

AARD EN OMVANG VAN HET RIJDEN ONDER INVLOED VAN GENEESMIDDELEN: EEN  
PROBLEEMANALYSE

Mogelijkheden voor het opzetten van een (tijdelijke) registratie van  
geneesmiddelengebruik en verkeersdeelname

R-89-41

Drs. D.A.M. Twisk

Leidschendam, augustus 1989

Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid SWOV



## INHOUD

1. Inleiding
  2. Probleemanalyse
  3. Verkeersprestaties van geneesmiddel(en)gebruikers
    - 3.1. Gewenste gegevens
    - 3.2. Opzet van het onderzoek
    - 3.3. Procedure
    - 3.4. Uitbouwbaarheid
  4. Uitvoerende instituten
    - 4.1. Het NIVEL
      - 4.1.1. Aard
      - 4.1.2. Representativiteit
    - 4.2. Het IMS
      - 4.2.1. Aard
      - 4.2.2. Representativiteit
  5. Overwegingen ten behoeve van de keuze tussen de potentiële uitvoerders
  6. Bijdrage SWOV (werkplan)
- Bijlage: concept vragenlijsten

## 1. INLEIDING

Van een grote groep geneesmiddelen is aangetoond of bestaat een gegrond vermoeden dat het functioneren van het centrale zenuwstelsel zodanig beïnvloed wordt dat de uitvoering van complexe taken, zoals verkeersdeelname, sterk achteruit gaat. Veelal is dit onderzoek verricht op "gezonde proefpersonen", en ontbreken gegevens over de achteruitgang relatief ten opzichte van de achteruitgang ten gevolge van de onbehandelde kwaal, en de interactie tussen geneesmiddel en kwaal. Ook is tot dusverre niet aangetoond hoeveel ongevallen (in het verkeer, in de privésfeer of in het bedrijf) werkelijk het gevolg zijn van geneesmiddel(en)gebruik.

In de SWOV nota "Geneesmiddelengebruik en verkeersveiligheid" (Wesemann e.a., 1989) werd aangegeven dat een onderzoek dat in staat zou zijn de omvang van het verkeersveiligheidsprobleem voldoende nauwkeurig aan te tonen zo "duur" zou zijn dat de kosten alleen te rechtvaardigen zouden zijn als het probleem enige omvang zou kennen. Hiermee zijn we dan in een cirkelredenering aangeland.

Vanuit het "beleid" bestaat de wens deze cirkel te doorbreken. Gedacht wordt aan een "schatting" voor de omvang van het probleem die uiteindelijk zou kunnen laten zien of allocatie van middelen voor onderzoek en maatregelen met betrekking tot geneesmiddelen en verkeer te rechtvaardigen is. Een concrete schatting die aan deze behoefte lijkt te voldoen en die op een vrij eenvoudige en goedkope manier te verkrijgen is, wordt gevormd door het vragen van gebruikers van geneesmiddelen naar hun verkeersdeelname. Dit onderzoek is goedkoop als op eenvoudige wijze toegang verkregen kan worden tot een grote groep gebruikers.

Het doel van dit consult is te bepalen in welke mate deze schatting principieel en/of door de concrete uitvoering er uiteindelijk toe leidt de bovengenoemde cirkel te doorbreken. Het consult bestaat uit twee onderdelen. Het eerste deel betreft een probleemanalyse en een behandeling van de vraag in welke mate een enquête onder gebruikers relevante kennis oplevert ten behoeve van de doelstelling. Het tweede deel betreft de opzet en de uitvoering van een onderzoek onder gebruikers van risicogeneesmiddelen.



## 2. PROBLEEMANALYSE

In de Inleiding is uitgegaan van het belang uiteindelijk een "schatter" te hebben voor de omvang van het probleem. Het is in het midden gelaten wat precies met de term "omvang" wordt bedoeld. Ten aanzien van de problematiek "geneesmiddelen en verkeer" lijkt deze grofweg in twee betekenissen te worden gebruikt.

De eerste heeft verband met de vraag "in welke mate is het deelnemen aan het verkeer onder de invloed van risicogeneesmiddelen inderdaad risico-verhogend, d.w.z. is de kans op een ongeval per afgelegde kilometer (of tijdeenheid) hoger dan zonder de invloed van een geneesmiddel? Evidentie voor het beantwoorden van die vraag kan alleen gevonden worden door middel van epidemiologische studies. In het consult zal onderzoek in het kader van deze betekenis van "omvang" aangeduid worden met "risico-onderzoek". De tweede betekenis waarin de term "omvang" gebruikt kan worden is: "is het een probleem van "belang"? Ter beantwoording van deze vraag is het niet nodig kennis te hebben van epidemiologische patronen, maar wel kennis van samenhangen die het aannemelijk maken dat een bepaald verschijnsel inderdaad (vaak) kan optreden en dat het optreden van het verschijnsel ongewenst zou zijn. Onderzoek in deze sfeer zal aangeduid worden als onderzoek naar "potentiële incidenties".

Uitgaande van deze twee interpretaties van de term "omvang" kan vervolgens de vraag gesteld worden: Voor welke denkbare maatregelen die toegepast zouden kunnen worden om het probleem te attaqueren is het nodig risicocijfers te kennen, en voor welke is het nodig "potentiële incidenties" te kennen.

In de SWOV-nota is gesteld dat er onvoldoende kennis is om een betrouwbare uitspraak te doen over de omvang van het probleem (risico) van geneesmiddel(en)gebruik in het verkeer. Er zijn wel aanwijzingen dat het veel kleiner is dan de berichten over 200 doden en f 2 miljard destijds suggereerden. Dit neemt niet weg dat het redelijk zeker is dat er stoffen in de handel zijn die onder bepaalde omstandigheden risicoverhogend (potentiële incidentie) werken waaronder enkele zeer frequent voorgeschreven geneesmiddelen, nl. behorend tot de groep van benzodiazepines.

Op grond van deze conclusie worden onder andere de volgende twee maatregelen aanbevolen:

- het optimaliseren van voorlichting
- het van overheidswege instellen van een testprocedure om de effecten van geneesmiddelen op de rijvaardigheid en op andere kritische taken vast te stellen als verplicht onderdeel van de toelatingsprocedure voor nieuwe preparaten.

