

Bijlage 1

Uittreksel uit: Council Directive of 29 July 1991 on driving licences (91/439/EEC)

ANNEX III: MINIMUM STANDARDS OF PHYSICAL AND MENTAL FITNESS FOR DRIVING A POWER-DRIVEN VEHICLE

ALCOHOL

14. Alcohol consumption constitutes a major danger to road safety. In view of the scale of the problem, the medical profession must be very vigilant.

Group 1:

14.1. Driving licences shall not be issued to, or renewed for, applicants or drivers who are dependent on alcohol or unable to refrain from drinking and driving. After a proven period of abstinence and subject to authorized medical opinion and regular medical check-ups, driving licences may be issued to, or renewed for, applicant or drivers who have in the past been dependent on alcohol.

Group 2:

14.2. The competent medical authority shall give due consideration to the additional risks and dangers involved in the driving of vehicles covered by the definition of this group.

DRUGS AND MEDICINAL PRODUCTS

15. Abuse:

Driving licences shall not be issued to or renewed for applicants or drivers who are dependent on psychotropic substances or who are not dependent on such substances but regularly abuse them, whatever category of licence is requested.

Regular use:

Group 1:

15.1. Driving licences shall not be issued to, or renewed for, applicants or drivers who regularly use psychotropic substances, in whatever form, which can hamper the ability to drive safely where the quantities absorbed are such as to have an adverse effect on driving. This shall apply to all other medicinal products or combinations of medicinal products which affect the ability to drive.

Group 2:

15.2. The competent medical authority shall give due consideration to the additional risks and dangers involved in the driving of vehicles covered by the definitions of this group.

Bijlage 2

Uittreksel uit: Richtlijn van de Raad van 29 juli 1991 betreffende het rijbewijs (91/439/EEG).

BIJLAGE III: MINIMUMNORMEN INZAKE LICHAMELIJKE EN GEESTELIJKE GESCHIKTHEID VOOR HET BESTUREN VAN EEN MOTORRIJTUIG

VERDOVENDE MIDDELEN EN GENEESMIDDELEN

15. Misbruik:

Rijbewijzen mogen niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder verslaafd is aan psychotrope stoffen of zonder daaraan verslaafd te zijn die stoffen overmatig gebruikt, ongeacht de categorie van het aangevraagde rijbewijs.

Regelmatig gebruik:

Groep 1:

15.1. Rijbewijzen mogen niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder regelmatig, in welke vorm dan ook, psychotrope stoffen gebruikt die van nadelige invloed op de rijvaardigheid kunnen zijn, indien dusdanige hoeveelheden worden gebruikt dat het rijgedrag daardoor ongunstig wordt beïnvloed. Hetzelfde geldt voor alle andere geneesmiddelen of geneesmiddelencombinaties die de rijvaardigheid beïnvloeden.

Groep 2:

15.2. De bevoegde medische instantie houdt naar behoren rekening met de extra risico's en gevaren in verband met het besturen van voertuigen die aan de definitie van deze groep beantwoorden.

Bijlage 3

Uittreksel uit: Directive du Conseil du 29 Juillet 1991 relative au permis de conduire (91/439/CEE).

ANNEXE III: NORMES MINIMALES CONCERNANT L'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE À LA CONDUITE D'UN VÉHICULE À MOTEUR

DROGUES ET MÉDICAMENTS

15. Abus:

Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur en état de dépendance vis-à-vis de substances à action psychotrope, ou, qui sans être dépendant, en abuse régulièrement, quelle que soit la catégorie de permis sollicitée.

Consommation régulière:

Groupe 1:

15.1. Le permis de conduire ne doit être ni délivré ni renouvelé à tout candidat ou conducteur qui consomme régulièrement des substances psychotropes, quelle qu'en soit la forme, susceptibles de compromettre son aptitude à conduire sans danger, si la quantité absorbée est telle qu'elle exerce une influence néfaste sur la conduite. Il en est de même pour tout autre médicament ou association de médicaments qui exerce une influence sur l'aptitude à conduire.

Groupe 2

15.2. L'autorité médicale compétente tiendra dûment compte des risques et dangers additionnels liés à la conduite des véhicules sur lesquels porte la définition de ce groupe.

Bijlage 4

Driver and Vehicle Licencing Agency: Bevraging naar interpretatie en implementatie van de termen 'regelmatig gebruik' en 'misbruik' in een aantal lidstaten van de EU (december 2004).

	Germany	Luxembourg	Portugal	Spain	Sweden
1. Define the term 'regularly abuse' at para 15 of Annex III of Directive 91/439/EEC	No legislative definition	To consume drugs which are not prescribed for a therapy	Connected only with the consumption of Cannabis, opiates, cocaine and amphetamines, when proved during a medical examination.	Based on DSM-IV or ICD criteria on all illicit drugs and prescribed drugs.	Based on DSM and ICD criteria. Abuse is understood as non-temporary use that is detrimental to health from a medical point of view.
2a. In accordance with para 15, what level of use of drugs would lead to refusal/revocation for Group 1 licences	Cannabis – regular consumption or no separate consumption/driving, combined consumption Opiates – any unless prescribed or if prescribed consumption affects driving performance and traffic safety Benzodiazepines – in case of dependency or misuse, if not used in intended and prescribed way and/or if affects driving performance and traffic safety Amphetamines – any consumption except prescribed (unless prescribed consumption affects driving performance and traffic safety) Cocaine – any Methadone – if certain criteria are not fulfilled (eg no co-consumption, good compliance, stable psychosocial integration)	Cannabis- all Opiates – all Benzodiazepines – all Amphetamines – all Cocaine – all Methadone – all	Cannabis – 0 level Opiates – 0 level Benzodiazepines – not included in illicit drugs Amphetamines – 0 level Cocaine – 0 level Methadone – depends on doctor's prescription	Cannabis – all Opiates – all Benzodiazepines – all Amphetamines – all Cocaine – all Methadone - all	Cannabis – all cases Opiates – all cases when not prescribed by a doctor. Benzodiazepines – all cases when not prescribed by a doctor Amphetamines – all cases when not prescribed Cocaine – all cases when not prescribed Methadone – all cases when not prescribed
2b. As above but refusal/revocation for Group 2 licences	Cannabis – regular consumption or no separate consumption/driving, combined consumption Opiates – any unless prescribed or if prescribed consumption affects driving performance and traffic safety Benzodiazepines – in case of dependency or misuse, if not used in intended and prescribed	As 2a	Cannabis – 0 level Opiates – 0 level Benzodiazepines – no level Amphetamines – 0 level Cocaine – 0 level Methadone – 0 level	As 2a	When it comes to illegal and legal drugs there is no difference between the licence groups

	<p>way and/or if affects driving performance and traffic safety</p> <p>Amphetamines – any consumption except prescribed (unless prescribed consumption affects driving performance and traffic safety)</p> <p>Cocaine – any</p> <p>Methadone – if certain criteria are not fulfilled (eg no co-consumption, good compliance, stable psychosocial integration)</p>				
<p>3. Define the term ‘regularly use’ at para 15.1 of Annex III</p>	No legislative definition	To consume drugs which are not prescribed for a therapy	Only connected to the use of medicines that contains one or more of those drugs and was prescribed by a doctor.	Based on DSM-IV or ICD criteria on all illicit drugs and prescribed drugs.	Use the term “abuse”
<p>4a. In accordance with para 15.1 what level of use would lead to refusal/revocation of Group 1 licences</p>	As 2a	As 2a	The admitted level for all of those drugs in this particular situation depends on the medical judgement.	As 2a	<p>Cannabis – any use</p> <p>Opiates – any illegal use</p> <p>Benzodiazepines – any illegal use or if prescribed use affects traffic safety</p> <p>Amphetamines – any illegal use, if legal as with narcolepsy or ADHD usually no problem</p> <p>Cocaine – any illegal use</p> <p>Methadone – special practice rules about Methadone programme. Everyone in programme has a long standing dependency. To be issued with a new licence takes 2 years of compliance to the programme and no “side use” of any substance except Methadone. Licences re-issued to existing holders in about 6 months if they comply with the programme and show good results from the rehabilitation.</p>

4b. In accordance with para 15.2 what level of use would lead to refusal/revocation of Group 2 licences	As 2b	As 2b	As 4a	As 2a	As 4a
5. No of Group 1 licence applications, per year, investigations carried out into 'regular abuse'	In 2003 11,200 investigations for abuse and use for applicants for Group 1 and Group 2 licences	Cannabis – 50 per year Opiates – 5-10 id Benzodiazepines – 20 id Amphetamines – nil Cocaine – 10-20 Methadone – 50	No figures available	No figures available	No figures available as investigations carried out at local county councils
6. No of Group 2 licence applications, per year, investigations carried out into 'regular abuse'	See 5	Included in above figures	No figures available	No figures available	As 5
7a. How many Group 1 licence applications refused after investigations carried out for 'regular abuse'	In 2003 no. withdrawn/refused Group 1 and Group 2 licences for abuse and use - 4,700	Use & abuse – 50 per year	No figures available	No figures available	As 5
7b. How many Group 2 licence applications refused after investigations carried out for 'regular abuse'	See 7	Use & abuse – 20 per year	No figures available	No figures available	As 5
8. No of Group 1 licence applications, per year, where investigations carried out into 'regular use'	See 5	Included in 5	No figures available	No figures available	As 5
9. No of Group 2 licence applications, per year, where investigations carried out into 'regular use'	See 5	Included in 5	No figures available	No figures available	As 5
10a. How many Group 1 licence applications refused after investigations carried out for 'regular use'	See 7	Included in 7a	No figures available	No figures available	As 5
10b. How many Group 2 licence applications refused after investigations carried out for 'regular use'	See 7	Included in 7b	No figures available	No figures available	As 5

Bijlage 5

Rijgeschiktheidsattest voor de kandidaat voor het rijbewijs van groep 1.

Ik ondergetekende,, geneesheer, verklaar hierbij de hierna vermelde kandida(a)te onderzocht te hebben en hem/haar overeenkomstig de bepalingen van bijlage 6 van het Koninklijk Besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs naar de desbetreffende specialist(en) te hebben verwezen.

Op basis van mijn vaststellingen en van de ingewonnen adviezen verklaar ik de kandida(a)t(e) voor het rijbewijs geldig voor de categorie : (*)

- niet rijgeschikt voor de categorieën (*) A3 A B B+E
- rijgeschikt, voor de categorieën (*) A3 A B B+E, zonder aanpassingen, voorwaarden noch beperkingen
- rijgeschikt voor de categorieën (*) A3 A B B+E, onder volgende voorwaarden of beperkingen :

- code 02.01: gehoorprothese voor één oor
- code 02.02: gehoorprothese voor beide oren
- code 05.01: beperkt tot verkeersdeelname van 1 uur na zonsopgang tot 1 uur voor zonsondergang
- code 05.02: beperkt tot verkeersdeelname binnen een straal vankm rond de woonplaats of alleen in de aangegeven plaats of streek.....
- code 05.04: beperkt tot het rijden met een snelheid van niet meer dankm/h
- code 05.06: beperkt tot het besturen zonder aanhangwagen
- code 05.07: niet geldig op autosnelweg
- code :

Op basis van medische vaststellingen en, overeenkomstig bijlage 6, heeft deze geschiktheidsverklaring: (*)

- een onbeperkte geldigheidsduur
- een geldigheidsduur beperkt tot/...../.....

Ik verklaar de mij ter beschikking gestelde medische adviezen te bewaren in het dossier van de kandidaat voor een periode van 6 jaar.

Identificatie van de kandida(a)te

Naam:.....
Voornaam:
Geboortedatum:/...../.....
Rijksregister nummer (facultatief):
.....
Adres:
.....

Identificatie van de geneesheer

Naam:
Adres:
.....

Datum
Handtekening

Stempel

(*) Aankruisen wat van toepassing is.

Bijlage 6

Eigen verklaring voor de kandidaat voor het rijbewijs van groep 2.

Naam: Voornaam:
Adres:
.....
Geboortedatum:...../...../..... Geboorteplaats:.....
Rijksregisternummer (facultatief):

Categorie en/of subcategorie van het huidig rijbewijs

A B B+E C C+E C1 C1+E D D+E D1 D1+E (*)

Afgeleverd te: Nr.:
Geldig tot:/...../.....
Kandidaat voor een rijbewijs geldig voor de categorie:
In voorkomend geval: datum van het vorig onderzoek:
naam van de onderzoekende geneesheer:

Vragenlijst, in te vullen door de kandidaat (kruis de toepasselijke vakken aan)

	Ja	Neen
1. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor een aandoening van het centraal of perifeer zenuwstelsel, een hersenbloeding, een hersenletsel, een schedelfractuur, een coma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor belangrijke stoornissen in uw oordeels-, perceptie-, aanpassingsvermogen of voor een aandoening van de psychomotorische reacties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bent u voor een geestesziekte of een andere psychiatrische aandoening in behandeling of in behandeling geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hebt u grote aanpassingsmoeilijkheden die zich bijvoorbeeld uiten door een onaangepast verkeersgedrag, overdreven risiconeming, ongecontroleerd gedrag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor epilepsie, bewustzijnsdalingen, plotseling kort of langdurig bewustzijnsverlies, plotse verlammingen, duizeligheid of evenwichtsstoornissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Heeft u overdag abnormale vermoeidheid of slaapneigingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Snurkt u luid tijdens uw slaap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor een hart- of vaatziekte, een hartritme- of geleidingsstoornis, een hartinfarct, bloeddrukproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Heeft u een hartoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mist u het normale gebruik van een arm, een hand en/of vingers, een been en/of een voet of van de bijhorende gewrichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bent u in behandeling of in behandeling geweest voor diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 12. Bent u voor een oogziekte in behandeling of in behandeling geweest bij een oogarts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Heeft u een oogoperatie of laserbehandeling ondergaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Draagt u een bril of contactlenzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Is uw gezichtsvermogen, -scherpte en/of gezichtsveld aangetast? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Is uw zicht bij schemering of donker verminderd of onvoldoende? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Bent u afhankelijk van het gebruik van alcohol, drugs of overmatig gebruik van geneesmiddelen, of bent u daarvoor in behandeling geweest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Gebruikt u geneesmiddelen die invloed kunnen hebben op het bewustzijn, de waarneming, het oordeelsvermogen of het normaal functioneren zoals kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen, opwekmiddelen, antidepressiva of andere psychofarmaca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Heeft u een lever- of nieraandoening? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Heeft u een orgaantransplantatie of een andere artificiële implantatie met een mogelijke invloed op uw rijgeschiktheid ondergaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ik, ondergetekende, verklaar op mijn eer de voorafgaandelijke inlichtingen en vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld en niet aangetast te zijn door enige andere ziekte of andere aandoening die het normaal besturen van een voertuig van een categorie of subcategorie van groep 2, zelfs tijdelijk, zou kunnen verhinderen of belemmeren.

Datum:/...../.....

Handtekening van de kandidaat;

De gegevens die, overeenkomstig de bepalingen van het Koninklijk Besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs, op dit formulier ingevuld worden zullen behandeld worden voor het beheer van de medische onderzoeken met het oog op het verkrijgen van een rijbewijs door en onder de verantwoordelijkheid van (1).

Indien u inzage wenst in de gegevens die u aanbelangen en, in voorkomend geval, een rechtzetting vraagt, kunt u zich richten tot (1).

(1) Aan te vullen door de dienst die het medische onderzoek uitvoert.

(*) Geldige categorieën aankruisen.

Bijlage 7

Artikel 45 van het Koninklijk Besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs aan de kandidaat voor het rijbewijs van groep 1 (CARA).

XII. Rijgeschiktheidsattest afgeleverd door de geneesheer van het centrum bedoeld in artikel 45 van het Koninklijk Besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs aan de kandidaat voor het rijbewijs van groep 1 (CARA)

Ik ondergetekende,, geneesheer, verklaar hierbij dat de hiernavermelde kandidaat, op basis van de onderzoeken door mijzelf of andere geneesheren uitgevoerd, en op basis van de resultaten van een praktische rijtest met een motorvoertuig van de categorie:

(*) A3 A B B+E

niet rijgeschikt is (**)

rijgeschikt is, zonder aanpassingen (**)

code 10.01: handschakeling

rijgeschikt is onder volgende voorwaarden of beperkingen (**)

code 02.01: gehoorprothese voor één oor

code 02.02: gehoorprothese voor beide oren

code 03.01: prothese/orthese aan bovenste lichaamslid

code 03.02: prothese/orthese aan onderste lichaamslid

code 90.03: links

code 90.05: hand

code 90.04: rechts

code 90.06: voet

code 05.01: beperkt tot verkeersdeelname van 1 uur na zonsopgang tot 1 uur voor zonsondergang

code 05.02: beperkt tot verkeersdeelname binnen een straal vankm rond de woonplaats of alleen in de aangegeven plaats-/landstreek.....

code 05.04: beperkt tot het rijden met een snelheid van niet meer dankm per uur (km/u)

code 05.06: beperkt tot het besturen zonder aanhangwagen

code 05.07: niet geldig op autosnelwegen

rijgeschikt is met volgende aanpassingen (**)

code

code

code

Het rijgeschiktheidsattest van de oogarts is gevoegd in bijlage (**)

ja

neen

Op basis van medische vaststellingen en overeenkomstig bijlage 6 van het Koninklijk Besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs, heeft dit rijgeschiktheidsattest: (**)

een onbeperkte geldigheidsduur

een geldigheidsduur beperkt tot/...../.....

Ik verklaar de mij ter beschikking gestelde medische adviezen te bewaren in het dossier van de kandidaat gedurende een periode van 6 jaar.

Identificatie van de kandidaat

Naam:.....

Voornaam:

Geboortedatum:/...../.....

Rijksregisternummer (facultatief):

.....

Adres:

.....

Identificatie van de geneesheer

Naam:

Adres:

.....

Datum

Handtekening

Stempel

(*) Niet geldige categorieën doorhalen.

(**) De van toepassing zijnde rubriek aankruisen

Bijlage 8

Inlichtingsblad 10 (psychotrope stoffen, geneesmiddelen en alcohol).

Overmatig gebruik, verslaving en onverantwoord gebruik bij het besturen van een motorvoertuig:

Er is/was een overmatig onverantwoord gebruik van alcohol, geneesmiddelen, psychotrope stoffen (1) voor of tijdens het besturen van een motorvoertuig zodat de rijtaak ongunstig werd of wordt beïnvloed: Ja Neen

Er is/was een afhankelijkheid, verslaving aan alcohol, geneesmiddelen, psychotrope stoffen (1) voor of tijdens het besturen van een motorvoertuig: Ja Neen

Periode (eventueel specificeren per middel): van: tot:
Gestopt sinds:/...../.....

Behandeling

Huidige medicatie:
.....
.....

Andere (opname, zelfhulpgroep,...):
.....
.....

Wat is de huidige medische toestand van de kandidaat?
.....
.....
.....

Heeft de kandidaat voldoende inzicht in zijn problematiek en heeft hij/zij de nodige discipline en therapietrouw? Ja Neen

Advies met betrekking tot de rijgeschiktheid:
.....
.....
.....

VUL één van de achteraan toegevoegde adviesbladen in (model VII).

Naam en adres van de behandelende arts/specialist:
.....
.....
.....

Datum:

Handtekening:

RIZIV-nr. (stempel)

(1) schrappen wat niet past.

Therapeutisch gebruik van geneesmiddelen die het rijgedrag nadelig kunnen beïnvloeden:

Huidige medicatie, dosissen en eventueel melding van recente wijzigingen:

a) dagelijks ingenomen medicatie met moment van inname:
.....
.....
.....

b) onregelmatig ingenomen medicatie (met vermelding bij welke gelegenheid dit ingenomen wordt):
.....
.....
.....

Heeft u de kandidaat gewezen op de invloed en bijwerkingen van de medicatie? Ja Neen

Is de kandidaat zich voldoende bewust van het risico dat het gebruik van deze medicatie kan te-
weegbrengen indien hij zou autorijden? Ja Neen

Kent de kandidaat de latentietijd van de medicatie waarbinnen hij niet mag autorijden en respec-
teert hij deze? Ja Neen

Advies met betrekking tot de rijgeschiktheid:
.....
.....
.....

VUL één van de achteraan toegevoegde adviesbladen in.

Naam en adres van de behandelende arts/specialist:
.....
.....
.....

Datum:
Handtekening

RIZIV-nr. (stempel)

Bijlage 9

Tabel 1: Recente experimentele studies over het acute effect van cannabis

Studie	Studiepopulatie	Stof	Dosis*	Test	Effect
Pickworth et al. (11)	8 rokers met voorgeschiedenis van druggebruik	THC	1,30% 3,90%	cognitieve computeroefeningen	Geen effect Slechts 1 van de 14 cognitieve taken aangetast: sommen en verschillen.
Robbe (7) studie 1	24 recreatieve gebruikers	THC	100 µg/kg 200 µg/kg 300 µg/kg	rijweg afgesloten voor verkeer rit: 22 km	SDLP steeg bij stijgende dosis; effect vergelijkbaar met dat van alcohol bij BAC van 0,3 tot 0,7 ‰.
studie 2	16 recreatieve gebruikers	THC	100 µg/kg 200 µg/kg 300 µg/kg	rijweg bij aanwezigheid verkeer rit: 64 km voor en na rit: 16 km auto volgen	Dito resultaten studie 1 + volgen auto licht beïnvloed (statistisch niet-significant).
studie 3	16 recreatieve gebruikers 16 recreatieve gebruikers	THC alcohol	100 µg/kg 0,34‰	rit druk stadsverkeer	THC: rijgedrag niet beïnvloed, ondanks subjectieve indruk van wel. Alcohol: rijgedrag beïnvloed, ondanks subjectieve indruk van niet.
Robbe (13) studie 4	18 recreatieve gebruikers	THC en alcohol	0 µg/kg 100 µg/kg 200 µg/kg 0‰ 0,4‰	rijweg bij aanwezigheid verkeer rit: 64 km voor en na rit: 16 km auto volgen	SDLP steeg lichtjes bij alcohol alleen en 100µg/kg THC alleen; matig bij 200 µg/kg THC alleen en ernstig bij 100 (effect ~ BAC 0,9 ‰) of 200 µg/kg (effect ~ BAC 1,4 ‰) THC in combinatie met alcohol. Volgen van wagen enkel aangetast bij 200 µg/kg THC + alcohol.
Harder en Rietbrock (5)	6 ervaren gebruikers	THC	9 mg	simulatie verloop van effect in tijd	Dosis en interval tussen opeenvolgende dosissen zijn bepalend voor de duur van de psychotrope effecten van THC.
Liguori et al. (Liguori, 1998 373 lid) studie 1	10 recreatieve gebruikers	THC	1,75% 3,95%	subjectieve waarnemingen	Dosisgerelateerde waarneming van het effect van de drug.
				evenwicht	Enkel aangetast bij 3,95%.
				rijsimulator: remtijd	Enkel licht statistisch niet-significante stijging bij 3,95%.
Liguori et al. (9) studie 2	12 recreatieve gebruikers	THC en alcohol	0% 1,75% 3,33% 0‰ 0,25‰ 0,5‰	subjectieve waarnemingen	Alcohol: enkel waarneming effect van drug bij 0,5‰. THC: dosisgerelateerde waarneming van effect van drug. Alcohol + THC: occasioneel werd een synergistisch effect waargenomen.
				evenwicht	Enkel aangetast bij 3,33%THC (+ alcohol). Het effect van THC + alcohol was gelijk aan dat van THC alleen.
				rijsimulator: remtijd	Enkel aangetast bij 0,5‰ alcohol (+THC). Het effect van alcohol + THC was gelijk aan dat van alcohol alleen.
Kurzthaler et al. (103)	60 rokers zonder voorgeschiedenis van drugmisbruik	THC	290 µg/kg	fysische en psychologische testbatterij	Statistisch niet-significant effect op waarnemen van rijsnelheid en efficiëntie.
Sexton et al. (1) studie 1	15 mannen die minstens 1 keer per week cannabis gebruiken	THC	1,70% 2,67%	subjectieve waarnemingen	Angst en lusteloosheid steeg bij stijgende dosis cannabis. Dosisgerelateerde waarneming van effect van drug die afnam met de tijd.
				gestandaardiseerde testbatterij	Dosisgerelateerde aanwijzing door expert van aantasting. Verwijding van de pupil (sterkst bij lage dosis!).
				rijsimulator	Lage dosis: daling in gemiddelde snelheid. Hoge dosis: daling in gemiddelde snelheid + stijging SDLP bij uitvoeren "figuur acht". Geen effect waargenomen op reactietijd.
Sexton et al. (10) studie 2	20 mannen die minstens 1 keer per week cannabis en alcohol gebruiken	THC en alcohol	0,00% 1,70% 0 ‰ 0,5 ‰	subjectieve waarnemingen	THC (+alcohol): angst en lusteloosheid steeg. Sterkere waarneming van effect bij combinatie THC+alcohol dan bij THC alleen.
				gestandaardiseerde testbatterij	Correcte aanwijzing door expert van aantasting was hoger bij THC+alcohol dan bij THC alleen.
				rijsimulator	THC (+alcohol): daling in gemiddelde snelheid en stijging (hoogst bij THC+ alcohol) SDLP bij

					uitvoeren "figuur acht". Geen effect waargenomen op reactietijd. Alcohol (+ THC): volgen van wagen aangetast.
Lamers en Ramaekers (14)	16 recreatieve gebruikers	THC en alcohol	0 µg/kg 100 µg/kg 0 ‰ 0,5 ‰	rijtest in stadscentrum: visueel zoeken naar naderend verkeer van rechts evaluatie door rij-instructeur	Bij gecombineerde placebo's: in 84 % van de gevallen. Bij THC of alcohol alleen: in 84 % van de gevallen. Bij THC + alcohol: daalde met 3%. Voor alle behandelingen gelijk.
Lane et al. (12)	10 recreatieve gebruikers	THC	½ x 1,77 % 1,77% 3,58%	vragen beantwoorden op computer: keuze tussen risicovol en niet-risicovol antwoord	Keuze voor risicovol antwoord steeg bij 3,58% THC.
Papafotiou et al. (15)	40 gezonde personen die voordien reeds cannabis gebruikt hadden	THC	1,74% 2,93%	gestandaardiseerde testbatterij rij simulator	30 min na roken: rijgedrag bij beide dosissen niet beïnvloed. 80 min na roken: rijgedrag bij beide dosissen beïnvloed.
Ménétrety et al. (8)	8 recreatieve mannelijke gebruikers	THC of dronabinol	16,5mg 45,7mg 20mg	subjectieve waarnemingen	Dosisgerelateerde waarneming van het effect van de drug.
				test i.v.m. geheugen en psycho- motorische snelheid	Er werd een aantasting van de prestatie vastgesteld die het sterkste was bij 45,7mg THC.
				rij simulator	Laterale controle: aangetast bij alle dosissen. Reactietijd: enkel lichte statistisch niet-significante stijging.

*: de dosis werd uitgedrukt in de sterkte van de cannabis (%THC), in het aantal µg THC dat werd toegediend per kg lichaamsgewicht van de proefpersoon of in het totaal aantal mg THC dat per proefpersoon gebruikt werd

Bijlage 10

Tabel 2: Recente experimentele studies over het effect van de lengte en de frequentie van het cannabisgebruik

Studie	Studiepopulatie	Abstinentie	Test	Effect
Solowij <i>et al.</i> (18)	32 gebruikers 16 controles	minimum 24 uur	laboratoriumtesten om selectieve aandacht na te gaan de hersenactiviteit werd gelijktijdig gemeten	Aandachtig zijn en irrelevante informatie eruit filteren: daalde met stijgend aantal jaren van gebruik en onafhankelijk van frequentie van gebruik. Snelheid van informatieverwerking: daalde met stijgende frequentie van gebruik maar onafhankelijk van aantal jaren van gebruik.
Solowij (19)	28 ex-gebruikers 16 langetermijngebruikers 16 kortetermijngebruikers 16 controles		laboratoriumtesten om selectieve aandacht na te gaan de hersenactiviteit werd gelijktijdig gemeten	De resultaten van de ex-gebruikers waren beter dan deze van de langetermijngebruikers en slechter dan deze van de controles.
Pope en Yurgelun-Todd (22)	65 zware gebruikers 64 lichte gebruikers	minimum 19 uur	neuropsychologische testbatterij	Zware gebruikers presteerden slechter.
Pope <i>et al.</i> (23)	63 huidige zware gebruikers 45 ex-zware gebruikers 72 controles	0, 1, 7 en 28 dagen na laatste gebruik	neuropsychologische testbatterij	0, 1 en 7 dagen na laatste gebruik: huidig zware gebruikers scoorden slechter dan controles voor geheugen en dit was geassocieerd met THC-COOH-concentratie in urine op dag 0. 28 dagen na laatste gebruik: geen verschillen tussen de groepen.
Solowij <i>et al.</i> (20)	102 dagelijkse gebruikers 33 controles	voor en na 17 uur onthouding	neuropsychologische testbatterij	Geheugen en aandacht: langetermijngebruikers scoorden slechter dan kortetermijngebruikers en controles. Tijdsschatting: beide gebruikersgroepen scoorden slechter dan controles. De prestaties daalden bij langer gebruik en was onafhankelijk van onthoudingsverschijnselen.
Bolla <i>et al.</i> (21)	22 personen die minstens 3 keer per week marihuana rookten gedurende reeds minimum 2 jaar	28 dagen	neuropsychologische testbatterij	Lengte van het gebruik: weinig effect, enkel dalende visuele waarneming en constructie. Frequentie van gebruik: er werd een effect waargenomen tussen het aantal joints dat per week gerookt werd en de daling van de prestatie op testen i.v.m. geheugen, uitvoerend functioneren, psychomotorische snelheid en manuele handigheid.

Bijlage 11

Tabel 3: De resultaten van recente experimentele studies over het acute effect van opiaten

Studie	Studiepopulatie	Stof	Dosis	Test	Effect
Thapar et al. (33)	10 mannelijke en 2 vrouwelijke gezonde vrijwilligers	IV fentanyl + propofol (FP) of IV fentanyl + midazolam (FM) of IV fentanyl + midazolam + propofol (FMP) of alcohol (OR)	50µg/70kg 35mg/70kg 50µg/70kg 2mg/70kg 50µg/70kg 2mg/70kg 35mg/70kg 1,1‰	subjectieve waarnemingen	Alle drugcombinaties veroorzaakten subjectieve effecten vergelijkbaar aan deze van alcohol, bij FM en FMP waren de effecten zelfs sterker en langduriger.
				psychomotorische testbatterij	De uitvoering van de testen werd bij alle drugcombinaties minstens even sterk beïnvloed als bij alcohol, bij FM en FMP zelfs sterker en langduriger.
				korte termijngeheugen	FM en FMP: daling vergelijkbaar met alcohol. FP: geen effect waargenomen.
					Alle geobserveerde effecten werden maximum tot 75 minuten na injectie waargenomen.
Hanks et al. (30)	12 gezonde personen	morfine (OR)	10mg 15mg	cognitieve testbatterij	Beide dosissen veroorzaakten een daling van geheugen na 1 uur en van de capaciteit tot informatieverwerking na 4 uur.
				psychomotorische testbatterij	Morfine 15 mg: verbetering van reactietijd 2, 4 en 6 uur na inname.
O'Neill et al. (31)	3 mannelijke en 9 vrouwelijke vrijwilligers	dextropropoxyfeen (OR) of lorazepam (OR)	100mg 200mg 2mg	psychomotorische testbatterij cognitieve testbatterij	Lorazepam: effect op alle cognitieve en psychomotorische testen. Dextropropoxyfeen: enkel 200mg vertoonde effect op informatieverwerking, tendens om verbaal geheugen te verbeteren en geen effect op de andere testen.
Zacny et al studie 1 (26)	16 personen zonder voorgeschiedenis van afhankelijkheid van opiaten	buprenorfine (IV) of morfine (IV)	0,075mg/70kg 0,15mg/70kg 0,3mg/70kg 10mg/70kg	subjectieve waarnemingen	0,3mg buprenorfine veroorzaakte sterkere subjectieve effecten dan 10mg morfine.
				psychomotorische testbatterij	Buprenorfine: 5 psychomotorische testen aangetast op dosisafhankelijke manier. Morfine: minimale aantasting.
				fysiologische waarnemingen	Buprenorfine veroorzaakte langer en sterker miosis dan morfine. Buprenorfine deed ademhaling dalen, morfine niet.
Zacny et al studie 2 (28)	16 personen zonder voorgeschiedenis van afhankelijkheid van opiaten	nalbufine (IV) of morfine (IV)	2,5mg/70kg 5,0mg/70kg 10mg/70kg 10mg/70kg	subjectieve waarnemingen	10mg nalbufine veroorzaakte analoge subjectieve effecten als 10mg morfine.
				psychomotorische testbatterij	Nalbufine: veroorzaakt aantasting uitvoering DSST op een dosisgerelateerde manier. 10mg morfine: tast uitvoering DSST niet aan.
				fysiologische waarnemingen	Zowel nalbufine als morfine veroorzaakten miosis, een daling in ademhaling en exoforie.
Zacny et al studie 3 (27)	16 personen zonder voorgeschiedenis van afhankelijkheid van opiaten	pentazocine (IV) of morfine (IV)	7,5mg/70kg 15mg/70kg 30mg/70kg 10mg/70kg	subjectieve waarnemingen	30mg pentazocine veroorzaakte sterkere effecten geassocieerd met neerslachtigheid dan 10mg morfine.
				psychomotorische testbatterij	Pentazocine: 4 psychomotorische testen aangetast op dosisafhankelijke manier. 10mg morfine: minimale aantasting.
				fysiologische waarnemingen	Morfine veroorzaakte sterkere miosis dan 30mg pentazocine. Enkel pentazocine veroorzaakte zweten.
Walker en Zacny (29)	12 gezonde personen	morfine (OR) of codeïne (OR)	20mg 40mg 60mg 120mg	subjectieve waarnemingen	Mimimale effecten die dosisgerelateerd waren voor morfine, maar niet voor codeïne.
				psychomotorische testbatterij	Zowel morfine als codeïne tastten de psychomotorische functies niet aan.
				fysiologische waarnemingen	Zowel morfine als codeïne veroorzaakten miosis op een dosisgerelateerde manier. Pijnintensiteit daalde dosisgerelateerd voor morfine, maar niet voor codeïne.
Hill and Zacny (32)	personen zonder voorgeschiedenis van drugmisbruik	hydromorfon (IV) of morfine (IV)	0,33mg/70kg 0,65mg/70kg 1,3mg/70kg 5mg/70kg 10mg/70kg	subjectieve waarnemingen	De subjectieve effecten van hydromorfon en morfine waren vergelijkbaar, maar bij morfine soms minder sterk.
				psychomotorische testbatterij	Hydromorfon: beperkt effect. Morfine: geen effect.
				fysiologische waarnemingen	Zowel morfine als hydromorfon veroorzaakten miosis op een dosisgerelateerde manier.

