

syndroom; (2) het betreft per indicatiegebied drie aanzienlijk verschillende sterkten, respectievelijk 0,150, 0,025 en 0,100 mg clonidine per tablet of dragee; en (3) de (dag)doseringen verschillen wezenlijk van elkaar evenals de verdeling over de dag en het aantal malen dat tablet of dragee dient te worden ingenomen.

Het behoeft geen betoog, dat gezien bovengenoemde factoren de bijsluitertekst van de drie verschillende presentaties totaal anders van inhoud is; het zou onzes inziens een onleesbaar lang en potentieel verwarrend document opleveren indien een-en-ander bij elkaar gevoegd zou worden. Getuige onderhavige en een reeds eerder aan dit onderwerp gewijde publikatie van de hand van de heer Jacobs,<sup>2</sup> is het juist zijn bedoeling (én de onze) om deze verarring te voorkomen. In dit kader zij, mogelijk ten overvloede, nog vermeld dat in de bijsluitertekst van de drie genoemde preparaten duidelijk staat aangegeven, dat het om een clonidine bevattende formulering gaat en dat men in dit opzicht de farmacotherapeutische kennis van de Nederlandse arts niet dient te onderschatten. Bevoogdende maatregelen aan het adres van de arts dienen zeker achterwege gelaten te worden, maar duidelijkheid moet met kracht worden nagestreefd, of men dit nu tracht te bereiken met één merknaam of met verscheidene overzichtelijke bijsluiters, is een kwestie van opinie.

Daar een groot deel van de verbazing en verontwaardiging van de auteur zijn oorsprong lijkt te vinden in het in de handel brengen van onze clonidine bevattende spécialité Paracefan voor opiaat-detoxicatie, willen wij dienaangaande een aantal suggesties ten aanzien van de beweegredenen daartoe, juist voor dit middel, krachtig van de hand wijzen. De introductie van deze spécialité heeft een omvang en een karakter gehad dat een hieraan verbonden „innoverende” kwalificatie niet of nauwelijks in het geding kan zijn geweest, temeer daar het hier duidelijk een zogenaamde „orphan-indication” betreft bij een specifieke en beperkte doelgroep. „Slechts een indicatieverruiming” brengt inderdaad intensieve research en investeringen met zich mede, welke gezien bovengenoemde redenen nimmer via de omzet kunnen worden gecompenseerd! In onze opinie is dit geen bezwaar aangezien een-en-ander tot de morele consequenties van het op de markt brengen van geneesmiddelen behoort, maar de „ratio van het Boehringer Ingelheim-beleid” ligt dus, wat betreft het invoeren van Paracefan, voor deze indicatie zeker *niet* in het commerciële vlak.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Jacobs Ph. „Merck toch hoe sterck”: hoe sterk is het merk . . . Ned Tijdschr Geneesk 1984; 186:1-2.

<sup>2</sup> Jacobs Ph. „Merck toch hoe sterck”: hoe sterk is het merk . . . Ned Tijdschr Geneesk 1975; 78:5-9.

Alkmaar, Namens Boehringer Ingelheim BV,  
november 1984 Y. VAN DER WEL  
A. VAN MEETEREN

Namens Boehringer Ingelheim BV doen mw. Van der Wel en de heer Van Meeteren een lofwaardige en serieuze poging de merknamen Catapresan/Dixarit/Paracefan voor clonidine te verdedigen.

Het gebruik van merknamen is inderdaad inherent aan ons maatschappelijk stelsel en zij kunnen een zinvolle functie vervullen voor de herkenbaarheid en als waarborg voor (constante) kwaliteit. Geneesmiddelen – waarmee in tegenstelling tot veel andere goederen leven of dood direct gemoeid zijn en die de consument niet uit vrije wil aanschafft – beschouw ik echter nog steeds als toch wel een bijzonder

soort handelswaar. Ik pleit er dan ook slechts voor om merknamen bij geneesmiddelen omzigtiger te hanteren dan bij andere handelswaar en *proliferatie* van handelsnamen voor geneesmiddelen zoveel mogelijk te voorkómen. Welnu, in de kwestie Catapresan/Dixarit/Paracefan is zo'n beperking mogelijk, daar al deze merknamen-voor-één-en-dezelfde-stof bij één fabrikant berusten. Het vóorkomen van te veel merknamen voor één substantie verdoezelt de farmacologische helderheid, die vanuit medische gezichtshoek zo gewenst en soms van levensbelang is.

Dit geldt *a fortiori* wanneer bij een sterk werkende stof (clonidine) sterk verschillende indicatiegebieden in het geding zijn. Juist dan moet de voorschrijvende arts – en om hem gaat het in de eerste plaats! – *zonder omwegen* en ondubbelzinnig het signaal (= generieke naam, dan wel de éne merknaam) herkennen. Hierdoor kunnen hem immers alle potenties van die stof (weer) bewust worden en kunnen foute combinaties, doublures – bijv. bij toepassing door verschillende specialisten tegelijk – en bijwerkingen worden vermeden. De kwesties bijsluitertekst – voor arts en patiënt –, doseervorm, verpakkingsoorten e.d. zijn hieraan volledig ondergeschikt en trouwens eenvoudig op te lossen.