Het is niet noodzakelijk de omvang (risico) van het probleem exact te kennen om te komen tot een verbeterde voorlichting. Bij voorlichting is het vaak voldoende te weten dat er een potentieel gevaar bestaat. De inhoud van de voorlichting dient aan te geven "hoe het gevaar herkend kan worden en welke gedragingen gewenst en welke ongewenst zijn". Daarnaast dient de vorm waarin de boodschap wordt gegoten van dien aard te zijn dat het de "doelgroep" motiveert om de geadviseerde gedragingen ook op te volgen. Onderzoek kan er dan ook op gericht zijn de "risicogeneesmiddelen" te identificeren en de aard van de effecten te beschrijven. Kennis betreffende deze effecten moet beschikbaar gesteld worden aan de gebruiker, de verstreckende apotheker en de voorschrijvende arts. Daarnaast kan onderzoek zich richten op de vraag hoe de gebruiker (door de arts) gemotiveerd kan worden de gedragslijnen op te volgen.

Ook voor de de invoering van een testprocedure in de toelating van geneesmiddelen is het niet nodig te weten in welke mate elk middel risicoverhogend werkt. Voldoende kan zijn uit te gaan van de ongewenstheid dat er middelen op de markt kunnen verschijnen, of al verschenen zijn, die mogelijk het functioneren van de patiënt dermate verslechteren dat de rijprestatie en de uitvoering van andere taken er onder lijden. Epidemiologisch onderzoek, zoals risico-onderzoek, zou alleen maar achteraf kunnen bepalen welke geneesmiddelen gevaarlijk blijken te zijn. Een dergelijke benadering wordt niet geaccepteerd ten aanzien van andere "karakteristieken" van geneesmiddelen zoals toxiciteit en effecten op de zwangerschap. Het effect op de rijvaardigheid kan op dezelfde wijze benaderd worden.

Blijft de vraag of het probleem voldoende omvang (potentiële incidentie) heeft om bovenstaande maatregelen door te voeren. Het feit dat niet bekend is "hoe vaak" middelen worden ingenomen en door die zelfde persoon aan het verkeer wordt deelgenomen en niet onderzocht en beschreven is in

welke mate de rijvaardigheid achteruitgaat gaat, heeft als gevolg dat het niet mogelijk is een schatting te maken voor de potentiële incidentie. Om voort te gaan op de zwangerschaps-"analogie": als bekend is dat een middel "per definitie nooit gebruikt zou worden tijdens de zwangerschap lijkt het "verspilling" om bij toelating van het middel eisen te stellen ten aanzien van teratologische bijwerkingen. Ten tweede is het nodig te weten, indien de kans op de bijwerking "heel gering" is, hoe veel het toegepast wordt of zal worden.

Argumenten ter onderbouwing van het belang van het instellen van een toelatingsprocedure en het optimaliseren van de voorlichting aan gebruikers kan derhalve op twee onderzoekgebieden worden gevonden. De eerste is "het bepalen van de mate van achteruitgang van de rijvaardigheid". Adviezen voor nader onderzoek ten aanzien van dit gebied zijn reeds in de cover-nota gedaan, en komen in dit consult niet aan de orde. De tweede is het bepalen van de verspreiding van de middelen in de populatie van verkeersdeelnemers en het vaststellen van het gebruik tijdens verkeersdeelname en bij andere taken.

Directie evidentie voor dit laatste kan alleen verkregen worden door bloed en wellicht ook urine van van verkeersdeelnemers te screenen op ongeveer zo'n 50 stoffen. De schatting is dat als men niet een uitspraak wil doen per stof, maar alleen voor de groep stoffen, men zo'n 1000 bloedmonsters moet screenen op alle 50 stoffen (Vis, 1989).

Om een dergelijk onderzoek te kunnen uitvoeren zou op de eerste plaats bepaald moeten worden of het onderzoek "haalbaar" is. Er is nog grote onzekerheid of individuele automobilisten zo maar bereid zullen zijn bloed af te staan. Daarbij is te verwachten dat grote aantallen weigeringen de waarde die gehecht kan worden aan de resultaten sterk zal verminderen. Een afgeleide vorm kan zijn om niet uit te gaan van bloedmonsters, maar zelfgerapporteerd geneesmiddel(en)gebruik. De hiervoor te gebruiken enquête-methode is wellicht acceptabeler voor automobilisten en ook veel goedkoper, maar wellicht "onaanvaardbaar" onbetrouwbaar. De betrouwbaarheid van de enquêtemethode zou eerst vastgesteld moeten worden, alvorens tot het gebruik wordt overgegaan. Op basis van eerder onderzoek (zie Vis, 1989) is te verwachten dat de betrouwbaarheid van de enquêtemethode gering is.

Hoewel geen onderzoek is uitgevoerd naar daadwerkelijk gebruik tijdens verkeersdeelname zijn reeds wel gegevens beschikbaar op grond waarvan een schatting gemaakt kan worden betreffende de orde van grootte van het gebruik. In de covernota (blz. 13) is een bovengrens aangegeven van 3,5% van de totale groep van verkeersdeelnemers. Deze conclusie werd gebaseerd op gegevens verkregen uit een onderzoek onder verkeersslachtoffers in Rotterdamse ziekenhuizen (Vis, 1987). In de slachtofferpopulatie werd een incidentie van 3,5% van risicogeneesmiddelgebruik aangetroffen. Deze gegevens komen sterk overeen met percentages gevonden in Engels onderzoek onder overleden slachtoffers (Everest e.a., 1989). Zij vonden bij 74 van de 1273 overleden verkeersslachtoffers CZS-actieve geneesmiddelen (5,5%). In Duitsland werd een onderzoek uitgevoerd onder gewonden (Hausmann e.a., 1988). Hier werden bij 3,5% van de actieve verkeersdeelnemers (bestuurders en voetgangers) CZS-actieve geneesmiddelen aangetroffen. Uitgaande van de assumptie dat deze risicogeneesmiddelen de kans op een ongeval per definitie zouden moeten verhogen (anders zijn het geen risicogeneesmiddelen) betekent dit dat de incidentie van geneesmiddelen in de verkeersdeelnemende populatie die niet bij ongevallen was betrokken lager dient te zijn.

In de volgende paragraaf wordt aan de orde gesteld in welke mate onderzoek naar de verkeersprestatie van gebruikers aanvullende informatie kan verschaffen.

### 3. VERKEERSPRESTATIES VAN GENEESMIDDEL(EN)GEBRUIKERS

Een tot op heden niet beproefde onderzoeklijn is het vaststellen van de verkeersprestatie van gebruikers van risicogeneesmiddelen, en ook nog meer specifiek per geneesmiddel of groep van geneesmiddelen, per wijze van verkeersdeelname en naar reeds bekende risicogroepen (onder meer bejaarden). Wel is namelijk reeds onderzoek verricht in welke mate gebruikers hun verkeersgedrag veranderden op basis van informatie verkregen uit voorlichting. Maar het betrof hier geen representatieve steekproef met betrekking tot het soort geneesmiddel. Ook werd alleen gekeken of aan het verkeer was deelgenomen, maar niet hoeveel aan het verkeer was deelgenomen. Dit laatste was ook niet van belang gezien de doelstelling van dat onderzoek (Leufkens & de Rooy, 1987; NSS, 1976; Stout & De Gier, 1982).