IV: intraveneus toegediend

OR: oraal toegediend

Bijlage 12

Tabel 4: Resultaten van recente experimentele studies over het chronische effect van opiaten

Studie	Studiepopulatie	Stof	Gemiddelde lengte gebruik	Test	Effect
Strumpf et al. (34)	20 patiënten patiënten voor operatie vrijwilligers dokters van wacht: < 4 uur slaap gezonde personen	opiaten (oraal) benzodiazepines 0,8‰ alcohol / / /	lange termijn / / /	rijnsimulator: reactiesnelheid letter cancellation task: maat voor visuele en psychomotorische vaardigheden	Geen verschil tussen patiënten die behandeld werden met morphine en de gezonde medicatievrije personen. De personen onder invloed van benzodiazepines of alcohol leverden een slechtere prestatie dan de gezonde medicatievrije personen.
Haythornthwaite et al. (37)	19 patiënten met chronische pijn 10 patiënten met chronische pijn	langdurig werkende opiaten (oraal) /	6 maanden /	cognitieve testen voor en na behandeling	Aandacht, concentratie en verbaal geheugen werden niet aangetast door de behandeling met opiaten. Bij behandeling werd 1 test i.v.m. langdurige concentratie en psychomotorische snelheid beter uitgevoerd.
Larsen et al. (35)	48 patiënten: 33 kanker- en 15 patiënten met chronische niet- kwaadaardige pijn 30 patiënten met chronische niet-kwaadaardige pijn	opiaten (oraal) niet-opiaat pijnstillers (oraal)	lange termijn lange termijn	psychomotorische testbatterij: aandacht en concentratie reactietijd	Licht statistisch niet-significant verschil tussen 3 groepen. Kankerpatiënten voerden testen i.v.m. aandacht en concentratie slechter uit dan de niet-kankerpatiënten. Patiënten met opiaattherapie waren trager dan de niet-opiaatpatiënten en het verschil was nog groter met de controle. De reactietijden vertraagden met toenemende leeftijd bij de patiënten met opiaattherapie in vergelijking met

	controle: 50 patiënten zonder pijn	/			de andere groepen.
Galski et al. (39)	16 patiënten met chronische niet-kwaadaardige pijn	morfine (oraal) of fentanyl (transdermaal)	> 6 maanden	psychomotorische testbatterij rijnsimulator	De patiënten met opiaattherapie vertoonden geen verschillen met de controle en de resultaten leunden meer aan bij deze van de controlepersonen die volgens de testen "onder invloed" waren.
	controle: 327 patiënten die hersentrauma hebben gehad	/		gedrag	De patiënten met opiaattherapie hadden meer moeite om instructies te volgen, net als de controlepersonen die volgens de testbatterij en de rijnsimulatortest "onder invloed" waren.
Sjogren et al. (38)	[1] controle: kankerpatiënten* 40	/		psychomotorische testbatterij:	[1] beter dan [2], [4a] en [4b]. [1] beter dan [3] en [4a]. [1] en [4b] beter dan [4a]. [2] + [3] niet verschillend van [4a] + [4b]. [2]+ [4b] beter dan [3] + [4a].
	[2] kankerpatiënten** die geen pijn lijden 19	/		aandacht en waakzaamheid	
	[3] kankerpatiënten** die pijn lijden 19	/		psychomotorische snelheid	
	[4a] kankerpatiënten** die pijn lijden 31	opiaten (oraal)	> 2 weken	geheugen	
[4b] kankerpatiënten** die geen pijn lijden 21	opiaten (oraal)	> 2 weken			
Sjogren et al. (36)	40 patiënten met chronische niet-kwaadaardige pijn	opiaten (oraal)	> 2 weken	psychomotorische testbatterij: aandacht/waakzaamheid, psychomotorische snelheid en	De patiënten met opiaattherapie voerden de testen slechter uit dan de controle. Er werd een positieve correlatie vastgesteld tussen

	controle: 40 gezonde personen	/	geheugen	van het geheugen en de subjectieve waarnemingen van pijn.
--	----------------------------------	---	----------	--

*: nog in staat om normaal te functioneren en werken, geen speciale zorgen nodig

** : niet meer in staat om te werken, woont nog thuis, in staat om voor meeste persoonlijke noden zelf in te staan, maar variabele graad van assistentie nodig

Bijlage 13

Tabel 5: Resultaten van recente experimentele studies over effect van het chronische gebruik van heroïne

Studie	Studiepopulatie	Test	Effect
Ornstein et al. (40)	22 heroïneverslaafden: gemiddeld 11,61 ± 8,3 jaar verslaafd, (20 personen gebruiken methadon, 2 naltrexon en 1 carbamazepine) controle: 48 gezonde personen	cognitieve testbatterij	Aantasting van uitvoerend functioneren, visuele patroonherkenning en ruimtelijk geheugen bij heroïneverslaafden in vergelijking met controlegroep.
Pau et al. (41)	30 heroïneverslaafden: gemiddeld 4,68 jaar verslaafd gemiddeld 13,7 maand abstinente van heroïne controle: 25 gezonde personen	impulscontrole aandacht mentale flexibiliteit/abstract redeneren	Slechtere score bij heroïneverslaafden dan bij controlegroep. Geen verschil tussen heroïneverslaafden en controlegroep. Geen verschil tussen heroïneverslaafden en controlegroep.
Lyvers en Yakimoff (42)	39 rechtshandige heroïneverslaafden: 21: recente dosis methadon (onder methadontherapie) 18: 24 uur abstinente van Methadon	2x ("Wisconsin Card Sorting Test") (maat voor uitvoerend functioneren)	Ernst van afhankelijkheid: positief gecorreleerd met meer fouten bij 2de test. Verslaafden uit de abstinentiegroep maakten meer fouten bij 2de test dan de personen die recent methadon toegediend kregen.
Verdejo et al. (24)	40 poly-drugsverslaafden (alcohol, cannabis, cocaïne, heroïne, amfetamines en XTC)	uitvoerend functioneren	Sterke correlatie tussen ernst van druggebruik en aantasting van uitvoerend functioneren.
Ning et al. (43)	Heroïneverslaafden	links-rechts discriminatie	Aantasting bij heroïneverslaafden die sterker was bij vrouwen dan bij mannen.

Bijlage 14

Tabel 6: Resultaten van recente experimentele studies over het effect van het gebruik van methadon

Studie	Studiepopulatie	Stof	Lengte gebruik	Dosis	Test	Effect
Kubitzki (44)	22 methadonpatiënten controle: 20 gezonde personen	methadon /	1 tot 5 jaar	gemiddeld 77 ± 34 mg/dag	psychomotorische testbatterij rijsimulator	Geen verschil tussen doel- en controlegroep. Geen verschil tussen doel- en controlegroep.
Darke et al. (45)	30 methadonpatiënten controle: 30 gezonde personen	methadon /	5 tot 192 maanden	gemiddeld 78,6 mg/dag ± 43,8 mg/dag	cognitieve testbatterij	De methadonpatiënten scoorden slechter dan de controle op de testen i.v.m. informatieverwerking, aandacht, korte- en lange-termijn geheugen en probleemoplossing.
Specka et al. (46)	54 methadonpatiënten controle: 54 gezonde personen	methadon /	4 tot 68 maanden	gemiddeld 93 mg/dag (10-240 mg/dag)	psychomotorisch-cogn. testbatterij: aandacht waarneming en concentratie reactietijd bij simpele keuze wagen op parcours houden (oefening op computer) visueel structureren	Methadonpatiënten gemiddeld 0,7 SD slechter. Methadonpatiënten gemiddeld 0,3 SD slechter. Methadonpatiënten sneller, maar met meer fouten (0,3 SD). Methadonpatiënten vertoonden minder afwijkingen (0,4 SD), maar hadden meer tijd nodig (0,8 SD). Meer methadonpatiënten dan controlepatiënten voerden de test 100% juist uit, maar ze waren wel trager.
Curran et al. (51)	20 methadonpatiënten (testen gebeurde voor en na toediening ochtenddosis)	methadon	getest na 3 en 5 dagen	0%DD(a)/100%DD(b) 50%DD(a)/50%DD(b) 100%DD(a)/0%DD(b)	subjectieve waarnemingen cognitieve testen	Er was geen effect op gemoed en de patiënten konden geen onderscheid maken tussen placebo of methadon. Lange-termijn geheugen enkel aangetast bij 100%.
Mintzer en Stitzer (47)	18 methadonpatiënten controle: 21 gezonde personen	methadon /	gemiddeld 45 maanden	gemiddeld 67,2 ± 5,7 mg/dag	cognitief-psychomotorische testbatterij	Aantasting psychomotorische snelheid, korte-termijn geheugen, beslissend vermogen en metageheugen. Geen effect op tijdsschatting, conceptuele flexibiliteit en lange-termijn geheugen.
Lenné et al. (50)	10 methadonpatiënten 13 LAAM-patiënten 11 buprenorfinepatiënten controle: 21 gezonde personen (~leeftijd + 3maand werkloos)	methadon (+ 0,5 ‰ alcohol) LAAM (+ 0,5 ‰ alcohol) buprenorfine (+ 0,5 ‰ alcohol) (+ 0,5 ‰ alcohol)	minimum 3 maanden	gemiddeld 48,1 ± 2,8 mg/dag gemiddeld 32,6 ± 4,0 mg/dag gemiddeld 14,4 ± 1,8 mg/dag	rijsimulator (75 minuten): 1 sessie met alcohol en 1 sessie zonder alcohol	SDLP, snelheid, stuurhoek en reactietijd: Alcohol tastte bij iedere groep deze taken aan. Zonder alcohol werd geen verschil waargenomen tussen de vier groepen.
Verdejo et al. (48)	18 methadonpatiënten 23 abstinente heroïneverslaafden	methadon /	gemiddeld 39 maanden	gemiddeld 83,82 ± 29,61 mg/dag	cognitieve testbatterij	Aantasting van verwerkingssnelheid, aandacht, cognitieve flexibiliteit, korte-termijn geheugen en redeneringsvermogen.
Mintzer et al. (49)	18 methadonpatiënten 20 abstinente heroïneverslaafden controle: 21 gezonde personen	/ / /	gemiddeld 45 maanden	gemiddeld 67,2 ± 5,7 mg/dag	cognitief-psychomotorische testbatterij	De prestaties van de abstinente heroïneverslaafden was beter dan deze van de methadonpatiënten en slechter dan deze van de controle.

SD: standaard deviaties

DD: dagelijkse dosis

Bijlage 15

Tabel 7: Resultaten van recente experimentele studies over het effect van het gebruik van morfine

Studie	Studiepopulatie	Stof	Lengte gebruik	Dosis	Test	Effect
Vainio et al. (52)	doelgroep: 24 ambulante kankerpatiënten controle: 25 ambulante kankerpatiënten	morfine (OR) /	gemiddeld 96 dagen	gemiddeld 209mg/dag	rijnsimulator psychomotorische testbatterij cognitieve testbatterij	Geen verschil tussen doel- en controlegroep; doelgroep was wel trager en maakte meer fouten (statistisch niet-significant). Evenwicht houden met gesloten ogen was slechter bij doelgroep. Tikken met vingers was beter bij de doelgroep. Er werd een correlatie vastgesteld tussen de concentratie morfine in het plasma en de daling van de score op de testen i.v.m. aandacht en concentratie.
Clemons et al. (53)	7 kankerpatiënten behandeld met stabiele dosis morfine 6 kankerpatiënten zonder behandeling met morfine 16 gezonde personen	morfine (OR) / /	3 tot 72 weken	50-200mg/dag	subjectieve waarnemingen testen i.v.m. cognitie en alertheid	Beide groepen kankerpatiënten voelen zich minder alert en meer depressief dan de gezonde personen. Kankerpatiënten met morfine voelen zich minder alert en meer depressief dan kankerpatiënten zonder morfine. Beide groepen kankerpatiënten scoren slechter dan de gezonde personen. Kankerpatiënten met morfine scoren enkel slechter dan kankerpatiënten zonder morfine bij een klein aantal testen i.v.m. reactietijd en complexe cognitieve taken.
Lorenz et al. (54)	6 vrouwen met chronische pijn zonder voorgeschiedenis van regelmatig gebruik van Opiaten	morfine (OR)	7 dagen	3: 30mg/dag 1: 40mg/dag 1: 120mg/dag 1: 150mg/dag	cognitieve testen voor en zeven dagen na start van lange termijn behandeling met morfine	De reactietijd bij morfinebehandeling was iets korter dan voor de start van de behandeling. Waakzaamheid en cognitieve prestaties waren beter bij morfinebehandeling dan voor de start van de behandeling.
Wood et al. (55)	18 kankerpatiënten op palliatieve eenheid	morfine (OR/SC)	minimum 3 dagen	10-600mg/dag	cognitieve testen	Intellectueel functioneren was twee standaardafwijkingen lager dan normaal. Korte-termijn geheugen bleef behouden, lange-termijn geheugen was beter dan normaal.

OR: oraal

SC: subcutaan

Bijlage 16

Tabel 8: Resultaten van recente experimentele studies over het acute effect van cocaïne

Studie	studiepopulatie	stof	dosis	test	effect
Johnson et al. (57)	8 cocaïneverslaafden	cocaïne (IV)	0 mg/kg	fysiologische testen	Dosisgerelateerde stijging in pols en in arteriële druk.
			0,325 mg/kg	cognitieve testbatterij	Geen effect op perifere zuurstofverzadiging of electrocardiogram.
			0,650 mg/kg		
Hopper et al. (58)	12 cocaïneverslaafden	cocaïne (IV)	0,2 mg/kg	cognitieve testbatterij	Cocaïne: geen effect waargenomen op waakzaamheid, aandacht, herkenning of geheugen. Cortisol lage dosis: verbeterde waakzaamheid en aandacht en tastte herkenning van 1-malig gehoorde woorden aan. Hoge dosis cortisol: tastte waakzaamheid en aandacht aan en verbeterde herkenning van 1-malig gehoorde woorden
		cortisol (IV)	0,2 mg/kg		
			0,5 mg/kg		

IV: intraveneus

Bijlage 17

Tabel 9: Resultaten van recente experimentele studies over de effecten van het chronische gebruik van cocaïne bij abstinente gebruikers

Studie	Studiepopulatie	Stof	Gemiddelde lengte van gebruik	Gemiddelde abstinentie	Test	Effect
Hoff et al. (66)	38 cocaïneverslaafden 54 controles	crack (R) /	4 jaar	25 dagen	neuropsychologische testbatterij	Aantasting van ruimtelijk geheugen, waarneming, aandacht, psychomotorische snelheid en cognitieve flexibiliteit. Zowel negatieve als positieve effecten op testen i.v.m. uitvoerend functioneren. Geen effect op verbaal geheugen.
Di Sclafani et al. (64)	19 cocaïneverslaafden 18 cocaïne- en alcoholverslaafden 18 controles	crack (R) crack (R) en alcohol /	12 jaar 15 jaar	10 weken	neuropsychologische testen: aandacht, abstractie, ruimtelijke verwerking, korte-termijn geheugen, aanleren en reactietijd	Geen verschillen tussen de cocaïne- en de cocaïne/alcoholverslaafden. Slechtere uitvoering van alle testen bij de cocaïne- en cocaïne/alcoholverslaafden in vergelijking met de controles.
Gillen et al. (65)	19 cocaïneverslaafden 16 controles	cocaïne (IN/R) /	6 jaar	182 uur	neuropsychologische testbatterij	Slechtere uitvoering van complexe verbale taken, logisch rangschikken van complexe visuele stimuli en taak i.v.m. uitgesteld visueel geheugen. Betere prestatie bij test i.v.m. eenvoudige visueel-motorische snelheid.
Selby en Azrin (104)	355 mannelijke gevangenen: [1] 101 afh. of misbruik van [2] 60 afh. of misbruik van [3] 56 afh. of misbruik van [4] 138 controles	alcohol cocaïne (n.g.) verschillende stoffen /	15 jaar 13 jaar 16 jaar	43 maanden 36 maanden 58 maanden	neuropsychologische testbatterij	Geen verschil tussen [2] en [4]. [1] en [3] presteerden slechter dan [2] en [4]. [3] presteerde slechter dan [1], [2] en [4] voor korte-termijn en lange-termijn geheugen en voor visuele motorcapaciteit. Correlatie met lengte abstinentie: [1] verbetering op 9/15 testen. [2] verbetering op 0/15 testen. [3] verbetering op 5/15 testen.
Smelson et al. (63)	35 cocaïneverslaafden 17 controles	cocaïne (n.g.) /	n.g.	5 dagen	neuropsychologische testbatterij	Aantasting van aandacht, concentratie, psychomotorische snelheid en cognitieve flexibiliteit. Geen correlatie tussen lengte abstinentie en prestatie.
Robinson et al. (71)	30 cocaïneverslaafden 30 controles	cocaïne (n.g.) /	n.g.	n.g.	neuropsychologische testbatterij	Cocaïneverslaafden voerden testen i.v.m. complex psychomotorisch en eenvoudig motorisch functioneren slechter uit dan de cocaïne/alcoholverslaafden.
Bolla et al. (70)	29 cocaïneverslaafden 27 cocaïne- en alcoholverslaafden	cocaïne (≠) cocaïne (≠) en alcohol	7 jaar 9 jaar 15 jaar	na 1 à 3 dagen en na 4 weken	neuropsychologische testbatterij	Dosisgerelateerde correlatie tussen daling prestatie en dosis cocaïne. Dosisgerelateerde correlatie tussen daling prestatie en dosis alcohol. Cocaïne en alcohol beïnvloeden elke verschillende testen na 1 à 3 dagen abstinentie, en die effecten duurden verder na 4 weken abstinentie.
Di Sclafani et al. (62)	20 cocaïneverslaafden 37 cocaïne- en alcoholverslaafden 29 controles	crack (R) crack (R) en alcohol /	14 jaar 14 jaar 21 jaar	na 5 à 6 weken (a) en na 6 maanden (b)	neuropsychologische testen i.v.m. aandacht, uitvoerend functioneren, ruimtelijke verwerking, rekenen, korte- en lange-termijn geheugen en reactietijd	(a): geen verschil tussen cocaïne- en cocaïne/alcoholverslaafden. beide groepen verslaafden presteerden slechter dan controle. (b): beide groepen verslaafden presteerden nog steeds slechter dan controle. Sterkste predictor van hersenschade bij verslaving was de dosis.
Lawton-Craddock et al. (61)	[1] 15 alcoholverslaafden [2] 15 stimulantia-verslaafden [3] 15 alcohol en stimulantia-verslaafden [4] 15 controles	alcohol stimulantia alcohol en stimulantia /	n.g.	n.g.	neuropsychologische testen i.v.m. visueel ruimtelijke vaardigheden, probleemoplossing en abstractie, korte-termijn geheugen, cognitieve flexibiliteit en motorische snelheid	[4] presteerde beter dan [2] en [3], maar niet beter dan [1]. [1] presteerde beter dan [2], maar verschilde niet van [3] of [4].
Toomey et al. (59)	50 tweelingen: telkens 1 cocaïneverslaafde 1 controle	cocaïne (≠) /	1 jaar	minstens 1 jaar abstinent	neuropsychologische testen i.v.m. aandacht, executief functioneren, motorische vaardigheden, intelligentie en geheugen	De verslaafden presteerden slechter op bepaalde testen i.v.m. aandacht en motorische vaardigheden. Op 1 test i.v.m. aandacht, namelijk visuele waakzaamheid, presteerden de verslaafden beter dan de controles.

Goldstein et al. (60)	42 cocaïneverslaafden 40 alcoholisten 72 controles	crack (R) alcohol /	10 jaar 24 jaar	23 dagen 17 dagen	neuropsychologische testen i.v.m. verbale kennis, visueel geheugen, verbaal geheugen en aandacht/uitvoerend functioneren	De cocaïneverslaafden vertoonden milde aantasting van de functies. De alcoholverslaafden voerden de test i.v.m. aandacht/uitvoerend functioneren slechter uit dan de cocaïneverslaafden.
Moeller et al. (69)	17 cocaïneverslaafden 14 controles	cocaïne (n.g.) /	n.g.	7 dagen	vragenlijst en laboratoriumtesten i.v.m. impulsiviteit	De cocaïneverslaafden vertoonden een sterker impulsief gedrag in vergelijking met de controles.
Verdejo et al. (24)	40 polydrugsverslaafden	verschillende	n.g.	geen	uitvoerend functioneren	Sterke correlatie tussen ernst van cocaïnegebruik en aantasting van executief functioneren.
Rahman en Clarke (68)	40 recreatieve cocaïnegebruikers 39 controles	cocaïne (n.g.) /	n.g.	exact 72 uur	neuropsychologische testbatterij	Dosisgerelateerde aantasting van aandacht, ruimtelijke waarneming en verbaal geheugen.
Kelley et al. (67)	12 cocaïneverslaafden 12 controles	cocaïne (n.g.) /	>1 jaar	5 dagen	neuropsychologische testbatterij	Aantasting van cognitieve flexibiliteit, verbale vlotheid en verbaal geheugen. Geen effect op ruimtelijk geheugen en aandacht.

IN: intranasaal / R: roken / #: verschillende toedieningswijzen / n.g.: niet gekend

Bijlage 18

Tabel 10: Resultaten van recente experimentele studies over het acute effect van amfetamines en derivaten

Studie	Studiepopulatie	Stof	Dosis	Test	Effect
Caldwell et al. (81)	6 mannelijke helikopterpiloten die tot 36 uur continu wakker waren op einde test	dextroamfetamine	3 x 10 mg (om 2400, 0400 en 0800)	vliegsimulator om 0100, 0500, 0900, 1300 en 1700	Betere prestatie na inname van dextroamfetamine in vergelijking met placebo en dit effect was het duidelijkst bij het testen om 0900, 1300 en 1700.
Caldwell en Caldwell (82)	10 mannelijke helikopterpiloten die tot 36 uur continu wakker waren op einde test	dextroamfetamine	3 x 10 mg (om 2400, 0400 en 0800)	echte vliegmanoevers om 0100, 0500, 0900, 1300 en 1700	Betere prestatie na inname van dextroamfetamine in vergelijking met placebo.
Pickworth et al. (11)	8 rokers met voorgeschiedenis van druggebruik	amfetamine	10 mg 30 mg	psychomotorische testbatterij	Weinig effect.
Curran en Travill (74)	12 vrijwilligers die op dag 1 gebruik van XTC rapporteren	XTC	n.g.	subjectieve waarnemingen	XTC: Op dag 1 zeer optimistisch, deze stemming daalde tot ze op dag 5 bij sommige deelnemers zelfs de klinische depressie bereikt. Fysische effecten: veel energie, een droge mond en zweten. Alcohol: minder verandering, U-curve met laagste punt op dag 2.
	controle: 12 vrijwilligers die op dag 1 gebruik van alcohol rapporteren	alcohol	n.g.	cognitieve testbatterij	XTC: aantasting aandacht en korte-termijn geheugen in vergelijking met alcohol.
Parrot en Lasky (73)	15 regelmatige XTC-gebruikers	XTC	gemiddeld 2 tabletten	subjectieve waarnemingen	Dag 1: alle groepen zeer positief gezind, trend naar minder droefheid/depressie bij XTC-gebruikers.
	15 nieuwe XTC-gebruikers	XTC	gemiddeld 1,5 tabletten	cognitieve testbatterij	Dag 3: meer depressieve gevoelens bij XTC-gebruikers dan bij controles. Verbaal geheugen en visueel scannen was aangetast bij de XTC-gebruikers.
	15 controles	alcohol			
De Waard et al. (78)	20 jongeren die net XTC gebruikt hadden	XTC	gemiddeld 56 mg (25-98 mg)	subjectieve waarnemingen	Geen significant verschil bij waargenomen vereiste moeite. Geen significant verschil tussen zelf waargenomen rijkwaliteit.
	controle: dezelfde jongeren in nuchtere toestand			rijsimulator: in stad op autosnelweg	Onder invloed van XTC reden ze significant sneller dan de controle. Geen significant verschil in snelheid.
				beide	Variatie in snelheid steeg in vergelijking met controle. SDLP was niet aangetast. Onder invloed van XTC gebeurden 4 ongevallen, bij de controle 2. Afstand houden is niet aangetast.
Brookhuis et al. (77)	20 jongeren die geregeld XTC gebruiken	XTC + een andere psychoactieve stof		subjectieve waarnemingen	De score voor vereiste moeite is hoger dan bij beide controles. De score voor rijkwaliteit is lager dan bij beide controles.
	controle: dezelfde jongeren in nuchtere toestand dezelfde jongeren enkel onder invloed van XTC			rijsimulator: in stad op autosnelweg	Onder invloed van XTC + een andere psychotrope stof reden ze sneller dan enkel onder invloed van XTC, of nuchter. Geen verschil in snelheid.
			XTC	gemiddeld 56 mg (25-98 mg)	beide
Mills et al. (75)	studie 1 18 uitgeruste vrijwilligers	alprazolam of dextroamfetamine	0,5 mg 10 mg	gecomputeriseerde taak met enkelvoudige en meervoudige aandachtstaken in verschillende delen van het gezichtsveld	Alprazolam: tastte de prestatie aan. Dextroamfetamine: induceerde verbetering en tunnelzicht.
	studie 2 32 vrijwilligers: vermoeid of in	dextroamfetamine of	10 mg		Vermoeid: dextroamfetamine: geen effect.

Bijlage 19

Tabel 11: Resultaten van recente experimentele studies over het effect van het chronisch gebruik van amfetamines en derivaten bij abstinente gebruikers

Studie	Studiepopulatie	Stof	Gemiddelde Lengte gebruik	Gemiddelde abstinentie	Test	Effect
Bolla et al. (85)	24 XTC gebruikers controle: 24 personen	XTC / /	5 jaar (mediaan)	minimum 2 weken	testen voor geheugen	Hoe zwaarder het XTC-gebruik, hoe sterker de aantasting van het korte- en lange-termijn geheugen.
					testen voor verbale intelligentie	Dosisgerelateerde daling van de prestatie. Dosisgerelateerd effect sterker bij mannen dan bij vrouwen.
					fysiologisch: serotonine neurale functie	Daling in serotonine neurale functie was geassocieerd met daling in prestatie op testen voor geheugen.
Morgan (87)	25 recreatieve XTC-gebruikers controle: 20 polydruggebruikers 19 niet-druggebruikers	XTC (ook andere) verschillende drugs (geen XTC) /	2,5 jaar 2,5 jaar	aantal weken	vragenlijsten en gedragstest voor impulsiviteit	Sterker impulsief gedrag vastgesteld bij de XTC-gebruikers. Hoe meer XTC de vrijwilligers gebruikten hadden, hoe hoger de impulsiviteitsscore.
					uitvoerend functioneren	Geen verschil tussen de verschillende groepen.
McCann et al. (84)	22 XTC-gebruikers controle: 23 personen	XTC /	4,5 jaar	minimum 3 weken	cognitieve testbatterij	Aantasting van aanhoudende aandacht (rekenoefeningen), complexe aandacht, korte-termijn geheugen, semantische herkenning en verbaal redeneren.
Ornstein et al. (40)	23 amfetamineverslaafden controle: 48 personen	amfetamines /	13 jaar	geen ontwenning of intoxicatie	cognitieve testbatterij	Aantasting van visuele patroonherkenning, ruimtelijk geheugen en uitvoerend functioneren.
Verheyden et al. (76)	466 regelmatige XTC-gebruikers	XTC	5 jaar		subjectieve waarnemingen	Ontwikkelen van tolerantie, moeite om zich te concentreren, depressie, zich meer open voelen naar anderen toe.
Verdejo et al. (24)	40 polydrugverslaafden	verschillende	n.g.		uitvoerend functioneren	Sterke correlatie tussen ernst van amfetamine- of XTC-gebruik en aantasting van het uitvoerend functioneren.
Wareing et al. (83)	25 huidige XTC-gebruikers 10 voormalige XTC-gebruikers controle: 18 personen	XTC	5 jaar	3,4 weken	testen i.v.m. visueel ruimtelijk	Slechtere prestaties van beide groepen XTC-gebruikers dan de controle.
		XTC /	3 jaar	108 weken	werkend geheugen	Dit effect bleef statistisch significant na controle voor achtergrondvariabelen en gebruik van andere drugs in de voorgaande 3 maanden.
Rizzo et al. (86)	recreatieve gebruikers van THC en XTC	THC en XTC	n.g.	korte abstinentie	waarneming van beweging van het eigen lichaam uit optische stroompatronen	Beide groepen vertonen aantasting, waarbij de aantasting in de XTC/THC-groep het grootst is.
	recreatieve gebruikers van THC alleen	THC		korte abstinentie		

n.g.: niet gekend

Bijlage 20

Tabel 12: Resultaten van recente experimentele studies over het acute effect van benzodiazepines

Studie	Studiepopulatie	Stof/toestand	Dosis	Test	Effect
Thapar et al. (33)	10 mannelijke en 2 vrouwelijke gezonde vrijwilligers	fentanyl + propofol (FP) of fentanyl + midazolam (FM) of fentanyl + midazolam + propofol (FMP) of alcohol	50µg/70kg 35mg/70kg 50µg/70kg 2mg/70kg 50µg/70kg 2mg/70kg 35mg/70kg 1,1‰	subjectieve waarnemingen	Alle drugcombinaties veroorzaakten subjectieve effecten vergelijkbaar aan deze van alcohol, bij FM en FMP waren de effecten zelfs sterker.
				psychomotorische testbatterij	De uitvoering van de testen werd bij alle drugcombinaties minstens even sterk beïnvloed als bij alcohol, bij FM en FMP zelfs sterker.
				korte termijngeheugen	FM en FMP: daling vergelijkbaar met alcohol. FP: geen effect waargenomen.
O'Hanlon et al. studie 1 (97)	8 mannen en 8 vrouwen in bezit van een rijbewijs	ondansetron of diazepam	1mg 4mg 5mg	test op rijweg (100km): SDLP: gemeten bij begin en na 8 à 9 dagen behandeling	Geen enkele patiënt of vrijwilliger vertoonde zonder behandeling aantasting. Ondansetron 1 en 4mg: geen effect. Diazepam: stijging SDLP die nog toenam op het einde van de behandeling. Suriclone en lorazepam (0,5mg): stijging SDLP bij begin van behandeling, maar de stijging nam af naar einde van de behandeling toe. Lorazepam (2mg): enorm hoge stijging SDLP bij begin behandeling, maar de stijging nam ook af naar einde van behandeling toe, en was dan gelijk aan aantasting door suriclone en lorazepam (0,5mg) op einde van behandeling. Alpidem: minder sterke stijging SDLP.
studie 2	9 mannen en 9 vrouwen in bezit van een rijbewijs	suriclone of lorazepam	0,2mg 0,5mg		
studie 3	20 mannelijke en 36 vrouwelijke patiënten met chronische angst	alpidem of lorazepam	50mg 2mg		
Asoh et al. (96)	12 gezonde mannelijke vrijwilligers	tandospirone of diazepam	30 mg 5mg	rijtest 30 minuten na toediening: 2 uur aan constante snelheid van 60km/h	Tandospirone: enkel een daling in langdurig knipperen met de ogen, andere resultaten waren niet verschillend van placebo. Diazepam: stijging in langdurig knipperen met de ogen, in variatie op de snelheid en in score op de "Stanford Sleepiness Scale".
Kozena et al. (90)	145 gezonde vrijwilligers	diazepam of nitrazepam of oxazepam of medazepam of alprazolam	5mg 10mg 5mg 10mg 10mg 0,2mg 0,5mg	testbatterij voor waakzaamheid en subjectieve waarnemingen	Diazepam (5 en 10mg), alprazolam (0,5 mg) en nitrazepam: tastten de waakzaamheid aan en de deelnemers namen dit ook zo waar. Diazepam trad sneller in werking, maar effecten van alprazolam duurden langer. Oxazepam en medazepam: geen effect.
Patat et al. (105)	16 gezonde jonge mannelijke vrijwilligers	mizolastine (gedurende 8dagen) en lorazepam (enkel op dag 6 of 8)	0mg of 10mg 0mg of 2mg	subjectieve waarnemingen psychomotorische testbatterij cognitieve testbatterij geheugen op korte en lange termijn	Mizolastine alleen: geen effect. Lorazepam (2mg): een enkelvoudige dosis tastte zowel de subjectieve waarnemingen als de psychomotorische en cognitieve functies, als het geheugen aan. Mizolastine versterkte het effect van lorazepam niet.
O'Neill et al. (31)	3 mannelijke en 9 vrouwelijke vrijwilligers	dextropropoxyfeen of lorazepam	100mg 200mg 2mg	psychomotorische testbatterij cognitieve testbatterij	Lorazepam: aantasting van alle cognitieve en psychomotorische testen dextropropoxyfeen: enkel 200mg vertoonde effect op informatieverwerking, tendens om verbaal geheugen te verbeteren.
Vermeeren et al. (94)	17 vrouwen met chronische slaapstoornissen (stoffen 's nachts toegediend)	flunitrazepam of zolpidem	2mg	slaapparameters ('s nachts)	Flunitrazepam: verkorte REM-slaap. Zolpidem: respecteerde slaapstructuur.
			10mg	cognitieve testbatterij ('s morgens)	Flunitrazepam: aantasting van geheugen. Zolpidem: geen effect.
				rijprestatie ('s morgens)	Flunitrazepam en zolpidem: geen effect waargenomen.
Vermeeren et al. (91)	20 gezonde mannelijke vrijwilligers	alprazolam of	0,25mg 0,5mg 1mg	psychomotorische testbatterij cognitieve testbatterij geheugen	Lorazepam: tastte alle testen aan behalve verbale vlotheid en muziekherkenning. Alprazolam: dosisgerelateerde aantasting van het geheugen,

		lorazepam	2mg		psychomotorische en cognitieve functies, de 0,25mg dosis veroorzaakte geen enkel effect.
Hanks et al. (30)	8 mannelijke en 4 vrouwelijke vrijwilligers	morfinesulfaat of lorazepam	10mg 15mg 1mg	subjectieve waarnemingen cognitieve testbatterij	Lorazepam: aantasting van aandacht en geheugen, informatieverwerking werd enkel 4 uur na toediening aangetast, geen effect op subjectieve waarnemingen. Beide dosissen morfine: daling van geheugen na 1 uur. daling in informatieverwerking na 4 uur. Morfine 15 mg: verbetering van reactietijd 2, 4 en 6 uur na inname.
Dujardin et al. (93)	12 mannelijke vrijwilligers die lijden aan slapeloosheid (stoffen 's nachts toegediend)	flunitrazepam of zolpidem	1mg	slaapparameters ('s nachts)	Flunitrazepam: verbeterde de slaapparameters maar tastte eveneens de slaapstructuur aan.
			10mg	cognitieve testbatterij ('s morgens)	Zolpidem: geen effect op slaapparameters + behoud slaapstructuur. Flunitrazepam: aantasting van aandacht en geheugen. Zolpidem: geen effect.
Fluck et al. (92)	10 geneeskundestudenten 10 geneeskundestudenten 6 geneeskundestudenten 7 personen die snurken controle: 7 personen	placebo lorazepam acuut slaaptekort chronisch slaaptekort /	0mg	subjectieve waarnemingen	Lorazepam en acuut en chronisch slaaptekort veroorzaakten een subjectief kalmerend effect.
			2,5mg	cognitieve testbatterij	Lorazepam veroorzaakte anterograde amnesie, acuut slaaptekort een aantasting van het semantisch geheugen en chronisch slaaptekort een aantasting van het uitvoerend functioneren.
			/	psychomotorische testbatterij	Lorazepam: aantasting psychomotorische snelheid.
Bocca et al. (106)	16 gezonde vrijwilligers (stoffen om 23:00 toegediend)	flunitrazepam of zolpidem of zopiclon	1mg	rijnsimulator: om 09:00 's morgens	Zolpidem: geen residuele effecten. Zopiclon en flunitrazepam: aantasting van rijprestatie en horizontale oogbewegingen.
			10mg 7,5mg	om 11:00 's morgens	Zopiclon en zolpidem: geen residuele effecten. Flunitrazepam: enkel effect op horizontale oogbewegingen.
Troy et al. (95)	24 gezonde vrijwilligers (stoffen 's nachts toegediend)	zaleplon of zolpidem of triazolam	10mg	testen voor geheugen en cognitie: 1,25 uur na toediening	Zaleplon (10mg) vertoonde geen enkel effect. Zaleplon (20mg), zolpidem (10/20mg) en triazolam: aantasting, waarbij de effecten van zolpidem (20mg) het sterkst waren.
			20mg 10mg 20mg 0,25mg	8,25 uur na toediening	Zaleplon (10/20mg) en zolpidem (10mg): geen effect. Zolpidem (20mg) en triazolam: aantasting.
Mills et al. (75)	18 vrijwilligers	alprazolam of dextroamfetamine	0,5mg 10mg	gecomputeriseerde taak met enkelvoudige en meervoudige aandachtstaken in verschillende delen van het gezichtsveld	Alprazolam: tastte de prestatie aan. Dextroamfetamine: induceerde verbetering en tunnelzicht.
Iudice et al. (99)	7 vrouwelijke en 5 mannelijke jonge gezonde vrijwilligers	lormetazepam: gedurende 3 dagen s avonds toegediend	1mg	s morgens na laatste dosis: subjectieve waarnemingen neuropsychologische testbatterij rijnsimulator	De vrijwilligers die behandeld waren met lormetazepam vertoonden geen enkel verschil in prestatie in vergelijking met de placebo-groep.
Partinen et al. (98)	18 vrouwen die lijden aan slapeloosheid (stoffen om 02:00 toegediend)	zolpidem of temazepam	10mg	om 07:30: neuropsychologische testbatterij	Zolpidem en temazepam: geen effect.
			20mg	rijnsimulator	Zolpidem en temazepam: geen effect op variatie op snelheid en reactietijd. Zolpidem: afwijking van rijstrook was groter dan bij controle en bij temazepam.

