

**Advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR. 7.600)  
betreffende kalmerende en hypnotische middelen uitgebracht  
door de bijzondere werkgroep en schriftelijk goedgekeurd op  
datum van 18.04.2002.**

Referentie: vraag van Mevrouw de Minister Magda Aelvoet 01/CVL/MA/BC/dvr 571/p3666 van 18.09.2001

## **1) Inhoudstafel**

## **2) Adviesopmaak**

## **3) Advies over de problematiek van het gebruik van benzodiazepines en andere kalmerende of hypnotische middelen**

### ***A- Kritische aanpak van het gebruik***

- a) Evolutie van het gebruik en vergelijking van het gebruik in andere Europese landen
- b) Context van de gezondheid
- c) Psychosociaal context

### ***B- Inbreng van de benzodiazepines***

### ***C- Beperkingen en problemen m.b.t. het voorschrijven en /of het gebruiken van benzodiazepines en andere kalmerende en hypnotische stoffen***

- a) Beperkingen en problemen m.b.t. het product
- b) Beperkingen en problemen m.b.t. de patiënt
- c) Beperkingen en problemen m.b.t. de persoon die voorschrijft
- d) Beperkingen en problemen m.b.t. de hospitalen.
- e) Beperkingen en problemen m.b.t. het verzorgingssysteem
- f) Sociale kosten en voordelen verbonden aan het gebruik van benzodiazepines.

### ***D- Te nemen maatregelen***

- a) studies over het profiel van de gebruiker en het voorschrijfgedrag
- b) holistische aanpak van de problematiek van het "onbehagen"
- c) het besturen van een voertuig onder invloed
- d) specifiek maatregelen bij het voorschrijven van bepaalde producten
- e) opleiding van de huisartsen
- f) het bijwerken van de transparantiefiche
- g) informatie –en preventiecampagne

### ***E- Doelstellingen van een informatie -en preventiecampagne***

## **4) Literatuur**

## 2) Adviesopmaak

Volgend advies werd voorbereid door een werkgroep van de Hoge Gezondheidsraad, onder het voorzitterschap van de professoren I. Pelc en M. Bogaert.

De werkgroep bestaat uit volgende personen, leden van de HGR:

- BOGAERT Marc
- FISCHLER Benjamin
- NOIRFALISE Alfred
- PELC Isidor

Het wetenschappelijk secretariaat werd waargenomen door :

- BILAU Maaïke
- CORTEN Philippe
- STEINBERG Pascale

Ambtenaar van het secretariaat: DEVLEESCHOUWER Guy

De werkgroep is samengekomen op: 05/04/2001, 14/05/2001, 13/06/2001, 12/07/2001, 04/10/2001, 15/10/2001, 22/11/2001, 17/12/2001, 31/01/2002 en 05/03/2002.

Tijdens deze vergaderingen werd ook gesproken met een aantal experts en vertegenwoordigers van verenigingen, nl.:

- ANSOMS S.: Vereniging voor Alcohol -en andere Drugsproblemen
- ANSSEAU M.: Université de Liège
- CASSELMAN J. : Departement Neurowetenschappen en Psychiatrie, KUL
- BERGERET I. : Administration de la Santé Publique
- BOUFFIOUX M.-L.: AGIM/AVGI
- DE MEYERE M. : Vakgroep Huisartsengeneeskunde, RUG
- DE SMEDT J.: Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen
- ELSSEN C.: Société Scientifique des Pharmaciens Francophones
- EVEN-ADIN D.: Franstalige vereniging van ziekenhuisapothekers
- GEERTS P.: Omtrent Gezondheid
- GERITS P.: Drugcel
- LIEVENS P.: Association Professionnelle Belge des Neurologues et des Psychiatres
- PELFRENE E.: Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde, RUG.
- REYN S.: Omtrent Gezondheid
- ROBAYS H.: Nederlandstalige vereniging van ziekenhuisapothekers
- ROLAND M. : Cellule d'Information, INAMI
- ROMAIN J.G.: Société Scientifique de Médecine Générale
- ROGIERS R.: Vakgroep Huisartsengeneeskunde, RUG
- SEGERS K.: ICHO
- TREFOIS P.: Question Santé
- THOMAS J.M.: Centre Universitaire de Médecine Générale, ULB
- VANDENBOSCH B.: Inspection générale Pharmacie, Santé Publique
- VANDENBUSSCHE F.: AGIM/AVGI
- VAN DER HEYDEN J.: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Tijdens deze besprekingen werden de volgende documenten bestudeerd:

- Verslag van de vergadering van de bijzondere werkgroep Benzodiazepines (05/04/2001)
- Conseil économique et social, Commission des stupéfiants, Contribution à l'usage approprié des benzodiazépines. (27/03/2001)
- Verslag van de vergadering van de bijzondere werkgroep Benzodiazepines (14/05/2001)
- Consensus over het doel van de werkgroep Benzodiazepines van de Hoge Gezondheidsraad – nr. 7600
- Verslag van de vergadering van de werkgroep Benzodiazepines: sensibilisatie van het publiek (13/06/2001)
- Verslag van de vergadering van de werkgroep Benzodiazepines: sensibilisatie van de professionelen (13/06/2001)
- Verslag van de vergadering van de werkgroep Benzodiazepines (12/07/2001)
- Document de travail préparatoire à la réunion du 12/07/01, 8 pages.
- Brief aan Mevrouw Aelvoet omtrent het inrichten van een consensusconferentie rond benzodiazepines. (28/08/2001)
- Verslag van de vergadering van de bijzondere werkgroep Benzodiazepines (04/10/2001)
- Verslag van de vergadering van de bijzondere werkgroep Benzodiazepines (15/10/2001)
- Campagne benzodiazepines 'Groot publiek'. Draft voor de werkgroep Benzodiazepines van de HGR (19/11/2001)
- Verslag van de vergadering van de beperkte werkgroep Benzodiazepines (22/11/2001)
- Communicatieprogramma Campagne Benzodiazepines
- Brief aan Mevrouw Aelvoet omtrent de problematiek van slaap- en kalmeringsmiddelen. (19/12/2001)
- Brochure 'Brede Publiek', een ontwerptekst (14/01/2002)
- Brochure 'Benzodiazepines', een ontwerptekst (14/01/2002)
- Brochure 'Rationeel gebruik van Benzodiazepines.', een ontwerptekst (14/01/2002)
- Rational and appropriate prescribing of the benzodiazepines – A guide to their use in the community and psychiatric setting. H.J. Moeller, K. Rickels
- Contribution à l'usage raisonné des benzodiazépines, Réunion organisée par le groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (groupe Pompidou), Strasbourg, 29/30 janvier 2001, Editions du Conseil de l'Europe, octobre 2001.
- Brochure: Sommeil et santé. Informations - Conseils pratiques, PROSOM, Association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil.
- Education pour la santé, pour mieux vivre, Les aides à domicile au service des personnes âgées, Le sommeil, fiches pédagogiques.

### 3) Advies over de problematiek van het gebruik van benzodiazepines en andere kalmerende of hypnotische middelen

#### A- *Kritische aanpak van het gebruik*

De bezorgdheid omtrent het gebruik van benzodiazepines is hoofdzakelijk gebaseerd op het absolute aantal voorgeschreven middelen, op vergelijkingen van het gebruik met andere Europese landen en op waardehypothese die een maatschappij nastreven, dat zoveel mogelijk bevrijd is van het gebruik van psychotrope producten, die het bewustzijn veranderen en tegelijkertijd een ideaal van prestaties aanhangen.

België deelt inderdaad de eer met Frankrijk, de grootste Europese consument te zijn van anxiolytische en hypnotische benzodiazepines. In 2000 werden zowat 7,7 miljoen doosjes anxiolytica en 4,6 miljoen doosjes slaapmiddelen verkocht. (Bron Algemene Farmaceutische Inspectie). Volgens de "Gezondheidsenquête" die door het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid werd uitgevoerd in 1997, hebben 3% van de mannen en 4,7% van de vrouwen de laatste 2 weken kalmeermiddelen gebruikt. Daarnaast hebben 3,3% van de mannen en 6,6% van de vrouwen slaapmiddelen gebruikt. Dit gebruik neemt aanzienlijk toe met de leeftijd en bereikt bij de plus 75 jaar 9,2% voor anxiolytica en 24,7 % voor hypnotica.

Niettemin, kunnen cijfers die miljoenen verkochte doosjes vertegenwoordigen niet los van de context worden gezien. Ze moeten diachronisch worden beschouwd, in hun verhouding tot de gezondheid en in een psychosociale context.

