darzymy właśnie przemysł farmaceutyczny, stawiając go na równi z warsztatami samochodowymi, przedsiębiorstwami nikotynowymi czy naftowymi (dotyczy Stanów Zjednoczonych – przyp.

red.). To właśnie przemysł farmaceutyczny jest największym oszustem rządu amerykańskiego w kontekście „Ustawy o fałszywych roszczeniach” (False Claims Act – przyp. tłum.), a w porównaniu z innymi przedsiębiorstwami ma aż trzykrotnie więcej poważnych i umiarkowanie poważnych wykroczeń, także po uwzględnieniu poprawki na wielkość przedsiębiorstwa. Wielkie koncerny farmaceutyczne przodują w korupcji na światową skalę, a liczba tych przestępstw wzrasta z jednego bardzo prostego powodu: kiedy opłaca się popełniać przestępstwa, to ich liczba rośnie.¹

W świetle powyższych argumentów wydaje się nieco paradoksalne, że pacjenci pokładają wielkie zaufanie w lekach przepisywanych im przez lekarzy. Sądzę, że przyczyną takiego stanu rzeczy jest

swego rodzaju przełożenie zaufania, jakim darzymy lekarza, na leki przez niego przepisywane. Pacjenci nie zdają sobie sprawy z tego, że lekarze zazwyczaj mają nikłe pojęcie o lekach, które nie zostały starannie opracowane i są odpowiednio przedstawiane przez firmy farmaceutyczne. Co więcej, pacjenci nie wiedzą, że niejednokrotnie lekarze, wypisując receptę, kierują się własnym interesem. Coraz powszechniejsze staje się bowiem zjawisko łapówkarstwa wśród lekarzy, którzy przekupieni przez daną firmę przepisują pacjentom droższy lek zamiast jego tańszego, równie skutecznego lub nawet lepszego, odpowiednika.

Przestępczość zorganizowana w przemyśle farmaceutycznym Kiedy odkryłem, że przepisywane leki są trzecią z kolei przyczyną zgonów, zdałem sobie również sprawę, że stoi za tym przestępczość na szeroką skalę w przemyśle farmaceutycznym. Wpisałem w wyszukiwarce internetowej nazwy największych koncernów farmaceutycznych wraz ze słowem „oszustwo” i znalazłem wiele przypadków poważnych przestępstw, również stosunkowo niedawnych. Najczęstsze przewinienia to sprzedawanie leków i zalecanie przyjmowania ich niezgodnie z informacją podawaną na opakowaniu, fałszowanie wyników badań, ukrywanie danych o skutkach ubocznych leków, czy też oszustwa w państwowym systemie ubezpieczeń zdrowotnych (Medicare oraz Medicaid).

W 2010 r. ława przysięgłych uznała, że Pfizer, największa światowa firma farmaceutyczna, dopuściła się zorganizowanego przestępstwa, angażując się w oszukańczą znową lekową przez 10 lat. Inne duże firmy farmaceutyczne dopuściły się podobnych czynów, ale sprawę rozstrzygnięto polubownie, unikając tym samym zarzutu przestępczości zorganizowanej.

Wiele spośród tych przestępstw dotyczy rynku leków psychiatrycznych oraz przepisujących je przekupionych psychiatrów, a wszechobecna nielegalna promocja tych specyfików spowodowała dużą liczbę ofiar. Oszacowałem, bazując na sprzedaży i metaanalizie randomizowanych badań neuroleptyków, że ryzyko zgonu było dwukrotnie wyższe w przypadku zastosowania leku niż w przypadku placebo, a sama olanzapina spowodowała śmierć 200 000 ludzi.¹ Nowsze antydepresanty, selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI) również przyczyniają się do zgonu pacjenta. Badania kohortowe pacjentów powyżej 65. roku życia pokazały, że SSRI dużo częściej przyczyniały się do złamań nerwowych niż starsze antydepresanty czy w ogóle brak leczenia.² W porównaniu z grupą nieleczoną farmakologicznie na każdym 28 ludzi w podeszłym wieku leczonych SSRI w ciągu roku przypadał 1 dodatkowy zgon. Natomiast niewiele osób zdaje sobie sprawę, że złamanie szyjki kości udowej okazuje się śmiertelne w skutkach dla 1/4 pacjentów.

