



KONINKLIJKE ACADEMIE
VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00 Fax 02/550 23 13
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

omtrent de problematiek van artsen die medicatie aan zichzelf voorschrijven*

Aan de Franstalige en Nederlandstalige Koninklijke Academiën voor Geneeskunde van België werd op 4 januari 2011 door de heer Michel Van Hoegaerden, directeur-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, een visie gevraagd omtrent mogelijke initiatieven om een limiet te stellen aan het ongebreideld en/of gewoonlijk voorschrijven van potentieel gevaarlijke geneesmiddelen aan zichzelf. De brief luidt als volgt:

“Geachte heer Voorzitter,

De geneeskundige commissie van Antwerpen, bevoegd voor de controle van de fysische en/of psychische geschiktheid van artsen, heeft me laten weten dat er heel wat (huis)artsen zouden zijn die aan zichzelf (potentieel) verslavende geneesmiddelen voorschrijven.

Hoewel dit wettelijk gezien geheel in orde is, maakt men zich zorgen aangezien daarbij soms de kiem wordt gelegd van dossiers die op een later tijdstip aan de commissie worden voorgelegd wegens een verslavingsproblematiek, kaderend in een onderzoek naar de fysische en/of psychische geschiktheid van de betrokken arts om zonder gevaar voor de volksgezondheid de geneeskunde uit te oefenen.

Mijn administratie bestudeert momenteel of de nodige initiatieven genomen kunnen worden om een limiet te stellen aan het ongebreideld en/of gewoonlijk voorschrijven van potentieel gevaarlijke geneesmiddelen aan zichzelf.

Graag had ik de visie van de Koninklijke Academie op deze problematiek gekend.

Met de meeste hoogachting,

Michel Van Hoegaerden
Directeur-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer”

Vermits in de twee Academiën een commissie samengesteld werd om zich daarover te beraden, bleek het wenselijk dat de beide Academiën in deze aangelegenheid samen zouden optreden. De leden van beide commissies vergaderden op woensdag 29 juni 2011. Waren aanwezig aan Franstalige zijde: de heren Dresse, Giet, Vanderhaeghen (verontschuldigd: de heren Balligand en Nève); aan Nederlandstalige zijde: de heren Bogaert, Cosyns, Sabbe (verontschuldigd: de heren Aertgeerts en Herman). De commissies vergaderden een tweede maal op woensdag 20 juli 2011. Waren aanwezig aan Franstalige zijde: de heren Dresse, Giet (verontschuldigd: de heren Vanderhaeghen, Balligand en Neve); aan Nederlandstalige zijde: de heren Bogaert, Cosyns, Sabbe (verontschuldigd: de heren Aertgeerts en Herman).

* Het advies werd voorbereid door een gemeenschappelijke commissie, samengesteld uit B. Aertgeerts, M. Bogaert (secretaris), P. Cosyns, A. Herman en B. Sabbe (voorzitter) voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en J.-L. Balligand, A. Dresse (voorzitter), D. Giet, J. Nève, J.-J. Vanderhaeghen voor de Académie royale de Médecine de Belgique.

De vaste commissie voor de uitoefening van de adviesbevoegdheid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, samengesteld uit B. Himpens (voorzitter), A. de Kruif (algemeen secretaris), G. De Backer, D. Declerck, J. Denekens, M. Ieven, G. Laureys, L. Maes, S. Scharpé, W. Stevens, M. Temmerman en A. Van Steirteghem, keurde het advies goed op 24 september 2011.

Als documenten waren beschikbaar: een aantal studies en een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit deze studies, aangebracht door de heer Aertgeerts; een eerste document vanwege de Franstalige leden; een commentaar van de heer Herman; en een document van de heer Cosyns, opgesteld in het kader van een advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren.