#### a) Evolutie van de consumptie en vergelijking met andere Europese landen

Sinds 1998 is het gebruik van anxiolytica betrekkelijk stabiel gebleven, maar men stelt vast dat er een duidelijke vermindering is in de verkoop van hypnotica : van 5,1 miljoen verkochte doosjes naar 4,6 miljoen. Niettemin, stelt men wel vast dat er een stijging is in de verkoop van stimulerende middelen (Bron Algemene Farmaceutische Inspectie). In vergelijking met andere Europese landen worden er in België sinds een groot aantal jaren weinig barbituraten, meprobamaten en andere kalmerende middelen gebruikt. Bovendien is er een duidelijk kloof merkbaar tussen het noorden en het zuiden van Europa wat betreft de soort gewenste stof: de noordelijke landen en Engeland werden geconfronteerd met een belangrijke toename van de vraag naar psychostimulanten terwijl de zuidelijke landen veel meer aangetrokken blijken tot hedonische stoffen zoals alcohol en anxiolytica. Uit de Gezondheidsenquête kon men bijgevolg niet helemaal onverwacht vaststellen dat het gebruik van anxiolytica twee keer groter is in het zuiden van België dan in het noorden.

#### b) Context van de gezondheid

Ter inleiding, moet men er nogmaals op wijzen dat de zoektocht naar een gewijzigde toestand in het bewustzijn door producten een universeel en alomtegenwoordig fenomeen is in de mensheid. In welke tijdperk of cultuur hij ook heeft geleefd, de mens heeft altijd psychotrope stoffen gebruikt, zelfs wanneer hij niet ziek was. Bovendien is het in elk werelddeel een verwelkomingsteken om wanneer men iemand ontvangt dergelijke stoffen aan te bieden (koffie, thee, kif...).

Een aanzienlijk gebruik van anxiolytica kan betrekking hebben tot de gezondheidstoestand of het psychologisch welzijn van een populatie. Zo blijkt uit de Gezondheidsenquête bij de bevolking dat 3,9 % van de mannen langer dan 12 maanden last heeft van een depressie en dat 3% anxiolytica gebruikt; 7% van de vrouwen beweert aan chronische depressies te lijden en 4.7% gebruikt anxiolytica. Boven de 65 jaar bereikt de prevalentie van depressie bij de vrouwen 11.5%. Maar zoals verder blijkt, is het voorschrijven van benzodiazepines als adjuvantia bij antidepressiva, in het geval van een angstdepressie, een gepaste medische indicatie van deze stoffen. Bovendien is uit de Gezondheidsenquête bij de bevolking (WIV 1997) gebleken dat een derde van de Belgische bevolking duidelijk verkeert in een stadium van psychische moeilijkheden (af te leiden uit hun GHQ-score) en dat slechts 10% beweert een behandeling te hebben ondergaan voor deze mentale problemen (cf. Bijlage 5-b). Dat kan verschillende zaken inhouden: -a) 2/3 van de personen die duidelijk verkeeren in een stadium van psychische moeilijkheden wordt niet opgevangen (dat betekent dus waarschijnlijk dat ze niet allemaal een adequate verzorging krijgen) ; -b) het voorschrijfgedrag voor 'kalmemiddelen' moet worden geanalyseerd in vergelijking met de drempel voor problemen bij de bevolking en niet enkel in vergelijking met de andere landen ; -c) de drempel voor mentale problemen bij de Belgische bevolking ligt hoog en de maatschappij moet zich buigen over de globale strategieën die moeten worden ontwikkeld.

In haar evolutie wordt de maatschappij meer individualistisch en prestatiegericht. Een steeds groter wordende gedeelte van de bevolking moet het hoofd bieden aan psychologische en sociale problemen. Welke globale oplossing wordt er aangeboden ? Wat kunnen de artsen waar de patiënt het eerst mee in contact komen, doen ? Hoe kunnen artsen zich aanpassen aan deze evolutie die zich duidelijk profileert doorheen de vraag van de patiënt ?

Volgens de Gezondheidsenquête, zouden vrouwen in minder goede psychische gezondheid verkeeren dan mannen; niet alleen scoren ze hoger maar zijn ze ook talrijker om de drempel van psychische problemen te overschrijden. Psychisch welzijn of onbehagen blijft vrij stabiel tijdens een mensenleven. De vrouw beleeft haar minst goede periode in het begin van haar leven als volwassene, terwijl de man tussen 35 en 44 jaar een moeilijke periode doormaakt. Men merkt tenslotte op dat er een verband is (geen oorzakelijk verband) tussen een slechte psychische toestand, het gebruik van psychotrope stoffen en een slechte subjectieve gezondheid, tabaksgebruik, regelmatig of overmatig alcoholgebruik.

	<i>% Psychotroop</i>	<i>%Antidepressiva</i>	<i>%Kalmemiddel</i>	<i>%Slaapmiddel</i>
<b>Subjectieve gezondheid</b>				
<b>Goed tot zeer goed</b>	4,1	1,4	1,5	2,1
<b>Zeer slecht tot matig</b>	26,8	11,9	11,9	14,9

Bron WIV 1997

In het kader van de psychische gezondheidstoestand, moet er gewezen worden op de continue toename van pathologieën die een verband houden met stress. In Frankrijk, beweert 72% van de werknemers aan stress onderhevig te zijn (bron Manpower september 2000), 86% van de kaderleden zeggen meer en meer onder stress te staan (bron Capital-CSA 2001) en in België meent 37 % van de ambtenaren momenteel slachtoffer te zijn van morele pesterijen (bron Fedra –Federale Administratie van België – november 2001).

Er wordt regelmatig melding gemaakt van patiënten die in psychiatrie gehospitaliseerd zijn en die uitermate veel anxiolytica en slaapmiddelen krijgen toegediend. Het is inderdaad zo dat als we ons baseren op de RPM gegevens, 60 % van de gehospitaliseerde patiënten ten minste één keer dergelijke stoffen toegediend kreeg in de loop van hun hospitalisatie. Maar als we deze cijfers bestuderen stellen we vast dat voor anxiolytica, 2/3 van de voorschriften enkel betrekking heeft tot hospitalisaties voor ontwenningsskuren en depressies. Wat de andere diagnoses betreft, wordt er slechts in 20% tot 35% van de gevallen anxiolytica voorgeschreven. Het is dus twijfelachtig om te beweren dat het voorschrijven van deze stoffen in psychiatrische instellingen zonder onderscheid gebeurt.

Wat ten slotte de hoge consumptie van slaapmiddelen bij oudere mensen betreft, moet er rekening worden gehouden met een context van senescentie dat fysiologisch gepaard gaat met een verkorting van de slaaptijd. Deze fysiologische afname tast de fysieke rust die de slaap verschaft niet aan, voor zover de fysieke rust wordt teweeggebracht door de diepe slaap die in het eerste deel van de nacht voorkomt, dat de diepe slaapfase verkort wordt tijdens de senescentie en dat de dagelijkse lichamelijke inspanningen van oudere personen beperkt is. De verkorting van de slaaptijd kan niettemin de kwaliteit van de psychologische rust verminderen want die wordt door de paradoxale slaap verwekt in de tweede deel van de nacht. Hierin bestaat er een grote individuele variaties en in elke leeftijdscategorie zijn er dus mensen die meer of minder slaaptijd nodig hebben. Daarnaast zijn de maatschappij, de woningen, de gewoontes en de media niet aangepast voor mensen die om 4 uur 's morgens wakker worden.

### **c) De psychosociale context**

In onze prestatiegerichte consumptiemaatschappij zoekt de patiënt naar middelen die onmiddellijk effect hebben. Dr. Tran Ky en Dr. François Frouard stellen het volgende : “Het is opmerkelijk dat onze landgenoten de mirakelpil verkiezen boven een grondige aanpak van de problemen. De actuele omvang van de markt voor geneesmiddelen is een economisch gegeven maar ook een maatschappelijk gegeven. Het wijst op zijn minst op een collectieve aanhang van een bepaalde manier om conflicten op te lossen, op een zoektocht naar en een waardering voor snelle efficiëntie, en zonder twijfel, ook nog op een moraal. Deze situatie is echter geen fataliteit.”