Bijlage 21

Tabel 13: Resultaten van enkele recente studies over de efficiëntie van een testbatterij voor het detecteren van bestuurders die rijden onder invloed van drugs

Stof	Dosis	Testen	Resultaat
D,l-dexamfetamine D,l-methamfetamine D-methamfetamine (107) Dexamfetamine (108)	0,42 mg/kg 0,42 mg/kg	Psychofysische testen - horizontal gaze nystagmus - one leg stand - walk and turn -(HMJ) Rijsimulator: rijvaardigheid meten	- dexamfetamine: correct aanwezigheid geïdentificeerd in 5% van de gevallen - d,l-methamfetamine: correct aanwezigheid geïdentificeerd in 0% van de gevallen - d-methamfetamine: correct aanwezigheid geïdentificeerd in 5% van de gevallen - HMJ: geen stijging in % correcte classificaties aan- of afwezigheid van drugs - testbatterij: in 10% van de gevallen rijvaardigheid correct geklasseerd als aangetast of niet aangetast - HMJ: deed aantal correcte classificaties aangetaste/niet aangetaste rijvaardigheid niet stijgen
Cannabis (109)	1,74% 2,93%	Psychofysische testen - horizontal gaze nystagmus - one leg stand - walk and turn -(HMJ) Rijsimulator: rijvaardigheid meten	- correcte identificatie van aanwezigheid van cannabis in 46,2% van de gevallen - positie op rijweg aanhouden, reactietijd en frequentie van botsen: aangetast door cannabis - lage dosis: 66,7-71,8% correct geklasseerd als aangetaste rijvaardigheid - hoge dosis: 65,8-76,3% correct geklasseerd als aangetaste rijvaardigheid - HMJ: deed % correcte classificaties stijgen
Temazepam (110)	20 mg	Psychofysische testen - horizontal gaze nystagmus - one leg stand - walk and turn -(HMJ) Rijsimulator: rijvaardigheid	- rijvaardigheid niet significant aangetast door lage dosis temazepam - testbatterij: 10% correct in identificeren aan- of afwezigheid van temazepam 20% correct in voorspellen aangetaste rijvaardigheid - HMJ: deed % correcte classificaties aangetaste/niet aangetaste rijvaardigheid stijgen
Cannabis (1)	1,70% 2,67%	testbatterij bestaande uit: - psychofysische testen - fysische parameters (pupilgrootte) - algemeen voorkomen en	- dosisgerelateerde aanwijzing door expert van aantasting: 7/15 bij hoge dosis 3/14 bij lage dosis 0/14 bij

		gedrag	placebo - verwijdding van pupil (sterkst bij laagste dosis)
Bestuurders verdacht van rijden onder invloed met enkel 1 benzodiazepine in het bloed (111)	/	testbatterij bestaande uit 25 subtesten en observaties	- 13 subtesten en observaties gerelateerd aan concentratie benzodiazepines in het bloed - na aanpassing voor achtergrondvariabelen: 9 subtesten en observaties gerelateerd aan concentratie benzodiazepines in het bloed - enkelvoudige inname bij niet-dagelijkse gebruikers: 3 subtesten en observaties gerelateerd
Alcohol Cocaïne Cannabis (113)	0,28-0,52g/kg 4-48-96mg/70kg 1,75-3,55%	DECP	- de mogelijkheid om correct te detecteren was het hoogst bij gebruik van een subset van 17 tot 28 variabelen - wanneer de DRE concludeerde dat aantasting van rijgedrag niet te wijten was aan alcohol, was hun opinie in 44% van de gevallen consistent met de toxicologie
Alprazolam D-amfetamine Codeïne Cannabis (114)	1-2mg 12,5-25mg 60-120mg 3,58%	DECP	- de mogelijkheid om correct te detecteren was het hoogst bij gebruik van een subset van 2 tot 7 variabelen - de vaststelling van aantasting van de rijvaardigheid door de DRE was consistent met toediening van een actieve drug in 76% van de gevallen - de identificatie van het soort drugs was in 32% van de gevallen consistent met de toxicologie
Bestuurders al dan niet onder invloed van verschillende soorten drugs (115)	/	DECP (enkel observaties en fysiologische en psychofysische testresultaten)	- correct herkennen van drugintoxicatie in 95% van de gevallen - correct identificeren van narcotische pijnstillers in 94% van de gevallen - correct identificeren van cannabis in 81% van de gevallen - correct identificeren van stimulerende middelen in 78% van de gevallen - correct identificeren van kalmerende middelen in 69% van de gevallen
D-amfetamine Cannabis Alprazolam Codeïne (116) (112)	12,5-25mg 1 of 2x 3,58% 1-2mg 60-120mg	DECP (enkel observaties en fysiologische en psychofysische testresultaten)	- detecteren van drugintoxicatie: (a) 72% (b) 43% - correct identificeren van cannabis: (a) 49% (b) 69% - correct identificeren van alprazolam: (a) 47% (b) 80% - correct identificeren van codeïne: (a) 45% (b) 72% - correct identificeren van amfetamine: (a) 10% (b) 91% - 3 van de 4 psychofysische testen gerelateerd aan aanwezigheid van alprazolam

		DECP: testen	psychofysische (OLS, WAT en Romberg) - cannabis, amfetamine en codeïne: geen enkele psychofysische test gerelateerd
--	--	-----------------	--

(a): gevoeligheid / (b): specificiteit

Bijlage 22

Tabel 14: Gevoeligheid van verschillende soorten testbatterijen om aantasting van de rijvaardigheid door verschillende soorten drugs te detecteren

	Dosis	Psychofysische testen	Psychofysische testen + fysische parameters + algemeen gedrag en voorkomen	DECP
Dexamfetamine (108)	0,42 mg/kg	10%		
Cannabis (1,109)	1,70% - 1,74%	67% – 72%	21%	
	2,67% - 2,93%	66% – 76%	47%	
Temazepam (110)	20 mg	20%		
Verschillende soorten drugs (112,114-116)	/			72-76-95%

Bijlage 23

Tabel 15: Resultaten van recente roadside surveys in Australië, Canada, Denemarken, Italië, Nederland, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk

Land	Australië**	Canada (120)	Denemarken (121)	Italië (122)	Nederland (123,124)	Noorwegen (123)	Verenigd Koninkrijk (123)	
Jaar	2004-2005	1999-2000	2000	1994-1995	1997-1998	2000-2004	2003-2004	2003-2004
Aantal	4 200	11 574 (alcohol) 5 931 (drugs)	896	422 (alcohol) 499 (drugs)	893	3 374	410	1 312
Staal	adem (alcohol) speeksel (drugs)	adem (alcohol) urine (drugs)	speeksel	bloed en urine	urine	bloed of urine	orale vloeistof	orale vloeistof
Opmerking	negatief voor alcohol			enkel weekend- nachten	enkel weekend- nachten			
Resultaten gewogen	neen	ja	neen	neen	neen	ja	ja	ja
Alcohol gedetecteerd		5,10%						
> 0,2 ‰					10,19%	2,10%	0,00%	
> 0,5 ‰					4,93%			
> 0,8 ‰				31,04%				
Drugs	0,90% (a)	11,80%	1,87%		6,38%	9,90%	1,00%	10,80%
illegaal			1,25%					
Drugs + alcohol gedetecteerd		0,70%						
> 0,2 ‰					1,30%	0,28%		
> 0,5 ‰					0,80%			
Amfetamine		0,10%		1,40%		0,03%	0,00%	0,66%
Methamfetamine	0,70%		0,10%		0,45%			
MDMA					0,11%	0,60%	0,00%	4,61% (MDMA/MDA/MDEA)
Cocaïne		1,10%	0,10%	2,81%	0,67%	0,70%	0,00%	1,34%
Cannabis	0,30%	6,70%	0,73%	8,22%	4,59%	4,50%	0,50%*	3,26%
Benzodiazepines		3,60%	0,62%	0,20%	0,56%	2,10%	0,20%*	
Opiaten		1,20%	0,31%	1,00%	0,45% (C) 0,11% (H)	0,06% (M/H) 0,6% (C)	0,20%*	0,08% (M/6-monoacetylM) 1,61% (C)
Methadon						0,04%		
Barbituraten		0,50%						
Tricyclische antidepressiva						0,30%		
PCP		0,03%						

C: codeïne / H: heroïne / M: morfine / (a): enkel cannabis en methamfetamine getest

*: enkel deze stof aanwezig, geen combinaties / **: deze gegevens werden bekomen door persoonlijke communicatie met professor Philip Swann

Bijlage 24

Tabel 16: Voorkomen van drugs, alcohol en geneesmiddelen bij gekwetste bestuurders in Australië, België en Denemarken

Land	Australië (125)	België (126,127)		Denemarken(128)
Jaar	1995-1996	1994-1995	1995-1996	2002-2004
Aantal	2 500	211	1 871 (alc., benzo., barb.) 1 879 (drugs)	330
Staal	bloed	bloed (alc.) urine (drugs)	bloed (alc., benzo.) urine (drugs)	bloed en/of speeksel
Opmerking		weekend		
Alcohol gedetecteerd	11,00%	35,5% (*)		
	> 0,5 ‰	10,32%	28,27%	
	> 0,8 ‰	9,24%		
Drugs		6,60% (*)	19,05%	
Drugs + alcohol gedetecteerd	1,40%	5,70%		
	> 0,2 ‰	1,20%		
	> 0,5 ‰	1,00%	5,20%	
MDEA	0,04%		2,98%	1,52%
Amfetamine	0,20%	3,32%		
MDMA				
MDA				
Methamfetamine	0,72%			
Cocaïne		0,95%	0,75%	0,61%
Cannabis	7,12%	2,37%	6,01%	3,33%
Benzodiazepines	1,84%	2,84%	8,55%	3,03%
Opiaten		1,42%	7,50%	1,82%
	morfine		2,00%	
	heroïne			
	codeïne			
Methadon		0,47%	0,27%	
Barbituraten		0,95%	1,34%	
Propoxyfeen			0,21%	

(*): enkel deze stof aanwezig, geen combinaties

Bijlage 25

Tabel 17: Voorkomen van alcohol, drugs en geneesmiddelen bij gekwetste bestuurders in Frankrijk en Nederland

Land	Frankrijk (129-132)				Nederland (123)
Jaar	1995	1998	1999	2000-2001	2000-2004
Aantal	60	296	198	900	184
Staal	urine	urine	bloed	bloed	bloed of urine
Opmerking		van 18-36 jaar			resultaten gewogen
Alcohol gedetecteerd			13,64%		
> 0,2 ‰					18,6% (*)
> 0,5 ‰			10,61%	26,00%	17,4% (*)
> 0,8 ‰					15,2% (*)
Drugs + alcohol > 0,2 ‰					10,40%
> 0,5 ‰				3,80%	8,90%
> 0,8 ‰					8,40%
Combinatie van drugs					7,20%
MDEA					
Amfetamine	1,67%	1,35%		0,67%	
MDMA			0,51%		
MDA					
Cocaïne	0,00%	1,10%	0,51%	0,11%	
Cannabis	10,00%	13,80%	9,60%	10,00%	3,40% (*)
Benzodiazepines			6,06%	14,00%	3,60% (*)
Opiaten		10,50%		2,70%	
morfine	5,00%				
heroïne			0,51%		0,50% (*)
codeïne			1,52%		1% (*)
Antidepressiva				1,80%	
Norefedrine			0,51%		

(*): enkel deze stof aanwezig, geen combinaties

Bijlage 26

Tabel 18: Voorkomen van drugs, alcohol en geneesmiddelen bij gekwetste bestuurders in de Verenigde Staten en Zuid-Afrika

Land	Verenigde Staten (133-135)			Zuid-Afrika (136)
	1994-1996	1995-1996	2003	1999-2001
Jaar	1994-1996	1995-1996	2003	1999-2001
Aantal	748 (alc.) 500 (drugs)	414	108	n.g.
Staal	bloed	urine	bloed (alc.) urine (drugs)	n.g.
Alcohol gedetecteerd	29,95%		30,56%	45,20%
	> 0,4 ‰	13,77%		
Drugs			50,93%	34,10%
Drugs + alcohol gedetecteerd			15,70%	19,50%
Amfetamine	0,00%	0,72%	0,93%	
Methamfetamine			5,56%	
Cocaine	18,70%	3,62%	10,19%	
Cannabis	9,60%	16,91%	26,85%	
Benzodiazepines		1,21%	11,11%	
Opiaten	23,70%	1,45%	10,19%	
Methadon		0,24%	5,56%	
Barbituraten		0,97%	3,70%	
Propoxyfeen		1,45%		

(*): enkel deze stof aanwezig, geen combinaties / n.g.: niet gekend

Bijlage 27

Tabel 19: Voorkomen van drugs, alcohol en geneesmiddelen bij overleden bestuurders in Australië, Canada, Frankrijk, Hong Kong en Italië

Land	Australië (137)	Canada (138)	Frankrijk (139)	Hong Kong (140)	Italië (141,142)	
Jaar	1990-1999	1999-2002	2003-2004	1996-2000	1986-1996	1997-1999
Aantal	3 398	855	2003	197	129	119
Staal	bloed	bloed en urine	bloed	bloed (alc.) bloed en urine (drugs)	bloed (alc.) bloed en urine (drugs)	bloed
Opmerking			< 30 jaar		crash 1 voertuig	binnen 4 uur overleden
Alcohol gedetecteerd		33,45%			55,81%	47,90%
> 0,1 ‰					48,06%	
> 0,5 ‰	29,13%			24,87%		
> 0,8 ‰		28,54%				
Drugs	26,69%	24,68%		6,09%		21,85%
Drugs + alcohol gedetecteerd	9,70%	11,70%		2,50%		16,00%
> 0,5 ‰				2,00%		
MDA					0,78%	
Amfetamine		0,35%	3,05%			0,00%
MDMA					1,52%	0,00%
Methamfetamine	4,06% (a)				1,52%	
Cocaïne		4,68%	2,95%		4,65%	8,40%
Cannabis	13,54%	13,10%	28,90%	2,03%	4,65%	8,40%
Benzodiazepines	4,06%	9,24%		1,02%	3,88%	5,88%
Opiaten		1,29%				3,36%
morfine			1,90%			
6-acetylmorfine*						
codeïne						
Methadon	4,91%				3,88%	0,84%
Propoxyfeen						
Meperidine						
Barbituraten		0,35%			2,33%	1,68%
Fencyclidine		0,47%				
Efedrine				1,02%		
Ketamine				0,51%		

Propylfenazon				0,51%		
Andere					3,10%	

(a): tevens (pseudo)efedrine en fentermine/*: de aanwezigheid van heroïne werd nagegaan a.d.h.v. 6-acetylmorfine

Bijlage 28

Tabel 20: Voorkomen van alcohol, drugs en geneesmiddelen bij overleden bestuurders in Spanje, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Zweden

Land	Spanje (143,144)		Verenigd Koninkrijk (123)	Verenigde Staten (145,146)	Zweden (147)
	1991-2000	1996-1998	1998-2002	2001-2002	2000-2002
Jaar	5 745	33	22	370	855
Staal	bloed	bloed en urine	bloed	bloed en serum	bloed en urine
Opmerking			Glasgow		
Alcohol gedetecteerd	43,81%	58,90%	36,36%		
> 0,1 ‰				44,00%	
> 0,2 ‰					22,22%
> 0,8 ‰	31,96%				
Drugs		10% (*)	13,64%	35,00%	
illegaal	8,77%				8,07%
medicinaal	4,68%				19,42%
Drugs + alcohol gedetecteerd	5,60%	7,00%		17,00%	
> 0,2 ‰					4,90%
Amfetamine	1,17%		4,55%	4,86%	5,15%
MDMA	0,57%				0,94%
Methamfetamine					0,82%
Cocaïne	5,22%			3,51%	0,47%
Cannabis	2,21%			12,70%	3,86%
Benzodiazepines	3,41%			4,05%	7,60%
diazepam			4,55%		
Opiaten	3,24%				
hydrocodon				1,89%	
morfine			4,55%	1,62%	
Methadon					0,12%
Barbituraten	0,26%				
Antidepressiva	0,57%				
Fenytioïne				1,89%	
Pijnstillers	0,45%				
Andere					0,58%

(*): enkel deze stof aanwezig, geen combinaties

Bijlage 29

Tabel 21: Aanwezigheid van drugs, geneesmiddelen en alcohol bij gekwetste of overleden bestuurders in Noorwegen, Oostenrijk of de Verenigde Staten

Land	Noorwegen (123)	Oostenrijk (148)		Verenigde Staten (149)
Jaar	2003-2004	1999-2002	2003	1995-1996
Aantal	87	72	85	88
Staal	bloed	bloed	bloed	bloed (overleden) urine (gekwetst)
Opmerking	19 zwaar gekwetst 68 overleden		eerste 6 maand na herzien wetgeving*	Tampa (Florida)
Alcohol	gedetecteerd		39,00%	29,00%
	> 0,2 ‰	14,94%		
Drugs				28,00%
Drugs + alcohol	gedetecteerd			11,20%
Amfetamine	9,20%	14,00%	9,00%	4,00%
Methamfetamine				
MDMA	1,15%			
Cocaïne	0,00%	10,00%	15,00%	16,00%
Cannabis	2,30%	22,00%	37,00%	48,00%
Benzodiazepines	11,49%	17,00%	24,00%	20,00%
Opiaten	8,05%	10,00%	7,00%	16,00%
Dihydrocodeïne			8,00%	
Barbituraten				12,00%
Fencyclidine				0,00%

*: herziening van Road Traffic Act in 2003

Bijlage 30

Tabel 22: Voorkomen van drugs, alcohol en geneesmiddelen bij bestuurders die betrokken waren bij een verkeersongeval in Frankrijk en Griekenland

Land	Frankrijk (150-152)			Griekenland (153)
	1999	2001	2001-2003	1995-2002
Jaar	1999	2001	2001-2003	1995-2002
Aantal	164	3 751	10 748	2 712
Staal	bloed	bloed	bloed	bloed (alc.) urine (drugs)
Opmerking	zwaar of dodelijk ongeval	dodelijk ongeval	dodelijk ongeval	
Alcohol > 0,5 ‰				37,20%
Drugs		16,98% (*)	7,94%	5,13% (**)
Drugs + alcohol > 0,5 ‰	19,50%			4,20%
Amfetamine	0,61%	1,65%	0,47%	1,00%
Cocaïne	0,00%	0,75%	0,20%	
Cannabis	15,85%	13,70%	6,99%	4,00%
Benzodiazepines				4,00%
Opiaten	3,05%	3,52%	0,85%	3,70%

(*): enkel 1 soort drug aanwezig, geen combinaties

(**): enkel deze stof aanwezig, geen combinaties

Bijlage 31

Tabel 23: Relatieve ongevallenrisico's (RR) en odds ratio's (OR) verbonden aan rijden onder invloed van alcohol en/of drugs in Canada, Frankrijk, Nederland en Noorwegen

Land	Canada (120)	Frankrijk (131)	Nederland (123)	Noorwegen (123)	
Jaar	1999-2001	2000-2001	2000-2004	2003-2004	
RR of OR	RR	OR	RR	RR (**)	OR
Bestuurders	overleden	gekwetst	gekwetst	gekwetst of overleden	
Opmerking	Québec			geen betrouwbaarheidsinterval	
Drugs				32,1	48,2
1 drug aanwezig				20,7	31
Combinatie van drugs			24		
Alcohol	0,2 ‰ - 0,5 ‰	1	2,1		
	0,5 ‰ - 0,8 ‰	3,7	8,3		
	0,8 ‰ - 1,3 ‰		17,6		
	> 0,2 ‰	9,2			
	> 0,5 ‰		3,8 (a) (*)		
	> 0,8 ‰	39,2			
	> 1,3 ‰		87,2		
Alcohol + drugs	< 0,8 ‰		12,9		
	≥ 0,8 ‰		179		
Alcohol + cannabis	> 0,5 ‰		4,6 (a)		
	> 0,8 ‰	80,5			
Alcohol + cocaïne	> 0,8 ‰	170,5			
Cannabis		4,6			
	alleen	2,2	2,5 (a)	1,5	2,2
Cocaïne		12,2			3,4
	alleen	4,9			
Benzodiazepines		4,2			
	alleen	2,5	1,7	3	17
Opiaten		2,1			
	alleen			11,5	13,8
Codeïne alleen			3		
Morfine			8,2		
Morfine/heroïne alleen			32,4		
Amfetamines		12,8			

Barbituraten	0,9				
Fencyclidine	28,4				

vetgedrukt: statistisch significant / (*): alleen deze stof aanwezig, geen combinaties

(**): verhouding van de percentages van voorkomen in gekwetste/overleden bestuurders tot de percentages van voorkomen in de controlegroep

(a): patiënten < 27 jaar

Bijlage 32

Tabel 24: Odds ratio's geassocieerd met verantwoordelijkheid voor een verkeersongeval wanneer men rijdt onder invloed van alcohol en/of drugs in Australië, Canada, Frankrijk en de Verenigde Staten

Land	Australië (168,169)		Canada (120)	Frankrijk (150)	Verenigde Staten (134,170)	
	1990-1999	1995-1996	1999-2001	2001-2003	1995-1996	1997-2001
Jaar	3 398	2 500	482	10 748	414	6 518
Staal	bloed	bloed	bloed en urine	bloed	urine	urine
Bestuurders	overleden	gekwetst	overleden	betrokken bij dodelijk ongeval	gekwetst	gekwetst
Drugs	1,8				1,2	
Alcohol	gedetecteerd	8 (*)		8,5 (b)		7,5
	0,2 ‰ - 0,5 ‰		0,2	2,7 (b)		
	0,5 ‰ - 0,8 ‰		1,6	6,3 (b)		
	> 0,2 ‰		2,3			
	> 0,4 ‰				3,2 (*)	
	> 0,5 ‰	6				
	> 0,8 ‰		8,1			
	> 2,0 ‰			39,6 (b)		
Alcohol + drugs	> 0,4 ‰				3,5	
Alcohol + cannabis	gedetecteerd	5,4		14 (b)		
Alcohol + benzodiazepines	gedetecteerd	13				
	> 0,8 ‰		∞			
Alcohol + cocaïne	> 0,8 ‰		∞			
Cannabis	gedetecteerd		2,3			
	THC < 1 ng/ml			1,6 (b)		
	THC: 1 ng/ml – 2 ng/ml			1,5 (b)		
	THC: 3 ng/ml – 4 ng/ml			2,1 (b)		
	THC ≥ 5 ng/ml	6,6		2,1 (b)		
	alleen	2,7	0,8	1,2	1,1	1,2
Benzodiazepines			5,8			
	alleen	1,3	2	3,6		
Cocaïne	> 50 ng/ml			4,2 (b)		
	alleen		∞			2,3
Opiaten	alleen	1,4				
Amfetamines	> 50 ng/ml			2 (b)		
Stimulantia		2,3 (a)				

Bijlage 33

Tabel 25: Voorkomen van drugs, geneesmiddelen en alcohol bij bestuurders die verdacht worden van rijden onder invloed van drugs in Australië, België, Denemarken en Duitsland

Land	Australië (172)	België (173)	Denemarken (174)	Duitsland (175-177)		
Jaar	2000-2003	2000-2001	1995	1994-1995	1995	2001
Verdenking	drugs	drugs	drugs	drugs	drugs	drugs
Aantal	311	896 (illeg. drugs) 128 (med. drugs) 123 (alc.)	221	683	131	168 (alc.) 131 (drugs)
Staal	bloed	plasma	bloed en urine	bloed	bloed	bloed (alc.) serum(drugs)
Opmerking	positieve testbatterij	positieve testbatterij en urinetest med. drugs / alc. enkel bij vals pos. getest		Noordrijn-Westfalen	Zuidbaden	Saarland
Alcohol gedetecteerd		37,00%		7,91%(*)	22,14%(*)	
> 0,5 ‰		26,00%				13,10%
Drugs	99,00%		85,97%	83,46%	74,05%	
illegaal		85,16%				
Drugs + alcohol gedetecteerd				30,40%	45,90%	
Amfetamine	21,00%	54,20%	9,50%	10,50%	5,20%	27,48%
Cocaïne	0,32%	18,70%	6,33%	26,50%	15,50%	16,03%
Cannabis	29,00%	54,60%	17,19%	69,30%	41,20%	80,92%
Benzodiazepines	63,00%	11,72%	53,39%	26,10%	38,10%	
Opiaten	38,00%	1,40%		38,40%	38,10%	19,08%
morfine			26,70%			
Methadon		3,91%	13,12%		2,10%	
Barbituraten					4,10%	
Antidepressiva		3,91%			4,10%	
LSD					7,20%	
Kavaïne	0,32%					
Andere				0,70%	10,30%	

(*): enkel deze stof aanwezig, geen combinaties

Bijlage 34

Tabel 26: Voorkomen van drugs, geneesmiddelen en alcohol bij bestuurders die verdacht worden van rijden onder invloed van drugs in Engeland, Finland, Frankrijk, en IJsland.

Land	Engeland (178)	Finland (179)	Frankrijk (151)	IJsland (180,181)	
Jaar	1995	1998	1998	1990-1997	2000-2002
Verdenking	drugs	drugs	drugs	drugs	drugs
Aantal	1 312	1 323	94	n.g.	162
Staal	bloed	bloed	bloed	n.g.	bloed en/of urine
Opmerking	niet bevestigd (te kleine staalvolumes)		betrokken bij zwaar of dodelijk ongeval		
Alcohol	gedetecteerd				11,70%
Drugs	89,00%	84,00%	56,40%		56,10%
	illegaal	57,00%			
Amfetamine	24,00%		4,26%	22,70%	24,70%
MDMA	10,00%				
Cocaïne	13,00%		2,13%	1,60%	2,50%
Cannabis	59,00%		34,04%	27,90%	38,90%
Benzodiazepines	49,00%	64,00%		32,40%	43,20%
Opiaten	24,00%		15,96%	6,50%	16,00%
Methadon	19,00%				
Barbituraten	<10%				
Antidepressiva				3,20%	5,60%
Neuroleptica					3,70%
Zopiclone	<10%				
Vluchtige substanties	<10%				
Andere	<10%				9,90%

n.g.: niet gekend

Bijlage 35

Tabel 27: Voorkomen van alcohol, geneesmiddelen en drugs bij bestuurders die verdacht worden van rijden onder invloed in Nederland (1998-1999) en van rijden onder invloed van drugs in Luxemburg, Nederland (1995-1998), Noorwegen en Oostenrijk

Land	Luxemburg (182)	Nederland (166,183)		Noorwegen (184,185)		Oostenrijk (186)
Jaar	1999-2002	1995-1998	1998-1999	1995	1998	1993-1996
Verdenking	drugs	drugs	drugs of alcohol	Drugs	drugs	drugs
Aantal	481	1 665	993 (drugs) 962 (alc.)	3 159	4 417	195
Staal	bloed	bloed of urine	bloed	Bloed	bloed	urine
Opmerking	betrokken bij verkeersongeval		betrokken bij ongeval			negatief voor alcohol
Alcohol gedetecteerd	39,10%					
>0,5 ‰			83,37%			
Drugs			33,94%	66,92%	66,81%	
Drugs + alcohol > 0,5 ‰			25,70%			
Amfetamine	3,10%	14,41%	3,12%	29,66%	29,32%	1,03%
MDMA		5,23%				
Cocaïne	10,80%	32,67%	6,55%			24,62%
Cannabis	39,90%	21,80%	16,92%	31,50%	31,42%	69,23%
Benzodiazepines	26,20%	32,55%	10,27%			1,54%
diazepam				22,54%	20,26%	
flunitrazepam				8,58%	11,89%	
oxazepam				3,32%		
clonazepam				2,88%		
Opiaten		18,80%	4,23%			
morfine				8,26%	10,71%	46,15%
6-acetylmorfine*	21,60%			5,44%	7,24%	
codeïne				3,58%		
Methadon	14,10%	10,39%	0,40%			14,36%
Barbituraten		0,90%	0,60%			1,03%
Tricyclische antidepressiva		1,62%	0,20%			
Mandrax (methaqualone)						1,03%
Andere		14,47%				

*: gebruik van heroïne werd nagegaan door de aanwezigheid van 6-acetylmorfine

Bijlage 36

Tabel 28: Voorkomen van alcohol, drugs en geneesmiddelen bij bestuurders die verdacht worden van rijden onder invloed in Schotland en van rijden onder invloed van drugs in Slovenië, Zweden en Zwitserland

Land	Schotland (187,188)		Slovenië (189)	Zweden (190,191)		Zwitserland (192,193)	
	1995-1998	1999	1994-2001	1999	2001	1995-1999	2002-2003
Verdenking	drugs of alcohol		drugs	drugs	drugs	drugs	drugs
Aantal	640	156	3 602	n.g.	4 648	311	440
Staal	bloed	bloed	bloed of urine	bloed	bloed	urine	bloed
Alcohol gedetecteerd > 0,1 ‰	16,25% (*)	6,41% (*)			12% (*)	60,45%	46,14%
Drugs	58,91% (*)	80,77%	55,00%	91,00%	82,00%		89,09%
Drugs + alcohol gedetecteerd	9,50%	2,60%					
Amfetamine	0,47%	0,64%	5,12%	43%(a)/63%(b)	56,00%	8,36%	3,64%
MDMA		1,92%		1,00%			6,36%
Methamfetamine				2,00%			
Cocaïne		3,21%	4,40%	1,00%		19,61%	12,50%
Cannabis	26,56%	3,85%	35,70%	21%(a)/30%(b)	25,45%	53,70%	59,32%
Benzodiazepines	56,09%		8,20%		37,97%	31,19%	12,95%
diazepam		66,67%		23%(a)/17%(b)			2,27%
flunitrazepam				19%(a)/7%(b)			
desmethyldiazepam		65,38%					5,45%
chlordiazepoxide		1,92%					
temazepam		46,79%					
midazolam							4,77%
oxazepam							2,27%
lorazepam							1,36%
Opiaten			15,13%		16,18%	27,01%	9,09%
morfine	15,16%	20,51%		12%(a)/10%(b)			7,27%
dihydrocodeïne	4,06%	1,92%					
codeïne							4,77%
Methadon	5,47%	5,13%	12,76%	14,36%		21,54%	7,05%
Barbituraten			1,03%	1,03%		5,47%	
GHB		0,64%		2,00%			
Fenmetrazine				3,00%			
Fenytoïne		0,64%					

Zopiclone					1,29%		
Zolpidem					1,61%		1,14%
Andere	7,34%		3,36%				< 2%

(*): enkel deze stof aanwezig, geen combinaties / n.g.: niet gekend

(a): vóór herzien wetgeving: januari tot juni 1999 / (b): na herzien wetgeving: juli tot december 1999

Bijlage 37

Tabel 29: Aanwezigheid van drugs en/of alcohol bij personen die verdacht worden van rijden onder invloed van alcohol in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk

Land	Duitsland (194-196)			Schotland (197)
Jaar	1997	2000-2001	2002	1996-2000
Aantal	1000	673	1 199	102
Staal	bloed	serum	serum	biologische stalen
Opmerking	Mecklenburg/ West-Pomerania	jonge bestuurders betrokken bij verkeersongeval	Hannover, Göttingen, Maagdeburg, Halle en Leipzig	
Alcohol	gedetecteerd	89,4% (*)		
Drugs		0,90% (*)	7,76%	33%
Alcohol + drugs	gedetecteerd	9,70%		
Combinatie van drugs				8,82%
Amfetamine		10,20%	1,25%	
Cannabis	6,90%	23%	5,25%	25%
Benzodiazepines	3,40%		1,67%	
Cocaïne	0,30%	4,60%	0,00%	
Opiaten	0,10%			
	morfine		0,17%	
Barbituraten	0,30%			

(*): alleen deze stof aanwezig, geen combinaties

Bijlage 38

Tabel 30: Resultaten van farmaco-epidemiologische studies in Canada, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk

Land	Geneesmiddel	Doelgroep	Controle	Risicoparameter	Resultaten
Canada (198)	benzodiazepines: - anxiolytisch (oxazepam, lorazepam en diazepam) - hypnotisch (triazolam en flurazepam) - andere kalmeermiddelen - anticonvulsiva - antidepressiva - antipsychotica	anxiolytisch: 147 726 volwassenen hypnotisch: 78 070 volwassenen inclusiecriteria: - > 20 jaar - eerste voorschrift (sinds 6 maanden) tussen 1979 en 1986)	97 862	OR voor hospitalisatie voor verwondingen ten gevolge van een verkeersongeval tijdens: (a) eerste 2 weken (b) eerste 4 weken na datum voorschrift	- benzodiazepines anxiolytisch: (a) 5,6* (b) 2,5* - benzodiazepines hypnotisch: (a) 6,5* (b) 3,9* - andere kalmeermiddelen: (a) 2,7* (b) 2,2* - anticonvulsiva: (a) 1,9 (b) 1,7 - antidepressiva: (a) 1,0 (b) 1,0 - antipsychotica: (a) 0,7 (b) 0,6 hoogste risico: jonge mannen (20-39 jaar)
Canada (199)	benzodiazepines: - triazolam - flurazepam - lorazepam - diazepam - oxazepam	225 796 nieuwe gebruikers: - eerste voorschrift tussen 1979 en 1986 - > 20 jaar 53 017 herhaalde gebruikers (3 voorschriften in 5 maand)	97 862 32 657	OR voor verwondingen ten gevolge van een verkeersongeval tijdens eerste 4 weken van de follow-up bij: (a) personen < 60 jaar (b) personen ≥ 60 jaar (c) alle personen	nieuwe gebruikers: - benzodiazepines: 3,4* - triazolam: (a) 3,5* (b) 2,9 (c) 3,2* - flurazepam: (a) 6,1* (b) 3,4 (c) 5,1* - lorazepam: (a) 2,2 (b) 3,5 (c) 2,4* - diazepam: (a) 3,0* (b) 3,4* (c) 3,1* - oxazepam: (a) 1,3 (b) / (c) 1,0 herhaalde gebruikers: - benzodiazepines: 1,4 nieuwe of herhaalde gebruiker: - benzodiazepines: (a) 3,2* (b) 2,8* (c) 3,1*
Canada	benzodiazepines:	5579 bestuurders	18 490	OR (aangepast voor leeftijd,	lange halfwaardetijd:

