

# GENEESMIDDELENMISBRUIK BIJ OUDEREN

## Kwalitatief belevingsonderzoek bij chronische 65+ gebruikers

Masterproef neergelegd tot het behalen van  
de graad van Master in de Criminologische Wetenschappen  
door (00603398) **Denys Ineke**

Academiejaar 2009-2010

**Promotor :**  
Prof. dr. Decorte Tom

**Commissarissen :**  
Prof. dr. Apr. Van Bocxlaer Jan  
Prof. dr. Balthazar Tom

# Vijf trefwoorden

Kwalitatief belevingsonderzoek

Geneesmiddelenmisbruik

Ouderen

Halfopen face-to-face interview

Participerende observatie

## Verklaring inzake toegankelijkheid van de masterproef criminologische wetenschappen

Ondergetekende,

**Denys Ineke (00603398)**

geeft hierbij aan derden,

zijnde andere personen dan de promotor (en eventuele co-promotor), de commissarissen of leden van de examencommissie van de master in de criminologische wetenschappen,

**[de toelating]** [~~geen toelating~~] (*schrappen wat niet past*)

om deze masterproef in te zien, deze geheel of gedeeltelijk te kopiëren of er, indien beschikbaar, een elektronische kopie van te bekomen, waarbij deze derden er uiteraard slechts zullen kunnen naar verwijzen of uit citeren mits zij correct en volledig de bron vermelden.

Deze verklaring wordt in zoveel exemplaren opgemaakt als het aantal exemplaren waarin de masterproef moet worden ingediend, en dient in elk van die exemplaren ingebonden onmiddellijk na het titelblad.

Datum: **7 augustus 2010**

Handtekening: **Denys Ineke**

# Woord vooraf

Deze paper resulteert uit de opgedane kennis tijdens mijn masteropleiding in de Criminologische Wetenschappen en de link naar de praktijk tijdens mijn drie maanden stage bij het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek. Als eindwerk draagt deze masterproef bij tot het behalen van de graad van Master in de Criminologische Wetenschappen.

Mijn uiterste dank gaat uit naar mijn promotor, Prof. dr. Tom Decorte. Als promotor was hij niet enkel een helpende, maar ook een steunende en bemoedigende hand in het kader van mijn masterproef. Dank je wel!

Verder wens ik eveneens mijn twee commissarissen, Prof. dr. Jan Van Bocxlaer en Prof. dr. Tom Balthazar, te danken voor de tijd en interesse in mijn masterproef.

Alsook oprechte dank aan Prof. dr. Marc De Meyere en dr. Sibyl Anthierens voor de vele nuttige informatie en hulp die zij me gaven.

De senioren dienst van de stad Gent, met in het bijzonder Marijke De Moor, ben ik dankbaar voor de vele hulp bij de opzet en de realisering van mijn onderzoek. Ook de clubhuizen van Gentbrugge, de verantwoordelijken en hun talrijke bezoekers genieten mijn oprechte dankbaarheid.

Graag dank ik ook mijn nonkel en tante voor hun verbeter- en naleeswerk en voor het mee op punt stellen van de lay-out. Bedankt!

Tot slot wens ik in het bijzonder nog mijn ouders, familie, vrienden, vriendinnen en Jurgen te danken voor de vele hulp, steun en geduld en hun blijvend geloof in mijn studies.

Dank aan jullie allen.

# Inhoudstafel

Woord vooraf .....	3
Inhoudstafel .....	4
Lijst van tabellen en figuren .....	9
Inleiding en probleemstelling.....	12
<b>HOOFDSTUK 1: Gebruik en misbruik van geneesmiddelen.....</b>	<b>16</b>
1.1 Begripsomschrijving .....	16
1.2 Soorten middelen.....	17
1.2.1 De analgetica .....	19
1.2.2 De psycholeptica .....	20
1.2.3 De psychoanaleptica .....	21
1.3 De risico's en gevaren .....	22
1.3.1 Neveneffecten.....	23
1.3.2 Interactie-effecten .....	25
1.3.3 Ontwenningverschijnselen .....	26
1.4 De prevalentie .....	26
1.4.1 Voorgeschreven geneesmiddelen.....	27
1.4.2 Psychofarmaca .....	28
a) Naar leeftijd;.....	29
b) Naar geslacht;.....	32
<b>HOOFDSTUK 2: Medicalisering en normalisering.....</b>	<b>35</b>
2.1 Historische ontwikkeling naar medicalisering en normalisering.....	35
2.1.1 Van papaverplant tot aspirine.....	36
2.1.2 Medicinaal geluk .....	37

2.1.3 Van oorlogstrauma tot wereldziekte .....	38
2.1.4 Van patiënt tot winstogmerk .....	39
2.2 De verschillende actoren.....	41
2.2.1 De farmaceutische industrie .....	41
2.2.2 Het voorschrijfgedrag van artsen.....	43
2.2.3 De consument .....	45
2.3 Conclusie .....	48
<b>HOOFDSTUK 3: Geneesmiddelenmisbruik en ouderen.....</b>	<b>51</b>
3.1 Bevolkingssamenstelling en prevalentie.....	52
3.1.1 Bevolkingssamenstelling en de vergrijzing.....	52
3.1.2 Voorgescreven geneesmiddelen.....	53
3.1.3 Psychofarmaca .....	54
a) Naar leeftijd;.....	54
b) Naar geslacht;.....	56
c) Naar welzijn; .....	58
3.1.4 Conclusie .....	59
3.2 De vormen van geneesmiddelenmisbruik door ouderen .....	60
3.2.1 De vormen van onopzettelijk misbruik .....	61
3.2.2 De vormen van opzettelijk misbruik .....	61
3.3 Ouderen en welzijn .....	62
3.3.1 Lichamelijke gezondheid en beweging .....	63
3.3.2 Zelfredzaamheid en onafhankelijkheid.....	64
3.3.3 Communicatie en sociale relaties .....	64
3.3.4 Geestelijke gezondheid en geloof .....	65
3.3.5 Psychofarmaca als copingstrategie .....	66
3.4 Gevaren en gevolgen.....	66
3.4.1 Afhankelijkheid en tolerantie.....	67
3.4.2 Andere neveneffecten en interactie-effecten .....	68
3.4.3 Ontwenningverschijnselen .....	70
3.5 Houding van de consument .....	71
3.5.1 De houding van de consument .....	71

3.5.2 De houding van de oudere consument.....	72
3.5.3 Voorgaande onderzoeken .....	73
<b>HOOFDSTUK 4: Methodologie .....</b>	<b>77</b>
4.1 Het onderzoek .....	77
4.2 Setting.....	79
4.3 Onderzoekspopulatie .....	80
4.3.1 Identificatie van de onderzoekspopulatie.....	80
a) Behoren tot de oudere bevolkingsgroep (+65 jaar);.....	80
b) Aanhoudend consumeren van psychoactieve medicatie (minstens 3 maanden); .....	81
c) Zelfstandig wonend zijn;.....	81
d) Woonachtig zijn te Gentbrugge;.....	82
4.3.2 Het verwerven van toegang .....	83
4.3.3 Het rekruteren van respondenten .....	84
4.4 Instrumenten.....	85
4.5 Procedure .....	87
4.5.1 Het interviewen.....	87
4.5.2 De participerende observatie.....	89
4.6 De steekproef .....	92
4.7 Kwalitatieve analyse.....	93
<b>HOOFDSTUK 5: Resultaten en bevindingen.....</b>	<b>95</b>
5.1 De middelen en de klachten .....	96
5.2 Het gebruikspatroon .....	97
5.2.1 Voorgeschreven dosis en werkelijk geconsumeerde dosis.....	98
5.2.2 Duur van inname .....	99
5.2.3 Beïnvloedende factoren .....	100
5.3 Beginnend gebruik (eerste voorschrift) .....	101
5.3.1 Actief versus passief beginnend gebruik.....	101
5.3.2 Redenen voor beginnend gebruik.....	102
5.3.3 Beïnvloedende factoren voor beginnend gebruik .....	103

5.3.4 Houding tegenover het eerste voorschrift.....	103
5.4 Aanhoudend gebruik (vervolgvoorschriften).....	104
5.4.1 Actief versus passief aanhoudend gebruik .....	104
5.4.2 Redenen voor aanhoudend gebruik.....	106
5.4.3 Beïnvloedende factoren voor aanhoudend gebruik.....	106
5.4.4 Houding tegenover aanhoudend gebruik.....	107
5.5 Gecombineerd gebruik.....	108
5.5.1 Met alcohol .....	108
5.5.2 Met andere psychoactieve medicijnen .....	108
5.5.3 Met illegale drugs.....	109
5.6 Afbouwen en stoppen .....	109
5.6.1 Afbouwen .....	110
5.6.2 Stoppen .....	111
5.6.3 Ontwenningverschijnselen .....	113
5.7 Gevoelens en houding.....	114
5.7.1 Medicatie in het algemeen versus psychoactieve medicatie .....	114
5.7.2 Veranderende houding .....	115
5.7.3 Psychoactieve medicatie en ingesteldheid .....	116
5.7.4 Beïnvloedende factoren .....	117
5.8 Langdurig gebruik versus afhankelijkheid.....	118
5.9 Conclusie .....	122
<b>HOOFDSTUK 6: Algemene conclusie, discussie en aanbevelingen.....</b>	<b>123</b>
Bibliografie .....	131
Bijlage .....	142



# Lijst van gebruikte afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BCFI	Het Belgisch Centrum voor Farmaceutische Informatie
C.G.B.S.	Het Centrum voor Bevolking- en gezinsstudies
EMCDDA	the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
INCB	The International Narcotics Control Board
ISD	Het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek
KCE	Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MAO-remmers	Mono-amino-oxydase remmers
NSAID	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs
SSRI	Selective Serotonin reuptake inhibitors
TCA	Tricyclische antidepressiva

# Lijst van tabellen en figuren

<b>Tabel 1;</b>	Aantal personen (in %) van 15 jaar en ouder dat in de afgelopen 2 weken psychotrope geneesmiddelen gebruikte in 1997, 2001, 2004 en 2008. ....	29
<b>Tabel 2;</b>	Aantal personen (in %) dat in de afgelopen 2 weken een voorgeschreven geneesmiddel gebruikte (per categorie) in 1997 en 2001, opgedeeld naar leeftijd en geslacht.....	30
<b>Tabel 3;</b>	Aantal personen (in %) van +65 jaar dat in de afgelopen 24 uur psychofarmaca gebruikte, opgedeeld naar leeftijd.....	31
<b>Tabel 4;</b>	Geneesmiddelengebruik van Vlaamse ouderen naar leeftijd, 2001.....	31
<b>Tabel 5;</b>	Aantal personen (in %) van +65 jaar dat in de afgelopen 24 uur psychofarmaca gebruikte, opgedeeld naar geslacht.....	33
<b>Tabel 6;</b>	Geneesmiddelengebruik van Vlaamse ouderen naar geslacht.....	34
<b>Tabel 7;</b>	Aantal personen (in %) van +65 jaar dat in de afgelopen 24 uur psychofarmaca gebruikte, opgedeeld naar leeftijd.....	56
<b>Tabel 8;</b>	Aantal personen (in %) van +65 jaar dat in de afgelopen 2 weken een voorgeschreven geneesmiddel gebruikte (per categorie) in 1997 en 2001, opgedeeld naar geslacht. ....	57
<b>Tabel 9;</b>	De middelen met hun merk- en stofnaam waarover in het onderzoek gerapporteerd werd en het aantal personen die het op het moment van de bevraging consumeerden. (N=9).....	96

**Figuur 1;** Gebruik van officieel geregistreerde geneesmiddelen in de afgelopen 24 uur, naar geslacht en leeftijd. .... 54

**Figuur 2;** Gebruik van psychotrope medicatie de afgelopen twee weken naar leeftijd, België. .... 55

**One may think  
We're alright  
But we need pills  
To sleep at night  
We need lies  
To make it through the day  
We're not ok.**

The Perishers – Pills

# Inleiding en probleemstelling

De keuze om een masterproef over geneesmiddelenmisbruik te schrijven, is gebaseerd op mijn persoonlijke bezorgdheid over de medicaliseringstendens die onze huidige samenleving kenmerkt. De vraag hoe het komt dat psychoactieve medicatie in steeds grotere aantallen geproduceerd en geconsumeerd wordt, kan niet los gezien worden van de stijgende trend naar welzijn en welvaart van de postmoderne mens.<sup>1</sup> Maar de stijging vindt onophoudelijk plaats, en de problemen stapelen zich op. Veel mensen kennen de nodige achtergrondinformatie van hun medicijnen niet om ze op een verantwoorde wijze in te nemen. Ook bijstand van de arts is er onvoldoende en het voorschrijfgedrag wordt vaak ter discussie gesteld. Men tracht de nieuwe trends van niet-medische ziekten als stress, oververmoeidheid, slapeloosheid, burn-outs, seksuele depressies en zo veel meer, met behulp van pillen aan te pakken, maar naar de eigenlijke oorzaak ervan wordt niet gekeken. Onder de oudere bevolkingsgroep is het probleem van overconsumptie van psychoactieve medicatie het sterkst aanwezig.<sup>2</sup> Door hun verouderingsproces kampen zij alsmaar meer met verschillende kwaaltjes die vaak chronisch aanhouden en tot het gecombineerd en aanhoudend gebruik van verschillende soorten medicijnen leiden. Daar ook zij gekweld worden door de nieuwe trends van emotionele depressies en slapeloosheid,<sup>3</sup> bereikt het overmatig gebruik van benzodiazepines en antidepressiva bij deze bevolkingsgroep een

---

<sup>1</sup> COEN, S., 'De waarden van een pil. Over de maatschappelijke aspecten van het gebruik van antidepressiva' in *Een ander ik. Technologisch ingrijpen in de persoonlijkheid*, SLOB, M., (red.), Rathenau Instituut, Diemen, Uitgeverij Veen Magazines B.V., 2004, 86-87; NELEN, V., BRUCKERS, L., VAN DE MIEROOP, E. & THYS, G., *Gezondheidsenquête Genk-Zuid 2007*, vzw Lokaal Gezondheidsoverleg, Hasselt, 2007, 51. (eindrapport)

<sup>2</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1903-1904. (rapport); INCB, *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, United Nations Publication, New York, februari 2010, 114. (jaarverslag); ROTH, M.T., MOORE, C.G., IVEY, J.L., ESSERMAN, D.A., CAMPBELL, W.H. & WEINBERGER, M., 'The Quality of Medication Use in Older Adults: Methods of a Longitudinal Study', *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2008, (220), 221.

<sup>3</sup> BAYINGANA, K., DRIESKENS, S. & TAFFOREAU, J., *Depressie. Stand van zaken in België, elementen voor een gezondheidsbeleid*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel, 2002, 16-17. (rapport); BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1854. (rapport)

dramatische piek.<sup>4</sup> Dit brengt verschillende vragen met zich mee. In deze masterproef wens ik een stukje van de sluier op te lichten over het hedendaags consumptiegedrag van oudere personen, toegespitst op de psychoactieve medicatie, vanuit het perspectief van de eigen beleving en de individuele consumptiepatronen.

Het doel van mijn onderzoek bestaat er bijgevolg in om te komen tot een bijdrage aan de verklarende kennis omtrent het geneesmiddelenmisbruik onder de ouderen<sup>5</sup> in de hedendaagse samenleving, met een praktijkgericht onderzoek aan de hand van halfopen face-to-face interviews. Het is de beleving van de oudere zelf omtrent zijn of haar middelengebruik dat nader onderzocht zal worden.

Binnen deze probleemstelling spits ik mij enkel toe op de psychoactieve geneesmiddelen, daar het voornamelijk deze groep betreft die binnen het kader van problematisch gebruik, omwille van hun afhankelijkheidseffect misbruikt wordt.

Ondanks de normalisering en medicalisering van geneesmiddelenconsumptie is het misbruiken van psychoactieve medicatie alsnog een vorm van afwijkend gedrag die afhankelijkheid in de hand werkt. Het is een soort van copingstrategie die mensen stellen omdat ze zich in de maatschappij niet meer vinden. Vooral ouderen blijken overmatig medicijnen te consumeren<sup>6</sup> en de vraag rijst dan ook waarom net zij daar zo'n drang naar hebben. Nochtans wordt de legale (over)consumptie van psychoactieve geneesmiddelen zelden vanuit criminologisch uitgangspunt in vraag gesteld. Met behulp van de kennis die ik verworven heb uit de opleidingsonderdelen criminologie, sociologie, biologische antropologie, sociale psychologie, kwantitatieve en kwalitatieve criminologische methoden

---

<sup>4</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1854 en 1862. (rapport)

<sup>5</sup> Onder het begrip 'ouderen' wordt verstaan die groep van personen met een leeftijd boven de 65 jaar.

<sup>6</sup> VAN DER STICHELE, R.H., VAN DE VOORDE, C., ELSEVIER, M.M., et al., *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*, KCE reports, vol. 47A, Brussel, KCE, 2006, 3-4. (rapport); SIMONI-WASTILA, L. & KERI YANG, H., 'Psychoactive Drug Abuse in Older Adults', *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2006, (380), 380; EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 'Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem', *Drugs in beeld*, 2008, 1-3. (nieuwsbrief)

en technieken, informatieverwerking in de criminologie, drugsfenomenen, forensisch welzijnswerk, chemische criminalistiek en mijn stage bij het Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD) tracht ik in mijn masterproef inzicht te verwerven in de toenemende problematiek van het misbruiken van geneesmiddelen.

Mijn onderzoek draagt er toe bij om de mens bewust te maken van deze problematische evolutie naar middelenmisbruik in onze samenleving, en alsnog erop te wijzen dat de maatschappelijke evoluties naar normalisering - steunend op winstbejag - deze trend in de hand werken. Het onderzoek levert een minimale bijdrage tot de vorming van inzicht en kennis over de ouderen in onze moderne samenleving en de manier waarop zij het verouderingsproces ervaren en zich aan de daarmee gepaard gaande negatieve veranderingen aanpassen. Ook levert het onderzoek een bijdrage tot de verklaring van het geneesmiddelenmisbruik onder de oudere bevolking binnen onze samenleving door inzicht te verwerven in de eigen beleving van en hun eigen attitudes tegenover hun geneesmiddelenmisbruik.

Het ligt niet in mijn bedoeling om de volledige problematiek van het problematisch geneesmiddelengebruik bij ouderen uiteen te zetten, maar veeleer is het mijn bedoeling om aan de hand van mijn onderzoek en deze masterproef aan te tonen *hoe* ouderen zelf hun gedrag van overconsumptie ervaren. Bijgevolg worden de thema's van prevalentie, historiek, gevaren en gevolgen slechts minimaal behandeld.

In het **eerste hoofdstuk** wordt een grondige beschrijving gegeven van wat de term 'geneesmiddelenmisbruik' precies omvat. Er gaat eveneens bijzondere aandacht uit naar de verschillende soorten van bestaande medicijnen binnen de onderverdeling van psychoactieve medicatie (zie punt 1.2) en hun algemeen kenmerkende gevaren (zie punt 1.3). Ten slotte omvat het eerste hoofdstuk eveneens een korte toelichting van de prevalentie van psychoactieve medicatie (zie punt 1.4).

In het **tweede hoofdstuk** wordt dieper ingegaan op de historische ontwikkeling van de verschillende soorten van psychoactieve medicatie, met aandacht voor de oprukkende medicaliserings- en normaliseringstendens (zie punt 2.1). Ook wordt er in dit tweede

hoofdstuk stilgestaan bij de verschillende actoren die van belang zijn binnen het medicaliseringdebat – toegespitst op de psychoactieve medicatie – van onze huidige samenleving, met bijzondere aandacht voor de risicogroepen (zie punt 2.2).

Het **derde hoofdstuk** handelt over het geneesmiddelenmisbruik onder de ouderen zelf. Hierbij wordt in de eerste plaats aandacht besteed aan de vergrijzingtendens en de prevalentie van het consumptiepatroon van 65-plussers (zie punt 3.1). Vervolgens wordt het probleem, aan de hand van de verschillende vormen van geneesmiddelenmisbruik door ouderen, nader toegelicht (zie punt 3.2). In een derde puntje besteed ik specifieke aandacht aan de relatie tussen het welzijn van ouderen en hun middelenmisbruik (zie punt 3.3). De gevaren die dergelijk gedrag specifiek gericht op de 65-plusser met zich meebrengt, worden in punt vier aangereikt (zie punt 3.4). In een volgende punt (punt 3.5) wordt de houding van de consument besproken, met aandacht voor de rol van de consument zelf binnen de problematiek van overconsumptie van geneesmiddelen.

Het **vierde hoofdstuk** speelt in op de methodologie van het vooropgestelde onderzoek. De setting, de onderzoekspopulatie, de keuze van onderzoeksmethode, het verloop en de analyse van het onderzoek komen in dit hoofdstuk aan bod.

Hier wordt vervolgens in **hoofdstuk vijf** verder op ingespeeld met een analyse van de onderzoeksgegevens en de besluitvorming omtrent de resultaten.

Tenslotte eindig ik in **hoofdstuk zes** met een algemene conclusie, gevolgd door een discussie en enkele aanbevelingen.



# HOOFDSTUK 1:

## Gebruik en misbruik van geneesmiddelen

Hoewel de titel van mijn thesis verwijst naar geneesmiddelen die zich lenen tot misbruik in ruime zin, en het misbruiken van geneesmiddelen hedendaags een wijdverspreid en ophefmakende problematiek inhoudt, is nadere omschrijving en afbakening van mijn doelstelling en mijn onderzoek wenselijk. Dit eerste hoofdstuk wijd ik dan ook volledig aan de grondige toelichting van het begrip ‘geneesmiddelenmisbruik’ zoals in deze masterproef geïnterpreteerd en omschreven. Hierbij komt eveneens een duidelijke uiteenzetting van de verdere indeling van de te bespreken en onderzoeken geneesmiddelen aan bod. In punt 1.3 ga ik vervolgens in op de verschillende gevaren die het consumeren van dergelijke middelen met zich meebrengt. In het laatste puntje rond ik af met het bespreken van de prevalentie van de consumptie van psychoactieve medicatie onder de Belgische bevolking.

### **1.1 Begripsomschrijving**

Geneesmiddelenmisbruik<sup>7</sup> is te omschrijven als het langdurig en aanhoudend (chronisch) gebruik<sup>8</sup> van medicatie voor niet-medische ziekten of voor ziektes waartoe de

---

<sup>7</sup> FINLAYSON, R.E., ‘Misuse of Prescription Drugs’, *The International Journal of the Addictions*, 1995, 1871-1901; EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, ‘Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem’, *Drugs in beeld*, 2008, 1-2. (nieuwsbrief); EGGER, S. S., BACHMANN, A., HUBMANN, N., SCHLIENGER, R. G. & KRÄHENBÜHL, S., ‘Prevalence of potentially inappropriate medication use in elderly patients’, *Drugs aging*, 2006, 823-837; ROTH, M.T., WEINBERGER, M. & CAMPBELL, W.H., ‘Measuring the Quality of Medication Use in Older Adults’, *The American Geriatrics Society*, 2009, (1096), 1096; SIMONI-WASTILA, L. & KERI YANG, H., *l.c.*, (380), 381; BEYNON, C.M., ‘Drug use and ageing: older people do take drugs!’, *Age and Ageing*, 2008, (1), 2; INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, United Nations Publication, New York, februari 2010, 42. (jaarverslag)

<sup>8</sup> Chronisch gebruik wordt in deze masterproef opgevat als het gebruik van psychoactieve medicatie voor een aanhoudende periode van minimum 3 maand, en met een minimumname van driemaal per week.

voorgeschreven medicatie niet tot nut dient. Dit gebeurt meestal in hogere dosissen dan toepasselijk is of in combinatie met andere (roes)middelen.

Misbruik van psychoactieve geneesmiddelen kan daarenboven leiden tot het ontwikkelen van een afhankelijkheidsrelatie ten opzichte van het middel (en de noodzaak van intoxicatie van het middel om te kunnen functioneren of om lichamelijk en geestelijk welzijn te beogen). Andere gevolgen situeren zich voornamelijk op lichamelijk (nier-, maag- en darmproblemen, bloeddrukveranderingen, hogere kans op kanker en bloedingen, ...) en geestelijk vlak (verwardheid, dalend geheugen- en concentratievermogen, ...).<sup>9</sup>

In het kader van geneesmiddelenmisbruik zijn het voornamelijk de psychoactieve medicijnen die een belangrijke positie innemen. Zij bezitten door hun inwerking op de gevoelens en de psyche het risico op afhankelijkheid en misbruik.

De verschillende categorieën van psychoactieve medicijnen, worden in punt 1.2 verder toegelicht.

## **1.2 Soorten middelen**

In de huidige postmoderne maatschappij zijn geneesmiddelen niet meer weg te denken. Ze maken deel uit van het dagdagelijks behoeft patroon van de mens en komen in ontelbaar veel varianten voor. Niet enkel bij levensbedreigende toestanden, maar ook louter om welzijnsbevorderende of zelfs omwille van schoonheidsredenen worden medicijnen toegediend. Medicijnen bezitten ons vertrouwen, omdat zij het mogelijk maken om controle uit te oefenen op ziektes of andere mogelijke gevaren.<sup>10</sup>

Bepaalde categorieën geneesmiddelen kunnen echter, bij overmatige en langdurige consumptie, afhankelijkheidsverschijnselen opwekken. Deze categorieën situeren zich

---

<sup>9</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, 1871-1901; EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 'Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem', *Drugs in beeld*, 2008, 1-2. (nieuwsbrief); ROTH, M.T., WEINBERGER, M. & CAMPBELL, W.H., *l.c.*, (1096), 1096; SIMONI-WASTILA, L. & KERI YANG, H., *l.c.*, (380), 380-381.

<sup>10</sup> COEN, S., *l.c.*, 87.

onder de psychoactieve medicatie. Het is het problematisch gebruik van deze groep geneesmiddelen waar ik me in mijn masterproef expliciet op richt. Kenmerkend voor deze groep geneesmiddelen zijn het tolerantie- en afhankelijkheidsrisico bij regelmatig en chronisch gebruik ervan.<sup>11</sup>

De **psychoactieve medicatie** kan in drie grote groepen van symptomatische geneesmiddelen worden opgedeeld, met name de analgetica (pijnstillers), de psycholeptica (waaronder de benzodiazepinen de meest voorkomende en misbruikte middelen zijn)<sup>12</sup> en de psychoanaleptica (de antidepressiva). Deze kennen de laatste jaren een enorme opgang binnen de geneeskunde. Medicatie met psychoactieve werking kan na langdurig gebruik aanleiding geven tot afhankelijkheid van het middel, maar wordt in de huidige samenleving veelvuldig en langdurig geconsumeerd.<sup>13</sup>

Het zijn symptomatische geneesmiddelen, wat betekent dat ze niet genezen maar enkel en alleen inwerken op de symptomen die men als nadelig ervaart. Door de processen binnen het centraal zenuwstelsel te beïnvloeden, zorgen ze voor een afzwakking van de gevoelens.<sup>14</sup> Door hun stresswerend, angstwerend of optimistisch effect bezorgen ze de consument een gelukzalig gevoel, wat deze middelen voor aanhoudende consumptie aantrekkelijk maken.

In de volgende paragrafen worden de verschillende soorten van psychoactieve geneesmiddelen achtereenvolgens nader toegelicht.

---

<sup>11</sup> DE DONDER, E., *o.c.*, 11-12.

<sup>12</sup> ANTHIERSENS, S., *Benzodiazepines: Sleeping through the problem. (Avoiding of) initiation of benzodiazepines in primary care, perceptions of general practitioners, patients and nurses*, Gent, 2008, 10-12. (doctoraat Universiteit Gent, Departement of General Practice and Primary Health Care)

<sup>13</sup> DE DONDER, E., *o.c.*, 11-12.

<sup>14</sup> *Ibid*, 13-16 en 161-166; SIMONI-WASTILA, L. & KERI YANG, H., *l.c.*, 380-394; VAN DER STICHELE, R.H., VAN DE VOORDE, C., ELSEVIER, M.M., et al., *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*, KCE reports, vol. 47A, Brussel, KCE, 2006, 20-21; COEN, S., *l.c.*, 87.

### 1.2.1 De analgetica

De analgetica of pijnstillers kunnen in twee groepen worden opgedeeld; de niet-narcotica en de narcotica. De eerste groep analgetica, **de niet-narcotica**, omvat veelal enkelvoudige preparaten bestaande uit stoffen als paracetamol, acetylsalicylzuur, en dergelijke. Deze analgetica werken naast pijnstillend ook koorts- en ontstekingswerend, en geven geen aanleiding tot afhankelijkheid. Onder ouderen worden ze vaak gebruikt als pijnstillend middel bij reumatische aandoeningen.<sup>15</sup> Naast paracetamol en acetylsalicylzuur, zijn de NSAID's (Niet-steroïdale anti-inflammatoire farmaca) eveneens pijnstillers die vaak, omwille van hun koortswerende eigenschappen, door ouderen geconsumeerd worden. De NSAID's hebben echter voornamelijk voor de oudere populatie veel negatieve bijwerkingen. (zie punt 3.4)

Daartegenover kunnen niet-narcotische analgetica ook opgebouwd zijn uit samengestelde preparaten. In dergelijke gevallen voegt men aan de pijnstillende stof (paracetamol, acetylsalicylzuur, ...) een kleine hoeveelheid codeïne of coffeïne toe. Deze samengestelde preparaten kunnen wel chronisch gebruik in de hand werken.<sup>16</sup>

De groep van de **narcotische analgetica** bevat altijd opiaatvarianten als morfine of codeïne. Vaak zijn dit ook wel synthetisch ontwikkelde opiaatvarianten, zoals bijvoorbeeld fentanyl of methadon. Het zijn voornamelijk deze groepen van analgetica die, als gevolg van hun samenstelling uit opiaatvarianten, gevaarlijke risico's van tolerantie en lichamelijke afhankelijkheid bij regelmatig gebruik kunnen teweegbrengen.<sup>17</sup> Nochtans komt afhankelijkheid van pijnstillers (met codeïne of morfine) in vergelijking met de andere categorieën van afhankelijkheidsgerelateerde medicatie, zoals de benzodiazepinen en slaap-

---

<sup>15</sup> BELGISCH CENTRUM VOOR FARMACEUTISCHE INFORMATIE, *Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 182; WOLFFERS, I., *Medicijnen 2008-2009. Hét standaardwerk over klachten, ziekten, behandeling en medicatie*, Antwerpen, Uitgeverij Contact, 2007, 716.

<sup>16</sup> DE DONDER, E., *o.c.*, 16-19; WOLFFERS, I., *o.c.*, 716-720; BELGISCH CENTRUM VOOR FARMACEUTISCHE INFORMATIE, *Gecommentarieerd—Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 167-176.

<sup>17</sup> DE DONDER, E., *o.c.*, 16-19; BOGAERT, M., *Gebruik en misbruik van geneesmiddelen*, Gent, 1986, 20-22; WOLFFERS, I., *o.c.*, 738-740; BELGISCH CENTRUM VOOR FARMACEUTISCHE INFORMATIE, *Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 187-192.

en kalmeringsmiddelen, niet zo vaak voor.<sup>18</sup> (zie infra) Wel is het niet ongewoon dat mensen teveel pijnstillers gebruiken in functie van zelfmedicatie. Misbruik van pijnstillers kent met andere woorden wel hoge prevalentiecijfers.<sup>19</sup> De oudere populatiegroep vormt hier echter een uitzondering op. Daar zij met heel wat pijn te kampen krijgen, meestal als gevolg van chronische kwalen of ziektes, kent het gebruik van pijnstillers onder ouderen niet enkel hoge prevalentiecijfers, maar omvat het tevens een ernstig probleem van misbruik en afhankelijkheid.<sup>20</sup>

### 1.2.2 De psycholeptica

De Psycholeptica is een omvattende benaming voor de **neuroleptica** (antipsychotica), de **anxiolytica** (angstwerende middelen), de **hypnotica** (slaapmiddelen) en de **sedativa** (kalmeringsmiddelen). Ze kennen allemaal een onderdrukkende werking op bepaalde geestelijke functies. Ze worden omschreven in een overkoepelend begrip daar hun angstwerende, sedatieve of slaapwekkende eigenschappen moeilijk te onderscheiden zijn. Het is dan ook voornamelijk de dosis die het effect van het middel bepaalt.<sup>21</sup> Onder de psycholeptica zijn het veelal de benzodiazepinen die bekendheid genieten. De benzodiazepinen kunnen opgedeeld worden in degene die slechts een korte tijd actief zijn en degene die halflang tot lang werkend zijn. De benzodiazepinen met een korte werkingsduur worden bij voorkeur voor dringende gevallen, bijvoorbeeld ter behandeling van stress, toegediend. Benzodiazepinen met een halflange tot lange werkingsduur worden

---

<sup>18</sup> Novadic Kentron, *Medicijnverslaving*, Netwerk voor Verslavingszorg, 1. (brochure); BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1910-1911. (rapport)

<sup>19</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1899-1904. (rapport)

<sup>20</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1877; SAWYER, P., BODNER, E. V., RITCHIE, C. S. & ALLMAN, R. M., 'Pain and pain medication use in community-dwelling older adults', *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2006, 317.

<sup>21</sup> DE DONDER, E., *o.c.*, 19-21; BOGAERT, M., *o.c.*, 19; BELGISCH CENTRUM VOOR FARMACEUTISCHE INFORMATIE, *Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 195.

veelal als medicijnen tegen slapeloosheid geconsumeerd. Bij angst genieten de langwerkende benzodiazepinen de voorkeur.<sup>22</sup>

Voornamelijk de *75-plussers* blijken chronische gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen te zijn.<sup>23</sup>

Waar de barbituraten vroeger de meest geconsumeerde neuroleptica waren, zijn dit heden ten dage de **benzodiazepinen**. Deze laatste bezitten het voordeel dat ze op het vlak van afhankelijkheid en toxische overdosissen veel veiliger zijn.<sup>24</sup> Niettemin dienen ook hun negatieve kenmerken steeds te worden benadrukt. Ook voor benzodiazepinen kan men bij chronisch gebruik namelijk tolerantie ontwikkelen, waardoor men steeds hogere dosissen van het middel dient in te nemen om alsnog het effect te ondervinden.<sup>25</sup>

### 1.2.3 De psychoanaleptica

De psychoanaleptica ten slotte omvatten de middelen met een opwekkende en stimulerende werking op de psyche, met name de antidepressiva en de psychostimulantia.

De **antidepressiva** zijn de geneesmiddelen die voor het behandelen van depressies gebruikt worden.

Omdat de klassieke antidepressiva (de TCA's of tricyclische antidepressiva) heel wat negatieve effecten met zich meebrachten en meebrengen, wordt er tegenwoordig meer en meer gebruik gemaakt van de (nieuwe) serotonine heropname remmers (de SSRI's),

---

<sup>22</sup> BELGISCH CENTRUM VOOR FARMACEUTISCHE INFORMATIE, *Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 195-196; NOORLANDER, E., 'Misbruik van en verslaving aan medicatie', in *Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*, KERSSEMAKERS, R., VAN MEERTEN, R., NOORLANDER, E. & VERVAEKE, H., (red.), Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, 128.

<sup>23</sup> BUZIARISST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1862. (rapport)

<sup>24</sup> DE DONDER, E., *o.c.*, 20.

<sup>25</sup> BELGISCH CENTRUM VOOR FARMACEUTISCHE INFORMATIE, *Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 196.

waaronder bijvoorbeeld Prozac (fluoxetine)<sup>26</sup>, en van de mono-amino-oxydase remmers (MAO-remmers).<sup>27</sup>

Voornameijk de groep van *65- tot 75-jarigen* onder de ouderen in onze samenleving zijn een belangrijke gebruikersgroep van antidepressiva, in vergelijking met de groep van 75-plussers.<sup>28</sup>

In de jongere lagen van de bevolking blijkt dat ook *vrouwen* gevoeliger zijn voor het misbruiken van antidepressiva.<sup>29</sup> Dit is mede te verklaren door hun emotionelere ingesteldheid en het vaker ervaren van stresssituaties.<sup>30</sup>

In deze lijn dient eveneens opgemerkt te worden dat antidepressiva door artsen tegenwoordig vaker voor de behandeling van stemmingsstoornissen in plaats van voor het behandelen van effectieve depressies worden voorgeschreven.<sup>31</sup> Dit ongepast voorschrijven van psychoactieve medicatie wordt omschreven als het 'label prescribing', waar verder in deze masterproef nog dieper op ingegaan wordt. (zie punt 2.2.2)

De **psychostimulantie** staan dan weer in voor het behandelen van ADHD. Hieronder geniet het middel Rilatine het meest belangstelling onder de *jongerenpopulatie*. Zij zijn op het vlak van de Rilatine-consumptie de voornaamste gebruikers- en risicogroep.<sup>32</sup>

### **1.3 De risico's en gevaren**

De in België erkende geneesmiddelen zijn allemaal met of zonder voorschrift legaal verkrijgbaar. Dit neemt echter niet weg dat ze geen risico's of problemen met zich kunnen

---

<sup>26</sup> WOLFFERS, I., *o.c.*, 108.

<sup>27</sup> RINZE, B., 'Een depressief brein. De medische blik op depressie en anti-depressiva', in *Een ander ik. Technologisch ingrijpen in de persoonlijkheid*, SLOB, M., (red.), Diemen, Uitgeverij Veen Magazines B.V., 2004, 69.

<sup>28</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1854 en 1862. (rapport)

<sup>29</sup> DE DONDER, E., *o.c.*, 95; RINZE, B., *l.c.*, 66.

<sup>30</sup> RINZE, B., *l.c.*, 66-67.

<sup>31</sup> COEN, S., *l.c.*, 72-73.

<sup>32</sup> DE DONDER, E., *o.c.*, 21-23.

meebrengen. De meeste psychoactieve medicijnen zijn enkel verkrijgbaar op basis van een voorschrift, maar zijn niettemin ook legale middelen. Deze medicijnen vertonen echter ook de nodige negatieve kenmerken als tolerantie en afhankelijkheidsrisico's, met de bijhorende problemen op lichamelijk, fysiek en sociaal vlak. Het label legaal/illegaal neemt dus niet weg dat ook deze middelen een belangrijk potentieel inhouden binnen de afhankelijkheidsproblematiek van roesmiddelen in onze maatschappij.<sup>33</sup> Bij langdurige consumptie van hoge dosissen is het niet ongevoel dat ook bij legale middelen gevaren en problemen optreden. Dit kan gaan van lichte negatieve effecten, tot zelfs dodelijke gevolgen.<sup>34</sup>

### 1.3.1 Neveneffecten

Wanneer een persoon over langere tijd psychoactieve medicatie slikt, is het vermoeden heel sterk dat hij tegenover het middel dat hij inneemt **tolerantie** opbouwt en een **lichamelijke afhankelijkheid** ontwikkelt. Ook wanneer hij de correcte dosis inneemt, kan aanleiding tot onopzettelijk misbruik gegeven zijn. Deze lage grens tussen gebruik en misbruik is problematisch.<sup>35</sup>

Als gevolg van de consumptie van psychoactieve medicatie kan men, afhankelijk van persoon tot persoon en onafhankelijk van het aantal medicijnen dat men inneemt, ook andere neveneffecten ervaren. De voornaamste risicofactor voor het ervaren van dergelijke bijwerkingen is het ongepast gebruiken of misbruiken van dergelijke middelen.<sup>36</sup>

Specifieke bijwerkingen die bij het langdurig consumeren van *antidepressiva* optreden, zijn onder andere een hogere prikkelbaarheid, slaapproblemen, sufheid, duizeligheid,

---

<sup>33</sup> SIMONI-WASTILA, L. & KERI YANG, H., *l.c.*, (380), 381; BOGAERT, M., *o.c.*, -27.