De opkomst van psychotrope geneesmiddelen heeft de dichotomie omvergegooid waarop geneeskunde zich baseerde, nl.: de dichotomie tussen “lichaam en geest”. Voor de eerste keer in de geschiedenis is het mogelijk om een farmacologische behandeling toe te passen op stoornissen die hoofdzakelijk hun oorsprong vinden in een sociale disfunctie: eenzaamheid, spanningen in de familiale -en beroepskring, relationele problemen, seksuele problemen, etc. De psychotrope geneesmiddelen hebben het pad geëffend voor een *chemotherapie van het sociale* die noodzakelijkerwijze verontrustend is. Een psychotroop geneesmiddel is een spanningverlagende factor. Het neutraliseert crisissituaties. (C. Lepen)

Bovendien, gaan met het verslechteren van de arbeidsomstandigheden of het verminderen aan arbeidsplaatsen, steeds meer mensen zich 'bang' of 'schuldig' voelen als ze zonder werk vallen, ziek worden... Vandaar dat patiënten eerder naar geneesmiddelen grijpen die hun helpen om 'stand te houden' dan afwezig te blijven door verplichte rust of verzorging. Deze vraag naar geneesmiddelen wijst eveneens op de druk die wordt uitgeoefend op de mensen. In tegenstelling tot de verboden middelen, zijn psychotrope stoffen socialisatie –en prestatie“drugs”. «De pers en talrijke experts spreken over een verslaving aan geneesmiddelen maar in tegenstelling tot heroï neverlaving wordt die niet gekenmerkt door desocialisering en aftakeling. Het zijn prestatie –en socialisatiedrugs die de individu helpen om zich beter te integreren, om zijn innerlijk welzijn te behouden en om te overleven in een maatschappij die in enkele jaren tijd de collectieve instellingen heeft zien verdwijnen die de basis vormden voor de regeling van de maatschappelijke relaties. Het zijn hulpmiddelen voor personen opdat ze zouden kunnen standhouden in hun sociale relaties die steeds meer verantwoordelijkheid en persoonlijk inzicht vereisen. (...) Cannabis en LSD mogen dan wel in verband zijn gebracht

met het weigeren om te werken of met politieke opstandigheid maar psychotrope geneesmiddelen worden beschouwd als artificiële middelen die het mogelijk maken sociale verplichtingen na te leven en menselijke relaties te onderhouden. (A. Ehrenberg.)

Bovendien zijn spanningen en angst subjectieve gegevens. Het statuut van fysieke pijn en nog meer van psychologische pijn heeft steeds een belangrijke rol gespeeld in de geneeskunde.

« Het probleem van de psychische pijn is wat dat betreft veelzeggend: psychische pijn wordt slecht geaccepteerd; ze tast de waardigheid aan en brengt geestelijk diskrediet met zich mee; ze wordt eerder toegekend aan een zwakke persoonlijkheid dan aan een psychologische stoornis die een medische behandeling behoeft; men schaamt er zich dikwijls voor en ze wordt vaak verzwegen en teruggedrongen waarbij ze dan indirect te voorschijn komt onder de vorm van somatische klachten, organische stoornissen die « nobel » zijn. Ze mag dan niet meer beschouwd worden als een goddelijke straf, ze blijft niettemin het teken van een persoonlijke tekort. Dat beeld houdt in dat een medicamenteuze oplossing betekent dat men niet in staat is om zelf de pijn te overwinnen. »(C. Lepen)

Om zelf een psychisch probleem te kunnen herkennen moet men ze bovendien als dusdanig kunnen bepalen en niet door haar lichamelijke randverschijnselen. Het bepalen ervan gebeurt via een cultureel en familiaal leerproces, waarbij psychische realiteit wordt erkend. Het vereist eveneens voldoende introspectievermogen en een gewoonte om oplossingen te zoeken voor problemen en ze niet te ontwijken.

Daarom is het helemaal niet verwonderlijk vast te stellen dat hoe lager de scholingsgraad en hoe slechter de sociale omstandigheden, hoe meer men zal grijpen naar geneesmiddelen in plaats van andere behandelingswijzen toe te passen.

	<i>% Psychotroop</i>	<i>% Antidepressiva</i>	<i>% Kalmeermiddelen</i>	<i>% Slaapmiddelen</i>
<b>Opleidingsniveau</b>				
<b>Geen diploma</b>	15,4	2,8	8,3	12,4
<b>Lager onderwijs</b>	15,9	6,2	8,7	8,7
<b>Lager middelbaar</b>	13,5	5,6	5,4	7,8
<b>Hoger middelbaar</b>	7,0	3,5	3,1	2,8
<b>Hoger onderwijs</b>	6,2	2,3	1,9	3,6

Philippe Lemoigne heeft in de streek van Rouen een studie uitgevoerd over de gegevensverwerking bij instellingen, meer bepaald omtrent de voorschriftbriefjes (het chronisch gebruik van psychotrope geneesmiddelen). Hij analyseert grondig de consumptie in functie van de beschikbare gegevens en legt de nadruk op variabelen zoals de leeftijd en het geslacht van de gebruiker. Deze enquête is vooral interessant omdat de invloed van deze variabelen moet worden ontrafeld. Uit deze studie blijkt dat

- Vrouwen veel meer slaapmiddelen en antidepressiva gebruiken dan mannen. Er zijn minder voorschriften voor mannen maar die richten zich vooral op neuroleptica.
- Het merendeel van de voorschriften voor oudere personen maakt deel uit van een gegroepede medicatie.
- Indien men leeftijd en geslacht naast elkaar houdt, dan ziet men dat de consumptie bij vrouwen toeneemt vanaf de leeftijd van 20 jaar.
- Een structuur per leeftijdscategorie geeft slechts gedeeltelijk antwoord op het probleem.
- De invloed van het geslacht blijkt milieubepaald terwijl de leeftijd een eerder doorslaggevend element is.
- De mannelijke consumptie kan in bepaalde wijken de vrouwelijke consumptie benaderen en zelfs overschrijden.
- Het geslacht kan een gedeeltelijke verklaring bieden voor de consumptievariatie tot een bepaalde leeftijd. Eens de 60 jaar voorbij, geeft de leeftijd meer uitleg over de consumptie.

- Als men rekening houdt met de sociale status en de woning, dan merkt men op dat hoe meer men te maken heeft met de arbeidersklasse, hoe groter de vraag wordt naar terugbetaling.
- Er bestaat een echt verband tussen het gebruik van psychotropen en de werkloosheid.
- De consumptie stijgt omgekeerd evenredig met het inkomen maar de correlatie bereikt slechts een hoogtepunt binnen de groepen die genieten van een aanzienlijk gemiddeld inkomen.
- De consumptie van psychotropen is een soort strijd tegen de ontredde die niet te herleiden is tot een opeenstapeling van handicaps.
- Het gebruik van psychotrope middelen geeft punt voor punt de maatschappelijke organisatie weer van de verzorging in het algemeen ; het wordt bepaald door de toegankelijkheid van het medische apparaat voor vrouwen en vooral door de band tussen de kwetsbaarheid en de inleiding van de bevolking in leeftijdscategorieën.
- De middenklasse lijkt het monopolie te bezitten van de punctuele consumptie, terwijl het chronische gebruik eerder bij de arbeidersklasse voorkomt. Dit onderscheid wordt bepaald door de verzameling van gegevens.

Daarnaast heeft het voorschrift ook een magisch aspect die door Marcel Mauss wordt geschetst. Het voorschrift maakt deel uit van een ritueel tussen arts en patiënt. Een bezoek aan de arts krijgt een vaste vorm door het voorschrift dat op zich soelaas brengt net als een placebo. De patiënt komt thuis en is ervan overtuigd juist te hebben gehandeld want de enkele woorden die neergekrabbeld zijn op het voorschrift getuigen van zijn toestand.

De consumptie van psychotropen loskoppelen van het welzijnsaspect komt artificieel over en is niet te herleiden tot de simpele kwestie te achterhalen wie medisch gezien psychotropen nodig heeft. Ze doet veeleer een andere meer interessante vraag rijzen die een hooggestemd antwoord vereist : wat zullen we doen om de kwaliteit van het leven te verbeteren ?

Moet de consumptie van psychotropen ten slotte, niet losgekoppeld worden van een reeks vragen die aan de basis liggen. Wat is, of wat zijn de profiel(en) van de gebruikers ? Welke bevolkingsgroepen hebben de meeste problemen ? Gaat het over vrouwen ? Oudere personen ? Jongeren ? Betreft het welbepaalde socio-economische lagen van de bevolking ? Wordt er op verschillende manieren gebruik gemaakt van psychotrope stoffen (punctueel, chronisch, om soelaas te brengen, om het gevoel van onbehagen te verzachten, als verslaving, voor een behandeling...) ? Welke factoren worden geassocieerd aan deze verschillende consumptiemethoden en aan het profiel van de gebruiker ? Als deze aanpak, ondanks de miljoenen verkochte doosjes per jaar, zou leiden tot een bevolking dat in betere gezondheid verkeert met een goede levenskwaliteit, zou men waarschijnlijk voorzichtig moeten zijn vooraleer in te grijpen met het risico om het bereikt evenwicht te breken.

### ***B- Inbreng van de benzodiazepines***

Het lanceren van benzodiazepines op de markt van de geneesmiddelen in de jaren '70 betekende een belangrijke vooruitgang in de behandeling van angst –en slaapproblemen. Tot dan waren de enige beschikbare vergelijkbare producten meprobamaten voor de angststoornissen en barbituraten voor de slaapproblemen. Beiden brachten een zwaar verslavingsyndroom met zich mee, aanzienlijke nevenwerkingen en een toxiciteitsdrempel die de therapeutische efficiëntiedrempel benaderde. Hier moet evenwel benadrukt worden dat benzodiazepines tot nu toe de meest specifieke en efficiënte behandeling vormt voor een reeks pathologieën en dat er een ruime marge bestaat tussen de therapeutische dosis en de lethale dosis.