(Québec) (200)	<ul style="list-style-type: none"> - lange halfwaardetijd (clonazepam, diazepam, clorazepaat, chlodiazepoxide, flurazepam en nitrazepam) - korte halfwaardetijd (alprazolam, bromazepam, lorazepam, oxazepam, temazepam en triazolam) 	<p>opgevolgd van 1990 tot 1993</p> <p>Inclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - op juni 1990 tussen 67 en 84 jaar oud - rijbewijs in bezit 	<p>personen : daaruit per persoon uit doelgroep p 10 controles geselecteerd</p>	<p>geslacht,...) om als bestuurder betrokken te zijn bij een verkeersongeval waarbij minimum 1 persoon gekwetst raakt:</p> <p>(a) 1 tot 7 dagen (b) 8 tot 30 dagen (c) 31 tot 60 dagen (d) 61 tot 365 dagen</p> <p>na het begin van de behandeling</p>	<p>(a) 1,45* (b) 1,16 (c) 1,22 (d) 1,26*</p> <p>korte halfwaardetijd: (a) 1,04 (b) 1,06 (c) 0,99 (d) 0,91</p>
Verenigde Staten (Alabama) (201)	<ul style="list-style-type: none"> - NSAID - ACE inhibitor - anticoagulantia - benzodiazepines - antidepressiva 	<p>560 bestuurders:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 65 jaar - betrokken bij ten minste 1 verkeersongeval tussen 1 januari en 31 december 1996 	454	OR voor verantwoordelijkheid voor een verkeersongeval	<ul style="list-style-type: none"> - NSAID: 1,7 - ACE inhibitor: 1,6 - anticoagulantia: 2,6 - benzodiazepines: 5,2 - antidepressiva: 0,8
Verenigd Koninkrijk (202)	<p>benzodiazepines (inclusief zopiclon):</p> <ul style="list-style-type: none"> - anxiolytisch - hypnotisch <p>tricyclische antidepressiva (TCA)</p> <p>selectieve serotonine-reuptake inhibitoren (SSRI)</p>	<p>1 731 bestuurders:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 18 jaar - eerste verkeersongeval tussen 1 augustus 1992 en 30 juni 1995 - psychoactieve drugs gebruikt tussen 1 augustus 1992 en datum van ongeval 	case-crossover studie	OR voor een verkeersongeval bij:	<p>benzodiazepines:</p> <ul style="list-style-type: none"> - risico ↓ als leeftijd ↑ - algemeen: (a) 1,27 (b) 1,68* (c) 2,67* - anxiolytisch: (a) 0,79 (b) 2,65* (c) / - hypnotisch: (a) 1,26 (b) 0,89 (c) 1,84 <p>TCA: (a) 0,90 (b) 0,90 (c) 1,39</p> <p>SSRI: (a) 0,80 (b) 1,37 (c) /</p>

*: statistisch significant

Bijlage 39

Tabel 31: Resultaten van enquêtes die uitgevoerd werden bij de algemeen rijdende bevolking in Australië, Canada, Denemarken, Spanje, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk

Land	Jaar	Doelgroep	N	Resultaten
Australië (207)	2001	algemene bevolking	27000	Voorgaande 12 maanden een voertuig bestuurd onder invloed van illegale drugs: 3,9%
Australië (208)	2004	algemene bevolking	30000	Voorgaande 12 maanden een voertuig bestuurd onder invloed van illegale drugs: 3,3%
Canada (Ontario) (209)	1996-1997	bestuurders	4735	Voorgaande 12 maanden een voertuig bestuurd onder invloed van cannabis: 1,9%
Canada (Ontario) (210)	2002	bestuurders	2129	Voorgaande 12 maanden een voertuig bestuurd onder invloed van cannabis: 2,9%
Canada (211)	2002	bestuurders (interview via telefoon)	1214	Gedurende 12 maanden voor enquête: <ul style="list-style-type: none"> - voertuig bestuurd binnen twee uur na inname een of andere drug: 17,7% - voertuig bestuurd binnen twee uur na inname voorgeschreven geneesmiddel: 2,2% - voertuig bestuurd binnen twee uur na inname cannabis: 1,5% - voertuig bestuurd binnen twee uur na inname andere illegale drug: 0,9%
Denemarken (121)	2000	bestuurders (roadside survey)	636 320 344 361 376	<ul style="list-style-type: none"> - psychoactief geneesmiddel of drug gebruikt binnen 24 uur vooraleer gestopt: 3% - cannabis gebruikt binnen 24 uur vooraleer gestopt: 0,2% - ooit een voertuig bestuurd onder invloed van een illegale drug: 2,8% - ooit een voertuig bestuurd een paar uur na inname van illegale drugs en alcohol: 4% - ooit een voertuig bestuurd een paar uur na inname psychoactief geneesmiddel en alcohol: 8,5% - ooit een voertuig bestuurd onder invloed van alcohol boven de legale limiet (0,5 ‰): 24,5%
Spanje (212)	1999	bestuurders (interview in medische testcentra voor rijvaardigheid)	8043	<ul style="list-style-type: none"> - Problemen met illegale drugs (misbruik, afhankelijk): 0,3% (62,5% hiervan bestuurt dagelijks een voertuig; 12,5% gemiddeld 1 à 2 keer per week; 8,3% occasioneel en 16,7% bestuurde het laatste jaar nooit een voertuig) - Problemen met illegale drug en met alcohol: 0,15%

Verenigde Staten (213)	1996	bestuurders	166 miljoen	Gedurende 12 maanden voor enquête een voertuig bestuurd binnen 2 uur na gebruik van: <ul style="list-style-type: none"> - drugs en/of alcohol: 28% - alleen alcohol: 23% - alleen drugs: 1% - drugs en alcohol: 4% - alcohol: 27% - cannabis: 3,7% - cocaïne: 1%
Verenigde Staten ¹	2004	algemene bevolking	240 miljoen	Gedurende 12 maanden voor enquête een voertuig bestuurd onder invloed van: <ul style="list-style-type: none"> - illegale drugs: 4,4% - alcohol: 13,5%
Verenigd Koninkrijk (Schotland) (204)	2000	bestuurders (interview aan tolbruggen): 17-39 jaar	273	Ooit een voertuig bestuurd binnen 12 uur (geldt niet voor alcohol) na gebruik van: <ul style="list-style-type: none"> - cannabis: 15 % - alcohol: 64% - ecstasy: 4% - amfetamines: 4% - cocaïne: 3% - crack: 1% - LSD/heroïne: 1%
		bestuurders (interview aan tolbruggen): > 40 jaar	264	Ooit een voertuig bestuurd binnen 12 uur (geldt niet voor alcohol) na gebruik van: <ul style="list-style-type: none"> - cannabis: 3 % - alcohol: 65% - ecstasy: 0% - amfetamines: 0% - cocaïne: 1% - crack: 0% - LSD/heroïne: 0%

¹ Data van de 2004 National Survey on Drug Use and Health, zie <http://www.drugabusestatistics.samhsa.gov/nsduh/2k4nsduh/2k4Results/2k4Results.htm#2.15>

Bijlage 40

Tabel 32: Resultaten van enquêtes die uitgevoerd werden bij jongeren in Australië, Canada en het Verenigd koninkrijk

Land	Jaar	Doelgroep	N	Resultaten
Australië (214)	1995	personen die voorgaande 6 maanden een 'rave' bijwoonden in Perth	66 30	Op weg naar de 'rave' was de bestuurder van het voertuig: <ul style="list-style-type: none"> - volkomen nuchter: 45% - 'ok', maar had hij drugs gebruikt: 30% - onder invloed van drugs: 12% Op weg naar huis na de 'rave' was de toestand van de bestuurder van het voertuig: <ul style="list-style-type: none"> - geen drugs gebruikt: 13% (bestuurder was familielid of buschauffeur) - een tijdje geleden drugs gebruikt, maar effect was uitgewerkt: 57% - onder invloed van drugs of enorm vermoeid (viel in slaap achter stuur): 30%
Australië (215)	2002	bestuurders 18-24 jaar	1184	Een voertuig bestuurd onder invloed van recreatieve drugs: 15%
Australië (216)	2005	universiteitsstudenten	275	Rijden onder invloed van: <ul style="list-style-type: none"> - drugs: 25% - alcohol: 14% - alcohol en drugs: 8%
Canada (Ontario) (217)	2001	studenten met rijbewijs	1846	Gedurende 12 maanden voor enquête: <ul style="list-style-type: none"> - voertuig bestuurd binnen uur na consumptie 2 of meer alcoholische eenheden: 15,1% - voertuig bestuurd binnen uur na gebruik van cannabis: 19,7%
Canada (163)	2002-2003	studenten (iets meer dan de helft bezit rijbewijs)	6087	Gedurende 12 maanden voor enquête voertuig bestuurd onder invloed van: <ul style="list-style-type: none"> - cannabis: 15,1% - alcohol: 11,7%
Verenigde Staten ¹	2004	personen van 18 tot 25 jaar	32 miljoen	Gedurende 12 maanden voor enquête voertuig bestuurd onder invloed van: <ul style="list-style-type: none"> - illegale drugs: 13,3% - alcohol: 25%
Verenigd Koninkrijk (Schotland) (204)	2000	bezoekers van dans- en nachtclubs met rijbewijs	58	Ooit een voertuig bestuurd binnen 12 uur (geldt niet voor alcohol) na gebruik van: <ul style="list-style-type: none"> - cannabis: 59 % - alcohol: 69% - ecstasy: 36% - amfetamines: 28% - cocaïne: 26% - crack: 5%

¹ Data van de 2004 National Survey on Drug Use and Health, zie <http://www.drugabusestatistics.samhsa.gov/nsduh/2k4nsduh/2k4Results/2k4Results.htm#2.15>

				- LSD/heroïne: 3%
Verenigd Koninkrijk (218)	2005	universiteitsstudenten (87% zijn bestuurder)	46	Ooit een voertuig bestuurd onder invloed van: <ul style="list-style-type: none"> - cannabis: 40% - alcohol: 7,5% Probeert effect van cannabis en/of alcohol voor het besturen van een voertuig te neutraliseren door koffie te drinken, te eten: 12,9%

Bijlage 41

Tabel 33: Resultaten van enquêtes die uitgevoerd werden bij druggebruikers in Australië, Canada, Duitsland, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk

			een voertuig bestuurd)	<ul style="list-style-type: none"> - alcohol: (drie alcoholische eenheden: 27% - andere opiaten: 32% - cocaïne: 33% - benzodiazepines: 25% <p>De laatste 12 maanden betrokken in een verkeersongeval terwijl onder invloed van drugs: 9%</p>
Australië (Sydney/ Newcastle) (164)	2004-2005	recente cannabisgebruikers	320	<p>Voorgaande 12 maanden een voertuig bestuurd binnen uur na gebruik van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cannabis alleen: 78% - cannabis + alcohol: 29% - cannabis + andere drug: 30%
Canada (Ontario) (209)	1996-1997	cannabisgebruikers in bezit van rijbewijs	368	<p>Voorgaande 12 maanden voertuig bestuurd onder invloed van cannabis: 23%</p>
Duitsland (203)	2001	jonge druggebruikers (interview aan nachtcafés, discotheken)	225	<ul style="list-style-type: none"> - regelmatig voertuig besturen onder invloed van drugs: 94% - regelmatig voertuig besturen onder invloed van ecstasy: 83% - regelmatig voertuig besturen onder invloed van cannabis: 67% - rijden onder invloed van alcohol en drugs bevestigd: 92% - ooit verkeersongeval gehad onder invloed van drugs: 14%
Verenigde Staten (222)	1998	volwassen cannabisgebruikers met rijbewijs	82 101	<ul style="list-style-type: none"> - gedurende laatste jaar voertuig bestuurd onder invloed van alcohol of illegale drugs: 22% - ooit gearresteerd voor rijden onder invloed: 3%
Verenigd Koninkrijk (223)	2000	druggebruikers die laatste 12 maanden een voertuig bestuurden	71	<p>Laatste jaar/ laatste maand voertuig bestuurd onmiddellijk na gebruik van</p> <ul style="list-style-type: none"> - alcohol: 85,9% / 78,9% - illegale drugs: 81,7% / - - cannabis: 80,3% / 76,1% - heroïne: 59,2% / 57,7% - stimulantia: 50% / 29,6% - methadon: 49,3% / 42,3% <p>Minstens 1 verkeersongeval gehad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - als bestuurder: 41,4% - als bestuurder na recent druggebruik: 21,1%
Verenigd Koninkrijk (Schotland)	2000	bestuurders die recreatieve drugs gebruiken (interview)	61	<p>Ooit een voertuig bestuurd kort na gebruik van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een illegale drug: 85,2% - cannabis: 72,1%

(204)		via telefoon)		<ul style="list-style-type: none"> - alcohol (over wettelijke limiet): 41% - ecstasy: 42,6% - amfetamine: 24,6% - cocaïne: 11,5% - LSD: 8,2%
Verenigd Koninkrijk (218)	2005	regelmatige cannabisgebruikers (96,8% zijn bestuurder)	63	<p>Ooit een voertuig bestuurd onder invloed van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cannabis: 82% - alcohol (meer dan 4 eenheden): 23% <p>Probeer effect van cannabis en/of alcohol voor het besturen van een voertuig te neutraliseren door koffie te drinken, te eten: 27,6%</p>

Bijlage 42

Vragenlijst opgestuurd via de federale politie naar de verbindingsofficieren van Frankrijk, Duitsland, Finland, Noorwegen, Groot-Brittannië en Zweden.

1. Welke procedure wordt gevolgd voor het aanpakken van het probleem van bestuurders die rijden onder invloed van drugs? Wie bepaalt de procedure?
2. Bestaan er vereisten waaraan de politieambtenaar die vaststellingen inzake drugsgebruik door een bestuurder doet moet voldoen? (vb. bijzondere opleiding, behoren tot bijzondere eenheid,)
3. Bestaan er beperkende of uitsluitende voorwaarden voor het uitvoeren van een onderzoek naar druggebruik door een bestuurder? (vb. enkel bij bepaalde soorten ongevallen, enkel wanneer er vermoedens van druggebruik bestaan)
4. Welk testen worden gebruikt (vb: testbatterij, zweetest, urinetest, speekseltest, bloedtest...) en wie is bevoegd deze op te leggen of af te nemen (politieagent, verpleger, dokter,...)?
5. Zijn er ervaringen met het gebruik van speekseltesten?
Indien ja, welke resultaten werden hiermee bekomen (betrouwbaarheid, duur van een test,...)?
6. Indien een testbatterij bestaat (een uitwendig onderzoek naar de mogelijke invloed van drugs op het gedrag door het opleggen van een aantal behendigheds- of aandachtsproeven), wordt deze als nuttig en, of betrouwbaar geacht?
Indien een standaard invulformulier bestaat, kunnen we daar dan een kopij van bekomen?
7. Hoeveel tijd wordt gemiddeld besteed aan de vaststellingen inzake rijden onder invloed van drugs (vaststellingen langs de weg, afnemen van een specimen, opstellen van het proces-verbaal, ...)?
8. Wordt de tijd nodig om de vaststellingen te doen door de politie als aanvaardbaar of te lang beschouwd?
9. Wordt een onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten bestuurders (Voorbeeld aparte regeling voor vrachtwagenbestuurders, beginnende bestuurders, beroepschauffeurs, ...)?
Indien ja, welke zijn de verschillende bepalingen?
10. Werd er reeds een evaluatie gemaakt van de toestand inzake rijden onder invloed van drugs en zo ja, wat waren de bevindingen?
11. Bestaan er statistieken aangaande de controles inzake drugs in het verkeer? (vb: aantal afgenomen testen, aantal positieve testen, aantal positieven per soort drug, aantal veroordelingen, betrokkenheid bij verkeersongevallen...) Indien ja, kunnen we een kopij van deze statistieken bekomen (gegevens van na 1999 zijn voor het onderzoek interessant)?
12. Indien een bloedproef voorzien is, welke tubes voor de opvang van het bloed worden gebruikt en welk volume bloed wordt afgenomen?
13. Worden hogere of verschillende straffen toegepast naargelang er hogere concentraties drugs worden gemeten?
14. Wordt een hogere straf voorzien wanneer verschillende drugs werden gebruikt?
15. Zijn er bepalingen voorzien voor recidivisten?
16. Wanneer de vaststellende politieambtenaar een bestuurder verdenkt van het gebruik van drugs en een alcoholanalyse wijst uit dat de persoon reed onder invloed van alcohol, wordt er dan ook nog een drugtest opgelegd of wordt de vaststelling van het rijden onder invloed van alcohol voldoende geacht?
17. Wordt een onderscheid gemaakt tussen occasioneel en chronisch gebruik (voorbeeld: een chronisch gebruiker kan zijn rijbewijs enkel terug bekomen nadat hij een medisch bewijs kan voorleggen dat hij niet meer afhankelijk is)?
18. Hebben tegenstanders maatregelen getroffen zoals het verspreiden van informatie over de locatie van controleplaatsen en hoe men een test kan vervalsen, raadgevingen over hoe men zich moet gedragen bij een controle, ...?
19. Wat zijn de belangrijkste problemen bij de vigerende procedure voor rijden onder invloed van drugs?
20. Enkel voor Finland, Noorwegen en Zweden:
Bestaat de vigerende wetgeving in het Engels, Duits, Frans of Nederlands? Kan hiervan een kopij hiervan worden bezorgd?

1. Quelle est la procédure suivie pour aborder le problème des conducteurs conduisant sous l'influence de drogues ? Qui détermine cette procédure ?
2. Le fonctionnaire de police chargé des constats en matière de consommation de drogues chez les conducteurs doit-il satisfaire à certaines conditions (suivi d'une formation spécifique, appartenance à une unité spéciale...) ?
3. Le fait d'effectuer un test de drogue chez un conducteur est-il soumis à certaines restrictions ou exclusions (uniquement pour certains types d'accidents, uniquement en cas de présomption de consommation de drogue...) ?
4. Quels sont les tests utilisés (batterie de tests, test de transpiration, test d'urine, test de salive, test sanguin...) et quelles sont les personnes habilitées à imposer ou à faire passer ces tests (policier, infirmier, médecin...) ?
5. Des tests de salive ont-ils déjà été effectués ?
Si oui, quels en sont les résultats (fiabilité, durée d'un test...) ?
6. Au cas où il existerait une batterie de tests (étude de l'influence éventuelle des drogues sur le comportement via des tests de dextérité ou d'attention), celle-ci est-elle considérée comme utile et/ou fiable ?
Au cas où il existerait un formulaire standard, pouvons-nous en obtenir une copie ?
7. Quel est le temps consacré, en moyenne, aux constats en matière de conduite sous l'influence de drogues (constats le long des routes, prélèvement d'un spécimen, établissement du procès-verbal...) ?
8. La police considère-t-elle le temps nécessaire pour procéder aux constats comme acceptable ou trop long ?
9. Fait-on une distinction entre les différentes catégories de conducteurs (régime particulier pour les chauffeurs de camions, les conducteurs débutants, les chauffeurs professionnels...) ? Si oui, quelles sont les différentes dispositions en la matière ?
10. La situation en matière de conduite sous l'influence de drogues a-t-elle déjà fait l'objet d'une évaluation et, si oui, quelles en sont les conclusions ?
11. Existe-t-il des statistiques relatives aux contrôles en matière de drogues dans la circulation (nombre de tests effectués, nombre de tests positifs, nombre de personnes affichant un résultat positif par type de drogue, nombre de condamnations, implication dans des accidents de la route...) ? Si oui, pouvons-nous obtenir une copie de ces statistiques (les données ultérieures à 1999 sont intéressantes pour notre recherche) ?
12. En cas de prise de sang, quels sont les tubes utilisés pour récolter celui-ci et quel est le volume de sang prélevé ?
13. Des peines plus sévères ou différentes sont-elles appliquées en fonction du taux de concentration de drogue mesuré ?
14. Une sanction plus sévère est-elle prévue en cas de consommation de plusieurs drogues ?
15. Des mesures particulières sont-elles prévues pour les récidivistes ?
16. Lorsque le policier chargé du constat soupçonne un conducteur d'avoir consommé de la drogue et que l'alcootest révèle qu'il conduisait sous l'influence de l'alcool, cette personne est-elle soumise à un test de drogue ou le constat de la conduite sous l'influence de l'alcool est-il considéré comme suffisant ?
17. Fait-on une distinction entre consommation occasionnelle et consommation chronique (exemple: un consommateur chronique ne peut récupérer son permis que sur présentation d'une attestation médicale prouvant qu'il n'est plus dépendant) ?
18. Les opposants aux contrôles drogue ont-ils pris des mesures comme la diffusion d'informations sur l'endroit des contrôles, la façon de falsifier un test, des conseils sur la façon de se comporter en cas de contrôle... ?
19. Quels sont les principaux problèmes que pose la procédure actuellement en vigueur en matière de conduite sous l'influence de drogues ?
20. Uniquement pour la Finlande, la Norvège et la Suède:
La législation en vigueur existe-t-elle en anglais, en allemand, en français ou en néerlandais ?
Est-il possible d'en obtenir une copie ?

1. Which procedure is followed to deal with the problem of driving under the influence of drugs?
Who decides on the procedure?
2. Are there any rules that a police officer should follow when establishing drug use by a driver?
(e.g. special training, being member of a special unit...)
3. Are there any limitative or exclusive conditions to conduct research on drug use by a driver?
(e.g. only for certain types of accidents, only when there are presumptions of drug use)
4. Which tests are used (e.g. test battery, sweat test, urine test, saliva test, blood test...) and who
is competent to impose or to conduct them (police officer, nurse, doctor...)?
5. Do you have experience with the use of saliva tests?
If yes, which are the results of the tests (reliability, duration of a test...)?
6. If a test battery (an external test to retrieve the possible influence of drugs on the behaviour by
means of a certain number of agility and attention tests) exists, is it considered useful and/or
reliable?
If there is a standard questionnaire, could you send us a copy of it?
7. How much time do you generally take out in order to establish driving under the influence of
drugs (roadside observations, take a specimen, draw up the police report...)?
8. Do the police consider that the time needed to establish the driving under the influence of
drugs is normal or do they think that it takes too much time to establish these facts?
9. Is a distinction made between the different kinds of drivers (E.g. special provisions for truck
drivers, beginning drivers, professional drivers...)? If yes, which are the different provisions?
10. Has there been an evaluation of the situation with regard to driving under the influence of
drugs and if yes, which were the conclusions?
11. Are there any statistics on the controls on driving under the influence of drugs? (e.g.: number
of conducted tests, number of positive tests, number of positive tests for each type of drug,
accident involvement...). If yes, could we receive a copy of these statistics (especially the data
after 1999 are interesting for our research)?
12. If there is a blood test, which tubes are used to conserve the blood and how much blood is
drawn off?
13. Are other or more severe punishments applied if higher drug concentrations are measured?
14. Is there a higher punishment if different drugs have been used?
15. Are there special measures for repeated offenders?
16. Is a drug test conducted as well if the police officer who establishes the facts suspects the
driver of drug use and if an alcohol analysis has proven that the person has been drink driving,
or does the conclusion that the person has been drink driving suffice?
17. Is a distinction made between occasional and chronic drug use (e.g.: a chronic user can only
get his driving licence back if he can show a medical certificate stating that he is not dependent
anymore)?
18. Have the opponents of drug controls taken measures, such as the spreading of information
about the control places and how a test can be falsified, advice on how to behave during a
control...?
19. Which are the main problems with the current procedure for driving under the influence of
drugs?
20. Only for Finland, Norway and Sweden:
Does the current legislation exist in English, German, French or Dutch? Could you send us a
copy of it?

Bijlage 43

Frankrijk: gebruikte formulieren voor de procedure drugs in het verkeer (formulieren D – E – F).

ANNEXE

PROCÉDURE	
NOM de l'officier ou de l'agent de police judiciaire : _____	FICHE "D"* VÉRIFICATIONS CONCERNANT LES STUPÉFIANTS RÉSULTATS DES ÉPREUVES DE DÉPISTAGE <i>Références</i> <i>Article L. 235-1 du Code de la Route</i>
Prénoms _____	
N° de la procédure _____	
Signature : _____	

PERSONNE CONCERNÉE	
NOM _____	Profession _____
Prénoms _____	Date de naissance _____
Adresse _____	Lieu de naissance _____
_____	Code département de naissance _____
_____	Nationalité _____
Code département _____	Sexe <input type="checkbox"/>

DÉPISTAGE DE STUPEFIANTS	
MÉDECIN EXAMINATEUR	
NOM _____	Signature _____
Prénoms _____	
Adresse _____	

LIEU du dépistage _____	
Date _____	Heure _____
Dépistage urinaire : <input type="checkbox"/> non effectué <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Impossible _____ _____ _____	Dépistage urinaire : <input type="checkbox"/> effectué <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> Δ 9 tétrahydrocannabinol <input type="checkbox"/> Amphétamines <input type="checkbox"/> Opiacés <input type="checkbox"/> Cocaine

PRELEVEMENT SANGUIN EN PRESENCE DE L'AUTORITE REQUERANTE	
MÉDECIN EXAMINATEUR	
NOM _____	Signature _____
Prénoms _____	
Adresse _____	

LIEU du prélèvement _____	
Volume de sang prélevé _____	Date _____
	Heure _____

* Remplir cet imprimé au stylo bille pour une meilleure transcription.

Le 1^{er} feuillet est remis au conducteur ayant subi les épreuves de dépistage, les 2^e et 3^e feuillets sont destinés à la procédure judiciaire, le 4^e feuillet est destiné aux services de Police ou Gendarmerie et le 5^e feuillet à l'organisme d'étude.

MÉDECIN EXAMINATEUR	FICHE "E" *	PERSONNE CONCERNÉE
NOM _____	FICHE "E" * VÉRIFICATIONS CONCERNANT LES STUPÉFIANTS RÉSULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE ET MÉDICAL <i>Références</i> <i>Article L. 235-1 du Code de la Route</i>	NOM _____
Prénoms _____		Prénoms _____
Adresse _____		Date de naissance : _____
Signature : _____		

CETTE FICHE NE DOIT ÊTRE REMPLIE QUE LORSQUE LES ÉPREUVES DE DÉPISTAGE SE REVELENT POSITIVES OU SONT REFUSÉES

EXAMEN CLINIQUE		Date _____		Heure _____											
(N'a pu être effectué) Motif : _____															
ÉTAT DE CHOC Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Vin <input type="checkbox"/> 23 Cidre <input type="checkbox"/> 24 Bière <input type="checkbox"/> 25 Autres <input type="checkbox"/> 26	ÉVOLUTION AU COURS DE L'EXAMEN Se calme progressivement <input type="checkbox"/> 50 État constant <input type="checkbox"/> 51 Aggravation <input type="checkbox"/> 52	PUPILLES 9 mm O.D. <input type="checkbox"/> 79 ● O.G. <input type="checkbox"/> 80 8,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 81 ● O.G. <input type="checkbox"/> 82 8 mm O.D. <input type="checkbox"/> 83 ● O.G. <input type="checkbox"/> 84 7,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 85 ● O.G. <input type="checkbox"/> 86 7 mm O.D. <input type="checkbox"/> 87 ● O.G. <input type="checkbox"/> 88 6,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 89 ● O.G. <input type="checkbox"/> 90 6 mm O.D. <input type="checkbox"/> 91 ● O.G. <input type="checkbox"/> 92 5,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 93 ● O.G. <input type="checkbox"/> 94 5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 95 ● O.G. <input type="checkbox"/> 96 4,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 97 ● O.G. <input type="checkbox"/> 98 4 mm O.D. <input type="checkbox"/> 99 ● O.G. <input type="checkbox"/> 100 3,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 101 ● O.G. <input type="checkbox"/> 102 3 mm O.D. <input type="checkbox"/> 103 ● O.G. <input type="checkbox"/> 104 2,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 105 ● O.G. <input type="checkbox"/> 106 2 mm O.D. <input type="checkbox"/> 107 ● O.G. <input type="checkbox"/> 108 1,5 mm O.D. <input type="checkbox"/> 109 ● O.G. <input type="checkbox"/> 110 1 mm O.D. <input type="checkbox"/> 111 ● O.G. <input type="checkbox"/> 112	ANTÉCÉDENTS Néant <input type="checkbox"/> 5 Traumatisme crânien <input type="checkbox"/> 6 Épilepsie <input type="checkbox"/> 7 H.T.A. <input type="checkbox"/> 8 Diabète <input type="checkbox"/> 9 Troubles mentaux <input type="checkbox"/> 10 Gastrectomie <input type="checkbox"/> 11 Polyaccidente <input type="checkbox"/> 12	Stupéfiants illicites Absorption récente de stupéfiants d'après la personne concernée Oui <input type="checkbox"/> 27 Non <input type="checkbox"/> 28	ÉQUILIBRE DEBOUT Sûr <input type="checkbox"/> 53 Vacillant <input type="checkbox"/> 54 Impossible <input type="checkbox"/> 55	MARCHE TALONS POINTES Normale <input type="checkbox"/> 56 Légèrement titubante <input type="checkbox"/> 57 Nettement titubante <input type="checkbox"/> 58 Impossible <input type="checkbox"/> 59	TRÉMBLEMENTS EXTRÉMITÉS Oui <input type="checkbox"/> 73 Non <input type="checkbox"/> 74							
LÉSIONS Indemne Oui <input type="checkbox"/> 3 Non <input type="checkbox"/> 4	Stupéfiants licites Consommations habituelles Préciser les produits : _____	DOIGTS-NEZ Normal <input type="checkbox"/> 64 Hésitant <input type="checkbox"/> 65 Difficile <input type="checkbox"/> 66 Impossible <input type="checkbox"/> 67	REACTIVITÉ À LA LUMIÈRE / OBSCURITÉ Normales <input type="checkbox"/> 113 Pas de dilatation à l'obscurité <input type="checkbox"/> 114 Pas de contraction à la lumière <input type="checkbox"/> 115	TRAITEMENTS neuro-psychiques Oui <input type="checkbox"/> 13 Non <input type="checkbox"/> 14 Préciser : _____	HALÉINE Normale <input type="checkbox"/> 29 Alcoolisée <input type="checkbox"/> 30	NYSTAGMUS HORIZONTAL Aucun <input type="checkbox"/> 68 Spontané <input type="checkbox"/> 69 A 30° <input type="checkbox"/> 70 A 60° <input type="checkbox"/> 71 En regard latéral extrême <input type="checkbox"/> 72	PARAMÈTRES GÉNÉRAUX Poids : _____ Taille : _____ P.A. couché : _____ P.A. debout : _____ F.C. début examen : _____ F.C. fin examen : _____ Température : _____	ÉTAT PSYCHIQUE Normal <input type="checkbox"/> 37 Agressif <input type="checkbox"/> 38 Dépressif <input type="checkbox"/> 39 Anxieux <input type="checkbox"/> 40 Euphorique <input type="checkbox"/> 41	COMPORTEMENT GÉNÉRAL Normal <input type="checkbox"/> 31 Ralenté <input type="checkbox"/> 32 Somnolent <input type="checkbox"/> 33 Agité <input type="checkbox"/> 34 Délirant <input type="checkbox"/> 35 Inadapté <input type="checkbox"/> 36	LANGAGE Normal <input type="checkbox"/> 42 Bavard <input type="checkbox"/> 43 Pâteux <input type="checkbox"/> 44 Incohérent <input type="checkbox"/> 45 Mutisme <input type="checkbox"/> 46	CONJONCTIVES Normales <input type="checkbox"/> 75 Larmoyantes - Humides <input type="checkbox"/> 76 Injectées <input type="checkbox"/> 77 Pâles <input type="checkbox"/> 78	CONSOMMATIONS Alcool Absorption d'alcool dans les 3 dernières heures d'après la personne concernée Oui <input type="checkbox"/> 20 Non <input type="checkbox"/> 21 Boissons habituelles aux repas Eau <input type="checkbox"/> 22	ÉTAT PSYCHIQUE Normal <input type="checkbox"/> 37 Agressif <input type="checkbox"/> 38 Dépressif <input type="checkbox"/> 39 Anxieux <input type="checkbox"/> 40 Euphorique <input type="checkbox"/> 41	ORIENTATION TEMPORO-SPATIALE Normale <input type="checkbox"/> 47 Incertaine <input type="checkbox"/> 48 Incohérente <input type="checkbox"/> 49	OBSERVATIONS :

* Remplir cet imprimé au stylo bille pour une meilleure transcription.

Les 2 premiers feuillets sont destinés à la procédure judiciaire, le 3^e feuillet est destiné aux services de Police ou Gendarmerie, le 4^e feuillet à l'organisme d'étude.

PERSONNE CONCERNÉE		FICHE "F" *	
NOM : _____ Prénoms : _____ Date de naissance : _____		VÉRIFICATIONS CONCERNANT LES STUPÉFIANTS RÉSULTATS DES ANALYSES DE SANG <i>Références</i> <i>Article L. 235-1 du Code de la Route</i>	
ANALYSE DE SANG			
ANALYSE DE SANG : Flacon I (effectué conformément à la méthode prévue par les textes en vigueur)		ANALYSE DE SANG : Flacon II (1) (effectué conformément à la méthode prévue par les textes en vigueur)	
VOLUME RECUEILLI _____ (volume de l'échantillon utilisé)		VOLUME RECUEILLI _____ (volume de l'échantillon utilisé)	
Je soussigné, _____		Je soussigné, _____	
Adresse du praticien : _____		Adresse du praticien : _____	
certifie avoir reçu l'échantillon le _____		certifie avoir reçu l'échantillon le _____	
à _____ heures		à _____ heures	
État du scellé _____		État du scellé _____	
RECHERCHE ET DOSAGE DES STUPÉFIANTS Analyse : <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative Concentration : <input type="checkbox"/> Δ 9 tétrahydrocannabinol _____ ng/ml <input type="checkbox"/> Amphétamine _____ ng/ml <input type="checkbox"/> Opiacés _____ ng/ml <input type="checkbox"/> Cocaïne _____ ng/ml Observations : _____		RECHERCHE ET DOSAGE DES STUPÉFIANTS Analyse : <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative Concentration : <input type="checkbox"/> Δ 9 tétrahydrocannabinol _____ ng/ml <input type="checkbox"/> Amphétamines _____ ng/ml <input type="checkbox"/> Opiacés _____ ng/ml <input type="checkbox"/> Cocaïne _____ ng/ml Observations : _____	
Signature et cachet du praticien : _____		Signature et cachet du praticien : _____	
RECHERCHE DES MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS en cas d'analyse de stupéfiants positive			
Flacon I Analyse : <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative Nature des médicaments et/ou des métabolites : _____		Flacon II (1) Analyse : <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative Nature des médicaments et/ou des métabolites : _____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

(1) En cas de demande d'une analyse de contrôle.

* Remplir cet imprimé au stylo bille pour une meilleure transcription.

Les 2 premiers feuillets sont destinés à la procédure judiciaire, le 3^e feuillet est destiné aux services de Police ou Gendarmerie, le 4^e feuillet à l'organisme d'étude.

Bijlage 44

Finland: Antwoord van de Finse politie op de vragenlijst verstuurd via de verbindingsofficieren van de federale politie.

**1. Which procedure is followed to deal with the problem of driving under the influence of drugs?
Who decides on the procedure?**

Penal Code Chapter 23 - Traffic offences

Section 3 – Driving while intoxicated (1198/2002)

(1) A person who operates a motor-driven vehicle or a tram after having consumed alcohol so that his/her blood alcohol level is at least 0.5 per mill or his/her exhalation contains at least 0.22 milligrams of alcohol per one litre of air during or after the drive, shall be sentenced for driving while intoxicated to a fine or to imprisonment for at most six months.

59

(2) A person who operates a motor-driven vehicle or a tram after having consumed narcotics so that during or after said operation he/she has the active substance of the narcotic used or its metabolic product in his/her blood alcohol, shall also be sentenced for driving while intoxicated. The provision in this subsection does not apply if said substance or metabolic product is derived from a medical product that the operator has the right to use.

(1) A person who operates a motor-driven vehicle or a train after having consumed alcohol so that his/her blood alcohol level is at least 0.5 per mill or his/her exhalation contains at least 0.22 milligrams of alcohol per one litre of air during or after the drive shall also be sentenced for driving while intoxicated.

Section 4 – Driving while seriously intoxicated (1198/2002)

(1) If in the driving while intoxicated

(1) the blood alcohol level of the offender is at least 1.2 per mill or his/her exhalation contains at least 0.53 milligrams of alcohol per one litre of air; or

(2) the capacity of the offender to perform as required in the operation is significantly reduced, or

(3) the offender has used an intoxicant other than alcohol or such intoxicants and alcohol together, so that his/her ability to perform as required in the operation is significantly reduced, and the conditions are such that the offence is conducive to endangering the safety of others, the offender shall be sentenced for driving while seriously intoxicated to at least 60 day-fines or to imprisonment for at most two years.

Section 5 - Waterway traffic intoxication (1198/2002)

(1) A person who operates a vessel or performs a duty on a vessel essentially affecting the safety of its navigation,

(1) after having consumed alcohol so that during or after said operation his/her blood alcohol level is at least 1.0 per mill or his/her exhalation contains at least 0.44 milligrams of alcohol per one litre of air or his/her capacity to perform as required in said operation is reduced, or

(2) after having used intoxicants other than alcohol or such substances and alcohol together, so that so that his/her ability to perform as required in the operation is reduced, and the circumstances are such that the offence is conducive to endangering the safety of others, shall be sentenced for waterway traffic intoxication to a fine or to imprisonment for at most two years.