Een onderzoek onder gebruikers levert een relatief "goedkope schatter". Het geeft aan in welke mate gebruikers van risicogeneesmiddelen aan het verkeer deelnemen. Geen informatie wordt verkregen over de volgende relevante vragen:

1. Betekent het het feit dat geneesmiddel(en)gebruikers aan het verkeer deelnemen dat ze "onder invloed van die geneesmiddelen" aan het verkeer deelnemen? Immers om onder invloed te zijn dienen de rijvaardigheidsbeïnvloedende componenten van het geneesmiddel in een bepaalde concentratie in het bloed aanwezig te zijn. Dit is niet direct afleidbaar uit het innamepatroon en de voorgeschreven dosering, maar hangt met name af van de metabolische eigenschappen van het individu.
  2. Kan de verkregen informatie gebruikt worden om incidenties te schatten in de populatie en deze te gebruiken om de risicoverhogende werking van de geneesmiddelen te kunnen schatten in samenhang met slachtoffergegevens? Voor dat doel zijn de verkregen gegevens te grof.
- Het onderzoek kan dus niet gezien worden als een voorbereidend of een pilot risico-onderzoek.

Wat kan er wel mee gedaan worden?

1. Het kan gebruikt worden om aan te tonen hoe vaak rijgevaarlijke geneesmiddelen verstrekt worden aan patiënten die (indien ze niet hun activiteiten ten gevolge van de kwaal of het verstrekte middel wijzigen) aan het verkeer deelnemen dan wel andere kritische taken uitvoeren.
2. Hierbij kan gespecificeerd worden naar bekende risicogroepen. Op de

eerste plaats zijn dat patiënten die in hogere mate gevoelig zijn voor de effecten van geneesmiddelen (zoals bijv. bejaarden) of waarvan bekend is dat zij ook zonder geneesmiddelen in het verkeer extra kwetsbaar zijn (fietsers) of vaker in ongevallen te rechtkomen (onervaren automobilisten).

Deze informatie kan enerzijds gebruikt worden om te bepalen in welke mate allocatie van middelen ten behoeve van specifieke probleemgebieden te rechtvaardigen is. Anderzijds kunnen de verkregen gegevens gebruikt worden om voorlichtingsinspanningen specifiek te richten.

De gegevens kunnen aan overtuigingskracht winnen door het probleem van risicogeneesmiddelen niet alleen in de context van de verkeersdeelname te beschrijven, maar deze te plaatsen in de bredere context van "risicovolle taken", waaronder activiteiten kunnen vallen als het bedienen van complexe machines, bewakingsfuncties, taken waarbij grote risico's kunnen bestaan voor derden. Dat dit een "vruchtbare uitbreiding" kan zijn blijkt uit een onderzoek dat verricht werd naar de risicoverhogende werking van benzodiazepines bij arbeid (Govaarts e.a, 1989). Op basis van door gebruikers gerapporteerde ongevallen concludeerden zij dat deze 2,6 maal zo vaak bij ongevallen waren betrokken als de niet-gebruikers.

### 3.1. Gewenste gegevens

Voor de bovengenoemde schatter zijn de volgende gegevens noodzakelijk te weten: door wie, worden welke risicogeneesmiddelen met welke dosering gebruikt en op welke wijze en in welke mate neemt deze persoon aan het verkeer deel. Daarnaast is het van belang te weten in welke mate er interacties kunnen bestaan met andere ingenomen geneesmiddelen en ter behandeling van welke kwaal het geneesmiddel wordt voorgeschreven. Dit laatste is om twee redenen van betekenis: Ten eerste kan de achteruitgang in rijprestatie ten gevolge van de "onbehandelde" kwaal groter zijn, dan de achteruitgang ten gevolge van de behandeling van de "kwaal" met een risicogeneesmiddel. Ten tweede kan de behandelde kwaal van dien aard zijn dat de patiënt niet aan het verkeer kan en/of wenst deel te nemen.

Het ligt voor de hand deze vragen te stellen aan de arts op het moment dat hij een recept voor een risicogeneesmiddel uitschrijft. In principe zouden alle groepen "voorschrijvende" artsen (aan ambulante patiënten) in de steekproef vertegenwoordigd dienen te zijn. Dit houdt in huisartsen, en specialisten per specialisme.



Alleen gegevens met betrekking tot personen aan wie een risicogeneesmiddel verstrekt wordt zijn van belang. Daarom wordt alleen de onderstaande informatie verzameld bij het voorschrijven van een risicogeneesmiddel (middelen die voorkomen op de lijst behorend bij het zwaarwegend advies van de KNMP/KNMG, en die derhalve door de verstrekker van een gele sticker voorzien dienen te worden).

De volgende gegevens zijn van belang:

1. Patiënt

1a: leeftijd

1b: geslacht

1c: beroep

2. Medicatie

2a: naam geneesmiddel

2b: eventueel: groep waartoe het behoort

2c: diagnose

2d: dosering plus innamepatroon

2e: andere geneesmiddelen

2f: herhalingsrecept of nieuw recept

3. Verkeersdeelname

3a: vervoerswijze

3b: kilometrage en/of tijd

3c: motief/omgeving

4. Risicovolle bezigheden en taken

4a: op werk

4b: bestuurder/operator etc

3.2. Opzet van het onderzoek

Een bevraging van de arts betreffende dit onderwerp kent een aantal intrinsieke beperkingen:

A. De door de arts te investeren tijd is begrensd.

B. De door de patiënt gegeven antwoorden met betrekking tot de enquêtevragen 3 en 4 kunnen beïnvloed worden door de "sociaal wenselijkheid" van

bepaalde gedragingen. Immers, indien de arts zijn voorlichtende taak uitvoert, heeft hij de patiënt gewaarschuwd voor het gevaar van deze medicatie in het verkeer.

C. Voorgeschreven medicatie behoeft niet overeen te komen met daadwerkelijk gebruik.

Bovengenoemde beperkingen kunnen gedeeltelijk ondervangen worden:

Ad A. De vragenlijst kan gedeeltelijk (voornamelijk vragen 3 en 4) door de patiënt zelf worden ingevuld.