Op het ogenblik is het gebruik van benzodiazepines medisch aangewezen bij : acute angstaanvallen, preventie of behandeling van ontwenningsskuren, spiercontractuur en spasmen (myorelaxerende benzodiazepines), epileptische aandoeningen, koortsconvulsies (meer bepaald bij het kind), tetanus, ernstige eclampsie, verplichte premedicatie, algemene anesthesie, sedatie, algemene angsttoestanden, slaapproblemen. Als adjuverende medicatie, zijn ze nog altijd het meest geschikt voor angstdepressies en Compulsieve Obsessieve Stoornissen (naast antidepressiva).

Bij het voorschrijven van benzodiazepines streeft men drie soorten effecten na (naargelang van de soort benzodiazepines) : myorelaxerend effect, slaapinductie en anxiolytisch effect.

Benzodiazepines worden over het algemeen zeer goed verdragen en mits toediening van therapeutische doses zijn er weinig nevenverschijnselen en weinig medicamenteuze interacties. De meest voorkomende neveneffecten zijn : slaperigheid, instabiliteit, ataxie en geheugenstoornissen (over het algemeen minder ernstig dan geheugenstoornissen te wijten aan angsttoestanden). Wanneer benzodiazepines samen gebruikt worden met geneesmiddelen zoals neuroleptica, antidepressiva, pijnstillers en verdovingsmiddelen kan het slaapverwekkend effect op het centraal zenuwstelsel versterkt worden. Bovendien versterkt een samengaan gebruik van alcohol het effect van de benzodiazepines (en de neveneffecten).

Benzodiazepines zijn helemaal niet aangewezen bij hypergevoeligheid voor deze stoffen en bij ademhalingsproblemen (door het depressogeen effect op de zenuwcentra van het ademhalingsstelsel). Ze zijn niet aangewezen bij myasthenie en aanzienlijke slaap-apneu. Zoals elke psychotroop moeten ze in alle omzichtigheid gebruikt worden bij kinderen en adolescenten wiens cerebrale maturiteit nog niet volledig is ontwikkeld.

*Hypnotische benzodiazepines* zijn slaapinductoren; ze zijn bijgevolg niet aangewezen bij slaapproblemen die in het midden en het einde van de nacht voorkomen (cfr. senescentie). Voor oudere personen, houdt het myorelaxerend effect van bepaalde benzodiazepines een belangrijk risico in voor heup –en polsbreuken. Bovendien brengen ze een verandering teweeg in de kwaliteit van de slaap wanneer ze chronisch worden gebruikt en vormen ze dus een eerste behandeling voor slaapproblemen over een korte periode.

*Anxiolytische benzodiazepines* bieden het voordeel zeer efficiënt te zijn van bij het eerste gebruik (volgens de gebruiksaanwijzing). Hun effectenduur (halveringstijd) kan variëren van enkele uren tot enkele dagen. Ze zijn vooral efficiënt wanneer ze over een korte periode worden gebruikt. Daarom vormen ze een eerste behandeling bij acute angstaanvallen. Hun kalmerend effect kan niettemin het begin van een depressie verbergen en ze vereisen dus een correct differentieel diagnose.

De hooftrisico's bij een behandeling van verlengde duur zijn gewenning, psychische verslaving en (bij een grote dosis) fysieke afhankelijkheid. Symptomen zoals depressie, irriteerbaarheid, transpiratie en diarree werden aangegeven na het plotselinge stopzetten van een behandeling van verlengde duur.

## **C- Beperkingen en problemen verbonden aan het voorschrijven en/of het gebruik van benzodiazepines en andere kalmeermiddelen.**

De beperkingen en problemen verbonden aan het gebruik van benzodiazepines doen zich voor op verschillende niveaus: op het niveau van het product, de patiënt, de personen die voorschrijven en het systeem van de gezondheidszorg. Daarnaast brengt het gebruik van benzodiazepines op sociaal vlak bijkomende kosten met zich mee en een reeks voordelen.

### **a) Beperkingen en problemen m.b.t. het product**

Sedatie, geheugenstoornissen, concentratievermindering en verzwakking van de spierfuncties, zijn allemaal symptomen die een nadelige invloed kunnen uitoefenen op het **besturen van voertuigen** of op het manipuleren van machines. Op dezelfde manier kunnen het myorelaxerend effect en de vermindering van de waakzaamheid, het gevoel voor evenwicht bij **oudere personen** aantasten en zo heup –of pols**breuken** veroorzaken. Deze effecten zullen des te sterker zijn naargelang de dosis hoger wordt of indien er tegelijkertijd alcohol wordt gebruikt of andere producten die op het centraal zenuwstelsel werken met een krachtig slaapverwekkend of myorelaxerend effect.

Bij bepaalde benzodiazepines zoals *flunitrazepam* (Rohypnol®) \* kunnen aanzienlijke ongewenste effecten optreden. Gevallen van **anterograde amnesie** werden gemeld, zelfs bij het toedienen van therapeutische doses, die samengaan met vreemde gedragingen. Deze paradoxale toestanden van uitermate gevaarlijke **klastische agitatie** werden eveneens vastgesteld, in het bijzonder bij een verslavend of overmatig gebruik van deze producten. Ze moeten dus met de grootste omzichtigheid voorgeschreven worden.

Men mag niet uit het oog verliezen dat de farmaceutische producten erkend worden na het indienen van dossiers die hun efficiëntie aantonen bij welomschreven pathologieën en volgens ad hoc diagnosecriteria gebaseerd op een internationale classificatie. Maar op dit moment worden benzodiazepines ook voorgeschreven buiten deze indicaties om (gevoel van onbehagen). Er bestaan echter weinig of geen wetenschappelijke studies over de impact van deze manier van voorschrijven op de gezondheid. Bovendien hebben de voorschriften misschien ook betrekking op andere indicaties (bv. pathologische stress). Wetenschappelijk gezien kan men hier dus niet uit afleiden dat het voorschrijven altijd op een inadequate manier gebeurt, zonder een voorafgaande serieuze gevalstudie.

Tenslotte, zou de verpakking van benzodiazepines aangepast moet worden aan voorschriften voor een korte gebruiksperiode.

### **b) Beperkingen en problemen m.b.t. de patiënt**

Het bijzonder statuut van de medicamenteuze voorschriften in de relatie arts–patiënt heeft ook een invloed. « De patiënt (...) hecht belang aan zijn voorschrift. Voor hem heeft die een symbolische waarde; het voorschrift getuigt namelijk van de pathologische toestand van de patiënt. Het voorschrijven van een geneesmiddel verleent aan een persoon die een arts bezoekt het statuut van « echte zieke » meer dan welke andere diagnose of therapeutische behandeling. Aangezien de arts in het uitoefenen van zijn vrij beroep onder « ondeskundig toezicht » van zijn patiënt staat, zal hij geneigd zijn om aan de verwachtingen van die laatste te voldoen en een voorschrift op te stellen die anders trouwens toch door één van zijn collega's zou worden verleend ». (Claude Lepen)

Een sensibilisatiecampagne voor het publiek en de verzorgers is vereist, meer bepaald door het belang van alternatieve maatregelen te benadrukken.

Daarnaast, vormt de problematiek van het benzodiazepinegebruik een bijzonder aspect van de meer algemene problematiek van het gebruik van psycho-actieve stoffen. Momenteel maakt men een klassiek onderscheid tussen drie soorten gebruik van deze stoffen:

- Occasioneel gebruik
- Overmatig gebruik
- Verslaving

- Bij de eerste categorie van *occasioneel gebruik bij gepaste dosis* zijn er a priori weinig problemen op het vlak van volksgezondheid. Toch geldt er hier enig voorbehoud: afhankelijkheid van benzodiazepines ontwikkelt zich vrij snel (ongeveer 3 weken) bij een persoon die uitermate kwetsbaar is, in het bijzonder bij bepaalde levensfasen. Bovendien kan de combinatie van een éénmalige dosis met alcohol of andere psycho-actieve stoffen een stijging veroorzaken van de verkeersongevallen.

- Overmatig gebruik (schadelijk) wordt in de DSM IV bepaald (1994 – Amerikaanse Psychiatrievereniging).

### **Criteria DSM IV voor overmatig gebruik**

A) Overmatig gebruik ontstaat wanneer een stof inadequaat gebruikt wordt en hierdoor functiestoornissen of een significante klinische pijn optreden. Het wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van ten minste één van de volgende verschijnselen tijdens een periode van twaalf maanden :

1 – herhaaldelijk gebruik van een stof dat het onmogelijk maakt om de belangrijkste taken op het werk, op school of thuis te volbrengen (bvb. herhaalde afwezigheden of slechte prestaties op het werk door gebruik van de stof, tijdelijke of definitieve uitsluitingen van school, nalatigheid t.o.v. de kinderen of verzuim van de huishoudelijke taken);

2 – herhaaldelijk gebruik van een stof in situaties waar het fysisch gevaarlijk kan zijn (bvb. tijdens het besturen van een voertuig of bij het manipuleren van een machine);

3 – herhaaldelijke juridische problemen te wijten aan het gebruik van een stof (bvb. arrestaties, abnormaal gedrag);

4 – gebruik van de stof ondanks aanhoudende interpersonele of sociale problemen die veroorzaakt worden door de stof (bvb. partnerruzies m.b.t. de gevolgen van de verslaving).