(3) However, no sentence shall be passed for waterway traffic intoxication when the person has operated a rowing boat, a yawl or a comparable vessel or when the duty referred to in subsection (1) has been performed aboard such a vessel.

Section 6 - Air traffic intoxication (1198/2002)

(1) A person who pilots an aircraft or performs a duty as a member of the crew or affecting the safety of air traffic after having consumed alcohol so that during or after said operation his/her blood alcohol level is at least 0.5 per mill or his/her exhalation contains at least 0.22 milligrams of alcohol per one litre of air or his/her capacity to perform as required in said

operation is reduced, shall be sentenced for air traffic intoxication to a fine or to imprisonment for at most two years.

(2) A person who pilots an aircraft or performs a duty as a member of the crew or affecting the safety or air traffic after having consumed narcotics so that he/she has the active substance of the narcotic used or its metabolic product in his/her blood alcohol during or after the performance, shall also be sentenced for air traffic intoxication. The provision in this subsection does not apply if said substance or metabolic product is derived from a medical product that the person performing the duty has the right to use.

(3) A person who performs the duties referred to in subsections 1 and 2 after having used an intoxicant other than alcohol or such an intoxicant and alcohol together, so that his/her ability to perform as required in the operation is reduced shall also be sentenced for air traffic intoxication.

Section 7 - Rail traffic intoxication (1198/2002)

(1) A person who drives a train or performs a duty essentially affecting railway traffic safety, after having consumed alcohol so that during or after said operation his/her blood alcohol level is at least 0.5 per mill or his/her exhalation contains at least 0.22 milligrams of alcohol per one litre of air or his/her capacity to perform as required in said operation is reduced, shall be sentenced for rail traffic intoxication to a fine or to imprisonment for at most two years.

(2) A person who drives a train or performs another duty essentially affected railway traffic after having consumed narcotics so that he/she has the active substance of the narcotic used or its metabolic product in his/her blood alcohol during or after the performance, shall also be sentenced for rail traffic intoxication. The provision in this subsection does not apply if said substance or metabolic product is derived from a medical product that the person performing the duty has the right to use.

(5) A person who performs the duties referred to in subsections 1 and 2 after having used an intoxicant other than alcohol or such an intoxicant and alcohol together, so that his/her ability to perform as required in the operation is reduced shall also be sentenced for rail traffic intoxication.

Section 8 - Relinquishing a vehicle to an intoxicated person (545/1999)

A person who relinquishes a motor-driven vehicle, tram, train, vessel or aircraft, as referred to in section 5, to the operation, steering or control of a person who is apparently in such a state that he/she is guilty of an offence mentioned in sections 3 - 7, shall be sentenced for relinquishing a vehicle to an intoxicated person to a fine or to imprisonment for at most one year.

Section 9 – Non-motor powered traffic intoxication (545/1999)

A road user who operates a non-motor powered vehicle under the influence of alcohol or other narcotic substances, thereby causing a hazard to others, shall be sentenced for non-motor powered traffic intoxication to a fine or to imprisonment for at most three months.

2. Are there any rules that a police officer should follow when establishing drug use by a driver? (e.g. special training, being member of a special unit...)

There is special training for all uniformed police working in traffic enforcement, a special observation sheet to estimate the behaviour of the driver and a saliva test.

3. Are there any limitative or exclusive conditions to conduct research on drug use by a driver? (e.g. only for certain types of accidents, only when there are presumptions of drug use)

NO

COERCIVE MEASURES ACT, **Section 3: Test to determine the consumption of alcohol or other intoxicants**

A police officer may order that the driver of a motor vehicle or another person acting in a capacity referred to in chapter 23 of the Penal Code shall submit to a test that is carried out in order to ascertain the possible consumption of alcohol or another intoxicant. A person, who refuses the test shall be obliged to submit to a bodily search referred to in chapter 5, section 9.

A customs and frontier guard officer as well as an official appointed by the National Board of Civil Aviation, the National Board of Navigation or the National Board of Railways to supervise traffic shall in the performance of his duties have the same competence as a police officer has in accordance with paragraph 1.

A test referred to above shall be carried out in a manner and with a method that does not cause unnecessary or unreasonable inconvenience to the person being tested.

The Ministry of the Interior shall issue supplementary regulations on the performance of the test.

Random tests can be made: *(Comment by ELO-FI, These supplementary regulations are not available in English)*

4. Which tests are used (e.g. test battery, sweat test, urine test, saliva test, blood test...) and who is competent to impose or to conduct them (police officer, nurse, doctor...)?

Saliva test (Drugwipe or Cozard rapiscan)

5. Do you have experience with the use of saliva tests?

If yes, which are the results of the tests (reliability, duration of a test...)?

Drugwipe 5 and Drugwipe bentsodiatzepines are very reliable on Amphetamines, Opiates, Cannabis and Bentzos (almost none positive results in Rosita 2 project)

6. If a test battery (an external test to retrieve the possible influence of drugs on the behaviour by means of a certain number of agility and attention tests) exists, is it considered useful and/or reliable? If there is a standard questionnaire, could you send us a copy of it?

In Finland we use a test battery (police observation sheet) that is modified from US and German models)

7. How much time do you generally take out in order to establish driving under the influence of drugs (roadside observations, take a specimen, draw up the police report...)?

From the roadside to the medical doctor, blood and urine samples and police report it takes from one hour (at least) to 3 hours depending on the case and the driver (80% of the drivers are normally guilty on several violations at the same time(=no driving licence, stolen car, other drug offences , illegal arms, exc.....)

8. Do the police consider that the time needed to establish the driving under the influence of drugs is normal or do they think that it takes too much time to establish these facts?

Drug control is wery useful because by that way we can solve many other crimes and "crimechains"

9. Is a distinction made between the different kinds of drivers (E.g. special

23/11/2006

provisions for truck drivers, beginning drivers, professional drivers...)? If yes, which are the different provisions?

NO

10. Has there been an evaluation of the situation with regard to driving under the influence of drugs and if yes, which were the conclusions?

From all drunken drivers in Finland every tenth is a drug case and in capital area it is over 20 % (spread of drugs, especially use of Amphetamine)

11. Are there any statistics on the controls on driving under the influence of drugs? (e.g.: number of conducted tests, number of positive tests, number of positive tests for each type of drug, accident involvement...). If yes, could we receive a copy of these statistics (especially the data after 1999 are interesting for our research)?

The statistics are available at the national health institute, address: pirjo.lillsunde@ktl.fi

12. If there is a blood test, which tubes are used to conserve the blood and how much blood is drawn off?

More details available from the a/m site (pirjo.lillsunde)

13. Are other or more severe punishments applied if higher drug concentrations are measured?

To degrees (=drunken driving and severe drunken driving)

14. Is there a higher punishment if different drugs have been used?

NO

15. Are there special measures for repeated offenders?

No, but medical control according to EU-directive concerning the driving licence

16. Is a drug test conducted as well if the police officer who establishes the facts suspects the driver of drug use and if an alcohol analysis has proven that the person has been drink driving, or does the conclusion that the person has been drink driving suffice?

Drugs and alcohol are equal if it is a question of drinking driving (0,5 o/00 limit for alcohol and zero limit for illicit drugs)

17. Is a distinction made between occasional and chronic drug use (e.g.: a chronic user can only get his driving licence back if he can show a medical certificate stating that he is not dependent anymore)?

Yes, but for recidivists (2 drunken driving offences in three years)

18. Have the opponents of drug controls taken measures, such as the spreading of information about the control places and how a test can be falsified, advice on how to behave during a control...?

No, because we do not use "moving laboratories"

19. Which are the main problems with the current procedure for driving under the influence of drugs?

The saliva test takes too much time (3-5 minutes) and is expensive (over 20 €), no real random testing is not possible.

20. Only for Finland, Norway and Sweden:

Does the current legislation exist in English, German, French or Dutch? Could you send us a copy of it?

23/11/2006

Contact pirjo.lillsunde, she has it in her prevention material

Bijlage 45

Noorwegen: Antwoord van de Noorse politie op de vragenlijst via de verbindingsofficieren van de federale politie.



POLITIET

POLITIDIREKTORATET

CONFIDENTIAL

Hoofinspecteur Patric Morsa
CGI - Dienst Relaties Internationale
Instellingen en Verbindingsofficieren
Square Victoria Regina 1
1210 Brussels
Belgium

Your reference

Our reference
2005/01429-3 321

Our date
22.06.2005

Driving under influence of drugs - study

Reference to your e-mail received of the 9. of June 2005, concerning questions about driving under influence of drugs.

Enclosed you will find the answers to the questionnaire following the e-mail.

Yours sincerely,

Jan M. Guttormsen
Assistant Chief of Police
Office: +47 23 36 41 84 / Handy: +47 95 19 78 00
jan.guttormsen@politiet.no

National Police Directorate

Postal address: Postboks 8051 Dep., 0031 Oslo, Norway
Street address: Henrik Ibsens gt. 10
Tel.: (+47) 23 36 41 00 Fax: (+47) 23 36 42 96
email: politidirektoratet@politiet.no

Org. no.: 982 531 950 mva
Bankgiro: 7694.05.02388

1. Which procedure is followed to deal with the problem of driving under the influence of drugs? I am not quite sure if I understood the question correct but here is our answer. If someone is suspected for driving under the influence of drugs, he or she will be brought in to the nearest Police station. Who decides on the procedure? The Police officer in command on the station will decide if there should be taken blood test or not.
2. Are there any rules that a police officer should follow when establishing drug use by a driver? (e.g. special training, being member of a special unit...)? No there are no rules saying that you as an police officer can't act against when you discover or suspect someone for driving under influence of drugs. There are however training courses for officers where they are learning to discover drug abuse just by looking at some simple signs in the other persons behaviour.
3. Are there any limitative or exclusive conditions to conduct research on drug use by a driver? (e.g. only for certain types of accidents, only when there are presumptions of drug use)? No.
4. Which tests are used (e.g. test battery, sweat test, urine test, saliva test, blood test...) and who is competent to impose or to conduct them (police officer, nurse, doctor...)? Urine and blood test are used. It is a nurse or a doctor who are taking the blood test.
5. Do you have experience with the use of saliva tests? Only threw the Rosita project concerning traffic controls.
If yes, which are the results of the tests (reliability, duration of a test...)? So far, do most Police officers think that those kind of tests takes too long time to use on a road side check.
6. If a test battery (an external test to retrieve the possible influence of drugs on the behaviour by means of a certain number of agility and attention tests) exists, is it considered useful and/or reliable? It exists and it is considered as useful.
7. If there is a standard questionnaire, could you send us a copy of it? Sorry, we don't have that.
How much time do you generally take out in order to establish driving under the influence of drugs (roadside observations, take a specimen, draw up the police report...)? It that depends on the distance the patrol car has to drive to the station, but it is normal to use between 1 and 2 hours all together.
8. Do the police consider that the time needed to establish the driving under the influence of drugs is normal or do they think that it takes too much time to establish these facts? Since we have to get a doctor or drive to a hospital with the client, this takes more time than we usually use for someone suspected for drunk driving.
9. Is a distinction made between the different kinds of drivers (E.g. special provisions for truck drivers, beginning drivers, professional drivers...)? If yes, which are the different provisions? No.
10. Has there been an evaluation of the situation with regard to driving under the influence of drugs and if yes, which were the conclusions? No not as I know.
11. Are there any statistics on the controls on driving under the influence of drugs? (e.g.: number of conducted tests, number of positive tests, number of positive tests for each type of drug, accident involvement...). If yes, could we receive a copy of these statistics (especially the data after 1999 are interesting for our research)? No, we have very little statistics about this subject because we are registering drunk driving and driving under influence of drugs under the same category. This has something to do with the fact that more than 50% of the people suspected for drunk driving also have used some other drug or medicine together with the alcohol. We therefore register all of them "under the influence" or "intoxicated".
12. If there is a blood test, which tubes are used to conserve the blood and how much blood is drawn off? I am sorry but I don't know the brand of the glasses and I have to give the same answer about the amount of blood, but it is not very much, two small test tubes from each one.
13. Are other or more severe punishments applied if higher drug concentrations are measured? The punishment increases when the concentration of drug is higher.
14. Is there a higher punishment if different drugs have been used? No, not as I know.
15. Are there special measures for repeated offenders? That that depends on the situation, there are no rules about that.
16. Is a drug test conducted as well if the police officer who establishes the facts suspects the driver of drug use and if an alcohol analysis has proven that the person has been drink driving, or does the conclusion that the person has been drink driving suffice? Well the answer here

should have been yes, but as a fact it not always done. This is because of financial circumstances. The price for a drug test is rather high and the outcome in court when it comes to punishment doesn't always reflected the fact that a person both has been drinking and using drugs before driving.

17. Is a distinction made between occasional and chronic drug use (e.g.: a chronic user can only get his driving licence back if he can show a medical certificate stating that he is not dependent anymore)? No normally not.
18. Have the opponents of drug controls taken measures, such as the spreading of information about the control places and how a test can be falsified, advice on how to behave during a control...? Not as I know.
19. Which are the main problems with the current procedure for driving under the influence of drugs? The main problems are that there are no specific limit on any kind of drugs for when someone is intoxicated.
20. Only for Finland, Norway and Sweden:
Does the current legislation exist in English, German, French or Dutch? Could you send us a copy of it? You will find the Norwegian Road Traffic Act (1965) in English on this adress: <http://www.ub.uio.no/ujur/ulovdata/lov-19650618-004-eng.pdf>

Bijlage 46

**Groot-Brittannië: Formulieren gebruikt voor de procedure drugs in het verkeer
(Preliminary impairment tests).**

F**PRELIMINARY IMPAIRMENT TEST**
Sections 4 & 6B RTA 1988Form MG DD/F
Version 5.2 Dec 2004**F1 INTRODUCTION AND GENERAL GUIDANCE**

This form is for use by authorised police officers during the application of a Preliminary Impairment Test on a subject who has been required to cooperate. Where a test is abandoned the reasons should be recorded. If the questions are read from a card, the wording must be identical to those used in this form and the card must remain available for production at court. A record of any medical condition or disability claimed at any time during the tests, and a record of any response or gesture made to any question or at any other time, must be recorded. Any ancillary pupil gauge used must be retained for production at court if required.

F2 RELEVANT DETAILS OF PRELIMINARY IMPAIRMENT TEST

DATE	<input type="text"/>	TIME STARTED	<input type="text"/>	TIME COMPLETED	<input type="text"/>
LOCATION OF TEST	<input type="text"/>				
WEATHER CONDITIONS	*FINE / RAIN / SNOW / WIND	TYPE OF SURFACE USED (Indicate Wet/Dry)		<input type="text"/>	
TYPE of FOOT-WEAR WORN	<input type="text"/>	LIGHTING CONDITIONS	*DAYLIGHT / TWILIGHT / DARKNESS		
STREET LIGHTS INDICATE COLOUR	<input type="text"/>	IF STREET LIGHTING	*ADEQUATE / UNDERLIT		
NAME	<input type="text"/>				
ADDRESS	<input type="text"/>				
DATE OF BIRTH	<input type="text"/>	MALE / FEMALE	OFFICER DEFINED ID CODE	<input type="text"/>	
ARRESTING OFFICER	<input type="text"/>			ID CODE 16 +1	<input type="text"/>
PIT OFFICER	<input type="text"/>			LAMINATED CARD USED	*YES/NO

F3 NOTES

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

* Delete as applicable

F

F4 PUPILLARY EXAMINATION

"I am going to examine the size of your pupils, comparing them to this gauge, which I will hold up to the side of your face. All I require you to do is look straight ahead and keep your eyes open wide".

"Do you understand?" *YES / NO "Are you wearing Contact Lenses?" *YES / NO

PUPIL SIZE LEFT	<input type="text"/>	mm	WATERY	*YES / NO
PUPIL SIZE RIGHT	<input type="text"/>	mm	REDDENING	*YES / NO

A pupil size: 1.0 – 2.5 (inclusive) normally indicates constriction. 7.0 – 9.0 (inclusive) normally indicates dilation

Additional Comments

F5 MODIFIED ROMBERG BALANCE TEST

"Stand up straight with your heels and toes together and your arms down by your sides. Maintain that position while I give you the remaining instructions. Do not begin until I tell you. When I tell you, tilt your head back slightly, close your eyes (demonstrate but do not close your eyes). When you think 30 seconds has passed, bring your head forward, open your eyes and say 'Stop'".

"Do you understand?" *YES / NO

"Do you have any disability or medical condition that prevents you from participating in this test?"

REPLY

ABLE TO BALANCE DURING INSTRUCTIONS *YES / NO

IF NO STEPS SWAYS RAISES ARMS

COMPLIES WITH INSTRUCTIONS *YES / NO

IF NO, record time in seconds	EYES OPEN	HEAD RAISED	STEPS	SWAYS	RAISED ARMS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTIMATES 30 SECONDS AT SECONDS "How long was that?" REPLY

F6 WALK AND TURN TEST (Identify a real or imaginary line. Do not use a kerb or anywhere the subject may fall)

"Place your left foot on the line. Place your right foot on the line in front of your left touching heel to toe (demonstrate) Put your arms down at your sides and keep them there throughout the test. Maintain that position while I give you the remaining instructions".

"Do you understand?" *YES / NO

"When I say start, you must take nine heel to toe steps along the line. On each step the heel of the foot must be placed against the toe of the other foot (demonstrate). When the ninth step has been taken, you must leave the front foot on the line and turn around using a series of small steps with the other foot. After turning you must take another nine heel to toe steps along the line. During the test you must watch your feet at all times and count each step out loud. Once you start walking do not stop until you have completed the test". (demonstrate complete test)

"Do you understand?" *YES / NO

"Do you have any disability or medical condition that prevents you from participating in this test?"

REPLY

* Delete as applicable

F

ABLE TO BALANCE DURING INSTRUCTIONS *YES / NO	
IF NO: STEPS <input type="text"/>	SWAYS <input type="text"/>
RAISES ARMS <input type="text"/>	STARTS TOO SOON <input type="text"/>
COMPLIED WITH INSTRUCTIONS *YES / NO	
IF NO:	
Any deviation from the instructions should be indicated as below and on the diagram above	
STOPS WALKING <input type="text"/>	MISS HEEL/TOE <input type="text"/>
RAISES ARMS <input type="text"/>	STEPS OFF LINE <input type="text"/>
CORRECT TURN *YES / NO	
IF NO: STATE REASON	
COUNTS OUT LOUD *YES / NO	
CORRECT STEP COUNT *YES / NO	
IF NO: TO TURN <input type="text"/>	FROM TURN <input type="text"/>
Additional Comments:	
.....	
.....	
.....	

F7 ONE LEG STAND TEST

"Stand with your feet together and your arms down by your sides (demonstrate). Maintain that position while I give you the remaining instructions. Do not begin until I tell you."

"Do you understand?" *YES/NO

"When I tell you to you must raise your right foot 6 to 8 inches (or 15 to 20 cms) off the ground, keeping your leg straight and your toes pointing forward, with your foot parallel to the ground (demonstrate). You must keep your arms down by your sides and keep looking at your raised foot while counting out loud in the following manner, 'one thousand and one, one thousand and two' and so on until I tell you to stop."

"Do you understand?" *YES/NO

"Do you have any disability or medical condition that prevents you from participating in this test?"

REPLY

Repeat procedure with each foot

* Delete as applicable

ABLE TO BALANCE DURING INSTRUCTIONS *YES / NO				
IF NO:	STEPS	<input type="checkbox"/>	SWAYS	<input type="checkbox"/>
			RAISES ARMS	<input type="checkbox"/>
COMPLIES WITH INSTRUCTIONS *YES / NO				
IF NO:				
LEFT LEG	SWAYS	HOPS	PUTS FOOT DOWN	RAISES ARMS
TIME (secs)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RIGHT LEG	SWAYS	HOPS	PUTS FOOT DOWN	RAISES ARMS
TIME (secs)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COUNTED CORRECTLY *YES / NO				
Additional Comments:				
.....				
.....				
.....				

F8 FINGER AND NOSE TEST

"Stand with your feet together and your arms in this position. (demonstrate extending both hands out in front, palms side up and closed with the index finger of both hands extended). Maintain that position while I give you the remaining instructions. Do not begin until I tell you. When I tell you, you must tilt your head back slightly and close your eyes. (demonstrate) When I tell you which hand to move, you must touch the tip of your nose with the tip of that finger and lower your hand once you have done so (demonstrate).

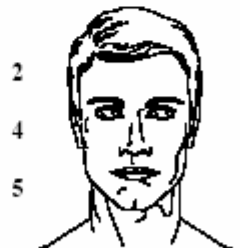
*"Do you understand?" *YES/NO*

"Do you have any disability or medical condition that prevents you from participating in this test?"

REPLY

Call out the hands in the following order, left, right, left, right, right, left.

	1	2	3		2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CORRECT	*YES/NO	*YES/NO	*YES/NO			
HAND USE	4	5	6		4	3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5	6
	*YES/NO	*YES/NO	*YES/NO			



ABLE TO BALANCE DURING TEST *YES / NO

IF NO:

STEPS SWAYS RAISES ARMS

F9 SIGNATURES Authorised Officer Conducting Test
 Officer Completing Form (if different)

F10 OVERALL ASSESSMENT: SUBJECT - *IMPAIRED / NOT IMPAIRED

* Delete as applicable

Bijlage 47

Zweden: Antwoord van de Zweedse politie op de vragenlijst via de verbindingsofficieren van de federale politie.

Information about Swedish legislation concerning drug driving

IP-2005-006667

1. If a driver of a vehicle is suspected for drugdriving he or she will be taken to a police station or a hospital where a blood sample is taken. In some few cases a doctor will conduct an examination as well. After the blood sample the suspect will be interrogated

A preliminary investigation officer decides if there is probable cause for taking the blood sample.

2. Some police officers have certain training for making eye examinations (checking pupil size, pupil reaction to light and nystagmustest) on the street when the suspicion hasn't reached probable cause.

3. A blood sample can only be taken if there is a probable cause of drugdriving. If the suspicion towards a driver isn't strong enough (hasn't reached probable cause) and they refused to cooperate by any reason they still can be forced to give away a blood sample.

4. The law says that drugs must be found in the blood to charge the driver for drugdriving.

5. No.

6. As mentioned in question nr 2 a test battery of eye examinations is allowed to use for special trained officers when the suspicion of drug driving is low. These tests are:

- I. Checking horizontal and vertical nystagmus.
- II. Lack of convergence.
- III. Measuring pupil size.
- IV. Pupil's reaction to light.

7. About 3 hours (may vary because of long distances between place of intervention and the police station/hospital).

8. Most officers consider it being a normal time for that type of crime.

9. The law of drug driving is considered all drivers of vehicles (motor).

10. Before the law change 1999 where it became illegal of having any illegal substance (drugs) in the blood, police in Sweden arrested about 900 suspects for drug driving. The year of 2004 more than 7000 suspects were arrested.

11. See attached pages.

12. The lab. wants two test tubes containing 10 ml of blood each.

13. Not generally, but if the driving has been extraordinary reckless or if the driver has been noticeably impaired the punishment can be harder.

14. Not generally.

15. Yes. The punishment might be more severe and vehicle might get taken away from them.

16. If a police officer suspects a driver for drug and alcohol driving he or she should take a blood sample for analysis of both alcohol and drugs.

17. Answer is unknown to us. Could not reach right persons to answer it.

18. One might find some information of that on the Internet but it's not spread in a large scale.

19. I: It's very difficult to state drug driving when a driver is being under the influence of drugs that only can be detected in urine, for instance LSD, since the law demands that the drug is found in the blood.

II: How to state the impairment related to the concentration of drugs in the blood.

20. No.

Stockholm den 1 december 2005

Lagföringssektionen

Anders Rosander

Bijlage 48

Enquête lokale en federale politie: Enquêteformulier, deelnemende zones en resultaten.

Enquêteformulier Rijden Onder invloed van Psychoactieve Stoffen (ROPS)

Zone:

Nummer van de zone:.....

Contactpersoon:.....

Telefoonnummer:.....

E-mail:.....

1. Welke is uw algemene indruk over de handhaving van wetgeving over rijden onder invloed van drugs? (plaats een X in de vakjes die met uw mening overeenkomen):

1.1 Het bestaan van deze wet is een hele stap vooruit

1.2 De procedure is tijdrovend om ze vaak te kunnen toepassen

1.3 In onze zone worden we zelden geconfronteerd met rijden onder invloed van drugs

1.4 De lijst van de drugs is voldoende en dekt de belangrijkste stoffen die meest frequent rijden onder invloed veroorzaken.

1.5 Aan de lijst van de drugs zouden volgende stoffen moeten toegevoegd worden:

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

1.6 Andere:.....

2. Hoeveel personeelsleden op totaal personeelsbestand (geen rekening houden met eventuele versterkingen) hebben een opleiding "Drugs in het verkeer" gevolgd?

2.1 Aantal opgeleide personeelsleden:

2.2 Aantal politieambtenaren in de zone:

3. Voldoet de opleiding om op een professionele manier een drugcontrole uit te voeren? (plaats een X in het vakje dat met uw mening overeenkomt):

3.1 Nee

3.2 Ja

4. Duidt aan wat volgens u van toepassing is (plaats een X in de vakjes die met uw mening overeenkomen):

- 4.1 Er zijn te weinig opleidings sessies
- 4.2 De theoretische opleiding duurt te lang
- 4.3 De theoretische opleiding is te kort
- 4.4 De inhoud is te theoretisch
- 4.5 De deelname aan een controle als observant volstaat als praktische opleiding
- 4.6 Andere redenen:.....

5. Hoeveel specifieke controles drugs in het verkeer zijn per jaar in het actieplan verkeer voorzien? (plaats een X in het vakje dat het aantal aangeeft of schrijf het aantal onder "Meer, namelijk")

- | | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Meer, |
| namelijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

5.1 Worden deze voorziene specifieke controles drugs in het verkeer in de praktijk uitgevoerd? (plaats een X in het vakje dat met uw mening overeenkomt):

- 5.1.1 Nee
- 5.1.2 Ja

6. Weggebruikers betrokken bij een verkeersongeval worden aan een drugtest onderworpen (Plaats een X in de vakjes die de toestand in uw zone aangeven)

- 6.1 Bij alle ongevallen met gekwetsten
- 6.2 Bij alle ongevallen met doden
- 6.3 Enkel wanneer er tekenen van druggebruik worden vastgesteld
- 6.4 Enkel wanneer een opgeleide agent de vaststellingen doet
- 6.5 Enkel wanneer een opgeleide agent ter plaatse kan gestuurd worden
- 6.6 Nooit
- 6.7 Andere:.....

7. Beoordeling van de testbatterij (Plaats een X in de vakjes die uw mening weergeven):

- 7.1 De testbatterij is overbodig
- 7.2 De testbatterij is te uitgebreid
- 7.3 De testbatterij is betrouwbaar

7.4 Suggesties voor testen die moeten toegevoegd of weggelaten worden:

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

8. Hoe vaak wordt een positieve testbatterij bevestigd door een positieve urinetest? (Plaats een X in het vakje dat met uw mening overeenkomt):

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% | Ik weet het niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Hoelang duurt een volledige procedure (testbatterij, urinetest, bloedproef en opstellen van het proces-verbaal), gegeven dat een dokter ter plaatse is (Plaats een X in het vakje dat volgens u het best overeenstemt met de nodige tijd)

- | | | |
|-----|---------------------|--------------------------|
| 9.1 | 30 minuten | <input type="checkbox"/> |
| 9.2 | 45 minuten | <input type="checkbox"/> |
| 9.3 | 60 minuten | <input type="checkbox"/> |
| 9.4 | 75 minuten | <input type="checkbox"/> |
| 9.5 | 90 minuten | <input type="checkbox"/> |
| 9.6 | meer dan 90 minuten | <input type="checkbox"/> |

10. Wenst u de resultaten van de bloedproeven te ontvangen? (Plaats een X in het vakje dat uw voorkeur aangeeft)

- | | | |
|------|-----|--------------------------|
| 10.1 | Nee | <input type="checkbox"/> |
| 10.2 | Ja | <input type="checkbox"/> |

11. Beschikt uw zone over een voertuig uitgerust om een drugcontrole uit te voeren (afname urinestaal, bloedafname)

- | | | |
|------|-----|--------------------------|
| 11.1 | Nee | <input type="checkbox"/> |
| 11.2 | Ja | <input type="checkbox"/> |

12. Hoe lost u het probleem van de teruggave van de rijbewijzen na 12 uren op?

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

13. Bent u bereid om personeelsleden van het BIVV en de Universiteit Gent als observant te laten deelnemen aan controles? (Plaats een X in het vakje dat uw beslissing weergeeft)

13.1 Nee

13.2 Ja

14. Ik wens verder op de hoogte gehouden te worden van de resultaten van het onderzoek.

14.1 Nee

14.2 Ja

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Enquête Rijden Onder invloed van Psychoactieve Stoffen (ROPS)

RESULTATEN

Respons van de lokale politie

Provincie	Aantal antwoorden/aantal zones	% antwoorden
Brabant Wallon	8/10	80,00%
Liège	10/20	50,00%
Luxembourg	4/6	66,67%
Namur	8/13	61,54%
Hainaut	15/23	65,22%
Brussel hoofdstad	3/6	50,00%
Antwerpen	20/25	80,00%
Limburg	14/18	77,78%
Vlaams-Brabant	20/27	74,10%
Oost-Vlaanderen	23/29	79,31%
West-Vlaanderen	15/19	78,95%
Totaal	140/196	71,4%

Van de 140 zones die antwoorden zeggen er 7 dat ze de vragenlijst niet kunnen beantwoorden omdat ze geen controles drugs in het verkeer uitvoeren.

1. Welke is uw algemene indruk over de handhaving van wetgeving over rijden onder invloed van drugs?

Het bestaan van deze wet is een hele stap vooruit	85
De procedure is tijdrovend om ze vaak te kunnen toepassen	110
In onze zone worden we zelden geconfronteerd met rijden onder invloed van drugs	33
De lijst van de drugs is voldoende en dekt de belangrijkste stoffen die meest frequent rijden onder invloed veroorzaken.	61

Aan de lijst van de drugs zouden volgende stoffen moeten toegevoegd worden: (15 bevraagden formuleren antwoorden)

Paddestoelen	1
Geneesmiddelen	1
Vloeibare XTC (GHB)	10
LSD	2

PCP	2
Benzodiazipines	3
Kethamine	2
Crack	1
Ice	1
BHB	1
PMA	1
Barbituraten	1

Andere

Zone moet betalen voor opleiding, is niet normaal	1
Procedure veel te ingewikkeld	7
Nood aan middelen om specifieke acties te kunnen uitvoeren	1
Parket werkt niet mee – vervolgingsbeleid	1
GHB kan niet ontdekt worden	1
Procedure te tijdrovend en daardoor niet vaak toegepast	1

2. Hoeveel personeelsleden op totaal personeelsbestand (geen rekening houden met eventuele versterkingen) hebben een opleiding “Drugs in het verkeer” gevolgd?

Aantal opgeleide personeelsleden: 3 240 = 18,18%
 Aantal politieambtenaren in de deelnemende zones: 17 820 (Op 1 januari 2004
 waren er 29 106 politieambtenaren in de zones)

3. Voldoet de opleiding om op een professionele manier een drugcontrole uit te voeren?

14.3 Nee 22
 14.4 Ja 110

4. Duidt aan wat volgens u van toepassing is:

Er zijn te weinig opleidingssessies 47
 De theoretische opleiding duurt te lang 11
 De theoretische opleiding is te kort 6
 De inhoud is te theoretisch 24
 De deelname aan een controle als observant volstaat als praktische opleiding 22
 Andere redenen:.....

Deelnemen als observator aan controle volstaat niet, actieve deelname vereist	6
Praktische opleiding is te kort	6
Opleiding goed maar te weinig praktijk	5
Praktische opleiding is te kort	6
Opleiding is volledig en praktisch	4

Zone moet betalen voor de opleiding, is niet logisch	3
Praktische opleiding volstaat	3
Opleiding in geheel is goed	3
Procedure is te lang en te omslachtig, daardoor te weinig uitgevoerd	3
Opleiding zou in basisopleiding moeten	2
Periodieke herhaling is nodig	2
Opleiding is niet erkend als functioneleopleiding	2
Praktijk moet snel op theorie volgen	2
Praktische opleiding is belangrijk	2
Praktische opleiding ontbreekt	1
Te veel aandacht voor drugs, te weinig voor de procedure	1
Praktijkgerichte oefeningen organiseren	1
We doen geen investering gezien de onwerkbaarheid op het terrein	1
Beeldmateriaal als opleidingsmiddel gebruiken	1
Lesgever is zelf niet voldoende opgeleid	1
Zone organiseert zelf opleiding (OPAC te weinig modules)	1

5. Hoeveel specifieke controles drugs in het verkeer zijn per jaar in het actieplan verkeer voorzien?

Aantal controles	0	1	2	3	4	5	6
Aantal zones	39	4	10	6	27	4	12

Meer controles:

Aantal controles	Aantal zones
10	5
12	5
14	1
22	1
24	1
36	1
40	1
Geïntegreerd in alcoholcontroles	10
Niet gespecificeerd	3
TOTAAL	28

6. Worden deze voorziene specifieke controles drugs in het verkeer in de praktijk uitgevoerd?

Nee 26
Ja 83

7. Weggebruikers betrokken bij een verkeersongeval worden aan een drugtest onderworpen

Bij alle ongevallen met gekwetsten	1
Bij alle ongevallen met doden	3
Enkel wanneer er tekenen van druggebruik worden vastgesteld	94
Enkel wanneer een opgeleide agent de vaststellingen doet	26
Enkel wanneer een opgeleide agent ter plaatse kan gestuurd worden	13
Nooit	26
Andere:	

Als vaststellende agenten de opleiding hebben gevolgd	1
Controles vereisen opgeleide mensen	1
Zelden want nood aan opgeleide mensen ter plaatse	1
Zelden, geen materiaal ad hoc	1
Alcohol primert op drugs	1
In opdracht van het parket	1
Wanneer betrokkene gekend is als gebruiker	1

8. Beoordeling van de testbatterij :

14.5	De testbatterij is overbodig	25
14.6	De testbatterij is te uitgebreid	47
14.7	De testbatterij is betrouwbaar	56

14.8 Suggesties voor testen die moeten toegevoegd of weggelaten worden:

Speekseltest invoeren	8
Testbatterij is tijdrovend en geen waarborg op correctheid	8
Fysieke proeven weglaten, direct urinetest	7
Testbatterij moet eenvoudiger en sneller	7
Psychomotorische testen overbodig	4
Testbatterij is voorbijgestreeft	2
Walk and turn test weglaten	2
Testen ontwikkelen om a-selectieve controles mogelijk te maken	2
Sommige testen kunnen zelf niet door nuchtere mensen worden uitgevoerd	2
Testbatterij kan niet worden toegepast bij mensen met dyslexie	1
One leg stand weglaten	1
De Romberg test is bijna onuitvoerbaar	1

9. Hoe vaak wordt een positieve testbatterij bevestigd door een positieve urinetest?

0%	20%	40%	60%	80%	100%	Ik weet het niet
1	1	2	6	39	28	50

10. Hoelang duurt een volledige procedure (testbatterij, urinetest, bloedproef en opstellen van het proces-verbaal), gegeven dat een dokter ter plaatse is (Plaats een X in het vakje dat volgens u het best overeenstemt met de nodige tijd)

30 minuten	3
45 minuten	10
60 minuten	23
75 minuten	22
90 minuten	36
meer dan 90 minuten	30

11. Wenst u de resultaten van de bloedproeven te ontvangen? (Plaats een X in het vakje dat uw voorkeur aangeeft)

Nee	7
Ja	124

12. Beschikt uw zone over een voertuig uitgerust om een drugcontrole uit te voeren (afname urinestaal, bloedafname)

Nee	117
Ja	12

13. Hoe lost u het probleem van de teruggave van de rijbewijzen na 12 uren op?

24/24 uur onthaal die opgeleide agent terugroept	33
24/24 uur onthaal of interventiedienst met steeds een opgeleide agent	17
Rijbewijzen worden gewoon teruggegeven zonder test	11
Binnenroepen van interventieploeg	9
Geen probleem, het parket trekt het rijbewijs automatisch in	8
De personen worden op een vast uur uitgenodigd	6
Probleem wegens te weinig opgeleide agenten	5
Na geplande acties worden opgeleide personeelsleden oproepbaar gezet	5
We hebben geen opgeleide agenten en doen geen controles	4
Afspraak met naburige gemeente met 24/24 uur permanentie	4
Rijbewijzen worden enkel tijdens openingsuren teruggegeven	3
Na een actie wordt het onthaal waargenomen door een opgeleid personeelslid	3
Probleem waardoor er weinig controles gebeuren	1
Aantal antwoorden	109

14. Bent u bereid om personeelsleden van het BIVV en de Universiteit Gent als observant te laten deelnemen aan controles?