Dat de invoering van de merknaam Paracefan geen commerciële dimensie zou hebben, zoals de inzenders beweren, getuigt overigens van kortzichtigheid: Ondanks de vermeende niet-kostendekkende omzet van Paracefan zelf, zullen het imago en daardoor de marktpositie van Boehringer Ingelheim BV in zijn totaliteit wel degelijk gebaat zijn bij de „innoverende” introductie van deze nieuwe-indicatie-onder-nieuwe-merknaam.

Een praktische, farmacologisch ondubbelzinnige, en mijns inziens ook nog commercieel aanvaardbare oplossing voor de gesignaleerde misstand zou (bijvoorbeeld) bereikt zijn door na de introductie van Catapresan (= clonidine-HCl 150 µg), de latere preparaten te benoemen als „Catapresan 25” (thans Dixarit) en „Catapresan 100” (thans Paracefan). Het oorspronkelijke Catapresan zou dan onder de naam „Catapresan 150” hebben moeten voortbestaan. De vindingrijkheid van de farmaceutische industrie kan allicht nog wel andere oplossingen aandragen.

Rotterdam, november 1984

PH. JACOBS

### *Sikkelcelziekte en hemoglobinopathie*

In het commentaar van Statius van Eps bij de artikelen van Aluoch en van Landman et al.,<sup>1-4</sup> schrijft hij aan de laatsten een bewering toe die in hun artikel niet te lezen staat. Volgens Statius van Eps zouden zij voorstanders zijn van regelmatige wisseltransfusies in de zwangerschap. Gelukkig hebben de beide genoemde auteurs zich veel voorzigtiger uitgelaten. Zij citeren Amerikaanse auteurs die hiérvóór gepleit hebben, maar zij laten tegelijkertijd duidelijk uitkomen dat hierover verschillend gedacht wordt. Ikzelf heb nooit een artikel onder ogen gehad waarin overtuigend het nut van wisseltransfusies is aangetoond, wel waarin melding gemaakt werd van ernstige complicaties.

Veelal worden in de onderzoeken groepen patiënten uit het verleden zonder wisseltransfusie vergeleken met patiënten die de laatste tijd wel behandeld waren met dergelijke transfusies. Hierbij wordt dan steeds uit het oog verloren dat de sociaal-economische omstandigheden van de maatschappelijke groepen waaronder sikkelcelziekte voorkomt in de laatste decennia verbeterd zijn. Het zijn nu juist die omstandigheden die de ernst van de ziekte

bepalen.<sup>5</sup> Blijkens zijn laatste opmerking heeft Status van Eps hiervoor te weinig oog. Er is geen enkel bewijs dat betere behandeling van de sikkkelcelziekte (zo die er al zou zijn) verantwoordelijk is voor de verbetering van de levensverwachting van de patiënten zoals die de laatste tijd geconstateerd is. De invloed van medisch handelen op de prognose van de sikkkelcelziekte is slechts marginaal. Bij de zorg voor deze patiënten dient de nadruk gelegd te worden op het verbeteren van de leefomstandigheden en de voedingsgewoonten en op het vermijden van crisis provocerende momenten.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Status van Eps LW. De sikkkelcelziekte in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1196-8.
- <sup>2</sup> Aluoch JR. Sikkkelcelziekte in Nederland, een inventarisatie-onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1175-9.
- <sup>3</sup> Aluoch JR. De behandeling van sikkkelcelziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1187-90.
- <sup>4</sup> Landman H, Visser GHA. De betekenis van hemoglobinoopathiën in de zwangerschap. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1191-5.
- <sup>5</sup> Konotey-Ahulu FD. London, 1971. Thesis.

Hoofddorp, juni 1984

A. VAN ENK

### *Goed(koop) alternatief?*

Collega Van Ballegooie vermeldt de ziektegeschiedenissen van drie patiënten.<sup>1</sup> (1) Een patiënte met hypothyreoïdie liet haar hormoonsubstitutie weg en nam daarvoor in de plaats een drankje op advies van een „natuurgeneeskundige-iriscopiste”, vermoedelijk geen arts. Dit is een voorbeeld van het onheil dat kan ontstaan door kwakzalverij. Nieuw is dat niet. Het voorschrijven van jodiumdrankjes behoort overigens niet tot de natuurgeneeskunde. (2) Een man met diabetes mellitus liet zijn insuline, waarvan hij afhankelijk is, staan wegens voorkeur voor „bepaalde natuurproducten”, hoewel insuline een natuurprodukt is. Had de huisarts of de internist de patiënt ingelicht over de noodzaak en de aard van de substitutie? Een interessante vraag, waarop men in het artikel geen antwoord vindt, is ook of het medisch-ethisch juist is een patiënt die blijft weigeren zich te laten behandelen met reguliere geneeskundige methoden, te trachten te helpen met een alternatieve methode indien dat een risico meebrengt van ontregeling; in Nederland, waar men niet beschikt over klinieken voor natuurgeneeskunde, is dat een moeilijke kwestie. (3) Een patiënt had een, door de specialisten rijkelijk laat ontdekte, tumor van een bijschildklier en kreeg bovendien van een homeopathische arts een te hoge dosis calciferol. Deze arts maakte ongetwijfeld een fout; doch zijn behandeling behoort niet tot de homeopathie en calciferol mag niet gelden als een „alternatief” medicament.