B) De symptomen hebben nooit de criteria gehaald die bepalend zijn voor een verslaving aan een stof.

*Verslaving* wordt eveneens gedefinieerd in de DSM IV

## Criteria DSM IV voor verslaving

Onder verslaving verstaat men een inadequaat gebruik van een stof dat leidt tot een noodsituatie of een significante klinische functiestoornis, zoals weergegeven in drie (of meer) van de hieronder vermelde verschijnselen die op om het even welk moment kunnen voorkomen tijdens een periode van twaalf maanden :

- 1 – tolerantie wordt bepaald door één van de volgende verschijnselen:
  - Duidelijke nood aan hogere doses om het beoogd effect te verkrijgen;
  - Duidelijk verminderd effect bij continu gebruik van dezelfde hoeveelheid;
2. – ontwenning wordt bepaald door één van de volgende verschijnselen:
  - Ontwenningssyndroom die kenmerkend is voor de stof;
  - Dezelfde stof (of een gelijkaardige stof) wordt toegediend om de ontwenningverschijnselen te verminderen of te vermijden;
- 3.- frequent gebruik van een stof over een langere tijdsperiode dan voorzien;
- 4.- aanhoudende drang of vergeefse inspanningen om het gebruik van de stof te verminderen of onder controle te krijgen;
- 5.- er wordt behoorlijk veel tijd vrijgemaakt om zich de stof aan te schaffen, om het te gebruiken en om te bekomen van de effecten;
6. – belangrijke sociale activiteiten, bezigheden (beroep) of vrijetijdsbestedingen worden opgegeven of beperkt door het gebruik van de stof ;
7. – de stof wordt verder ingenomen ondanks het bestaan van een aanhoudend en terugkerend fysisch of psychologisch probleem door de stof veroorzaakt.

Verslaving kan gepaard gaan met een fysieke afhankelijkheid: tolerantie -of ontwenningverschijnselen (aanwezigheid van item 1 of 2).

Een bepaald aantal gebruikers behoren weliswaar tot één van deze twee categorieën maar bij het bestuderen van de opgesomde criteria kan men zich vragen stellen omtrent het statuut van een groot aantal chronische benzodiazepinegebruikers. Verkeren ze werkelijk in een staat van verslaving ? Kan het benzodiazepinegebruik van sommige mensen (bvb. wie sinds jaren een slaappilletje neemt bij het slapengaan) als “ schadelijk ” beschouwd worden? Deze vaststelling verplicht ons opletten te blijven t.o.v. de argumenten die een programma ondersteunen tegen benzodiazepinegebruik: men moet het moralistisch aspect onderscheiden van het volksgezondheidsaspect.

Benzodiazepinegebruikers mogen dus niet worden beschouwd als een homogene groep voor wie één enkele preventieboodschap van toepassing is. De verschillende soorten gebruik moeten onderscheiden worden van elkaar: toxicomanisch gebruik, overmatig gebruik en verslaving, gebruik gekoppeld aan het welzijn, gebruik gekoppeld aan veranderingen in het bio-fysiologisch functioneren van het centraal zenuwstelsel,...

### **c) Beperkingen en problemen m.b.t. de persoon die voorschrijft**

Benzodiazepines vormen een bijzonder aspect van een meer algemene problematiek die betrekking heeft tot het welzijn (al dan niet gebonden aan een medische pathologie) en waarvoor de bevolking frequent een beroep doet op de artsen om voorschriften te verkrijgen die het welzijn horen te verbeteren.

De WGO definieert gezondheid inderdaad als een toestand van perfect fysiek, mentaal en sociaal welzijn maar niet alleen het ontbreken van een ziekte kan ertoe leiden dat een probleem gemedicaliseerd wordt zowel door de bevolking als de artsen. Bijgevolg moet rekening worden gehouden met de impact van andere factoren uit de maatschappij. Globale problemen vereisen een globaal en multidisciplinair antwoord.

Het is bijgevolg niet verwonderlijk vast te stellen dat de huisartsen de meeste voorschriften uitschrijven voor benzodiazepines. Ze zijn spijtig genoeg niet goed genoeg opgeleid. Audits van geneeskundefaculteiten die in het land werden uitgevoerd tonen aan dat er een gebrek is aan opleidingen voor artsen omtrent relaties en psychologie.

De beroepsopleiding en permanente vorming van artsen moet bijgestuurd worden. Het rationeel voorschrijven van benzodiazepines zou in elke opleiding aan bod moeten komen. Daarenboven moeten artsen, zowel tijdens de opleiding, als bij bijscholing, op de hoogte gebracht worden van bestaande, niet-medicamenteuze alternatieven, zoals relaxatie-oefeningen en gedragstherapie, voor de behandeling van angststoornissen en slapeloosheid. Het medisch korps schrijft nog te regelmatig benzodiazepines voor als antwoord op het zich slecht voelen van patiënten, het algemeen onbehagen en de stress op het werk. Maar artsen mogen niet enkel theoretisch geschoold worden, de vaardigheden moeten aangeleerd en ingeoefend worden: het communiceren met patiënten, het omgaan met problemen zoals angst, stress en slapeloosheid. (Schrijf ik iets voor? Wat schrijf ik voor? Zijn er alternatieve methoden mogelijk? Waar kan ik mijn patiënt naar doorverwijzen? ...). Naast de vorming op zich moet er ook nagegaan worden of die inderdaad werkt. Passen de artsen de aangeleerde vaardigheden toe in de praktijk? Zijn de alternatieven efficiënt? Is er een verschuiving van het probleem (stijgend alcoholmisbruik, overmatig gebruik van antidepressiva of zelfs heel drastisch: een stijgend aantal zelfmoordpogingen)? Heeft dit gevolgen op de verkoop van benzodiazepines? Het voorschrijfgedrag van benzodiazepines zou een eerste manier van evaluatie kunnen zijn. Er moet nagegaan worden wie nog “automatisch” benzodiazepines voorschrijft.

### **d) Beperkingen en problemen m.b.t de ziekenhuisgeneeskunde.**

Aan de ziekenhuisartsen wordt vaak verweten stelselmatig slaapmiddelen en anxiolitica voor te schrijven aan hun gehospitaliseerde patiënten. Eerder werd al benadrukt dat, hoewel het voorschrijven een verspreid fenomeen is in de psychiatrische instellingen, de voorschriften toch enigszins met voorzichtigheid worden verleend en er enig voorbehoud moet zijn omtrent de vermeende automatiek van deze handeling. Hier moet aan worden toegevoegd dat hospitalisatie een bijzondere toestand is, zowel voor de geneeskunde als de chirurgie, waartoe deze soort voorschriften zich gemakkelijk leent. Het betreft patiënten die bezorgd zijn over hun toestand en enigszins vrezen voor de evolutie van hun ziekte (als er geen reden tot bezorgdheid was zouden ze niet opgenomen zijn). Daarnaast worden ze op brutale wijze in een kader geplaatst waar fysieke inspanningen gereduceerd worden en waar ze losgekoppeld worden van een dagelijkse bezigheden. Op slag wordt het brein mentaal extra belast met morbide angstachtige bezorgdheden die slaapstoornissen kunnen teweegbrengen. Een hospitalisatie verloopt in het algemeen echter over een korte periode. De stoffen worden er dus adequaat gebruikt.

Er moet natuurlijk aangedrongen worden op een omzichtig gebruik van deze stoffen teneinde het automatisch voorschrijven te vermijden. Maar het hoofdprobleem is voor veel patiënten dat het een eerste voorschrift betreft en dat ze niet altijd voldoende ingelicht zijn. Er dient niettemin worden opgemerkt dat er een grote asymmetrie bestaat tussen de kennis van de consument en de persoon die voorschrijft. Dat leidt gebruikers ertoe hun arts blind te vertrouwen (hoe is men verondersteld een relevante vraag te stellen over een onderwerp waar men niets van afweet?). De artsen trachten weliswaar t.o.v. hun patiënten medisch jargon te vermijden maar voor velen maakt het voorschrift nog deel uit van wat zij beschouwen als 'hun therapeutische vrijheid'. Men kan zich voor het ogenblik inderdaad niet goed voorstellen dat een voorschrift het object zou zijn van een onderhandeling tussen therapeut en patiënt. Geen enkele Belgische studie over de tevredenheid bij de patiënten betreffende de ontvangen informatie of de verwachtingen is naar ons weten beschikbaar.