Nee	20
Ja	106

15. Ik wens verder op de hoogte gehouden te worden van de resultaten van het onderzoek.

Nee	6
Ja	127

Enquêteformulier Rijden Onder invloed van Psychoactieve Stoffen (ROPS)

Wegpolitie (samenvatting van een bevraging in alle verkeersposten van België)

Contactpersoon: ... **Paul Deblaere - Ronny Desmet**

Telefoonnummer: ... **02/642.63.51 - 02/642.66.99**

E-mail: ... **dga.dac.vpc@skynet.be - ronny.desmet.1304@police.be**

1. Welke is uw algemene indruk over de handhaving van wetgeving over rijden onder invloed van drugs? (plaats een X in de vakjes die met uw mening overeenkomen):

- Het bestaan van deze wet is een hele stap vooruit X
De procedure is tijdrovend om ze vaak te kunnen toepassen X
In onze verkeerspost worden we zelden geconfronteerd met rijden onder invloed van drugs
De lijst van de drugs is voldoende en dekt de belangrijkste stoffen die meest frequent rijden onder invloed veroorzaken. X

Aan de lijst van de drugs zouden volgende stoffen moeten toegevoegd:

Liquid XTC
XTC

Andere:

✓ **Medicatie**

- ✓ De omslachtigheid van de procedure maakt dat ze wordt toegepast, meestal enkel bij specifieke en gerichte acties.

2. Hoeveel personeelsleden op totaal personeelsbestand (geen rekening houden met eventuele versterkingen) hebben een opleiding "Drugs in het verkeer" gevolgd?

Aantal opgeleide personeelsleden: ... **661**

Aantal politieambtenaren in de verkeerspost: **661**

3. Voldoet de opleiding om op een professionele manier een drugcontrole uit te voeren? (plaats een X in het vakje dat met uw mening overeenkomt):

Nee

Ja X

P.S. Frequentie te gespreid om up to date te blijven

4. Duid aan wat volgens u van toepassing is (plaats een X in de vakjes die met uw mening overeenkomen):

- Er zijn te weinig opleidingssessies
- De theoretische opleiding duurt te lang
- De theoretische opleiding is te kort
- De inhoud is te theoretisch
- De deelname aan een controle als observant volstaat als praktische opleiding
- Andere:.....

- ✓ **Vorming goed zowel praktisch als theoretisch**
- ✓ **Formation très complète**
- ✓ **Het aanbod aan overtreder is te klein (verlies van kennis na verloop van tijd)**
- ✓ **De volledige controleketen moet doorlopen worden als opleiding**
- ✓ **Praktijk is belangrijk om te wenne aan procedure (zeker schroom bij vaststellers om de testen te gebruiken**
- ✓ **Le fait de participer à un Ctl en tant qu'observateur ne suffit pas. Il faut effectuer un ou plusieurs contrôles POSITIFS avec prise d'urine et de sang pour être apte à appliquer la procédure !**

5. Hoeveel specifieke controles drugs in het verkeer zijn per jaar in het actieplan verkeer voorzien? (plaats een X in het vakje dat het aantal aangeeft of schrijf het aantal onder "Meer, namelijk")

0	1	2	3	4	5	6	Meer,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...52

(nationaal)

6. Worden deze voorziene specifieke controles drugs in het verkeer in de praktijk uitgevoerd? (plaats een X in het vakje dat met uw mening overeenkomt):

Nee

Ja

7. Weggebruikers betrokken bij een verkeersongeval worden aan een drugtest onderworpen (Plaats een X in de vakjes die de toestand in uw verkeerspost aangeven)

- Bij alle ongevallen met gekwetsten
- Bij alle ongevallen met doden
- Enkel wanneer er tekenen van druggebruik worden vastgesteld
- Enkel wanneer een opgeleide agent de vaststellingen doet
- Enkel wanneer een opgeleide agent ter plaatse kan gestuurd worden
- Nooit
- Andere:.....

- ✓ **Beslissing of verzoek van parket**

8. Beoordeling van de testbatterij (Plaats een X in de vakjes die uw mening weergeven):

De testbatterij is overbodig
De testbatterij is te uitgebreid
De testbatterij is betrouwbaar

9. Suggesties voor testen die moeten toegevoegd of weggelaten worden:

- ✓ **PV met doordrukformulieren gerbuiken.**
- ✓ **Suppression des tests Romberg (test des 30 ' n'est pas déterminant) et Strabisme**

10. Hoe vaak wordt een positieve testbatterij bevestigd door een positieve urinetest? (Plaats een X in het vakje dat met uw mening overeenkomt):

0% 20% 40% 60% 80% 100% Ik weet het niet

11. Hoelang duurt een volledige procedure (testbatterij, urinetest, bloedproef en opstellen van het proces-verbaal), gegeven dat een dokter ter plaatse is (Plaats een X in het vakje dat volgens u het best overeenstemt met de nodige tijd)

30 minuten
45 minuten
60 minuten
75 minuten
90 minuten
meer dan 90 minuten

12. Wenst u de resultaten van de bloedproeven te ontvangen? (Plaats een X in het vakje dat uw voorkeur aangeeft)

Nee
Ja

13. Beschikt uw verkeerspost over een voertuig uitgerust om een drugcontrole uit te voeren (afname urinestaal, bloedafname)

Nee
Ja

14. Hoe lost u het probleem van de teruggave van de rijbewijzen na 12 uren op?

- ✓ **Via de vaststellende eenheid of de PZ van woonplaats betrokkene (in samenspraak met betrokkene) of via de ploeg mobiele permanentie.**

15. Bent u bereid om personeelsleden van het BIVV en de Universiteit Gent als observant te laten deelnemen aan controles? (Plaats een X in het vakje dat uw beslissing weergeeft)

Nee
Ja

16. Ik wens verder op de hoogte gehouden te worden van de resultaten van het onderzoek.

Nee
Ja

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 49

Enquête politieparketten: Enquêteformulier en resultaten

Enquêteformulier Rijden Onder invloed van Psychoactieve Stoffen (ROPS)

Parket:

Contactpersoon:.....

Telefoonnummer:.....

E-mail:.....

1. Bestaan er naast de richtlijn, COL 15/2000, specifieke instructies inzake "Drugs in het verkeer" voor de politiediensten in uw arrondissement?

NEE

JA

Zo ja, kunnen we een kopij van deze instructies bekomen?

2. Hoeveel bloedstalen inzake drugs in het verkeer werden voor uw arrondissement tussen 1 januari 2004 en 31 december 2004 aan een laboratorium overgemaakt?

.....
.....

3. Hoeveel van deze bloedstalen werden positief bevonden in uw arrondissement?

.....
.....

4. Bestaat er een speciale procedure voor recidivisten inzake drugs in het verkeer?

NEE

JA

Zo ja, welke?

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

5. Wordt er navraag gedaan naar eventueel chronisch druggebruik?

NEE

JA

Zo ja, met welk doel?

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

6. Hebt u voorstellen tot wijziging van de wetgeving 'Drugs in het Verkeer'?

NEE

JA

Zo ja, welke?

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

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 50

Enquête politiescholen: Enquêteformulier en resultaten.

Enquêteformulier Rijden Onder invloed van Psychoactieve Stoffen (ROPS)

School:

Contactpersoon:.....

Telefoonnummer:.....

E-mail:.....

1. Hoeveel keer werd de opleiding "Drugs in het verkeer" als voortgezette opleiding sinds 1999 georganiseerd?

1999	
2000	
2001	
2002	
2003	
2004	
2005 (eventueel gepland)	

2. Hoeveel deelnemers namen er per sessie deel?

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sessie 1							
Sessie 2							
Sessie 3							
Sessie 4							
Sessie 5							
Sessie 6							

3. Is in de basisopleiding een cursus "Drugs in het verkeer" voorzien?

NEE

JA

Zo ja, hoeveel uren worden hieraan besteed?

.....
.....

4. Beschikt u over een geschreven cursus?

NEE

JA

5. Indien een cursus bestaat zouden we graag een kopij bekomen.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Enquête Rijden Onder invloed van Psychoactieve Stoffen (ROPS)

RESULTATEN

Respons van 10 van de 12 erkende politiescholen

1. Hoeveel keer werd de opleiding "Drugs in het verkeer" als voortgezette opleiding sinds 1999 georganiseerd?
2. Hoeveel deelnemers namen er per sessie deel?

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal sessies	0	5	29	29	36	39	63
Aantal deelnemers	0	195	535	513	714	738	830

Opmerking: Voor 2005 gaven sommige scholen het aantal deelnemers op dat reeds een opleiding had gevolgd op het ogenblik dat de vragenlijst werd ingevuld, andere antwoorden niet, andere gaven het aantal dat gepland is voor het ganse jaar.

Het totaal aantal opgeleide agenten tot en met 2004 was dus 2 695.

Met de reeds beschikbare cijfers van 2005 erbij komen we tot 3 525 politieambtenaren.

3. Is in de basisopleiding een cursus "Drugs in het verkeer" voorzien?

NEE 2

JA 8

Van de directeur operaties van de federale wegpolie vernemen we dat de Federale School (die niet antwoordde op de enquête) geen opleiding drugs in het verkeer geeft.

Opmerkelijk is ook dat de (federale) officiersschool antwoordt dat een opleiding drugs in het verkeer niet tot het opleidingspakket van de officieren behoort.

Zo ja, hoeveel uren worden hieraan besteed?

6 uur: 3

8 uur: 1

9 uur: 1

10 uur: 1

12 uur: 2

4. Beschikt u over een geschreven cursus?

NEE 0

JA 8

5. Indien een cursus bestaat zouden we graag een kopij bekomen.

Er werd een kopij bekomen van 8 scholen

Deelnemende scholen:

Académie de Police Emilien VAES à JURBISE
West-Vlaamse Politieschool
Ecole régionale et intercommunale de police
POTVA vzw
PLOT Genk
Ecole de police de Liège
PIVO
OPAC
Federale school
Arlon
Namur

Politieschool	Vraag 1						Vraag 2						Basisopleiding voorzien JA
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Académie de Police Emilien VAES à JURBISE	2					13	52					195	
West-Vlaamse Politieschool		1	2	4	7	18		22	24	68	120	230	
Ecole régionale et intercommunale de police			24						299				
POTVA vzw	2	4		8	3	2	48	86		180	60		
PLOT Genk		10		4	2	4		157		57	36	33	
DPEO													
Ecole de police de Liège				18	9	13				245	124	195	
PIVO			1		4	2			21		57	27	
OPAC	1	14	2	2	4	3	95	270	169	164	193	55	
Federale school													
Arlon													
Namur					10	8					148	95	
Totaal	5	29	29	36	39	63	195	535	513	714	738	830	

Politieschool	OPMERKINGEN
Académie de Police Emilien VAES à JURBISE	
West-Vlaamse Politieschool	
Ecole régionale et intercommunale de police	9 sessie FR en 15 NL/ 133 FR taligen volgden de opleiding en 166 NL
POTVA vzw	2005: sessie nog te plannen
PLOT Genk	
DPEO	geen onderdeel van de materie!
Ecole de police de Liège	Module 13 (zie bijlage). Voor de verdergezette opleiding worden 2 dagen voorzien waarvan 1 dag praktijk. Naar de toekomst toe wil men de materie invoeren in de basisopleiding met voorbeelden uit de praktijk.
PIVO	
OPAC	
Federale school	
Arlon	
Namur	syllabus voor de basisopleiding van inspecteur
Totaal	

Bijlage 51

Enquête erkende laboratoria: Enquêteformulier en resultaten.

Enquêteformulier Rijden Onder invloed van Psychoactieve Stoffen (ROPS)

Labo:

Contactpersoon:.....

Telefoonnummer:.....

E-mail:.....

1. Hoeveel bloedstalen werden ontleed op aanwezigheid van drugs inzake de wet op drugs in het verkeer en hoeveel waren hiervan positief voor één of meerdere drugs?

	Aantal stalen	Aantal positief bevonden op één of meerdere drugs
2000		
2001		
2002		
2003		
2004		

2. In hoeveel van deze stalen werden volgende stoffen teruggevonden > cut-off waarde:

	2000	2001	2002	2003	2004
Amfetamine					
MDMA					
MDEA					
MBDB					
THC					
BE					
Cocaïne					
Morfine					

3. Hoeveel vals-positieven waren er per jaar?

2000	
2001	
2002	
2003	
2004	

4. Welke evolutie is merkbaar van de gemeten concentraties over de laatste vier jaar?
(Plaats een X in de overeenkomstige vakken)

	Stijgende concentraties	Geen evolutie	Dalende concentratie
Amfetamine			
MDMA			
MDEA			
MBDB			
THC			
BE			
Cocaïne			
Morfine			

5. Hoeveel tegenexpertisen hebt u uitgevoerd?

.....

6. Hebt u voorstellen ter verbetering van de procedure en analysemethode? Bijvoorbeeld termijnen om te beantwoorden, beschikbaar volume bloed, cut-offwaarde, analysemethode, stoffen die moeten worden toegevoegd of verwijderd worden in de wet?

.....

7. Bent u bereid uw resultaten anoniem beschikbaar te stellen om een gezamenlijke verwerking van alle stalen in België toe te laten, bijvoorbeeld evolutie van de concentraties, combinaties, vals positieven,...?

- NEE
- JA

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Enquête Rijden Onder invloed van Psychoactieve Stoffen (ROPS)

RESULTATEN

Respons van de laboratoria

De zes geregistreerde laboratoria werden aangeschreven. Vijf labo's gaven een antwoord op alle vragen, één gaf als antwoord dat door een wijziging in het computersysteem en tijdsgebrek er niet kon geantwoord worden op de vragen. Dit laatste laboratorium bezorgde wel alle resultaten van de door hen uitgevoerde analyses maar zonder onderverdeling naar het jaar waarop de analyse werd uitgevoerd en met een andere indeling van de gecontroleerde stoffen. Hierdoor konden de resultaten van dit laboratorium niet volledig geïntegreerd worden in de antwoorden op de vragen 1 en 2 door de andere laboratoria. De vijf laboratoria die de vragenlijst volledig hebben ingevuld zijn: Toxicologisch Centrum UA, de Dienst Klinische Chemie van het AZ VUB, Klinische biologie UZ Gent, Stuivenberg ziekenhuis Antwerpen en het NICC. Het laboratorium dat enkel de analysesresultaten gaf is het laboratoire d'expertises judiciaire (Villers-la-Bouillet).

Na de enquête werden nog vier laboratoria erkend.¹

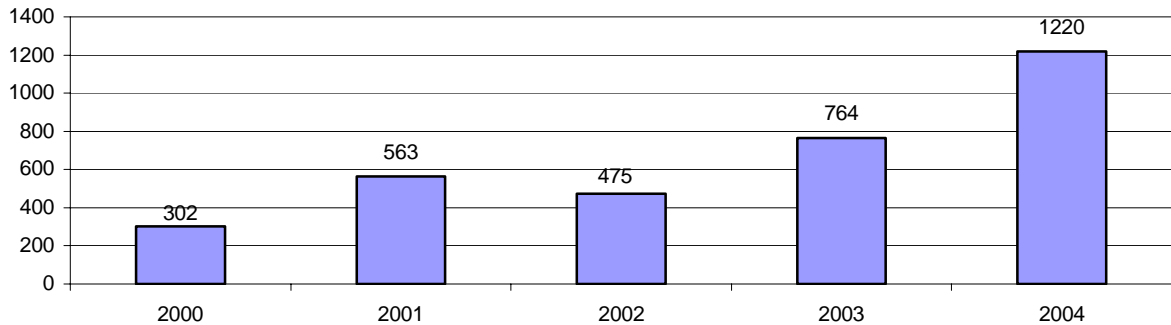
1. Hoeveel bloedstalen werden ontleed op aanwezigheid van drugs inzake de wet op drugs in het verkeer en hoeveel waren hiervan positief voor één of meerdere drugs?

	2000	2001	2002	2003	2004	Totaal
Aantal bloedstalen	302	563	475	764	1220	3324
Aantal positieve stalen	259	475	391	657	1078	2860
Aantal vals positieven	43	88	84	107	142	464

	2000	2001	2002	2003	2004	Totaal
Aantal bloedstalen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Aantal positieve stalen	86%	84%	82%	86%	88%	86%
Aantal vals positieven	14%	16%	18%	14%	12%	14%

¹ K.B. 27 september 2005 betreffende de erkenning van laboratoria met het oog op het bepalen van het gehalte van andere stoffen dan alcohol die de rijvaardigheid beïnvloeden. B.S. 18-10-2005

Aantal bloedstalen



Totaal van de zes erkende laboratoria:

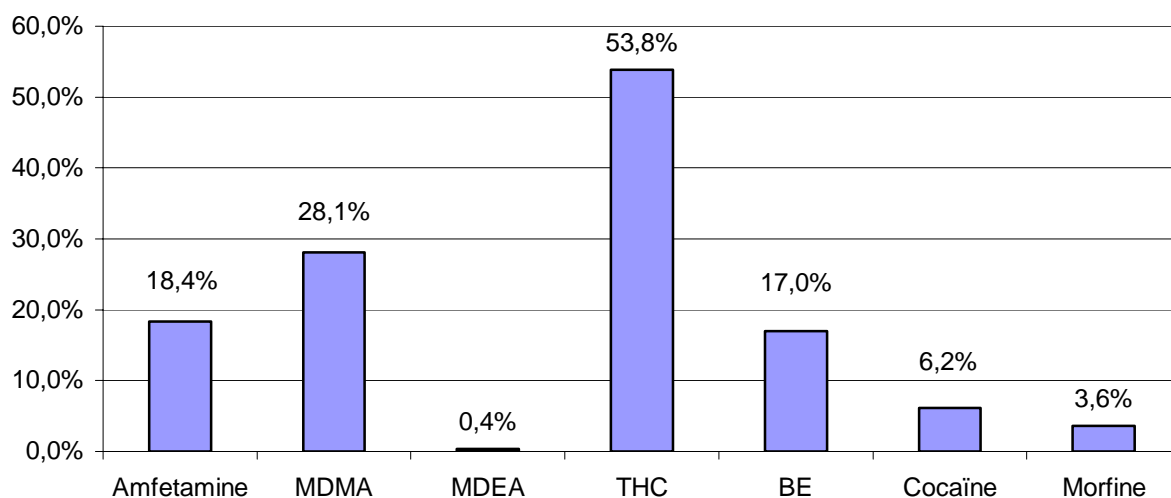
	Reëel aantal	Percentage
Aantal stalen	3683	100%
Aantal positieven	3156	86%
Aantal vals positieven	527	14%

Door toevoeging van de resultaten van het zesde laboratorium wijzigen de percentages dus niet.

2. In hoeveel van deze stalen werden volgende stoffen teruggevonden > cut-off waarde:

	2000	2001	2002	2003	2004	Totaal
Amfetamine	56	88	88	98	195	525
MDMA	135	202	121	137	209	804
MDEA	2	3	1	5	0	11
THC	137	266	231	475	430	1539
BE	46	91	77	98	175	487
Cocaïne	2	6	35	44	90	177
Morfine	2	7	7	12	75	103
Totaal	380	663	560	869	1174	3646
Aantal positieve stalen	259	475	391	657	1078	2860

	2000	2001	2002	2003	2004	Totaal
Amfetamine	21,6%	18,5%	22,5%	14,9%	18,1%	18,4%
MDMA	52,1%	42,5%	30,9%	20,9%	19,4%	28,1%
MDEA	0,8%	0,6%	0,3%	0,8%	0,0%	0,4%
THC	52,9%	56,0%	59,1%	72,3%	39,9%	53,8%
BE	17,8%	19,2%	19,7%	14,9%	16,2%	17,0%
Cocaïne	0,8%	1,3%	9,0%	6,7%	8,3%	6,2%
Morfine	0,8%	1,5%	1,8%	1,8%	7,0%	3,6%
	146,7%	139,6%	143,2%	132,3%	108,9%	127,5%



Aangezien de resultaten die ons bezorgd werden door het Laboratoire d'expertises judiciaires niet dezelfde onderverdeling van de stoffen volgt (stoffen ondergebracht in cannabis, opiaten, cocaïne en amfetamines), hebben we een aparte tabel gemaakt voor de resultaten van dit laboratorium:

Stof	Aantal keer aangetroffen	% van aantal positieve stalen
Amfetamine	18	6,0%
Cannabis	249	84,1%
Opiaten	35	11,8%
Cocaïne	57	19,3%
Totaal	359	121,3%
Aantal positieve stalen	296	100,0%

3. Hoeveel vals-positieven waren er per jaar?

Is opgenomen in de tabel onder vraag 1

4. Welke evolutie is merkbaar van de gemeten concentraties over de laatste vier jaar?

Twee labo's antwoorden dat ze te weinig stalen hebben ontleed, één antwoord dat ze enkel in 2004 stalen hebben ontleed. De hiernavolgende gegevens komen van RU Gent en NICC.

	Stijgende concentraties	Geen evolutie	Dalende concentratie
Amfetamine	1 labo	1 labo	
MDMA	1 labo	2 labo's	
MDEA		1 labo	
MBDB		1 labo	
THC	2 labo's		
BE	1 labo	1 labo	
Cocaïne		2 labo's	
Morfine		1 labo	

5. Hoeveel tegenexpertises hebt u uitgevoerd?

Slechts één labo heeft tegenexpertises uitgevoerd, nl. 2

6. Hebt u voorstellen ter verbetering van de procedure en analysemethode? Bijvoorbeeld termijnen om te beantwoorden, beschikbaar volume bloed, cut-offwaarde, analysemethode, stoffen die moeten worden toegevoegd of verwijderd worden in de wet?

We ontvingen voorstellen van vier labo's. We geven de ontvangen teksten integraal weer:

Labo 1:

Bloed bevat vaak stolsels. Na afname tube beter mengen met anti-coagulans

Labo 2:

Pre-analytische fase: correcte bewaring en snel deponeren van bloedmonster op expertenlabo door politiediensten

Analyse: voorstel om analyse dmv LC-MS/MS met gedeutereerde standaarden ook toe te laten

Voorstel tot schrappen MBDB

Labo 3:

Gebruik van LC-MS

MDEA en MBDB verwijderen uit de wet

De termijn van 14 dagen om te antwoorden is te kort: 14 werkdagen zou beter zijn

Sommige cut-offs worden best verlaagd bijvoorbeeld deze van cannabis

Labo 4:

De termijn om te antwoorden is vrij kort :een drietal weken ipv 14 dagen na de ontvangst van de vordering is een meer realistische optie.

Ongeveer de helft van de 'vals positieven' van 2004 bevatte één of twee analieten in een meetbare concentratie, maar beneden de wettelijke cut-off waarde. De cut-off waarde voor de basische drugs kan analytisch gezien zeker naar 25 ng/ml teruggebracht worden voor benzoylecgonine, cocaïne, en de amfetamines. Voor morfine lijkt de huidige cut-off van 20 ng/ml geschikt. Voor THC kan de cut-off eventueel tot 1.5 ng/ml verlaagd worden; lager bvb.

1 ng/ml is analytisch onverstandig wegens de grotere foutenmarge en de grotere onzekerheid van het meetresultaat.

Het blijft NOODZAKELIJK om de kwaliteit van de analyses te garanderen via een kwaliteitscontrole, die NIET vrijblijvend is. Het gaat hier tenslotte om zware straffen (> 1000 euro) en het resultaat van de bloedanalyse is het enige bewijs van de overtreding. Er is voldoende kennis en literatuur beschikbaar om een labo dat dit soort analyses wenst uit te voeren toe te laten om goed gevalideerde methodes te ontwikkelen met correcte standaarden. Deze kwaliteitscontrole moet meermaals per jaar georganiseerd worden door een onafhankelijk orgaan waar voldoende labo's aan deelnemen om statistisch relevante z-scores te kunnen bekomen. Volgens mij voldoet het GTFCh-programma ruimschoots aan die voorwaarden. Het rapport dat naar elke deelnemer wordt gestuurd is zeer gedetailleerd, behandelt de substanties die in de wet vermeld zijn, en is wetenschappelijk goed onderbouwd.

De analysemethode kan eventueel 'chromatografie met massaspectrometrische detectie met toevoeging van gedeuterieerde interne standaarden' worden waardoor naast gaschromatografie-massa spectrometrie ook LC-MS/MS een plaats zou krijgen voor deze analyses.

De bestaande lijst stoffen is OK behalve MBDB. MBDB verwijderen en eerder MDA toevoegen, is een optie. Andere analieten toevoegen is moeilijk omdat ze zelden voorkomen (bvb bepaalde nieuwe synthetische amfetamines) of moeilijk opspoorbaar zijn met een screeningstest (bvb. GHB). TOCH is het belangrijk om de magistratuur ervan bewust te maken dat een alerte politiemann de inname van bepaalde drugs kan vermoeden of bepaalde effecten noteert in het PV die het labo toelaten om verdere analyses te doen om de effecten te verklaren.

De resultaten van bijkomende onderzoeken kunnen in aanmerking genomen worden door de procureur die dan toch kan veroordelen voor onverantwoord rijgedrag.

7. Bent u bereid uw resultaten anoniem beschikbaar te stellen om een gezamenlijke verwerking van alle stalen in België toe te laten, bijvoorbeeld evolutie van de concentraties, combinaties, vals positieven,...?

NEE	0
JA	5

Bijlage 52

Statistiek van de vervolgingen op basis van de artikelen 35 en 37 bis van de Wet betreffende de Politie over het Wegverkeer voor 2000 t.e.m. 2004.

Vervolg op basis van artikel 35

<i>Algemene informatie</i>		2000	2001	2002	2003	2004
Aantal PV's		9506	8883	10494	12434	12486
Aantal minnelijke schikkingen	Voorgesteld	85	71	86	127	120
	Betaald	53	56	59	98	80
	Betalingstermijn lopende	19	16	18	17	16
Aantal doorverwijzingen "bemiddeling in strafzaken"		3	5	4	2	3
Aantal dagvaardingen		212	238	254	222	190
Aantal vonnissen		206	231	250	226	204
Aantal zonder gevolg		30	22	28	38	30
Aantal intrekkingen rijbewijs		5748	5324	6666	8228	8808

<i>Uitspraken door de rechter (aantal)</i>	2000	2001	2002	2003	2004
Geldboete	8070	7581	8762	9707	9277
Werkstraf	3	19	249	555	561
Geldboete + Probation/opschorting/uitstel	4935	4591	5251	5729	5519
Verval van het recht tot sturen	7883	7457	8852	10090	9810
Gevangenisstraf	231	215	220	178	166
Vrijspraak	592	494	586	928	903
Verjaring					

Vervolg op basis van artikel 35 WPW n.a.v. een verkeersongeval met gekwetsten

<u>Algemene informatie</u>		2000	2001	2002	2003	2004
Aantal PV's		1030	988	1033	1083	1010
Aantal minnelijke schikkingen	Voorgesteld	1	2	0	2	4
	Betaald	1	1	0	1	1
	Betalingstermijn lopende	0	1	0	1	0
Aantal doorverwijzingen "bemiddeling in strafzaken"		0	0	0	0	0
Aantal dagvaardingen		98	116	119	118	105
Aantal vonnissen		110	128	132	128	104
Aantal zonder gevolg		7	5	3	6	4
Aantal intrekkingen rijbewijs		619	581	660	718	730

<u>Uitspraken door de rechter (aantal)</u>	2000	2001	2002	2003	2004
Geldboete	794	774	778	777	699
Werkstraf	0	2	31	63	54
Geldboete + Probation/opschorting/uitstel	466	430	451	464	403
Verval van het recht tot sturen	776	771	801	834	752
Gevangenisstraf	41	45	36	34	40
Vrijspraak	124	117	119	105	93
Verjaring					

Vervolg op basis van artikel 35 na.v. een dodelijk verkeersongeval

<i>Algemene informatie</i>		2000	2001	2002	2003	2004
Aantal PV's		32	30	38	28	30
Aantal minnelijke schikkingen	Voorgesteld	0	0	0	0	0
	Betaald	0	0	0	0	0
	Betalingstermijn lopende	0	0	0	0	0
Aantal doorverwijzingen "bemiddeling in strafzaken"		0	0	0	0	0
Aantal dagvaardingen		19	21	24	20	20
Aantal vonnissen		19	21	24	17	19
Aantal zonder gevolg		2	0	1	1	1
Aantal intrekkingen rijbewijs		14	26	24	20	21

<i>Uitspraken door de rechter (aantal)</i>	2000	2001	2002	2003	2004
Geldboete	17	15	20	15	14
Werkstraf	0	0	1	1	2
Geldboete + Probation/opschorting/uitstel	4	6	7	4	2
Verval van het recht tot sturen	16	15	22	16	15
Gevangenisstraf	15	13	19	15	13
Vrijspraak	8	10	10	6	3
Verjaring					

Vervolg op basis van artikel 37bis

<i>Algemene informatie</i>		2000	2001	2002	2003	2004
Aantal PV's		429	736	596	803	1246
Aantal minnelijke schikkingen	Voorgesteld	19	14	16	4	11
	Betaald	17	11	11	3	9
	Betalingstermijn lopende	2	0	3	1	1
Aantal doorverwijzingen "bemiddeling in strafzaken"		1	2	1	1	2
Aantal dagvaardingen		44	54	52	60	65
Aantal vonnissen		47	61	57	66	67
Aantal zonder gevolg		9	8	9	12	14
Aantal intrekkingen rijbewijs		107	204	165	188	439

<i>Uitspraken door de rechter (aantal)</i>	2000	2001	2002	2003	2004
Geldboete	329	606	505	653	975
Werkstraf	0	1	8	31	43
Geldboete + Probation/opschorting/uitstel	225	382	273	381	567
Verval van het recht tot sturen	308	571	476	655	1002
Gevangenisstraf	11	11	11	5	8
Vrijspraak	10	13	14	16	17
Verjaring					

Bedrag van de geldboete (aantal per categorie)	2000	2001	2002	2003	2004
Bef					
50		2			
200		265	195		
250		6	7		
300		6	2		
350		2	1		
400		4	2		
450		1			
500		3			
Euro					
5					1
10					1
25			1	1	
50			1		
100					1
150			1		
175					
200		37	343	386	495
225					1
250		2	23	22	40
300			13	60	63
350				2	6
400			8	26	31
450			2		1
500		1	6	6	11
600				4	5
650					1
750				1	6
800				1	1
850					3
900					1
1000			1		2
				2	1
Bloedstalen en resultaat(Aantal positieve stalen)	2000	2001	2002	2003	2004
Aantal stalen					
Anfetamines		46	87	74	132
Benzoyllecgonine		35	65	86	178
Cocaïne		9	16	20	49
MBDB			1	2	
MDA		7	4	4	6
MDEA			3	7	2
MDMA		86	86	113	149
Methamfetamine					1
Methylecgonine					1
Morfine			5	25	49
THC	1	161	269	419	770

Vervolg op basis van artikel 37 bis n.a.v. een verkeersongeval met gekwetsten

Algemene informatie		2000	2001	2002	2003	2004
Aantal PV's		10	23	23	23	44
Aantal minnelijke schikkingen	Voorgesteld					
	Betaald					
	Betalingstermijn lopende					
Aantal doorverwijzingen "bemiddeling in strafzaken"						
Aantal dagvaardingen		6	15	13	16	21
Aantal vonnissen		6	15	14	15	21
Aantal zonder gevolg		1				
Aantal intrekkingen rijbewijs		7	10	14	14	14

Uitspraken door de rechter (aantal)	2000	2001	2002	2003	2004
Geldboete	8	17	21	19	34
Werkstraf	0	0	0	1	1
Geldboete + Probation/opschorting/uitstel	1	10	9	10	14
Verval van het recht tot sturen	8	17	20	19	34
Gevangenisstraf	1	1	1	1	4
Vrijspraak	28	36	34	24	36
Verjaring	0	2	1	2	2

Bedrag van de geldboete (aantal per categorie)	2000	2001	2002	2003	2004
Bef					
200	3	1			
250	1				
350	2				
400	1				
Euro					
200	1	10	13	12	21
250		3		2	6
300		2	4	2	2
400			2	3	3
500		1	2		2

Bloedstalen en resultaat (Aantal positieve stalen)		2000	2001	2002	2003	2004
Aantal stalen	Benzoyllecgonine			3		3
	MDA			1		
	MDMA			6	1	4
	THC			4	7	7
	Anfetamines				1	3
	Morfine				1	

Vervolg op basis van artikel 37bis n.a.v. een dodelijk verkeersongeval

Algemene informatie		2000	2001	2002	2003	2004
Aantal PV's		4	4	3	4	9
Aantal minnelijke schikkingen	Voorgesteld	0	0	0	0	0
	Betaald	0	0	0	0	0
	Betalingstermijn lopende	0	0	0	0	0
Aantal doorverwijzingen "bemiddeling in strafzaken"		0	0	0	0	0
Aantal dagvaardingen		3	4	3	4	9
Aantal vonnissen		3	4	3	4	8
Aantal zonder gevolg		0	0	0	0	0
Aantal intrekkingen rijbewijs		1	3	3	2	3

Uitspraken door de rechter (aantal)	2000	2001	2002	2003	2004
Geldboete	3	3	2	2	4
Werkstraf	0	0	0	0	1
Geldboete + Probatie/opschorting/uitstel	1	0	0	2	1
Verval van het recht tot sturen	3	3	2	2	5
Gevangenisstraf	2	2	2	2	3
Vrijspraak	0	1	0	1	0
Verjaring					

Bedrag van de geldboete (aantal per categorie)	2000	2001	2002	2003	2004
Bef					
250		1			
400		1			
Euro					
200		1	1	1	1
250					1
300					1
400					1
500		1	1		
1000				1	

Bloedstalen en resultaat (Aantal positieve stalen)		2000	2001	2002	2003	2004
Aantal stalen	Anfetamines					1
	Benzoyllecgonine					2
	MDMA					2
	THC	1	1	2	1	6

Bijlage 53

Diagnostische criteria van de DSM IV

American Psychiatric Association, Swets & Zeitlinger (1995)

De aan een middel gebonden stoornissen worden onderverdeeld in twee groepen:

1. De stoornissen *in* het gebruik van een middel:
 - afhankelijkheid (wordt verder uitgelegd)
 - misbruik (wordt verder uitgelegd)
2. De stoornissen *door* het gebruik van een middel
 - intoxicatie
 - onthouding
 - delirium
 - persisterende dementie
 - persisterende amnestische stoornis (geheugenstoornis)
 - stemmingsstoornis
 - angststoornis (opvallende angst, paniekaanvallen, dwanggedachten of dwanghandelingen door een middel)
 - seksuele dysfunctie
 - slaapstoornis

Afhankelijkheid van een middel:

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende, die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:

1. Tolerantie
gedefinieerd door ten minste één van de volgende:
 - a. een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken
 - b. een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel
2. Onthouding
zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:
 - a. het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom
 - b. hetzelfde (of een nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden
3. Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was
4. Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden
5. Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten nodig om aan het middel te komen (bijvoorbeeld verschillende artsen bezoeken of grote afstanden afleggen), het gebruik van het middel (bijvoorbeeld kettingroken), of aan het herstel van de effecten ervan
6. Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel
7. Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend sociaal, psychisch of lichamelijk probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel (bijvoorbeeld actueel cocaïne gebruik ondanks het besef dat een depressie door cocaïne veroorzaakt wordt)

of doorgaan met het drinken van alcohol ondanks het besef dat een maagzweer verergerde door het alcoholgebruik)

Misbruik van een middel

- A. Een patroon dat het onaangepaste gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit ten minste één (of meer) van de volgende:
1. Herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate verplichtingen op het werk, school of thuis (bijvoorbeeld herhaaldelijk absent of slecht werk afleveren in samenhang met het gebruik van het middel; met het middel samenhangende absentie, schorsing of verwijdering van school; verwaarlozing van kinderen of het huishouden)
 2. Herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden of bedienen van een machine als men onder invloed van het middel is)
 3. Herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie (bijvoorbeeld aanhouding wegens verstoring van de openbare orde in samenhang met het middel)
 4. Voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergert door de effecten van het middel (bijvoorbeeld ruzie met de echtgenoot over de gevolgen van de intoxicatie, vechtpartijen)
- B. De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria van afhankelijkheid van een middel uit deze groep middelen

Bijlage 54

Notulen werklunch met Dr. E. Maes, Psychiater-Psychotherapeut, Broeders Alexianen, psychiatrische kliniek (Tienen).

datum: 28/07/05

duur: 11u30 tot 14u30

plaats: BIVV, kleine vergaderzaal

- Dr. Maes licht de versnippering van de beroepsverenigingen toe
- vraag voor scheiding keuring en behandeling: voorbeeld van beroepscommissie of expertencommissie voor uitzonderingsgevallen
- het volgende voorbeeld wordt gegeven:
 - jonge vrouw, mishandeld en verkracht door ex-echtgenoot, alcoholafhankelijkheid. Is met succes in dagbehandeling. Krijgt hoederecht toegewezen, komt vervolgens ex-echtgenoot tegen en krijgt opnieuw slaag omwille van dit toegewezen hoederecht. Gevolg: 1 keer gedronken naar deze aanleiding. Zelf komen aangeven en opbiechten. Volgens de wet is ze opnieuw 6 maanden rijongeschikt! Het gevolg is dat ze haar kinderen niet naar school kan of mag doen met de wagen. Dit is oneerlijk en therapeutisch niet te rechtvaardigen. Hiervoor zouden uitzonderingen moeten gemaakt kunnen worden.
- 6 maanden abstinentie is niet onrealistisch gegeven mogelijkheid tot uitzondering: bijvoorbeeld gunstige prognose. voorstel: gunstig medisch advies. voorwaarde voor gunstig advies: regelmatig geneeskundig toezicht, opvolging noodzakelijk.
- hulpverlening: enkele groepen artsen en hulpverleners zijn op de hoogte van de wetgeving en passen ze ook toe
- Indien hulpverleners op de hoogte en toepassen: soms hard om over te brengen aan de patiënt. De formulering die dikwijls gebruikt wordt: 'niet rijgeschikt, maar als iemand anders het goedkeurt (het CARA in dit geval), dan ik ook'. Hieruit blijkt de wens tot duidelijke scheiding behandelend-keurend arts.
- sommige hulpverleners zijn totaal niet op de hoogte en vinden dat hun taak ook niet
- andere wel op de hoogte maar wenst wetgeving niet toe te passen (omwille van de patient-client relatie)
- dus nood aan goede voorlichting en begrijpbare en aanvaardbare regels
- weinig literatuur om beweringen en suggesties te staven; eerder ervaring en wensen
- definities van abstinentie (geheelonthouding) en hervat niet duidelijk (ook voor interpretatie vatbaar) en verschillend tussen onderzoeken
- rijbewijs als incentive?: moet kunnen dus ja, onder voorwaarden bepaald door arts, afhankelijk van situatie tot situatie; afwezigheid van rijbewijs bemoeilijkt bijvoorbeeld dagbehandeling
- vraag: kan abstinentie als eis gesteld worden in de criteria, met andere woorden is dit een haalbare doelstelling van de behandeling?: abstinentie of controle = goed vraag. Niet gemakkelijk op te lossen
- meest haalbare in behandeling: eerst periode van totale abstinentie om later tot gecontroleerd gebruik te komen; dus eerst inderdaad abstinentie. Volgens zijn grafiek is die eerste periode tussen de 6 maand en 2 jaar.
- expliciete vraag naar keuring door gespecialiseerde centra of organen in bijvoorbeeld een rijgeschiktheidsinstituut dat experts zou herbergen die enkel keuren.