Od zawsze było wiadomo, że neuroleptyki są niebezpiecznymi lekami, jednakże ich producenci i opłaceni psychiatrzy-sojusznicy są zadziwiająco

skuteczni w ukrywaniu faktu, że SSRI również są groźne. Skuteczność ta jest tak duża, że ilość tych leków kupowanych w Dani wystarczyłaby przeciętnemu Duńczykowi na 6-letnią terapię. Powodem takiej sytuacji jest stosowanie SSRI w leczeniu łagodnej depresji mimo braku ich skuteczności w tej chorobie. Wątpliwe jest również ich działanie w przypadku silnej depresji. Duże metaanalizy, obejmujące głównie pacjentów z objawami ciężkiej depresji, pokazują, że około 10% więcej pacjentów zareagowało na antydepresanty niż na placebo.³ Należy jednak zauważyć, że te tak zwane podwójnie zaślepienie badania nie były skutecznie zaślepienie, gdyż antydepresanty mają widoczne skutki uboczne. Ocenia się je na podstawie wysoce subiektywnej skali (np. skali Hamiltona), można zatem przewidywać, że będą błędnie ocenione.

Systematyczna analiza 21 badań różnych chorób z zastosowaniem maskowania i bez niego w ocenie punktów końcowych, i które w większości bazują na subiektywnych wynikach, pokazała, że efekt leczenia był większy o średnio 36% (mierzony jako iloraz szans) w przypadku oceny przez obserwatora niezamaskowanego.⁴ Jeśli założymy, że próby maskowania powinny być stosowane u pacjentów w badaniach nad antydepresantami i tym samym wpływały na błąd systematyczny oceny, odkryjemy, że antydepresanty nie są skuteczne (iloraz szans: 1,02). Jednak zaślepienie dane wystarczy ujawnić jedynie u kilku pacjentów. Jeśli brak maskowania prowadzi do błędów w klasyfikacji wyniku tylko u 5% pacjentów, wystarczy to do zamiany 10% wyniku na efekt zerowy (5% w każdej grupie, ale w przeciwnych kierunkach, prowadzi do braku efektu zerowego). Wiele lat temu wykonano podobnie zamaskowane badania nad trójcyklicznym antydepresantem, w których placebo zawierało atropinę, powodującą suchotę w ustach i inne działania niepożądane charakterystyczne dla leków aktywnych. Przegląd Cochrane poświęcony tym badaniom odnotował bardzo małe, klinicznie nieistotne efekty trójcyklicznych antydepresantów w porównaniu do placebo.⁵ Standaryzowana średnia różnica wynosiła 0,17, co stanowi odpowiednik różnicy zaledwie 1 w skali Hamiltona, która wynosi od 0 do 52. To w zasadzie oznacza brak efektu, gdyż najmniejszy możliwy do wykrycia efekt to około 5–6 w skali Hamiltona.⁶

SSRI zwiększają, przynajmniej u ludzi młodych, ryzyko popełnienia samobójstwa i zabójstwa, a ci, którzy popełnili te czyny, nie powinni w ogóle być leczeni SSRI, jako że np. mieli problemy małżeńskie, żyli w stresie, cierpieli na zaburzenia snu czy eksperymentowali z lekami.^{1,7} Analiza niepożądanych zdarzeń wywołanych przez leki została przedłożona FDA między 2004 a 2009 r., wskazując 1937 aktów przemocy, spośród których 387 stanowiły zabójstwa. Często przemoc tę łączono z lekami psychotropowymi (antydepresantami, lekami uspokajającymi/nasennymi, lekami na ADHD, jak również środkami wspomagającymi

zaprzestanie palenia, które również wpływają na funkcje mózgu).