<sup>34</sup> BRITTEN, N., *Medicines and society. Patients, professionals and dominance of pharmaceuticals*, New York, Palgrave Macmillan, 2008, 3; SHEPLER, S.A., GROGAN, R.A. & PATER, K.S., 'Keep your old patients out of medication trouble', *Nursing*, 2006, (44), 46.

<sup>35</sup> EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 'Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem', *Drugs in beeld*, 2008, 2. (nieuwsbrief)

<sup>36</sup> CHRISCHILLES, E. A., VANGILDER, R., WRIGHT, K., KELLY, M. & WALLANCE, R. B., 'Inappropriate medication use as a risk factor for self-reported adverse drug effects in older adults', *The American Geriatrics Society*, 2009, (1000), 1005; FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1878.



misselijkheid, maag- en darmproblemen (bloedingen), hoofdpijn, seksuele stoornissen, bloeddrukveranderingen en hartkloppingen, borstkanker, zelfbeschadigend gedrag en zelfmoordneigingen, manische episoden en nog veel meer.<sup>37</sup> Een te hoge dosis van antidepressiva kan uitmonden in coma of zelfs vergiftiging.<sup>38</sup> Bij langdurig gebruik van *Rilatine* (als meest voorkomende groep van de psychostimulantia) zijn maagklachten en slaapproblemen de twee belangrijkste bijwerkingen die het vaakst optreden.<sup>39</sup>

Voor het misbruiken van *pijnstillers* is – naast het afhankelijkheidseffect en de tolerantie – het optreden van lever- en nierbeschadiging één van de meest problematische en ernstige bijwerkingen.<sup>40</sup> Verder kunnen er bij het gebruik van analgetica ook neveneffecten als benauwdheid, verlaagde bloeddruk, ademhalingsproblemen, hallucinaties, slaperigheid, duizeligheid, stemmingsveranderingen, verwardheid, misselijkheid, en dergelijke optreden.<sup>41</sup>

De *psycholeptica* (waaronder voornamelijk de benzodiazepinen) die een effect veroorzaken op de ervaring van (negatieve) gevoelens, kunnen als bijwerking hebben dat ze niet enkel de negatieve, maar ook de positieve gevoelens afvlakken. Ook het versterken van andere negatieve gevoelens van een persoon kunnen door inname van psycholeptica versterkt worden.<sup>42</sup> Andere neveneffecten die men kan ervaren bij het gebruiken van benzodiazepinen zijn onder andere een dalend geheugen- en concentratievermogen, sufheid en vermoeidheid. Voornamelijk bij ouderen is verwardheid en geheugenverlies een vaak voorkomende bijwerking van benzodiazepinen.<sup>43</sup>

---

<sup>37</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *Psychiaters te koop?*, Antwerpen, Garant, 2006, 160; RINZE, B., *l.c.*, 69-70; DEHUE, T., *De depressie epidemie. Over de plicht het lot in eigen handen te nemen*, Amsterdam, Uitgeverij Augustus, 2009, 131.

<sup>37</sup> SHORTER, E., *o.c.*, 164; LEWIS, M.J., *o.c.*, 164.

<sup>38</sup> WOLFFERS, I., *o.c.*, 112.

<sup>39</sup> MEULENBERG, F., 'Hyperactieve geluksextremisten. Drugs voor drukke kinderen' in *Een ander ik. Technologisch ingrijpen in de persoonlijkheid*, SLOB, M., (red.), Diemen, Uitgeverij Veen Magazines B.V., 2004, 133.

<sup>40</sup> BOGAERT, M., *o.c.*, 22; WOLFFERS, I., *o.c.*, 717-720 en 738-740; NOORLANDER, E., *l.c.*, 141.

<sup>41</sup> WOLFFERS, I., *o.c.*, 443; SAWYER, P., BODNER, E. V., RITCHIE, C. S. & ALLMAN, R. M., *l.c.*, (316), 317.

<sup>42</sup> Novadic Kentron, *Medicijnverslaving*, Netwerk voor Verslavingszorg, 1. (brochure)

<sup>43</sup> WOLFFERS, I., *o.c.*, 175-180; BELGISCH CENTRUM VOOR FARMACEUTISCHE INFORMATIE, *Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 196; NOORLANDER, E., *l.c.*, 129.

### 1.3.2 Interactie-effecten

Het (gelijktijdig) innemen van verschillende medicijnen (of *polyfarmacie*<sup>44</sup>) kan geneesmiddeleninteracties creëren. Ouderen nemen gemiddeld een hoger aantal medicijnen in dan andere leeftijdscategorieën. Bij hen is het optreden van interactie-effecten tussen de verschillende ingenomen middelen bijgevolg veel groter tot zelfs problematisch.<sup>45</sup> Ook met andere stoffen, bijvoorbeeld alcohol, kunnen de ingenomen psychoactieve medicijnen reageren.

De interactie-effecten die optreden zijn veelal afhankelijk van de verschillende stoffen die onderling interageren. Bij *pijnstillers* is een verhoogd risico op bloeding een vaak voorkomend neveneffect als gevolg van polyfarmacie.<sup>46</sup> Interactie-effecten van *benzodiazepinen* met andere sederende stoffen of met alcohol zijn onder andere een langdurende sedatie en specifiek voor ouderen geheugenverlies, een verhoogd risico op valpartijen en heupbreuken.<sup>47</sup> Het gebruik van *neuroleptica* in combinatie met medicijnen voor parkinson kan dan weer leiden tot een vermindering van het effect van deze antiparkinsonmiddelen.<sup>48</sup> *Antidepressiva* kenmerken zich door een groot aantal verschillende interactie-effecten die bij gecombineerd gebruik ervan met andere stoffen kunnen optreden. In combinatie met MAO-inhibitoren kunnen er ernstige hypertensieve (verhoogde bloeddruk) en hyperpyretische (verhoogde lichaamstemperatuur, koorts) crises optreden, mogelijks met een fatale afloop. Ook is er een verhoogd risico op bloeding en op het ontstaan van het serotoninesyndroom bij gecombineerd gebruik van verschillende antidepressiva.<sup>49</sup>

---

<sup>44</sup> Polyfarmacie is het gelijktijdig innemen van vijf of meerdere geneesmiddelen. VEEHOF, L.J., et al., zoals geciteerd in PETROVIC, M., SOMERS, A. & VANDER STICHELE, R., 'Polyfarmacie bij de oudere patiënt', *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2008, (795), 795.

<sup>45</sup> DOOGHE, G., VANDEN BOER, L. & VANDERLEYDEN, L., *De leefsituatie van bejaarden*, C.B.G.S. Monografie, Brussel, 1988, 96.

<sup>46</sup> BELGISCH CENTRUM VOOR FARMACEUTISCHE INFORMATIE, *Gecommantarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 175-176.

<sup>47</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1878; BCFI, *Gecommantarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 197.

<sup>48</sup> BELGISCH CENTRUM VOOR FARMACEUTISCHE INFORMATIE, *Gecommantarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 206.

<sup>49</sup> *Ibid*, 214-215 en 220-221.

### 1.3.3 Ontwenningsverschijnselen

Veel personen ondervinden na het stoppen van een behandeling met psychoactieve medicatie **ontwenningsverschijnselen**,<sup>50</sup> zonder dat ze zelfs maar wisten dat er ze er ‘verslaafd’ aan waren. Dit is, zonder duidelijke informatie en bijstand van de arts, een directe aanzet tot het opnieuw en blijvend consumeren van het middel.<sup>51</sup> Dergelijke onthoudingsklachten zijn onder andere het ervaren van angst, verwarring, slaapproblemen, trillende handen, duizeligheid, hartkloppingen, hoofdpijn, misselijkheid, psychotische verschijnselen of epileptische insulten, onrust en een toenemende somberheid en depersonalisatie.<sup>52</sup> Specifiek na het stoppen van een benzodiazepinen-behandeling kunnen er ook vormen van verbale en fysieke agressie optreden.<sup>53</sup>

Op de problemen en gevaren die zich expliciet kunnen voordoen bij ouderen die middelen gebruiken en misbruiken wordt in hoofdstuk 3 dieper ingegaan. (zie punt 3.4)

## 1.4 De prevalentie

In België is er nog maar weinig onderzoek gebeurt dat peilt naar de geneesmiddelenconsumptie onder de bevolking. Wel biedt de gezondheidsenquête, die uitgaat van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, een belangrijke bron van wetenschappelijke cijfergegevens hieromtrent. Het doel van de gezondheidsenquête ligt erin om een bijdrage te leveren aan het beleid op het vlak van de volksgezondheid in België. Dit tracht men te beogen door het afnemen van interviews onder Belgische inwoners met het oog op het verzamelen van informatie omtrent de wijze waarop zij hun gezondheid

---

<sup>50</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 160; BOGAERT, M., *o.c.*, 31.

<sup>51</sup> EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, ‘Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem’, *Drugs in beeld*, 2008, 2. (nieuwsbrief); NOORLANDER, E., *l.c.*, 131.

<sup>52</sup> Novadic Kentron, *Medicijnverslaving*, Netwerk voor Verslavingszorg, 1. (brochure) WOLFFERS, I., *o.c.*, 175-176; BCFI, *Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 196; NOORLANDER, E., *l.c.*, 135.

<sup>53</sup> IYER, S., NAGANATHAN, V., MCLACHLAN, A.J. & LE COUTEUR, D.G., ‘Medication Withdrawal Trials in People Aged 65 Years and Older’, *Drugs Aging*, 2008, (1021), 1028.

ervaren, er hun levensstijl door laten beïnvloeden en in de mate waarin ze van bepaalde gezondheidsdiensten gebruik maken.<sup>54</sup> De enquête kwam in België in 1997 tot stand, en werd ondertussen al vier maal (1997, 2001, 2004 en 2008) bij een toevallig getrokken steekproef onder de volledige Belgische bevolking ouder dan 15 jaar afgenomen. Deze longitudinale afname maakt het mogelijk om evoluties in de tijd in kaart te brengen en interventies op te volgen. De bespreking van de prevalentie van geneesmiddelenmisbruik in België in dit deel gebeurt dan ook hoofdzakelijk door de verschillende cijfers van 1997, 2001, 2004 en 2008<sup>55</sup> naast elkaar te bekijken en te vergelijken. Doordat de verzamelde gegevens van 1997 en 2001 vooral betrekking hebben op een periode van 2 weken, maar de gegevens van 2004 en 2008 op een periode van 24 uur, zal het niet altijd mogelijk zijn om deze met elkaar te vergelijken. Doch is het wel mogelijk om de algemene trends in alle resultaten terug te vinden.

#### 1.4.1 Voorgeschreven geneesmiddelen

Uit de gezondheidsenquête van 2001 blijkt dat bijna de helft van de respondenten (47%, N=12062) de afgelopen twee weken voorafgaand aan het onderzoek voorgeschreven medicatie gebruikten. Opgedeeld naar geslacht kenmerkt deze populatie zich door 55% vrouwelijke gebruikers en 39% mannen. Bij beide geslachten is een stijging merkbaar vanaf de leeftijd van 45 jaar.<sup>56</sup> Deze bevindingen vinden we ook terug in de cijfergegevens van de enquête afgenomen in 2004.<sup>57</sup> Dit brengt met zich mee dat ongeveer de helft van de Belgische bevolking zich binnen een interval van twee weken voorgeschreven medicatie

---

<sup>54</sup> BAYINGANA, K., DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2004, Boek I; Inleiding*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 10-17. (rapport)

<sup>55</sup> De gegevens en resultaten van de gezondheidsenquête afgenomen in 2008, worden pas in oktober 2010 vrijgegeven. Bijgevolg worden de gegevens en resultaten die gevonden werden in 2008 slechts op een minimum aantal plaatsen mee opgenomen in de bespreking van de prevalentie.

<sup>56</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1861-1867. (rapport)

<sup>57</sup> BAYINGANA, K., DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2004, Boek V; Medische consumptie*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 659-661. (rapport)

toedient. En dat het merendeel van deze gebruikersgroep vrouwelijke populatielieden van boven de 45 jaar zijn.

Opgedeeld naar leeftijd zijn de 75-plussers de hoogst vertegenwoordigde groep, met een prevalentie van maar liefst 89% (N=899) in 2001 en 92,3% in 2004. Ook de 65-74-jarigen (N=1231) kenmerken zich door hoge prevalentiecijfers (82,8% in 2001 en 84,4% in 2004).<sup>58</sup>

#### **1.4.2 Psychofarmaca**

Gespecificeerd naar de psychoactieve psychofarmaca valt, uit de vergelijkende cijfers van de gezondheidsenquête van 1997, 2001, 2004 en 2008 de evolutie naar een toenemend gebruik van psychofarmaca duidelijk op te merken (van 10% in 1997 naar 16% in 2008).

Van 1997 tot 2008 is het gebruik van slaapmiddelen (in de afgelopen twee weken) over alle categorieën met maar liefst 50% toegenomen.

Ook de andere psychotrope geneesmiddelen in de tabel besproken, worden gekenmerkt door een toename in gebruik van 1997 tot 2008. (zie tabel 1)

---

<sup>58</sup> BUZIARISIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1867. (rapport); BAYINGANA, K., DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2004, Boek V; Medische consumptie*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 660. (rapport)

**Tabel 1;** Aantal personen (in %) van 15 jaar en ouder dat in de afgelopen 2 weken psychotrope geneesmiddelen gebruikte in 1997, 2001, 2004 en 2008.

(Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 1997, 2001, 2004 en 2008)<sup>59</sup>

Middel	1997	2001	2004	2008
<b>Psychotrope geneesmiddelen</b>	10%	13%	15%	16%
<b>Slaapmiddelen</b>	5%	8%	9%	10%
<b>Kalmeermiddelen</b>	4%	6%	7%	7%
<b>Antidepressiva</b>	4%	5%	6%	6%

#### a) Naar leeftijd;

Wat het gebruik van geneesmiddelen (en specifiek psychofarmaca) op het vlak van de leeftijd betreft, zien we een toename in gebruik van psychofarmaca in samenhang met een toename in leeftijd. Uit tabel 2 zijn de opmerkelijke verschillen in prevalentie tussen de categorie 15-64 jaar en de 65-plussers duidelijk te zien. Ook is het stijgend gebruik van zowel antidepressiva, slaap- en kalmeringsmiddelen als van pijnstillers binnen de populatie van 65-plussers uit de cijfers van de gezondheidsenquête opmerkelijk.<sup>60</sup>

<sup>59</sup> VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2008, Rapport I: Gezondheidstoestand, Belangrijkste resultaten*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, Brussel, 2010, 24. (rapport)

<sup>60</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1903-1904. (rapport)

**Tabel 2;** Aantal personen (in %) dat in de afgelopen 2 weken een voorgeschreven geneesmiddel gebruikte (per categorie) in 1997 en 2001, opgedeeld naar leeftijd en geslacht.

(Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 1997 en 2001)<sup>61</sup>

Leeftijd	Middel	1997		2001	
		Man	Vrouw	Man	Vrouw
15-64	Pijnstiller	5%	5,6%	5,6%	9,6%
	Slaapmiddel	2,2%	3,8%	2,9%	5,6%
	Kalmeringsmiddel	2,8%	3,4%	3,3%	4,6%
	Antidepressiva	2,4%	4,4%	3,3%	5,5%
≥ 65	Pijnstiller	7,1%	9,8%	8,8%	14,1%
	Slaapmiddel	12,8%	21,9%	14,8%	26,7%
	Kalmeringsmiddel	5,3%	12,4%	7,9%	12%
	Antidepressiva	3,1%	9,3%	6,2%	8%

Ook in de bovenstaande tabel is het gebruik en de evolutie van slaapmiddelen het meest uitgesproken. En dit is zowel voor mannen als voor vrouwen te zien. (zie tabel 2) Waar in 1997 2,2% van de mannen en 3,8% van de vrouwen tussen 15 en 64 jaar rapporteerden slaapmiddelen te consumeren, is het gebruik van slaapmiddelen onder mannen en vrouwen ouder dan 65 jaar in 1997 respectievelijk tot 12,8% en 21,9% gestegen. De hogere prevalentiecijfers onder de +65 jarigen in vergelijking met de groep 15-64 jarigen zijn over alle categorieën van middelen vast te stellen, zowel voor de cijfers van 1997 als van 2001. Dergelijk hoge consumptiecijfers bij de oudere leeftijdsgroepen vinden we ook terug in recenter onderzoek van het Centrum voor Bevolking- en Gezinsstudies (C.B.G.S.) van 2003 (zie tabel 4) en in de gezondheidsenquête door middel van interview van 2004 (zie tabel 3).

<sup>61</sup> BUZIARISST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1901-1904. (rapport)

**Tabel 3;** Aantal personen (in %) van +65 jaar dat in de afgelopen 24 uur psychofarmaca gebruikte, opgedeeld naar leeftijd.

(Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2004)<sup>62</sup>

	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totaal
<b>Pijnstiller</b>	7,1%	7,3%	12,1%	13,9%	16,1%	9,9%
<b>NSAID</b>	2,4%	1,1%	3,1%	2,3%	1,5%	2,1%
<b>Benzodiazepinen</b>	10,8%	12,7%	13,5%	19,9%	17,7%	13,9%
<b>Antidepressiva</b>	6,9%	9,0%	9,2%	10,9%	13,8%	9,1%
<b>Totaal (N)</b>	769	769	572	484	902	3496

**Tabel 4;** Geneesmiddelengebruik van Vlaamse ouderen naar leeftijd, 2001

(Vanden Boer & Pauwels, C.B.G.S., 2003)<sup>63</sup>

(%)	55-64 jaar			65-74 jaar			75-90 jaar			Totaal		
	Regelmatig	Af en toe	Nooit	Regelmatig	Af en toe	Nooit	Regelmatig	Af en toe	Nooit	Regelmatig	Af en toe	Nooit
<b>Pijnstiller</b>	12,0%	24,8%	63,2%	12,4%	25,1%	62,6%	18,7%	20,1%	61,1%	13,7%	23,8%	62,5%
<b>Slaapmiddel</b>	7,7%	8,6%	83,7%	14,8%	10,6%	74,6%	23,5%	11,6%	64,9%	13,9%	10,1%	76,0%
<b>Kalmeringsmiddel/Antidepressiva</b>	9,0%	6,9%	84,1%	9,7%	7,0%	83,3%	13,1%	10,1%	76,8%	10,2%	7,7%	82,1%
<b>Totaal (N)</b>	989			898			565			2.452		

Zowel in tabel 3 als in tabel 4 stijgt de prevalentie van het gebruik van pijnstillers naarmate de leeftijd toeneemt. Ook voor wat de kalmeringsmiddelen en de antidepressiva betreft, zien we in tabel 3 (benzodiazepinen en antidepressiva) en in tabel 4 een toename in gebruik

<sup>62</sup> DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête België 2004, Synthèse*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 50. (rapport)

<sup>63</sup> VANDEN BOER, L. & PAUWELS, K., 2003 zoals geciteerd in DE DONDER, E., *o.c.*, 93.



bij de oudere bevolkingsgroepen. Deze bevindingen stemmen overeen met de bevindingen die genomen kunnen worden uit de cijfers van tabel 2.

De grootste verschillen van de consumptie opgedeeld naar leeftijd zien we ook terug in de cijfergegevens van het onderzoek van het Centrum voor Bevolking- en Gezinsstudies van 2003, zoals weergegeven in tabel 4, op het vlak van de prevalentie van de slaapmiddelen. Waar de groep van 55-64 jarigen 83,7% beweert nog nooit een slaapmiddel te hebben genomen, daalt dit percentage in de groep 65-74 jarigen tot 74,6% en onder de 75-90 jarigen zelfs tot 64,9%.

#### **b) Naar geslacht;**

Opgedeeld naar geslacht is vooral de hogere consumptie van pijnstillers en slaapmiddelen onder de vrouwelijke 65-plussers in vergelijking met de mannelijke 65-plussers opmerkelijk. In 2001 bijvoorbeeld, rapporteert 14,1% van de vrouwen in de afgelopen twee weken pijnstillers te hebben ingenomen, tegenover 8,8% van de mannelijke 65-plussers. Voor de slaapmiddelen is dit 26,7% onder de vrouwen en 14,8% onder de mannen en voor de kalmeringsmiddelen 12% bij de vrouwen tegenover 7,9% bij de mannen. Bij de antidepressiva is het waar te nemen verschil minimaal (respectievelijk 8% en 6,2%) voor 2001, doch de cijfers van 1997 tonen een verschil van 9,3% bij de vrouwen naar 3,1% bij de mannen. Tussen 1997 en 2001 is de meest opmerkelijke evolutie bijgevolg te zien in het toenemend gebruik van antidepressiva bij mannen boven de 65 jaar (van 3,1% in 1997 naar 6,2% in 2001). Terwijl het gebruik van antidepressiva door vrouwen ouder dan 65 jaar tijdens de periode van 1997 tot 2001 van 9,3% naar 8% daalt. (zie tabel 2) Deze opvallende daling kan deels te verklaren zijn door het opkomende gebruik van benzodiazepinen voor depressieve klachten bij de vrouwelijke populatie.<sup>64</sup>

Recentere cijfers van 2003 en 2004 brengen ons tot gelijkaardige conclusies.

Waar uit cijfers van de gezondheidsenquête van 2004 blijkt dat 6,8% van de mannen ouder dan 65 jaar rapporteerde in de afgelopen 24 uur pijnstillers te hebben geconsumeerd, is dit

---

<sup>64</sup> COEN, S., *l.c.*, 72-73.

percentage onder de vrouwelijke respondenten maar liefst dubbel zoveel (12,1%). (zie tabel 5) Ook de benzodiazepinen en antidepressiva kennen een opmerkelijk hoger prevalentiecijfer onder de vrouwelijke respondenten in vergelijking met de mannelijke respondenten. Verder maakt de gezondheidsenquête van 2004 een onderscheid tussen de klassieke pijnstillers en de NSAID-pijnstillers. (zie tabel 5) Deze laatsten kennen een hoger consumptiecijfer onder mannen dan onder de vrouwelijke populatieleden ouder dan 65 jaar.

**Tabel 5;** Aantal personen (in %) van +65 jaar dat in de afgelopen 24 uur psychofarmaca gebruikte, opgedeeld naar geslacht.

(Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2004)<sup>65</sup>

	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>	<b>Totaal</b>
<b>Pijnstillers</b>	6,8%	12,1%	9,9%
<b>NSAID</b>	2,5%	1,8%	2,1%
<b>Benzodiazepinen</b>	9,4%	17,1%	13,9%
<b>Antidepressiva</b>	5,9%	11,4%	9,1%
<b>Totaal (N)</b>	1396	2100	3496

Ook in het onderzoek van Vanden Boer en Pauwels van 2003 is het hogere consumptiepatroon voor wat betreft de psychoactieve medicatie van vrouwen ten opzichte van mannen aangetoond. (zie tabel 6)

<sup>65</sup> DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête België 2004, Synthèse*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 50. (rapport)

**Tabel 6;** Geneesmiddelengebruik van Vlaamse ouderen naar geslacht

(Vanden Boer & Pauwels, C.B.G.S., 2003)<sup>66</sup>

(%)	Mannen			Vrouwen		
	Regelmatig	Af en toe	Nooit	Regelmatig	Af en toe	Nooit
<b>Pijnstillers</b>	10,4%	18,7%	70,9%	16,5%	28,1%	55,4%
<b>Slaapmiddel</b>	8,8%	9,0%	82,3%	18,4%	10,9%	70,7%
<b>Kalmerings- middel/Anti- depressiva</b>	6,5%	6,7%	86,8%	13,4%	8,5%	78,2%

Het INCB kondigt in zijn rapport inzake psychotrope substanties van 2009 aan dat België in 2008 de grootste consument van slaap- en kalmeringsmiddelen was. Waarvan maar liefst 80% de consumptie van benzodiazepinen betrof.<sup>67</sup>

De benzodiazepinen (als vervangende middelen voor de barbituraten) kennen sinds hun ontstaan veel belangstelling omwille van hun gunstiger effecten. Ook al kregen ze in de jaren '70 enige kritiek, de consumptie ervan blijft gekenmerkt door toename.<sup>68</sup> (zie infra) Vooral de laatste jaren is het opmerkelijk dat de benzodiazepinen niet enkel meer als slaap- of kalmeringsmiddel worden toegediend, maar evenzeer als antidepressiva ter onderdrukking van de negatieve gevoelens.<sup>69</sup>

Specifieke aandacht naar de prevalentie louter en alleen van de populatie van 65-plussers wordt in punt 3.1 van het derde hoofdstuk nader besproken.

<sup>66</sup> VANDEN BOER, L. & PAUWELS, K., 2003 zoals geciteerd in DE DONDER, E., *o.c.*, 94.

<sup>67</sup> INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, *Psychotropic Substances. Statistics for 2008 – assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971*, United Nations Publication, New York, 2009, 33 en 271. (tussentijds rapport)

<sup>68</sup> Gesprek met deskundige in de huisartsgeneeskunde Prof. dr. Marc De Meyere, UZ Gent K3, 1 december 2009.

<sup>69</sup> COEN, S., *l.c.*, 72-73.

## HOOFDSTUK 2:

# Medicalisering en normalisering

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de historische ontwikkeling van de psychofarmaca, alsook op het belang van de verschillende actoren binnen de tendens van medicalisering en normalisering. De actoren die verantwoordelijk zijn voor het gebruik en misbruik van dergelijke middelen kunnen in drie grote groepen worden opgedeeld; de farmaceutische industrie, de artsen en de eigenlijke consumenten. Alhoewel het aandeel van zowel de farmaceutische industrie als van de artsen zeker niet ontkend mag worden, zal de klemtoon in deze masterproef voornamelijk liggen op de consument. Onder de gehele bevolking bevinden zich namelijk verschillende groepen van personen die de grootste risico's tot het ervaren van negatieve effecten en gevolgen (onder andere afhankelijkheid) bij inname van psychoactieve medicatie, met zich meedragen. De medicaliseringtendens vindt voornamelijk in deze risicogroepen plaats, waarbij de normaliseringtendens hun prevalentie naar believen laat toenemen. Een korte discussie op het eind van dit hoofdstuk stelt mij in staat om de verschillende problemen waarmee beide maatschappelijke tendensen gepaard gaan heel nadrukkelijk voor te leggen, alvorens verder in deze masterproef het probleem enkel vanuit de visie van de consument te belichten.

### ***2.1 Historische ontwikkeling naar medicalisering en normalisering***

De zoektocht van de mens naar het verlichtend en kalmerend effect van natuurlijke producten, zoals psychoactieve planten en kruiden, is een eeuwenoude traditionele en culturele gewoonte. Ook de huidige mens is ingegeven met een zoekend instinct naar het gelukzalige en welzijnsbevorderende binnen het dagelijkse leven. Omstreeks de negentiende eeuw wendde men zich in deze zoektocht tot de moderne synthetische farmaceutica. De industrialisering na de tweede wereldoorlog bracht verscheidene

problemen op het vlak van gezondheid en welzijn met zich mee. Dit resulteerde uiteindelijk in de totstandkoming van de grootschalige medicijnproductie.<sup>70</sup>

De eerste psychoactieve middelen die ontstonden omvatten de analgetica of pijnstillers. Zij vormden de basis voor de verdere ontwikkeling van de recentere psychoactieve medicatie, waaronder de psychoanaleptica (antidepressiva) en de psycholeptica (de barbituraten en later de benzodiazepines).

### 2.1.1 Van papaverplant tot aspirine

De papaverplant staat bekend voor zijn kalmerende en pijnstillende eigenschappen. Het opium, uit de papaverplant afkomstig, is het oudste pijnstillende medicijn door de mens ontdekt en toegediend. De wetenschapper Friedrich Wilhelm Adam Sertürner onderzocht het opium en leidde er morfine uit af.<sup>71</sup> Niet veel later ontdekte Pierre Robiquet het actieve bestanddeel van morfine, met name codeïne. De ontdekking van codeïne als eerste farmacologische ontwikkelde pijnstiller dateert van 1832, en werd toen als kalmeringsmiddel toegediend.<sup>72</sup>

Verskillende afgeleide producten volgden elkaar op in de zoektocht naar minder verslavende en meer specifieke middeltjes. Zo ook kwam Felix Hoffman in 1899 tot de stof acetylated salicylic acid. Een stof die beter bekend staat als aspirine, en de basis is waarop we nu steeds meer synthetische varianten produceren.<sup>73</sup>

---

<sup>70</sup> BRITTEN, N., *o.c.*, 5-8.

<sup>71</sup> LH/DB/EEM (2007) 'Educatie opium' in Farmacologie Nederland honderd jaar [WWW]. Rudolf Magnus Instituut: <http://www.100jaarfarmacologie.nl/educatie/opium.html> [04/05/10]; SHORTER, E., *Een geschiedenis van de psychiatrie. Van gesticht tot Prozac*, Amsterdam, Uitgeverij Ambo, 1997, 163-164; LEWIS, M.J., *Medicine and care of the dying. A modern history*, New York, Oxford University Press Inc., 2007, 164.

<sup>72</sup> X. (2010) 'Codeïne' in Medical Discoveries [WWW]. Advameg Inc.: <http://www.discoveriesinmedicine.com/Bar-Cod/Codeine.html> [04/05/10]; DEHUE, T., *o.c.*, 75.

<sup>73</sup> SHORTER, E., *o.c.*, 164; LEWIS, M.J., *o.c.*, 164.

### 2.1.2 Medicinaal geluk

De ontstaansgeschiedenis van de antidepressiva wordt gekenmerkt door een drievoudige evolutie. Vooreerst werden omstreeks 1958 de tricyclische antidepressiva (TCA's) op de markt gebracht. *Imipramine* (Tofranil) was hiervan het eerste voorbeeld.<sup>74</sup> De ontdekking van Imipramine door Geigy in 1958, als een middel met antidepressieve eigenschappen, genoot amper interesse onder de toen toegepaste harde psychiatrische aanpak van depressie. Het geloof in de noodzaak van een harde aanpak (met behulp van shocktherapie) om de ziekte te verdringen, weerhield de psychiaters ervan in de werking van die ene pil te geloven. Maar de farmaceutische bedrijven ontwikkelden een hele resem aan soortgelijke medicijnen. Met de totstandkoming van de benzodiazepinen in 1960 en de ruime toepassing die zij genoten binnen de huisartsenpraktijk, werd ook het draagvlak gecreëerd voor de verspreiding van antidepressiva door de huisarts.<sup>75</sup> Het taboe rond depressie werd doorbroken en het kreeg een veel ruimer toepassingveld. Naast de klassieke tricyclische antidepressiva, werd een tweede vorm van antidepressiva, de mono-amine-oxidase remmers (MAO remmers), ontwikkeld.

Vanaf 1980 werden de eerste twee soorten antidepressiva voor het grootste deel vervangen door de veel gunstiger bevonden *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI's). Zo was er in 1986 de grote doorbraak van de SSRI Prozac.<sup>76</sup> In tegenstelling tot de eerste twee groepen antidepressiva, bezit deze laatste groep (de SSRI's) heel wat minder – doch nog steeds vele – bijwerkingen.<sup>77</sup> (zie supra)

De toenemende consumptie van antidepressiva tussen 1992 en 2001 hangt mogelijks nauw samen met het ontstaan van deze SSRI's. Volgens Meijer e.a. is die toename te verklaren

---

<sup>74</sup> SHORTER, E., *o.c.*, 279-280; DEHUE, T., *o.c.*, 78.

<sup>75</sup> PIETERS, T., TE HENNEPE, M. & DE LANGE, M., *Pillen & Psyche: culturele eb- en vloedbewegingen. Medicamenteus ingrijpen in de psyche*, Rathenau Instituut, Den Haag, 2002, 20-23. (werkdocument)

<sup>76</sup> DEHUE, T., *o.c.*, 80-81.

<sup>76</sup> SHORTER, E., *o.c.*, 164; LEWIS, M.J., *o.c.*, 164.

<sup>77</sup> RINZE, B., *l.c.*, 69; DE DONDER, E., *o.c.*, 22; DEHUE, T., *o.c.*, 79.

door een groter aantal patiënten die met een SSRI-behandeling starten en tevens doordat dergelijke behandelingen tegenwoordig een langere duur kennen.<sup>78</sup>

### 2.1.3 Van oorlogstrauma tot wereldziekte

Ook de ontdekking van psycholeptica is vrij recent. Eerst werden de barbituraten in de vroege 20<sup>ste</sup> eeuw ontdekt, en kort daarna omstreeks 1960 werden de benzodiazepinen ontwikkeld.

Het slaapverwekkend en angstwerend of kalmerend effect van de allereerst ontstane barbituraten werd in de naoorlogse periode met open armen ontvangen. Echter, de verschillende bijwerkingen als suf worden en afhankelijkheid, alsook de gevaarlijk nauwe grens naar een overdosis, verstoorden het succes van deze middelen. Later, in 1955, ontwikkelde Frank Berger met behulp van Wallace Laboratories *Miltown* (meprobamaat). *Miltown* was een kalmerend middel voor nerveuze en geïrriteerde mensen. Het werd een middel dat door iedereen gekend, geliefd en geconsumeerd werd. Evenarend naar het succes van *Miltown*, ontwikkelde het bedrijf Hoffman La-Roche in 1960 een gelijkaardig medicijn, met name *Librium* (chloordiazepoxide). De allereerste benzodiazepine. Vervolgens werd *Valium* (diazepam), een middel met een gelijkaardige structuur als *Librium*, ontwikkeld en op de markt gebracht.<sup>79</sup>

Het succes bleef echter niet duren. Vanaf de jaren '70 duikt er kritiek op tegen de benzodiazepinen omwille van bepaalde verslavende kenmerken. Alhoewel deze laatsten veel minder schadelijk en gevaarlijk zijn dan de barbituraten, bleken ook de benzodiazepinen verschillende neveneffecten te bezitten.<sup>80</sup>

---

<sup>78</sup> MEIJER, W.E.E., NOLEN, W.A., HERINGS, R.M.C., EGBERTS, A.C.G., LEUFKENS, H.G.M. & HEERDINK, E.R., 'Langdurig gebruik van antidepressiva in Nederland in 1991-2001: prevalentie, incidentie en risico-indicatoren', *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2005, 708-711.

<sup>79</sup> DEHUE, T., *o.c.*, 79.

<sup>80</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 74; TONE, A., 'Listening to the Past: History, Psychiatry, and Anxiety', *Can J Psychiatry*, 2005, 377-378; ANTHIERSENS, S., *Benzodiazepines: Sleeping through the problem. (Avoiding of) initiation of benzodiazepines in primary care, perceptions of general practitioners, patients and nurses*, Gent, 2008, 12-13. (doctoraat Universiteit Gent, Departement of General Practice and Primary Health Care)

## 2.1.4 Van patiënt tot winstoogmerk

Het is vanaf de jaren '60 dat de niet-medische klachten als depressie en hyperactiviteit hoge belangstelling genieten onder de bevolking. Niet enkel medische problemen, maar ook sociale en morele problemen worden sindsdien als een ziekte beschouwd. Maar ook puur menselijke kenmerken zoals de menopauze en het verlies van schoonheid worden sedert de jaren '60 binnen een medische context ter discussie gesteld.<sup>81</sup> De lijn hierin kan doorgetrokken worden door de aanhoudende opkomst van steeds nieuwere medicijnen om deze 'ziektes' terug te dringen, alsook door de stijgende verwachtingen van de patiënten.<sup>82</sup>

Stilaan werd hierdoor ook een breuklijn gecreëerd in het medisch denken omtrent psychische ziekten. Waar vooreerst de behandeling van de patiënt centraal stond, is sinds de jaren '80 de belangstelling voornamelijk op het winstoogmerk gefixeerd.<sup>83</sup> Een heuse productie- en consumptie-industrie voor psychoactieve medicatie is ontstaan. De illusie wordt gewekt dat medicijnen de enige remedie zijn tegen medische en psychische klachten.

De hoge aanwezigheid, gemakkelijke en goedkope toegang tot de middelen en de positieve mediaberichtgeving wekken het vertrouwen van de burger. Naast de normaliseringstendens is ook een medicaliseringstendens tot stand gekomen. Medicijnen zijn niet meer weg te denken uit het postmoderne, maatschappelijk leven. Ze zijn het perfecte excuus om onze eigen verantwoordelijkheid te omzeilen. We gaan onze problemen niet meer zelfstandig aanpakken of oplossen, maar we stappen naar de dokter met de vraag naar een farmaceutische oplossing. Op die manier gaan we steeds meer medicijnen consumeren voor problemen die echter evengoed of zelfs beter op een andere, 'meer menselijke' manier

---

<sup>81</sup> ARONSON, J., 'When I use a word... Medicalization', *BMJ*, 2002, 904; SZASZ, T., *The Medicalization of Everyday Life*, New York, Syracuse University Press, 2007, xiii-xv; NYE, R., 'Kennis over macht. Medicalisering, de staat en de rechten van het individu' in *De Zieke Natie. Over de medicalisering van de samenleving 1860-1914*, NYS, L., DE SMAELE, H., TOLLEBEEK, J. & WILS, K., (red.), Groningen, Historische Uitgeverij, 2002, 24-25.

<sup>82</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 7; NYE, R., *l.c.*, 24-25.

<sup>83</sup> CONRAD, P., *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2007, 14-15; VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 248; BOUMA, J., *o.c.*, 19.



aangepakt kunnen worden.<sup>84</sup> We groeien op met het eigenhandig innemen van een pilletje wanneer we ons 'ziek' voelen en het idee dat we daardoor beter gaan worden.<sup>85</sup> Die gedachte wordt daarenboven nogmaals versterkt door de vele advertenties en reclames met soortgelijke boodschappen omtrent geneesmiddelen, waar we mee bestookt worden. We zijn ons niet voldoende bewust van de neveneffecten en laten ons maar al te graag verleiden door moderne luxe-pepmiddeltjes als deze. Facebookgroepen als 'We love Lexotan', 'Xanax (Alprazolam)', 'In benzodiazepine we trust' en de honderden fanpagina's voor Rilatine en andere psychofarmaca wijzen nogmaals op de hoge belangstelling voor deze producten onder de bevolking. Echter brengt deze belangstelling ook de nodige gevaren met zich mee, daar psychofarmaca nog steeds synthetisch geproduceerde middelen zijn met meer dan enkel maar een positief, genezend effect. Het te langdurig of incorrect innemen leidt tot afhankelijkheid, tolerantie en overconsumptie, en de daarmee gepaard gaande lichamelijke en geestelijke letsels. (zie punt 1.3.)

Het zoeken van de mens naar welzijnsbevorderende middeltjes beperkt zich niet enkel tot het ontstaan en de evolutie van psychoactieve medicatie. Voorheen zocht en nu zoekt de mens nog steeds verlichting en verwenning in andere middelen als koffie, tabak, opium,... Vaak zijn het culturele gewoonten en zijn de grenzen tussen genotsmiddel en medicijn niet meer te onderscheiden. De geschiedenis van de psychofarmaca kenmerkt zich vooreerst door de ontwikkeling ervan als een medicijn. (Zoals voorheen ook de geschiedenis van opium, cocaïne en cannabis begonnen zijn.) Ondertussen zijn de meeste vormen van psychofarmaca, waaronder voornamelijk de antidepressiva, de benzodiazepinen en de Rilatine, uitgegroeid tot het onderdeel van een levensstijl (een lifestyle medicijn). Deze ontwikkeling kan nagenoeg gelijkgesteld worden met de evolutie van het cannabisgebruik in de vroegere hippie- en nu jongerencultuur.<sup>86</sup> Of de manier waarop de Andes-inwoners het in gemeenschap kauwen van cocabladeren als een levensstijl hebben uitgebouwd.<sup>87</sup> Het opnemen van psychofarmaca als een levensstijl, leidt ertoe dat het onder bepaalde lagen

---

<sup>84</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 76; MEULENBERG, F., *l.c.*, 135.

<sup>85</sup> DECUYPERE, P. & DECORTE, T., 'Het succes van XTC in de danscultuur verklaard', *Verslaving. Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 2006, (3), 7.