Er moet worden opgemerkt dat er veel inspanningen zijn vanwege de farmaceutische firma's om de medische bijsluiters leesbaar te maken voor de consumenten. Het zou nuttig zijn om een comparatieve analyse uit te voeren van deze bijsluiters en eventuele suggesties voor aanpassingen te maken in het kader van de campagne.

Tenslotte is het belangrijk dat dit meer en grondiger wordt opgevolgd: de behandelende arts moet in zijn brief aan de huisarts vermelden indien het nodig is om benzodiazepines verder te gebruiken en/of voor te schrijven na dat de patiënt het ziekenhuis verlaten heeft.

#### **e) Beperkingen en problemen m.b.t. het verzorgingsstelsel.**

Het Belgisch zorgstelsel biedt het voordeel dat een patiënt die een arts bezoekt, beschouwd wordt als een zieke. Of hij nu aan een fysieke pathologie lijdt, psychische problemen heeft, of met gewinningsproblemen worstelt, iedere persoon die een arts bezoekt is een zieke. Deze houding van het medisch korps verdient extra aandacht, des te meer omdat ze in bepaalde Europese landen niet voorkomt.

Er bestaat in België echter geen ondersteuning voor wat het gevoel van onbehagen aangaat. Zowel de patiënten als de artsen hebben het moeilijk om de grens te trekken tussen het gevoel van onbehagen en pathologieën. Vaak worden angst- en stressproblemen door de patiënten en de artsen omgezet in fysieke klachten. Maar de structuur van de zorgverstrekking laat geen lange consultaties toe waarbij er tijd kan worden vrijgemaakt voor het psychologisch aspect. Er moet worden herinnerd aan het feit dat de financiering van medische handelingen in de ambulante verzorging hoofdzakelijk gebaseerd is op het aantal behandelingen. Dat leidt eerder tot een vermenigvuldiging van de handelingen dan tot een verruiming van de consultatietijd. De consultaties bij de bijgeschoolde huisarts bedragen op het ogenblik 468 BEF. Het is duidelijk dat dergelijk bedrag geen stimulans vormt om 45 minuten met een patiënt door te brengen (ze zouden dan minder verdienen dan een arbeider). De omzetting van deze aandoeningen in fysieke verschijnselen vormt een negatief aspect in het huidige financieringssysteem; enkel de medische handelingen worden ondersteund en door een gebrek aan financiering van de psychosociale problemen is het moeilijk om de daaruit vloeiende pathologieën op te vangen.

Claude Lepen heeft in zijn artikel "**Une politique pour les tranquillisants**" een opmerkelijke analyse gemaakt van de rol die het verzorgingssysteem speelt in Frankrijk binnen de vrij hoge consumptie van benzodiazepines. De situatie in Frankrijk is op vele vlakken vergelijkbaar met de situatie in ons land. Door zich vragen te stellen in verband met de factoren die dit omvangrijk gebruik van geneesmiddelen verklaren, vermeldt de auteur de organisatie van het verzorgingssysteem in Frankrijk die het voorschrijven van geneesmiddelen aanmoedigt; « De organisatie van het systeem dat berust op een combinatie tussen het uitoefenen van een vrij beroep en een betaling per handeling met een globale sociale dekking (verzekeringen +

ziekenfonds) is hier waarschijnlijk de hoofdverklaring. Het **principe van betaling per handeling** is op zich inflatoir aangezien het inkomen van de artsen afhangt van het volume van de verrichte handelingen en het is algemeen geweten dat de arts beschikt over het vermogen om een andere wending te geven aan de vraag van zijn patiënten: er is al aangetoond dat er een positieve correlatie bestaat tussen de frequentie van de medische handelingen en het medisch belang. Aan hun kant, kunnen de patiënten minder aan deze druk weerstaan aangezien ze ruim gedekt zijn door een sociaal vangnet. De combinatie van het uitoefenen van een vrij beroep met een verplichte verzekering is als heel lang kenmerkend voor Frankrijk ».

In het ziekenhuismidden, is er nog altijd een deficit binnen het financieringssysteem van de psychiatrie ondanks de aangebrachte veranderingen. Het berust op een advies van een specialist (maximum 1 per week) over de psychische toestand van de patiënt en niet op het principe van de opvang door een multidisciplinaire groep. In veel ziekenhuizen is de bio-psycho sociale opvang van de patiënt zelfs helemaal niet aanwezig. Talrijke studies hebben nochtans aangetoond dat de toestand van de patiënt het ziekenhuisverblijf aanzienlijk kan verlengen.

De terugbetaling door het RIZIV van behandelingen bij specialisten speelt ook een rol. Het feit dat benzodiazepines, hoewel ze onder voorschrift moeten worden verkocht, niet worden terugbetaald op basis van de indicaties kan ertoe leiden dat *artsen* die geneesmiddelen gaan beschouwen als een comfortproduct en geen 'echte' medicatie, waardoor het voorschrijven gebanaliseerd wordt. Anderzijds zal *de patiënt* het gaan beschouwen als een 'algemeen' geneesmiddel met toegestane automedicatie zoals bij aspirine dat aan vrienden en familie kan worden aangeraden.

Zoals hierboven al werd gezegd, is één van de hoofdredenen hiervoor het ontbreken van het aspect menselijke relaties en medische psychologie in de artsenopleiding. Er dient te worden gemeld dat er weinig goed gespecialiseerde therapeuten bestaan in België. De organisatie van de gezondheidszorg in ons land wordt opnieuw in vraag gesteld en niet alleen in het kader van de benzodiazepines.

#### **f) Sociale kosten en voordelen m.b.t. benzodiazepinegebruik.**

De sociale kosten hebben hoofdzakelijk betrekking tot de ontwenningsskuren, de verkeersongevallen en de breuken bij oudere personen.

De risico's bij het besturen van voertuigen onder invloed van benzodiazepines mogen niet uit het oog verloren worden. Na de alcoholcontroles en de controles op bepaalde drugs, zou men eveneens aandacht moeten schenken aan het besturen van voertuigen onder invloed van benzodiazepines. Wat betreft de verkeersongevallen (cfr. Verslag BIRN) waarbij controles werden uitgevoerd zijn 28 % gevallen positief bevonden op alcohol en 8,5% op benzodiazepines. Voor de leeftijdscategorie tussen 45 en 54 jaar, waren 17% van de gevallen positief voor benzodiazepines en bij de 55 tot 64 jaar was dat 12%.

Wat de sociale kosten betreft moet er eveneens aandacht gaan naar de dubbelzinnige plaats die benzodiazepines bekleden. Bij overmatig gebruik en verslaving, gaat de productiviteit achteruit en verhoogt het absentieïsme, maar in alle andere gevallen vermindert het absentieïsme en wordt er een zekere productiviteit behouden. Haalt het aspect « productiviteit van de patiënt behouden » de bovenhand op de gevallen van overmatig gebruik en verslaving?

Er bestaan spijtig genoeg geen specifieke gegevens over de kosten op sociaal vlak. Om op deze vraag te kunnen antwoorden zou men een bijkomende studie moeten uitvoeren om de kosten van ontwenningsskuren te analyseren, de kosten van de verkeersongevallen, de breuken bij oudere personen, en het effect op absentieïsme.

## **D- Te nemen maatregelen**

### **a) Studies over de gebruiksprofielen en het voorschrijfgedrag**

Tot nu toe hebben we in het document gezien dat er nog een aantal gegevens ontbreken teneinde een genuanceerd en gedetailleerd advies te kunnen formuleren. Men mag in elk geval de groep benzodiazepinegebruikers niet beschouwen als een homogene groep want het is een amalgaam van verschillende gebruiksprofielen over dewelke men meer gegevens zou moeten kunnen beschikken. Welke bevolkingsgroepen ondervinden de meeste problemen? Zijn het vrouwen? Oudere personen? Jongeren? Betreft het welbepaalde socio-economische lagen van de bevolking? Bestaan er verschillende gebruiksvormen (punctueel, chronisch, om soelaas te brengen, om het gevoel van onbehagen te ebstrijden, toxicomanisch, voor een behandeling ...) en welke factoren worden gekoppeld aan deze verschillende gebruiksvormen en aan het gebruiksprofiel?

Wat de *patiënten* betreft, werd naar voren geschoven dat het nuttig zou zijn om een studie uit te voeren over de algemene tevredenheid om na te gaan wat hun plaats en rol is binnen het verzorgingssysteem, wat hun relaties zijn t.o.v. de verschillende betrokken actoren (huisartsen, specialisten, ziekenhuizen, ziekenbond, RIZIV), wat hun verwachtingen zijn, welke type informatie ze op de eerste plaats wensen te krijgen, van wie en onder welke vorm. Op het ogenblik, is er geen enkele Belgische studie daaromtrent beschikbaar.