1. Kort overzicht van de gegevens en initiatieven uit het buitenland

Naar schatting ontwikkelt in de UK ongeveer één op de tien praktiserende artsen op een bepaald punt in hun carrière een stoornis, gekenmerkt door middelenmisbruik en afhankelijkheid (1, 2). Een grote enquête, uitgevoerd in 1997 bij Finse artsen (waarvan 20% huisartsen), geeft aan dat ongeveer de helft van alle artsen frequent medicatie neemt. Dit betekende een verdubbeling ten opzichte van 1986 (3). Vooral bij pijn, psychische stoornissen en slaapproblemen, en gastro-intestinale klachten wordt aan zelfmedicatie gedaan. Een gelijkaardige studie in Zwitserland bevestigt deze cijfers: ook hier blijkt het voor een arts moeilijk om in een aantal gevallen hulp te zoeken bij collega's (4). Identieke bevindingen worden naar voren gebracht in een artikel over jonge artsen (minder dan negen jaar afgestudeerd) in Noorwegen: een van de aanbevelingen van deze auteurs is het behandelen van deze problematiek in de medische opleiding (5). Een van de mogelijke oorzaken van het aan zichzelf voorschrijven van medicatie bij psychische stoornissen blijkt stigmatisering door de beroepsgroep te zijn. Zo blijkt uit een groot onderzoek, dat vele artsen met een depressie angst hebben om hulp te zoeken, omdat ze vrezen door hun collega's gestigmatiseerd te worden (6). Dit werd bevestigd door een Noorse studie, waarbij ongeveer de helft van de psychiaters aan zichzelf medicatie zou voorschrijven bij lichte tot matige depressie (7).

Het in 1995 opgerichte Physicians Health Program (PHP) van de Ontario Medical Association (OMA) is een hulpprogramma voor artsen, gestoeld op het "dokters-helpen-dokters" principe. Zowel zorgverstrekkers (direct), als hun familieleden of collega's (indirect) kunnen er terecht voor een aanmelding. Naast artsen, kunnen ook artsen in opleiding, studenten, apothekers en dierenartsen zich aanmelden. Problemen kunnen variëren van psychische klachten tot verslaving. De artsen worden verwezen naar een afkick- en rehabilitatieprogramma en kunnen, na een geslaagde ontwenning, deelnemen aan een begeleidingsprogramma. Na vijf jaar wordt men genezen verklaard. De resultaten van de behandeling van 100 artsen, die tussen 2002 en 2008 deelnamen aan het programma, tonen aan dat 85% het programma succesvol afrondt (8).

In navolging van Canada, werd op 1 maart 2011 in Nederland het steun- en verwijspunt ABS-artsen geopend, een meldpunt voor verslaafde artsen (9). Het maakt deel uit van de Radboud Universiteit Nijmegen. Artsen kunnen zich telefonisch melden. Volgend op een assessment, kan de verslaafde arts doorverwezen worden voor behandeling naar een privéverslavingskliniek, die een evidence-based behandeling aanbiedt. Vervolgens wordt de arts gedurende twee tot vijf jaar gevolgd in een monitoringprogramma. De Nederlandse Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die instaat voor het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg door huisartsen, werd van bij de start van het meldpunt nauw bij ABS-artsen betrokken. Er wordt gezocht naar een goede verstandhouding met de Inspectie. Voorlopig zijn indirecte meldingen door collega's-artsen nog niet mogelijk. De status van deze meldingen moet nog worden vastgelegd in samenspraak met de Inspectie. In elk geval dient de anonimiteit van de melder en de gemelde gewaarborgd te zijn.