<sup>86</sup> VAN BOCXLAER, J., *Cursus psychofarmaca*, s.l.n.d., 142-143.

<sup>87</sup> VAN BOCXLAER, J., *Cursus psychofarmaca*, s.l.n.d., 69.

van de bevolking een traditie wordt die zich steeds verder uitbreidt. Ze winnen aan populariteit, consumptie en misbruik. De opkomende problematische neveneffecten als gevolg van het stijgend misbruik, zullen na verloop van tijd bijdragen tot het labelen van psychoactieve medicijnen tot 'genotsmiddelen' en 'drugs'.<sup>88</sup> Hiermee zou de psychofarmaca lijnrecht de evolutie van opium, cocaïne en cannabis achterna gaan.

## **2.2 De verschillende actoren**

De oorzaken van afwijkingen in de psyche (geest) en het gedrag zijn geen eenzijdig individuele afwijkingen. De individueel biologisch afwijkende kenmerken zijn een eerste stap naar het medische ziektebeeld, maar niet de enige en doorslaggevende. Ook sociale en maatschappelijke ontwikkelingen dragen bij tot het creëren van een ziektebeeld omtrent niet-medische afwijkingen.<sup>89</sup> Vervolgens spelen de farmaceutische industrie en de artsen in op het gecreëerde ziektebeeld door het met behulp van middeltjes te lijf te gaan. Al deze verschillende elementen en actoren spelen een belangrijke oorzakelijke rol bij het ontstaan en in stand houden van ziektebeelden voor niet-medische problemen en in de lijn daarmee het toenemend gebruik van psychofarmaca. (zie infra)

### **2.2.1 De farmaceutische industrie**

Met de opkomst van synthetisch geproduceerde medicijnen, kwamen ook de farmaceutische bedrijven en de hele industrie daarrond tot stand. De farmaceutische industrie wordt in de eerste plaats door vernieuwing, verbetering en winstbejag gekenmerkt. Zoals elke industrie gaat de farmaceutische industrie zorgvuldig op zoek naar hét gat in de markt om daar op in te spelen. Toen in de naoorlogse periode sterke aandacht uitging naar depressie, angst, slapeloosheid, en andere psychologische, niet-medische

---

<sup>88</sup> MEULENBERG, F., *l.c.*, 132-135; FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1883.

<sup>89</sup> Gesprek met deskundige in de huisartsgeneeskunde Prof. dr. Marc De Meyere, UZ Gent K3, 1 december 2009.

klachten, lag het voor de hand dat hierop ingespeeld zou worden. Het succes dat eerst Librium en vervolgens Valium kenden, bleef daartoe niet beperkt. Een resem aan nieuwe en betere middelen werd en worden nog steeds ontwikkeld en op de markt gebracht, de zogenaamde *me-too middelen*. Dit zijn producten die sterk lijken op de reeds bestaande middelen, maar die nauwelijks of geen therapeutische meerwaarde bezitten boven die bestaande middelen.<sup>90</sup>

Om deze nieuwe, soortgelijke middelen aan de man te brengen, wordt er door de farmaceutische bedrijven gebruik gemaakt van diverse marketingstrategieën.<sup>91</sup> Enkele van deze marketingstrategieën zijn onder andere het aankaarten van nieuwe stoornissen. Waarbij men zich vaak richt tot gezonde mensen. Bijvoorbeeld het ontstaan van de aandoening 'sociale angststoornis'.<sup>92</sup> Of men maakt gebruik van 'de ziekte' van een bekend figuur voor de reclame van het nieuwe product.<sup>93</sup> Een strategie die vroeger vaak gebruikt werd om Viagra te promoten. Zo deelden bekende personen als Michael Douglas en de ex-voetballer Pele hun seksuele stoornis mee aan het publiek binnen het kader van een reclamecampagne voor Viagra.<sup>94</sup> (Door het Europees reclameverbod voor receptmiddelen is het voor de farmaceutische industrie echter niet meer mogelijk om aan de hand van reclame hun producten die een voorschrift vereisen aan de man te brengen. Doch, dit verbod wordt vaak omzeild door het medicijn in te ruilen voor de ziektesymptomen en zo de ziekte onder de belangstelling te brengen.<sup>95</sup>) Ook het overtuigen van dokters van het positieve van het product, eventueel aan de hand van promoties, cadeautjes en 'zaken'reisjes, is een vaak toegepaste methode.<sup>96</sup> Verder speelt men ook geregeld in op de resultaten van onderzoeken door deze vroegtijdig te beëindigen. Zo worden enkel de positieve effecten en niet de negatieve effecten belicht.<sup>97</sup> Ook door de statistieken te

---

<sup>90</sup> BOUMA, J., *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?*, Antwerpen, Uitgeverij L.J. Veen, 2006, 452.

<sup>91</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 157.

<sup>92</sup> MOYNIHAN, R. & CASSELS, A., *Allemaal aan de medicijnen. Hoe de farmaceutische industrie van iedere consument een patiënt probeert te maken*, Rijswijk, Uitgeverij Elmar BV, 2006, 112-120.

<sup>93</sup> *Ibid*, 64-65.

<sup>94</sup> X. (2009) 'Pele en viagra' in Door de benen [WWW]. Wordpress: <http://www.doordebene.nl/pele-en-viagra/> [04/05/10]; BOUMA, J., *o.c.*, 3.

<sup>95</sup> BOUMA, J., *o.c.*, 223-224.

<sup>96</sup> MOYNIHAN, R. & CASSELS, A., *o.c.*, 20-21; BOUMA, J., *o.c.*, 37-38.

<sup>97</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 165.

misleiden kan er op de onderzoeksresultaten ingespeeld worden.<sup>98</sup> Met deze laatste techniek gaat men proberen in te spelen op het publiek door de negatieve cijfergegevens weg te laten en meer aandacht te vestigen op de positieve gegevens of deze eventueel groter visueel voor te stellen in grafieken. Ook komt het vaak voor dat men de prevalentie van een bepaalde ziekte groter doet uitschijnen dan ze werkelijk is door verkeerde cijfergegevens met elkaar te vergelijken.

Niet enkel de patiënt (de mogelijke gebruiker van het nieuwe product), maar ook de artsen worden door de farmaceutische industrieën benaderd en beïnvloed. Door de rijkheid aan positieve informatie van het product, gaan zij het middel vlugger voorschrijven, doch vaak ongepast. Zo start het misbruiken van geneesmiddelen nog voor het individu er een invloed op heeft.

### **2.2.2 Het voorschrijfgedrag van artsen**

Het voorschrijfgedrag van artsen is de mate waarin de arts al dan niet als antwoord op de klacht van de patiënt een voorschrift uitschrijft. Dit voorschrijfgedrag is afhankelijk van een aantal interne factoren (de opleiding en bijscholing die de arts voltooide, alsook de door hem opgedane praktijkervaring) en externe factoren (de farmaceutische industrie, de onderzoeken van onafhankelijke artsen, de maatschappelijke evoluties en visies op de consumptie van psychofarmaca en de aard van de klacht en houding van de patiënt) die de visie van de arts mee helpen bepalen en beïnvloeden.<sup>99</sup>

Op het vlak van de psychofarmaca bestaan er heel wat onenigheden met betrekking tot het voorschrijven van dergelijke middelen. Uit onderzoek blijkt dat artsen vaak te vlug

---

<sup>98</sup> MOYNIHAN, R. & CASSELS, A., *o.c.*, 122 en 139.

<sup>99</sup> BRITTEN, N., *o.c.*, 8-17, 47 en 89; MURRAY, M.D. & CALLAHAN, C.M., 'Improving medication use for older adults: an integrated research agenda', *Annals for internal medicine*, 2003, 425-429; ROTH, M.T., WEINBERGER, M. & CAMPBELL, W.H., *l.c.*, 1096-1102; EGGER, S. S., BACHMANN, A., HUBMANN, N., SCHLIENGER, R. G. & KRÄHENBÜHL, S., *l.c.*, (823), 824; Gesprek met deskundige in de huisartsgeneeskunde Prof. dr. Marc De Meyere, UZ Gent K3, 1 december 2009; VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 254; BOUMA, J., *o.c.*, II; NOORLANDER, E., *l.c.*, 133.

psychoactieve medicatie uitschrijven aan patiënten met niet-medische klachten.<sup>100</sup> Er wordt een diagnose gesteld, zonder echt na te gaan waar de oorzaak van het probleem zich precies situeert om het alsnog langs een andere alternatieve weg op te lossen.<sup>101</sup> Zo worden geneesmiddelen vaak voor allerlei andere aandoeningen voorgeschreven dan waarvoor het middel werkelijk dient, het *off label prescribing* van geneesmiddelen.<sup>102</sup> Het is noodzakelijk dat artsen over voldoende informatie van de patiënt beschikken met betrekking tot zijn demografische, lichamelijke en medische gegevens. Zo is de arts in de mogelijkheid om het belang van het voorschrijven van psychoactieve medicatie correct af te wegen tegenover de risico's en neveneffecten die de desbetreffende patiënt kan ervaren bij het gebruiken van de medicatie die uiteindelijk voorgeschreven wordt.<sup>103</sup>

Maar niet enkel het gebrek aan tijd en interesse in de achtergrond van de patiënt en zijn ziekte leiden tot dergelijke vorm van ongepast voorschrijven. Vaak spelen ook de invloed van de farmaceutische industrie (zie supra), alsook van de patiënt die zijn wens tot medicijnen uitdrukt, een rol. Onderzoek van Anthierens toont aan dat patiënten veelvuldig gebruik maken van twee methodes om hun gebruik van benzodiazepinen te rechtvaardigen. De eerste methode die patiënten mogelijks toepassen is het maximaliseren van de impact van de problemen die ze hebben op hun dagelijks leven. Deze maximalisatie van de problematiek zorgt ervoor dat de arts daadwerkelijk overgaat tot het voorschrijven van benzodiazepinen, terwijl hij dat in de werkelijke situatie misschien niet zou gedaan hebben. Een tweede methode die patiënten kunnen toepassen is het minimaliseren van hun gebruik. Ook het minimaliseren van het werkelijke gebruik van medicatie kan ertoe bijdragen dat de arts vlugger overgaat tot het voorschrijven van benzodiazepinen.<sup>104</sup> Wanneer de arts in de

---

<sup>100</sup> ANTHIERENS, S., HABRAKEN, H., PETROVIC, M. & CHRISTIAENS, T., 'The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. A qualitative study on GP's perspectives', *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2007, 4-5; BARTER, G. & CORMACK, M., 'The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences', *Family Practice*, 1996, 495-496.

<sup>101</sup> Gesprek met deskundige in de huisartsgeneeskunde Prof. dr. Marc De Meyere, UZ Gent K3, 1 december 2009; BRITTEN, N., *o.c.*, 8-17, 47 en 21; FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1883.

<sup>102</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 27.

<sup>103</sup> GURWITZ, J.H., e.a. zoals geciteerd in MURRAY, M. D. & CALLAHAN, C. M., *l.c.*, (425), 426; BRITTEN, N., *o.c.*, 21.

<sup>104</sup> ANTHIERENS, S., HABRAKEN, H., PETROVIC, M., DEVEUGELE, M., DE MAESENEER, J. & CHRISTIAENS, T., 'First benzodiazepine prescriptions. Qualitative study of patients' perspectives', *Canadian Family Physician*, 2007, 1200.

mogelijkheid verkeert om dergelijke strategieën te herkennen en bijgevolg buiten beschouwing te laten, bestaat de kans erin dat hij een lager aantal voorschriften zal uitschrijven.<sup>105</sup>

### 2.2.3 De consument

De opkomende tendens naar het steeds vaker gebruiken van medicijnen voor zowel medische als niet-medische ziektes in onze huidige samenleving, brengt met zich mee dat vele mensen gewoonweg de overweging niet meer maken om hun gezondheidstoestand, hun uiterlijk en hun gedrag te aanvaarden. Ons stijgend vertrouwen in de gezondheidszorg en in de farmaceutische middelen maakt van ons louter passieve consumenten.<sup>106</sup> Hierdoor wordt de ervaring van niet-medische ziektes doorheen de jaren sociaal geconstrueerd tot een maatschappelijk probleem. Want enkel daar waar niet-medische problemen als onaanvaardbaar gezien worden, kunnen ze door de mens en/of de maatschappij tot een ziekte gelabeld worden.<sup>107</sup> Dit is zowel te zien bij het ontstaan, als doorheen de evolutie van de antidepressiva, de benzodiazepinen en de Rilatine, waarbij een bepaald middel vooreerst ontwikkeld wordt als geneesmiddel, om dan later uit te groeien tot een onderdeel van het sociaal en maatschappelijk leven (een lifestyle medicijn) of zelfs tot een genotsmiddel.<sup>108</sup>

Uit onderzoek van Anthierens blijkt eveneens dat benzodiazepine-consumenten de verantwoordelijkheid voor hun consumptiepatroon aan hun arts toeschrijven. Zijzelf zien de

---

<sup>105</sup> MATTHYS, J., ELWYN, G., VAN NULAND, M., VAN MAELE, G., DE SUTTER, A., DE MEYERE, M. & DEVEUGELE, M., 'Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing', *British Journal of General Practice*, 2009, (29) 34.

<sup>106</sup> ANTHIERSENS, S., *Benzodiazepines: Sleeping through the problem. (Avoiding of) initiation of benzodiazepines in primary care, perceptions of general practitioners, patients and nurses*, Gent, 2008, 11. (doctoraat Universiteit Gent, Departement of General Practice and Primary Health Care); VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 71-77; Gesprek met deskundige in de huisartsgeneeskunde Prof. dr. Marc De Meyere, UZ Gent K3, 1 december 2009; WAKEMAN, M.A., 'Socially reconstructing a more "comfortable aging" process', *The Gerontologist*, 2003, (420), 422.

<sup>107</sup> ANTHIERSENS, S., *Benzodiazepines: Sleeping through the problem. (Avoiding of) initiation of benzodiazepines in primary care, perceptions of general practitioners, patients and nurses*, Gent, 2008, 12. (doctoraat Universiteit Gent, Departement of General Practice and Primary Health Care); DEHUE, T., *o.c.*, 88-89; NYE, R., *l.c.*, 23-24.

<sup>108</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 75-76; DEHUE, T., *o.c.*, 137-138.

omvang en de ware problematiek van hun gedrag niet, omdat ze hun persoonlijke invloed op hun consumptiegedrag buiten beschouwing laten.<sup>109</sup>

Sedert de jaren '80 gaan de patiënten namelijk zelf meer en meer hun eigen diagnose stellen. Ze gaan hun probleem als een ziekte beschouwen (als gevolg van de normaliseringstendens en de media) en met deze diagnose en een klare wens voor medicatie naar de dokter stappen. De verantwoordelijkheid voor het oplossen van hun probleem wordt naar de arts geschoven, omdat zij het niet langer als een sociaal of moreel probleem beschouwen, maar als een medisch probleem hebben ingekaderd.

Echter wensen de patiënten soms meer dan enkel een voorschrift te ontvangen, vaak gaan ze naar de dokter met hun eigen diagnose om deze voor te stellen en er een oplossing voor te krijgen, maar ook om de gedachte van de dokter omtrent hun diagnose/probleem te horen.<sup>110</sup> Artsen nemen hier jammergenoeg niet altijd de tijd voor. Zij gaan steeds minder in op het probleem en de werkelijke oorzaak. De patiënt komt bij de arts met een vraag naar medicatie, en de arts komt daaraan tegemoet. Artsen zoeken minder naar wat de patiënt heeft en wat de oorzaak ervan is, maar beperken zich tot het voorschrijven van wat de patiënt vraagt. Zij schuiven de verantwoordelijkheid door naar de patiënt, maar vergeten de nodige informatie door te geven en de evolutie van de patiënt op te volgen.<sup>111</sup>

Door de patiënt beter in te lichten omtrent de gebruikspatronen en de mogelijke gevaren en neveneffecten bij inname van het product – met specifieke aandacht voor de risico's op afhankelijkheid en tolerantie – kan beoogd worden om de patiënt in zijn eigen situatie te betrekken. Op die manier zal hij zich beter bewust worden van zijn verantwoordelijkheid in het kader van zijn eigenlijke gebruik van psychoactieve medicatie. Alhoewel patiënten beweren niet meer informatie omtrent benzodiazepinen wensen te krijgen, zou het opleggen van de regel van *informed consent*<sup>112</sup> hier een positief effect kunnen genereren. Zo

---

<sup>109</sup> ANTHIERENS, S., HABRAKEN, H., PETROVIC, M., DEVEUGELE, M., DE MAESENEER, J. & CHRISTIAENS, T., *l.c.*, 1200-1201.

<sup>110</sup> MOL, A. & VAN LIESHOUT, P., *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderde taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945-1985*, Nijmegen, SUN, 1989, 236-237; DEHUE, T., *o.c.*, 228.

<sup>111</sup> MOL, A. & VAN LIESHOUT, P., *o.c.*, 121.

<sup>112</sup> Informed consent is de vrijwillige toestemming van een persoon tot deelname aan het onderzoek, waarbij de respondent alle informatie over het onderzoek met betrekking tot de doelstelling, de opzet, het verloop, de voor- en nadelen en de risico's heeft ontvangen. De respondent wordt tevens op de hoogte gesteld van de betrouwbaarheid van de data en de volledige anonimiteit van het onderzoek. De

zou een arts enkel een voorschrift voor psychoactieve medicatie mogen uitschrijven, nadat hij alle nodig informatie omtrent het middel aan de patiënt heeft meegedeeld en de patiënt nadien uitdrukkelijk met de behandeling instemt.<sup>113</sup>

Alhoewel het voornamelijk de jongeren zijn die de grootste belangstelling krijgen binnen de hedendaagse debatten omtrent legale en illegale drugs en problematisch gebruik, zijn het **de 65-plussers** die – meestal nog onderschat – de grootste risicogroep vormen binnen de problematiek van het overmatig consumeren van psychoactieve medicijnen.<sup>114</sup> Door hun verouderingsproces komen zij alsmat meer met verschillende kwaaltjes te zitten die vaak chronisch aanhouden en die leiden tot het gecombineerd en aanhoudend gebruik van verschillende soorten medicijnen. Daar ook zij gekweld worden door de nieuwe trends van emotionele depressies en slapeloosheid,<sup>115</sup> bereikt het overmatig gebruik van benzodiazepines en antidepressiva bij deze bevolkingsgroep een dramatische piek.<sup>116</sup>

Binnen de sector van de Rilatine-consumptie, zijn de (studerende) **jongeren** dan weer de voornaamste gebruikers- en risicogroep.<sup>117</sup>

Ook **vrouwen** blijken voor misbruik van psychoactieve middelen, waaronder voornamelijk de antidepressiva gevoeliger te zijn.<sup>118</sup>

---

respondent heeft het recht om op elk ogenblik te beslissen om zijn medewerking stop te zetten. Ook kan de respondent na afloop van het onderzoek om een samenvatting van de resultaten vragen. De regel van informed consent steunt op de wetgeving op het beroepsgeheim (art. 458 van het strafwetboek) en de wet ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer (08/12/1992, gewijzigd op 11/12/1998).

<sup>113</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 250.

<sup>114</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1871-1872; PERODEAU, G. & CAPPLIEZ, P., 'Quality of life and benzodiazepine drug use by community-dwelling elderly: a stress and coping perspective', *Revue européenne de psychologie appliquée*, 2007, (193), 193-194.

<sup>115</sup> BAYINGANA, K., DRIESKENS, S. & TAFFOREAU, J., *Depressie. Stand van zaken in België, elementen voor een gezondheidsbeleid*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel, 2002, 16-17. (rapport); BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1854. (rapport)

<sup>116</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1901-1904. (rapport)

<sup>117</sup> DE DONDER, E., *o.c.*, 21-23.

<sup>118</sup> *Ibid*, 95; RINZE, B., *l.c.*, 66.



Psychoactieve medicatie wordt eveneens in grote hoeveelheden geconsumeerd door **(ex)gebruikers** van andere (illegale) roesmiddelen, al dan niet in het kader van een medische behandeling.<sup>119</sup>

Overigens kan echter gesteld worden dat geneesmiddelen een zodanig genormaliseerd hulpmiddel zijn en de medicaliseringtendens de symptomatische middelen tegen niet-medische ziektes zodanig sterk opwaardeert, dat zowat iedere burger een potentieel gebruiker en misbruiker van dergelijke medicatie kan zijn. Niettemin zijn en blijven het de oudere generaties die het grootste gevaar betekenen op het vlak van problematisch en langdurig gebruik.<sup>120</sup> Dit is meteen ook de voornaamste reden waarom ik me in deze thesis beperk tot het onderzoeken van deze bevolkingsgroep. Verder in deze masterproef wordt er expliciete aandacht besteed aan deze belangrijkste groep van risicovolle consumenten, met name de oudere populatie. (zie hoofdstuk 3)

## **2.3 Conclusie**

De evolutie van de psychofarmaca wordt zowel door de normalisering als door de medicalisering van gebruik van dergelijke middelen gekenmerkt. Waar vooreerst een taboe kleefde op ziektes van de menselijke psyche, valt op te merken dat doorheen de jaren dergelijke stoornissen beter bespreekbaar zijn geworden. Ook op het vlak van het behandelen van psychische stoornissen en gedragsstoornissen is een 'positieve' evolutie zichtbaar.<sup>121</sup> Door beter inzicht in de problematiek en de oorzaken ervan, is de mensheid beter in staat tot het aanvaarden en aanpakken van dergelijke niet-medische ziektes. Het probleem berust echter op de steeds hogere consumptiecijfers van deze medicatie, die bij

---

<sup>119</sup> EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 'Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem', *Drugs in beeld*, 2008, 2-4. (nieuwsbrief); BEYNON, C.M., *l.c.*, (1), 2.

<sup>120</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1871-1872; PERODEAU, G. & CAPPLIEZ, P., *l.c.*, (193), 193-194.

<sup>121</sup> PIETERS, T., TE HENNEPE, M. & DE LANGE, M., *Pillen & Psyche: culturele eb- en vloedbewegingen. Medicamenteus ingrijpen in de psyche*, Rathenau Instituut, Den Haag, 2002, 97. (werkdokument)

de behandeling van niet-medische ziektes aangewezen worden. Alsook bij de vraag naar de oorzaken en de toekomst van deze problematiek.

De industrialisering en de steeds grotere aandacht voor welzijn en gezondheid liggen aan de basis voor de toenemende maakbaarheid van de mens. Zo ook bestond de oprukkende belangstelling voor niet-medische ziektes erin dat er een (medische) oplossing voor elk probleem voorhanden was. Deze overtuiging die de mensheid zich eigen maakte leidde ertoe dat mensen passief werden. Het uit de taboesfeer halen van psychische ziektes zorgde voor het onophoudelijke kleven van ziekte-labels op personen die de snel evoluerende industriële samenleving niet meer konden bijbenen. De opkomst van de psychofarmaca maakte het mogelijk om de mensen met een psychisch ziekte-label daadwerkelijk te genezen.

De oorzaak van de toenemende consumptie van psychoactieve medicatie situeert zich niet eenduidig op het vlak van de maatschappelijke overtuiging en de consument. Andere actoren, zoals de farmaceutische industrie en de artsen, bezitten evenzeer een functie in de medicaliseringtendens binnen onze samenleving.

Farmaceutische bedrijven construeren nieuwe ziektes door in te spelen op de alledaagse menselijke problemen. Waarna zij de oplossing voor dergelijk geconstrueerde ziektebeelden in de vorm van een pilletje op de markt brengen. Met behulp van verschillende marketingstrategieën spelen ze in op het standpunt en de overtuiging van de gelabelde individuen, maar ook van de artsen en overige bevolkingsleden. De gemakzuchtige oplossing die het innemen van een pil inhoudt, beïnvloedt het beeld van de mensheid enorm. De toegankelijkheid en het gemak van psychofarmaca brengen ons ertoe te kiezen voor de eenvoudige oplossing. Het omgaan met verdriet, tegenslag, eenzaamheid, slapeloosheid, enzomeer, wordt voor de hedendaagse mens als een onverdraaglijke en onmogelijke situatie aanzien. Het slikken van pillen is zoveel eenvoudiger.<sup>122</sup> De mentaliteitsverandering van de mens van pillenpreutsheid tot gemakzucht, is een creatie van de contradictie tussen de farmaceutische industrie en de artsen, die elk vanuit een ander belang handelen. Waar vroeger het belang van de patiënt voorop stond, is de ganse keten van psychoactieve

---

<sup>122</sup> COEN, S., *l.c.*, 87-88.

medicatie nu in handen van de farmaceutische bedrijven.<sup>123</sup> Zij creëren de ziektes en de medicijnen en de normaliseringstendens werkt de medicalisering in de hand. Deze vormt op zijn beurt de aanleiding tot chronisch gebruik en misbruik. Deze manier van aanpak focust zich enkel op de problemen en niet op de oorzaken. Zolang de werkelijke oorzaken niet worden aangepakt, is dit een blijvende tendens, die zich steeds verder zal uitbreiden. De vraag is echter; 'Hoe maakbaar is de mens?' Hoelang kan dit pillensprookje aanhouden, vooraleer we beseffen dat gemakzucht niet altijd de beste oplossing is. Soms moet je leren aanvaarden dat het leven niet perfect is, niet perfect kan zijn, en 'het normale' niet bestaat.

We moeten met andere woorden dus niet enkel het voorschrijfgedrag van de artsen, het speelveld van de farmaceutische industrie en de regels en wetgeving veranderen, maar ook de maatschappelijke visie en het gebrek aan sociale controle en zelfredzaamheid van de samenleving in vraag durven stellen.

---

<sup>123</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 248.

## HOOFDSTUK 3:

### Geneesmiddelenmisbruik en ouderen

De ouderen, in deze paper besproken, zijn mensen boven de 65 jaar die niet woonachtig zijn in een rust- of verzorgingstehuis en die – als gevolg van het verouderingsproces – veranderingen ervaren op lichamelijk, geestelijk, sociaal, cultureel en maatschappelijk vlak.<sup>124</sup> Sommige personen kunnen zich prima vinden in hun rol als oudere, maar niet alle ouderen ervaren “het ouder worden” als positief. Velen kunnen zich maar moeilijk aanpassen aan deze vele veranderingen, waardoor de eigen aanpassing- en copingmechanismen niet baten. Hier ontpopt zich de gemakkelijke en aanlokkelijke oplossing van de consumptie van farmaceutische middelen. Een oplossing die vele vragen, onwetendheden en problemen met zich meebrengt. Aan de hand van deze masterproef wens ik de ernst van deze problematiek aan te duiden. Met behulp van de gegevens uit eerder onderzoek verkregen, worden de oorzaken, achtergronden en gevaren, die zich aan de basis van deze problematiek bevinden, in dit hoofdstuk besproken. De positieve bijdrage van mijn onderzoek binnen deze problematiek zal zich vervolgens voornamelijk focussen op de kennisverzameling omtrent de eigen beleving van de 65-plus-gebruiker.

“Old age as a basic fact of life should not be regarded as a dysfunctional and deviant process in the life of society, but as a form of life with its specific expressions and needs.”<sup>125</sup>

---

<sup>124</sup> THOMPSON, P., ‘I don’t feel old: Subjective ageing and the search for meaning in later life’, *Ageing and Society*, 1992, 23-48; DEEG, D. J. H. & BRAAM, W., ‘Het belang van kwaliteit van leven voor ouderen zelf. Een kwantitatieve benadering’, *Medische Antropologie*, 1997, 136-149; MARCOEN, A., ‘Spirituality and Personal Well-Being in Old Age’, *Ageing and Society*, 1994, 521-536; WIEGMANS, H. H. G., *Ouderen: zelfredzaamheid, beweging en communicatie*, Leuven, Garant, 1990, 72; BRITTEN, N., *o.c.*, 140.

<sup>125</sup> AMANN, A., 1980 zoals geciteerd in DOOGHE, G., VANDEN BOER, L. & VANDERLEYDEN, L., *o.c.*, I.

Achtereenvolgens zal in dit hoofdstuk stilgestaan worden bij de kenmerken en prevalentie van de oudere bevolkingsgroep, de vormen van geneesmiddelenmisbruik die voorkomen onder de 65-plussers, het verouderingsproces en het welzijn van de ouderen in onze samenleving, en de gevaren en gevolgen die ouderen na het consumeren van psychoactieve medicatie kunnen ondervinden. Als laatste wordt in punt 3.5 de houding van de consument zelf tegenover het aanhoudend gebruik van psychoactieve medicatie besproken. Waarbij een korte probleemschets aan de hand van voorgaand onderzoek wordt gegeven en het belang van mijn onderzoek aangetoond.

### **3.1 Bevolkingssamenstelling en prevalentie**

#### **3.1.1 Bevolkingssamenstelling en de vergrijzing**

Op 1 januari 1988 bestond de Belgische bevolking uit een totaal van 9.875.716 inwoners.<sup>126</sup> Bevolkingscijfers van het Rijksregister van 1988-2010 tonen aan dat er een aanhoudende stijging van het aantal Belgische inwoners plaatsvindt. Van 1988 tot 2010 bedraagt deze stijging een aantal van 1.017.696 personen. Op 1 januari 2010 kent België met andere woorden een bevolkingscijfer van 10.893.412 personen.<sup>127</sup> Deze zou in 2060 een totaal van 12.662.761 personen bedragen. Waar het aandeel van 65-plussers in 1988 een aandeel van 14,4%<sup>128</sup> kende en in 2007 17,1% besloeg, is de verwachting dat in 2060 26,3% van de bevolking ouder is dan 65 jaar. De 65-plussers zouden in de Belgische bevolking bijgevolg

---

<sup>126</sup> FOD economie, K.M.O., Middenstand en energie (2009) 'loop van de bevolking' in Statistieken en cijfers [WWW]. Belgian Federal Government: <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/loop/index.jsp> [04/05/10]

<sup>127</sup> Algemene Instellingen en Bevolking (2010) 'Statistieken van bevolking' in Rijksregister [WWW]. IBZ: [http://www.ibz.rn.fgov.be/fileadmin/user\\_upload/Registre/nl/statistieken/bevolking/stat\\_1\\_n.pdf](http://www.ibz.rn.fgov.be/fileadmin/user_upload/Registre/nl/statistieken/bevolking/stat_1_n.pdf) [04/05/10]

<sup>128</sup> X. (s.d.) 'Bevolking' in België [WWW]. X.: <http://users.belgacom.net/belgie/bevolking.htm> [04/05/10]

een groei kennen tot 3.326.205 personen. Het aandeel van 80-plussers in deze groep (de vergrijzing) zou in 2060 39,50% bedragen, tegenover 20,8% in 2007.<sup>129</sup>

De Belgische bevolking wordt met andere woorden gekenmerkt door een groot aantal 65-plussers (26,3%) en de vooruitzichten wijzen erop dat deze bevolkingsgroep de komende jaren een sterke stijging zal kennen.

### 3.1.2 Voorgeschreven geneesmiddelen

In het licht van deze vergrijzingtendens dient gekeken te worden naar het consumptiepatroon omtrent medicatie van de 65-plussers in onze samenleving. Daar de oudere bevolkingsgroep van +65 jaar de grootste consumenten van voorgeschreven geneesmiddelen in het algemeen (waaronder ook de psychoactieve medicatie) omvat (zie grafiek 1), zal de consumptie van dergelijke geneesmiddelen binnen een aantal jaren – als gevolg van de vergrijzing – drastisch verhogen. Ongeveer 1/3 van alle uitgeschreven voorschriften voor medicatie is namelijk voor personen ouder dan 65 jaar bestemd.<sup>130</sup>

Naast geneesmiddelen voor hart- en vaatziekten zijn de benzodiazepinen, de pijnstillers en de antidepressiva de meest gebruikte medicijnen door de oudere populatie.<sup>131</sup>

---

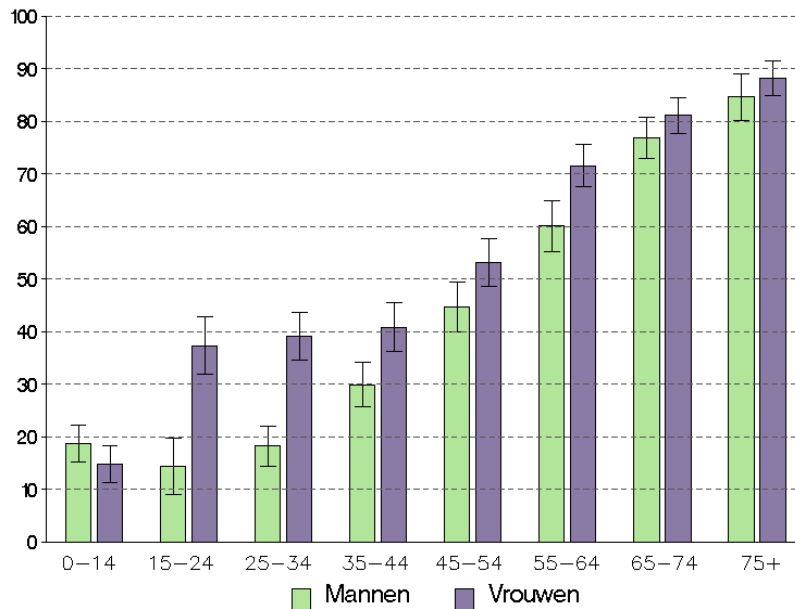
<sup>129</sup> FEDERAAL PLANBUREAU, *Bevolkingsvooruitzichten 2007-2060*, Federale Overheidsdienst Economie, KMO, Middenstand en Energie, Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie Brussel, 2008, 125-126. (planning paper)

<sup>130</sup> EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 'Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem', *Drugs in beeld*, 2008, 2. (nieuwsbrief); GOSSOP, M. & MOOS, R., 'Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem', *Addiction*, 2008, (347), 347.

<sup>131</sup> DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête België 2004, Synthèse*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 78. (rapport)

**Figuur 1;** Gebruik van officieel geregistreerde geneesmiddelen in de afgelopen 24 uur, naar geslacht en leeftijd.

(Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2004)<sup>132</sup>



### 3.1.3 Psychofarmaca

Alhoewel de psychofarmaca een groot deel van de voorgeschreven middelen aan 65-plussers beslaan, omvatten ze niet alle voorschriften in hun totaliteit. Hieronder richt ik me specifiek tot de voorgeschreven psychoactieve medicijnen die door 65-plussers geconsumeerd worden.

#### a) Naar leeftijd;

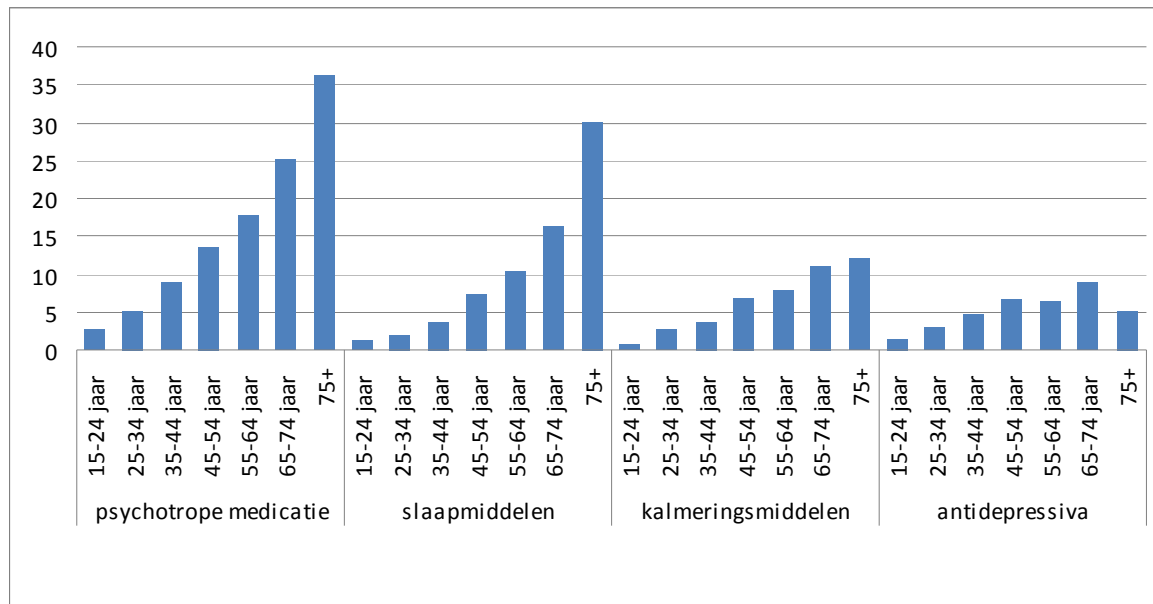
Uit de gezondheidsenquête van 2001 onder de Belgische bevolking blijkt dat de 75-plussers verantwoordelijk zijn voor de grootste consumptie van slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen). De 65-74 jarigen gebruiken op hun beurt dan weer meer antidepressiva,

<sup>132</sup> BAYINGANA, K., DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2004, Boek V; Medische consumptie*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 665 (rapport)

dan de 75 plussers en de jongere bevolkingsgroepen.<sup>133</sup> Deze bevindingen zijn duidelijk waar te nemen uit de onderstaande grafiek.

**Figuur 2;** Gebruik van psychotrope medicatie de afgelopen twee weken naar leeftijd, België.

(Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2002)<sup>134</sup>



Alhoewel op de bovenstaande grafiek van 2001 de hoge consumptie van antidepressiva onder de groep 65-74 jarigen duidelijk te zien is, tonen de recentere cijfergegevens van 2004 (zie tabel 7) echter een verminderd gebruik van antidepressiva binnen deze leeftijdsgroep ten opzichte van de oudere populatiegroepen aan.

Net als in de bovenstaande grafiek, is in de onderstaande tabel de consumptie van slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) het hoogst.

<sup>133</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1862. (rapport)

<sup>134</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 400. (rapport)



**Tabel 7;** Aantal personen (in %) van +65 jaar dat in de afgelopen 24 uur psychofarmaca gebruikte, opgedeeld naar leeftijd.

(Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2004)<sup>135</sup>

	<b>65-69</b>	<b>70-74</b>	<b>75-79</b>	<b>80-84</b>	<b>85+</b>	<b>Totaal</b>
<b>Pijnstillers</b>	7,1%	7,3%	12,1%	13,9%	16,1%	9,9%
<b>NSAID</b>	2,4%	1,1%	3,1%	2,3%	1,5%	2,1%
<b>Benzodiazepinen</b>	10,8%	12,7%	13,5%	19,9%	17,7%	13,9%
<b>Antidepressiva</b>	6,9%	9,0%	9,2%	10,9%	13,8%	9,1%
<b>Totaal (N)</b>	769	769	572	484	902	3496

Over alle leeftijdsgroepen kennen de benzodiazepinen de grootste prevalentie.

Met uitzondering van de NSAID's kan gesteld worden dat de prevalentie voor alle categorieën van middelen toeneemt met de leeftijd.

Echter kan men de stelling dat de 65-plussers voornamelijk antidepressiva gebruiken en de 75-plussers slaapmiddelen, die gebaseerd is op de resultaten van de gezondheidsenquête van 2001, niet terugvinden in de later verkregen gegevens. Hoewel uit de bovenstaande tabel 7 blijkt dat de consumptie van benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen) hoger is onder de 75-plussers, gebruiken de 65-jarigen niet meer antidepressiva dan de oudere personen.

#### **b) Naar geslacht;**

Ook het gebruik van psychotrope geneesmiddelen hangt nauw samen met het geslacht, uit de cijfers van de gezondheidsenquête van 2008 kan opgemaakt worden dat maar liefst 43% van de vrouwen en 22% van de mannen ouder dan 75 jaar psychotrope geneesmiddelen

<sup>135</sup> DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête België 2004, Synthèse*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 50. (rapport)

consumeren. Dit in tegenstelling tot een prevalentie van ‘slechts’ 15% onder de totale populatie.<sup>136</sup>

Over alle leeftijdsgroepen kennen de vrouwen hogere prevalentiecijfers dan de mannen op het gebied van psychoactieve medicatie.<sup>137</sup> Concreet naar de groep van 65-plussers toe, blijft deze stelling eveneens van kracht.