Bijlage 55

Verslagen vergaderingen met de binnenlandse experts

Verslag expertenvergadering ROPS (rijden onder invloed van psychoactieve stoffen)
28 september 2005

Aanwezig:

P. Kenis	College Procureurs-Generaal
D. Verstuyft	Politierechter
M. Willekens	Lokale politie
E. Vandenheuvel	Lokale politie
P. Pintelon	Federale politie
H. De Bruycker	Federale politie
A. Verstraete	UGent
E. Raes	UGent
F. Vlaminck	Federale politie
M. Tant	BIVV – CARA
M. Scheers	BIVV – Gedrag en beleid
M. Adriaensen	BIVV – Gedrag en beleid

Verontschuldigd:

H. D'Espallier	Politierechter
H. Neels	Laboratorium
P. Henninck	Politieparket
K. Stinckens	Politieparket
I. Bruggeman	Lokale politie
V. Vermeir	Lokale politie

1. Epidemiologie.

Op dit moment is er geen zicht op druggebruik bij ongevallen aangezien een screening op drugs bij ongevallen niet bestaat. Het is trouwens zo dat indien de alcoholcontrole positief was er niet meer verder getest op aanwezigheid van drugs, conform een richtlijn van het parket. Hier wordt misbruik van gemaakt: men zal bovenop het druggebruik een kleine hoeveelheid alcohol gaan gebruiken zodat deze lage dosis het druggebruik zal 'maskeren'.

Drugs is een probleem dat steeds groter wordt.

I love techno is een groot evenement dat aangeeft dat het drugprobleem zeker een belangrijk aan te pakken fenomeen is. Elk jaar komen er cocktails bij en vindt men nieuwe methodes om controles te vervalsen. Het aantal druggebruikers stijgt, evenals het aantal verschillende combinaties. Tijdens dit evenement worden meer dan 100 bestuurders gecontroleerd op 4 uur tijd. Men merkt dat het aandeel bestuurders onder invloed van alcohol daalt. Rijden onder invloed van alcohol is immers een andere doelgroep.

In België krijgen we te maken met een Frans probleem. Wanneer een bestuurder in Frankrijk wordt gecontroleerd en positief bevonden is wordt hij zwaar bestraft. Om dit te vermijden komt men naar België waar de angst leeft dat de informatie overgemaakt wordt aan de Franse autoriteiten.

Doordat er over de grenzen geen discotheken te vinden zijn komen ook de dealers naar België om hun producten aan de man te brengen.

Redenen om geen drugs in het verkeer te controleren.

Wanneer een politiedienst tijdens de week 's nachts enkel beroep kan doen op twee ploegen en deze houden iemand tegen voor rijden onder invloed van drugs dan is men deze ploeg kwijt voor 1,5 à 2 uur. Dit brengt met zich mee dat er op dat moment geen andere dringende oproepen kunnen behandeld worden.

2. Procedure.

De testbatterij.

Uit de bevraging van de politiediensten bleek dat politieambtenaren de procedure omslachtig en gecompliceerd vinden. Men vindt de procedure om de testbatterij af te nemen te lang, te tijdrovend en te interpretatief.

Uit de vergadering met de experts blijkt dat het probleem van de 'ingewikkelde procedure' eerder relatief is. In de eerste plaats is er een gebrek aan opleiding, daarnaast bestaat er gebrek aan ervaring doordat er nog te weinig controleacties georganiseerd worden. Ten derde, als men dan uiteindelijk moet controleren, duren controleacties langer door het gebrek aan ervaring. Ten slotte dient er interesse en motivatie te bestaan bij de politiemensen om drugscontroles in het verkeer uit te voeren.

De testbatterij is een goed systeem. De experts pleiten ervoor om deze niet te schrappen uit de wetgeving. Indien de testbatterij goed gekend is en goed uitgevoerd wordt, geeft deze een goede en betrouwbare indicatie.

De urinetest.

Als de wetgever dan toch een eventuele vereenvoudiging van de procedure van de drugcontrole wil bekomen, dan zou men beter de urinetest laten vallen. Er bestaat immers een psychologische drempel bij de politiemensen en de bestuurders. Politiediensten zijn niet happig op de uitvoering van deze test. Bovendien dient men extra materiaal te voorzien (bijvoorbeeld sanitaire wagen). Uiteindelijk blijft de bloedanalyse het enige sluitende bewijs.

De resultaten van het labo tonen dat wanneer er een urinetest wordt uitgevoerd er 8% valspositieven zijn. Dit kan soms ook betekenen dat men onder de cut off waarde zit. Wanneer er geen urinetest wordt uitgevoerd dan zijn er 22% valspositieven.

Een ander gegeven dat pleit tegen de urinetest is de kostprijs van een multipletest die redelijk hoog is nl. 11,44€

De bloedafname.

Er bestaat een groot probleem van vorderen van geneesheren met kennis van zaken. De opgeroepen geneesheer gebruikt veelal het argument van de onbereikbaarheid van de plaats (omwille van wegwerkzaamheden, files,...) om geen bloedafname te moeten komen verrichten.

Daarenboven bestaat er veel antipathie bij geneesheren om de bloedafname bij een drugcontrole te komen uitvoeren (bijvoorbeeld omdat men niet achter de wetgeving staat).

Bij grote acties kan alles ter plaatse voorzien worden, een dokter inclusief. Wanneer het gaat om een éénmalige controle langs de weg dan is het moeilijker om een bereidwillige dokter te vinden.

Er is het pleidooi om wat inventiever en creatiever om te gaan met 'logistieke' problemen. Zo zou bijvoorbeeld de babykamer in een wegrestaurant als "sanitaire ruimte" kunnen gebruikt worden of kan de keuze gemaakt worden om onmiddellijk naar een ziekenhuis te rijden indien er geen dokter ter plaatse wil komen.

Verruiming van de wet: andere tests reeds voorzien in de wet.

Op dit moment bestaat nog geen enkele andere betrouwbare test. Men is volop bezig verschillende testen uit te proberen. Mocht er op een bepaald moment een andere test zijn die betrouwbaar is zou het interessant zijn om deze reeds vooraf te voorzien in de wet.

In het project ROSITA II worden verschillende tests met elkaar vergeleken. Wanneer de duur van de speekseltest vergeleken wordt met de duur van de testbatterij én urinetest tezamen is de tijds winst volgens de experts zeer beperkt. Het uitvoeren van de speekseltest is niet vanzelfsprekend daar deze zeer proceduregebonden is. Bovendien speelt het soort test een belangrijke rol; zo is 'Drugwipe' een makkelijker toepasbare test dan het 'Dräger'-systeem.

3. Handhaving. Opleiding.

In de basisopleiding gaat men de politiefunctionarissen voornamelijk 'informereren' met betrekking tot rijden onder invloed van alcohol en drugs. Het is echter eveneens belangrijk dat er tijd besteed wordt aan de praktijk én het leren afwerken van de stukken. Dit gebeurt op dit moment onvoldoende.

Vóór de reorganisatie van de politiediensten bestond er een degelijke opleiding; deze is door de hervorming een stille dood gestorven. Daarenboven zijn de personen die toen de opleiding genoten op dit moment zagezegd niet opgeleid zolang ze niet over een attest van opleiding beschikken van één van de politiescholen in België.

De experts stellen dat niet alle leden van de wegpolitie opgeleid zijn. 25% van de politiemensen in Oost-Vlaanderen blijkt geen opleiding gekregen te hebben. Dit is voornamelijk te wijten aan een tekort aan middelen om de mensen op te leiden en in te kunnen zetten tijdens eventuele weekendcontroles. Doordat er geen middelen zijn om de mensen in te zetten worden er zeer weinig controles opgezet en krijgen de politiemensen onvoldoende de kans om de gekregen theorie in de praktijk om te zetten. Dit zal uiteindelijk een vicieuze cirkel worden: men kent de procedure niet voldoende, men zal hierdoor weinig controles uitvoeren in de praktijk en dus zal weinig ervaring worden opgedaan waardoor er uiteindelijk geen controles meer uitgevoerd zullen worden.

Wanneer de federale politie beweert dat er 52 controles op jaarbasis gebeuren dan worden ook controles die door één ploeg worden uitgevoerd hierbij geteld. Het gaat niet altijd over grote acties drugs in het verkeer.

Statistieken.

Politiediensten zijn vragende partij om de resultaten van de analyses te bekomen. Sommige parketten blijken dit echter niet toe te laten omdat dit niet voorzien werd in de wet. De experts pleiten voor deze feedback aangezien het toelaat de eigen inspanningen te evalueren op effectiviteit en efficiëntie en indien nodig bij te sturen. Bovendien werkt deze feedback motiverend en kan ze de controles drugs in het verkeer enkel ten goede komen.

4. Toezicht en vervolging.

Probleem van de teruggave rijbewijs na 12 uur of na intrekking door het parket.

Er stelt zich een probleem met de teruggave van het rijbewijs na 12 uur. Na 12 uur zijn veelal andere politiefunctionarissen van dienst en deze zijn daarom niet altijd opgeleid. Volgens de wet moet er na verloop van de 12 uur een hertest gebeuren. Om hertesten bij de teruggave van het rijbewijs na 12 uur te stimuleren stellen de experts dat op het commissariaat bij het rijbewijs een document met de uitleg over de testen gelegd moet worden. Op die manier kan iedere politieambtenaar de hertest uitvoeren. Het is zelfs theoretisch zo dat wanneer een positief bevonden bestuurder beslist om verder te rijden met de fiets in principe een hertest zou moeten gebeuren. Dit gebeurt niet in de praktijk. Een bijkomend probleem met de hertest is dat indien een test afgenomen wordt door een niet opgeleide of er geen hertest plaatsvond dit een basis vormt tot nietigheid.

Daarnaast bestaan er duidelijke verschillende aanpakken met betrekking tot de onmiddellijke intrekking van het rijbewijs door de parketten. Sommige parketten trekken bij een positieve urinetest het rijbewijs onmiddellijk in. Dit betekent dat het probleem van de hertest na 12 uur vervalft. Langs de andere kant is het dan ook belangrijk om zo snel mogelijk over de resultaten van het labo te beschikken zodat, indien de bloedtest negatief bleek te zijn, het rijbewijs onmiddellijk teruggegeven kan worden aan de bestuurder.

Een lacune met betrekking tot de onmiddellijke intrekking van het rijbewijs voor 15 dagen door het parket is dat de bestuurder zijn rijbewijs kan gaan ophalen zonder een hertest af te leggen.

Probleem van mogelijke procedurefouten door de huidige wet.

Tot op heden zijn de rechtbanken nog niet geconfronteerd geworden met procedurele problemen. Dit is voornamelijk te wijten aan een gebrek aan kennis van de wetgeving. Wanneer er zich problemen in de toekomst zouden voordoen, zal het zijn omdat een advocaat de hele wetgeving uitpluist. Hoe meer procedure er in een wet voorzien wordt hoe problematischer. Het is belangrijk dat een wet zeer nauwkeurig, kort en bondig is en zo weinig mogelijk interpretatieruimte laat.

Het is echter niet onwaarschijnlijk dat door de toepassing van de wet procedurefouten ingeroepen worden; niet opgeleide agenten, geen hertest, niet correct uitvoeren van de testbatterij, teruggave rijbewijs door onbevoegden,....

De experts suggereren voor een testbatterij/procedure met ja/nee antwoorden. Dit zou bijvoorbeeld het probleem van tegenspraak tussen de dokter en politie kunnen vermijden want indien tegenspraak tussen deze vaststellers bestaat betekent dit een probleem voor de rechter.

Verslavingsproblematiek.

In het kader van een verslaving blijft de persoon in kwestie in feite de wet overtreden en zou hij niet meer mogen rijden. Nu kan enkel op vrijwillige basis een bloedstaal gevraagd worden en kan er getest worden op bepaalde leverwaarden.

De rechter zou eventueel de teruggave van het rijbewijs afhankelijk kunnen stellen van een medisch onderzoek.

“Wit rijbewijs”.

In Frankrijk bestaat er voor de beroepschauffeurs een speciaal rijbewijs; het “Wit rijbewijs” genaamd. Het eventueel invoeren van een “wit rijbewijs” naar Frans model wordt echter niet ondersteund door de groep experts aangezien het in feite een groep is die een voorbeeldfunctie zou moeten hebben naar de andere weggebruikers toe.

5. Rijgeschiktheid en rijbewijs + art. 37.

De rechter kan in het kader van de nieuwe wet een verbod uitspreken voor de categorie van het voertuig waarmee de inbreuk gepleegd is, bijvoorbeeld verbod voor categorie B, maar daarnaast andere categorieën toelaten C of C+E of D omwille van beroepspraktijken. Dit zou betekenen dat indien beroepschauffeurs positief bevonden werden voor rijden onder invloed wanneer zij met een andere voertuigcategorie reden dan voor het professioneel gebruik, zij de beroepsactiviteiten verder kunnen blijven zetten zonder probleem.

In het kader van artikel 35 wordt voorgesteld om “verminderde rijvaardigheid” toe te voegen en duidelijk te omschrijven wat hiermee bedoeld wordt.

6. Analyse.

Toevoegen van andere stoffen dan voorzien in de wet.

De experts van de politiediensten zijn vragende partij om GHB, ketamine en MDA aan de lijst toe te voegen. Bij GHB en ketamine is op dit moment nog een probleem met de sneldetectie.

Verlenging van de duur voor de rapportage van de resultaten.

Een aantal laboratoria vragen een verlenging van de rapportageduur van 14 kalenderdagen naar 3 weken. Het parket echter vraagt om zo snel mogelijk op de hoogte gebracht te worden van de resultaten zodat bij valspositief resultaat het rijbewijs onmiddellijk teruggegeven kan worden. Hoe langer de intrekking duurt, hoe meer het de connotatie van ‘straf’ krijgt.

Men moet zich de vraag stellen wat men in de derde week moet doen wanneer een rijbewijs voor 15 dagen wordt ingetrokken en er overgegaan wordt naar een rapportageperiode door de laboratoria van 3 weken?

Daarnaast is in dit kader een éénvormig beleid van het parket noodzakelijk. Op dit moment wordt er verwezen naar de richtlijn van éénvormig beleid inzake alcoholcontroles. Deze werd echter niet aangepast sinds de invoering van de huidige wet.

7. Andere.

Alcolock.

De experts hebben een aantal bedenkingen rond het gebruik van het alcolocksysteem. Hoe kan het probleem van de mogelijkheid tot het uitschakelen van het alcoholstelsel tegengegaan worden en wie zal de controle hierop uitvoeren. Tenslotte gaat het allemaal om technologie en is het makkelijk manipuleerbaar. In andere landen gebeurt deze controle door een bepaalde organisatie. Vervolgens stelt men zich de vraag wat er gebeurt indien men over twee wagens beschikt?

En wat met drinken onderweg? Een bestuurder moet onderweg stoppen om te blazen, maar kan wel zijn motor laten draaien en zolang de motor draait kan hij blijven rijden. Indien hij boven het toegelaten gehalte geblazen heeft zal het voertuig pas blokkeren op moment dat hij effectief stopt.

Geldt het blazen al dan niet als bewijs voor rijden onder invloed? Normaal gezien, als dit een geijkt toestel is wel. Dhr. Kenis zal het bekijken.

Veplichte laboratoria.

Sommige parketten leggen laboratoria op aan de politiediensten.

**Verslag expertenvergadering ROPS (rijden onder invloed van psychoactieve stoffen)
27 september 2005**

Aanwezig

A. Vanescote	Labo
E. Delbecq	Politieparket
J.-M. Tubetti	Federale politie
F. Vandekerkhove	Federale politie
P. Sarlet	Lokale politie
R. Allard	Lokale politie
E. Bouvry	Lokale politie
A. Verstraete	UGent
E. Raes	UGent
F. Vlaminck	Federale politie
M. Tant	BIVV – CARA
M. Scheers	BIVV – Gedrag en beleid
M. Adriaensen	BIVV – Gedrag en beleid

Verontschuldigd

L. Van Ausloos	College Procureurs-Generaal
J.-L. Desmecht	Politierechter
P. Arnould	Politierechter
G. Warrinnier	Federale politie

1. Epidemiologie.

Drugs in het verkeer is een groeiend probleem.

Voornamelijk jonge bestuurders rijden onder invloed van drugs. De oudere generatie rijdt eerder onder invloed van alcohol. In de alcoholdossiers wordt vaak opgemerkt dat er veel medicatiegebruik is. Vaak wordt dit aangehaald als verzachtende omstandigheid (ik heb niet te veel gedronken maar het is doordat ik medicijnen moet nemen dat ik positief ben) en weet men niet dat het rijden onder invloed van medicijnen ook strafbaar is.

2. Procedure.

Zones hebben logistieke problemen om acties drugs in het verkeer op een degelijke manier uit te voeren; er is geen aparte koelkast voor handen, de kostprijs van een paneltest ligt redelijk hoog namelijk € 11,44,... Wanneer er acties drugs in het verkeer georganiseerd worden gaat dit veelal over grootschalige acties waarbij samengewerkt wordt met andere zones en waarbij materiaal (zoals bijvoorbeeld een sanitaire wagen e.d.) in andere zones gehaald wordt of via de federale politie gereserveerd wordt. Logistieke ondersteuning is noodzakelijk.

Wanneer er 40 personen deelnemen aan een controleactie en er worden 15 personen gecontroleerd zit het dispositief vol. Dit betekent dat er voor langere tijd geen bestuurders meer gecontroleerd worden en er sprake is van veel tijdverlies.

Controles worden soms gevaarlijk (schietpartijen, vluchtgedrag,...). Het personeel is daarom niet gebrand op het uitvoeren van deze controles drugs in het verkeer.

Wanneer de WPR (wegpolitie - police de la route) drugcontroles uitvoert zijn geen 10% van de gecontroleerde bestuurders Belg. Wat is de impact voor de Belgen van deze wet? Het is een Belgische wet en deze doelgroep wordt niet geraakt?

Op een as waar de WPR controles uitvoert passeren veel buitenlanders. Indien deze positief bevonden worden moeten ze geïmmobiliseerd worden op de parking gedurende 12 uren. Dit is niet menselijk (vooral bij vriesweer). Na 12 uur vertrekt men terug en men heeft niet geslapen tijdens de wachttijd; verkeersveiligheid? Moeten we nog een 'rustcamion' voorzien?

De testbatterij.

Er dient nagegaan te worden voor welke drugs de testbatterij een effectief instrument is. Zo is bijvoorbeeld geweten dat indien iemand amfetamines genomen heeft, de testbatterij geen goede indicator is.

Toch zal het een moeilijke oefening worden om de testbatterij te vereenvoudigen aangezien er zoveel verschillende drugs bestaan.

Wanneer de politieambtenaar een testbatterij afneemt en die blijkt positief te zijn dan gaat hij over tot het afnemen van de urinetest. Indien deze test negatief is dan moet hij stoppen. Ook al vermoedt hij dat de persoon in kwestie onder invloed is en niet in staat is om te rijden; hij mag geen bloedtest laten afnemen. Dit is duidelijk een lacune in de wet. Zo zal bijvoorbeeld wanneer iemand onder invloed is van GHB een negatieve urinetest afleveren. De urinetest detecteert een aantal stoffen niet (GHB, Ketamine).

De experts vragen zich af of het niet mogelijk is om de testbatterij te codificeren door scores te geven aan de verschillende testen. Op deze manier zou de testbatterij indicatiever en signatiever worden (te vergelijken met MUG rapport. Het MUG-rapport is een document dat ingevuld wordt door de hulpverleningsdiensten (ambulancier die op het moment van het ongeval ter plaatse komt)). Zeker voor de parketten zou dit een hulpmiddel zijn. Op dit moment kunnen ze de resultaten van de testbatterij niet gebruiken aangezien de resultaten voor hen niet te interpreteren zijn. Men zou moeten komen tot iets dat objectief meetbaar is. Al wat subjectief is betekent immers in de kaart spelen van de advocaten.

De urinetest.

Politiediensten zijn niet happig op de uitvoering van de urinetest. Bovendien staat er een vervaldatum op de urinepotjes.... Doordat er weinig controles drugs in het verkeer plaatsvinden kan het gebeuren dat de vervaldatum overschreden wordt waardoor men deze weggooit terwijl het in feite niet nodig is dat deze potjes een vervaldatum dragen.

De bloedafname.

Sensibilisering van de geneesheren.

Medici zijn vaak niet op de hoogte van de wetgeving aangaande drugs in het verkeer. Daarom is er een nood aan de sensibilisering van de medici en vragen de experts om opleidingen te voorzien voor de geneesheren. Op die manier kan er gewerkt worden aan de op dit moment bestaande discordantie tussen de klinische gegevens (vastgesteld door de politie of de arts ter plaatse) en de gegevens van het labo.

Politie tracht steeds dezelfde dokters mee te vragen maar dit is niet evident zeker niet bij sporadische testen (bijvoorbeeld n.a.v. ongeval). De dokter die effectief aanwezig is, is meestal ook wel gemotiveerd, aangezien hij meestal gevraagd wordt. Dit is dus niet of zelden de arts van wacht. Wanneer geneesheren niet onmiddellijk ter plaatse zijn kan het gebeuren dat de vaststelling van de dokter verschilt met deze van de politiefunctionaris. Aangezien de dokter meestal pas later op de plaats van de feiten aankomt zal er meer krediet gegeven worden aan de vaststellingen van de politie dan aan de dokter die de bloedafname deed in het hospitaal of op de plaats van de controle.

Veel artsen die gecontacteerd worden door de politie om een bloedafname te komen doen, weigeren dit. Dit kan gaan van ethische redenen (vertrouwelijke arts-patiënt relatie) tot het zich niet willen verplaatsen voor deze zaken.

Verruiming van de wet: andere tests reeds voorzien in de wet.

Indien er andere betrouwbare en handig hanteerbare testen op de markt zouden zijn is men voorstander om deze te gaan gebruiken; denken we hierbij aan bijvoorbeeld de speekseltest. Op dit moment is daar echter nog geen sprake van maar men zou deze mogelijkheden reeds kunnen voorzien in de wet.

3. Handhaving.

Opleiding.

18% van de politiefunctionarissen is gevormd. De experts vragen zich af waarop deze cijfers gebaseerd zijn?

In Jurbise bestaat de opleiding uit het louter 'informatie geven'. In Brussel bestaat enkel een theoretische opleiding; de praktische opleiding moet dan weer gevolgd worden in de zone.

Het is noodzakelijk om de opleiding drugs in het verkeer op te nemen in de basisopleiding. Tijdens de stage kan de praktische opleiding gegeven worden. Zo is elke aspirant op het einde van zijn opleiding vertrouwd met de materie en kan hij deelnemen aan acties drugs in het verkeer.

De experts volgden vroeger 5 dagen opleiding. Nu moet dit in 1 of 2 dagen. Een les duurt 4 uur en de praktische fase gebeurt tijdens een controle. Dit zou moeten georganiseerd worden binnen de maand na de theoretische opleiding.

De opleiding binnen de zone gebeurt door een gevormde politiefunctionaris. Voor 2001 kwam dit op een individuele fiche; na 2001 volgden 66 personen van de zone de theorie en praktijk. Het volgen van de opleiding aan de politieschool neemt veel uren in beslag en is bovendien zeer kostelijk voor de zone, maar je krijgt wel een attest. Veel mensen die de opleiding voor 2001 volgden beschikken niet over zo een attest en moeten de opleiding helemaal opnieuw gaan volgen. Er is dus een nood aan de regularisering van de opleiding voor diegenen die voor 2001 opgeleid werden.

In de opleiding dient ook aandacht gegeven te worden aan het 'fraude tijdens plassen'-probleem. Dit is tot op heden geen prioriteit.

Statistieken.

Het gebrek aan statistieken vormt een gebrek voor de efficiënte werking van de politiediensten. In de zone van één van de experts is er geen megadancing en uit de analyse van de ongevallen blijkt dat drugs niet voorkomen. Dit maakt dat acties drugs in het verkeer zeer beperkt zijn. Dit betekent echter niet dat er geen probleem bestaat rond rijden onder invloed van drugs maar zolang het probleem niet bestaat volgens de cijfergegevens is het geen zonale prioriteit en zal er geen actie ondernomen worden. Dit maakt eveneens dat het probleem nooit terug te vinden zal zijn in de statistieken (vicieuze cirkel). De statistieken zijn dus voor een deel gekleurd. De politiek wil niet weten van een 'vuile gemeente' en volgt niet in de redenering van de noodzaak om ook op dit domein actie te ondernemen.

Zelfs tijdens bepaalde festiviteiten worden bepaalde controledomeinen vaak 'vergeten' (alcohol, drugs...).

Moeten we ons bovendien niet de vraag stellen of het voldoende geweten is dat rijden onder invloed van drugs gecontroleerd en bestraft wordt?

Door het parket werden een 40-tal dodelijke ongevallen zonder gevolg geklasseerd. Voor meer dan de helft van de ongevallen was de oorzaak ongekend. Wanneer het gaat om ongevallen met dodelijke afloop ziet het parket er tegenop om de ongevallen dieper te laten bestuderen; het leed is immers al groot genoeg, moeten we er nog een schep bovenop doen met te willen weten of dit te wijten was aan rijden onder invloed.

Langs de ene kant speelt het gegeven om de nabestaanden nog meer te belasten dan nodig is, terwijl er langs de andere kant wel nood is aan cijfermateriaal; uiteraard anoniem. Dit zou kunnen bevraagd worden bij de ziekenhuizen die automatisch een onderzoek doen naar de oorzaak van het overlijden. Er gebeurt automatisch een bloedafname.

Hiermee zal echter in de kaart van de verzekeringsmaatschappijen gespeeld worden die zullen trachten levensverzekeringen niet te moeten uitbetalen.

Een ander onderzoeksproject, BART (Belgian Accident Research Team), wil ongevallenonderzoek niet linken aan parketgegevens om de juridische beoordeling niet te beïnvloeden en een objectief beeld te krijgen van de oorzaak van de ongevallen.

De doelstelling van dit onderzoeksproject is om de ongevallen dieper te gaan bestuderen.

In het kader van de statistieken werd het probleem van artikel 35 naar voren gebracht. Eén van de zwakheden van dit artikel is immers dat het onderwerp van artikel 35 (m.n. dronkenschap en in soortgelijke staat van dronkenschap) moeilijk objectief meetbaar is. Dit betekent dat er op basis van een subjectieve, en dus niet meetbare, vaststelling door een politieambtenaar gehandeld wordt. Wanneer dit voor de rechtbank komt kan dit tot moeilijkheden leiden. Wat betekent een 'analoge toestand aan dronkenschap' immers?

De politiefunctionarissen stellen tijdens de weekends dat er controles uitgevoerd worden minder ongevallen vast. Er kan dus vermoed worden dat acties een effect hebben op het aantal ongevallen.

4. Toezicht en vervolging.

Kan de procedure (testbatterij – urinetest – bloedproef) versoepeld worden? De testbatterij geeft niet meer informatie aan het parket integendeel; dit is echt materiaal voor advocaten. Wanneer de advocaat zou vragen of het een opgeleide agent is die de testen heeft uitgevoerd, of de testen wel correct uitgevoerd werden of de bestuurder geïnformeerd werd over de procedure en de verschillende mogelijkheden om te wachten,... kan het parket niet reageren omdat deze informatie ontbreekt!

Op audiëntie krijgt het parket de resultaten van de testbatterij, de alcoholtest en de bevindingen van de dokter. Deze blijken vaak dag en nacht te verschillen. De dokter bekijkt het probleem vanuit een andere context dan de politiefunctionarissen. Bovendien is het goed mogelijk dat de vaststellingen van de politiediensten tegengesproken worden door de vaststellingen van de arts. De reden hiervan is terug te vinden in het feit dat de arts soms pas 1 uur na de feiten toekomt. De context is dan niet meer dezelfde als het moment waarop de politiediensten de vaststellingen deden. De betrokken bestuurder kan voor een deel ontuchtend zijn (uit de wagen, frisse lucht, al wat uitgerust, geen nieuwe drugs meer kunnen nemen,...). Bovendien gaan bestuurders een ander gedrag vertonen t.o.v. de dokter dan t.o.v. de agenten. Ook dit vormt een probleem voor de beoordeling van de feiten door de rechters.

Prijs van de venules is duur voor justitie (er is slechts 1 bedrijf dat venules aanbiedt). Vaak gebeurt het dat het parket de politiediensten verplicht om de alcoholtesten bij een bepaald labo af te leveren en dat men voor de testen drugs in het verkeer naar een erkend labo moet gaan. Dit betekent dat er twee bloedafnames moeten gebeuren en de politiediensten vaak veel moeite moeten doen en kilometers afleggen om de venules op de juiste plaatsen af te leveren.

Met betrekking tot de vraag of er geweten is dat er recidivisten zijn blijkt dat er zeer weinig recidive vastgesteld worden. Diegene die reeds positief bevonden werden, worden wel nog opgemerkt maar dan enkel als passagier.

Fransen die betrapt worden op het rijden onder invloed van drugs zijn zeer gewillige betalende. In Frankrijk bestaan er immers zeer strenge straffen en leeft de angst om punten op het rijbewijs te verliezen. 9/10 komt naar de zitting omdat men ervan overtuigd is dat de

vaststellingen die in België gebeurden ook gevolgen zullen hebben in Frankrijk, wat niet zo is.

Probleem van de teruggave rijbewijs na 12 uur of na intrekking door het parket.

De experts geven aan dat de teruggave van het rijbewijs aan buitenlanders een probleem vormt; sommigen dagen niet op, anderen vinden de weg naar het commissariaat niet meer terug. Bovendien is er soms sprake van een vertraging tot een maand om het rijbewijs over te maken aan de rechtbank. Daarnaast gaat de betrokken bestuurder in Frankrijk aangifte doen van verlies van het rijbewijs om daarna terug te komen naar België om te verschijnen voor de rechtbank of het rijbewijs te komen afhalen.

Voor bepaalde drugs is de wachttijd van 12 uur te lang; bijvoorbeeld bij gebruik van cannabis daar dit lang detecteerbaar is. Tijdens de wachttijd gebruikt men geen nieuwe drugs dus in principe kan de bestuurder na 6 uur terug op de baan. Zou het niet mogelijk zijn om de wachttijd afhankelijk te stellen van de gebruikte drugs?

5. Analyse.

Toevoegen van andere stoffen dan voorzien in de wet.

Er is een duidelijke evolutie op de markt en het is noodzakelijk om deze snel te kunnen volgen. Daarom verklaren de experts zich akkoord dat doordat de drugs bepaald worden in een wet, we de realiteit achterna hollen. Het probleem is echter dat sommige voorkomende drugs zoals GHB tot op heden niet detecteerbaar zijn met de huidige sneltests. Wel zou er reeds rekening gehouden kunnen worden met de evolutie van de testtechnieken zodat onmiddellijk gestart kan worden met het opnemen van nieuwe drugs vanaf het moment dat de testen op punt staan. Om kort op de bal te kunnen spelen zouden nieuwe detecteerbare drugs, zoals GHB, sneller als verboden middel in de lijst opgenomen moeten worden en zou dit niet meer in de wet ingeschreven moeten worden.

De experts zijn het over eens dat de stof MBDB uit de wet geschrapt mag worden aangezien hier bijna geen vaststellingen meer van gebeuren.

Verlenging van de duur voor de rapportage van de resultaten.

De laboratoria vragen een verlenging van de bestaande rapportageduur naar drie weken. De experts zien hier geen problemen in.

6. Andere.

Het probleem van rijden onder invloed van geneesmiddelen.