De Nederlandse artsen- (KNMG) en apothekersvereniging (KNMP) hanteren de opvatting dat het niet wenselijk is dat artsen aan zichzelf medicatie voorschrijven. De IGZ verwacht van apothekers dat zij, indien een arts verslavende medicatie voorschrijft aan zichzelf of familieleden, het recept niet afleveren. Bovendien worden zij geacht bij herhaling een melding te doen bij de IGZ. Naast incidentele controles op opiaatrecepten in officina-apotheken, voert de Inspectie zelf geen actief onderzoek uit naar autoprescriptie. Aangezien, net als in België, autoprescriptie geen wettelijk verboden handeling is in Nederland, heeft de Inspectie geen wettelijke bevoegdheden op dat vlak. Bij verslaafde artsen, daarentegen, stelt de Inspectie een begeleidingstraject in bij een psychiater of psycholoog. Zo nodig wordt dit aangevuld met een tijdelijk werkverbod of werken onder supervisie en strenge afspraken om potentiële patiëntenschade te voorkomen. Indien de arts onvoldoende meewerkt, kan een, veelal tijdrovende, procedure worden opgestart via het College voor Medisch Toezicht, die kan leiden tot schorsing van de arts (10).

2. Overwegingen

De aandacht dient niet te gaan naar het privéprobleem van dergelijke artsen, maar wel naar de zorg, namelijk het mogelijke gevaar voor de patiënten die door dergelijke artsen worden verzorgd, als gevolg van de zelfmedicatie door de artsen. Deze problematiek beperkt zich echter niet enkel tot artsen, maar belangt alle zorgverstrekkers aan.

Het gaat in de eerste plaats om verdovingsmiddelen, zoals morfine en andere speciaal gereguleerde producten, maar ook om geneesmiddelen, zoals de benzodiazepines, die niet onderworpen zijn aan een speciale reglementering. Dit probleem kan niet gescheiden worden van het probleem van alcoholmisbruik door artsen. De tijdschriften “De Specialisten” / “Les Spécialistes” en “De Huisarts” / “Le Généraliste” publiceerden recent een reeks artikelen over alcohol- en middelengebruik en -verslaving bij artsen (11), waarin onder meer de resultaten werden bekendgemaakt van de eerste grote Belgische enquête over middelengebruik bij specialisten, opgezet door het tijdschrift “De Specialisten” / “Les Spécialistes”, in samenwerking met prof. G. Dom van de Universiteit Antwerpen. Van de 1.501 respondenten schrijft niet minder dan 13,6% zichzelf soms een psycho-actief geneesmiddel voor. Dit blijkt meer voor te komen bij mannen dan bij vrouwen, en meer bij oude (> 65 jaar) dan bij jonge artsen, en voornamelijk bij psychiaters (28,4%) en anesthesisten (14,7%).

Over hoeveel gevallen gaat het precies? Uit het antwoord op een parlementaire vraag, gesteld door de heer Destexhe op 7 december 2009, blijkt dat in de laatste vijf jaar aan de provinciale geneeskundige commissies 46 gevallen werden gemeld van afhankelijkheid aan verdovingsmiddelen, psychotrope farmaca en verwante producten. Door de Provinciale Geneeskundige Commissie van Luik, die handelt over 5.600 artsen en 3.200 apothekers, werden over 11 jaar 7 probleemgevallen behandeld. De voorzitter van deze commissie oordeelt dat de wettelijke beschikkingen bij de verschillende instanties, adequaat zijn. Deze cijfers zijn echter een onderschatting van de reële problematiek.

De Inspecteur van de Apotheken van Luik zegt over de procedures bij het vaststellen van een probleemgeval het volgende: « Lorsqu’il s’agit de stupéfiants et/ou de psychotropes, le problème est signalé à la commission médicale provinciale qui convoque systématiquement le médecin concerné. Les mesures peuvent aller jusqu’au retrait du visa. Pour les autres produits, en particulier les benzodiazépines, le cas est signalé à l’Ordre des Médecins. » Deze inspecteur meldt dat de problemen zelden voorkomen, maar moeilijk op te lossen zijn. De oplossing hangt af van de wil van de arts om zijn verslaving te overwinnen.

De vraag dringt zich op, wat precies de rol is van de Orde van Geneesheren, van de provinciale geneeskundige commissies en van de inspecteurs van de apotheken. Zijn er formele procedures bij melding? Wat zijn de resultaten van deze procedures? Hoe verlopen opvolging (controle), doorverwijzing en andere maatregelen?