Powód, dla którego przemysł farmaceutyczny nie stosuje aktywnego placebo, jest oczywisty. Gdyby taka praktyka miała miejsce, uświadomilibyśmy sobie, że nasze leki nie przynoszą korzyści. Nie mam wątpliwości, że np. środki stosowane w leczeniu nietrzymania moczu¹ i demencji nie tylko nie pomagają w łagodzeniu schorzeń, ale i szkodzą pacjentom. Te leki wpływają na mózg, a wszystkie środki, które mają takie działanie, są źle tolerowane przez osoby starsze, które na skutek działania tych leków mogą upaść, złamać kości stawu biodrowego i umrzeć.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne powodują najwięcej zgonów

Wnikliwe zapoznanie się z ulotką dołączoną do niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NSLPZ) okazuje się przerażającym doświadczeniem. Przekonałem się o tym, gdy jako 27-letni biolog zatrudniony przez firmę farmaceutyczną miałem za zadanie prowadzenie badań klinicznych nad naproksenem. Doszedłem do wniosku, że nigdy nie odważyłbym się przyjmując leku, który ma tak wiele poważnych działań niepożądanych, ostrzeżeń, zabezpieczeń i przeciwwskazań. Jednakże rynek i korupcja, zarówno na polu finansowym jak i w kontekście danych naukowych i uczciwości naukowej, zadziałały tak skutecznie, że rocznie 1/8 Duńczyków przepisuje się NSLPZ.

Wiadomo, że ludzie mogą umrzeć z powodu choroby wrzodowej żołądka wywołanej właśnie przez NSLPZ. Oszacowano, że w 1999 r. z tego powodu zmarło ponad 16 000 Amerykanów, co mniej więcej odpowiadało liczbie zgonów na skutek AIDS.¹ Jednakże, o ile problemowi AIDS poświęca się uwagę, o tyle w przypadku zgonów spowodowanych przyjmowaniem leków problem ten wydaje się w ogóle niezauważany.

Zgon spowodowany zawałem serca ma większe znaczenie niż śmierć w wyniku choroby wrzodowej żołądka. Oszacowałem, że koncern farmaceutyczny Merck zabił 122 000 pacjentów rofekoksybem zanim wycofano go w 2004 roku, a Pfizer do roku 2004 przyczynił się do zgonu 75 000 ludzi leczonych celekoksybem (i lek ten jest wciąż dostępny na rynku).¹ Teraz wiemy, że nasze stare NSLPZ są równie niebezpieczne jak rofekosyby czy celekoksyby,⁹ np. diklofenak, czy nawet ibuprofen, który w wieku krajach jest dostępny bez recepty, ponieważ nie uważa się go za szkodliwy!

Historia NSLPZ – tak jak historia leków psychiatrycznych – jest jak rodem z horroru.¹ To opowieść o wybujałych zapewnieniach, naginaniu zasad, braku działań regulacyjnych, samozadowoleniu tym, czego chce branża, nawet jeśli wypowiedzi powiązanych z nią naukowców często były niespójne logicznie lub po prostu błędne. Kilka leków, które były pozytywnie przyjęte przez FDA, później wycofano z rynku ze względu na ich toksyczność, a FDA zlekceważył istotne statystycznie wyniki badań na dwóch gatunkach gryzoni, określając te wyniki mianem „nieznaczających” lub „łagodnych”,

choć w rzeczywistości wykazano szkodliwe działanie. Badania w tej, jak i w innych dziedzinach medycyny pokazały, że szczury w badaniach toksykologicznych mogły w ogóle nie istnieć, mogły umierać więcej niż raz, mogły być martwe, mimo zapewnień o ich dobrej kondycji, mogło im brakować tkanek, dane mogły być zmyślane, a zwierzęta mogły umrzeć zbyt wcześnie i nowotwór wywołany przez leki nie zdążył się rozwinąć.