**Tabel 8;** Aantal personen (in %) van +65 jaar dat in de afgelopen 2 weken een voorgeschreven geneesmiddel gebruikte (per categorie) in 1997 en 2001, opgedeeld naar geslacht.

(Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 1997 en 2001)<sup>138</sup>

Leeftijd	Middel	1997		2001	
		Man	Vrouw	Man	Vrouw
≥ 65	Pijnstiller	7,1%	9,8%	8,8%	14,1%
	Slaapmiddel	12,8%	21,9%	14,8%	26,7%
	Kalmeringsmiddel	5,3%	12,4%	7,9%	12%
	Antidepressiva	3,1%	9,3%	6,2%	8%

Uit vergelijkende cijfers van 1997 en 2001 zoals weergegeven in tabel 8 is het verschil naar geslacht omtrent het gebruik van psychofarmaca duidelijk op te merken. Zowel voor de cijfers van 1997 als voor de cijfers van 2001 vertonen de vrouwen een hogere prevalentie voor alle middelen dan de mannelijke populatieleden. Voor de pijnstillers en de slaapmiddelen zijn deze verschillen toegenomen in 2001, voor de kalmeringsmiddelen en de antidepressiva waren de verschillen naar geslacht groter in 1997 dan in 2001. Voornamelijk wat de slaap- en kalmeringsmiddelen betreffen is een opmerkelijk verschil tussen de mannen en de vrouwen waarneembaar.

<sup>136</sup> VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2008, Belangrijkste resultaten*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, Brussel, 2010, 16. (rapport)

<sup>137</sup> EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, ‘Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem’, *Drugs in beeld*, 2008, 2. (nieuwsbrief)

<sup>138</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1901-1904. (rapport)

Ook de ouderen die woonachtig zijn in een verpleeg- of verzorgingstehuis, gebruiken meer benzodiazepinen, dan de ouderen die zelfstandig wonen.<sup>139</sup> Dit blijkt onder andere uit het KCE onderzoek in 2006.<sup>140</sup>

Uit het KCE-rapport blijkt dat er op 1 januari 2005 maar liefst 8% van alle Belgische 65-plussers in een rusthuis of in een rust- en verzorgingstehuis verblijft.<sup>141</sup> Binnen deze 8% van residentiële ouderen zijn er meer dan 75% van het vrouwelijk geslacht.<sup>142</sup> De bewoners van een rusthuis of van een rust- en verzorgingstehuis krijgen maar liefst tussen de 0 en 22 geneesmiddelen toegediend, met een gemiddelde van 8,1. Voornamelijk het hoge gebruik van psycholeptica (benzodiazepinen en antipsychotica), antidepressiva en laxativa, is verontrustend. Van alle bewoners zouden er namelijk 68% psycholeptica consumeren, 46% antidepressiva en 50% laxativa.<sup>143</sup> In vergelijking met de cijfers over de zelfstandig wonende ouderen gevonden in de gezondheidsenquête van 2004 (voor wat betreft de psycholeptica en de antidepressiva) liggen deze percentages ongeveer 5 maal hoger.<sup>144</sup> (zie tabel 7)

### c) Naar welzijn;

Als we verder kijken naar de relatie tussen welzijn en de consumptie van psychoactieve medicatie, kunnen we uit de cijfergegevens van de gezondheidsenquête van 2008 enkele duidelijke verbanden waarnemen.

Uit de gezondheidsenquête door middel van interview in België van 2008 blijkt eveneens dat er tussen de lichamelijke pijn en de leeftijd een duidelijk verband bestaat. Ouderen hebben over het algemeen veel meer lichamelijke pijn gerapporteerd dan de jongere respondenten, waarbij de prevalentiecijfers onder de groep van 75-plussers 30% bedraagt

---

<sup>139</sup> KONIJNENDIJK, A., *Problematisch middelengebruik onder ouderen en omgang daarmee door hulpverleners*, Twente, 2007, 9. (Bachelorthese Universiteit Twente, Psychologie); Gesprek met deskundige in de huisartsgeneeskunde Prof. dr. Marc De Meyere, UZ Gent K3, 1 december 2009.

<sup>140</sup> VAN DER STICHELE, R. H., VAN DE VOORDE, C., ELSEVIER, M. M., et al., *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*, KCE reports, vol. 47A, Brussel, KCE, 2006, ii-viii.

<sup>141</sup> *Ibid*, ii.

<sup>142</sup> *Ibid*, 8.

<sup>143</sup> *Ibid*, v-vii.

<sup>144</sup> DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête België 2004, Synthèse*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 77-78. (rapport)

voor matige en 20% voor ernstige pijn. Verder blijkt eveneens een verband te bestaan tussen lichamelijke pijn en mentale gezondheid. Uit de cijfers van 2008 blijkt lichamelijke pijn nauw samen te hangen met mentale gezondheidsproblemen als depressie en slapeloosheid. De percentages omtrent slaapproblemen, angstproblemen en depressieve problemen liggen bij de vrouwen veel hoger dan bij de mannen.<sup>145</sup>

### 3.1.4 Conclusie

De oudere bevolkingsgroep is dé grootste prevalentiegroep in het kader van medicatiegebruik en meer specifiek in het kader van psychoactieve medicatie-consumptie. Ze staan in voor de consumptie van 1/3 van alle voorschriften, maar beslaan 'slechts' 17,1% (in 2007) van de totale Belgische bevolking.

Bovenstaande gegevens bevestigen dat het gebruik van psychoactieve middelen (en voornamelijk van benzodiazepinen) toeneemt met de leeftijd. Alsook dat, op het vlak van geslacht, de vrouwen een veel hogere kans kennen tot het krijgen van een voorschrift van de arts voor dergelijke middelen.

De hoge gebruikcijfers uit bovenstaande tabellen en grafieken zijn opmerkelijk. Echter geven de cijfers niet aan hoeveel personen er ook effectief dergelijke geneesmiddelen misbruiken.

Geneesmiddelenmisbruik is een moeilijk te meten begrip en de scheiding tussen gebruik en misbruik is daarenboven niet altijd even voor de hand liggend of gemakkelijk te maken. Misbruik van geneesmiddelen is niet alleen afhankelijk van de hoeveelheid en de duur van het middelengebruik. Maar hangt ook samen met de manier van inname en de reden van inname van het middel of van de verschillende middelen. Duidelijke cijfers betreffende het aantal personen dat ook effectief psychoactieve medicijnen misbruikt, zijn er dan ook niet voorhanden. Wel kan gesteld worden dat de oudere bevolking heel wat medicijnen

---

<sup>145</sup> VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2008, Belangrijkste resultaten*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, Brussel, 2010, 12-14. (rapport)

consumeert. Binnen deze bevolkingsgroep kennen de psychoactieve geneesmiddelen een grote populariteit, die zowel met de leeftijd als met het verouderingsproces toeneemt.

### **3.2 De vormen van geneesmiddelenmisbruik door ouderen**

De 65-plussers binnen onze samenleving omvatten de grootste risicogroep voor geneesmiddelenmisbruik.<sup>146</sup> Gefocust op de psychoactieve geneesmiddelen zijn het voornamelijk de antidepressiva en de slaap- en kalmeermiddelen die binnen deze groep aan populariteit winnen.<sup>147</sup> Deze middelen zijn meestal enkel aan de hand van een voorschrift te verkrijgen, doch misbruik komt in vele vormen en maten naar voren.

Ouderen gaan vaak – deels als gevolg van hun hoge consumptie van geneesmiddelen – incorrect gebruik maken van psychoactieve medicatie. Dit kan gaan van het – al dan niet opzettelijk – teveel of te weinig innemen van de voorschreven medicatie, of het langer innemen van het medicijn dan voorgeschreven, tot het delen en lenen van medicatie met en van anderen.<sup>148</sup>

In dit hoofdstuk ga ik dieper in op de verschillende vormen van geneesmiddelenmisbruik die onder ouderen voorkomen. Hiertoe richt ik me eerst tot de bespreking van de onopzettelijke vormen in punt 3.2.1. Waarna ik vervolgens overga tot de opzettelijke vormen van misbruik. (zie punt 3.2.2)

---

<sup>146</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1903-1904. (rapport); INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, United Nations Publication, New York, februari 2010, 114. (jaarverslag); ROTH, M.T., MOORE, C.G., IVEY, J.L., ESSERMAN, D.A., CAMPBELL, W.H. & WEINBERGER, M., *l.c.*, (220), 221.

<sup>147</sup> BUZIARSIST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 1854 en 1862. (rapport)

<sup>148</sup> SIMONI-WASTILA, L. & KERI YANG, H., *l.c.*, (380), 381; EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 'Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem', *Drugs in beeld*, 2008, 2. (nieuwsbrief)

### 3.2.1 De vormen van onopzettelijk misbruik

Het onopzettelijk incorrect innemen van medicatie door ouderen hangt vaak samen met hun verminderde zicht, gehoor, coördinatie en cognitie. Het is niet ongewoon dat oudere mensen de bijsluiter of instructies van de arts, als gevolg van hun verminderde zintuiglijke functies, verkeerd begrijpen of interpreteren. Ook hun bewustzijn van tijd en ruimte kan bijdragen tot het niet tijdig innemen van bepaalde medicatie.<sup>149</sup> Op die manier is het correct innemen van psychoactieve medicatie vaak onbewust onmogelijk omwille van hun eigenlijke verouderingskenmerken.<sup>150</sup>

### 3.2.2 De vormen van opzettelijk misbruik

Terwijl Simony-Wastila erop wijst dat problematisch gebruik van voorgeschreven medicatie veelal onopzettelijk plaatsvindt bij ouderen,<sup>151</sup> blijkt uit het onderzoek van Dooghe et al. over de leefsituatie van bejaarden, dat de oudere bevolkingsgroep vaak ook doelbewust hun gebruik van de door hun arts voorgeschreven dosis laten afwijken. Zo komt het bijvoorbeeld voor dat de oudere die meerdere pillen per dag dient in te nemen en zich met dergelijk hoog aantal niet kan verzoenen, een bewuste selectie maakt bij het innemen van die middelen die hij/zij belangrijk acht te zijn.<sup>152</sup> Dit kan gezien worden als een vorm van misbruik omdat het wegselecteren van bepaalde voorgeschreven middelen – zonder het advies van de arts hierover in te winnen – aanleiding kan geven tot bepaalde klachten of ziektes, of tot het ondermaats gebruiken van de psychoactieve middelen. Op zijn beurt kan dit ertoe leiden dat de arts overgaat tot het voorschrijven van nog zwaardere psychoactieve medicatie, doordat de lichtere geen effect op de oudere patiënt blijken te hebben. Het opzettelijk misbruiken van geneesmiddelen door ouderen kan eveneens aan de kost van de middelen gerelateerd worden. Psychoactieve middelen als slaap- en kalmeringsmiddelen

---

<sup>149</sup> DENNEBOOM, W., *Improving medication safety in the elderly*, Nijmegen, 2008, 7-8. (proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen); DOOGHE, G., VANDEN BOER, L. & VANDERLEYDEN, L., *o.c.*, 97.

<sup>150</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1884.

<sup>151</sup> SIMONI-WASTILA, L. & KERI YANG, H., *l.c.*, (380), 384.

<sup>152</sup> DOOGHE, G., VANDEN BOER, L. & VANDERLEYDEN, L., *o.c.*, 97.

worden niet terugbetaald door de ziekteverzekering, wat ertoe bijdraagt dat dergelijke middelen voor de (gepensioneerde) patiënten een hoge kost zijn.<sup>153</sup>

Een andere vorm van bewuste overconsumptie van psychoactieve middelen is het bezoeken van verschillende artsen of deskundigen, om zo meerdere voorschriften te verkrijgen.

Ook het combineren van psychoactieve medicatie met andere middelen (medicijnen, alcohol of illegale drugs) kan als een vorm van opzettelijk (bewust) of onopzettelijk (onbewust) geneesmiddelenmisbruik gezien worden. Het innemen van psychoactieve medicatie in combinatie met andere middelen kan tot nadelige interactie-effecten leiden. Deze werden eerder al in punt 1.3.2 besproken.

### **3.3 Ouderen en welzijn**

De ouderen zijn als gevolg van hun biologische, demografische en sociale factoren een risicopopulatie binnen het debat van overmatige consumptie van geneesmiddelen.<sup>154</sup> Al deze kenmerken en veranderingen hangen samen met het verouderingsproces dat een persoon naarmate het ouder worden, ervaart.<sup>155</sup> De problemen die een ouder wordend persoon ervaart, geven vaak aanleiding tot het consumeren van geneesmiddelen. Daar ziektes en kwaaltjes bij ouderen bijgevolg vaak lange tijd aanhouden, is zo ook de eerste stap naar chronisch gebruik van middelen gezet.<sup>156</sup>

Het verouderingsproces kan gepaard gaan met een dalende lichamelijke en geestelijke gezondheid, een verlies van lichamelijke functies en mobiliteit, een verlies van sociale

---

<sup>153</sup> Gesprek met deskundige in de huisartsgeneeskunde Prof. dr. Marc De Meyere, UZ Gent K3, 1 december 2009; DOOGHE, G., VANDEN BOER, L. & VANDERLEYDEN, L., *o.c.*, 97; KLEIN, J., TURVEY, C. & WALLACE, R., 'Elders who delay medication because of cost: health insurance, demographic, health, and financial correlates', *The Gerontologist*, 2004, (779), 779; MURRAY, M. D. & CALLAHAN, C. M., *l.c.*, (425), 425-426; FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1884.

<sup>154</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1872.

<sup>155</sup> SAWYER, P., BODNER, E. V., RITCHIE, C. S. & ALLMAN, R. M., *l.c.*, (316), 360; SHAB, E., 'The medicalisation of old age', *BMJ*, 2002, (861), 862.

<sup>156</sup> EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 'Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem', *Drugs in beeld*, 2008, 2-3. (nieuwsbrief)

contacten en mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding, een verlies aan inkomen, huisvesting, familieleden en vrienden. Deze veranderingen kunnen vaak op psychisch vlak met een toenemende eenzaamheid, afhankelijkheid, angst, depressie, slapeloosheid, geheugenverlies, e.d. gepaard gaan.<sup>157</sup> Al deze factoren helpen mee de gezondheid en het welzijn van een persoon te bepalen.<sup>158</sup> Specifiek naar de ouderen toe, wordt het welzijn voornamelijk bepaald door de zorg die zij nodig hebben en de mate waarin dit plaatsvindt.<sup>159</sup>

### 3.3.1 Lichamelijke gezondheid en beweging

Naarmate mensen ouder worden, kunnen lichamelijke functies verloren gaan. De oudere kan een deel van zijn mobiliteit verliezen, maar ook een deel van zijn vrijheid en onafhankelijkheid. Verlies van mobiliteit en vrijheid kan bijgevolg gepaard gaan met een verlies van sociale relaties. Door het ouder worden kan een persoon zich eenzamer gaan voelen.

De verminderde lichamelijke activiteit van ouderen is vaak te wijten aan pijn en ziekte. Bijgevolg kan hier de eerste aanzet tot het innemen van pijnstillers liggen.

Het beperkt eveneens de mogelijkheden op het vlak van vrijetijdsbesteding. Sommige ouderen zijn nog in staat om actief deel te nemen aan verenigingen, of in hun moestuintje of met de kleinkinderen bezig te zijn. Anderen bezitten de mogelijkheden tot het uitoefenen van dergelijke functies niet meer. Hierdoor komen ze minder in contact met anderen, wat tevens een negatieve invloed op hun sociale relaties en welzijn kan uitoefenen.<sup>160</sup>

---

<sup>157</sup> EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 'Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem', *Drugs in beeld*, 2008, 2-3. (nieuwsbrief); DEEG, D. J. H. & BRAAM, W., *l.c.*, (136), 136-146.

<sup>158</sup> KAPLAN, G.A., 'Health and Aging in the Alameda County Study', in *Aging, Health behaviours, and health outcomes*, SHAIE, K.W., BLAZER, D. & HOUSE, J.S., (eds.), Hillsdale New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1992, 71-78; MARCOEN, A., *l.c.*, (521), 524-525; DEEG, D. J. H. & BRAAM, W., *l.c.*, (136), 138-140.

<sup>159</sup> NIEHOF, A., 'Ouderen, zorg en welzijn: een pleidooi voor een vergelijkende benadering', *Medische Antropologie*, 1997, 15.

<sup>160</sup> WIEGMANS, H. H., *o.c.*, 49; THOMPSON, P., *l.c.*, (23), 30-32; HEYLEN, L. & MORTELMANS, D., 'Trends in sociale participatie en isolatie van ouderen' in *Ouderen in Vlaanderen 1975-2005*, CANTILLON, B., VAN DEN BOSCH, K. & LEFEBURE, S., (red.), Leuven, Acco, 2007, 135-136.



### 3.3.2 Zelfredzaamheid en onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid is voor de hedendaagse mens heel belangrijk. Het vrij zijn in het eigen handelen, keuzes maken en uitoefenen van functies, hangt nauw samen met het welbevinden van een persoon. Naarmate we ouder worden, is het onafhankelijk en zelfstandig zijn echter niet meer zo vanzelfsprekend. Het niet in staat zijn tot het zelf nemen van initiatieven, bijvoorbeeld het contacteren van familie of het bezoeken van vrienden, beperkt de oudere in zijn vrijheid en zijn eigen wil en zelfredzaamheid. Vele ouderen hebben het moeilijk met het verlies van deze vrijheid,<sup>161</sup> maar nog meer met het afhankelijk zijn van anderen. Zo zijn er vele ouderen die ertoe gedwongen zijn hun boodschappen en poetswerk door familie en hun verzorging door verpleegkundigen te laten doen.<sup>162</sup>

Ook op het vlak van economische status en inkomen, kan men naarmate het ouder worden problemen ervaren.<sup>163</sup> Naast het belang van de onafhankelijkheid voor de zorg van familie en/of kinderen, is ook het bezitten van economische onafhankelijkheid een belangrijk punt voor het ouder wordend individu.<sup>164</sup>

### 3.3.3 Communicatie en sociale relaties

Communiceren met anderen is één van de belangrijkste functies van de mens. Ouderen kunnen hierbij echter problemen ondervinden als gevolg van de afnemende lichamelijke en geestelijke gezondheid, bijvoorbeeld door ziekte.<sup>165</sup> Zo kan het communicatievermogen van een oudere onder andere door gehoorverlies of spraakgebrek afnemen. Ook geheugenverlies kan als een storende factor bij het communiceren ervaren worden. Communicatie hangt nauw samen met de sociale relaties van een persoon. Maar met het toenemen van de leeftijd, kunnen ook de sociale contacten met vrienden en familie afnemen. Veel relaties kunnen door een gebrek aan mobiliteit en zelfredzaamheid

---

<sup>161</sup> THOMPSON, P., *l.c.*, (23), 28; HEYLEN, L. & MORTELMANS, D., *l.c.*, 135.

<sup>162</sup> NIEHOF, A., *l.c.*, (7), 18.

<sup>163</sup> WIEGMANS, H. H. G., *o.c.*, 26.

<sup>164</sup> NIEHOF, A., *l.c.*, (7), 14.

<sup>165</sup> WIEGMANS, H. H. G., *o.c.*, 60-64.

verwateren. Andere relaties zoals met de familie en het gezin kunnen afnemen in frequentie of verdwijnen (voornamelijk als gevolg van sterfte).<sup>166</sup> Relaties en verbondenheid met anderen zijn belangrijk voor de mens en oefenen een sterke invloed uit op de gezondheid en het welbevinden. Voornamelijk de relaties met de familie, het gezin en de kinderen zijn van groot belang.<sup>167</sup> Ook een goede relatie met kleinkinderen heeft een positieve invloed op het zelfwaardegevoel en het welbevinden van de oudere.<sup>168</sup>

Sociale contacten zijn essentieel om zich gelukkig te voelen en een tekort aan of verlies van sociale contacten kan leiden tot volledige isolatie, alsook verminderde sociale banden (en sociale controle).<sup>169</sup> Vele ouderen voelen zich, als gevolg van het verlies van sociale en familiale relaties, eenzaam en depressief.<sup>170</sup>

### 3.3.4 Geestelijke gezondheid en geloof

Ook de geestelijke gezondheid is naarmate het ouder worden aan veranderingen onderhevig. Zo zien we dat oudere personen vaak meer gevoelens van angst, eenzaamheid, depressie, verwardheid, slapeloosheid, en dergelijke ervaren.<sup>171</sup> De verlichting die psychoactieve medicijnen op deze vlakken kunnen bieden, maken hen aantrekkelijk voor consumptie door de ouderen in onze samenleving.

Ook geloof is heel belangrijk voor oudere personen. Geloof helpt hen om de veranderde aspecten van het leven te leren aanvaarden. Het is een vorm van coping die voornamelijk door de oudere generaties belangrijk wordt geacht. Geloof helpt de oudere om succesvol ouder te worden, omdat het ervoor zorgt dat de oudere de betekenis van zijn leven beter beseft. Een persoon die zijn geloof (bijvoorbeeld in God) verliest, verliest in vele gevallen ook de mogelijkheid om de vele veranderingen van het leven te kunnen aanvaarden en

---

<sup>166</sup> THOMPSON, P., *l.c.*, (23), 36.

<sup>167</sup> NIEHOF, A., *l.c.*, (7), 13; THOMPSON, P., *l.c.*, (23), 34-35.

<sup>168</sup> MARCOEN, A., 'Grootouderschap: een uitdaging', in *Grootouders, tussen mogen en moeten*, MARCOEN, A., (red.), Leuven, Garant, 1996, 16.

<sup>169</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1873-1874; HEYLEN, L. & MORTELMANS, D., *l.c.*, 111.

<sup>170</sup> JYLHÄ, M. & JOKELA, J., 'Individual Experiences as Cultural – a Cross-cultural Study on Loneliness Among the Elderly', *Ageing and society*, 1990, (295), 312.

<sup>171</sup> GOSSOP, M. & MOOS, R., *l.c.*, (347), 347.

verwerken, en er de zingeving van te kunnen inzien. Geloof omvat datgene dat de mens sterk maakt en sterk houdt. Het geloof in iets brengt extra kracht, moed, doorzettingsvermogen en realisatiezin met zich mee. En dit is belangrijk voor een persoon die sociaal afgezonderd leeft, afhankelijk en eenzaam is.<sup>172</sup>

### **3.3.5 Psychofarmaca als copingstrategie**

Het principe van coping (waarvan het gebruik van psychoactieve medicijnen een voorbeeld is) kan omschreven worden als het mechanisme dat ouderen toepassen om opnieuw meer waarde aan hun leven te geven. Hoe cynisch dit ook klinkt. Tegenwoordig gelooft de mens nu eenmaal heel sterk in de maakbaarheid van alles, inclusief de mens zelf.<sup>173</sup> Het is gemakkelijker om iets te veranderen tot het gewenste, dan om het ongewenste te aanvaarden.

Wanneer mensen iets belangrijk vinden, streven zij er naar om datgene ook daadwerkelijk te bereiken. In de meeste gevallen slaagt men in dit streven. Maar wanneer er bepaalde factoren dit streven belemmeren, bijvoorbeeld de verminderde lichamelijke functies en zelfredzaamheid van ouderen, is de slaagkans nihil. Op dit punt zal de mens gebruik maken van cognitieve aanpassing aan de nieuwe situatie, ofwel met behulp van copingstrategieën de onaanvaardbare situatie trachten te omzeilen.<sup>174</sup> Ook het gebruik van psychofarmaca kan als copingstrategie voor een onaanvaardbare situatie gezien worden.

## **3.4 Gevaren en gevolgen**

De 65-plussers binnen onze samenleving omvatten niet alleen de grootste groep van chronische gebruikers van (psychoactieve) medicatie (zie supra), maar tevens de groep die het grootst aantal risicofactoren vertoont voor het ervaren van afhankelijkheid en ernstige

---

<sup>172</sup> MARCOEN, A., *l.c.*, (521), 530-533.

<sup>173</sup> JANSSEN, M., 'ADHD-er leeft op 5 sporen tegelijk', *Deviant*, 2005, (4), 5-6.

<sup>174</sup> DEEG, D. J. H. & BRAAM, W., *l.c.*, (136), 145.

gevolgen op gezondheidsvlak. Dit is voornamelijk te wijten aan hun verminderde gezondheidstoestand en welbevinden als gevolg van de lichamelijke, geestelijke en sociale veranderingen die zij – naarmate het ouder worden – ervaren.

### 3.4.1 Afhankelijkheid en tolerantie

Vooreerst hebben ouderen veelal met diverse gezondheidsproblemen en kwaaltjes te kampen. Hun geneesmiddelengebruik beperkt zich niet tot één enkel pilletje. Ook zijn de meeste gezondheidsproblemen op latere leeftijd (waaronder bijvoorbeeld een verminderd gezichtsvermogen, gehoor en geheugen) van blijvende duur. De tijdsduur van de in te nemen medicijnen is dus in plaats van tijdelijk, veelal over een langere periode aanhoudend.<sup>175</sup> Dit brengt met zich mee dat ouderen in grote aantallen aan chronische polyfarmacie onderhevig zijn. Het gevaar van polyfarmacie ligt in de waarschijnlijkheid dat er interacties zullen optreden tussen de verschillende medicijnen.<sup>176</sup> Deze interacties kunnen negatieve en ongewenste effecten op iemands geestelijke of lichamelijke gezondheid veroorzaken. Het chronisch gebruiken van psychoactieve medicijnen, leidt op zijn beurt tot afhankelijkheid en tolerantie.

Naast het hoge gebruik van verschillende medicijnen, is de waarschijnlijkheid tot het optreden van afhankelijkheid tegenover psychoactieve medicijnen onder de oudere bevolking eveneens hoger dan onder de jongere klassen in de samenleving als gevolg van de veranderende werking van het lichaam bij ouderen.<sup>177</sup> De farmacokinetiek en de farmacodynamiek van een lichaam zijn de bepalende kenmerken over hoe een individu een geneesmiddel opneemt, verwerkt en de effecten ervan ervaart. Zowel de farmacokinetiek als de farmacodynamiek ondergaan veranderingen naarmate de leeftijd toeneemt. Ouderen

---

<sup>175</sup> ZUBENKO, G. S. & SUNDERLAND, T., 'Geriatric psychopharmacology: why does age matter?', *Harvard Rev Psychiatry*, 2000, (311), 312; FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1872.

<sup>176</sup> NGUYEN, J.K., et al., zoals geciteerd in PETROVIC, M., SOMERS, A. & VANDER STICHELE, R., *l.c.*, (795), 795; VINKS, T. H. A. M., EGBERTS, T. C. C., DE LANGE, T. M. & DE KONING, F. H. P., 'Pharmacist-based medication review reduces potential drug-related problems in the elderly. The SMOG Controlled Trial', *Drug Aging*, 2009, (123), 124.; ZUBENKO, G. S. & SUNDERLAND, T., *l.c.*, (311), 312.

<sup>177</sup> SIMONI-WASTILA, L. & KERI YANG, H., *l.c.*, (380), 385; KONIJNENDIJK, A., *Problematisch middelengebruik onder ouderen en omgang daarmee door hulpverleners*, Twente, 2007, 10. (Bachelorthese Universiteit Twente, Psychologie)

gaan op een andere manier medicijnen in het lichaam opnemen en de effecten ervan ervaren.<sup>178</sup> Vooral met betrekking tot de psychoactieve medicatie is het voor de voorschrijvende arts moeilijk te voorspellen hoe de oudere persoon op het middel zal reageren. Het lichaam zal vlugger tolerantie en afhankelijkheid voor het middel opbouwen, maar tevens ook meer neveneffecten ondervinden bij het gebruik van dergelijke medicijnen. Als de oudere ook nog eens verschillende medicijnen inneemt, is de voorspelbaarheid des te kleiner en het risico op problematische neveneffecten des te groter. Net daarom is het voornamelijk bij ouderen noodzakelijk dat de desbetreffende arts de beleving van de oudere met betrekking tot het geneesmiddel goed opvolgt.<sup>179</sup> Hierbij merkt Murray op dat de meeste neveneffecten van medicijnen bij ouderen niet enkel samenhangen met de lichamelijke kenmerken van deze bevolkingsgroep, maar voornamelijk met het onjuist toedienen van de medicatie.<sup>180</sup> (zie supra) Let wel: ook bij correcte inname van de voorgeschreven medicatie kunnen er zich afhankelijkheids- en tolerantieproblemen voordoen.<sup>181</sup>

### 3.4.2 Andere neveneffecten en interactie-effecten

De meest voorkomende gevolgen die ouderen ervaren na het consumeren van psychoactieve middelen zijn verwardheid en vallen.<sup>182</sup> Heel wat heupbreuken onder de oudere populatie zijn toe te schrijven aan het gebruik van medicatie met psychoactieve werking. Uit onderzoek blijkt dat de consumptie van langwerkende benzodiazepinen de

---

<sup>178</sup> DOOGHE, G., VANDEN BOER, L. & VANDERLEYDEN, L., *o.c.*, 96; COONEY, D. & PASCUZZI, K., 'Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension', *Clin Geriatr Med*, 2009, (221), 223-224; ZUBENKO, G. S. & SUNDERLAND, T., *l.c.*, (311), 311.

<sup>179</sup> ROTH, M. T., WEINBERGER, M. & CAMPBELL, W. H., *l.c.*, (1096), 1096; KONIJNENDIJK, A., *Problematisch middelengebruik onder ouderen en omgang daarmee door hulpverleners*, Twente, 2007, 10-11. (Bachelorthese Universiteit Twente, Psychologie); DENNEBOOM, W., *Improving medication safety in the elderly*, Nijmegen, 2008, 7. (Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen)

<sup>180</sup> MURRAY, M. D. & CALLAHAN, C. M., *l.c.*, (425), 426.

<sup>181</sup> EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 'Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem', *Drugs in beeld*, 2008, 2. (nieuwsbrief); FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1878.

<sup>182</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1878; Novadic Kentron, *Medicijnverslaving*, Netwerk voor Verslavingszorg, 2. (brochure); IYER, S., NAGANATHAN, V., MCLACHLAN, A.J. & LE COUTEUR, D.G., *l.c.*, (1021), 1027-1028.

meest waarschijnlijke oorzaak voor deze valpartijen onder ouderen is.<sup>183</sup> Het wordt dan ook sterk afgeraden dat langwerkende benzodiazepinen door ouderen geconsumeerd worden.<sup>184</sup>

Langdurig gebruik van benzodiazepinen kan bij bejaarden bovendien tot overdreven en langdurige slaperigheid leiden.<sup>185</sup>

Ook het optreden van concentratie- en geheugenstoornissen na consumptie van psychofarmaca blijkt het hoogst te zijn onder de oudere bevolkingsgroep.<sup>186</sup>

Uit onderzoek van Pit, Byles en Cockburn bleken vooral slaapproblemen, maagproblemen, duizeligheid, huiduitslag, incontinentie en verstopping als neveneffecten door ouderen te worden ervaren.<sup>187</sup> Maar ook alle overige bijwerkingen die bij de consumptie van psychoactieve medicatie kunnen optreden, zoals besproken in het eerste hoofdstuk (zie punt 1.3), kunnen door ouderen ervaren worden.

De lichamelijke veranderingen die optreden naarmate het ouder worden (farmacokinetiek en farmacodynamiek) én de hoge mate aan polyfarmacie bij ouderen, leiden ertoe dat deze bevolkingsgroep meer dan de jongere bevolkingslagen bijwerkingen van medicatietoediening ervaart.<sup>188</sup> Een reden te meer tot bezorgdheid.

---

<sup>183</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1878.

<sup>184</sup> VAN DER STICHELE, R. H., VAN DE VOORDE, C., ELSEVIER, M. M., et al., *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*, KCE reports, vol. 47A, Brussel, KCE, 2006, 104.

<sup>185</sup> DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête België 2004, Synthèse*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 63. (rapport)

<sup>186</sup> RINZE, B., *l.c.*, 69.

<sup>187</sup> PIT, S. W., BYLES, J. E. & COCKBURN, J. C., 'Prevalence of self-reported risk factors for medication misadventure among older people in general practice', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2008, (203), 203 en 206.

<sup>188</sup> VINKS, T. H. A. M., EGBERTS, T. C. C., DE LANGE, T. M. & DE KONING, F. H. P., *l.c.*, (123), 124; EGGER, S. S., BACHMANN, A., HUBMANN, N., SCHLIENGER, R. G. & KRÄHENBÜHL, S., *l.c.*, (823), 824; VAN DER STICHELE, R. H., VAN DE VOORDE, C., ELSEVIER, M. M., et al., *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*, KCE reports, vol. 47A, Brussel, KCE, 2006, vii; ZUBENKO, G. S. & SUNDERLAND, T., *l.c.*, (311), 318.

### 3.4.3 Ontwenningsverschijnselen

Uit onderzoek van Duzijn<sup>189</sup> blijkt dat 14% van de 65-plussers last heeft van ontwenningsverschijnselen als ze stoppen met het innemen van slaap- en kalmeringsmiddelen.<sup>190</sup>

Dergelijke ontwenningsverschijnselen zijn onder andere slapeloosheid en verontrustende dromen, pijn en gevoelens van ziek zijn.<sup>191</sup> Ook verhoogde verbale en fysieke agressie kunnen na het stoppen met de consumptie van psychofarmaca als ontwenningsverschijnselen optreden.<sup>192</sup>

Het ervaren van dergelijke symptomen bij het minderen of zelfs stoppen met psychoactieve medicatie, geeft vaak aanleiding tot het opnieuw consumeren van deze middelen. De persoon in kwestie gaat dergelijke symptomen meestal niet als ontwenningsverschijnselen zien, maar als het terug optreden van de oorspronkelijke symptomen die de aanleiding tot het beginnen consumeren van het middel waren.<sup>193</sup> Bijgevolg zal de oudere, die verder geen duidelijke informatie en bijstand van de arts krijgt, geloven in de noodzaak tot inname van het middel en zijn chronisch gebruik verder zetten.

---

<sup>189</sup> DUZIJN, B., Ouderen en gezondheid: verslag van onderzoek naar psychische gezondheid en toekomstige zorgvraag van vijftigplussers in Twente, Twente, Mediant, 2006.

<sup>190</sup> KONIJNENDIJK, A., *Problematisch middelengebruik onder ouderen en omgang daarmee door hulpverleners*, Twente, 2007, 9. (Bachelorthese Universiteit Twente, Psychologie)

<sup>191</sup> BARTER, G. & CORMACK, M., *l.c.*, (491), 496.

<sup>192</sup> IYER, S., NAGANATHAN, V., MCLACHLAN, A.J. & LE COUTEUR, D.G., *l.c.*, (1021), 1028.

<sup>193</sup> BARTER, G. & CORMACK, M., *l.c.*, (491), 496; KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., 'Long term use of benzodiazepines: the views of patients', *British Journal of General Practice*, 1990, 194; ZITMAN, F.G., OUDE VOSHAAR, R.C. & KAN, C.C., 'Stoppen met chronisch gebruik van benzodiazepinen', *Psyfar*, 2006, (9), 9-10.

## 3.5 Houding van de consument

### 3.5.1 De houding van de consument

Bij de uitwerking van de factoren die aanwezig zijn binnen de problematiek van het middelenmisbruik, werden er drie actoren beschreven die allen inspelen op elkaar en op het versterken of verzwakken van de relatie tot gebruik en misbruik van de betreffende middelen. Eerder in deze masterproef (zie punt 2.2) werd reeds aangehaald dat niet-medische ziektes een creatie zijn van de individuele, sociale en maatschappelijke ontwikkelingen,<sup>194</sup> waar de farmaceutische industrieën en de artsen naderhand gunstig op inspeelden met steeds nieuwe en betere geneesmiddelen.<sup>195</sup> Maar ook de consument speelt een belangrijke schakel binnen de twee tendensen van medicalisering en normalisering van niet-medische ziektes. Waar er voorheen een algemene pillenpreutsheid onder de mensen heerste, heeft de mens nu een opvallend hoog vertrouwen aan de medische industrie. We geloven in de maakbaarheid van de mens en schenken daartoe ons volste vertrouwen in de geneesmiddelen die we, vaak onbewust en passief, consumeren.<sup>196</sup> Doch naast het gebruik van medicijnen zien we tegenwoordig ook meer en meer overmatig gebruik of misbruik van medicijnen ontstaan. Dit misbruik kan enerzijds te wijten zijn aan passieve consumenten die door een gebrek aan informatie onbewust dergelijke middelen gaan combineren of langdurig gaan innemen.<sup>197</sup> Anderzijds zijn er ook veel ouderen die geheel bewust hun consumptiepatroon verhogen, verlengen of aanvullen met andere middelen. Maar wanneer zich de wens tot het stoppen met het middel opdringt, dan lijkt dit voor velen alsnog onmogelijk te zijn. Deze onmogelijkheid tot het stoppen met hun gebruik

---

<sup>194</sup> Gesprek met deskundige in de huisartsgeneeskunde Prof. dr. Marc De Meyere, UZ Gent K3, 1 december 2009.

<sup>195</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 248; BOUMA, J., *o.c.*, 452.

<sup>196</sup> ANTHIERSENS, S., *Benzodiazepines: Sleeping through the problem. (Avoiding of) initiation of benzodiazepines in primary care, perceptions of general practitioners, patients and nurses*, Gent, 2008, 11. (doctoraat Universiteit Gent, Departement of General Practice and Primary Health Care); VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 71; Gesprek met deskundige in de huisartsgeneeskunde Prof. dr. Marc De Meyere, UZ Gent K3, 1 december 2009; WAKEMAN, M.A., *l.c.*, (420), 422.

<sup>197</sup> ANTHIERENS, S., HABRAKEN, H., PETROVIC, M., DEVEUGELE, M., DE MAESENEER, J. & CHRISTIAENS, T., *l.c.*, 1200-1201.; SIMONI-WASTILA, L. & KERI YANG, H., *l.c.*, (380), 384.



wordt in eerder onderzoek toegeschreven aan het gebrek aan informatie en kennis die de respondenten bezitten.<sup>198</sup>

Het zijn dus met andere woorden niet enkel de farmaceutische industrie en de artsen die een grote impact op het medicatiegebruik van de mens hebben, maar ook de consument zelf. De vraag is echter wat de invloed van de consument zelf is in de problematiek van misbruik van geneesmiddelen, en welke factoren deze rol beïnvloeden?

### 3.5.2 De houding van de oudere consument

Net als Rilatine voor jongeren, zijn benzodiazepinen voor ouderen tegenwoordig meer en meer een normaal gegeven. Ze gebruiken het omdat ze niet beter weten. Hun leeftijdsgenoten doen het, dus zij doen het ook. Het wordt gezien als normaal, het is een levenswijze.<sup>199</sup> De media toont ons al jarenlang het stereotiepe beeld van de huismoeder die afhankelijk is geworden van psychoactieve pillen omdat ze de stress en eenzaamheid niet meer aankan.<sup>200</sup> Maar is de stijgende overconsumptie geen groter probleem dan dat?

In tegenstelling tot dit mediabeeld toont eerder onderzoek aan dat vele gebruikers geen louter passieve consumenten zijn. Velen beweren ooit een poging te hebben gedaan om te stoppen en maar liefst 50% beweert de wens te hebben om te stoppen.<sup>201</sup> Doch de media en de ruime maatschappelijke visie blijven nog steeds gefocust op het oorspronkelijke beeld van de verslaafde huisvrouw, en blijken dit beeld zelfs nog aan te vullen met nieuwe stereotiepen (bijvoorbeeld de ADHD-jongere en de oververmoeide zakenvrouw of zakenman).