Ad B. Aangenomen kan worden dat verkeersprestaties van mensen niet sterk in de tijd variëren. Om die reden kan de week voorafgaande aan het voorschrijven van het geneesmiddelen gebruikt worden om de "gebruikelijke" vervoersprestatie van de patiënt te schatten; aannemende dat het "geneesmiddel(en)gebruik" de verkeersprestatie niet sterk zal beïnvloeden.

Diverse onderzoeken tonen aan dat maar in beperkte mate verplaatsingspatronen veranderd worden vanwege risicogeneesmiddelgebruik (Leufkens & de Rooy, 1987; NSS, 1976; Stout & De Gier, 1982).

Ad C. Op dit punt dient overleg gevoerd te worden met "deskundigen" op welke wijze een juiste schatting gemaakt kan worden. Aangenomen kan worden dat onjuiste toepassing van de "medicatievoorschriften" zowel kan leiden tot een onderdosering als ook tot een overdosering. Beide kunnen van invloed zijn op de taakuitvoering.

### 3.3. Procedure

Aan de deelnemende artsen worden een vragenformulier verstrekt en een lijst van geneesmiddelenamen die voorkomen bij het zwaarwegend advies van de KNMP/KNMG. Een punt van overweging is of de huidige vormgeving van de lijst voldoende gebruikersvriendelijk en informatief is. Eventueel kan gekozen worden voor een "verbeterde" versie. De arts vult op het spreekuur de vragen die betrekking hebben op "de patiënt" en "de medicatie" in. De arts vraagt de patiënt in de wachtkamer het gedeelte met betrekking tot de verkeersdeelname en de werkzaamheden in te vullen, en het formulier vervolgens bij zijn assistente in te leveren.



### 3.4. Uitbouwmogelijkheid

Een van de toepassingen van de gegevens verkregen uit het onderzoek ligt in de voorlichtingssfeer. De "kracht" van de toepassing ten behoeve van voorlichting kan vergroot worden door de volgende uitbreiding.

Er is reeds onderzoek verricht naar de wijze waarop gebruikers van risicogeneesmiddelen hun verkeersdeelname patronen wijzigen. Het blijkt dat dat slechts in zeer beperkte mate gebeurt (Leufkens & de Rooy, 1987; NSS, 1976; Stout & De Gier, 1982), en dat soms de therapie door de patiënt wordt onderbroken om maar aan het verkeer te kunnen blijven deelnemen (NSS, 1976). Onbekend is welke problemen patiënten ervaren in het interpreteren en het opvolgen van het advies (zoals gegeven door de arts, de bijsluiter, of folder "geneesmiddelen en reactievermogen"). Uit GVO-onderzoek is gebleken dat de meest effectieve voorlichting die voorlichting is die direct aansluit bij de "ervaringswereld" van de doelgroep (De Haes, 1983).

Het onderzoek onder gebruikers zou uitgebreid kunnen worden met vragen die specifiek gericht zijn op het leren kennen van die "ervaringswereld". De specifieke uitvoering kan als volgt zijn: de arts geeft nadat de "basisenquête" (bestaande uit de vragenlijsten 1,2 en 3 zie bijlage) is ingevuld de patiënt een tweede vragenlijst (vragenlijst 4) mee naar huis. Deze enquête heeft een codenummer dat overeenkomt met de code van de basisenquête, zodat uiteindelijk beide te koppelen zijn, maar de anonimiteit van de gebruiker gegarandeerd blijft. De gebruiker vult de tweede vragenlijst thuis in; deel A vlak na het bezoek aan de arts; deel B gedurende de eerste week van het geneesmiddelgebruik en deel C twee weken na het starten van de kuur. De vragen in deel A hebben betrekking op de interpretatie van het advies. De vragen in deel B en C hebben betrekking op de uitvoering van het advies in het verkeer, de vrije tijd en de arbeidssfeer, het herkennen van verschijnselen, de ongevallen of bijna ongevallen in het verkeer, vrije tijd en arbeidssfeer.

#### 4. UITVOERENDE INSTITUTEN

##### 4.1. Het NIVEL

###### 4.1.1. Aard

De basisenquête kan gehouden worden via de "continue morbiditeitsregistratie" dat wordt uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg). Dit is een registratiemethode waarvan de basis ligt in de huisarts(en)praktijk. Een landelijk netwerk van 60 huisartsenpraktijken, de peilstations, bestrijkt 1% van de Nederlandse bevolking. Bij de samenstelling is rekening gehouden met een geografische spreiding en urbanisatiegraad.

Door de deelnemende artsen (de peilstations) wordt wekelijks een formulier ingezonden waarop bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen worden gerapporteerd, de zogenaamde weekstaat. Elk jaar worden de rubrieken die op de weekstaat zullen worden geplaatst door de begeleidingscommissie opgesteld.

Voor het plaatsen van een ziekte of een gebeurtenis op de weekstaat moet tenminste aan drie criteria worden voldaan:

1. Het belang van het onderwerp moet worden beschreven.
2. Er moeten strenge en duidelijke criteria betreffende de te registreren ziekte of gebeurtenis te formuleren zijn.
3. Het toepassen van deze criteria mag niet te tijdrovend zijn en moet inpasbaar zijn in de praktijkvoering van de huisarts.

Naast de weekstaat bestaat er de mogelijkheid het gedurende een bepaalde periode een specifiek onderwerp meer diepgaand te ondervragen. Het NIVEL is bereid gedurende een periode van 1 jaar vragen met betrekking tot geneesmiddel(en)gebruik en verkeer 'mee te nemen'.

###### 4.1.2. Representativiteit

In 1985 is de samenstelling van de huisartsenpraktijken die fungeren als peilstations vergeleken met de samenstelling bij alle huisartsenpraktijken. Gebleken is dat de peilstations redelijk representatief zijn. Alleen

is er een verschuiving opgetreden in de leeftijdsgroepen. Er bestaat een geringe veroudering in de peilstations. Ten aanzien van extrapolatie van gevonden frequenties naar de totale populatie, stelt het NIVEL: "De peilstationar<sup>t</sup>tsen zijn een select gekozen groep. In hoeverre de uitkomsten van de werkelijke situatie afwijken is dan ook niet zonder meer vast te stellen. Men dient met name voorzichtig te zijn bij die gegevens waar sprake is van interventie van de huisarts."

Het voorschrijven van geneesmiddelen is wel zeker een interventie. Uit andere bronnen is bekend dat huisartsen in sterke mate van elkaar verschillen in de mate waarin risicogeneesmiddelen worden voorgeschreven. Wellicht is het mogelijk de mate van representativiteit van de gegevens te bepalen aan de hand van gegevens van het "totale" geneesmiddelengebruik in Nederland.