3. Voorstellen

- Er zou moeten worden nagegaan, wat de precieze procedures zijn van de inspecteurs van de apotheken, van de provinciale raden van de Orde en van de provinciale geneeskundige commissies. Worden deze procedures, voor zover ze bestaan, gevolgd?
- De voornaamste zorg is de vroegtijdige detectie van een zich ontwikkelende problematiek. In het kader hiervan is een belangrijke plaats weggelegd voor de inspecteur van de apotheken, waarbij het ideaal zou zijn, dat er een procedure voor detectie van dergelijke problematiek zou bestaan. Het is waarschijnlijk weinig zinvol om nieuwe maatregelen (bijvoorbeeld het beperken van voorschrijfmogelijkheden) te formuleren om dit probleem, dat kadert in de algemene problematiek van het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen, te benaderen. Er is nood aan schriftelijke, uniforme procedures voor alle provincies, die gekend zijn bij alle betrokken partijen. Daartoe zal het eventueel noodzakelijk blijken om verschillende bestaande procedures op elkaar af te stemmen.
- In verband met detectie zou, naar het voorbeeld van Canada en Nederland, een cel rond problemen bij de uitoefening van alle zorgberoepen (zoals burn-out, evenals het misbruik van alcohol en drugs) moeten worden opgericht, waar confidentiële meldingen door patiënten en andere zorgverstrekkers kunnen gebeuren. De toegang tot informatie, hulp en advies dient vereenvoudigd te worden.
- De procedures voor follow-up en verwijzing moeten worden geëxpliciteerd. Het moet mogelijk zijn om voor zorgverstrekkers bij wie deze problematiek bestaat, de nodige follow-up te verzekeren, bijvoorbeeld door middel van controle door de inspecteur van de apotheken.
- De modaliteiten voor verwijzing van de betrokkenen naar hulpverleners moeten worden vastgelegd, bijvoorbeeld door het gebruik van een lijst van hulpverleners tussen wie de betrokkene kan kiezen.
- In de vorming (bijvoorbeeld tijdens de beroepsopleiding) zou aan dit probleem aandacht moeten worden besteed, ingebed in het bredere thema zelfzorg en gezondheid van zorgverstrekkers.

Literatuurlijst

1. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374:1714-1721.
2. Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. *Crit Care Med*. 2007;35 (2 Suppl):S106-116.
3. Töyry S, Räsänen K, Seuri M, Aärimaa M, Juntunen J, Kujala S, Husman K. Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986 to 1997. *Br J Gen Pract*. 2004;54(498):44-6.
4. Schwenkglens M. Self-treatment and self-medication of Swiss primary care physicians: a cause for concern? *Swiss Med Wkly*. 2007;137(7-8):105-6.
5. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekeberg Ø. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med*. 2008;21(3):16.
6. Adams EF, Lee AJ, Pritchard CW, White RJ. What stops us from healing the healers: a survey of help-seeking behaviour, stigmatisation and depression within the medical profession. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(4):359-70.
7. Balon R. Psychiatrist attitudes toward self-treatment of their own depression. *Psychother Psychosom*. 2007;76(5):306-10.
8. Brewster JM, Kaufmann M, Hutchinson S, MacWilliam C. Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. *BMJ*. 2008;337:a2098. doi: 10.1136/bmj.a2098
9. Crommentuyn RJH. Hulpprogramma nuttig voor verslaafde arts. *Medisch contact*. 2011;08:464-467. <http://medischcontact.artsennet.nl/Tijdschriftartikel/92029/Hulpprogramma-nuttig-voor-verslaafde-arts.htm>
10. de Wit M. Senior Inspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Persoonlijke mededeling.
11. Dossier over problemen inzake middelengebruik door Verrijken, G. in *De Specialisten*. 28 juni 2011;61:1-7, 12 juli 2011;62:1. Teksten aangepast door Mathy J. in *De Huisarts*, 30 juni 2011;1017:1,4-9, 14 juli 2011;1018:1.