In de meeste onderzoeken laat men meestal het licht schijnen op de maatschappelijke veranderingen, alsook op de farmaceutische industrie en de artsen. In mijn onderzoek wens ik echter de problematiek van de overconsumptie eens vanuit een andere hoek te belichten, met name de plaats waar de consument zelf staat en handelt. Door de attitudes van

---

<sup>198</sup> DOOGHE, G., VANDEN BOER, L. & VANDERLEYDEN, L., *o.c.*, 97.

<sup>199</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1883-1884.

<sup>200</sup> DEHUE, T., *o.c.*, 92-94.

<sup>201</sup> KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., *l.c.*, (194), 194.

chronische gebruikers ten opzichte van de middelen die ze innemen te achterhalen, is het mogelijk om meer inzicht te verwerven in de redenen die de consument toeschrijft aan zijn aanhoudend gebruik.<sup>202</sup> Dit is een interessante invalshoek, waardoor preventieve handelingen in de toekomst doelgerichter aangepakt kunnen worden.

### 3.5.3 Voorgaande onderzoeken

Van Der Geest stelt dat onderzoek met betrekking tot het welzijn van ouderen te vaak vanuit het oogpunt van de winstmakers vertrekt en onvoldoende aandacht toekent aan de maatschappelijke context en de visie van de ouderen zelf op hun situatie.<sup>203</sup> Kennis over de visie van ouderen en hun eigen houding, kan belangrijk inzicht opleveren in de rol die zij zelf uitoefenen op hun situatie. Het onderzoek dat ik in het kader van mijn masterproef wens te volbrengen, steunt op de bovenstaande kritiek van Van Der Geest. Alhoewel nog vrij beperkt zijn er reeds een aantal onderzoeken gedaan die vertrekken vanuit deze invalshoek. Het eerste onderzoek dat ik hier wens aan te halen betreft een studie van King, Gabe, Williams en Rodrigo<sup>204</sup>, die de visies van patiënten met betrekking op het langdurig gebruik van benzodiazepinen onderzocht. King et al. concluderen uit hun onderzoeksbevindingen dat 50% van hun onderzoekspopulatie niet overeen komt met het gevormde stereotiepe beeld in de media, omdat zij de wens hebben om te stoppen met hun gebruik van benzodiazepinen. Aansluitend hierop vond Haafkens in haar onderzoek naar benzodiazepinegebruik bij vrouwen, dat maar liefst 48% van hen hun dosis zelf aanpaste.<sup>205</sup> King et al. concludeerden eveneens dat de respondenten heel uiteenlopende visies hadden omtrent hun middelen, maar daartegenover zichzelf niet zagen als ziek of schuldig,<sup>206</sup> in tegenstelling tot wat in de media naar voren geschoven wordt.<sup>207</sup> King sluit af met de

---

<sup>202</sup> KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., *l.c.*, (194), 194.

<sup>203</sup> VAN DER GEEST, S., 'Ouderen en welzijn. Antropologische vragen en opmerkingen', *Medische Antropologie*, 1996, 185-196.

<sup>204</sup> KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., *l.c.*, 194-196.

<sup>205</sup> HAAFKENS, J., *Rituals of Silence. Long-term tranquilizer use by women in the Netherlands. A social study*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers, 1997, 145.

<sup>206</sup> KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., *l.c.*, (194), 196.

<sup>207</sup> DEHUE, T., *o.c.*, 92-94.

stelling dat het aangaan van een dialoog met chronische gebruikers een mogelijkheid opent om de specifieke redenen die schuilen achter hun gebruik te achterhalen.<sup>208</sup> Deze dialoog wordt vervolgens door King in de armen van de dokters geschoven.

Barter en Cormack gaan verder in op deze voorgaande studie van King et al., maar zij bakenen hun steekproef extra af tot de ouderen. De belangrijkste conclusie van Barter en Cormack is wellicht het feit dat heel wat ouderen hun chronisch gebruik verder zetten omwille van de ontwenningverschijnselen die ze als negatief ervaren en niet weten te plaatsen. Geen enkele consument had namelijk kennis hoe zijn arts aankeek tegenover zijn gebruik. Ze wensen te stoppen, maar hebben de hulp van de arts nodig, en die ontbreekt net.

Zowel King et al. als Barter en Cormack stellen dat de voornaamste reden waarom de patiënten dan toch de psychofarmaca blijven consumeren waarschijnlijk samenhangt met de onwetendheid over hoe hun arts staat tegenover hun gebruik en over welke ontwenningverschijnselen men mogelijks zal ervaren.<sup>209</sup> Het is bijgevolg noodzakelijk dat gebruikers correct geïnformeerd worden omtrent het succesvol stoppen met de behandeling opdat ze er effectief in zouden slagen.

Verder beschreef ook Sibyl Anthierens in haar doctoraatsonderzoek "Benzodiazepines: Sleeping through the problem",<sup>210</sup> eerder al de invloed van de consument op het voorschrijfgedrag van de arts. Zo concludeert zij dat de patiënt twee methodes hanteert om de arts te overhalen tot het voorschrijven van benzodiazepinen. De ene methode heeft betrekking op het maximaliseren van zijn problemen. De andere methode op het minimaliseren van zijn gebruik. (zie punt 2.2.2) De arts mag dan wel te vlug een voorschrift voor psychoactieve medicatie uitschrijven,<sup>211</sup> het is in de eerste plaats de consument die er om vraagt. De consument wenst geen dialoog aan te gaan met de arts of informatie te krijgen, hij wil enkel het medicijn. Echter, wanneer de consument na verloop van tijd

---

<sup>208</sup> KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., *l.c.*, (194), 196.

<sup>209</sup> KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., *l.c.*, (194), 196; BARTER, G. & CORMACK, M., *l.c.*, (491), 495-496.

<sup>210</sup> ANTHIERENS, S., *Benzodiazepines: sleeping through the problem. (Avoiding of) Initiation of benzodiazepines in primary care, perceptions of general practitioners, patients and nurses*, Gent, 2008, 144. (doctoraat Universiteit Gent, Departement of General Practice and Primary Health Care)

<sup>211</sup> ANTHIERENS, S., HABRAKEN, H., PETROVIC, M. & CHRISTIAENS, T., *l.c.*, (1), 4-5; BARTER, G. & CORMACK, M., *l.c.*, (491), 495-496.

overweegt om zijn gebruik toch maar af te bouwen, blijkt dit door een tekort aan informatie een onmogelijke opgave voor de patiënt te zijn.

De algemene conclusie die Anthierens uit haar onderzoeksgegevens naar voren haalt, is dan ook dat het starten van een benzodiazepine-behandeling vaak de aanleiding vormt tot het chronisch gebruiken van dit middel. Een conclusie die eerder al door Haafkens op grond van haar onderzoeksresultaten werd gesteld.<sup>212</sup>

De meeste onderzoeken die zich verdiepen in de overconsumptie van medicijnen focussen zich louter en alleen op hoe de respondent het eerste voorschrift en de daaropvolgende voorschriften verkrijgt. De algemene conclusie uit deze onderzoeken stelt dan ook dat de oorzaken van deze problematiek in handen van de artsen, die te vlug en omslachtig voorschriften voor psychoactieve medicijnen uitschrijven, liggen. De hierboven aangehaalde onderzoeken duiden echter aan dat het niet louter de artsen en de farmaceutische industrie zijn, die voor de overconsumptie van geneesmiddelen verantwoordelijk zijn. Deze onderzoeken gaan – in tegenstelling tot de meeste onderzoeken op het vlak van deze problematiek – wel verder in op de rol van de consument. Consumenten zijn met andere woorden geen louter passieve gebruikers van de voorgeschreven middelen. Vaak zijn het in de eerste plaats zij die naar pillen vragen. Ze denken wel degelijk bewust na over hun consumptie en zijn actief met hun middelengebruik bezig. Doch, zonder informatie en bijstand van de arts zijn ze niet in staat om zelf beslissingen te nemen tot het stoppen of het minderen van hun gebruik.

Zoals hierboven reeds aangehaald is het niet alleen belangrijk om na te gaan wat de invloeden van de farmaceutische industrie en van de artsen zijn. Ook de consument bouwt mee aan de medicaliserings- en normaliseringstendens. In die zin is onderzoek naar de attitudes en verwachtingen van de consument zelf niet alleen interessant om de redenen in het algemeen te achterhalen, maar ook en voornamelijk om de redenen die de consument aanhaalt en waar hij zelf een invloed op uitoefent, te achterhalen. Zoals King et al. stelt is het onderzoeken van de attitude en de beleving van gebruikers dan ook een eerste stap in

---

<sup>212</sup> HAAFKENS, J., *o.c.*, 144.

de richting naar het verwerven van dieper inzicht in de redenen waarom men aanhoudend de medicatie blijft consumeren.<sup>213</sup> Het onderzoek dat ik in het kader van mijn masterproef wens te volbrengen, vertrekt vanuit dit uitgangspunt. De doelstelling van mijn onderzoek is te achterhalen wat de rol van de oudere consument zelf, in de problematiek van het misbruik van psychoactieve medicatie, is. Hiertoe onderzocht ik de houding die de consument heeft tegenover zijn situatie, en de factoren die op die houding een invloed uitoefenen. In het volgende hoofdstuk wordt de opzet van mijn onderzoek uitgebreid besproken.

---

<sup>213</sup> KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., *l.c.*, (194), 194.

# HOOFDSTUK 4:

## Methodologie

### **4.1 Het onderzoek**

In mijn onderzoek richt ik mij specifiek tot de oudere individuen in de samenleving van boven de 65 jaar. De reden hiertoe ligt voornamelijk in het feit dat deze leeftijdsgroep een gebruikerspopulatie omvat waarbij chronisch gebruik het meest frequent aanwezig is. (zie punt 1.4.2) Verder is het bestuderen van deze populatie eveneens interessant vanuit de optiek van de persoonlijke invloed van de gebruiker. Uit de meeste voorgaande onderzoeken blijkt namelijk dat de ouderen zelf zo goed als geen invloed uitoefenen op hun overmatig gebruik van middelen. De valkuilen die men toeschrijft aan de stijgende problematiek van de overconsumptie zijn de hoge mate waarin de farmaceutische industrieën de hedendaagse mens bestoken met marketingstrategieën, alsook het te frequent voorschrijven van psychoactieve medicatie door de dokter.<sup>214</sup> Er is met andere woorden een gebrek aan een goede relatie tussen dokter en patiënt, waarbij geluisterd wordt naar de problemen van de patiënt en samen over de mogelijke oplossingen overlegd wordt. Er is tevens een tekort aan goede informatieoverdracht in deze relatie. Zo zou de dokter onvoldoende informatie aan de patiënt verlenen omtrent de middelen die hij gebruikt, de gevaren en gevolgen van de middelen bij langdurig of gecombineerd gebruik en de mogelijkheden tot het afbouwen of stoppen van het gebruik.

Met mijn onderzoek wens ik de stijgende overconsumptie van psychoactieve medicatie in onze huidige maatschappij vanuit een andere hoek te belichten. Er zijn namelijk drie actoren die een centrale rol uitoefenen op het consumptiegedrag van de mens. (zie punt 2.2) Naast de farmaceutische industrieën en de artsen, bezit ook de consument zelf een belangrijke

---

<sup>214</sup> VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *o.c.*, 157; ANTHIERENS, S., HABRAKEN, H., PETROVIC, M. & CHRISTIAENS, T., *l.c.*, (1), 4-5; BARTER, G. & CORMACK, M., *l.c.*, (491), 495-496.

invloed op zijn consumptiegedrag. Door na te gaan wat de attitudes van de gebruiker omtrent zijn gebruik zijn, is het mogelijk om de redenen voor zijn aanhoudend gebruik te achterhalen. Naast de redenen waar de artsen en de farmaceutische industrie een rol op uitoefenen, wens ik voornamelijk de aandacht te vestigen op die redenen die door de houding van de respondent beïnvloed en bepaald worden. Hiertoe baken ik de onderzoekspopulatie af tot de 65-plussers die voldoen aan een aantal vooraf opgelegde criteria. Met behulp van een halfgestructureerd interview wens ik deze gebruikers te bevragen omtrent hun attitudes en ervaringen in het kader van hun aanhoudende consumptie van psychoactieve medicatie.

Het soort onderzoek betreft aldus een empirisch onderzoek met de *case study* als onderzoeksstrategie. Deze strategie stelde me in de mogelijkheid om vanuit een holistische aanpak een volledig en correct inzicht in het onderwerp van mijn studie te verwerven.<sup>215</sup> Ik focuste me op het verkrijgen van gedetailleerde kennis en diepgang in het fenomeen van middelenmisbruik vanuit de invalshoek van de respondent zelf. Het voordeel van kwalitatief empirisch onderzoek in het kader van mijn onderwerp omvatte voornamelijk de mogelijkheid tot het opbouwen van vertrouwen met de onderzoekspopulatie om zo betrouwbare en valide informatie, gericht op diepgang en details, te bekomen.

Kwalitatief onderzoek is jammer genoeg heel duur en tijdsintensief.<sup>216</sup> Een eigenschap die moeilijk te rijmen valt met de mogelijkheden van een masterproef. De beperktheden op het vlak van tijd en budget lieten mij er bijgevolg niet toe om een grote onderzoekspopulatie samen te stellen en te bevragen. Ook is het, omwille van de kleinschaligheid van het diepgaand onderzoek, onmogelijk om de verworven kennis naar de volledige populatie te generaliseren.<sup>217</sup> Een eigenschap die in principe niet nagestreefd wordt in kwalitatief onderzoek, maar alsnog de nodige voorzichtigheid bij de analyse van de verkregen gegevens vereist. Een nadere beschrijving van de opzet van mijn onderzoek volgt in de onderstaande alinea's.

---

<sup>215</sup> DECORTE, T., *Methoden van Criminologisch onderzoek: Ontwerp en dataverzameling*. s.l.n.d., Academiejaar 2009-2010, 123; DECORTE, T., *Kwalitatieve Criminologische Methoden en Technieken*, s.l.n.d., 75.

<sup>216</sup> DECORTE, T., *o.c.*, 78.

<sup>217</sup> DECORTE, T., *o.c.*, 185, 104 en 128; MASO, I. & SMALING, A., *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*, Amsterdam, Uitgeverij Boom, 2004, 73.

## **4.2 Setting**

Mijn onderzoek speelde zich af in de drie clubhuizen voor senioren te Gentbrugge. Dit zijn plaatsen die onder toezicht en organisatie van de seniorendienst Gent, toegankelijk gesteld worden voor de 55-plussers.

Een clubhuis kan gezien worden als een sociale uitlaatklep voor actieve ouderen. Ze kunnen er tijdens de openingsuren vrijblijvend naartoe om bepaalde activiteiten met leeftijdsgenoten uit te oefenen. Niettegenstaande de leeftijdsdrempel worden de plaatsen veelal gekenmerkt door hun jonge geest en aangename sfeer.

Zowel het clubhuis Bassijn, Robinia als St.-Genois zijn gelegen binnen het grondgebied van Gentbrugge, maar trekken naast inwoners van Gentbrugge ook inwoners van de omliggende dorpen (waaronder bijvoorbeeld Sint-Amandsberg) aan. De clubhuizen van Gentbrugge zijn enkel tijdens de week toegankelijk en kennen, naast de algemene openingsuren van 14u00 tot 17u00, elk een afzonderlijke sluitingsdag. Ieder clubhuis heeft zijn eigen verantwoordelijke oudere en verschillende vrijwilligers die instaan voor de bar, afwas en verdere organisatie.

Alle clubhuizen omvatten een grote ruimte met een bar waar de ouderen samenkomen om een praatje te slaan en sociale contacten te onderhouden. Daarnaast kan men er biljarten, petanque spelen, kaarten, whisten, kegelen en nog verschillende andere volkspelen uitoefenen. Ieder clubhuis bezit zijn eigen weekplanning van de voornaamste dagactiviteit.

Tijdens de periode van mijn participerende observatie werd ik door alle clubhuizen heel vriendelijk onthaald. Doch, ondanks de onderlinge overeenkomsten op het vlak van doelstelling, organisatie en activiteiten, kennen alle drie de clubhuizen een eigen identiteit en sfeer. Het clubhuis de Bassijn is eerder een gezellige bar met trouwe bezoekers. De meeste bezoekers kennen elkaar ook. Het clubhuis Robinia kent eveneens een heel gezellige sfeer, met nog iets meer pit, onderlinge contacten en ambiance. Terwijl het clubhuis St.-Genois eerder een iets koelere sfeer uitstraalt, met heel wat beperkter contact en onderling vertrouwen.



Zo werd ik in het clubhuis de Bassijn en in het clubhuis Robinia heel nieuwsgierig opgenomen en uitgenodigd voor gesprek. Terwijl het clubhuis St.-Genois eerder weinig interesse en nieuwsgierigheid voor mij als vreemde en veel jongere bezoeker wist te tonen. Ook was het verschil in gewicht, die er binnen de verschillende clubhuizen aan mijn thesisonderwerp toegekend werd, opmerkelijk. Terwijl men in het clubhuis Robinia heel openlijk sprak over hun ervaringen en standpunten, kreeg ik in het clubhuis St.-Genois heel veel afstotende opmerkingen en wantrouwige reacties. In dit laatstgenoemde clubhuis was het taboe rond het gebruik van psychoactieve medicatie veel sterker aanwezig. Ook de mensen die beweerden ervaring met dergelijke medicijnen te hebben, waren veel minder geïnteresseerd in het onderzoek of in een gesprek inzake hun gebruik. Deze verschillende ervaringen brachten mij ertoe om iets minder bij het clubhuis Sint-Genois langs te gaan dan bij de clubhuizen Robinia en de Bassijn. Ook waren mijn bezoeken van iets kortere duur bij het clubhuis Sint-Genois, dan bij Robinia en de Bassijn.

### ***4.3 Onderzoekspopulatie***

#### **4.3.1 Identificatie van de onderzoekspopulatie**

Om de onderzoekspopulatie te kunnen identificeren werden er een aantal criteria opgesteld die het mogelijk moesten maken om de onderzoekspopulatie af te bakenen van de volledige populatie. Hieronder worden de vier verschillende vooropgestelde criteria verder uitgewerkt.

##### **a) Behoren tot de oudere bevolkingsgroep (+65 jaar);**

In mijn onderzoek beperkte ik me tot de studie van de oudere bevolkingsgroep, met name de 65-plussers. Deze afbakening betreft enerzijds een afweging om praktische redenen, maar is anderzijds ook gebaseerd op het feit dat deze oudere bevolkingsgroep de hoogste

prevalentie kent op het vlak van medicatiemisbruik. (zie punt 1.4.2) Deze laatste reden hangt samen met de drie hierna volgende criteria betreffende de onderzoekspopulatie.

**b) Aanhoudend consumeren van psychoactieve medicatie (minstens 3 maanden);**

Alhoewel het niet moeilijk is om de ouderen te onderscheiden van de andere leeftijdsgroepen in de samenleving, is het daarentegen onmogelijk om zomaar uit te maken welke ouderen al dan niet chronische gebruikers van psychoactieve medicatie zijn. In dit onderzoek wordt het chronisch gebruik van psychoactieve medicatie opgevat als het minstens drie keer per week innemen van dergelijke medicatie over een aanhoudende periode van minimum 3 maand.<sup>218</sup>

Het gebruik van psychoactieve medicatie mag de afgelopen jaren dan wel in sterke mate toegenomen zijn, de consumptie ervan wordt nog steeds met een soort taboe gekenmerkt. Mensen, waaronder ook de ouderen in onze samenleving, houden hun gebruik van dergelijke middelen voor anderen verborgen. Dit maakt het identificeren en verwerven van toegang tot deze gebruikerspopulatie moeilijker.

**c) Zelfstandig wonend zijn;**

Het taboe dat in onze maatschappij leeft omtrent psychoactieve medicatie is een eerste drempel in onderzoek naar het gebruik van deze middelen door bepaalde bevolkingsgroepen. We kunnen dus stellen dat consumenten van psychoactieve medicatie, met uitzondering van de medicatie-afhankelijken in een instelling of ziekenhuis, in zekere mate een verborgen onderzoekspopulatie zijn. Ook al worden dergelijke middelen veelal via legale netwerken als arts, verpleegkundige of apotheek verkregen, tussen zelfstandig wonende ouderen en deze opgenomen in rust- en verzorgingstehuizen, heerst een belangrijk verschil in gebruik en visie op het vlak van psychoactieve medicatie. Het is namelijk een feit dat gegevens verkregen uit gekende populaties verschillend zijn van de gegevens verkregen uit verborgen populaties die aan dezelfde onderzoekscriteria voldoen. Dit blijkt onder andere uit de reeds afgeronde onderzoeken van Zinberg, Watters en

---

<sup>218</sup> ZITMAN, *l.c.*, (9), 9.

Decorte. In zijn onderzoek naar heroïnegebruikers van 1984, kwam Zinberg tot de conclusie dat heel wat injecterende gebruikers die niet opgenomen zijn in een hulpverleningsinstelling, geen verslaafden zijn.<sup>219</sup> Ook uit het onderzoek van Watters in 1988 naar injecterende gebruikers, blijkt dat er verschillen bestaan in frequentie en voorkeur van gebruik.<sup>220</sup> Het doctoraatsonderzoek van Decorte naar cocaïne- en crackgebruikers toont eveneens aan dat niet alle gebruikers van cocaïne en crack geen controle over hun gebruik bezitten en aldus geen zwaar verslaafden zijn.<sup>221</sup>

De individuen die moeilijker te identificeren en te situeren zijn (de hidden populations) en dus moeilijker te benaderen voor onderzoek, vallen veelal uit de boot. Zo ook vallen bij wetenschappelijk onderzoek de zelfstandig wonende ouderen veelal uit de boot. Dit maakte het voor mij extra motiverend om me op de zelfstandig wonende en oudere gebruikers te focussen. Onder hen situeren zich immers de minst zichtbare en minst gekende groep van medicijnmisbruikers.

Het voeren van een kwalitatief onderzoek bij verborgen groepen biedt een bijzondere meerwaarde aan de reeds bestaande kennis op het vlak van deze problematiek. De interactie met de 'echte' wereld is een onmisbaar element binnen kwalitatief onderzoek en op het vlak van de wetenschappelijke kennis.

Daarenboven komt nog dat de ouderen die zelfstandig wonen en zelf hun gezondheid in de hand hebben hoogstwaarschijnlijk een veel persoonlijker en gemotiveerde houding hebben tegenover hun gebruik, dan de ouderen die in een rust- of verzorgingstehuis of een andere instelling wonen en geheel passief en onder toezicht hun medicatie innemen.

#### **d) Woonachtig zijn te Gentbrugge;**

Binnen de beperktheden van mijn masterproef was het noodzakelijk om voldoende afbakeningen in de onderzoekscriteria op te stellen, zodat het vooropgestelde onderzoek ook daadwerkelijk realiseerbaar zou zijn. Aldus beperkte ik me tot de oudere chronische

---

<sup>219</sup> ZINBERG, N.E., *Drug, Set and Setting: The basis for controlled intoxicant use*, New Haven, CT: Yale University Press, 1984, 277 p.

<sup>220</sup> WATTERS, J.K. & BIERNACKI, P., 'Targeted Sampling: Options for the Study of Hidden Populations', *Social Problems*, volume 36, October 1989, (416), 418.

<sup>221</sup> DECORTE, T., *The taming of cocaine. Cocaine use in European and American Cities*, Brussel, VUB University Press, 2000, 499 p.

gebruikersgroep woonachtig te Gentbrugge. Het opleggen van beperkingen in de ruimte, bespaarde me immers heel wat tijd en energie.

Verder bouwend op deze criteria en rekening houdend met de beperktheden op het vlak van tijd en budget in het kader van een masterproef, werkte ik mijn volledige onderzoeksopzet uit tot de aanwezige leden van de drie clubhuizen te Gentbrugge. (zie infra)

### **4.3.2 Het verwerven van toegang**

Naast het identificeren is het verwerven van toegang een tweede moeilijkheid aan onderzoek binnen verborgen populaties. Het bereiken van leden uit de verborgen onderzoekspopulatie is cruciaal, maar moeilijk voor het verder verloop van het onderzoek. Als 21-jarige studente is het bereiken en aanspreken van 65-plussers geen evidentie. Mensen gaan zich over het algemeen veel meer openstellen voor gelijken (bijvoorbeeld van hetzelfde ras, geslacht, leeftijdsgroep, ...).<sup>222</sup> Ook het aanspreken van mensen over hun onzichtbare of zelfs verborgen gehouden kenmerken en bezigheden is een cruciaal gegeven waar heel omzichtig mee moet worden omgegaan. Bij de opzet van mijn onderzoek heb ik dan ook heel nauwkeurig verschillende kanalen afgetast om, binnen de beperkingen van tijd en budget in het kader van mijn masterproef, toegang te verwerven.

De opzet van het onderzoek en de vooropgestelde criteria voor de respondenten maakten het onmogelijk om met behulp van rust- en verzorgingstehuizen, ziekenhuizen, instellingen en dergelijke, toegang te verwerven. De wens bestond er namelijk in om de verborgen gebruikers te benaderen en te onderzoeken met aandacht voor hun eigen visie, ervaringen en standpunten. De meest aangewezen methode was dan ook degene waarbij ik zelf met ouderen in contact kwam, hun vertrouwen inwon en tijd met hen doorbracht. Participerende observatie is een uitstekende methode om opgenomen te worden door de verborgen populatie en het vertrouwen van deze personen in te winnen.<sup>223</sup>

---

<sup>222</sup> MASO, I. & SMALING, A., *o.c.*, 96.

<sup>223</sup> KLEEMANS, E.R., KORF, D.J. & STARING, R., 'Mensen van vlees en bloed. Kwalitatief onderzoek in de criminologie', Tijdschrift voor Criminologie, 2008, 331.

Voor het benaderen van ouderen die psychoactieve medicijnen gebruiken, werd ervoor gekozen om gebruik te maken van een aantal clubhuizen van de senioren dienst Gent. Na duidelijke afspraken en toestemming van de senioren dienst Gent, kon ik met behulp van een *gatekeeper*<sup>224</sup> op redelijk korte termijn toegang verkrijgen tot de drie clubhuizen van Gentbrugge en aldaar met ouderen in contact komen. Deze persoon introduceerde mij in de desbetreffende clubhuizen, en bracht me in contact met de verschillende individuen die er aanwezig waren. Op deze manier werd ik niet aanzien als een volstrekt vreemde, daar ik geïntroduceerd werd door een persoon die zij reeds kenden. Dit wekte hun interesse en nieuwsgierigheid des te meer en maakte het eenvoudiger om vertrouwen te krijgen en aldus effectief met ouderen in contact te komen, met hen te praten en in hun buurt aanwezig te zijn.

#### **4.3.3 Het rekruteren van respondenten**

Bij het rekruteren van respondenten baseerde ik me op een aantal specifieke kenmerken als identificatiecriteria. De voorwaarden voor de steekproef waren een minimumleeftijd van 65 jaar, niet in een rust- of verzorgingstehuis woonachtig zijn en een aanhoudend gebruik van psychoactieve medicatie over een periode van minimum drie maand.

Het gebruik maken van een *gatekeeper* en de clubhuizen achtte ik als de efficiëntste manier om zelf in contact te komen met ouderen en aldus verschillende vertrouwensrelaties op te bouwen met de leden. De clubhuizen dienden echter enkel voor het in contact komen met ouderen en hen in te lichten over het onderzoek. Er werden geen verdere selectiemethodes gehanteerd.

Alle leden van het clubhuis werden ingelicht over de doelstelling en anonimiteit van het onderzoek. Indien ze aan de verschillende criteria voldeden, konden ze zich volledig vrijblijvend opgeven voor verdere deelname aan het onderzoek. Indien de oudere toestemde tot effectieve deelname, werd er een datum en uur afgesproken waarop bij de respondent thuis het eigenlijke interview zou plaatsvinden. De respondent werd nogmaals duidelijk geïnformeerd omtrent het doel, de methode en de duur van het onderzoek. Ook

---

<sup>224</sup> Een gatekeeper is een persoon die de onderzoeker in de mogelijkheid stelt om met een (verborgen) onderzoekspopulatie in contact te komen en hun vertrouwen en interesse in het onderzoek te winnen. DECORTE, T., *Kwalitatieve Criminologische Methoden en Technieken*, s.l.n.d., 41.

de volledige anonimiteit en vertrouwelijkheid van de gegevensverzameling en de -verwerking werden meegedeeld aan de respondent.

Alle respondenten deden vrijwillig mee aan het onderzoek. De vrijwillige deelname van de respondenten werd als uiterst belangrijk geacht voor de optimale gegevensverzameling op het vlak van betrouwbaarheid en validiteit. Voornamelijk het probleem van sociaal wenselijke antwoorden zou een grote negatieve impact op de betrouwbaarheid en de validiteit van de verzamelde gegevens hebben.<sup>225</sup> (zie infra)

Het was opmerkelijk dat het niet het onderwerp – dat in bepaalde mate nog als een taboe wordt gezien – was, dat de rekrutering van respondenten bemoeilijkte. Maar eerder het wantrouwen tegenover vreemden en voornamelijk het toelaten van vreemden in hun eigen woonst voor een interview dat vaak voor tegenkanting zorgde. Heel wat ouderen beweerden angstig te zijn voor onbekenden, daar zij de lichamelijke condities niet meer bezitten om zichzelf voldoende te verdedigen. Zo ook waren sommigen pas akkoord met de afname van een interview na herhaaldelijk weerzien in de clubhuizen.

Een tweede moeilijkheid bij de rekrutering van respondenten betrof de drukke agenda van de ouderen. Vele ouderen die beweerden psychoactieve medicatie te gebruiken, weigerden verdere deelname aan het onderzoek in de vorm van een interview daar zij er de tijd niet voor hadden. Ondanks het feit dat alle clubhuisbezoekers reeds op pensioen waren, hadden velen onder hen nog een druk leven met verhuisplannen, reisplannen, deelname aan verenigingen of clubs en het zorgen voor de kleinkinderen.

#### **4.4 Instrumenten**

Als onderzoeksinstrument werd de methodiek van het interviewen gehanteerd, waarbij met behulp van een halfgestructureerde vragenlijst gegevens van de respondenten werden verzameld. Ik richtte me op de zelfstandig wonende oudere personen die deel uitmaken van de verborgen populatie van misbruikers van psychofarmaca. Zo werden niet de dominante

---

<sup>225</sup> DECORTE, T., *Kwalitatieve Criminologische Methoden en Technieken*, s.l.n.d., 112.

visies binnen de samenleving verzameld, maar eerder die van de hulpbehoevende oudere die bewust medicatie slikt. (zie supra)

De vragenlijst werd opgesteld met behulp van de thema's en vragen uit de hierboven reeds aangehaalde onderzoeken van King et al.,<sup>226</sup> Barter en Cormack,<sup>227</sup> Haafkens<sup>228</sup> en Anthierens.<sup>229</sup> Er werd achtereenvolgens gepeild naar de houding van de respondent tegenover medicatie in het algemeen, de verschillende middelen en het gebruikspatroon, de redenen en houding bij het eerste voorschrift en bij de vervolgvorschriften, de tevredenheid en ervaringen na inname, de veranderingen in dosis, het gebruik in combinatie met andere middelen, de gebruiksomstandigheden en gevoelens en de houding van de respondent tegenover psychoactieve medicatie in het bijzonder. Alsook waren er enkele vragen in de vragenlijst opgenomen betreffende de algemene en demografische informatie van de respondent, zodat er voorzichtige stellingen geuit konden worden en beperkte generalisatie van de verkregen gegevens onder de onderzochte personen mogelijk was.

De vragenlijst zelf die ik bij de afname van de interviews als instrument hanteerde, is opgebouwd uit een aantal opinie- en houdingsvragen die peilen naar de attitude en visie van de oudere consumenten van psychoactieve medicatie. Eigen aan dergelijke houdingsvragen is de hoge gevoeligheid voor de wijze waarop ze geformuleerd worden. Daarom werd niet geopteerd voor een volledig open vragenlijst, maar een deels vooraf gestructureerde vragenlijst om een aantal abstracte begrippen te vereenvoudigen tot begrijpelijke antwoordschalen.<sup>230</sup>

Het gebruik maken van een halfgestructureerde vragenlijst bracht het voordeel met zich mee dat ik als onderzoeker gedurende het interview de nodige flexibiliteit bezat om op

---

<sup>226</sup> KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., 'Long term use of benzodiazepines: the views of patients', *British Journal of General Practice*, 1990, 194-196.

<sup>227</sup> BARTER, G. & CORMACK, M., 'The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences', *Family Practice*, 1996, 491-497.

<sup>228</sup> HAAFKENS, J., *Rituals of Silence. Long-term tranquilizer use by women in the Netherlands. A social study*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers, 1997, 177 p.

<sup>229</sup> ANTHIERENS, S., *Benzodiazepines: sleeping through the problem. (Avoiding of) Initiation of benzodiazepines in primary care, perceptions of general practitioners, patients and nurses*, Gent, 2008, 144 p. (doctoraat Universiteit Gent, Departement of General Practice and Primary Health Care)

<sup>230</sup> SCHUMAN & PRESSER, 1981, 251-252; CONVERSE, 1970 zoals geciteerd in BILLIET, J., 'De gestandaardiseerde vragenlijst', in *Een samenleving onderzocht. Methoden van social-wetenschappelijk onderzoek*, BILLIET, J. & WAEGE, H., (eds.), 2006, Antwerpen, Uitgeverij De Boeck nv, 228 en 238.

bepaalde punten dieper in te gaan.<sup>231</sup> In het kader van een onderzoek dat peilt naar de perceptie van respondenten is dit een belangrijk gegeven. Zij vertellen zo hun eigen motieven en ervaringen in hun eigen woorden zoals zij ze zelf ervaren en ervaren hebben. Hun standpunten en visies leiden tot een beter inzicht in het fenomeen vanuit verschillende invalshoeken.

Kwalitatief onderzoek is geen lineair proces, maar eerder een iteratief-parallel proces waarbij steeds opnieuw aanpassingen kunnen aangebracht worden aan voorgaande beslissingen en onderdelen van het onderzoek.<sup>232</sup> Zo ook was het mogelijk om de vragenlijst die afgenomen werd in het kader van mijn kwalitatief onderzoek verder aan te passen en bij te sturen tot het verkrijgen van optimale en kwalitatief hoogstaande gegevens. De flexibiliteit van kwalitatief onderzoek valt ook hier opnieuw positief te beoordelen.

## **4.5 Procedure**

Als techniek voor het verzamelen van data werd in de eerste plaats gebruik gemaakt van het interview. Daar de respondenten in hun eigen setting benaderd en *face-to-face* bevroegd werden, kon ik eveneens belangrijke data verwerven door participierend te observeren.

### **4.5.1 Het interviewen**

Alle interviews werden *face-to-face* afgenomen door dezelfde onderzoeker en hadden een gemiddelde duur van één uur. Alle interviews werden afgenomen bij de respondent thuis in de regio van Gentbrugge, om het vertrouwen van de setting te bewaren.

---

<sup>231</sup> ACKERS, H.L., 'Racism, Sexuality, and the Process of Ethnographic Research' in *Interpreting the Field. Accounts of Ethnography*, HOBBS, D. & MAY, T., (eds.), Oxford, Cordon Press, 1993, 214; FELDMAN, H.W. & ALDRICH, M.R., 'The Role of Ethnography in Substance Abuse Research and Public Policy: Historical Precedent and Future Prospects' in *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*, LAMBERT, E.Y., (ed.), Rockville MD, National Institute on Drug Abuse, 1990, vii.

<sup>232</sup> DECORTE, T., *o.c.*, iii; MASO, I. & SMALING, A., *o.c.*, 9.



De respondent kreeg in een inleidend gesprek voorafgaand aan het interview nogmaals de nodige uitleg omtrent het doel van het onderzoek en de onderzoeksprocedure die doorlopen zou worden. Ook de volledige anonimiteit van de verzamelde gegevens – ook ten opzichte van de andere leden van het clubhuis en de *gatekeeper* – werd nogmaals benadrukt. Nadat de voorwaarden van *informed consent*<sup>233</sup> aan de respondent meegedeeld werden en hij of zij vrijwillig instemde met het onderzoek, ging het interview van start.

De interviews werden met toestemming van de respondenten opgenomen op een digitale dictafoon. Aan de hand van deze audio-opname en eigen nota's werd getracht om zo volledig mogelijk te zijn in de gegevensverzameling.

Na de afname van het tweede interview, heb ik de vragenlijst op bepaalde punten wat aangepast. De vragen rond gecombineerd gebruik die iets te gedetailleerd bleken te zijn, werden ingekort tot een algemene vraag met slechts enkele deelvraagjes. Andere vragen die in de eerste twee interviews voor moeilijkheden zorgden, werden anders geformuleerd om verdere misverstanden te voorkomen.

In totaal werden er 10 interviews afgenomen van respondenten die gedurende mijn participerende observatie in de clubhuizen gerekruteerd werden en voldeden aan de vier vooropgestelde voorwaarden. Van de 10 afgenomen interviews, kwamen er slechts 9 in aanmerking voor analyse, daar één respondent gedurende de periode van zijn psychoactieve medicatiegebruik in een instelling voor alcohol- en drugsverslaving opgenomen was. Deze persoon werd tijdens zijn opname verplicht tot inname van een slaapmiddel, een kalmeringsmiddel en de antipsychotica Risperdal. Hij had bijgevolg geen bewuste ervaring met zijn psychoactieve medicatie.

Niettegenstaande de rekrutering niet altijd even vlot verliep en het taboe rond het onderwerp vaak voor tegenkanting zorgde, vertelden de respondenten, eenmaal bij hen thuis, heel openlijk hun verhaal. Toch dient hierbij opgemerkt te worden dat het bevragen van respondenten omtrent hun visie, gedragingen en attitudes inzake een criminologisch gelinkt onderwerp een moeilijk gegeven is, dat naar mijn mening hoogstwaarschijnlijk het geven van sociaal wenselijke antwoorden kan bevorderen. Mensen hebben immers de

---

<sup>233</sup> CAMBRÉ, B. & WAEGE, H., *l.c.*, 321.

neiging om hun verkeerde eigenschappen te verdoezelen door naar de mond te praten en aldus sociaal wenselijk te antwoorden.<sup>234</sup>

Een specifieke eigenschap van oudere mensen is dat ze graag – eens ze aan het woord zijn – heel uiteenlopende verhalen vertellen. Ook voorafgaand, tijdens en na de interviews was het opmerkelijk hoe gemakkelijk oudere personen afwijken van het onderwerp of de vragen en iets volledig anders vertellen.

Na afloop van het interview volgde er meestal nog een nagesprek over heel uiteenlopende onderwerpen, maar waarin vaak ook het onderwerp van het interview nog wat verder besproken werd.

Tijdens het spreken met de ouderen en het afnemen van de vragenlijst heb ik geen opmerkelijke problemen ervaren op het vlak van verstaanbaarheid en herinneringen. Het feit dat ouderen dalende lichamelijke en geestelijke condities bezitten op het vlak van gehoor, spraak en het herinneren van bepaalde zaken over langere periodes, heeft volgens mij dan ook geen enkele invloed uitgeoefend op de verzamelde gegevens. Alle respondenten waren in staat om mij voldoende te begrijpen, correct de vragen te interpreteren en te beantwoorden en zich bepaalde zaken over hun beginnend gebruik te herinneren indien daarnaar gevraagd werd. Zo ook kwam Finlayson in zijn onderzoek met ouderen tot de conclusie dat de geheugenproblemen op oudere leeftijd niet leiden tot het verzamelen van verkeerde gegevens.<sup>235</sup>

Het grootste nadeel van het werken met een steekproef van 65-plussers was naar mijn ervaring eerder het wantrouwen van vreemden eigen aan ouderen en de drop out door ziekte of overlijden, dan het taboe omtrent middelenmisbruik en de verminderde geheugencondities bij oudere personen.