Wat bedoelt de auteur als hij de kosten van zg. alternatieve middelen erop betreft? Verder meent hij dat het niet-informereren van huisarts of specialist een belangrijk kenmerk is van „deze geneeswijze”. Het is echter zeer onwaarschijnlijk dat zulk gedrag kenmerk is van een geneeswijze. Wel is het denkbaar dat een bepaalde groep „behandelaren” van dit verzuim een gewoonte maakt, maar er wordt niet verteld welke groep dat is: de kwakzalvers, de voorschrijvers van natuurproducten of de voorschrijvers van toxische doses calciferol die zich homeopaat noemen.

Wat uit deze klinische les duidelijk blijkt, is het bestaan van onlustgevoelens jegens zg. alternatieve genezers, hetgeen in dit tijdschrift niet nieuw is. Een reeks vragen blijft open.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Ballegooie E van. Goed(koop) alternatief? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1977-8.

Drunen, oktober 1984

A.A. HARTMAN

Collega Van Ballegooie verzuimt helaas te vermelden of de „alternatieve” behandelaars artsen zijn; het lijkt mij waarschijnlijk dat ze het niet zijn. Ikzelf pas, als huisarts, nogal wat alternatieve methoden en geneesmiddelen toe en ben dan ook op de hoogte van de gedragsregels die een aantal grotere artsenorganisaties op dit gebied, zoals de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV) en de Vereniging Homoeopathische Artsen Nederland (VHAN), aanhangen. Zonder uitzondering worden handelingen als vermeld in voornoemd artikel als zeer laakbaar beschouwd. In de periode 1978-1979 maakte ik deel uit van een commissie van de NAAV die tot doel had acupunctuur, door artsen bedreven, een plaats binnen de reguliere geneeskunde te bezorgen. Uit dien hoofde hadden wij ook een aantal gesprekken met het hoofdbestuur van de KNMG, waarin wij onder andere hebben gepleit voor maatregelen van de KNMG bij de Inspecteurs voor de Volksgezondheid om onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst, ook op alternatief gebied, strafbaar te stellen en dit niet, zoals nu gebeurt, oogluikend toe te staan. Helaas werden onze argumenten afgedaan met de stelling dat wij dan maar moesten aantonen dat het gevaar inhield als ook leken zich met deze alternatieve geneeswijzen bezighielden.

Hoewel ik het betreurt dat collega Van Ballegooie heeft verzuimd te vermelden of het hier al dan niet artsen betreft, hoop ik dat zijn artikel er in ieder geval toe mag bijdragen dat de dialoog tussen „reguliere” en „alternatieve” artsenorganisaties in Nederland weer op gang komt en dat de KNMG hierdoor van de gevaren van niet-reguliere geneeswijzen, bedreven door niet-artsen, overtuigd raakt.

's-Gravenhage, oktober 1984

R. EINHORN

Collega Van Ballegooie beschrijft drie ziektegevallen waarbij adviezen van reguliere artsen in de wind geslagen werden op raad van alternatieve behandelaars, met alle ernstige gevolgen van dien. Het stuk suggereert overduidelijk het verband tussen die raad en de gevolgen. Wat mij stoort, is het (niet vermelde) feit dat net zulke verhalen over nalatigheid, onkunde of wat dan ook in de reguliere geneeskunde even vaak op hun plaats zouden zijn. Doordat dat niet gezegd wordt, lijkt het of slechts door bijgeloof van alternatieve behandelaars zulke misstanden mogelijk zijn. Wat er nog minder duidelijk staat, is dat ook het gaan naar een arts die anders denkt dan regulier, gevaren met zich mee kan brengen. Dat er aan de andere kant artsen zijn die de nadelen van de reguliere geneeskunde zoveel mogelijk vermijden door behandelingen die deze gevaren niet met zich meebrengen, maar ook de mogelijkheden der moderne behandelingen kunnen waarden en waar nodig aangrijpen, moet ook vermeld worden.

Tevens wil ik het volgende vertellen. Enige tijd geleden werd ik door een artsenbezoeker opgezocht. Hij vond dat men blij mag zijn dat er slaapmiddelen bestaan, maar dat men ook blij mag zijn ze niet nodig te hebben. Hij vond het daarom merkwaardig, dat hij door zijn firma gestuurd was, omdat er in de provincie waar ik arts was, te weinig slaapmiddelen verkocht werden. Tegenover het „Goed(koop) alternatief?” zou ik willen stellen dat wij in de