#### 4.2. Het IMS

##### 4.2.1. Aard

IMS staat voor Instituut Medische Statistiek. Het verzamelt en integreert gegevens over geneesmiddelengebruik en -prescriptie via panels van huisartsen en specialisten in Nederland verkregen. Opdrachtgever(s) zijn de gezamenlijke farmaceutische industrieën in Nederland, verenigd in de NEFARMA. Afnemers zijn diezelfde NEFARMA, maar dan meestal in de vorm van individuele farmaceutische producenten. Tot nu toe vindt nog weinig informatieverspreiding plaats buiten deze kring (dus ook niet naar de overheid).

##### 4.2.2. Representativiteit

Het IMS beschikt over steekproeven (panels) bestaande uit 325 artsen (uit een totaal van 11.566. De verkregen gegevens hebben betrekking op patiënten (behalve opgenomen patiënten) die door huisartsen en negen groepen specialisten behandeld worden. Deze specialistengroepen zijn: cardiologen, dermatologen, gynaecologen, internisten, neurologen, keel- neus en oor- artsen, kinderartsen, psychiaters, en artsen die ziekten aan het ademhalingsstelsel behandelen. 15 specialismen worden niet bestreken (26,5% van de praktiserende artsen wordt hierdoor "gemist"). Dit hoeft geen probleem te zijn voor zover zij alleen opgenomen patiënten behandelen (zoals

anesthesisten die inderdaad geen deel uitmaken van de steekproef) of waarschijnlijk geen rijgevaarlijke geneesmiddelen voorschrijven.

De artsen worden geworven gestratificeerd naar specialisme en regio van het land. Er zijn 5 regio's vastgesteld, namelijk regio 1. Groningen Drenthe, Friesland, en Overijssel; regio 2. Gelderland, Utrecht en Flevoland; regio 3. Noord-Holland; regio 4. Zuid-Holland; regio 5. Zeeland, Noord-Brabant, Limburg.

De artsen wordt gevraagd gegevens te noteren over zeven opeenvolgende dagen van alle patiënten die door hen onderzocht worden, ook betreffende degenen waarvoor geen recept wordt uitgeschreven. De artsen wordt gevraagd deze gegevens in te vullen op het moment dat zij deze patiënten zien. De gegevens die nu standaard door het IMS verzameld worden zijn: leeftijd, geslacht van de patiënt, verzekeringswijze en of de patiënt al dan niet rookt. Verder of het een eerste consult is of een herhalingsconsult. Verder wordt genoteerd of de patiënt verwezen is of verwezen wordt. Medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandelingen worden genoteerd, sterkte, inhoud, hoeveelheid en dosering. Of het een nieuw of een herhaald recept is. De diagnose wordt genoteerd en het beoogde doel van de behandeling wordt aangegeven.

## 5. OVERWEGINGEN TEN BEHOEVE VAN DE KEUZE TUSSEN DE POTENTIELE UITVOERDERS

### Kosten

Er is nog niet bekend hoeveel deze exact zullen bedragen. Waarschijnlijk is in de uitvoering het coderen het meest arbeidsintensief en derhalve ook de grootste kostenpost.

### Representativiteit

De IMS-gegevens geven een beter zicht op de totale verspreiding van de geneesmiddelen, omdat ook specialisten deel uitmaken van de steekproef. Het is aan te nemen dat ook zij de nodige geneesmiddelen voorschrijven.

### Looptijd van het onderzoek

Door de kleinere steekproef dient het onderzoek bij uitvoering door het NIVEL langer te lopen om voldoende gebruikers te kunnen bevragen (bijv. 1 jaar). Het IMS heeft een groter panel ter beschikking. Dit betekent dat zij voldoende hebben aan een looptijd van 6 weken. Nadeel van een korte looptijd is dat seizoeninvloeden op verstrekkingen en ook op verkeersdeelname niet meegenomen worden in het onderzoek. Dit betekent dat ook door het IMS de metingen gespreid over 1 jaar uitgevoerd zouden moeten worden om de seizoeninvloeden te kunnen registreren.

## 6. BIJDRAGE SWOV (WERKPLAN)

1. Schatting incidentie. Om te weten hoe lang gemeten moet worden om een voldoende aantal geneesmiddelen te verkrijgen, dienen we globaal te weten hoe vaak een bepaald geneesmiddel wordt voorgeschreven. Deze gegevens worden niet gepubliceerd in de "openbare" tijdschriften. Hiervoor dienen andersoortige bronnen geraadpleegd te worden, zoals de ziekenfondsen, of de farmaceutische industrieën en hun eigen onderzoekgegevens. Hoe kleiner de frequentie van voorkomen hoe langer moet worden gemeten om een betrouwbare schatting te kunnen maken (anders gaan extremen te sterk het resultaat beïnvloeden).
2. De gevonden verkeersprestaties kunnen aan de hand van CBS-OVG-gegevens gerelateerd worden aan de verkeersprestaties op populatieniveau.
3. Overleg met de Stichting "Consument en Veiligheid" is gewenst om ook risico's in andere sferen te kunnen bevragen. De "zwaarte" van het probleem is groter als ook geneesmiddel(en)gebruik samengaat met andere "complexe taken".
4. Overleg over:
  - de aard van de gegevens: dusver is onbekend in welke vorm de verkregen gegevens aangeleverd zullen worden;
  - de wijze waarop vragenlijsten gemaakt moeten worden (formulering, layout etc);
  - procedure.
5. Opstellen van de vragen, en afstemmen op andere enquêtes over soortgelijke onderwerpen zodat vergelijkingen mogelijk zijn.
6. Verwerken resultaten.
7. Rapportage.

Er moet nog overlegd worden of een dergelijke procedure vanuit het oogpunt van de patiënt en arts mogelijk is, en óf en hoeveel informatie de patiënt gerechtigd is te verkrijgen over doel en inhoud van het onderzoek (informed consent). Deze noodzakelijke informatie kan de arts schriftelijk of mondeling aan de patiënt geven.

LITERATUUR

CBS (1989). Onderzoek Verplaatsingsgedrag 1989.

De Haes, W.F.M. (1983). Gedragwetenschappelijk onderzoek ten dienste van gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO). Proefschrift. Swets en Zeitlinger, Lisse.

De Gier, J.J.; De Smet, P.A.G.M.; Nelemans, F.A. & Schure, L.M. (1986). Rijgevaarlijke geneesmiddelen: Een hulpmiddel bij het voorschrijven. Medisch Contact 41, 10, 303-305.