#### **4.5.2 De participerende observatie**

Daar ik onderzoek wenste te doen naar verborgen gehouden gedragingen, achtte ik het meest evident om met de ouderen zelf in contact te komen en vertrouwensrelaties op te

---

<sup>234</sup> MASO, I., *o.c.*, 65.

<sup>235</sup> FINLAYSON, R.E., *l.c.*, (1871), 1876.

bouwen. Het onderwerp van mijn onderzoek betreft namelijk een verborgen fenomeen, waarbij vele mensen moeilijkheden ondervinden om erover te spreken. Vele mensen reageren terughoudend om te spreken over persoonlijke houdingen en gedragingen die ze liever voor zichzelf houden. Hierdoor achtte ik het noodzakelijk om directe contacten te leggen en vertrouwen te onderhouden aan de hand van participerende observatie. Tevens achtte ik het interessant om gebruik te maken van participerende observatie, zodat ik niet enkel de verwoordingen van de oudere consumenten verzamelde, maar tevens hun gedragingen direct observeerde en mee kon opnemen in mijn gegevens en bevindingen.<sup>236</sup> Ook het feit dat de vragenlijst voornamelijk opgebouwd was uit opinie- en houdingsvragen, was een extra motivatie om naast de gegeven antwoorden kennis te verwerven van het eigenlijke gedrag. Dit om eventuele tegenstrijdigheden op te merken en de mate van sociaal wenselijke antwoorden in te dijken.<sup>237</sup>

De participerende observatie vond plaats van 25 mei 2010 tot 6 juli 2010. Binnen deze periode bracht ik regelmatig bezoeken aan de drie verschillende clubhuizen van Gentbrugge om met de ouderen in contact te komen. In totaal spendeerde ik 19 namiddagen in clubhuizen, met een sterk uiteenlopende duur van een klein halfuurtje tot ongeveer 4 uur.

De clubhuizen hebben allen een groot publiek, waaronder er een deel vaste bezoekers zijn die dagelijks in het desbetreffende clubhuis aanwezig zijn en een deel bezoekers die geregeld of af en toe een bezoek aan hun clubhuis brengen. Dit maakte het vaak moeilijk om als gevolg van de heel geringe en zeldzame contacten elkaar te leren kennen, en zo ook vertrouwen op te bouwen.

Opvallend was het dalend aantal bezoekers dat in de clubhuizen vertoefde naarmate de temperatuur toenam. Bij mooi en warm weer waren er opmerkelijk minder senioren aanwezig. Niet enkel het warme weer kan als oorzaak aangehaald worden, ook tijdens de vakantie was het bezoekersaantal beduidend lager. Zo zijn er heel wat ouderen die tijdens de zomer voor twee maanden naar zee vertrekken of hun middagje in het clubhuis inruilen voor een middagje met hun kleinkinderen.

---

<sup>236</sup> MASO, I., *o.c.*, 65.

<sup>237</sup> BILLIET, J., 'De gestandaardiseerde vragenlijst', in *Een samenleving onderzocht. Methoden van social-wetenschappelijk onderzoek*, BILLIET, J. & WAEGERE, H., (eds.), Antwerpen, Uitgeverij De Boeck nv, 2006, 266.

Tijdens mijn bezoeken werd ik steeds heel vriendelijk door de aanwezigen onthaald. De personen die me al kenden van voorgaande bezoeken zeiden me steeds heel vriendelijk goeiedag en kwamen soms naar me toe voor een kort gesprekje over heel uiteenlopende onderwerpen. Ik werd vlug aanvaard en opgenomen binnen de verschillende clubhuizen.

Gedurende mijn aanwezigheid vervulde ik mijn rol als onderzoeker door het aangaan van gesprekken met de aanwezige ouderen. De nieuwsgierige blikken zag ik als uitnodiging om bij hen te gaan zitten en hen in te lichten omtrent de reden van mijn aanwezigheid, het doel en de werking van mijn onderzoek. Ik peilde naar hun ervaringen met of kennis over de betreffende middelen.

Daarnaast nam ik eveneens deel aan de gesprekken over de alledaagse dingen die ze onderling voerden, dronk ik iets met hen en genoot ik samen met hen van koffie en taart. Wanneer er petanque gespeeld werd, zette ik me buiten in de zon bij degenen die niet meespeelden om samen te kijken naar de spelen. In het clubhuis Sint-Genois heb ik zelfs een poging ondernomen om een partijtje biljart aan te gaan met de mannen.

Hier en daar lokte ik een discussie uit wanneer ik het thema medicatiegebruik aanhaalde. Deze discussies gingen over medicijnen voor de bloeddruk tot verslaving aan illegale drugs.

Door als onderzoeker te participeren en te observeren in de setting van de ouderen, was het voor mij gemakkelijker om me in te leven in het perspectief van de respondent.

Ook voor, tijdens en na het interviewen observeerde ik in zekere mate de gedragingen en reacties van de respondenten. Hun enthousiasme, zelfzekerheid, interesse, aarzelingen, openheid, aandachtigheid en dergelijke, waarmee ze aan het interview deelnemen, kunnen vaak een verklaring geven voor de aanwezige verschillen in de verzamelde gegevens.

Ik acht het tevens noodzakelijk om hier aan te stippen dat het gecombineerd participeren en observeren in drie clubhuizen zowel een positief als een negatief kenmerk met zich meebracht. Enerzijds bracht het me in de mogelijkheid om gedurende een korte periode veel oudere personen aan te spreken en te rekruteren. Anderzijds leidde het combineren van drie plaatsen tot het stroever opbouwen van vertrouwen en het moeilijker overtuigen tot verdere deelname aan het onderzoek.

## **4.6 De steekproef**

Alle respondenten werden gerekruteerd op basis van participerende observatie in de drie clubhuizen van Gentbrugge. Zowel aan de hand van participerende observatie als aan de hand van face-to-face interviews werden er gegevens verzameld. Het totaal aantal ouderen die erkenden psychoactieve middelen te consumeren omvatte 38 personen. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat dit aantal nog steeds een onderschatting van het werkelijk aantal oudere gebruikers binnen de clubhuizen betreft. De participerende observatie in de clubhuizen duurde te kort om voldoende vertrouwen bij alle aanwezigen op te bouwen en om het taboe rond het gebruik van dergelijke middelen te overbruggen. Ook is het onmogelijk om het aantal gebruikers en de gegevens te veralgemenen naar alle ouderen van Gentbrugge of zelfs naar alle ouderen in het algemeen, daar een steekproef van oudere clubhuisbezoekers geen representatieve weergave van alle ouderen betreft.

Naast het totaal aantal benaderde gebruikers, omvatte de werkelijke steekproef van bevroegden 1 mannelijke en 8 vrouwelijke respondenten (N=9). Negentien respondenten weigerden uitdrukkelijk verdere deelname aan het onderzoek in de vorm van een face-to-face interview. Vier andere personen die psychoactieve medicatie consumeerden hadden wel interesse voor het onderzoek en wensten eraan mee te werken, maar konden uiteindelijk niet deelnemen omwille van hun te drukke agenda of omwille van het feit dat ik ze nadien niet meer heb teruggezien in het desbetreffende clubhuis voor het maken van verdere afspraken. Alsook werden 3 gebruikers niet opgenomen in de bevroegde steekproef, omwille van het feit dat ze zelf niet wisten waarvoor ze de hen voorgeschreven psychoactieve medicijnen moeten innemen. Dit maakte het dan ook onmogelijk om hen in een interview te bevragen over hun eigen houding en visie op deze producten. Daarbovenop was er nog een drop out van 1 respondent die zijn deelname aan het interview afbelde en 1 respondent die na toestemming, maar voorafgaand aan het interview, overleed.

Eén afgenomen interview kon niet opgenomen worden in de gegevensanalyse daar de respondent een verleden van medicatie-afhankelijkheid kende gedurende zijn opname in een ontwenningstelling voor alcohol- en drugsverslaving.

De steekproef werd verzameld op basis van de drie clubhuizen in Gentbrugge. Per clubhuis ontmoette ik ongeveer 13 personen die bekenden psychoactieve medicatie te nemen. Doch werden er van de in totaal 38 personen slechts 10 geïnterviewd, wat neerkomt op een gemiddelde van 3 per clubhuis.

Alle respondenten die geïnterviewd werden in het kader van dit onderzoek waren woonachtig in de regio van Gentbrugge, en bezaten de Belgische nationaliteit. Alle respondenten waren 65 jaar of ouder. De leeftijd van de onderzoekspopulatie varieerde van 65 tot 79 jaar. Waarbij de mediaan 70 jaar betreft.

Alle respondenten gebruikten reeds psychoactieve medicatie over een minimumperiode van 3 maand. De participant met de laagste gebruikperiode betrof 3 maanden en de respondent met de langst aanhoudende consumptieperiode, gebruikte al 32 jaar lang het desbetreffende middel. De gemiddelde gebruikperiode van de onderzoekspopulatie omvat bijgevolg 9 jaar en vier maand.

Zowel bij het totaal aantal benaderde gebruikers als bij de steekproef van bevraagden is er een duidelijke oververtegenwoordiging van de vrouwelijke gebruikers.

Ondanks de overeenkomsten en gelijkheid betreffende de vier vooropgestelde criteria, betreft de onderzoekspopulatie een heel heterogene groep. Dit is tevens waar te nemen in de verzamelde gegevens betreffende hun houding omtrent hun eigen gebruik van psychoactieve medicatie.

#### ***4.7 Kwalitatieve analyse***

De verzamelde data werd naderhand letterlijk uitgetypt in interviewtranscripts. Deze transcripten werden vervolgens geanalyseerd in het licht van de doelstelling van het onderzoek. De analyse van de gegevens beoogde het ontwikkelen van een kwalificerende en interpretatieve benadering omtrent de perceptie van chronisch middelengebruik. Hiertoe werden de gegevens opgedeeld in verschillende punten; de houding van de respondent tegenover medicatie in het algemeen, de verschillende middelen en het gebruikspatroon, de redenen en houding bij het eerste voorschrift en de vervolgvorschriften, de

tevredenheid en ervaringen na inname, de veranderingen in dosis, het gebruik in combinatie met andere middelen, de gebruiksomstandigheden en gevoelens en de houding van de respondent tegenover psychoactieve medicatie. Door interview-quotes te selecteren en te contextualiseren onder deze punten, werd het mogelijk om gelijkenissen en verschillen in de verzamelde gegevens op te merken. En aldus uit deze gegevensanalyse stellingen te maken betreffende de verschillende aandachtspunten.

Net als de dataverzameling, bezit de data-analyse enkele minpunten en beperkingen. Vooreerst is het onmogelijk om een 100% betrouwbare gegevensanalyse uit te voeren, doch is het gewenst de betrouwbaarheid van de geuite stellingen zo hoog mogelijk te brengen. Daar ik in mijn onderzoek slechts 9 mensen kon bevragen omtrent hun visie, is de betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens laag en is generalisering naar een grotere groep van de verzamelde gegevens en bevonden stellingen niet mogelijk.<sup>238</sup>

Het bevragen naar de eigen visie en gedragingen leidt bovendien tot gegevens die de persoonlijke opvatting van een ander persoon en de verwoording van hun eigen gedragingen betreffen. Zo ook oefenden de subjectiviteit en de intersubjectiviteit van mezelf als onderzoeker in zekere mate een invloed uit op de optimale gegevensverwerking op basis van mijn eigen interpretatie.<sup>239</sup>

Een derde punt van kritiek beheerst de interne en externe validiteit van de data. Ook wat de validiteit betreft is het niet mogelijk om een 100% valide resultaat te bekomen na analyse. De sociale wenselijkheid die hoogstwaarschijnlijk in de gegevensverzameling plaatsvond, oefende hier een negatieve invloed op uit. Zodoende kunnen de resultaten ook niet gegeneraliseerd worden op het vlak van de validiteit.<sup>240</sup>

Een bijkomende beperking aan mijn onderzoek op het vlak van de analyse betreft dan ook de onmogelijkheid tot het veralgemenen van de steekproef op basis van de geformuleerde stellingen en conclusies.

---

<sup>238</sup> BAKKER, E. & VAN BUUREN, H., *Onderzoek in de gezondheidszorg*, Groningen, Noordhoff Uitgevers, 2009, 52; MASO, I. & SMALING, A., *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*, Amsterdam, Uitgeverij Boom, 2004, 68-71.

<sup>239</sup> MASO, I. & SMALING, A., *o.c.*, 2004, 79-81.

<sup>240</sup> BAKKER, E. & VAN BUUREN, H., *o.c.*, 53-57; MASO, I. & SMALING, A., *o.c.*, 71-74.

## HOOFDSTUK 5:

### Resultaten en bevindingen

Dat het gebruik van psychoactieve medicatie jaar na jaar toeneemt is een feit. De verschillende attitudes tegenover het gebruik van psychoactieve medicatie door verschillende bevolkingsgroepen en actoren in onze samenleving zijn min of meer gekend. Maar wat is de attitude van de gebruiker zelf, voorafgaand en tijdens zijn gebruik van dergelijke producten?

Sommige personen zijn volledig positief over dergelijke medicatie, anderen zijn er ten stelligste tegen of geloven er niet in. We weten dat de farmaceutische industrie het gebruik ervan alleen maar aanmoedigt, en artsen deze attitude schijnen op te volgen (alhoewel soms sterk beïnvloed door andere interne en externe kanalen). Maar hoe zit het nu precies met de visie van de gebruiker zelf? En specifiek de oudere langdurige gebruiker? Hoe kijkt hij aan tegenover het gebruik van psychoactieve medicatie, en meer bepaald zijn eigen gebruik van psychoactieve medicatie? Wordt ook de gebruiker door de media, artsen, zijn omgeving, zijn ervaringen,... beïnvloed in zijn opvatting over dergelijke medicijnen?

Zowel aan de hand van participerende observatie als aan de hand van de face-to-face interviews, werden heel wat gegevens verzameld die naar het medicatiegebruik bij ouderen en hun eigen houding daaromtrent peilden. In onderstaande punten worden de resultaten die uit de gegevensverzameling geanalyseerd werden nader besproken. Achtereenvolgens wordt er stilgestaan bij de middelen en de klachten (5.1), het gebruikspatroon (5.2), het beginnend gebruik (5.3), het aanhoudend gebruik (5.4) en het gecombineerd gebruik (5.5), afbouwen en stoppen (5.6), de gevoelens en eigen houding die bij het gebruik een rol spelen (5.7), het langdurig gebruik versus afhankelijkheid (5.8) en een algemene conclusie (5.9).



## 5.1 De middelen en de klachten

De meeste middelen waarover gerapporteerd werd, situeren zich binnen de groep van de benzodiazepinen (anxiolytica, hypnotica en sedativa), die nu eens als slaapmiddel en dan eens als kalmeringsmiddel werden ingenomen.

**Tabel 9;** De middelen met hun merk- en stofnaam waarover in het onderzoek gerapporteerd werd en het aantal personen die het op het moment van de bevraging consumeerden. (N=9)

Middel		Merknaam (stofnaam)	Aantal (*) (N=9)
<b>Narcotische analgetica (Pijnstillers op voorschrift)</b>		Nevrine (Paracetamol, codeïne, coffeine) 30mg	1
<b>Psycholeptica</b>	<b>Neuroleptica</b>	Seroquel (Quetiapine) 200mg	1
		Doctrazodone (Trazodon) 100mg	1
	<b>Anxiolytica, hypnotica, sedativa</b>	Temesta (Lorazepam) 2,50mg	1
		Xanax retard (Alprazolam) 0,50mg	2
		Oxazepam EG (Oxazepam) 15mg	1
		Alprazolam EG (Alprazolam) 0,50mg	2
		Lorazepam EG (Lorazepam) 2,50mg	1
		Zopiclone EG (Zopiclon) 7,50mg	1
		Bromazepam (Bromazepam) 12mg	1
		Metatop (Lormetazepam)	1
Lormetazepam EG (Lormetazepam) 2mg	1		
<b>Psychoanaleptica</b>		Seroxat (Paroxetine) 20mg/30mg	1
		Efexor-exel (Venlafaxine) 150mg	1

(\*) De respondenten konden meerdere middelen opgeven

De 9 respondenten gebruikten samen 16 verschillende psychoactieve middelen. Gemiddeld komt dit neer op het gebruik van 1,7 verschillende psychoactieve medicijnen per persoon.

Als we aannemen dat iedere oudere bovenop zijn medicijnen voor medische aandoeningen, zoals de bloeddruk en de cholesterol, nog 1 à 2 psychoactieve medicijnen inneemt, dan komen we al gauw op een aantal van 4 middelen per persoon. Een aantal dat zeker niet onderschat mag worden.

Niettegenstaande het hoge aantal van 3 à 4 middelen per persoon, gaan de meeste respondenten hun eigen gebruik relativeren door zich te vergelijken met een kennis die meer medicijnen inneemt, of zijn medicijnen gecombineerd met andere producten zoals alcohol of drugs inneemt.

*“Mijn vriendin pakt er tien in ene keer. ’s Morgens tien en ’s avonds. Dat vind ik niet goed, dat.. Dat is teveel. Dat kan niet.. Dat kan zijn werking niet doen eh.” [B 6, 74-jarige vrouw]*

Niettegenstaande ze zelf ook al met hun aanhoudend gebruik van langer dan drie maand tot de groep van langdurige gebruikers of misbruikers van psychoactieve medicatie behoren, zien ze eerder het overmatig gebruik van anderen als problematisch zonder hun eigen consumptie in vraag te stellen.

Daarbij komt nog dat niet alle respondenten wisten wat er precies over hun medicatiegebruik te vertellen was. Velen zagen hun langdurig gebruik van psychoactieve medicatie eerder als een gewoon onderdeel van hun leven waar ze nooit bij hebben stilgestaan. En waar ze, omwille van hun ziekte-toestand, niet onderuit kunnen. Ze konden bijvoorbeeld moeilijk slapen, gingen naar de dokter, kregen een voorschrift en werden geholpen. Het werd ervaren als het krijgen van een voorschrift voor om het even welke andere medicatie. Daar ze nooit echt nagedacht hebben over het middel en hun langdurige inname ervan, was het voor hen vaak moeilijk om zonder voldoende doorvragen een verhaal omtrent hun inname van psychoactieve medicijnen en hun houding daar tegenover te krijgen. Het gevaar van sociaal wenselijke antwoorden, als algemene beperking aan kwalitatief wetenschappelijk onderzoek, is dan ook het grootst bij deze respondenten.

## **5.2 Het gebruikspatroon**

In mijn onderzoek werd vooreerst gepeild naar het gebruikspatroon van de verschillende respondenten. De duur en de hoeveelheid van hun gebruik toont immers aan of ze

gebruikers of misbruikers van psychoactieve medicatie zijn en of ze daar actief of slechts passief bij betrokken zijn.

### 5.2.1 Voorgeschreven dosis en werkelijk geconsumeerde dosis

Uit de verzamelde gegevens blijkt dat het merendeel van de respondenten zich niet strikt houdt aan de door de dokter voorgeschreven dosis. Er werd vaak gerapporteerd over het zelfstandig aanpassen van het gebruikspatroon, maar dit gebeurt eerder in positieve zin (minder dan toegelaten) dan in negatieve zin (meer dan toegelaten). De werkelijk geconsumeerde dosis komt slechts in 1 van de 9 gevallen overeen met de voorgeschreven dosis.

*I: En als u zich zo minder gelukkig voelt, ga je dan meer belang hechten aan dat middel? Dan dat je.. “Nee. Nee. Ik neem maar één ’s avonds en daar blijf ik bij.” [R 4, 72-jarige vrouw]*

*I: En euhm, je gebruikt het drie keer per dag. Gebruik je het altijd drie keer? “Drie keer een half.” I: Of zou je soms zeggen van.. “Bejoak, als ik me goed voelen, durf ik overslaan. Het is niet van doen he. Versta je? Als ik me goed voel, dan euh, doe ik er minder op een dag.” [B 2, 70-jarige man]*

Ook rapporteerden de respondenten dat ze eerder hun dosis van psychoactieve medicatie aanpassen of zouden aanpassen, dan de andere medicatie die ze innemen zoals medicijnen voor de bloeddruk, de cholesterol, en dergelijke.

*“Ik ga dat niet zelve verhogen ze. Ik zou het rapper ne keer proberen een beetje te verlagen.” I: Soms ga je het een keer proberen te verminderen? “Ja. Maar niet verhogen. Dat ga ik niet doen. Dat is niet goed.” I: En waarom zou u soms een keer proberen te verminderen? “Ah, oh, voor te proberen voor toch een klein beetje minder medicatie te moeten nemen eh. Omdat medicatie, toch beter is altijd dat je dat niet moet nemen eh. Dat weet ik wel,*

*maarja. Maar van mijn hoge bloeddruk en van mijn dingen doe ik dat niet. Maar het is het meest van mijn slaapmiddelke.” I: Ja. “Ik zou moeten kunnen, ik zou dat verminderen.” [S 4, 78-jarige vrouw]*

*“Nee. Gelijk van mijn slaappil probeer ik voor met een halfke. Maar dat neem ik gelijk dat het erop staat, ja.” [S 4, 78-jarige vrouw]*

Als het middel uitgewerkt is, worden de meeste gebruikers dit gewaar en toch hebben ze niet de neiging om nog extra in te nemen. Op enkele uitzonderlijke gebeurtenissen na, bezitten de respondenten te allen tijde controle over hun medicatiegebruik. Ondanks het feit dat ze menen het middel nodig te hebben of er niet zonder te kunnen, laten ze zich niet gauw verleiden door de veelbelovende eigenschappen van hun medicatie. Ze bezitten met andere woorden voldoende verantwoordelijkheid om hun medicatie gecontroleerd te gebruiken.

*I: Dus u pakt eentje per dag maar de dagen dat je voelt dat je er meer nodig hebt.. “Als ik het nodig heb zou ik nog eentje pakken. Ja.” I: En gebeurt dat dikwijls dat je er twee zou nemen? Of is dat.. “Nee. Nee. Nee. Nee. Als er zoiets zoals gisteren speciaal was.. Ik ben al een nerveus type en, en je voelt dat sebiet ze. Het is niet dat je in slaap valt ofzo eh. Gewoon kalm zijn. Gewoon kalm.” [R 2, 66-jarige vrouw]*

### **5.2.2 Duur van inname**

De gebruiksduur varieerde van 3 maand tot 32 jaar. De meeste respondenten zagen echter geen problemen in hun langdurig gebruik. Ook hadden ze geen enkel idee van de beperkte gebruiksduur die er, omwille van de afhankelijkheidseffecten, op het gebruik van psychoactieve medicatie staat.

Over het algemeen wisten de respondenten niet hoe lang ze hun psychoactieve medicatie zouden moeten innemen. De dokter had hen dit in veel gevallen ook niet meegedeeld. Ze

waren in de meeste gevallen zelfs van mening dat ze dergelijke medicatie voor de rest van hun leven zouden moeten slikken.

Bij 2 van de 9 respondenten had hun arts daarenboven uitdrukkelijk te kennen gegeven dat ze er nooit meer vanaf gingen geraken en dit omwille van hun overgevoeligheid en emotionele achtergrond.

### 5.2.3 Beïnvloedende factoren

Middelen die de pijn verlichten of het psychisch welzijn bevorderen en daarenboven legaal verkrijgbaar zijn, worden heel gemakkelijk tussen personen, die dezelfde problemen of moeilijkheden hebben, gedeeld of uitgewisseld.

Tijdens mijn participerende observatie vertelde een vrouw me dat zij wel vaker een paar van haar slaappilletjes aan haar man uitleende wanneer hij een aantal dagen niet goed kon slapen.

Uit de gegevens kan echter opgemaakt worden dat geen enkele bevroegde zich door dergelijke methoden liet beïnvloeden om zijn gebruikspatroon zelf aan te passen.

Wel werden er gebeurtenissen aangehaald waar ze weet van hadden, maar waar ze zelf niet direct bij betrokken waren. Zo wist één respondent aan te halen dat zijzelf nooit een ander middel zou innemen dat ze door een kennis aangeboden zou krijgen, zonder advies van de arts hierover in te winnen. Toch is dit volgens haar geen onbestaand en onopgemerkt fenomeen binnen het clubhuis waar zij wekelijks vertoeft;

*“Ahja, ik zou ook niets meer gebruiken dan.. Je hebt zo’n mensen die zeggen van probeer dat een keer of dat een keer. Maar ik zou dat nooit niet doen. Als de dokter dat niet...”I: Ja. “En ik heb dat.. Wat dat bij ons geweest is eh. Bij ons in het clubhuis, in het clubhuis he, bij ons aan tafel. Het zijn altijd met dezelfde vrouwen he. Wat dat die soms ondereen zeggen; je moet dat een keer gebruiken en dat. En dat ik zeg, maar dat is niet goed, je moet dat aan de dokter vragen. Maar jong toch. Gooh, dat kan niet goed zijn he, want de*

*ene mens is de andere niet he.” I: Ja. “Ik gebruik.. Nee, ik gebruik, ik zeg alleja, als het niet nodig is gebruik ik niets.” [B 3, 69-jarige vrouw]*

Een andere respondent had nog Rohypnol van haar man aangeboden gekregen om de pijn te verzachten en haar ‘ne keer goed te voelen’, maar zij had het middel heel wijselijk geweigerd;

*“Nee, ik zeg het. Mijne man heeft zo al dat hij zei neemt u eentje, je zal je ne keer goed voelen. Nee. Nee. Dat deed ik niet eh. Dat wilde ik niet, neen.”*  
[R 4, 72-jarige vrouw]

De steekproef zelf bestond aldus niet uit drastische misbruikers van psychoactieve medicatie. Toch werden er verschillende verhalen aangehaald, waaruit blijkt dat sommige mensen wel degelijk van hun medicatie afhankelijk geworden zijn;

*“Ooh, want hij, als hij zondag kwam. Ma hebt ge dat niet staan? Het zijne was al op. Hij pakt dat ook eh. Goh, toe geef mij een een kaartje. Want hij kan, hij kan niet zonder. Ja, hij is echt echt verslaafd aan dat.” I: Uhu. “En aan zijn drank. Gooh!”* [R 2, 66-jarige vrouw]

### **5.3 Beginnend gebruik (eerste voorschrift)**

#### **5.3.1 Actief versus passief beginnend gebruik**

De respondenten waren allen zelf naar de dokter gestapt met de vraag naar ‘iets’ om hen te helpen.

*“Ik heb het gevraagd. Van ja, het gaat niet meer. Help mij. Geef mij iets.”*  
[B 5, 65-jarige vrouw]

Op het moment waarop ze naar de dokter stapten, voelden ze zich meestal al zodanig 'ziek' dat ze geen aandacht hadden voor de neveneffecten of gevaren, maar louter en alleen tevreden waren dat ze iets hadden dat hen kon helpen.

*"Ja. Ik was zeer gelaten van ja, welja, geef mij dan dat pilleke maar. Het is gelijk dat u ezo een beetje aan het eind van je Latijn zijt eh waarschijnlijk. Ik was 't eind. Ik was, ik was op het einde."* [B 5, 65-jarige vrouw]

Zodus kan gesteld worden dat alle oudere gebruikers binnen de steekproef actief betrokken zijn bij hun beginnend gebruik van psychoactieve medicatie. En allesbehalve louter passieve consumenten zijn.

### **5.3.2 Redenen voor beginnend gebruik**

Alle ouderen gaven aan psychoactieve medicijnen te consumeren omwille van welzijnsredenen. De verschillende redenen die opgegeven werden, waren onder andere het hebben van minder contact met familie, gezin en kleinkinderen, het verliezen van hun 'mamman' en/of man wegens overlijden, een verminderde lichamelijke gezondheid, slapeloosheid, angstiger en/of zenuwachtiger zijn, en dergelijke. Deze gegevens wijzen er dus op dat er effectief een link bestaat tussen welzijn en medicatiegebruik, zoals in hoofdstuk 3, punt 3.3 reeds werd besproken.

Heel wat (5/9) van de respondenten verklaarden dat de voornaamste reden van hun gebruik hun zenuwachtigheid betreft. Vier van de negen respondenten beweerde psychoactieve medicatie in te nemen omwille van slaapproblemen. Drie respondenten hadden hun gebruik van een of ander psychoactief middel gestart omwille van de langdurige ziekte en/of overlijden van hun echtgenoot en/of moeder.

### 5.3.3 Beïnvloedende factoren voor beginnend gebruik

Geen enkele respondent uit de steekproef beweerde dat hij of zij zijn gebruikspatroon aanpaste door het uitwisselen van medicijnen met andere personen. Een respondent gaf daarentegen te kennen dat zij zich heeft laten beïnvloeden door een kennis om naar de dokter te stappen met de vraag naar specifieke antidepressiva;

*“Ja, het is nog de strafste niet eh. Maar ik ga je een keer tonen, van dat medicament ga jij misschien al gehoord hebben. Het heeft mij dat een jongen gegeven zaterdag.” (Cimbalta) “Ja, dat is echte echte antidepressiva. Dat neemt diene jongen nu. Maar hij heeft al aan de drugs enal geweest. Hij zei, vraagt dat maar een keer aan uwen dokter. Het is specifiek voor euh, voor euh..” I: Ja. Iemand dat je kent, die je dat middel heeft aangeraden in plaats van .. “Ja. Uhu. En dat is van u, uw, iemand van uw familie die u dat aangeraden heeft ofzo? “Ja.” [B 6, 74-jarige vrouw]*

Anderen gaven te kennen dat, ondanks het feit dat ze niet gelaten waren over hun voorschrift, ze er zich toch bij neerlegden simpelweg omdat ze in hun arts vertrouwden;

*I: En had u daar dan problemen mee als ge dat moest beginnen nemen, omdat je daar zo negatief tegenover stond? “Ja ja, natuurlijk. Van alle.. Ik, ik moet nu zo iets nemen! Gejaa.” I: En geloofde u erin dat het u ging helpen met dat u er zo negatief.. “Ik hoopte dat. Ik hoopte dat. En ik had vertrouwen in mijne dokter.” [B 5, 65-jarige vrouw]*

### 5.3.4 Houding tegenover het eerste voorschrift

Het is opmerkelijk hoeveel respondenten hun beginnend gebruik als ‘gewoon’ ervaren. Er werd amper stilgestaan bij het ontvangen van het eerste voorschrift en het innemen van de eerste pillen met psychoactieve werking. De meeste respondenten gaven aan dat ze voornamelijk blij waren dat ze iets kregen dat hen ging helpen en dat ze op dat moment



– en nu nog steeds – maar weinig aandacht hadden voor de neveneffecten of de gevaren die aan het middel eigen waren.

*“Neen neen. Ik heb daar niet bij stilgestaan, nee.” I: Je hebt daar niet bij stilgestaan? U hebt dat gewoon als een ander medicijn aanvaard? “Ja ja.”*

[B 4, 79-jarige vrouw]

*“Bwa, ik was daar geen. Maar van het moment dat ik niet kost slapen, dat ik bij de dokter gegaan benne, ik heb dat gewoon gevonden.”*

[B 4, 79-jarige vrouw]

En toch wisten ze allemaal dat het gebruiken van psychoactieve medicatie samenhangt met neveneffecten en afhankelijkheid, aangezien ze steeds de neiging hadden om hun eigen gebruik goed te praten door zich met anderen te vergelijken;

*“Der pakken dat veel mensen eh. Vooral oudere mensen.”*

[B 6, 74-jarige vrouw]

## **5.4 Aanhoudend gebruik (vervolgvoorschriften)**

### **5.4.1 Actief versus passief aanhoudend gebruik**

Vaak wordt hun aanhoudend gebruik gezien als iets waar ze zelf geen invloed op hebben, maar waarvoor ze eerder de verantwoordelijkheid naar de arts toeschuiven, die hen zegt of ze het al of niet moeten innemen. Eenmaal ze met het gebruiken van psychoactieve middelen gestart waren, namen ze veelal een passieve houding tegenover hun aanhoudend gebruik aan.

*“Nee. Nee. Ik voele mij daar.. En vermits dat de dokter zegt, ge moogt dat nemen, want ze schrijven dat mij zelf.. Ik moet ze nog niet vragen. Dat ja..”*

[R 4, 72-jarige vrouw]

*I: Euhm, ervaar je het gebruik van dergelijke medicatie positief? Vind je dat goed dat je dat gebruikt of zeg je van..? “Dat is een moeilijke vraag he. Ik gebruik het omdat ik moet.” I: Ja. “Omdat ik het moet nemen eh. Anders zou ik het niet nemen eh.” I: Uhu. Maar je vindt het niet erg? “Nee nee nee. Je gaat er niet van dood he. Het zijn geen drugs, geen drugs eh.”*

[B 2, 70-jarige man]

Ook blijkt uit de gegevens dat heel wat gebruikers het middel aanhoudend blijven consumeren louter en alleen uit gewoonte, zonder er echt bij stil te staan of ze het wel nog nodig hebben;

*“Gelijk dat ik een boterham eet, neem ik 's morgens dat pilleke.”*

[B 5, 65-jarige vrouw]

Ook gedurende de periode dat ik participierend observeerde in de drie verschillende clubhuizen was deze passieve manier waarop ze aanhoudend hun medicijnen bleven innemen opmerkelijk. Heel wat van de aanwezige ouderen gaven aan verschillende medicijnen in te nemen, maar wisten niet meer welke middelen het allemaal precies waren en waarvoor ze dienden. Alhoewel de clubhuisbezoekers zelfstandig wonende ouderen zijn die actief betrokken zijn bij hun gezondheidstoestand en hun medicatiegebruik vrij kunnen bepalen, is er toch een opmerkelijk aantal ouderen die zich geen vragen stelt bij zijn gezondheidstoestand en volledig passief de gekregen medicijnen inneemt. Het feit dat ze dikwijls al niet meer kunnen vertellen of er iets tegen slapeloosheid, zenuwen, angst, rust of depressieve gevoelens tussen zit, is in mijn opzicht geen gevolg van een recent voorschrift, maar van een inname van de middelen over een (al té) lange periode.

Zo was er een vrouw die beweerde “zo van die kleine roze” pilletjes te slikken, maar ze wist niet meer welk middel het precies was en waarvoor ze het moest innemen.

Hier kan zich dan de vraag gesteld worden of ze hun psychoactieve medicatie nog als een geneesmiddel of eerder als een lifestyle medicijn zien?

#### **5.4.2 Redenen voor aanhoudend gebruik**

De meest aangehaalde reden voor het blijven consumeren van hun psychoactieve medicijnen was schrik voor de gevolgen wanneer ze ermee zouden stoppen;

*I: Euhm, en welke gevoelens hangen samen met het feit dat je blijft die middelen innemen? "De schrik eh. De schrik en van nog raarder te worden dan ik ben."* [B 6, 74-jarige vrouw]

*"De schrik om weer ziek te worden eh. Aja eh."* [B 5, 65-jarige vrouw]

#### **5.4.3 Beïnvloedende factoren voor aanhoudend gebruik**

De wens om aanhoudend de middelen te blijven consumeren, veelal uit schrik voor wat er zich zonder de middelen zou afspelen, werd bijgestaan door het vertrouwen die ze in hun arts hebben. Hun arts wist namelijk wat goed en slecht voor hen was en zodus is hij ook de eerste die hen ervan zou moeten inlichten wanneer hun gebruik ernstige gevolgen met zich zou kunnen meebrengen.

*"Ja. Ik heb een keer gezegd tegen mijn dokter, ik zeg het spijt mij maar ik kan het niet laten, ik kan niet slapen. Ik zeg, moet ik daar een beetje vroeger van sterven, het is daar niets aan te doen. En hij heeft mij geantwoord, je gaat daar niet vroeger van sterven." I: Ja. "Heeft hij geantwoord. Dus."*

[S 4, 78-jarige vrouw]

Ook omtrent het aanhoudend consumeren van de middelen, werd heel vaak de vergelijking aangegaan met anderen om de eigen situatie goed te praten. Alhoewel ze er zich dus

bewust van zijn dat hun gebruik negatieve kantjes heeft, is het feit dat ze niet de enige zijn een houvast om hun eigen gedrag goed te praten en zich aan op te trekken.

*I: Euhm, wat is de reden dat u het blijft consumeren? "Bang. Bang. Bang." I: Bang om te stoppen? "Ja. Bang." I: En denkt u daar soms bij na dat dat verkeerd zou zijn dat u dat zo lang gebruikt dat middel? Dat dat soms een slechte, dat dat niet zo goed zou zijn? "We weten dat het niet goed is, maarja." I: Sta je daar soms bij stil? "Mooh, benee. Ik zegge foert! Ik ben al zo oud. Het is toch niet zó overdreven veel dat ik neem eh. He. Mijn beste vriendin. Tien, tien per dag." I: Uhu. "Twintig per dag. Tien 's morgens en tien 's avonds. Dat is nog niet zo erg he." [B 6, 74-jarige vrouw]*

#### **5.4.4 Houding tegenover aanhoudend gebruik**

De bevroegde oudere gebruikers van psychoactieve medicatie zien hun aanhoudend gebruik – veelal omwille van hun passieve ingesteldheid ertegenover – niet als problematisch. Alhoewel enkele respondenten in het begin eerder negatief stonden tegenover het gebruik van psychoactieve medicatie, is deze houding al gauw gekeerd tot een positieve. Dit is onder andere ook te wijten aan het feit dat ze nog geen enkel probleem of ernstig neveneffect hebben ervaren van het gebruik van hun psychoactief middel.

*I: En vindt u het erg dat u dat al zolang gebruikt die medicatie? "Banee." I: U hebt er geen problemen mee? "Nee. Van het moment dat ik mij goed voel, heb ik daar geen probleem mee." [B 1, 66-jarige vrouw]*

*I: Ervaart u uw chronisch gebruik als problematisch? "Of dat ik daar problemen...? Ik zal er maar geen probleem van maken, als ik maar kan slapen. Hehe. (lacht) Ik maak er geen probleem van." [B 3, 69-jarige vrouw]*

## **5.5 Gecombineerd gebruik**

Slecht een klein aantal van de respondenten (3 van de 9 respondenten) gaf aan dat ze hun psychoactieve middelen gecombineerd met andere middelen innamen. Dit was echter maar in één enkel geval met het doel om een hoger effect van het middel te bekomen.

Er waren geen respondenten die op het moment van het onderzoek hun psychoactieve middelen gecombineerd innamen met middelen als alcohol of illegale drugs. Daarentegen was er bij een aantal respondenten wel sprake van gecombineerd gebruik van verschillende soorten van psychoactieve medicatie. Slechts één respondent deed dit bewust omwille van het verhoogd effect.

### **5.5.1 Met alcohol**

Eén respondent gaf aan vroeger alcoholverslaafde te zijn geweest in de periode dat ze reeds gestart was met haar consumptie van psychoactieve middelen. Ze vertelt echter dat ze, nu ze geen alcohol meer drinkt, veel meer effect ondervindt van haar medicijnen dan voorheen;

*“Ja, ik dronk er ook alcohol op. Geen twee eh, eentje eh. En ik dronk er ook op.” I: En had je daarvan extra ervaringen dat je zegt van, ze werken dan meer of beter of ze zijn dan zwaarder? “Nee. Nee. Nu voel ik het veel beter aan dat het wel werkt. Zonder alcohol.” I: Ze werken minder met alcohol? “Ja. Ja.” [R 2, 66-jarige vrouw]*

### **5.5.2 Met andere psychoactieve medicijnen**

Verschillende respondenten namen verscheidene soorten van psychoactieve medicatie in. Gemiddeld werd een aantal van 1,7 psychoactieve middelen per persoon binnen de

steekproef waargenomen. Slechts één respondent combineerde verschillende soorten psychoactief werkende medicatie bewust;

*I: Kan dat ook soms zijn dat je er meer gebruikt als je meer pijn hebt? Of ga je nooit meer gebruiken dan drie keer? "Nee nee. Ik heb ik vandaag al euh als ik wat zeer had, heb ik al een halfke gepakt en het is niet over." I: Uhu. "Daarmee heb ik nog een half van dat gepakt." (Nevrine, pijnstiller met codeïne) I: Aja ja. "En die zijn straffer of dedie." (pijnstiller straffer dan kalmeermiddel) [B 2, 70-jarige man]*

### **5.5.3 Met illegale drugs**

Geen enkele respondent beweerde zijn psychoactieve medicatie gecombineerd in te nemen met illegale drugs of zelf illegale drugs te consumeren. Daartegenover waren er wel enkele respondenten die aangaven personen te kennen die drugs gecombineerd met medicatie innemen. Dit waren echter steeds jongere personen die nog niet behoorden tot de groep van 65-plussers.