W przypadku badań u ludzi, sytuacja wcale nie jest lepsza. Oszustwa firmy włączają zatajenie przez firmę Merck przypadków zawału serca w badaniach nad rofekoksybem. Manipulacje firmy Merck były tak duże, że niezależna metaanaliza badań nad rofekoksybem wykazała, iż zewnętrzny komitet oceniający punkty końcowe zanotował cztery razy więcej zawałów serca przy stosowaniu rofekoksybu niż leku z którym go porównywano, podczas gdy badania bez zewnętrznego komitetu wykazały mniej zawałów serca przy stosowaniu rofekoksybu.¹ Rzecznicy firmy Merck kłamali przed FDA i Kongresem Stanów Zjednoczonych na temat informacji o śmiertelnych skutkach stosowania rofekoksybu oraz czasu ich uzyskania. Jednak najgorsze kłamstwa były widoczne w działaniach marketingowych firmy Merck. W lutym 2001 r. Merck został poproszony przez FDA o uświadamianie lekarzy o skutkach leków opisanych w dużym badaniu VIGOR opublikowanych w *New England Journal of Medicine*, zgodnie z którymi rofekosyby powodował pięciokrotny wzrost występowania zawału serca w porównaniu do naproksenu. Merck nakazał jednak swoim agentom handlowym, w liczbie ponad 3000, aby nie wspominali o wynikach badania VIGOR. Ponadto Merck przygotował dokument dla swoich przedstawicieli handlowych, wskazujący, że rofekosyby był odpowiedzialny zaledwie za 1/8 zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych spowodowanych przez NSLPZ.

Także Pfizer opublikował prestiżowe, ale przekłamane badania, tym razem na łamach JAMA, podające niezgodne z prawdą informacje. Przykładowo, Pfizer w dokumentach przygotowanych na potrzeby przesłuchania przez FDA w 2005 r. zaprzeczał, że celekoksyb może powodować zawał serca.

Najgorszy jednak jest fakt, że wielu z tych pacjentów, którzy zmarli na skutek przyjmowania NSLPZ, w rzeczywistości w ogóle nie potrzebowali tego leku. NSLPZ stosuje się na różnego rodzaju mniejsze dolegliwości, np. ból pleców czy łokieć tenisisty, w zasadzie na każdy rodzaj dolegliwości bólowych, choć wielu spośród tych ludzi mogłoby zaakceptować życie z bólem rezygnując z leczenia NSLPZ lub czuć się równie dobrze przyjmując paracetamol.

Szczególnie nietrafne było nazwanie tych środków niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi, co wielu ludziom daje wrażenie przewagi NSLPZ wobec zwykłych środków przeciwbólowych jak paracetamol. Właściwie taka nazwa może sprawiać, że ludzie mogą sądzić, iż działanie tych leków

przeciwzapalnych jest porównywalne do działania steroidów. Nic bardziej mylnego.

Wiele lat temu zastanawiałem się jak to możliwe, że uznano, iż NSLPZ działają na stan zapalny, skoro po redukcji bólu, a tym samym większej aktywności ruchowej, można by się spodziewać, że obrzęk zniknie. Pytałem o tę kwestię wielu reumatologów, ale nie potrafili udzielić mi wyjaśnienia. Wykonałem zatem badanie z grupą kontrolną przyjmującą placebo, w którym za pomocą pierścienia jubitera niezwykle precyzyjnie mierzone zmiany w zapaleniu stawów palców. Odkryłem, że te leki nie redukują obrzęku stawów, wobec czego nie można zaobserwować działania przeciwzapalnego.