Everest, J.T.; Tunbridge, R.J. & Widdop, B. (1989). The incidence of drugs in road accident fatalities Research Report 202. TRRL, Crowthorne.

Govaarts, J.J.G.M.; Nooren, F.P.B.M.; Smeekens, P.F.J. & Van Vliet, E.W.N. (1989). Benzodiazepines en bedrijfsongevallen. T. Soc. Gezondheidsz. 67 131-133.

Haaijer-Ruskamp, F.M. (1985). Het voorschrijfgedrag van huisartsen. Pharmaceutisch Weekblad 120, 1-4.

Hausmann, E; Möller, M.R. & Otte, D. (1988). Medikamente, Drogen und Alkohol bei verkehrsunfallverletzten Fahrern. Forschungsprojekt 8004. Bundesanstalt für Strassenwesen, Bergisch Gladbach.

Langen, H. (1984). Voorlichting medicijnen en verkeer: Een onderzoek naar voorlichting van huisartsen aan patiënten over medicijnen die de rijvaardigheid (kunnen) beïnvloeden. Rijksuniversiteit Groningen, Andragogisch Instituut/Regionaal Orgaan voor de Verkeersveiligheid in Drenthe.

Leufkens, H.G.M. & De Rooij F.A. (1987). Gebruikers van rijgevaarlijke geneesmiddelen: Wie zijn het en heeft de campagne "Geneesmiddelen en reactievermogen" hen bereikt? Lezing Symposium, Ede, 11 november 1987.

NSS (1976). Onderzoek inzake etiketten op geneesmiddelen met betrekking tot rijvaardigheid. Rapport O 6284-II. N.V. v/h Nederlandse Stichting voor Statistiek, 's-Gravenhage.

Stout, Q.F. & De Gier, J.J. (1982). Effect van de geel zwarte rijvaardigheidssticker op geneesmiddelen. Pharmaceutisch Weekblad 117, 449-452

Vis, A.A. (1987). Onderzoek naar alcohol-, geneesmiddelen- en druggebruik bij verkeersslachtoffers; Een voorstudie op basis van gegevens van de politie, de GG & GD en enkele ziekenhuizen te Rotterdam. R-87-32. SWOV, Leidschendam.

Vis, A.A. (1989). Gebruik van geneesmiddelen en drugs door verkeersdeelnemers en het effect op de verkeersveiligheid; Een (aanvullende) literatuurstudie met het doel het inzicht te vergroten in de omvang van geneesmiddelen- en drugsgebruik door verkeersdeelnemers in Nederland en het effect daarvan op de betrokkenheid bij ongevallen. R-89-35. SWOV, Leidschendam, 1989.

Wesemann, P.; Twisk, D.A.M. & Vis, A.A. (1989). Geneesmiddelengebruik en verkeersveiligheid; Covernota bij het state-of-the-art onderzoek Geneesmiddelen en drugs. R-89-37. SWOV, Leidschendam, 1989.



**BIJLAGEN**



## CONCEPT VRAGENLIJST

### TOELICHTING:

Er zijn vier concept vragenlijsten:

Vragenlijst 1: Medicatie en patiëntgegevens

Vragenlijst 2: Verkeersgegevens

Vragenlijst 3: Risicovolle bezigheden

Vragenlijst 4: Interpretatie en uitvoering

De inhoud en doel van iedere vragenlijst wordt in het consult beschreven. Vragenlijst 4 is in een dusdanig ruwe vorm dat deze voornamelijk aangeeft hoe de definitieve vragenlijst er uit zal zien. Dit ook omdat het in dit stadium nog niet gewenst is met een definitieve versie te komen, omdat de vraag nog ter discussie staat of deze uitbreiding mogelijk en gewenst is.

Vragenlijst 1, 2 en 3 zijn in meer detail uitgewerkt en zullen niet sterk gaan afwijken in de definitieve versie.

Afname door wie, en op welk moment:

---

Vragenlijst	1	2	3
afname door	huisarts	patient	patient
wanneer	tijdens consult	na consult	na consult
waar	spreekkamer	wachtkamer	wachtkamer
insturen door	huisarts	huisarts	huisarts
sturen aan	NIVEL	NIVEL	NIVEL
coderen door		SWOV	SWOV

---

---

Vragenlijst	4a	4b	4c
afname door	patient	patient	Patient
wanneer	na verstrekking	elke dag/7dgn	na 7 dagen gebruik
waar	thuis	thuis	thuis
insturen door	patient	patient	patient
sturen aan	SWOV	SWOV	SWOV
coderen door	SWOV	SWOV	SWOV

---

VRAGENLIJST 1: MEDICATIE EN PATIENTGEGEVENS

Gewenste gegevens

Alleen bij het voorschrijven van een risico geneesmiddel (middelen die voorkomen op de lijst behorend bij het zwaarwegend advies van de KNMP/KNMG, en die derhalve door de verstrekker van een gele sticker voorzien dienen te worden) wordt een formulier ingevuld.

1: patiënt:

1a: leeftijd                   ...JR

1b: geslacht                M/V\*

2a: naam geneesmiddel (merknaam)   .....

2b: diagnose   .....

2c: gewenste werking   .....

2e: dosering   .....

2f: inname patroon   .....

2g: andere geneesmiddelen welke  
gelijktijdig met risico geneesmiddel  
gebruikt zullen worden   .....

2h: duur van de therapie (geschat in dagen)                                 .....dgn

## VRAGENLIJST 2: VERKEERSGEGEVENS

### Toelichting

In het belang van het onderzoek willen we weten hoeveel u gisteren aan het verkeer heeft deelgenomen

Als u zich buitenshuis begeeft om ergens naar toe te gaan maakt u een verplaatsing.

Gaat u van daaruit weer terug naar huis of ergens anders heen dat is dit in beide gevallen een **nieuwe verplaatsing**.

Bijvoorbeeld u brengt uw kind naar school en gaat daarna weer terug naar huis. U maakt dan twee verplaatsingen. Eerst van huis naar school en daarna van school naar huis.

Wanneer u op weg ergens naar toe nog een of meer bestemmingen aandoet, dan zijn dit allemaal **aparte verplaatsingen**.

Bijvoorbeeld doet u onderweg van uw werk naar huis een boodschap dan maakt u twee verplaatsingen. De eerste verplaatsing gaat van uw werk naar de winkel. De volgende verplaatsing gaat van de winkel naar uw huis.

Ook wandelen of rondrijden zonder bestemming is **een verplaatsing**.

De verplaatsingen die u gisteren heeft gemaakt invullen in het boekje.

Geef per verplaatsing **alle gebruikte vervoermiddelen** aan en ook de gedeelten die u te voet aflegt.