Wat betreft de *personen die voorschrijven*, zou het nuttig zijn om studies uit te voeren teneinde na te gaan hoe de artsen staan t.o.v. het voorschrijven van benzodiazepines; hoe komen ze tegemoet aan de vraag van een patiënt die betrekking heeft op sociale en psychologische problemen? Welke oplossingen bieden ze nog buiten geneesmiddelen aan hun patiënten?

Men kan zich ook vragen stellen rond het voorschrijven van benzodiazepines en de gepaste *opvolging* van hun gebruik bij hospitalisatie. Wordt de patiënt voldoende geïnformeerd? Worden er instructies gegeven in verband met de voortzetting of de stopzetting van de behandeling? Worden de huisartsen hiervan op de hoogte gebracht? Men mag niet van het principe vertrekken dat ziekenhuizen dit soort geneesmiddelen stelselmatig voorschrijven. Bijkomende studies hieromtrent kunnen nuttig zijn.

Er bestaan tenslotte geen overtuigende gegevens over de reële kosten. Om op die vraag te kunnen antwoorden zou men een bijkomende studie moeten uitvoeren om de kosten te rammen van ontwenningkuren, van verkeersongevallen, van breuken bij oudere personen en om het effect op absentieën te analyseren.

### **b) Holistische aanpak van de problematiek van het onbehagen**

De kwestie van het gebruik en van het voorschrijven van kalmeermiddelen mag niet worden losgekoppeld van de meer algemene problematiek van het onbehagen en van de levenskwaliteit.



De sociologische analyse van de Westerse maatschappelijke 'waarden' over de laatste 50 jaar, toont dat er een overgang is van het "golden sixties" ideaal, waarbij geluk gepaard ging met rijkdom en het verwerven van consumptiegoederen naar een meer "narcistische" maatschappij (cultus van het lichaam, individualisme, vernauwing van de sociale banden,...), waarbij men eerder op zoek ging naar "welzijn" dan naar "bezit", om uiteindelijk te eindigen bij een individualistische prestatie maatschappij waarbij er geen plaats is voor wie niet kan volgen. "Teloorgang van de gevestigde waarden zoals het solidariteitsgevoel binnen de verschillende bevolkingsgroepen, de achteruitgang van ideologische passies, het promoten van het individu via het thema van maatschappelijk succes en door het opwaarderen van de bedrijven, de opkomst van het lichaamsbewustzijn met de fitnessmogelijkheden of vermagertechnieken die schoonheid en verjonging beogen, enz... deze waarden worden des te meer belangrijk daar de politiek geen mogelijkheden meer biedt om uit het privé cocon te kruipen en in de gemeenschap te gaan leven teneinde te beletten dat iedereen geconfronteerd wordt met zijn innerlijke strijd. De individuele autonomie vergroten, het eigen potentieel ontwikkelen, het uiterlijk veranderen: al deze waarden zetten aan tot meer controle van het individu over zichzelf. (Alain Ehrenberg)

Het verdwijnen van het natuurlijk sociaal netwerk dat als ondersteuning dient (grote families, buurtbewoners...) is hier een gevolg van. Velen kunnen niet mee met deze evolutie. Er moet verwezen worden naar de epidemiologische studies waarbij aangetoond wordt dat 50 % van de personen die een mentaal probleem hebben geen professionele hulp zullen gaan zoeken en dat het hoofdzakelijk de familie is en het ondersteunend sociaal netwerk die het probleem zullen opvangen (Goldberg D 1997).

Het gebruik van psychotropen loskoppelen van het welzijnsaspect lijkt dan ook artificieel en is niet te herleiden tot de simpele kwestie achter te halen wie die stoffen medisch gesproken nodig heeft. Het gebruik van psychotropen doet een andere vraag rijzen die veel interessanter is namelijk: wat moet er gedaan worden op het bio-psycho-sociaal vlak om de levenskwaliteit van de bevolking te verbeteren?

### c) Het besturen van voertuigen onder invloed

Het besturen van voertuigen onder invloed van illegale drugs en geneesmiddelen is strafbaar bij de wet van 16 maart 1999 met uitvoeringsbesluit van 4 juni 1999. De politieke nota van de federale regering betreffende de drugproblematiek voorzag in specifieke maatregelen om het besturen van voertuigen onder invloed van geneesmiddelen tegen te gaan. Deze specifieke maatregelen hielden het volgende in :

- Vermelding van een waarschuwing op de verpakking
- Aanpassing van de bijsluiter
- Sensibilisatie van voorschrijvende artsen
- Opleiding van politiemensen

Wat is ervan geworden ?

### d) Specifieke maatregelen bij het voorschrijven van bepaalde producten

Het is waarschijnlijk niet wenselijk dat voor **alle** benzodiazepines een verplicht, genummerd, dubbel voorschrift gebruikt wordt. De efficiëntie van dergelijke maatregel wordt in vraag gesteld. Het moet ook op andere manieren mogelijk zijn om het voorschrijven van benzodiazepines te registreren (bvb. via de LOK/GLEM-groepen). Misschien is het wel interessant om voor bepaalde producten (bvb. *Rohypnol*<sup>®</sup>), waar een grotere kans op verslaving bestaat, een genummerd, dubbel voorzicht te gebruiken. Deze meer gecontroleerde vorm van voorschriften moet echter grondig geëvalueerd en opgevolgd worden. Er moet nagegaan worden of er verschuivingen naar andere medicijnen optreden.

Flunitrazepam was, in (post mortem)bloedonderzoek naar concentraties van farmaceutische drugs, één van de meest voorkomende substanties bij fatale intoxicaties.

Er wordt opgemerkt dat de werking van *Rohypnol*<sup>®</sup> bij toxicomanen paradoxaal kan zijn. Bij chronisch gebruik zal het eerste, kalmerend effect van het product steeds minder worden, terwijl de daaropvolgende excitatie steeds sterker zal worden.

De vraag kan gesteld worden of voor *Rohypnol*<sup>®</sup> een bijzondere actie nodig is. Dan moet dit gebeuren op basis van aangetoond groter risico.

Tenslotte zou de verpakking van benzodiazepines aangepast moeten worden aan voorschriften over een korte gebruiksperiode.

#### **e) Opleiding van de huisartsen**

Het bio-psycho-sociaal aspect bij de opvang van een patiënt door de zorgverstrekkers, vervult binnen de basisopleiding en de continue vorming een bijzondere rol. Het geheel van de audits die in de Belgische geneeskundefaculteiten werden uitgevoerd leidden allemaal tot dezelfde conclusies, namelijk dat er binnen de opleiding te weinig aandacht wordt gegeven aan het menselijke en relationele aspect. Daarnaast vereist de complexiteit van de klachten en van de vragen net zoals de evolutie binnen de geneeskunde, de ontwikkeling van bijkomende specifieke vaardigheden binnen de medische psychologie onder de vorm van extra certificaten.

#### **f) Het bijwerken van de transparantiefiche**

In 1993 werd er een transparantiefiche gepubliceerd over hypnotica en anxiolytica. Sindsdien is de geneeskundepraktijk geëvolueerd en zijn er andere consensus ontstaan. Deze transparantiefiche moet bijgevolg dringend bijgewerkt worden teneinde overeen te stemmen met de evolutie.

#### **g) Informatie –en preventiecampagne**

Een informatie –en preventiecampagne is nuttig, voor zover benzodiazepines niet in een slecht daglicht worden gesteld. Er zal rekening moeten worden gehouden met het feit dat de gebruikers van deze stof geen deel uitmaken van een homogene groep en dat er variatie bestaat in de profielen met specifieke noden en aanbevelingen.

### ***E- Doelstellingen van een informatie –en preventiecampagne***

#### **a) Algemene beschouwingen**

Wanneer men spreekt over de preventie t.o.v. een problematiek betreffende de overconsumptie van een product moet men het individu centraal stellen in deze preventie.

“ De aanpak was vroeger gecentreerd op het gebruik en op de verscheidenheid binnen de gebruikte psycho-actieve stoffen, maar recentelijk is de aandacht verschoven naar het gebruik op zich met een onderscheid van de complicaties of schade-effecten door het gebruik. (...) Het individu moet worden beschouwd als een bio-psychosociale integrerende eenheid en alle menselijke dimensies moeten aan bod komen in de preventie. (...) Als men over preventie wilt spreken is het nodig om een ander kenmerk van de mens te onderscheiden, nl. zijn metafysisch aspect. De mens is ertoe gebracht een zoektocht naar een zin in het leven te leiden om autonomie en vrijheid te verkrijgen. ” (Professor Philippe Jean Parquet.)

## b) Doelstellingen

De doelstellingen van een sensibilisatiecampagne voor benzodiazepines kunnen als volgt worden gedefinieerd:

- *Het mogelijke doen opdat een persoon in staat is consumptie achterwege te laten*
- *Streven naar een risicoloze consumptie*
- *Ervoor zorgen dat de consumptie niet evolueert naar verslaving.*

Om deze doelstellingen te bereiken moet men handelen op de determinanten en de factoren die kunnen leiden tot de consumptie van psycho-actieve stoffen of die het gebruik ervan kunnen verlengen.