Kilka lat później prowadziłem we współpracy z chirurgami ortopedami duże badanie dotyczące zniekształceń stawu skokowego. W tym badaniu randomizowaliśmy pacjentów dwukrotnie: raz do grupy otrzymującej naproksen lub placebo, a za drugim razem do grupy poruszającej się przy użyciu kul lub bez ich pomocy; tzw. schemat czynnikowy. Byliśmy niezwykle ciekawi, czy naproksen zmniejszy obrzęk, porównując rozmiar stopy zanurzonej w wodzie z drugą stopą. Okazało się, że naproksen w najmniejszym stopniu nie wpłynął na zmniejszenie obrzęku, podczas gdy pacjenci zmobilizowani do poruszania się bez użycia kul osiągnęli zdumiewający efekt – nie tylko w kwestii obrzęku, ale w ogóle szybciej wrócili do zdrowia. Zatem po raz kolejny udało mi się dowiedzieć, że tzw. działanie przeciwzapalne to istna mistyfikacja. W świecie medycyny sportowej bardzo często podaje się leki tego typu piłkarzom i innym sportowcom w głębokim przekonaniu o ich właściwościach przeciwzapalnych. Jednakże nie jest to odpowiednie podejście, gdyż leki te mogą spowodować zgon i negatywnie wpływają na powrót do zdrowia. Co więcej, poprzez właściwości uśmierzające ból, mogą prowadzić do nadużywania kończyn, co może prowadzić do przejścia ostrego urazu w dolegliwość przewlekłą.

Potrzeba wielu reform Marcia Angell, były redaktor *New England Journal of Medicine*, powiedziała: „Trudno mi wyobrazić sobie, że tak skorumpowany system może być dobry lub wart ogromnej ilości pieniędzy wydawanej na niego”.¹⁰ Do wprowadzenia niektórych reform potrzeba czasu, niektóre mogą nigdy nie dojść do skutku z powodu zacieklego sprzeciwu ze strony przemysłu farmaceutycznego, ale niektóre zmiany mogą się dokonać już teraz. Podczas moich publicznych wystąpień daję słuchaczom następujące rady:

1 Zanim pójdziesz do apteki i kupisz nowy lek, poszukaj w internecie dotyczącej go ulotki. Po uważnym przeczytaniu jej prawdopodobnie będziesz wiedział na jego temat więcej niż twój lekarz. Z tej pozycji sam możesz zdecydować, czy warto narażać się na powikłania spowodowane przyjęciem leku. Możesz również przejrzeć niezależne źródło informacji na temat leków, jakim jest Baza Przeglądów Systematycznych Cochrane.

2 Unikaj przyjmowania leków, chyba że jest to konieczne. Zawsze zapytaj, czy jest szansa, że poczujesz się lepiej bez podejmowania leczenia farmakologicznego i pamiętaj, że naprawdę niewielu pacjentów odnosi pozytywny skutek dzięki przyjmowanemu lekom.¹

3 Unikaj przyjmowania nowych leków przez 7 lat od ich wprowadzenia na rynek, chyba że są to jedne z tzw. przełomowych leków oferujących udokumentowane zalety i przewagę nad starszymi lekami; większość leków wycofywanych ze względów bezpieczeństwa odnotowuje się w ciągu pierwszych 7 lat od dopuszczenia do sprzedaży.

4 Zapytaj lekarza, czy jest tańszy zamiennik sugerowanego przez niego leku.

5 Zapytaj lekarza, czy otrzymuje pieniądze lub jakiekolwiek inne korzyści ze strony przemysłu farmaceutycznego, czy ma udziały w firmie lub jest odwiedzany przez medycznych przedstawicieli handlowych, czy też jest „szkolony” na spotkaniach sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne. Jeśli odpowie pozytywnie – znajdź sobie innego lekarza.

6 Wycofaj swoje członkostwo, jeśli twoje stowarzyszenie pacjentów przejawia sympatię wobec przemysłu farmaceutycznego.

7 Powtarzaj sobie nieustannie, że nie można wierzyć zarówno ani jednemu słowu przekazywanemu przez firmy farmaceutyczne jak i ich badaniom, marketingowi czy informacjom przekazywanym pacjentom.