Geef de **afstand** zo nauwkeurig mogelijk op

Was gisteren een normale dag voor u? ja/nee

Hierna vervolg zoals OVG standaard

**EERSTE VERPLAATSING**

<b>TIJDSTIP VERTREK</b>	
uur	min.
datum	
<b>DOEL</b>	
<input type="checkbox"/> naar huis gaan <input type="checkbox"/> werken <input type="checkbox"/> zakelijk bezoek voor het werk <input type="checkbox"/> visite, logeren <input type="checkbox"/> onderwijs volgen <input type="checkbox"/> winkelen, boodschappen doen <input type="checkbox"/> wandelen, rondrijden <input type="checkbox"/> iets anders namelijk:	
<b>VERVOERMIDDEL / AFSTAND</b>	
te voet	km
bestuurder auto	km
passagier auto	km
fiets	km
bromfiets	km
motor, scooter	km
bus	km
tram, metro	km
trein ander vervoer- middel namelijk:	km
<b>TIJDSTIP AANKOMST</b>	
uur	min.
<b>PLAATSNAAM</b>	
<b>VOLGENDE VERPLAATSING</b>	
<input type="checkbox"/> ja → ga verder bovenaan volgende kolom <input type="checkbox"/> nee → einde vragenlijst	

**TWEDE VERPLAATSING**

<b>TIJDSTIP VERTREK</b>	
uur	min.
<b>DOEL</b>	
<input type="checkbox"/> naar huis gaan <input type="checkbox"/> werken <input type="checkbox"/> zakelijk bezoek voor het werk <input type="checkbox"/> visite, logeren <input type="checkbox"/> onderwijs volgen <input type="checkbox"/> winkelen, boodschappen doen <input type="checkbox"/> wandelen, rondrijden <input type="checkbox"/> iets anders namelijk:	
<b>VERVOERMIDDEL / AFSTAND</b>	
te voet	km
bestuurder auto	km
passagier auto	km
fiets	km
bromfiets	km
motor, scooter	km
bus	km
tram, metro	km
trein ander vervoer- middel namelijk:	km
<b>TIJDSTIP AANKOMST</b>	
uur	min.
<b>PLAATSNAAM</b>	
<b>VOLGENDE VERPLAATSING</b>	
<input type="checkbox"/> ja → ga verder bovenaan volgende kolom <input type="checkbox"/> nee → einde vragenlijst	

**DERDE VERPLAATSING**

<b>TIJDSTIP VERTREK</b>	
uur	min.
<b>DOEL</b>	
<input type="checkbox"/> naar huis gaan <input type="checkbox"/> werken <input type="checkbox"/> zakelijk bezoek voor het werk <input type="checkbox"/> visite, logeren <input type="checkbox"/> onderwijs volgen <input type="checkbox"/> winkelen, boodschappen doen <input type="checkbox"/> wandelen, rondrijden <input type="checkbox"/> iets anders namelijk:	
<b>VERVOERMIDDEL / AFSTAND</b>	
te voet	km
bestuurder auto	km
passagier auto	km
fiets	km
bromfiets	km
motor, scooter	km
bus	km
tram, metro	km
trein ander vervoer- middel namelijk:	km
<b>TIJDSTIP AANKOMST</b>	
uur	min.
<b>PLAATSNAAM</b>	
<b>VOLGENDE VERPLAATSING</b>	
<input type="checkbox"/> ja → ga verder bovenaan volgende bladzijde <input type="checkbox"/> nee → einde vragenlijst	

Hoe laat bent u vertrokken?

Wat ging u doen?

Hoe bent u daar naar toe gegaan?

Zet vóór het vervoermiddel dat u als eerste gebruikte een 1, het tweede een 2 enz. Vermeld achter elk gebruikt vervoermiddel de afstand die u ermee aflegde.

Hoe laat bent u daar aangekomen?

Waar ging u naar toe?

Hebt u hierna nog een verplaatsing gemaakt (terug naar huis, ergens anders heen)?

VRAGENLIJST 3: RISICOVOLLE BEZIGHEDEN

Het geneesmiddel dat u gaat gebruiken heeft als bijwerking dat u wat minder snel reageert, minder wakker bent, en u minder kunt concentreren dan normaal.

Waren er gisteren bezigheden waarvoor in het belang van de veiligheid snel reageren nodig was? JA/NEE

waarvoor waren die bezigheden nodig? HUISHOUDEN/WERK/HOBBY

wat waren die bezigheden? .....  
.....  
.....

Waren er gisteren bezigheden waarvoor in het belang van de veiligheid concentratie nodig was? JA/NEE

waarvoor waren die bezigheden nodig? HUISHOUDEN/WERK/HOBBY

wat waren die bezigheden? .....  
.....  
.....



VRAGENLIJST 4: INTERPRETATIE en UITVOERING

Deel A:

Vult u deze vragenlijst in nadat u het geneesmiddel van de apotheek heeft opgehaald.

Om deze vragenlijst goed te kunnen invullen moet u eerst:

- de bijsluiter van het geneesmiddel lezen
- de folder "geneesmiddelen en reactievermogen" lezen die in dezelfde enveloppe zat als deze vragenlijst
- u proberen te herinneren wat uw arts u heeft verteld over de bijwerkingen van het geneesmiddel.

- |  |        |
|--|--------|
| 1. Heeft u "de bijsluiter" kunnen lezen  | JA/NEE |
| 2. Heeft u de tekst van de bijsluiter begrepen   | JA/NEE |
| 3. Heeft u de folder "geneesmiddelen en reactievermogen" kunnen lezen<br>heeft u de tekst van de folder begrepen | JA/NEE |
| 4. Op de verpakking van het geneesmiddel zit een gele sticker waarop<br>een waarschuwing geschreven staat        | JA/NEE |

Dit geneesmiddel heeft als bijwerking dat u zich minder kunt concentreren dan normaal, en dat u ook minder snel reageert.

In de folder staat geschreven dat u daarom extra op moet letten en gevaarlijke bezigheden uit zou moeten stellen.

Was u deze week bezigheden van plan waarvoor in het belang van de veiligheid snel reageren nodig is? JA/NEE

waarvoor zijn die bezigheden nodig? HUISHOUDEN/WERK/HOBBY

wat zijn die bezigheden?  
.....  
.....  
.....

Was u deze week bezigheden van plan waarvoor in het belang van de veiligheid concentreren nodig is? JA/NEE

waarvoor zijn die bezigheden nodig? HUISHOUDEN/WERK/HOBBY

wat zijn die bezigheden?  
.....  
.....  
.....