### **5.6 Afbouwen en stoppen**

Het grotendeel van de respondenten is actief betrokken bij hun gebruik van psychoactieve medicatie. Niettegenstaande ze geheel passief over hun aanhoudend gebruik rapporteren, en het als weinig problematisch beschouwen, zijn ze toch veelal bezig met het ondernemen van pogingen tot het verminderen of zelfs stoppen van hun gebruik. Deze pogingen vinden ofwel in samenspraak met de arts ofwel op eigen initiatief plaats.

### 5.6.1 Afbouwen

Acht van de negen respondenten hadden (ooit) de wens om de consumptie van hun psychoactief middel te verminderen. Hiertoe ondernamen ze veelal zelfstandig één of enkele pogingen door de dosis stilletjes aan te verlagen of nu en dan eens een dag te schrikkelen.

*“En het lukte tot dat ik thuis was. Eh. En ik was thuis weer en ik moest het weer hebben. Ik moest het weer hebben.” [B 6, 74-jarige vrouw]*

Maar vaak zitten de onverwachte ontwenningverschijnselen, die veelal ervaren worden als de oorspronkelijke klachten of redenen van het beginnend gebruik, de goede wil en inzet van de respondent in de weg om succesvol zijn of haar gebruik af te bouwen.

*“De ene dag twintig en de andere dag dertig. Ik wil afbouwen.” I: Ja. “Maar dat gaat niet zo goed ze. Dat gaat niet zo goed ze.” I: Uhu. En hoe bedoelt u dat dat niet zo goed gaat? “Dat ik daar draaiingen van krijgen en al en... Als ik ze, als ik ze al ingenomen heb dan niet, maar als ik een keer moest zeggen eh ik ga vandaag geen pakken. Wel morgen weet ik dat ik geen genomen heb. Ik ben geen mens niet meer.” I: Ja. “Ik ben der zogezegd aan verslaafd eh.” I: Uhu. “Ik kan der niet vanaf geraken.” [B 1, 66-jarige vrouw]*

Slechts één enkele respondent bouwde reeds succesvol af met één van haar drie psychoactieve medicijnen en is er in tussentijd al volledig mee gestopt. Zij was de enige van alle respondenten die met toezicht van de arts haar gebruik beetje bij beetje afbouwde;

*“Ik heb dat ja, eerst dag om dag en dan twee dagen niet en een dag wel, twee dagen niet en een dag wel. Ik heb dat zo langzaam afgebouwen. Je doet daar wel een tijd een tijdje over eh. Als ge afbouwt. En, ik ga hout vasthouden, ik voel mij goed.” [B 5, 65-jarige vrouw]*

Dit wil echter niet zeggen dat afbouwen of zelfs volledig stoppen met psychoactieve medicatie enkel mogelijk is mits bijstand van de arts. Gedurende de periode van mijn participerende observatie kwam ik met meerdere personen in contact die volledig zelfstandig hun gebruik succesvol hadden afgebouwd of zelfs gestopt.

De reden waarom zo velen dan toch los van de hulp van de arts trachten af te bouwen, ligt in het gebrek aan onderlinge communicatie. Het voorschrift voor psychoactieve medicatie dat ze krijgen van de arts, wordt veelal gezien als iets dat ze 'moeten' nemen, iets waarvan ze 'niets anders kunnen' dan innemen. Niettegenstaande het middelen zijn waar er geen algemene, maar een persoonlijke gebruiksduur op staat. Het feit dat ze niet geloven in de medewerking van de arts, omdat ze zich verplicht voelen het in te nemen, leidt ertoe dat ze alsnog zonder medeweten van hun dokter een poging tot afbouwen ondernemen. Een poging die omwille van de onverwachte ontwenningverschijnselen, veelal niet positief eindigt.

### **5.6.2 Stoppen**

Naast de vele pogingen die men ondergaat om af te bouwen, hebben de meesten ook de wens om volledig te stoppen. Maar, de schrik om zonder het middel verder te moeten, houdt vele gebruikers tegen om effectief tot stoppen over te gaan. Dit leidt ertoe dat er in de verzamelde data heel wat uiteenlopende meningen zijn omtrent het al dan niet stoppen met het gebruik.

Bij een eerste groep zorgen de vele nevenwerkingen die men tijdens het afbouwen gewaar werd ervoor dat de oudere gebruiker er niet meer in gelooft ooit nog zonder het middel te kunnen.

*I: En die zijn allemaal gewoon omdat je zenuwen hebt? "Voor de zenuwen ja.*

*Ik kan der niet vanaf geraken ze!" I: Ja. "Ik kan der niet vanaf geraken ze!" I:*

*Uhu. "Ik heb het al geprobeerd, maar het gaat niet ze!" [B 1, 66-jarige vrouw]*

Een twee groep gebruikers zien zichzelf nog niet in staat om met het middel te stoppen omdat ze nog teveel het gevoel ervaren dat ze het middel nodig hebben. Ze bezitten de



wens om er ooit mee te stoppen, maar wachten geduldig af tot de kans zich voordoet om dit met succes te proberen. Meestal is dit op het moment dat ze zich weer goed voelen.

*“Ik weet niet. Ik zou het zo een keer moeten proberen. Maar kijk het is nu weer een slecht moment eh. Voor te zeggen ik voele mij, ik ga een keer geen pakken. Ik ga een keer proberen. Ik moet op mijn plooi komen.” I: Als je op je plooi bent? “Ja. Ja. Om te proberen te stoppen. Dat kan niet blijven duren eh!” [R 2, 66-jarige vrouw]*

*“Ja, maar ik denk niet gelijk zo lang dat ik hier zou wonen of wadde.” I: Ja. “Ik ga niet zeggen, moest ik morgen in een home gaan dat ik tussen het volk zit en dan.. Maar euh, hier neen.” [R 4, 72-jarige vrouw]*

Een derde groep gelooft er helemaal niet in dat ze er ooit zonder zouden kunnen. Voor hen is het een vaststaand feit dat ze het voor de rest van hun leven zullen innemen. Nevenwerkingen of niet, alles is beter dan zonder het middel vallen.

*“Ooh! Ik moet het niet proberen! Ik loop, ik lope de muren op. Het zou mij niet lukken” [B 6, 74-jarige vrouw]*

*“Nee. Ik ga daar niet mee kunnen stoppen. Als ik mij of als ik ja.. Moest ik ooit niet meer te voet kunnen en ik ga naar een home, dan gaan ze mij dat ook geven. Ik ga kik mij, mijn medicatie ga ik daar ook krijgen eh. Maarja.”*

[S 4, 78-jarige vrouw]

Daarbij komt nog dat deze personen vaak het meest belang hechten aan wat de arts hen vertelt, dat waar ze zich in feite al lang bij hebben neergelegd;

*“Dus hij weet wel.. Want ik heb al gezegd dokter, ga ik daar nooit niet vanaf geraken, van diene antidepressiva he? Nee, zegt hij, in uw geval niet.”*

[B 6, 74-jarige vrouw]

Een vierde en laatste groep staat erop om af te bouwen en te stoppen met het middel. Dit enerzijds uit schrik om verslaafd te raken aan het middel, maar anderzijds ook gewoon omwille van hun ingesteldheid en het feit dat ze het middel niet eeuwig willen innemen.

*“Gohja, ik moet dat nu efkes doorbijten. Ik moet dat innemen, maar goed, het is dan gedaan. Ooit, ooit valt dat weg.” [B 5, 65-jarige vrouw]*

*I: En welke redenen spelen een rol bij de wens om te stoppen? “Schrik uit verslaving. Euh, dadde verslaafd zou, zult worden.” I: En is dat vooral uit jezelf dat je dat wil of eerder door de arts? “Nee voor mijzelf, voor mijzelf. Ik wil daar vanaf. Als dat niet nodig is. Alleja, moet je geen medicijnen nemen, vindek ik.” [B 5, 65-jarige vrouw]*

### **5.6.3 Ontwenningsverschijnselen**

De ontwenningsverschijnselen die de respondenten ervaren tijdens hun poging om af te bouwen, vormen meestal de drempel naar latere pogingen toe. Nochtans zijn ontwenningsverschijnselen slechts neveneffecten van korte duur. Maar zonder de nodige achtergrondinformatie of bijstand van de arts en/of anderen tijdens het afbouwen of stoppen met een psychoactief middel, gaan gebruikers deze neveneffecten veelal als verkeerd opvatten en uit ergernis of schrik het middel opnieuw innemen. Het valt dus niet te ontkennen dat de arts een belangrijke rol heeft om de personen, die wensen af te bouwen of te stoppen, te helpen. De gebruikers die in het onderzoek bevestigd werden, leggen namelijk een grote verantwoordelijkheid bij de arts zelf.

*I: Je voelde dat het niet lukte om er zonder te zijn? “Ik kan niet zeggen we hebben zo pijn eh. Aja, maar dan had ik pijn van dat, als ik minder nam.” I: En wat bedoel je dan met pijn? “Ik voelde mij heel anders.” I: Ja. “Eh. Dat. Ik, alle ik zat in de zetel en ik had gelijk dat gedacht, ik heb, ik krijg de griep. Ezo dingen. Ja. Ja.” [R 4, 72-jarige vrouw]*

*I: Euhm, ben je ooit gestopt al? "Met diene Seroxat ben ik een keer geprobeerd om te stoppen eh. Goh, maar daarmee ben ik wat tegengekomen ze. Zo ziek dat ik was." I: Uhu. "Draaien, draaien. Ik kost, ik kon op straat niet lopen, want ik zou gevallen hebben." I: Ja. En was dat dan voor één dag of hoe lang heb je dan geprobeerd te stoppen? "Ewel, ik ging een week stoppen, maar ik ben er niet geraakt. Het was maar drie dagen en het was, het was al van dat." I: Uhu. En heb je volledig gestopt of heb je afgebouwd? "Volledig gestopt." I: Ja. Met advies van de dokter of had je het zelf gedaan? "Ik heb het zelf gedaan. Hehehh. (lacht) I: Uhu. En hoeveel dagen heeft het geduurd voordat je te draaierig werd?" "Goh, dat was drie dagen zekers? I: Ja. "Twee, drie dagen." I: En dan zijn ge opnieuw begonnen? "En dan ben ik opnieuw, zere opnieuw begonnen! Heheh." [B 1, 66-jarige vrouw]*

## **5.7 Gevoelens en houding**

### **5.7.1 Medicatie in het algemeen versus psychoactieve medicatie**

Er heerst voornamelijk een positieve houding tegenover medicatie in het algemeen onder de oudere gebruikers die aan de hand van een interview bevroegd werden. Daarenboven was er maar weinig interesse voor alternatieve geneeskunde in de vorm accupunctuur, speciale diëten, kruidenthee en dergelijke.

Ook ten aanzien van psychoactieve medicatie heerste er voornamelijk een positieve houding, doch met iets meer tegenkating dan ten opzichte van de medicatie in het algemeen. De positieve ingesteldheid tegenover psychoactieve middelen was het groots ten aanzien van die middelen die ze zelf innamen en minder sterk ten aanzien van de psychoactieve middelen waar ze zelf geen ervaring mee hadden. Deze werden om één of andere reden als gevaarlijker aanzien.

Naast de voornamelijk positieve houding tegenover de psychoactieve medicatie, blijkt uit de gegevens dat er binnen de steekproef alsnog het nodige geloof heerst in het bedreigend

karakter van psychoactieve medicatie op de gezondheid. Het bedreigend karakter wordt in de eerste plaats toegeschreven aan het gecombineerd gebruik met andere middelen zoals alcohol, drugs en andere medicatie en in de tweede plaats aan het gebruik van meerdere psychoactieve medicijnen.

### 5.7.2 Veranderende houding

Slechts 2 van de 9 respondenten stonden negatief tegenover psychoactieve medicatie vooraleer ze zelf dergelijke middelen consumeerden. Beide ondergingen echter een veranderende houding tegenover dergelijke middelen naarmate hun ervaring ermee toenam.

*I: Euhm, vooraleer dat u zelf psychoactieve medicatie innam, was, had u dan dezelfde houding daartegenover zoals nu? Of had u daar iets, een andere houding over? "Ik stond daar zeer negatief over. Je begrijpt dat niet eh van mensen, die pakken een pilleke voor hun goed te voelen." I: Ja ja. Uhu. En hoe is die houding dan veranderd? Onmiddellijk met dat eerste voorschrift? "Aah, ik.. Aah, ja, ja, tuurlijk." I: En met die eerste ervaring? "Aja!" I: Ja. En nu, is dat nog altijd even positief of..? "Nu is het nog even positief. Maar ge moogt er niet in overdrijven. Want, ik heb het al gezegd, dat pilleke geneest u niet alleen. Je moet er zelf aan werken. " I: Uhu. En had u daar dan problemen mee als ge dat moest beginnen nemen, omdat je daar zo negatief tegenover stond? "Ja ja. Tuurlijk. Van alle... Ik, ik moet nu zo iets nemen! Gejaa." I: En geloofde u derin dat het u ging helpen met dat u der zo negatief.. "Ik hoopte dat. Ik hoopt dat. En ik had vertrouwen in mijne dokter."*

[B 5, 65-jarige vrouw]

*I: Wat was uw houding tegenover euhm kalmeringsmiddelen voordat u ze zelf moest gebruiken? "Ik was ertegen." I: U was ertegen? "Ja. Ja. Ik zou dat nooit niet zelf genomen hebben of.. Nee." I: Dus, het is eigenlijk door uw ervaringen*

*met dat middel, dat je er eigenlijk een klein beetje positiever tegenover geworden bent? "Aja. Ja ja. Momenteel zou ik niets anders willen eh."*

[R 4, 72-jarige vrouw]

De 7 andere respondenten, die voorafgaand aan hun inname van dergelijke middelen een positieve houding of onwetende houding tegenover psychoactieve medicatie bezaten, ondergingen op basis van hun ervaring met de middelen, geen verandering in houding. Alle zeven waren nog steeds even positief of onverschillig tegenover psychoactieve middelen, voornamelijk omdat ze gedurende de periode dat ze het al consumeerden geen ernstige neveneffecten of problemen omwille van hun inname ervan hebben ervaren.

*I: Euhm, is die houding veranderd, naarmate je die middelen leren kennen hebt? Is je houding veranderd? "Nee." I: Nee? "Nee nee." I: Ook niet omdat de arts zegt het kan verslavend werken? "Nee. Ge staat daar niet bij stil eh. Het is gelijk iemand die rookt ook eh. Het is ook verslavend eh." I: Uhu. "Ze roken en ze blijven roken. Het is ook een verslaving eh!" [R 2, 66-jarige vrouw]*

### **5.7.3 Psychoactieve medicatie en ingesteldheid**

Vele gebruikers bezitten bij de inname van hun middel een verkeerde attitude over psychoactieve medicatie. Ze geloven in het pilleke alleen (zie punt 3.3.5 Psychofarmaca als copingstrategie) en werken niet zelf aan hun geluk en/of ongeluk. Dit is echter een verkeerde attitude tegenover de werking van hun medicijn.

Er is een opmerkelijk verschil waar te nemen tussen de mensen die enkel hun pil nemen en de mensen die persoonlijk ook hun karakter en levenswijze ingrijpend trachten te veranderen. Deze laatste hebben een veel optimistischere kijk op hun geboekte vooruitgang met behulp van hun psychoactieve medicatie en voornamelijk ook hun aangepast gedrag en ingesteldheid. Ze kijken uit naar een toekomst zonder psychoactief middel en hebben terug veelbelovende verwachtingen.

*“Je hoort dat toch wel dikwijls, mensen die aan, aan zulke medicatie zijn. Dat ze verslaafd zijn aan aan..en pillen blijven pakken eh. Die rekenen eh op dat pilleke. Met dat pilleke ga ik.. Nee! Ge moet er zelf aan werken! Ja. Ge moet er zelf aan werken uiteindelijk. Dat pilletje ondersteunt u juist. Dat geneest u niet eh. Dat geneest u niet.” [B 5, 65-jarige vrouw]*

De respondenten die geloven in de werking van het medicijn enkel en alleen door het innemen ervan, zonder zelf extra aandacht te besteden aan hun gedrag of ingesteldheid, zien hun gebruik van psychoactieve medicatie eerder als stigma dan als een hulpmiddel.

*“De ene dag pak ik het in en het begint maar te werken achter een half uur. De andere dag is het soms, gooh, ik zeg mens dat is nu toch lang dat dat duurt tegen dat ik een beetje beter ben. Euhm, is het, durft het dan een uur zijn eh, tegen dat ik er het gevoel begin hebben dat het verbetert.”*

[B 6, 74-jarige vrouw]

*“Zie, ik slaap. Ik slaap eh. Maar ik word wakker en ik ben aardig eh. Elke, elke morgen. Ik heb schrik voor op te staan eh. Ik heb hartkloppingen. Ik ben half ongemakkelijk. Gelijk dat ik 's middags heb, 's morgens en 's middags krijgen. En dan gaat dat stilletjes aan over.” “Blijf ik in mijn bed liggen en zeg ik wat lig ik hier nu te doen. Euhm, en het gaat dan over, maar dat is waarschijnlijk als de uitwerking gedaan is van mijn Bromazepam, van dien Lexotan. Ik denk dat dat dat is. Dat dat daarvan is. En dan mijn eerste dat ik dan pak is dat. Eh, als ik gegeten heb. En nu kijk, gaat het dat gaan zijn. Eh, diene..”*

[B 6, 74-jarige vrouw]

#### **5.7.4 Beïnvloedende factoren**

Over het algemeen blijkt uit de verzamelde data dat er twee opmerkelijke factoren zijn die de visie van de oudere +65-gebruikers beïnvloeden. Enerzijds was dit de persoonlijke

ervaring met het middel als interne factor, anderzijds de invloed van de arts als externe factor.

Andere factoren zoals de mediaberichtgeving, de gesprekken met familie of gezin en de eigen gezondheid, oefenden amper een invloed uit op de eigen houding van de oudere consument ten aanzien van psychoactieve medicatie.

*“Aja, op de televisie kan je dat een keer zien. Euh ja. Van dien euh, Sero..lik van die Seroxat enal ja. Wat dat wel niet zo goed is, maarja.” I: Ja? En verandert dat je houding of..? “Banee.” [B 1, 66-jarige vrouw]*

*“Mijn zoon zegt ma, stapt daar vanaf. Ik zeg maar jij hebt dat niet. Jij weet niet wat dat dat is. Ik zeg euh nee, ik pak dat, ik pak dat. Ik ben al zo erg e dus.” [B 6, 74-jarige vrouw]*

## **5.8 Langdurig gebruik versus afhankelijkheid**

*“Ja, dat is verslavend. Dat is hetzelfde als drugs eh. Die medicamenten.”  
[B 6, 74-jarige vrouw]*

Het is opmerkelijk hoeveel gebruikers (zowel respondenten als clubhuisleden) zelf aanhaalden dat psychoactieve medicatie verslavend werkt en dat zij zelf geloven dat ze eraan verslaafd zijn.

*“Aja, ik denk dat ik eraan verslaafd ben, omdat ik dat zo langk neem eh.” I: Ja.  
“En als ik ze niet inneem, 's anderendaags sta ik niet perfect.” I: Uhu. Ja.  
“Nee, ik voele dat. Ik heb pijn hier, ik heb pijn daar. En ezo alle, ik ben niet perfect. Ja.” “Daardoor denk ik dat ik eraan verslaafd ben eh.” I: Ja. “Ja.” I: En vindt u dat erg? Of hoe sta je daar tegenover dat je dat denkt? “In feite vind ik dat erg, dat ik dat moet blijven nemen eh. Want.. Maar zonder kan ik niet.”  
[R 4, 72-jarige vrouw]*

Nochtans beweerden alle respondenten op het moment van het interview een positieve houding tegenover de psychoactieve medicijnen te hebben. Alhoewel ze dus zelf aanhalen afhankelijk te zijn aan hun medicatie, kennen ze hier een volledig ander gewicht aan het woord 'verslaving' toe. Ze zien hun afhankelijkheid namelijk niet als negatief, gevaarlijk of bedreigend voor de gezondheid in vergelijking met een alcohol- of drugsafhankelijkheid.

*I: Ik herinner me wel dat u aanhaalde in het clubhuis dat u verslaafd, dat u zegt van u zelf dat u verslaafd bent aan uw slaapmiddel. "Aja, ik ben ik daar aan verslaafd." I: En hoe ziet u dan het gewicht? "Zonder, zonder slaappillen kan ik niet slapen. Dus, is dat nu psychologisch of niet. Maar ik kan niet slapen. Dus, dat zal op den duur wel een verslaving zijn zeker?" I: En hoe ziet u dan het verschil tussen uw verslaving aan uw slaapmiddel en mensen die verslaafd zijn aan bijvoorbeeld alcohol of of drugs? Hoe ziet u daar het verschil in? "Omdat ik vinne dat mijn dat, dat doet niets aan mijn levenswijze. En met iemand die alcoholist is of die drugs gebruikt, die kan niet leven. Heeft geen normaal leven niet meer eh. Maar ik heb een normaal leven eh. Dat doet niets aan mijn.." I: Ja. U vindt dat niet gevaarlijk? "Nee. Nee. Alcoholmisbruik en drugsmisbruik is gevaarlijk voor uw levenswijze. Dan kunde niet normaal leven eh. En ik kan normaal leven. Dat slaappilleke gaat mij niet half, abnormaal doen leven. Dus daarmee, ik ben daar gerust in." I: Ja. "Dat.. Zo verstandig ben ik nu toch wel. Hehheheh. Dat ik dat wel wete eh." [S 4, 78-jarige vrouw]*

*I: Vind je dat het ergens in een bepaalde mate te vergelijken is bijvoorbeeld euh met een alcoholverslaving of een drugsverslaving? "Nee, dat vind ik niet. Nee, zeker niet met dat." [R 2, 66-jarige vrouw]*

Ze relativeren hun eigen afhankelijkheid aan medicatie en overdrijven het afhankelijk zijn aan drugs en alcohol. Nochtans wisten de meeste respondenten mij verhalen te vertellen over mensen die ze kenden die 'echt' afhankelijk waren of zijn aan psychoactieve medicijnen.



Van waar komt die neiging om hun eigen afhankelijkheid te relativieren ten opzichte van alcohol- en drugsverslavingen? Zou dit als een gevolg gezien kunnen worden van de mediagekte rond drugs- en alcoholverslaving, daar waar er in de media nog een relatieve onbekendheid heerst over medicatie-afhankelijkheid?

Nochtans kijken de respondenten nu en dan naar programma's op de televisie over de psychoactieve medicatie, waarin het afhankelijkheidseffect eveneens aan bod komt. Echter uiten ze hierover felle kritiek en stellen dat het de media is die overdrijft. Ze hechten geen geloof aan wat er in televisieprogramma's verteld wordt, dit waarschijnlijk omdat ze het vergelijken met hun eigen probleemloze gebruik van dergelijke medicijnen.

De meeste respondenten hebben een eerder positieve houding tegenover psychoactieve medicatie. Toch is hun houding opmerkelijk positiever tegenover de middelen die ze zelf innemen en negatiever tegenover de middelen waarmee ze zelf geen ervaring hebben. Ook op het vlak van gevaarlijkheid en afhankelijkheid rapporteren de respondenten negatiever over de middelen die ze zelf niet innemen in tegenstelling tot de middelen die ze wel consumeren.

*“Nee, nee. Die euh.. Voor de, alle, voor de an..., alle voor de antidepressiva, daar ben ik euh, heb ik wel een beetje schrik van. Omdat je der te gemakkelijk aan verslaafd geraakt en eh. Ik zou dat niet rap, of het zou moeten zijn dat ik dat echt nodig heb, maar, eh.” I: Zo, dus de antidepressiva zie je wel apart dan al de andere? “Ja. Ja.” I: Maar niet de slaapmiddelen, de kalmeringsmiddelen, dat is.. “Nee, ja.” I: Euhm, en waarom? Gewoon omdat je schrik hebt van die antidepressiva? “Ja ja. Daar heb ik meer schrik van.” I: Ja. En van slaap- en kalmeringsmiddelen dan eigenlijk niet? “Nee, van slaap.. euh ja. Slaapmiddelen dat vind ik niet. Maar die dingen ezo, dat vind ik ja.” [B 4, 79-jarige vrouw]*

*“Nee nee nee. Maar je hebt, waar dat je zo, die zwaardere... Dat zou ik toch niet willen nemen hoor. Dus eigenlijk ben ik niet zo verslaafd.”*

[S 4, 78-jarige vrouw]

Ook wanneer ik hen zeg dat het middelen zijn die door jonge mensen vaak misbruikt worden, staan ze niet stil bij hun eigen langdurig gebruik, omdat de dokter hen erop wees dat het absoluut geen kwaad kan, noch verslavend werkt of nog; dat ze er absoluut niet vroeger door zullen sterven.

*I: Maar de arts heeft wel gezegd dat het geen.. “Dat het geen kwaad kan.” I: En verslavend? “Ja dat. Dat niet, dat alleszins niet en dat kan geen kwaad. En dat pak ik zelve. Niet verslavend en dat kan geen kwaad.” [B 2, 70-jarige man]*

Het is opmerkelijk hoe verdedigend personen kunnen staan tegenover hun gebruik van middelen die psychoactief inwerken op de geest en die bovendien afhankelijkheidskenmerken bezitten waar ze weet van hebben. De steekproef van personen die ik in het kader van mijn onderzoek bevraagd heb, zie ik als personen die actief betrokken zijn bij hun gebruik, maar hier en daar eens wegduiken om de tegenkantingen te vermijden. Hun medicijnen zijn, ondanks de neveneffecten en afhankelijkheidskenmerken, heilig voor hen. Ze verdedigen hun gebruik en hun middelen meer dan voor mogelijk wordt gehouden. Aan de ene kant zouden we dit moeten toejuichen, omdat de psychoactieve medicijnen wel degelijk ergens nut moeten verrichten. Aan de andere kant valt dit enthousiasme te betreuren, omdat de psychoactief werkende medicijnen nog steeds geen ongevaarlijke producten zijn.

*“Ge staat daarop eh. Ge zijt verslaafd eh. Verslaafd, eigenlijk verslaafd.”*

[B 6, 74-jarige vrouw]

*“Het lukt mij niet. Het lukt mij niet. Verslaving eh.” [B 6, 74-jarige vrouw]*

## **5.9 Conclusie**

Alhoewel uit verschillende onderzoeken blijkt dat de ouderen grote passieve gebruikers en gesuggereerde misbruikers van psychoactieve medicatie zijn, omwille van het overenthousiaste voorschrijfgedrag van de artsen, blijkt uit mijn onderzoek binnen de clubhuizen van Gentbrugge dat de meesten onder hen actief betrokken zijn bij hun gebruik en gecontroleerd omgaan met hun middelen.

Algemeen kan gesteld worden dat mijn respondenten uitermate verstandig en bewust psychoactieve medicatie gebruiken. Dit kan deels verklaard worden door hun mobiliteit en het clubhuis als sociale uitlaatklep. Het zijn geen vereenzaamde ouderen, maar mensen die actief aan het dagdagelijks leven participeren.

Nochtans ervaren ze allen een drempel tussen hun gebruik en hun wil om af te bouwen of te stoppen met het middel. Dit voornamelijk uit schrik hoe het leven er zonder hun medicatie verder zou uit zien. Zou het inderdaad verbeterd zijn of toch maar terug grijs en grauw worden? Niemand was dan ook echt van plan om met het middel te stoppen zolang ze zich 'er goed bij voelen' en er geen problemen mee ondervinden. Dergelijke attitude valt echter te betreuren, omdat het nog steeds om middelen met afhankelijkheidskenmerken gaat. Het zou dan ook al een hele stap voorwaarts betekenen, mocht het informatietekort bij de consumenten opgevuld worden, zodat zij volledig op de hoogte zijn van hun mogelijkheden en probleemzones.

## HOOFDSTUK 6:

### Algemene conclusie, discussie en aanbevelingen

Sinds het ontstaan van de psychoactieve medicatie wordt onze huidige samenleving door een sterk toegenomen productie en consumptie van deze middelen gekenmerkt. Voornamelijk de oudere leeftijdsgroep consumeert deze middelen in hoge aantallen. De vraag dringt zich dan ook op welke redenen hiermee samenhangen en welke actoren hier een invloed op uitoefenen.

Met mijn masterproef heb ik getracht om een bijdrage te leveren aan de kennis op het vlak van deze problematiek, door na te gaan welke invloed de consument zelf uitoefent op zijn langdurig gebruik en wat de eigenlijke attitude van de oudere consument tegenover zijn chronisch gebruik van psychoactief werkende medicatie is.

#### ***Medicalisering en normalisering***

Psychoactieve middelen kennen een gelijkaardige geschiedenis. Vooreerst worden ze als geneesmiddel toegepast, waarbij ze geconsumeerd worden om een bepaald niet-medisch probleem te verhelpen. Daarna worden ze meer en meer als een onderdeel van het sociaal en maatschappelijk leven gezien. Het middel wordt dan eerder omwille van zijn 'bekendheid' geconsumeerd. Als laatste gaat het oorspronkelijk geneesmiddel over tot een genotsmiddel. Het wordt niet meer geconsumeerd met het oog op genezing, maar het wordt omwille van het gelukzalige gevoel dat het middel na consumptie met zich meebrengt, misbruikt.

Deze evolutie naar het gebruik van psychoactieve middelen als een lifestyle medicijn en/of drug, hangt nauw samen met de tendensen van normalisering en medicalisering. Vooreerst werden de niet-medische ziektes beter bespreekbaar gemaakt, waardoor ze uit de taboewereld werden gehaald. Vervolgens speelde de medische industrie in op het voorkomen van niet-medische ziektes, door middeljes ter behandeling van dergelijke

symptomen op de markt te brengen. Dit leidde er uiteindelijk toe dat niet alleen de maatschappelijke visie omtrent medicijnen en niet-medische ziektes een sprong voorwaarts maakte, maar ook dat de artsen massaal deze wondermiddeltjes aan de patiënten begonnen voor te schrijven. Het vroegere standpunt van pillenpreutsheid lijkt aldus zijn scherpe kantjes te verliezen.

Omwille van de psychoactieve inwerking op de geest worden deze medicijnen lovend geëvalueerd en opgewaardeerd door de bevolking. Meer en meer worden ze voorgeschreven en geconsumeerd als lifestyle medicijn. Stilaan verliezen we ons in het gemakzuchtige en veelbelovende pillensprookje en het idee van de maakbaarheid van de mens. De vraag die zich nu echter stelt is, in hoeverre de psychoactieve medicijnen zich op de ladder van misbruik situeren.

Deze vraag dient vanuit meerdere invalshoeken onderzocht te worden om een volwaardig antwoord te kunnen formuleren. Er zijn immers meerdere actoren betrokken bij de ontwikkeling van een geneesmiddel en zijn evolutie tot een lifestyle medicijn of zelfs tot een genotsmiddel. Uit mijn literatuurstudie concludeerde ik dat de artsen en de farmaceutische industrie de twee meest met de vinger gewezen actoren zijn. Toch oefent volgens mij ook de consument zelf een niet te onderschatten invloed uit op zijn gebruik.

Door na te gaan wat de attitudes van de gebruiker omtrent zijn inname zijn, is het volgens King et al. mogelijk om de redenen voor zijn aanhoudende consumptie te achterhalen.<sup>241</sup> Naast de redenen waar de artsen en de farmaceutische industrie een rol in spelen, was het voornamelijk mijn bedoeling om de aandacht te vestigen op die redenen die door de houding van de respondent beïnvloed en bepaald worden.

### ***Geneesmiddelenmisbruik en ouderen***

Cijfergegevens uit voorgaande studies naar het gebruik van geneesmiddelen onder de bevolking, tonen aan dat er zich de laatste 13 jaar in het gebruik van psychoactieve medicijnen een opmerkelijke stijging heeft voorgedaan.

---

<sup>241</sup> KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., *l.c.*, (194), 194.

Naast de meerderheid van vrouwelijke gebruikers, is tevens de oververtegenwoordiging van ouderen opvallend. Vanaf de leeftijd van 45 jaar stijgt per persoon de consumptie van medicijnen.

Over het algemeen wordt de oudere leeftijdsgroep als de grootste risicopopulatie voor het overmatig consumeren van medicijnen gezien. Deze stelling geldt eveneens voor de psychoactieve medicatie. Betrekken we hierbij de vergrijzingtendens die de komende jaren zal zorgen voor een sterke toename aan 65- en voornamelijk 80-plussers, dan is de oudere leeftijdsgroep een risicopopulatie die zal blijven in aantal toenemen.

Het overmatig consumeren van medicijnen onder de oudere leeftijdsgroep kan verschillende oorzaken hebben. Vooreerst gaat het ouder worden gepaard met een dalende lichamelijke gezondheid. Een gegeven dat voor vele mensen moeilijk te aanvaarden is. Verder ondergaan de ouderen -naarmate het verouderingsproces vordert- ook veranderingen op geestelijk, sociaal, cultureel en maatschappelijk vlak. Deze veranderingen dragen bij tot een stijgende afhankelijkheid ten opzichte van andere personen. Dit leidt ertoe dat zij een dalend welbevinden hebben. Zij ondervinden steeds meer niet-medische klachten en kwaaltjes, waar psychoactieve medicijnen de oplossing voor bieden.

Niettegenstaande de 65-plussers de grootste groep consumenten van psychoactieve medicijnen zijn, is deze leeftijdsgroep tevens de grootste risicopopulatie voor het ervaren van afhankelijkheid, lichamelijke tolerantie en andere neveneffecten die aan het gebruik van psychoactieve medicijnen gelinkt worden. Dit draagt ertoe bij dat niet enkel de hoge prevalentiecijfers bij ouderen als problematisch gezien moeten worden, maar tevens de vele gevaren en gevolgen die er met het gebruik van dergelijke medicatie bij ouderen in hogere aantallen voorkomen.

### ***De rol van de consument***

Naast de veranderde maatschappelijke visie op het vlak van normalisering van medicijnen, de gewijzigde aanpak van de farmaceutische industrie en het hedendaagse voorschrijfgedrag van artsen, bezit ook de consument een belangrijke rol in het kader van zijn medicijngebruik. Het is verkeerd om te stellen dat de farmaceutische industrie en de

artsen de enige spilfiguren voor deze stijgende problematiek van overconsumptie zijn. Ook de consument bezit enige invloed op zijn gezondheidstoestand en welbevinden en op de keuze om daarmee om te gaan. Dat de psychofarmaca meer en meer als copingstrategie worden ingezet, mag er zeker en vast niet toe leiden dat ze als enige mogelijke oplossing gezien worden.

In die zin is het interessant om onderzoek naar de attitudes en verwachtingen van de consument zelf te doen, om zo de eigen inbreng van de consument bij het misbruiken van psychoactieve medicatie te achterhalen.

De gegevens uit mijn onderzoek, wijzen erop dat de meeste gebruikers langdurig gebruik van psychoactieve medicatie eerder als een gewoon onderdeel van hun leven zien. Ze staan er verder niet bij stil, en ze denken dat ze er omwille van hun ziekte-toestand, niet onderuit kunnen. Zijzelf zien de omvang en de ware problematiek van hun gedrag niet, omdat ze hun persoonlijke invloed op hun consumptiegedrag buiten beschouwing laten. In de meeste gevallen wordt de verantwoordelijkheid voor buitensporige medicatie naar de arts toegeschoven. Niettemin gingen in de eerste plaats zijzelf met hun klachten en expliciete vragen naar de arts toe. Daarna hebben ze allen evenzeer de wens om het gebruik van het middel af te bouwen of te stoppen. Dit lukt hen echter niet zonder voldoende bijstand van de arts. Uit schrik voor de ontwenningssverschijnselen die ze ervaren, consumeren ze het middel al gauw terug verder. Het idee dat ze er niet zonder kunnen, is hierdoor nog sterker aanwezig. Hun falen om af te bouwen of te stoppen met het middel, leidt ertoe dat ze het middel aanhoudend verder consumeren zonder het meermaals in vraag te stellen. Ze worden passieve consumenten die alle verantwoordelijkheid naar de arts toeschuiven. Het geneesmiddel wordt niet meer louter als geneesmiddel beschouwd, maar gaat stilletjes aan over naar een gewoonte, een soort van levensstijl.

Niettegenstaande de meeste respondenten uit mijn onderzoek hun psychoactieve medicatie eerder als lifestyle medicijn (beginnen) beschouwen, dan als geneesmiddel. Kan uit mijn onderzoeksgegevens echter wel opgemaakt worden dat er onder de respondenten nog geen evoluties van lifestyle medicijn naar genotsmiddel of drugs hebben plaatsgevonden. Allen bezaten controle over hun gebruik en namen – op enkele uitzonderingen na – geen hogere dosis in dan voorgeschreven.

Dit brengt mij ertoe te concluderen dat het wel degelijk mogelijk zou kunnen zijn om het aanhoudend consumptiepatroon van ouderen terug te dringen. De ouderen oefenen immers actief een invloed uit op hun gebruik door in de eerste plaats zelf naar de arts te stappen met de vraag naar medicijnen. Hierna ondernemen ze echter een falende poging om dit gebruik te verminderen of te stoppen. Ze hebben dus effectief de wens om na enige tijd met het middel te stoppen. Doordat ze ondervinden dat ze er niet toe in staat zijn om zonder hun middel te functioneren, evolueren ze tot louter passieve consumenten. Door in te spelen op de kennis van de mens over psychoactieve middelen, acht ik het mogelijk om de consument bij zijn gebruik betrokken te houden. Het verlenen van informatie over de verschillende neveneffecten en ontweningsverschijnselen die aan dergelijke middelen eigen zijn, laat de consument immers toe om zijn eigen gebruik kritisch te evalueren.

### ***Discussie en aanbevelingen***

Met mijn masterproef hoop ik de medicaliseringstendens waarmee de huidige samenleving gekenmerkt wordt, aan te kaarten en onder de aandacht te brengen. De stijgende problematiek van het overmatig consumeren van psychoactieve medicatie dient mijns inziens bekeken te worden vanuit het debat tussen de legale en de illegale middelen.

De illegale middelen worden te sterk bekritiseerd, terwijl de legale middelen te vaak geprezen worden zonder daarbij ook de gevaren aan te kaarten.

Ik ben dan ook van mening dat het gecontroleerd gebruik van psychoactieve medicatie op dezelfde lijn ligt als het gecontroleerd gebruik van alcohol en illegale drugs. Een groot aantal mensen consumeert namelijk ook alcohol en/of illegale drugs omdat ze zich 'er goed bij voelen' en geen problemen mee ondervinden. Het verschil tussen psychoactieve medicatie ten opzichte van alcohol en drugs, ligt hem voornamelijk in de kennis omtrent de gevaren en gevolgen die ermee samenhangen. Uit mijn onderzoek blijkt dat de kennis over de gevaren en gevolgen die met het langdurig gebruik van psychoactieve medicatie gepaard gaan, zo goed als onbekend zijn. Daar waar alcohol- en druggebruikers – onder andere omwille van de hedendaagse mediagekte op thema's van alcohol- en drugsafhankelijkheid – maar al te goed weten wat de gevaren van hun langdurig en/of overmatig gebruik kunnen zijn en waar ze kunnen terechtkomen als gevolg van hun gebruik.