Lekarze również mogą zacząć od dziś. Niewiele trzeba, aby radykalnie zmienić system, przezwyciężyć chciwość i skupić się na dobru i przeżyciu pacjenta. Pojedynczy lekarze, jak i skupiające ich organizacje, powinni dokładnie rozważyć, czy etyczne jest otrzymywanie pieniędzy, zarabianych na skutek przestępstw powodujących krzywdę i w wielu przypadkach zgon ich pacjentów. Lekarze powinni też uświadomić sobie, że do wielu przestępstw mogliby nie dopuścić, gdyby nie przejawiali chęci do brania w nich w jakimś stopniu udziału. Na przykład nie jest zabronione, aby lekarz sugerował innym lekarzom zalecanie leków dla niezatwierdzonych wskazań, podczas gdy w przypadku firmy jest to zabronione. Wielu lekarzy jest zatem wykorzystywanych przez przemysł farmaceutyczny jako przedstawiciele handlowi podczas tzw. wydarzeń edukacyjnych. Uważam to za przestępstwo, choć formalnie nie ma ku temu podstaw.

Stowarzyszenia pacjentów wierzą, że mogą nawiązać współpracę z przemysłem farmaceutycznym dla obopólnych korzyści, co niestety jest niezwykle naiwne. Stowarzyszenia pacjentów, podobnie jak lekarze, powinny rozważyć, czy etycznie jest do zaakceptowania otrzymywanie pieniędzy zarobionych na skutek przestępstw krzywdzących pacjentów. Niezwykle cenne dla firm jest zrobienie prania mózgu liderom stowarzyszeń pacjentów, gdyż są oni w swych wystąpieniach o wiele odważniejsi i bardziej napastliwi niż przedstawiciele firm. Niejednokrotnie byłem tego świadkiem i uważam to za jedno z moich najgorszych

doświadczeń zawodowych. Słuchanie takich liderów zabiegających o lek, który wedle mojej wiedzy jest szkodliwy, a przy tym bardzo drogi, jest dla mnie trudne do zrozumienia. Bardzo często prowadzą oni kampanię strachu, która popycha setki tysięcy zdrowych obywateli do przyjmowania leku, którego nie potrzebują.

Nie ma potrzeby reklamowania leków, gdyż takie produkty powinny mówić same za siebie, a lekarze powinni zalecać oczywiście właściwe leki. Rynek reklam leków jest tak samo szkodliwy jak reklamy przemysłu tytoniowego i co za tym idzie, powinien również być zakazany. Sukces w dziedzinie ludzkiego zdrowia byłby skutkiem nieobecności reklam leków, przedstawicieli handlowych, badaniach *seeding* i „edukacji” sponsorowanej przez przemysł farmaceutyczny. Spróbujmy sobie wyobrazić taki świat. Ludzie byłoby znacznie zdrowsi i bogatsi. W 2012 r. 50 największych firm zarobiło 610 mld dolarów na przepisanych ludziom lekach.

Oszacowałem, że 95% tej kwoty można by zaoszczędzić (co rocznie daje 580 mld dolarów), gdyż wiele spośród przyjmowanych leków posiada swoje tańsze i równie skuteczne odpowiedniki lub leczenie środkami farmakologicznymi nie jest wskazane. Wyobraźmy sobie, co można by zrobić z 580 mld dolarów. Tylko 17 krajów na świecie posiada PKB przekraczające tę kwotę. Kontrola praktyk lekarskich przez gospodarkę rynkową nie wpływa pozytywnie na potrzeby pacjentów i nie jest zgodna z zawodem opartym na zasadach etycznych. Badania w Stanach Zjednoczonych konsekwentnie stwierdzają wzrost kosztów, pogorszenie jakości świadczonych usług i wyższy wskaźnik powikłań oraz zgonów w instytucjach *for profit* niż w jednostkach publicznej służby zdrowia. Nasze uczelnie podążają za modnym partnerstwem na polu uczelnia–przemysł i obsesją dotyczącą patentów. Jest to krzywdzące dla nauki w interesie publicznym, np. badania ryzyka zawodowego oraz inne rodzaje zapobiegania chorobom bez stosowania leków nie mają interesów handlowych. Z natury jest niemoralne, że leki mogą być opatentowane. Możemy uniknąć kupna opatentowanego produktu jeśli sądzimy, że jest za drogi, a jego nieprzyjęcie nam nie zaszkodzi. Natomiast możemy umrzeć, jeśli nie stać nas na opatentowany i ratujący życie lek. Właściwe działania w kontekście leków to rezygnacja z aktualnego systemu i zastąpienie go przedsiębiorstwami typu *non profit*, które wynajdują, rozwijają i wprowadzają nowy lek na rynek w przystępnej cenie. W obecnym systemie przemysł farmaceutyczny wykorzystuje naszych polityków i nadużywa swojego monopolu. Z tego powodu cena nowego leku przeciwnowotworowego jest nieprzyzwoicie wysoka; nie ma to nic wspólnego z kosztami wdrożenia do produkcji.¹