Heel schematisch kunnen we hierbij het volgende vermelden

- *Psychopathologische determinanten (persoonlijkheidsstoornissen, psychopathologische stoornissen)*
- *Milieu factoren (sociaal, economisch, cultureel, enz.)*

Heel verschillende factoren kunnen opduiken wanneer het individu een product neemt. De modaliteiten waarbij de persoonlijke factoren en de milieufactoren optreden, zullen bij het individu één of andere soort gebruik doen ontstaan.

We moeten een belangrijk punt van de preventie onderstrepen, nl. het handelen op de aanbieder van producten.

We bevinden ons in een zeer complex interactieveld die elke simplistische visie uitsluit dat gebaseerd is op oorzakelijke verbanden tussen een determinant of een geïdentificeerde factor en ontkoppeling van de consumptie.

Preventief zal men dan op verschillende niveaus handelen om de determinanten en de interacties tussen de factoren gunstig te beïnvloeden.

Het identificeren van en het ageren op de determinanten en oorzakelijke factoren waarborgen efficiëntie meer nog dan een handeling die enkel gecentreerd is op het gebruiksgedrag.

Men kan :

- *handelen teneinde de factoren van kwetsbaarheid te verminderen*
- *handelen om de beschermingsfactoren te versterken of om hun efficiëntie te verbeteren*
- *tegelijkertijd handelen op de factoren van kwetsbaarheid en bescherming als op hun interacties.*

Door te handelen op de *kwetsbaarheid* en het risico, identificeert men alarmerende gedragingen (psychosociale moeilijkheden) vooraleer het eerste gebruik opduikt. Er moet hier worden gewezen op het feit dat een persoon de arts bezoekt in een crisisperiode, in een kwetsbare toestand en dat de arts net op dat ogenblik een psycho-actieve stof voorschrijft.

Door te handelen op de *beschermingsfactoren*, kan men zelfrespect verwerven en respect voor anderen dragen, kan men keuzes maken en autonomie verwerven. Men kan ook leren hulp vragen en krijgen, men kan duidelijk deelnemen in handelingen. Handelen op de beschermingsfactoren houdt eveneens in dat men een persoon in crisismomenten kan bijstaan in het terugvinden of het versterken van zijn capaciteiten.

Het gebrek aan een sociale band neemt bij sommige mensen het collectief beschermingsgevoel weg dat werd teweeggebracht door hun integratie in een sociaal netwerk. Om deze factor van kwetsbaarheid tegen te gaan moeten deze horizontale nauwe solidariteitsbanden opnieuw aangehaald worden. Zoals Professor Parquet het verwoordt: “ De heropbouw van de sociale banden door op zeer verschillende manieren te handelen is een efficiënte manier om het gebruik van psycho-actieve stoffen te verminderen door de algemene vaardigheden van de personen en de groepen te versterken op het vlak van gezondheid”.

### c) **Ethische principes**

De ethische principes die horen bij een preventie-actie zijn : respect, deelname, “ primum non nocere ”.

Elke handeling in de zin van culpabilisatie of marginalisatie die zou leiden tot de afkeuring of de uitsluiting van de consument is schadelijk op het sociaal en individueel vlak.

Een interventie mag het gedrag van de gebruiker niet stigmatiseren met de kans om de hulpaanvraag .

Een basisprincipe kan dus als voorwaarde dienen: respect van de persoon, van zijn moeilijkheden, van zijn keuze. In de context van de dialoog tussen arts en patiënt betekent respect voor de keuzes niet hetzelfde als medeplichtigheid. Het woord van de arts die zijn boodschap of zijn visie overmaakt heeft dezelfde waarde als die van de patiënt.

Een ander principe kan naar voren worden geschoven: het mogelijk maken en het bevorderen van de menselijke expressie, vragen doen rijzen, ruimte maken voor consensusoplossingen. Er moet een partnerschap komen voor preventie waar de professionele zorgverstreker niet het laatste woord heeft.

Een dergelijke houding zou overeenkomen met de visie die zich uitbreidt inzake preventie van illegale drugs en meer bepaald wat betreft de tendens om de bevolking de mogelijkheid te geven om competentie te ontwikkelen inzake gezondheid.

Tenslotte moet men rekening houden met een vraag eerder dan met een principe: “ primum non nocere ”. Wat zal er gebeuren indien men plots een benzodiazepinegebruiker die in een sociaal, professioneel en familiaal netwerk is geïntegreerd, ertoe aanzet zijn consumptie volledig stop te zetten ? Zal ze niet overgaan tot de consumptie van andere producten (alcohol, tabak, etc.) ? Zal ze geen nieuwe symptomen gaan ontwikkelen (sociaal, medisch), nieuwe problemen? Indien ja, wat is dan het nut van deze handeling?

#### 4) LITERATUURLIJST

Ashton H. Benzodiazepines. How they work and how to withdraw. University of Newcastle 2000; 41 pagina's.

Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. *Drugs* 1994; 48(1): 25-40.

Bélanger L., Dupuis G., O'Connor K., Marchand A., Aspects psychologiques de la dépendance pharmacologique aux benzodiazépines, *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, Vol. IV, n°4, décembre 1999

Bogaert M, Maloteaux. *Gecommentarierd Geneesmiddelenrepertorium*, 2000.

Cooperstock R., Hill J. Les effets de l'usage de tranquillisants: l'usage des benzodiazépines au Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1982.

Declercq T, De Meyere M. De nieuwe niet-benzodiazepine hypnotica: plaats in de aanpak van slapeloosheid. *Tijdschr Geneesk* (aanvaard september 2001).

Del Don L. Les médicaments psychotropes: un soutien à la reconnaissance sociale, *Psychotropes*, Vol. 5 n°1.

De Meyere M. Benzodiazepines: afbouw in de huisartsenpraktijk. *Tijdschr Geneesk* 1993; 49(22): 1621 -1629.

Denis B., Hoffman A., Jacques Ch., Lafontaine J.-B., Romain J.-G. Apport des usagers de drogues aux médecins généralistes. *Santé Conjuguée*, juillet 1999; n°9.

Ehrenberg A. Drogues et médicaments psychotropes – Le trouble des frontières. *Esprit*, 1998.

*Folia Pharmacotherapeutica*. Afbouw van chronisch benzodiazepinegebruik. 2001;

*Folia Pharmacotherapeutica*. Medicamenteuze behandeling van slapeloosheid. 1999; 26: 425-

*Folia Pharmacotherapeutica*. Risico van afhankelijkheid aan Zolpidem en Zopiclon. 2002; 28: 12-112.

Foy A. Withdrawing benzodiazepines. *Australian Prescribing* 1993; 16: 12-14.

Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, et al. Het langdurig gebruik van benzodiazepines. *Ned. Tijdschr. Geneesk* 2001; 145 (28): 1347-1350.

Knuistingh Neven A, De Graaff WJ, Lucassen PLBJ et al. NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. *Huisarts Wet* 1992; 35: 212-219.

Knuistingh Neven A, Lemmens CPJM. Zopiclon en zolpidem: aanwinst of meer van hetzelfde? *Gebu* 1999; 3(2): 13-16.

La charte Alto, Une charte pour l'accompagnement des usagers de drogues par les médecins généralistes, *Santé Conjuguée*, janvier 2000, n°11

Lader M. Scholing van medici in correct gebruik van benzodiazepinen. Psychopraxis 1999;1(1):9.

Lemoine P., Médicaments psychotropes: le big deal?, Revue Toxibase, N°1- Mars 2001.

Neomagus GJH, Terluin Bn Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. Huisarts Wet 1997; 40(4): 167-175.

Oude Voshaar RC, Gorgels WJ, Mol AJ, et al. Behandelmethoden om langdurig benzodiazepinegebruik te staken. Ned Tijdschr. Geneesk 2001; 145 (28): 1347-1350.

Reynaud M., Chassaing J.-L., Coudert A.-J. Les toxicomanies médicamenteuses, PUF, 1989.

Rogiers R. Niet-medicamenteuze aanpak van angst: protocollaire behandeling met cognitieve gedragstherapie. HaNu 2000; 3: 118-129.

Schepens P., Demyttenaere K. Vademecum de psychopharmacologie clinique, Solvay Pharma, 1999.

Spadone Ch. Les médicaments psychotropes, Dominos Flammarion, 1997.

Wagner J, Wagner L, Hening W. Beyond benzodiazepines: alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. Ann Pharmacother 1998; 32: 680-691.

Zarifian E. Des paradis plein la tête. Odile Jacob, 1998.

**Adresse :**

**Conseil Supérieur d'Hygiène  
Esplanade 1201  
Boulevard Pachéco 19 Bte 5  
1010 Bruxelles**

**Téléphone 02-214.42.45/46  
Fax :02-214.43.13**

**Email : [guy.devleeschouwer@health.fgov.be](mailto:guy.devleeschouwer@health.fgov.be)**