Door de mensen meer en beter in te lichten over positieve en negatieve kanten van de hedendaagse psychoactieve medicatie, acht ik het mogelijk om de mens bewuster te doen omspringen met dergelijke vormen van coping.

Deze informatieverlening is in de eerste plaats iets dat door de maatschappij moet gebeuren. In de tweede plaats zijn de artsen en apothekers hier de aangewezen personen voor. Door aan correcte en volledige informatieverlening te doen, zou het enigszins mogelijk moeten zijn om de status van lifestyle medicijn niet verder te doen evolueren naar genotsmiddel, maar terug te dringen naar de oorspronkelijke status van geneesmiddel.

Daarenboven zou verder onderzoek naar de verschillende kenmerken en gevolgen van dergelijke medicatie, een positieve bijdrage kunnen leveren aan onze kennis over deze middelen, om zo een betere preventieve aanpak te kunnen realiseren.

Het zou onder andere interessant zijn om na te gaan in hoeverre het gebruik van psychoactieve medicatie een positieve dan wel negatieve invloed heeft gehad op het leven van de consumenten. In hoeverre zij veranderd zijn op het vlak van karakter en gedrag. Is het bijvoorbeeld inderdaad zo dat men asociaal wordt bij het consumeren van antidepressiva? Dergelijke vraagstelling is echter moeilijk te onderzoeken door de gebruiker zelf te bevragen. Idealiter zou men hier de kennissen en familie van de gebruikers moeten ondervragen. In die zin zou het veel interessanter zijn om een onderzoek te doen, waarbij niet enkel de visie van de gebruiker, maar ook deze van de aanverwanten en vrienden bevragd worden. Zo kun je een totaalbeeld van de situatie krijgen. Meteen kun je de veranderingen bij de consument vanuit verschillende invalshoeken bestuderen.

Een vervolgonderzoek zou dan weer interessant kunnen zijn om na te gaan hoe het gesteld is met de visie tegenover psychoactieve medicatie bij de nieuwe generatie van ouderen. De kans bestaat er immers in dat zij een veel positievere ingesteldheid tegenover medicatie hebben, omdat de 40- en 50-plussers van nu niet opgegroeid zijn tijdens de periode van de pillenpreutsheid, maar tijdens de periode waarin de medicijnen een sterke opwaardering kregen. Gegevens hieromtrent zouden kunnen aantonen of we naarmate het ouder worden binnen enkele jaren nog meer medicijnen zullen consumeren. Het is belangrijk om hierover verder kennis te verwerven, omdat dit immers zou betekenen dat – samen met de

aanhoudende vergrijzingtendens in het achterhoofd– de problematiek van de overconsumptie van psychoactieve medicijnen steeds ernstiger zal worden.

**I was lost**

**Lost**

**But now**

**Now**

**I'm found**

Judas Priest – Lost & Found

# Bibliografie

ACKERS, H.L., 'Racism, Sexuality, and the Process of Ethnographic Research' in *Interpreting the Field. Accounts of Ethnography*, HOBBS, D. & MAY, T., (eds.), Oxford, Cordon Press, 1993, p. 209-240.

ANTHIERENS, S., *Benzodiazepines: sleeping through the problem. (Avoiding of) Initiation of benzodiazepines in primary care, perceptions of general practitioners, patients and nurses*, Gent, 2008, 144 p. (doctoraat Universiteit Gent, Departement of General Practice and Primary Health Care)

ANTHIERENS, S., HABRAKEN, H., PETROVIC, M., DEVEUGELE, M., DE MAESENEER, J. & CHRISTIAENS, T., 'First benzodiazepine prescriptions. Qualitative study of patients' perspectives', *Canadian Family Physician*, 2007, 1200-1201.

ANTHIERENS, S., HABRAKEN, H., PETROVIC, M. & CHRISTIAENS, T., 'The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. A qualitative study on GP's perspectives', *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2007, 1-6.

ARONSON, J., 'When I use a word... Medicalization', *BMJ*, 2002, 904 p.

BAKKER, E. & VAN BUUREN, H., *Onderzoek in de gezondheidszorg*, Groningen, Noordhoff Uitgevers, 2009, 274 p.

BARTER, G. & CORMACK, M., 'The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences', *Family Practice*, 1996, 491-497.

BAYINGANA, K., DRIESKENS, S. & TAFFOREAU, J., *Depressie. Stand van zaken in België, elementen voor een gezondheidsbeleid*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel, 2002, 117 p. (rapport)

BAYINGANA, K., DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2004, Boek I; Inleiding*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 45 p. (rapport)

BAYINGANA, K., DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2004, Boek V; Medische consumptie*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 787 p. (rapport)

BELGISCH CENTRUM VOOR FARMACEUTISCHE INFORMATIE, *Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium 2009*, 22<sup>e</sup> editie, Brussel, Uitgeverij J.M. Maloteaux, 2009, 504 p.

BEYNON, C. M., 'Drug use and ageing: older people do take drugs!', *Age and Ageing*, 2008, 1-3.

BILLIET, J., 'De gestandaardiseerde vragenlijst', in Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek, BILLIET, J. & WAEGE, H., (eds.), Antwerpen, Uitgeverij De Boeck nv, 2006, 223-284 p.

BOGAERT, M., *Gebruik en misbruik van geneesmiddelen*, Gent, 1986, 36 p.

BOUMA, J., *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?*, Antwerpen, Uitgeverij L.J. Veen, 2006, 511 p.

BRITTEN, N., *Medicines and society. Patients, professionals and dominance of pharmaceuticals*, New York, Palgrave Macmillan, 2008, 205 p.

BUZIARISST, J., DEMAREST, S., GISLE, L., TAFFOREAU, J., VAN DER HEYDEN, J. & VAN OYEN, H., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Brussel, 2002, 2493 p. (rapport)

CAMBRÉ, B. & WAEGE, H., 'Kwalitatief onderzoek en dataverzameling door open interviews' in *Een samenleving onderzocht. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*, BILLIET, J. & WAEGE, H., (eds.), Antwerpen, Uitgeverij De Boeck nv, 2006, 319-321 en 335-340.

CHRISCHILLES, E. A., VANGILDER, R., WRIGHT, K., KELLY, M. & WALLANCE, R. B., 'Inappropriate medication use as a risk factor for self-reported adverse drug effects in older adults', *The American Geriatrics Society*, 2009, 1000-1006.

COEN, S., 'De waarden van een pil. Over de maatschappelijke aspecten van het gebruik van anti-depressiva' in *Een ander ik. Technologisch ingrijpen in de persoonlijkheid*, SLOB, M., (red.), Rathenau Instituut, Diemen, Uitgeverij Veen Magazines B.V., 2004, 85-92.

CONRAD, P., *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2007, 204 p.

COONEY, D. & PASCUZZI, K., 'Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension', *Clin Geriatr Med*, 2009, 221-233.

DECORTE, T., *Methoden van Criminologisch onderzoek: Ontwerp en dataverzameling*. s.l.n.d., Academiejaar 2009-2010, 185 p.

DECORTE, T., *Kwalitatieve Criminologische Methoden en Technieken*, s.l.n.d., 401 p.

DECORTE, T., *The Taming of Cocaine. Cocaine use in European and American cities*, Brussel, VUB University Press, 2000, 499 p.

DECUYPERE, P. & DECORTE, T., 'Het succes van XTC in de danscultuur verklaard', *Verslaving. Tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 2006, 3-19.

DE DONDER, E., *Psychoactieve medicatie. Cijfers in perspectief (1990-2002)*, Antwerpen, Garant, 2004, 206 p.

DEEG, D. J. H. & BRAAM, W., 'Het belang van kwaliteit van leven voor ouderen zelf. Een kwantitatieve benadering', *Medische Antropologie*, 1997, 136-149.

DEHUE, T., *De depressie epidemie. Over de plicht het lot in eigen handen te nemen*, Amsterdam, Uitgeverij Augustus, 2009, 333 p.

DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête België 2004, Synthese*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand & Energie, Brussel, 2004, 79 p. (rapport)

DENNEBOOM, W., *Improving medication safety in the elderly*, Nijmegen, 2008, 160 p. (Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen)

DOOGHE, G., VANDEN BOER, L. & VANDERLEYDEN, L., *De leefsituatie van bejaarden*, C.B.G.S. Monografie, Brussel, 1988, 315 p.

DUZIJN, B., *Ouderen en gezondheid: verslag van onderzoek naar psychische gezondheid en toekomstige zorgvraag van vijftigplussers in Twente*, Twente, Mediant, 2006.

EGGER, S. S., BACHMANN, A., HUBMANN, N., SCHLIENGER, R. G. & KRÄHENBÜHL, S., 'Prevalence of potentially inappropriate medication use in elderly patients', *Drugs aging*, 2006, 823-837.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 'Misbruik van middelen onder oudere volwassenen: een verwaarloosd probleem', *Drugs in beeld*, 2008, 4 p. (nieuwsbrief)

FEDERAAL PLANBUREAU, Bevolkingsvooruitzichten 2007-2060, Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie, Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Brussel, 2008. (planning paper)

FELDMAN, H.W. & ALDRICH, M.R., 'The Role of Ethnography in Substance Abuse Research and Public Policy: Historical Precedent and Future Prospects' in *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*, LAMBERT, E.Y., (ed.), Rockville MD, National Institute on Drug Abuse, 1990, 12-30 p.

FINLAYSON, R.E., 'Misuse of Prescription drugs', *The International Journal of the Addictions*, 1995, 1871-1901.

Gesprek met deskundige in de huisartsgeneeskunde Prof. dr. Marc Demeyere, UZ Gent K3, 1 december 2009.

GOSSOP, M. & MOOS, R., 'Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem', *Addiction*, 2008, 347-348.

HAAFKENS, J., *Rituals of Silence. Long-term tranquilizer use by women in the Netherlands. A social study*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers, 1997, 177 p.

HEYLEN, L. & MORTELMANS, D., 'Trends in sociale participatie en isolatie van ouderen' in *Ouderen in Vlaanderen 1975-2005*, CANTILLON, B., VAN DEN BOSCH, K. & LEFEBURE, S., (red.), Leuven, Acco, 2007, 109-138.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, *Psychotropic Substances. Statistics for 2008 – assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971*, United Nations Publication, New York, 2009, 376 p. (tussentijds rapport)

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, United Nations Publication, New York, februari 2010, 149 p. (jaarverslag)



IYER, S., NAGANATHAN, V., MCLACHLAN, A.J. & LE COUTEUR, D.G., 'Medication Withdrawal Trials in People Aged 65 Years and Older', *Drugs Aging*, 2008, 1021-1031.

JANSSEN, M., 'ADHD-er leeft op 5 sporen tegelijk', *Deviant*, 2005, 4-8.

JYLHÄ, M. & JOKELA, J., 'Individual Experiences as Cultural – a Cross-cultural Study on Loneliness Among the Elderly', *Ageing and society*, 1990, 295-315.

KAPLAN, G.A., 'Health and Aging in the Alameda County Study', in *Aging, Health behaviours, and health outcomes*, SHAIE, K.W., BLAZER, D. & HOUSE, J.S., (eds.), Hillsdale New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1992, 69-88.

KING, M.B., GABE, J., WILLIAMS, P. & RODRIGO, E.K., 'Long term use of benzodiazepines: the views of patients', *British Journal of General Practice*, 1990, 194-196.

KLEEMANS, E.R., KORF, D.J. & STARING, R., 'Mensen van vlees en bloed. Kwalitatief onderzoek in de criminologie', *Tijdschrift voor Criminologie*, 2008, 323-336.

KLEIN, J., TURVEY, C. & WALLACE, R., 'Elders who delay medication because of cost: health insurance, demographic, health, and financial correlates', *The Gerontologist*, 2004, 779-787.

KONIJNENDIJK, A., *Problematisch middelengebruik onder ouderen en omgang daarmee door hulpverleners*, Twente, 2007, 67 p. (Bachelorthese Universiteit Twente, Psychologie)

LEWIS, M.J., *Medicine and care of the dying. A modern history*, New York, Oxford University Press Inc., 2007, p. 277.

MARCOEN, A., 'Grootouderschap: een uitdaging', in *Grootouders, tussen mogen en moeten*, MARCOEN, A., (red.), Leuven, Garant, 1996, p. 9-26.

MARCOEN, A., 'Spirituality and Personal Well-Being in Old Age', *Ageing and Society*, 1994, 521-536.

MASO, I. & SMALING, A., *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*, Amsterdam, Uitgeverij Boom, 2004, 146 p.

MEIJER, W.E.E., NOLEN, W.A., HERINGS, R.M.C., EGBERTS, A.C.G., LEUFKENS, H.G.M. & HEERDINK, E.R., 'Langdurig gebruik van antidepressiva in Nederland in 1991-2001: prevalentie, incidentie en risico-indicatoren', *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2005, 708-711.

MATTHYS, J., ELWYN, G., VAN NULAND, M., VAN MAELE, G., DE SUTTER, A., DE MEYERE, M. & DEVEUGELE, M., 'Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing', *British Journal of General Practice*, 2009, 29-36.

MEULENBERG, F., 'Hyperactieve geluksextremisten. Drugs voor drukke kinderen' in *Een ander ik. Technologisch ingrijpen in de persoonlijkheid*, SLOB, M., (red.), Diemen, Uitgeverij Veen Magazines B.V., 2004, 132-135.

MOL, A. & VAN LIESHOUT, P., *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderde taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg 1945-1985*, Nijmegen, SUN, 1989, 300 p.

MOYNIHAN, R. & CASSELS, A., *Allemaal aan de medicijnen. Hoe de farmaceutische industrie van iedere consument een patiënt probeert te maken*, Rijswijk, Uitgeverij Elmar BV, 2006, 224p.

MURRAY, M. D. & CALLAHAN, C. M., 'Improving medication use for older adults: an integrated research agenda', *Annals for internal medicine*, 2003, 425-429.

NELEN, V., BRUCKERS, L., VAN DE MIEROOP, E. & THYS, G., *Gezondheidsenquête Genk-Zuid 2007*, vzw Lokaal Gezondheidsoverleg, Hasselt, 2007, 58 p. (eindrapport)

NIEHOF, A., 'Ouderen, zorg en welzijn: een pleidooi voor een vergelijkende benadering', *Medische Antropologie*, 1997, 7-22.

NOORLANDER, E., 'Misbruik van en verslaving aan medicatie', in *Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*, KERSSEMAKERS, R., VAN MEERTEN, R., NOORLANDER, E. & VERVAEKE, H., (red.), Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008, 126-142.

Novadic Kentron, *Medicijnverslaving*, Netwerk voor Verslavingszorg, 2 p. (brochure)

NYE, R., 'Kennis over macht. Medicalisering, de staat en de rechten van het individu' in *De Zieke Natie. Over de medicalisering van de samenleving 1860-1914*, NYS, L., DE SMAELE, H., TOLLEBEEK, J. & WILS, K., (red.), Groningen, Historische Uitgeverij, 2002, p.22-41.

PERODEAU, G. & CAPPLIEZ, P., 'Quality of life and benzodiazepine drug use by community-dwelling elderly: a stress and coping perspective', *Reveu européenne de psychologie appliquée*, 2007, 193-200.

PETROVIC, M., SOMERS, A. & VANDER STICHELE, R., 'Polyfarmacie bij de oudere patiënt', *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2008, 795-798.

PIETERS, T., TE HENNEPE, M. & DE LANGE, M., *Pillen & Psyche: culturele eb- en vloedbewegingen. Medicamenteus ingrijpen in de psyche*, Rathenau Instituut, Den Haag, 2002, 139 p. (werkdokument)

PIT, S. W., BYLES, J. E. & COCKBURN, J. C., 'Prevalence of self-reported risk factors for medication misadventure among older people in general practice', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2008, 203-208.

RINZE, B., 'Een depressief brein. De medische blik op depressie en anti-depressiva', in *Een ander ik. Technologisch ingrijpen in de persoonlijkheid*, SLOB, M., (red.), Diemen, Uitgeverij Veen Magazines B.V., 2004, 65-78.

ROTH, M.T., MOORE, C.G., IVEY, J.L., ESSERMAN, D.A., CAMPBELL, W.H. & WEINBERGER, M., 'The Quality of Medication Use in Older Adults: Methods of a Longitudinal Study', *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2008, 220-233.

ROTH, M. T., WEINBERGER, M. & CAMPBELL, W. H., 'Measuring the quality of medication use in older adults', *The American Geriatrics Society*, 2009, 1096-1102.

SAWYER, P., BODNER, E. V., RITCHIE, C. S. & ALLMAN, R. M., 'Pain and pain medication use in community-dwelling older adults", *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2006, 316-324.

SHAB, E., 'The medicalisation of old age', *BMJ*, 2002, 861-863.

SHEPLER, S.A., GROGAN, R.A. & PATER, K.S., 'Keep your old patients out of medication trouble', *Nursing*, 2006, 44-47.

SHORTER, E., *Een geschiedenis van de psychiatrie. Van gesticht tot Prozac*, Amsterdam, Uitgeverij Ambo, 1997, 432 p.

SIMONI-WASTILA, L. & KERI YANG, H., 'Psychoactive Drug Abuse in Older Adults', *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2006, 380-394.

SZASZ, T., *The Medicalization of Everyday Life*, New York, Syracuse University Press, 2007, 202 p.

THOMPSON, P., 'I don't feel old: Subjective ageing and the search for meaning in later life', *Ageing and Society*, 1992, 23-48.

TONE, A., 'Listening to the Past: History, Psychiatry, and Anxiety', *Can J Psychiatry*, 2005, p. 373-380.

VAN BOCXLAER, J., *Cursus Psychofarmaca*, s.l.n.d., 168 p.

VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R., *Psychiaters te koop?*, Antwerpen, Garant, 2006, 272 p.

VAN DER GEEST, S., 'Ouderen en welzijn. Antropologische vragen en opmerkingen', *Medische Antropologie*, 1996, 185-196.

VAN DER HEYDEN, J., *Gezondheidsenquête door middel van interview België 2008, Rapport I: Gezondheidstoestand, Belangrijkste resultaten*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, Brussel, 2010, 32 p. (rapport)

VAN DER STICHELE, R. H., VAN DE VOORDE, C., ELSEVIER, M. M., et al., *Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen*, KCE reports, vol. 47A, Brussel, KCE, 2006, 200 p.

VINKS, T. H. A. M., EGBERTS, T. C. C., DE LANGE, T. M. & DE KONING, F. H. P., 'Pharmacist-based medication review reduces potential drug-related problems in the elderly. The SMOG Controlled Trial', *Drug Aging*, 2009, 123-133.

WAKEMAN, M.A., 'Socially reconstructing a more "comfortable aging" process', *The Gerontologist*, 2003, 420-424.

WATTERS, J.K. & BIERNACKI, P., 'Targeted Sampling: options for the study of Hidden Populations', *Social Problems*, Volume 36, October 1989, 416-430.

WIEGMANS, H. H. G., *Ouderen: zelfredzaamheid, beweging en communicatie*, Leuven, Garant, 1990, p. ??

WOLFFERS, I., *Medicijnen 2008-2009. Hét standaardwerk over klachten, ziekten, behandeling en medicatie*, Antwerpen, Uitgeverij Contact, 2007, 1006 p.

ZINBERG, N.E., *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*, New Haven, CT: Yale University Press, 1984, 277 p.

ZITMAN, F.G., OUDE VOSHAAR, R.C. & KAN, C.C., 'Stoppen met chronisch gebruik van benzodiazepinen', Psyfar, 2006, 9-16.

ZUBENKO, G. S. & SUNDERLAND, T., 'Geriatric psychopharmacology: why does age matter?', *Harvard Rev Psychiatry*, 2000, 311-333.

### **Internetbronnen:**

Algemene Instellingen en Bevolking (2010) 'Statistieken van bevolking' in Rijksregister [WWW]. IBZ:  
[http://www.ibz.rrn.fgov.be/fileadmin/user\\_upload/Registre/nl/statistieken\\_bevolking/stat\\_1\\_n.pdf](http://www.ibz.rrn.fgov.be/fileadmin/user_upload/Registre/nl/statistieken_bevolking/stat_1_n.pdf) [04/05/10]

FOD economie, K.M.O., Middenstand en energie (2009) 'loop van de bevolking' in Statistieken en cijfers [WWW]. Belgian Federal Government:  
<http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/loop/index.jsp> [04/05/10]

LH/DB/EEM (2007) 'Educatie opium' in Farmacologie Nederland honderd jaar [WWW]. Rudolf Magnus Instituut: <http://www.100jaarfarmacologie.nl/educatie/opium.html> [04/05/10]

X. (s.d.) 'Bevolking' in België [WWW]. X.: <http://users.belgacom.net/belgie/bevolking.htm> [04/05/10]

X. (2010) 'Codeïne' in Medical Discoveries [WWW]. Advameg Inc.:  
<http://www.discoveriesinmedicine.com/Bar-Cod/Codeine.html> [04/05/10]

X. (2009) 'Pele en viagra' in Door de benen [WWW]. Wordpress:  
<http://www.doordebeneden.nl/pele-en-viagra/> [04/05/10]

# Bijlage

Half gestructureerde vragenlijst voor de interviews afgenomen in het kader van de masterproef omtrent geneesmiddelenmisbruik bij ouderen

Denys Ineke

Master in de Criminologische Wetenschappen

## **Interview 2009-2010**

**In het kader van de masterproef omtrent het  
geneesmiddelenmisbruik bij ouderen.**

Datum:

Duur:

Plaats:

Code:

Nummer:



Dit interview draagt bij tot het onderzoek naar geneesmiddelenmisbruik bij ouderen in het kader van mijn masterproef. Meer specifiek gaat het om het misbruik van psychoactieve medicatie. Onder deze middelen situeren zich de antidepressiva, de slaap- en kalmeringspillen, de angstwerende middelen en de pijnstillers.

Graag had ik u enkele vragen gesteld omtrent uw eigen gebruik van dergelijke medicatie en de manier waarop u dergelijke producten ervaart. Alsook wens ik u een aantal vragen te stellen omtrent uw houding tegenover psychoactieve medicatie in het algemeen en uw houding omtrent uw eigen gebruik van deze middelen in het bijzonder.

Deze gegevens zullen volledig anoniem en uitsluitend in het kader van mijn masterproef worden gebruikt en verwerkt. Bij de publicatie van de gegevens zal er van de oorspronkelijke namen geen gebruik worden gemaakt. Het ligt niet in de bedoeling van dit onderzoek om de gegevens uit te wisselen met de senioren dienst, andere clubhuisleden en artsen.

U kan op elk moment beslissen om uw deelname aan het onderzoek stop te zetten, zonder gevolg voor uzelf of voor uw mogelijk lopende begeleiding/behandeling.

U hebt de mogelijkheid om na afloop van het onderzoek een samenvatting van de resultaten van dit onderzoek bij de onderzoekster op te vragen.

Het onderzoek verloopt in overeenstemming met de wetgeving op het beroepsgeheim (art. 458 van het strafwetboek) en de wet ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer (08/12/1992, gewijzigd op 11/12/1998).

Alvast bedankt voor uw tijd en medewerking.

## HOUDING TEGENOVER MEDICATIE IN HET ALGEMEEN

*Zoals u weet, gaat dit interview over de consumptie van geneesmiddelen. Vooral leer dieper in te gaan op uw eigen gebruik van bepaalde medicijnen, zou ik u eerst graag een aantal vragen stellen in verband met uw houding ten opzichte van medicatie in het algemeen. Bij iedere stelling dient u de antwoordmogelijkheid die het best aansluit bij uw mening aan te kruisen.*

	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Neutraal	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Ik heb een positieve houding tegenover medicijnen.					
Ik heb een negatieve houding tegenover medicijnen.					
Het is niet erg om meerdere medicijnen tegelijkertijd in te nemen.					
Het is normaal om zelf de dosis van een bepaald medicijn aan te passen, zodanig dat je je er zelf beter bij voelt.					
Medicijnen zijn de meest geschikte oplossing tegen ziektes en klachten (kwaaltjes).					
Ik heb een positieve houding tegenover de alternatieve afhandelingwijzen van ziektes en klachten (kwaaltjes). (Zoals bijvoorbeeld acupunctuur, een speciaal dieet volgen,					

kruidenthee,...)					
Ik heb een negatieve houding tegenover alternatieve afhandelingwijzen van ziektes en klachten (kwaaltjes).					

## **TYPE MIDDEL EN GEBRUIKSPATROON**

*De volgende vragen hebben betrekking op de verschillende psychoactieve medicatie die u gebruikt. Hieronder sorteren zich onder andere de pijnstillers, de antidepressiva, de slaapmiddelen en de kalmeringsmiddelen.*

Gebruikt u pijnstillers op voorschrift?

- a. ja
- b. nee

(indien a)

Welke pijnstillers op voorschrift gebruikt u zoal?

Hoe lang gebruikt u al pijnstillers op voorschrift?

Hoe vaak gebruikt u pijnstillers op voorschrift?

- a. meermaal daags
- b. eenmaal daags
- c. om de 2-3 dagen/meerdere keren per week
- d. eenmaal per week
- e. om de 2-3 weken/meerdere keren per maand
- f. eenmaal per maand

g. eenmaal om de paar maand

Gebruikt u antidepressiva?

- a. ja
- b. nee

(indien a)

Welke antidepressiva gebruikt u?

Hoe lang gebruikt u al antidepressiva?

Hoe vaak gebruikt u antidepressiva?

- a. meermaal daags
- b. eenmaal daags
- c. om de 2-3 dagen/meerdere keren per week
- d. eenmaal per week
- e. om de 2-3 weken/meerdere keren per maand
- f. eenmaal per maand
- g. eenmaal om de paar maand

Gebruikt u middelen tegen slapeloosheid?

- a. ja
- b. nee

(indien a)

Wat is de naam van het slaapmiddel dat u gebruikt?

Hoe lang gebruikt u al slaapmiddelen?

Hoe vaak gebruikt u slaapmiddelen?

- a. meermaal daags
- b. eenmaal daags
- c. om de 2-3 dagen/meerdere keren per week
- d. eenmaal per week
- e. om de 2-3 weken/meerdere keren per maand
- f. eenmaal per maand
- g. eenmaal om de paar maand

Gebruikt u middelen om te kalmeren, stress te onderdrukken, minder ongerust te zijn?

- a. ja
- b. nee

(indien a)

Wat is de naam van het kalmeringsmiddel dat u gebruikt?

Hoe lang gebruikt u al kalmeringsmiddelen?

Hoe vaak gebruikt u dit kalmeringsmiddel?

- a. meermaal daags
- b. eenmaal daags
- c. om de 2-3 dagen/meerdere keren per week
- d. eenmaal per week
- e. om de 2-3 weken/meerdere keren per maand
- f. eenmaal per maand
- g. eenmaal om de paar maand

Gebruikt u nog andere middelen?

- a. ja
- b. nee

(indien a)

Welke andere middelen gebruikt u zoal nog?

Hoe lang gebruikt u deze al?

Hoe vaak gebruikt u ze?

- a. meermaal daags
- b. eenmaal daags
- c. om de 2-3 dagen/meerdere keren per week
- d. eenmaal per week
- e. om de 2-3 weken/meerdere keren per maand
- f. eenmaal per maand
- g. eenmaal om de paar maand

Is dit de eerste keer dat u dit soort medicatie neemt of hebt u ooit andere middelen ingenomen dan deze nu?

- a. ja
- b. nee

(indien a)

Welke andere middelen gebruikte u vroeger?

Hoe lang gebruikt u deze middelen?

## **REDENEN EN HOUDING EERSTE VOORSCHRIFT**

*Ondertussen weten we al welke middelen u precies inneemt en ook hoeveel, de volgende vragen gaan dieper in op uw redenen of klachten die de aanleiding waren tot het consumeren van deze middelen, alsook de houding die u toen had ten aanzien van dat eerste voorschrift en de eerste inname.*

Voor welke redenen of klachten bent u begonnen met het nemen van de hierboven genoemde middelen?

Toen u voor de eerste maal langsging bij uw arts met deze klachten, met welke wens ging u dan langs bij uw dokter?

- a. Ik bezocht de arts met de wens tot het krijgen van medicatie.
- b. Ik bezocht de arts met de wens tot het krijgen van een bepaald specifiek middel.
- c. Ik kreeg het middel op voorstel van de arts.
- d. Ik bezocht de arts met de wens tot het krijgen van extra informatie.
- e. Ik bezocht de arts met de wens om gerustgesteld te worden.
- f. Andere, namelijk ...

Wat was uw houding toen u uw eerste voorschrift voor deze medicatie kreeg?

- a. Ik had dit voorschrift verwacht.
- b. Ik heb zelf om dit voorschrift gevraagd.
- c. Ik had liever een andere oplossing gekregen voor mijn probleem.
- d. Ik had niet gedacht dat mijn problemen zo ernstig waren.
- e. Ik zat voornamelijk in met de effectiviteit van het voorgeschreven middel voor mijn klachten.
- f. Ik zat voornamelijk in met de neveneffecten die het middel zouden veroorzaken.

g. Andere, namelijk ...

Wat was uw eerste indruk na toediening van soortgelijke medicatie?

## **REDENEN EN HOUDING VERVOLGVOORSCHRIFTEN**

Voor welke redenen of klachten neemt u de hierboven genoemde middelen nu?

Toen u vervolgens opnieuw bij de arts langsging met uw klachten, met welke wens bezocht u de arts toen?

- a. Ik bezocht de arts met de wens tot het krijgen van dezelfde medicatie.
- b. Ik bezocht de arts met de wens tot het krijgen van een ander soort medicatie.
- c. Ik kreeg een vervolgvoorschrift op voorstel van de arts.
- d. Ik kreeg een ander soort medicatie op voorstel van de arts.
- e. Ik bezocht de arts met de wens tot het krijgen van extra informatie.
- f. Ik bezocht de arts met de wens om gerustgesteld te worden.
- g. Andere, namelijk ...

Wat was uw houding toen u een vervolgvoorschrift voor deze medicatie kreeg?

- a. Ik had dit vervolgvoorschrift verwacht.
- b. Ik heb zelf om dit vervolgvoorschrift gevraagd.
- c. Ik had liever een andere oplossing gekregen voor mijn probleem.
- d. Ik had niet gedacht dat mijn problemen zo ernstig waren, dat een vervolgvoorschrift noodzakelijk zou zijn.
- e. Ik zat voornamelijk in met de effectiviteit van het voorgeschreven middel voor mijn klachten.
- f. Ik zat voornamelijk in met de neveneffecten die het middel veroorzaken.
- g. Andere, namelijk ...



Wat was uw algemene indruk na toediening van soortgelijke medicatie nu?

## **TEVREDENHEID EN ERVARINGEN INNAME**

Hoe voelt u zich bij uw consumptie van psychoactieve medicatie?

Bent u tevreden met deze oplossing voor uw klachten?

- a. ja
- b. nee

Heeft het geneesmiddel u geholpen?

- a. ja
- b. nee

Wat zijn volgens u de redenen waarom het middel u wel/niet geholpen heeft?

Volgende tabel geeft enkele lichamelijke verschijnselen weer die gepaard gaan met de consumptie van psychoactieve medicatie. Kunt u aanvinken welke van deze problemen u zelf al hebt gehad en zoja, of dit volgens u te wijten is aan uw consumptie van psychoactieve medicatie?

	Ja	Nee	Als gevolg van het gebruik van psychoactieve medicatie	Weet niet
Hoge prikkelbaarheid				
Slaapproblemen				
Sufheid, slaperigheid, vermoeidheid				

Duizeligheid				
Misselijkheid				
Maag- en darmproblemen (ev. Bloedingen)				
Hoofdpijn				
Seksuele stoornissen				
Bloeddrukveranderingen (verhoging, verlaging)				
Hartkloppingen				
Borstkanker				
Zelfbeschadigend gedrag				
Manische episoden				
Coma				
Vergiftiging				
Nierbeschadiging				
Benauwdheid				
Ademhalingsproblemen				
Hallucinaties				
Stemmingsveranderingen				
Verwardheid				
Afgevlakte gevoelens				
Zich minder gelukkig voelen				
Geheugenverlies				
Dalend concentratievermogen				
Vallen				
Breuken (vnl. heupbreuken)				
Trillende handen				
Koorts				
Huiduitslag				
Incontinentie				

Verstopping				
-------------	--	--	--	--

Zijn er nog andere neveneffecten die u hebt ervaren na het innemen van dit middel of die u kunt toeschrijven aan het gebruik van dit middel, die hierboven niet werden aangehaald?

## **VERANDERING IN DOSIS / GEBRUIKSPATROON**

Hoe vaak gebruikt u de medicatie die u werd voorgeschreven?

- a. Ik gebruik de correcte hoeveelheden zoals mijn dokter dat heeft voorgeschreven.
- b. Ik gebruik meer dan de dokter me voorschrijft
- c. Ik gebruik minder dan de dokter me voorschrijft
- d. Ik gebruik nu en dan meer naargelang mijn stemming
- e. Ik gebruik nu en dan minder naargelang mijn stemming
- f. Andere, namelijk ...

(indien b-e)

Om welke redenen gebruikt u het middel meer/minder dan de voorgeschreven dosis?

Heeft de desbetreffende arts u gezegd hoe lang u dit geneesmiddel zult moeten nemen?

Is er gezegd wanneer u de inname moet stoppen?

Hebt u er ooit al aan gedacht om te stoppen met het middel?

- a. ja
- b. nee

(indien a)

Welke redenen speelden een rol bij de wens om te stoppen met het middel?

Hebt u ooit gestopt met het middel?

- a. ja
- b. nee

(indien a)

Volgende tabel geeft enkele ontwenningsverschijnselen weer die gepaard gaan met het stopzetten van de inname van psychoactieve medicatie. Kunt u aanvinken welke van deze problemen u zelf hebt ervaren nadat u uw inname stopzette en zoja, of dit volgens u te wijten is aan het stopzetten van uw consumptie van psychoactieve medicatie?

	Ja	Nee	Als gevolg van het stoppen met psychoactieve medicatie?	Weet niet
Angst				
Verwarring				
Slaapproblemen				
Trillende handen				
Onrustig gevoel				
Zich minder gelukkig voelen				
Depersonalisatie				
Verbale en fysieke agressie				
Pijn				
Zich ziek voelen				
Duizeligheid				

Concentratiestoornissen				
Eetlustverlies				
Misselijkheid				
Hoofdpijn				
Wanen of hallucinaties				

Zijn er nog andere neveneffecten die u hebt ervaren na het stoppen met psychoactieve medicatie die hierboven niet aangehaald werden?

Wat is de reden dat u opnieuw met het middel bent begonnen?

Wat is de reden dat u het middel aanhoudend blijft consumeren?

- a. Ik consumeer het middel eerder uit gewoonte.
- b. Ik middel bezorgt me een aangenaam/gelukzalig/rustig gevoel.
- c. Ik consumeer het middel, omdat het mijn problemen oplost.
- d. Ik consumeer het middel, omdat de dokter zegt dat het helpt.
- e. Ik consumeer het middel, omdat ik er zelf in geloof dat het helpt.
- f. Andere, namelijk ...

Vindt u het terecht dat u al zolang deze medicatie slikt?

Heeft u een idee van de gevaren die met het langdurig gebruik van psychoactieve medicatie gepaard gaan?

## **GEBRUIK IN COMBINATIE MET ANDERE MIDDELEN**

Drinkt u alcohol?

In combinatie/tegelijktijd met psychoactieve medicatie?

Gebruikt u momenteel nog andere medicatie?

Welke?

In combinatie/tegelijktijd met psychoactieve medicatie?

Gebruikt u illegale drugs? (cannabis, cocaïne, heroïne, amfetamines,...)

Welke?

In combinatie/tegelijktijd met psychoactieve medicatie?

Vindt u het terecht dat u deze medicatie in combinatie met andere stimulerende/onderdrukkende middelen slikt?

Heeft u een idee van de gevaren die met het gecombineerd gebruik van psychoactieve medicatie met andere stimulerende/onderdrukkende middelen gepaard gaan?

## **GEBRUIKSOMSTANDIGHEDEN & GEVOELENS**

Denkt u dat er bepaalde gebeurtenissen of omstandigheden in uw leven een invloed uitoefenen op uw gebruik?

Zijn er bepaalde gevoelens die een rol spelen bij het gebruiken van dergelijke medicatie?

Welke gevoelens zijn van invloed op het blijvend consumeren van dergelijke middelen?

## **HOUDING TEGENOVER PSYCHOACTIEVE MEDICATIE**

*In de volgende tabel vindt u een aantal stellingen terug die peilen naar uw houding ten opzichte van psychoactieve medicatie. Bij iedere stelling dient u te kiezen voor de antwoordmogelijkheid die het best aansluit bij uw mening.*

	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Neutraal	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Ik heb een positieve houding tegenover psychoactieve medicijnen.					
Ik heb een negatieve houding tegenover psychoactieve medicijnen.					
Psychoactieve medicatie zijn de meest geschikte oplossing voor niet-medische ziektes en klachten (kwaaltjes).					
Ik voel me goed bij mijn inname van slaapmiddelen/kalmeringsmiddelen/antidep					

ressiva/pijnstillers/...					
Ik ervaar het gebruik van mijn psychoactieve middelen als positief.					
Ik ervaar het gebruik van mijn psychoactieve middelen negatief.					
Ik zie de inname van psychoactieve medicatie als bedreigend voor mijn gezondheid.					
Ik zie de inname van meerdere psychoactieve medicijnen tegelijkertijd als bedreigend voor mijn gezondheid?					
Ik vind het langdurig gebruik van psychoactieve medicatie als bedreigend voor mijn gezondheid?					
Het gecombineerd gebruiken van psychoactieve medicatie met andere middelen die inwerken op de psyche, kan leiden tot hogere risico's.					

Vooraleer u zelf psychoactieve medicatie gebruikte, was uw algemene houding tegenover de consumptie van dergelijke middelen toen dezelfde als nu?

Kunt u deze veranderde/niet-veranderde houding toeschrijven aan bepaalde van de onderstaande informatiebronnen?

- a. media (radio, televisie, kranten)
- b. brochures, het internet
- c. informatie van arts
- d. informatie van apotheker
- e. informatie van andere deskundigen (psychiater, psycholoog,...)
- f. vrienden



g. familie en gezin

h. eigen ervaring

i. andere

Ervaart u uw chronisch gebruik als problematisch?

Extra vraag wanneer de respondent zelf aangaf verslaafd te zijn aan zijn psychoactieve medicijnen;

Hoe ziet u het verschil tussen verslaving aan medicijnen en verslaving aan andere middelen zoals alcohol, illegale drugs, e.d.? Kent u daar een verschil in gewicht aan toe of is dat allemaal hetzelfde?

## **ALGEMENE INFORMATIE**

Wat is uw leeftijd?

Wat is uw geslacht?

Wat is uw nationaliteit?

Wat is uw burgerlijke staat?

Wat is uw woonsituatie?

Wat is/was uw eigenlijke woonplaats? (stedelijk of landelijk)

Heeft u kinderen? (indien ja, thuiswonend of uitwonend)

Heeft u kleinkinderen?

Wat is het hoogste getuigschrift of diploma dat u hebt behaald?

Welk beroep oefende u vroeger uit?

Welke uitkering ontvangt u?

Gemiddeld maandelijks netto inkomen in 2009?

Verleden van middelenmisbruik of verslaving?

Heeft u de afgelopen twee jaar wel eens contact gehad met een instelling voor drugs- of alcoholhulpverlening, een psycholoog een psychiater?

Welke hulpverleningsinstelling was dat en hoe hebt u die contacten ervaren?

Wenst u nog iets te vertellen dat niet aan bod kwam in deze vragenlijst?

**HARTELIJK DANK VOOR DIT GESPREK !!**

Denys Ineke