Nie możemy ufać badaniom przemysłu z prostego powodu. Nie ufamy człowiekowi, który wielokrotnie nas okłamał, choć mógł czasem powiedzieć prawdę. Przemysł zawiódł nasze zaufanie i ma ogromny konflikt interesów. Co więcej, firmy

farmaceutyczne wybierają badaczy mających wieloletnie relacje z przemysłem farmaceutycznym i niezadających niewygodnych pytań. Pozwolenie przemysłowi farmaceutycznemu na robienie badań na własną rękę można porównać do przyzwolenia, abym był sędzią na własnym procesie. Wyobraźmy sobie, gdybym był oskarżony o zbrodnię i pojawił się w sądzie z 250 000 stronami dowodów dotyczącymi mojej niewinności, które sam przygotowałem (co objętościowo odpowiada klinicznej dokumentacji nowego leku) i oznajmiam sędziemu, że to jest jedyny dowód, na podstawie którego musi ogłosić wyrok. Zostałbym wyrzucony z sądu.

To bardzo dziwne, że akceptujemy system, w którym przemysł jest zarówno sędzią i pozwanym, gdyż jedna z najtwardszych zasad prawa administracji publicznej głosi, iż nikomu nie wolno pozostawać w sytuacji, w której będzie oceniał sam siebie. Fakt, że agencje do spraw leków będą patrzeć na przedkładany materiał, nie może rekompensować tego wykroczenia. Dane często są celowo fałszowane w sposób trudny do wykrycia, a naszym agencjom brakuje środków i chęci do właściwego wykonywania swojej pracy. Nie powinno się wydawać zgody na przeprowadzanie badań przez przemysł farmaceutyczny, ale mógłby on dostarczać funduszy na badania prowadzone przez ośrodki naukowe. Nasze społeczeństwo zaś mogłoby zaoszczędzić dużo pieniędzy, gdybyśmy przeprowadzali własne badania finansowane ze środków podatników, jako że większość nowych drogich leków nie ma nic do zaoferowania. Musimy to ustalić zanim podejmiemy jakąkolwiek decyzję o refundacji leków lub przyjmowaniu ich.

PIŚMIENNICTWO

1. Göttsche PC. Deadly medicines and organised crime: how big pharma has corrupted health care. London, UK: Radcliffe Publishing; 2013.
2. Coupland C, Dhiman P, Morris R, et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ*. 2011; 343: d4551.
3. Göttsche PC. Why I think antidepressants cause more harm than good. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1: 104-106.
4. Hróbjartsson A, Thomsen AS, Emanuelsson F, et al. Observer bias in randomised clinical trials with binary outcomes: systematic review of trials with both blinded and non-blinded outcome assessors. *BMJ*. 2012; 344: e1119.
5. Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 1: CD003012.
6. Leucht S, Fennema H, Engel R, et al. What does the HAM-D mean? *J Affect Disord*. 2013; 148: 243-248.
7. Lucire Y, Crotty C. Antidepressant-induced akathisia-related homicides associated with diminishing mutations in metabolizing genes of the CYP450 family. *Pharmgenomics Pers. Med* 2011; 4: 65-81.
8. Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. *PLoS One*. 2010; 5: e15337.
9. Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration, Bhala N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N, et al. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2013; 382: 769-779.
10. Angell M. The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it. New York: Random House; 2004.