Gaat u nu omdat u dit geneesmiddel gebruikt uw plannen wijzigen?

nee, omdat het niet anders kan EENS/ONEENS

nee, omdat ik verwacht er geen last van te hebben EENS/ONEENS

nee, omdat ik extra voorzichtig zal zijn EENS/ONEENS

ja, omdat ik het zekere voor het onzekere neem EENS/ONEENS

ja, omdat ik me wil houden aan de voorschriften EENS/ONEENS

Gaat u nu omdat u dit geneesmiddel gebruikt minder autorijden dan u van plan was?

nee, omdat het niet anders kan EENS/ONEENS

nee, omdat ik verwacht er geen last van te hebben EENS/ONEENS

nee, omdat ik extra voorzichtig zal zijn EENS/ONEENS

ja, omdat ik denk dat ik slechter zal  
rijden, en bang ben dat ik een ongeluk  
zal krijgen

EENS/ONEENS

ja, omdat geadviseerd wordt niet auto  
te rijden

EENS/ONEENS

Deel B:

HET DAGELIJKS INVULLEN VAN OVG-VERPLAATSINGSGEGEVENS

Deel C.

UITVOERING:

U gebruikt nu reeds 1 week het geneesmiddel wat uw huisarts u heeft voorgeschreven.

In de folder "geneesmiddelen en reactievermogen" worden een aantal bijwerkingen genoemd. Het is voor het onderzoek van belang te weten of u ook last heeft gehad van die bijwerkingen en of dat ook gevaar heeft opgeleverd.

1: heeft u het geneesmiddel gebruikt? JA/NEE  
zo niet, waarom niet ? .....

2: heeft u het geneesmiddel steeds op de juiste  
tijd kunnen innemen? JA/NEE  
zo niet, waarom niet ? .....

3: heeft u gedurende de afgelopen week weleens last gehad van:  
(u mag meerdere cijfers omcirkelen)

- 01 DUIZELIGHEID
- 02 SLOOMHEID
- 03 VERWARDHEID
- 04 VERGEETACHTIGHEID
- 05 HET GEVOEL DAT U OM ZOU VALLEN
- 06 TINTELENDE VINGERS
- 07 MISSELIJKHEID

Bent u afgelopen gewond geraakt? (ook kleine verwondingen zoals snijwond  
schaafwond, brandwond en blauwe plekken) JA/NEE

De volgende vragenlijst per gebeurtenis waardoor u verwond raakte in  
vullen.

Wat soort van verwonding(en) liep u op

- 01 BLAUWE PLEK
- 02 SCHAAFWOND
- 03 BRANDWOND
- 04 SNIJWOND

Wie heeft de verwondingen behandeld?

- 01 U HEEFT ZE ZELF BEHANDELD
- 02 DE HUISARTS
- 03 DE POLIKLINIEK
- 04 OPNAME IN ZIEKENHUIS

Het ongeval gebeurde

- 01 BINNENSHUIS
- 02 BUITENSHUIS
- 03 OP UW WERK
- 04 OP STRAAT

Wat was u op dat moment aan het doen?

- 01 BEZIG MET HET HUISHOUDEN
- 02 AAN HET WERK VOOR UW BAAS
- 03 AAN HET PAUSEREN
- 04 BEZIG MET EEN HOBBY
- 05 OP WEG ERGENS NAAR TOE

Het gebeurde doordat u:

- 01 STRUIKELDE
- 02 UITGLEED
- 03 VIEL VAN EEN HOOGTE (ZOALS EEN TRAP)
- 04 UW EVENWICHT VERLOOR
- 05 ZELF NIET OPLETTE
- 06 ANDEREN NIET OPLETTEN
- 07 ERGENS TEGENOP LIEP
- 08 U WEET NIET HOE HET HEEFT KUNNEN GEBEUREN

Heeft u aan u zelf kunnen merken dat dit geneesmiddel uw manier van doen beïnvloedde? JA/NEE

zo ja hoe

Zijn er gebeurtenissen geweest waaraan u kon merken dat dit middel uw reactievermogen beïnvloedde. JA/NEE

zo ja welke?

.....  
.....  
.....

Hartelijk dank voor de moeite die u hebt willen nemen om deze vragenlijst in te vullen. Uw medewerking aan dit onderzoek is voor ons van groot belang en we zijn u dan ook zeer erkentelijk.

TEKST VAN DE FOLDER "GENEESMIDDELEN EN REACTIEVERMOGEN"

(KNMP/KNMG/VVN/ANWB)

- 1: Een gewaarschuwd mens telt voor twee. Natuurlijk wil zo'n waarschuwing ook zeggen: pas op bij het autorijden, het bedienen van machines, klusjes doen en bepaald huishoudelijk werk.
- 2: Voor kinderen die zulke geneesmiddelen krijgen, geldt ook dat het functioneren beïnvloed kan worden. Extra oplettendheid van de ouders is vereist als ze de kinderen naar school laten fietsen.
- 3: Zeker in de eerste dagen, als u nog aan het geneesmiddel moet wennen is het deelnemen aan het verkeer of het werken in gevaarlijke situaties af te raden. Uit onderzoek is gebleken dat u niet in alle gevallen in de gaten heeft dat uw functioneren is achteruit gegaan. Dus ook als u zich goed voelt, is het beter om de eerste dagen de auto te laten staan.  
Daarna kunt u - natuurlijk voorzichtig - uw mogelijkheden beoordelen. Maar let op, dat kans bestaat dat u uzelf overschat. Neem kritiek van anderen dan ook zeer ter harte en overleg met uw arts. U zult vooral voorzichtig moeten zijn als u wat ouder bent en wanneer u het geneesmiddel onregelmatig gebruikt
- 4: Houdt u in elk geval aan de gebruiksaanwijzing zoals die door de en aan de apotheker is gegeven. Sommige mensen hebben de neiging hun geneesmiddel te laten staan wanneer ze auto willen rijden of naar een feestje willen gaan, maar dat is meestal niet de bedoeling.  
Meldt aan de arts eventuele bijwerkingen. Gebruik niet op eigen houtje ook nog andere geneesmiddelen (ook geen huismiddeltjes) zonder uw arts of apotheker te raadplegen. Combinaties van geneesmiddelen kunnen de bijwerkingen versterken of extra bijwerkingen veroorzaken.
- 5: Eerder is al aangegeven dat een nadelig effect soms lang kan aanhouden. Hiermee moet u rekening houden als u stopt met het gebruik van deze medicijnen.
- 6: Het heeft geen zin om te trachten de sufmakende werking van een geneesmiddel op te heffen door het drinken van koffie.