In 1999, met de totstandkoming van de wet op rijden onder invloed van illegale stoffen, werd in de eerste plaats gekozen om het rijden onder invloed van drugs aan te pakken. Men zocht dus naar een wet die onmiddellijk toegepast kon worden in de praktijk.

In tweede instantie was het de bedoeling om in te spelen op het probleem van de benzodiazepines. In het buitenland blijkt dat bijvoorbeeld Duitsland de benzodiazepines niet opnam in zijn wetgeving. Zweden daarentegen weer wel maar onder bepaalde voorwaarden. Men weerhield hier twee groepen bestuurders; in de eerste plaats de groep bestuurders die een hogere dosis ingenomen hadden dan de voorgeschreven dosis en de groep bestuurders die benzodiazepines innemen zonder voorschrift. In Zwitserland tenslotte is geen wettelijke limiet opgenomen in de wet maar gebeuren er wel vaststellingen door de politiediensten. Bij ons bestaat dit onder de vorm van artikel 35, met name 'in soortgelijke staat van dronkenschap'. Het probleem met artikel 35 is echter dat er geen instrumenten zijn om dit te meten.

Er wordt op dit moment een groot probleem van rijden onder invloed van geneesmiddelen vastgesteld; het lijkt alsof iedereen antidepressiva neemt. Na alcoholcontrole volgt de drugscontrole en automobilisten zijn zich niet altijd bewust van het risico en het verbod op rijden na inname van bepaalde medicijnen. Bovendien bestaat er een gebruik van cumul van medicijnen. Veel mensen weten niet wat ze doen en hebben geen idee wat dit zou kunnen betekenen op het niveau van de verzekering mocht er een ongeval gebeuren.

De experts pleiten voor een duidelijke vermelding op de verpakking van de geneesmiddelen dat rijden niet mag wanneer men het medicijn gebruikt.

Probleem van methadon.

Er worden regelmatig bestuurders tegengehouden die rijden onder invloed van methadon. Hierbij gaat het in feite om een gecontroleerd druggebruik. In Duitsland en Frankrijk heeft men voor deze mensen een speciaal rijbewijs ingevoerd. In België bestaan er tot op heden geen alternatieven.

Probleem van slaapgebrek.

Experts vragen meer onderzoek naar de beïnvloeding van de rijvaardigheid door gebrek aan slaap. Immers niet enkel alcohol, drugs en medicijnen spelen een belangrijke rol aangaande de verkeersonveiligheid ook het tekort aan slaap is niet te onderschatten. In een proces verbaal is nooit terug te vinden op welk moment de persoon in kwestie opgestaan is. De duur dat de persoon reeds wakker is, is niet meetbaar maar is wel een belangrijke factor die de verkeersveiligheid beïnvloedt.

Het is daarom belangrijk om deze factor mee op te nemen in de studie aangezien het een groot probleem vormt voor bijvoorbeeld marathonfuiers, die daarom niet noodzakelijk een hoge dosis drugs genomen hebben, maar verkeersonveilig gedrag stellen door slaapgebrek. Deze redenering vraagt dus eerder een aanpak via een 'Impairment' wetgeving waar 'afwijkend gedrag' het criterium is, eerder dan de concentraties van de stoffen in het bloed.

Analyselimieteren in de wet.

Eén van de aanbevelingen is om de concentratielimieteren die op dit moment in de wet zijn opgenomen per stof uit de wet te halen en ze in een KB te laten opnemen. Aangezien de technieken verbeteren kunnen de nu vastgelegde limieten voor de analyse van het bloedstaal (nultolerantie) immers aangepast worden. In Duitsland bestaat reeds zo'n voorstel.

Sensibilisatiecampagne BIVV.

In het voorjaar van 2006 zal het BIVV een campagne voeren rond het rijden onder invloed van drugs. De experts laten ons weten dat we best werken via radioprogramma's omdat dit voornamelijk kanalen zijn die tot bij de jongeren geraken en dat we ook de grensstreek (samenwerking met Nederland en Frankrijk) niet mogen vergeten.

Het punt waarop voornamelijk gewezen moet worden is dat rijden onder invloed van alcohol en/of drugs in combinatie met een tekort aan slaap ernstigere gevolgen heeft dan wanneer de bestuurder wel uitgerust is.

Bijlage 56

Voorlopige aanbevelingen voorgelegd aan de binnenlandse experts

1. Aanbevelingen m.b.t. aanpassingen aan de Wet betreffende de Politie over het Wegverkeer¹.

1.1 M.b.t. de artikelen 35 en 37bis

Art 35 bestraft het onder invloed zijn van alcohol, drugs en geneesmiddelen in die mate dat er sprake is van dronkenschap of soortgelijke toestand door het gebruik van drugs of geneesmiddelen. Het Hof van Cassatie heeft in een uitspraak van 13 februari 2002 het begrip "dronkenschap" gedefinieerd als "de toestand van een persoon die zijn daden niet meer blijvend beheerst, zonder noodzakelijkerwijs het besef ervan te hebben verloren".

Met Art 37bis heeft de wetgever een nultolerantie beoogd voor het gebruik van illegale drugs, ook als de rijvaardigheid niet verminderd is. Het betreft hier enkel de in de wet opgesomde stoffen.

Het gebruik van bepaalde stoffen, andere dan de in artikel 37 bis voorziene illegale drugs, hebben een verminderd rijvermogen tot gevolg, zonder dat er sprake is van "dronkenschap of soortgelijke toestand".

Het beteugelen van het gebruik van deze stoffen is in de huidige wetgeving niet voorzien. Bovendien is het in deze gevallen niet mogelijk een bloedproef op te leggen.

Een bijkomend probleem, dat eveneens tijdens de expertenmeetings werd vermeld, is vermoeidheid. Tijdens het weekend wordt vastgesteld dat jongeren soms zeer lang uitgaan en daardoor een verminderd rijvermogen vertonen, maar toch negatieve testen voor alcohol en drugs afleggen. Als een impairment regel wordt ingevoerd zou de factor vermoeidheid hier in kunnen worden opgenomen.

Een oplossing voor de geschetste problemen kan bekomen worden door een artikel 35 bis in te voegen dat een verminderde rijvaardigheid door het gebruik van drugs, geneesmiddelen of andere stoffen of door vermoeidheid strafbaar stelt. In dit geval zouden dezelfde straffen als voorzien in artikel 37 bis van toepassing kunnen zijn (200 euro tot 2000 euro). In artikel 38 §1 1° zou dan ook artikel 35 bis moeten vermeld worden zodat de rechter ook in dit geval de mogelijkheid zou hebben om een verval van het recht tot sturen uit te spreken.

Voor de beoordeling van de verminderde rijvaardigheid kunnen drie pijlers in aanmerking genomen worden: beschrijving van het gedrag door de politie, het verslag van de arts en het resultaat van de bloedproef.

Dit voorstel zou dus betekenen dat voor de in de wet benoemde psychoactieve stoffen een per se wetgeving geldt en voor alle andere psychoactieve stoffen een impairment wetgeving. Wanneer de bestuurder in staat van dronkenschap of soortgelijke toestand toestand verkeert kan een zwaardere straf op basis van art 35 (altijd verval van het recht tot sturen) opgelegd worden.

1.2 M.b.t. Art 37 bis & 1 1°

Schrappen MDEA en MBDB (komen quasi niet voor)

Meerdere politiecorrespondenten stellen voor om MDA, ketamine en GHB toe te voegen aan de lijst van verboden stoffen. Uit studies blijkt bovendien dat het gebruik van benzodiazepines problematisch is voor het rijden onder invloed. Aangezien voor

¹ Wet PWv, gecoördineerd door het K.B. van 16 maart 1968

ketamine en GHB geen sneltest bestaat en voor de benzodiazepines een “per se” wetgeving moeilijk toepasbaar is wordt dit voorstel niet weerhouden. Door het invoeren van een artikel 35 bis (zie punt 1.1 hiervoor) kan hieraan tegemoet gekomen worden.

1.3 M.b.t. Art 55 – 1°

Bijvoegen bij de artikelen waarbij het parket een onmiddellijke intrekking van het rijbewijs kan opleggen: Art 35 (en 35 bis – zie punt 1.1 hiervoor)

Verantwoording: Art 35: dronkenschap of soortgelijke toestand kan ook veroorzaakt worden door andere stoffen dan alcohol of deze bepaald in Art 61bis §2.2°. Indien een artikel 35 bis zou worden ingevoegd is het een overtreding op dit artikel dat aanleiding zou moeten kunnen geven tot een intrekking van het rijbewijs. Impairment zou dus ook aanleiding kunnen geven tot intrekking van het rijbewijs.

Een beschrijving van het gedrag van de bestuurder door de politie en een geneesheer kan de basis van de beslissing tot intrekking vormen.

Art 55 – 1° samen met het voorstel geformuleerd onder het punt 1.9 hierna zou er voor moeten zorgen dat alle personen die niet meer rijgeschikt zijn (medisch of psychisch) onmiddellijk hun rijbewijs verliezen van zodra hun ongeschiktheid wordt opgemerkt.

1.4 M.b.t. Art 56

Wanneer het parket een rijbewijs heeft ingetrokken wegens een positieve urinetest is niet voorzien dat een negatieve test (testbatterij of urinetest) moet worden afgelegd vooraleer het rijbewijs kan teruggegeven worden. Wanneer het rijbewijs wordt ingehouden door de politie wel. In artikel 56 zou kunnen voorzien worden dat het rijbewijs dat werd ingetrokken in de procedure drugs in het verkeer (of alcoholintoxicatie) enkel wordt teruggegeven na het afleggen van een negatieve test.

1.5 M.b.t. Art 61bis §1

De wet voorziet dat alle operationele personeelsleden van de politie de testen mogen uitvoeren (Verwijzing in Art 61bis §1 naar Art 59 §1). In de ministeriële richtlijn wordt vermeld dat enkel opgeleide en gekwalificeerde agenten bevoegd zijn. Deze tegenstrijdigheid kan worden opgelost door artikel 61bis §1 te wijzigen.

De huidige tekst *"De in artikel 59, §1 bedoelde overheidspersonen kunnen de testen in §2 van dit artikel opleggen"* zou kunnen gewijzigd worden in *" De in artikel 59, §1 bedoelde overheidspersonen, die een gespecialiseerde opleiding hebben gevolgd zoals bepaald door de minister die bevoegd is voor verkeersveiligheid, kunnen de testen in §2 van dit artikel opleggen"* .

1.6 M.b.t. Art 61bis §2

Nieuwe bepaling invoegen dat de testbatterij niet moet uitgevoerd worden en als positief wordt beschouwd als de betrokkene toegeeft illegale stoffen te hebben gebruikt. De urinetest zou dan onmiddellijk kunnen worden opgelegd.

1.7 M.b.t. Art 63 §2

Methode van analyse anders beschrijven: "gaschromatografie – massaspectrometrie met gebruik van gedeutereerde interne standaarden" vervangen door "gas – of vloeistofchromatografie met massaspectrometrische detectie met toevoeging van gedeutereerde interne standaarden". Hierdoor wordt ook LC-MS/MS als analysemethode mogelijk.

De cut off waarden van bepaalde stoffen kunnen door de evolutie van de analysemethoden op een wetenschappelijk verantwoorde manier verlaagd worden. Het betreft benzoylcegonine, cocaïne en amfetamines (van 50 ng/ml naar 25 ng/ml) en THC (van 2 ng/ml naar 1 ng/ml) en morfine (van 20 ng/ml naar 10 ng/ml).

De Raad van State stelde in haar advies op het voorontwerp van Wet² dat in de wet de stoffen moeten bepaald worden waarop de wet van toepassing is en het gehalte ervan in het lichaam voordat een rijverbod wordt opgelegd. In het ontwerp van wet was vermeld dat de Koning dit zou bepalen bij een in Ministerraad overlegd besluit. Wat betreft de gehaltenes was voorzien:

"- voor elke stof of groep van stoffen de waarde waaronder de test niet in aanmerking wordt genomen. Deze waarde wordt bepaald in functie van de technische mogelijkheden en van het bestaan van eender welke invloed op de rijvaardigheid"

Door het gegeven advies werden dus de stoffen en het gehalte in de wet opgenomen. Maar wat het gehalte betreft is er geen discussie mogelijk, er is een nultolerantie, dus het vinden van deze stoffen in het lichaam is strafbaar, ongeacht de waarde. Het probleem is dat de wetenschap geen absolute zekerheid van de aanwezigheid van deze stoffen kan geven wanneer waarden beneden een bepaald niveau gemeten worden. Door de verfijning en verbetering van de analysemethoden kunnen de waarden dus dalen (zie hiervoor). Indien dit gebeurt, is een wetswijziging noodzakelijk. Wanneer deze waarden bepaald worden in een Koninklijk Besluit is de wijziging makkelijker aan te brengen. We stellen dus voor dat deze waarden niet meer in de wet worden vastgelegd maar in een KB. In de wet wordt dan de nultolerantie vastgelegd met verwijzing naar het KB voor wat de in voege zijnde, wetenschappelijk bepaalde cut-off waarden betreft.

1.8 Nieuw

In de wet voorzien dat een bestuurder geen alcohol of drugs mag gebruiken vooraleer een test werd afgenomen indien hij kan vermoeden dat hij door de politie zal gecontroleerd worden na het beëindigen van zijn of haar rijprestatie (bijvoorbeeld voor een periode van zes uren). Dit is bijvoorbeeld van belang bij ongevallen en vluchtmisdrijf.

1.9 Nieuw

In de Wet van 20 juli 2005 Art. 55bis is het voorzien dat het intrekken van een rijbewijs door de Procureur des Konings door een beschikking van de politierechter twee keer met drie maanden kan verlengd worden.

Indien er vermoedens bestaan dat de betrokken bestuurder afhankelijk is van een illegale psychoactieve stof (dus zelf zonder dat recidive voor een inbreuk op Art 37 bis wordt vastgesteld) of alcohol zou de mogelijkheid moeten gecreëerd worden deze persoon te verplichten een geneeskundig onderzoek te ondergaan bij een gespecialiseerde arts om te bepalen of er geen lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid tot het besturen van een voertuig bestaat. Dit onderzoek zou, omwille van de objectiviteit, voorafgegaan moeten worden door een haartest die een indicatie kan geven over het al dan niet chronisch gebruik door de persoon .

Het onderzoek zou dus al voor de uitspraak ten gronde moeten opgelegd worden, omdat anders de mogelijkheid bestaat dat de betrokkene zijn rijbewijs na zes maand terug bekomt en pas na langere tijd voor de rechter verschijnt voor de uitspraak ten gronde. Bovendien stelt dit de betrokkene in staat om reeds aan zijn/haar probleem te werken en kan de rechter hier desgevallend rekening meehouden. De verplichting om een onderzoek te ondergaan zou door de rechter kunnen opgelegd worden naar aanleiding van de eerste verlenging van de intrekking.

1.10 Nieuw

² Advies van de Raad van State van 23 juni 1997, B.S. 1840/1 – 98/99

Er wordt vaak voorgesteld om bepaalde testen te schrappen. Anderzijds zijn agenten die vertrouwd zijn met de procedure wel overtuigd van het nut van de testen.

We besluiten hieruit dat een diepgaand onderzoek moet uitwijzen of er testen uit de batterij moeten verwijderd worden en/of er nieuwe testen moeten bijgevoegd worden. Dit onderzoek is volop aan de gang zodat er op wetgevend vlak reeds proactief gereageerd kan worden.

Zo kan men in de wet het gebruik van andere testen, t.t.z. het gebruik van de speekseltest reeds voorzien. Voor de beschrijving, de gebruiksmodaliteiten en de bepaling van deze testen kan naar een K.B. verwezen worden dat zal opgesteld worden van zodra de resultaten van deze testen voldoende betrouwbaar zijn. Er zouden dus twee procedures voorzien worden: enerzijds testbatterij + urinetest + bloedproef en anderzijds speekseltest + bloedproef. De bloedproef zou in beide gevallen als rechtsgeldig bewijs gelden. Wanneer een negatieve speekseltest wordt afgelegd en er bestaat toch vermoeden van gebruik van een illegale drug zou alsnog een urinetest kunnen opgelegd worden.

Aangezien er verschillende testen op de markt zijn (met verschillende gevoeligheid) zou omwille van gelijkheid en uniformiteit een centrale aankoop van de toestellen kunnen voorzien worden, zoals nu reeds het geval is voor de urinetesten.

2. Aanbevelingen m.b.t. aanpassingen aan het K.B. van 4 juni 1999³.

2.1 M.b.t. artikel 3

De bepaling schrappen dat de buizen waarin het bloed wordt opgevangen uit "wit neutraal glas" moeten bestaan. In geen enkel ander land is dit voorzien. Ook plastic buizen kunnen zonder probleem gebruikt worden

2.2 M.b.t. artikel 7

De vereiste om de buizen "rechttop" te bewaren schrappen.

3. Aanbevelingen m.b.t. aanpassingen aan het K.B. van 23 maart 1998⁴

3.1 M.b.t. Art. 1.2. van het hoofdstuk IV van de bijlage 6 van het K.B.

De termen "verslaafd" en "overmatig gebruik" geven aanleiding tot discussie en verschillende interpretaties. Verslaafd is geen medische term en overmatig gebruik suggereert een bepaling van kwantiteit. In het DSM, een internationaal classificatiesysteem voor psychische stoornissen worden de termen "afhankelijkheid" en "misbruik" gedefinieerd. We stellen voor om deze termen te gebruiken in Art 2.1.

Wijzigen van de huidige formulering

*" De kandidaat die aan psychotrope stoffen **verslaafd** is of die stoffen overmatig gebruikt zonder daaraan **verslaafd** te zijn, is niet rijgeschikt"*

Vervangen door:

*" De kandidaat die **afhankelijk** is van psychotrope stoffen of die stoffen **misbruikt**, is niet rijgeschikt.*

3.2 M.b.t. Art. 1.3. van het hoofdstuk IV van de bijlage 6 van het K.B.

De Europese richtlijn (Art. 15.1, bijlage VI, 91/439/EEC) stelt dat een ongunstige invloed op het rijden een bijkomende voorwaarde is bij het regelmatig gebruik. De "of" in de tekst van Art. 1.3 moet dus vervangen worden door "en".

Wijzigen van de huidige formulering

³ Koninklijk Besluit van 4 juni 1999 betreffende de bloedproef met het oog op het bepalen van het gehalte van andere stoffen dan alcohol die de rijvaardigheid beïnvloeden, B.S. 8 juni 1999, gewijzigd door het K.B. van 31 mei 2001 en het K.B. van 26 mei 2002.

⁴ Koninklijk Besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs, B.S. 30 april 1998.

"De kandidaat die regelmatig, in welke vorm dan ook, psychotrope stoffen gebruikt die een nadelige invloed op de rijgeschiktheid kunnen hebben of die dusdanige hoeveelheden gebruikt dat het rijgedrag daardoor ongunstig wordt beïnvloed is niet rijgeschikt. Hetzelfde geldt bij gebruik van alle andere geneesmiddelen of geneesmiddelencombinaties die de waarneming, de stemming, de aandacht, de psychomotoriek en het oordeelsvermogen ongunstig beïnvloeden."

Vervangen door:

" De kandidaat die regelmatig, in welke vorm dan ook, psychotrope stoffen gebruikt die een nadelige invloed op de rijgeschiktheid kunnen hebben en die dusdanige hoeveelheden gebruikt dat het rijgedrag daardoor ongunstig wordt beïnvloed is niet rijgeschikt. Hetzelfde geldt bij gebruik van alle andere geneesmiddelen of geneesmiddelencombinaties die de waarneming, de stemming, de aandacht, de psychomotoriek en het oordeelsvermogen ongunstig beïnvloeden."

3.3 M.b.t. Art 1.5. van het hoofdstuk IV van de bijlage 6 van het K.B.

In Art. 1.5 wordt 6 maand abstinentie als absoluut bepaald. Uit heel wat wetenschappelijke studies blijkt dat 6 maand een soort gulden middenweg is die echter niet als absoluut kan beschouwd worden. Uit een onderzoek van het nationaal Institute on Drug Abuse blijkt dat de hervalcures na een initiële abstinentie van 3 en 6 maanden nagenoeg gelijk lopen.

Uit de zorgverleningssector komt de opmerking dat een kortere periode kan wanneer gunstige prognostische factoren aanwezig zijn. Het terugbekomen van het rijbewijs kan dan een therapeutische waarde hebben.

Gezien de steeds bestaande kans op herval is een langere periode van controle aangewezen.

We stellen volgende wijzigingen aan de huidige formulering voor:

*" De kandidaat **die aan psychotrope stoffen verslaafd is geweest of er overmatig gebruik van heeft gemaakt**, kan evenwel na een periode van bewezen onthouding van minstens zes maand rijgeschikt worden verklaard. De geldigheidsduur van de rijgeschiktheid is beperkt tot maximaal drie jaar."*

Vervangen door:

"De kandidaat bedoeld in artikel 1.2 of 1.3, kan evenwel na een periode van bewezen onthouding van minstens zes maand rijgeschikt worden verklaard.

Indien er prognostisch uitzonderlijk gunstige factoren zijn, kan onder dezelfde voorwaarden deze periode ingekort worden tot drie maanden.

De geldigheidsduur van het rijgeschiktheidsattest is voor de eerste afgifte beperkt tot drie maand. Voor een periode van 1 jaar is het 3 maandelijks verlengbaar onder dezelfde voorwaarden. Na deze periode kan voor een periode van 1 jaar een rijgeschiktheidsattest van maximaal 6 maand afgeleverd worden onder dezelfde voorwaarden. Daarna kan voor een periode van 3 jaar de geldigheidsduur met maximum 1 jaar worden verlengd onder dezelfde voorwaarden. Daarna kan een rijgeschiktheidsattest afgeleverd worden voor maximaal 3 jaar, onder dezelfde voorwaarden.

De voorwaarden voor het afleveren van een rijgeschiktheidsattest of voor de verlenging van de geldigheidsduur zijn dat de kandidaat onder regelmatig geneeskundig toezicht staat, de voorgeschreven behandeling, in een gespecialiseerd centrum en met abstinentie als doelstelling, nauwgezet en met succes volgt, blijkt geeft van een strikte therapietrouw, en voldoende inzicht heeft in de problematiek. Een gunstig psycho-medisch-sociaal verslag is steeds vereist."

3.4 Nieuw: Behandelend versus Keurend arts

De meeste artsen vinden de rollen van behandelend en keurend arts onverenigbaar. Meestal weigeren ze om hun rol als keurend arts op te nemen of verklaren zich onbevoegd. De meeste medici en hulpverleners zijn bijgevolg voorstander van een strikte scheiding tussen beide functies en wensen voor de rijgeschiktheidsbeoordeling

te kunnen doorverwijzen naar een keurend collega-specialist terzake. Op die manier draagt de behandelaar ten eerste geen verantwoordelijkheid meer en ten tweede komt de gevaloriseerde arts-patiënt relatie niet in het gedrang. Gezien deze wens niet enkel uit deze (drugsgelateerde) sector komt, maar een breed en algemeen medisch draagvlak heeft, ligt het voor de hand om de gehele rijgeschiktheidsproblematiek in één enkel instituut of instelling onder te brengen. Dit 'rijgeschikheidscentrum' zou, aangesteld door en in naam van de Minister, alle rijgeschiktheidsbeoordelingen, expertises terzake en beoordeling van uitzonderingsgevallen kunnen behandelen. Een soortgelijke functie wordt momenteel waargenomen door het CARA, afdeling van het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid, maar met meer beperkte bevoegdheden. Door zijn expertise is het CARA uitgegroeid tot een nationaal kenniscentrum betreffende rijgeschiktheid en wordt in die hoedanigheid door vele artsen en keurende diensten geconsulteerd voor advies, evaluaties en keuring van personen.

4. Richtlijn van de Minister van Justitie aan de politiediensten (COL 15/2000)⁵

4.1 Teruggave van het rijbewijs na inhouding

Twee artikels uit de omzendbrief geven aanleiding tot de discussie of in alle gevallen een urinetest moet worden afgenomen vooraleer het rijbewijs wordt teruggegeven. Deze zijn:

22. Tevens wordt erop gewezen dat de gestandaardiseerde testbatterij ook de eerste etappe is alvorens opnieuw te mogen sturen of begeleiden na een rijverbod (nieuw artikel 61ter, § 2, van de wet over het wegverkeer).

28. De immunoassay vormt de tweede stap om opnieuw te mogen sturen of begeleiden na een tijdelijk rijverbod (nieuw artikel 61ter, § 2, van de wet betreffende de politie over het wegverkeer).

Hieruit kan men besluiten dat de twee testen een negatieve uitslag moeten hebben. De wet is nochtans duidelijk, na een negatieve testbatterij is geen urinetest meer nodig (Art 61bis §1 PWv). De richtlijn zou in deze zin kunnen aangepast worden.

4.2 Bloedafname voor alcohol en illegale drugs

Indien een bloedafname moet gebeuren voor het bepalen van het alcoholgehalte en de aanwezigheid van een illegale psychoactieve stof volstaat voor een laboratorium één afname van drie venules.

Verschillende parketten schrijven echter voor dat de bloedstalen voor het bepalen van het alcoholgehalte in een plaatselijk laboratorium moeten gebeuren, terwijl dit laboratorium niet erkend is voor de analyse van psychoactieve stoffen. Er moeten dan aparte afnames gebeuren wat geen zin heeft.

In de richtlijn zou duidelijk kunnen omschreven worden dat in geval zowel een analyse voor alcoholintoxicatie als voor de aanwezigheid van een illegale psychoactieve stof moet gebeuren, één enkel bloedstaal moet genomen worden dat in hetzelfde (dus erkende) laboratorium zal geanalyseerd worden.

Tevens kan hieraan worden toegevoegd dat in dat geval de geneesheer geacht wordt één prestatie te hebben geleverd en dat er dus slechts één kostenstaat moet worden opgesteld.

4.3 Processen-verbaal drugs in het verkeer, andere verkeersovertredingen en gerechtelijk.

Er heerst veel onzekerheid over de te volgen methode van werken. In de COL 14/2000 staan verschillende bepalingen over wat in één proces verbaal mag worden

⁵ Richtlijn van de Minister van Justitie, dd. 5 december 2000, gericht aan de politiediensten, inzake de Wet van 16 maart 1999 tot wijziging van de Wet betreffende de Politie over het wegverkeer, gecoördineerd op 16 maart 1968, - Stoffen, andere dan alcohol, die de rijvaardigheid beïnvloeden – onderrichtingen voor de politiediensten.

opgenomen en wat niet, hoe de verwijzingen in de processen-verbaal naar elkaar mogen of niet mogen. Dit werd ingegeven door het feit dat de wet van 16 maart 1999 een verhoging van de verkeersveiligheid tot doel had. Een duidelijke, éénvormige bepaling en toepassing dringt zich op.

5. Aanbevelingen i.v.m het toezicht

5.1 De opleiding

De opleiding verschilt sterk naargelang de school. Een duidelijke invulling van de inhoud van de te geven cursus, zoals voorzien in de ministeriële richtlijn, is noodzakelijk maar niet steeds aanwezig.

In sommige zones worden intern opleidingen georganiseerd (wegens gebrek aan opleidingen in de scholen). Over de kwaliteit van deze opleidingen kan niets gezegd worden daar ze sterk verschillen.

Alleen de opleiding aan een erkende school kan in rekening gebracht worden voor het toekennen van het brevet.

Enige standaardisatie van de opleiding is nodig.

De meeste scholen geven een cursus in de basisopleiding, maar dit is meer een kennismaking dan een volledige cursus. Een personeelslid kan enkel geacht worden gekwalificeerd te zijn na het volgen van een voortgezette (baremische) opleiding "drugs in het verkeer".⁶

Er is tevens noodzaak om de situatie van voor de integratie van de politiediensten te regulariseren. De rijkswachters die een opleiding hebben gekregen in een rijkswachterschool hebben hiervan geen brevet.

5.2 De uitvoering

De kwaliteit van de uitvoering van de procedure door de politie hangt in grote mate af van de genoten opleiding en de ervaring die de controlerende agent heeft. Uiteraard speelt ook de motivatie een grote rol. Het is dus niet aangewezen om alle politieambtenaren een opleiding te geven, maar elk korps zou voldoende goed opgeleide agenten moeten hebben om een permanentie te verzekeren.

Ook het probleem van de teruggave van het rijbewijs na 12 uur zou hierdoor worden opgelost.

Soms wordt gepleit om de periode van inhouding van het rijbewijs door de politie (12 uur) aan te passen aan het product. We menen dat hieraan niet moet geraakt worden.

5.3 Aanwezigheid dokter bij thematische controles

Er gaat vaak tijd verloren door het oproepen van een dokter voor het uitvoeren van een bloedproef. Indien de mogelijkheid van een uurvergoeding wordt voorzien zou de dokter gedurende de ganse periode van de controle aanwezig kunnen zijn op de plaats waar de bloedproef wordt afgenomen. Positieve bestuurders zouden dan een prestatievergoeding betalen zoals nu het geval is.

Experten van de politie geven aan dat het moeilijk wordt om dokters te vinden om de bloedproef uit te voeren (er met vaak beroep gedaan worden op de geneesheer met dienst). Het voorzien van een uurvergoeding, samen met een beroep doen op aangenomen geneesheren van de politie kan een oplossing bieden. De aangenomen geneesheren zouden ook een opleiding kunnen krijgen zodat ze de procedure goed kennen.

⁶ Momenteel zijn in het MB van 24 oktober 2002, houdende het algemeen studiereglement betreffende de basisopleiding van de personeelsleden van het operationeel kader van de politiediensten, 9 lesuren voorzien voor het aanleren van de wetgeving, bediening van toestellen voor alcoholcontrole, uitvoeren testbatterij, urinetest en bloedproef, opstellen van de nodige processen-verbaal. Uiteraard is dit veel te weinig om de aspiranten degelijk op te leiden

5.4 Opdrijven frequentie van de controles

Het aantal controles is momenteel zeer beperkt waardoor de wetgeving deels aan haar doel voorbijgaat. Het opdrijven van de controles is dus zeker nodig. Een vereenvoudiging of versnelling van de procedure is hiervoor wenselijk.

6. Aanbevelingen m.b.t. vervolging

6.1 Intrekking rijbewijs

Sommige parketten trekken het rijbewijs van personen die een positieve urinetest aflegden altijd in, andere parketten doen dit nooit.

Wanneer het rijbewijs wordt ingetrokken en de bloedproef is negatief (de resultaten van de laboratoria tonen dat er 14% vals positieve urinetesten zijn) stelt zich een probleem daar er blijkbaar geen reden was voor de intrekking.

Een ander probleem is dat er ingeval het rijbewijs werd ingetrokken, er voor de teruggave ervan niet voorzien is dat er een nieuwe test moet afgenomen worden.

Een eenvormige behandeling door alle parketten dringt zich op.

Een mogelijke eenvormige richtlijn is dat er een onmiddellijke intrekking wordt bevolen wanneer er een weigering is om een urinetest af te leggen of wanneer de urinetest positief is voor minstens twee drugs (de kans op een vals positieve urinetest is dan gering).

6.2 Alcohol en druggebruik

Bepaalde parketten schrijven voor dat wanneer een bestuurder positief is voor alcohol er niet meer gecontroleerd wordt op druggebruik. Dit wordt gedaan omwille van de kostprijs van een bloedanalyse, de omslachtigheid van de drugcontrole en het feit dat er reeds een beveiligingsmaatregel wordt genomen (inhouden rijbewijs voor 6 uur en verlengbaar tot een negatieve ademtest wordt afgenomen).

Andere parketten laten de drugcontrole wel toe .

Testen voor beide overtredingen heeft pro en contra. Pro: de rechter krijgt alle bewijzen en personen die een beetje alcohol gebruiken om hun druggebruik te verbergen worden ontmaskerd. Contra: niet echt efficiënt vermits de betrokkene al voor alcoholgebruik uit het verkeer wordt genomen.

Een éénvormige behandeling door alle parketten dringt zich echter op, anders komen we tot ongelijke behandeling (parket dat niet laat controleren op drugs tegenover parket dat wel laat controleren en bij positieve test het rijbewijs intrekt)

6.3 Resultaten van de bloedanalyse

De meeste politiediensten wensen de resultaten van de bloedanalyse te ontvangen. Deze feed back geeft een idee over de waarde van de procedure en over de gevatheid van het optreden. Nochtans zijn er parketten die aan de laboratoria hebben laten weten dat ze de resultaten niet aan de politie mogen bekend maken. De reden die wordt opgegeven is dat het niet voorzien is dat de politie de resultaten ontvangt.

We stellen voor dat aan de erkende laboratoria wordt opgelegd dat ze de resultaten ook aan het vaststellende politiekorps moeten overmaken.

7. Aanbevelingen i.v.m. verder onderzoek

7.1 Onderzoek naar betrokkenheid van bestuurders onder invloed van drugs in dodelijke ongevallen.

Testen op gebruik van drugs (en alcohol) van alle bestuurders betrokken in een dodelijk verkeersongeval om een idee te krijgen van het belang van het fenomeen. In een tweede stadium zou de verantwoordelijkheid voor het ongeval door de eventuele gebruiker van drugs (of alcohol) kunnen nagegaan worden.

Wanneer statistieken aantonen dat het gebruik van drugs (of alcohol) door bestuurders een belangrijke oorzaak is van dodelijke ongevallen zullen politiezones gemakkelijker kunnen overtuigd worden om dit fenomeen als prioritair te beschouwen. Een probleem is dat de verzekeringen dit gegeven zullen gebruiken voor de rechtbank. Er zou dus een mogelijkheid moeten gezocht worden om de resultaten van deze testen enkel voor wetenschappelijk onderzoek beschikbaar te stellen.

7.2 Vergelijkend onderzoek naar de betrouwbaarheid van enerzijds de testbatterij en de urinetest, anderzijds de speekseltest

Er is nood aan vergelijkend onderzoek inzake de betrouwbaarheid van enerzijds de testbatterij en de urinetest en anderzijds de speekseltest. Daarvoor zijn niet alleen gegevens nodig over de vals positieven maar ook informatie over de vals negatieven is hiervoor onontbeerlijk.

7.3 Alcolock

Alcohol Ignition Interlocks kunnen voor bepaalde doelgroepen een doeltreffend alternatief zijn aan het verbod op het recht tot sturen. Bijvoorbeeld voor bepaalde groepen bestuurders of personen met een verslavingsprobleem. Een mogelijke juridische implementatie en de ontwikkeling van een Belgisch alcolock-programma dient onderzocht te worden.

8 Aanbevelingen m.b.t. communicatie en sensibilisatie

Uit de attitudemeting 2003 – 2004 uitgevoerd door het BIVV blijkt dat de subjectieve pakkans voor het gebruik van illegale psychoactieve stoffen klein is (meer dan 70% beschouwt de kans om gecontroleerd te worden als zeer klein tot klein). Bovendien is de subjectieve kans om gestraft te worden wanneer men betrappt wordt ook niet groot (33% acht de kans om in dit geval gestraft te worden zeer klein tot klein). Er is dus nood aan een sensibilisatie- (zowel van de algemene bevolking als van de politiediensten) en communicatiecampagne, die gepaard moet gaan met een doorgedreven handhaving door de politiediensten.

Uit gesprekken met politieambtenaren blijkt dat het probleem van het rijden onder invloed van psychoactieve stoffen en de gevolgen ervan op de verkeersveiligheid onderschat worden. Waar alcoholgebruik in bijna alle zonale veiligheidsplannen als een prioritair aan te pakken verkeersveiligheidsprobleem wordt genoemd is de aanpak van druggebruik door bestuurders in veel minder mate aanwezig. De omslachtigheid van de procedure zal hier uiteraard toe bijdragen, maar bij ongevallen waarbij een bestuurder tekenen vertoont van druggebruik zou de procedure toch altijd moeten uitgevoerd worden.

Een sensibilisatie en informatiecampagne zou de politie ertoe kunnen aanzetten om meer aandacht te besteden aan het probleem van drugs in het verkeer.

Er wordt vastgesteld dat heel wat artsen niet goed op de hoogte zijn van de procedure om een persoon medisch ongeschikt te verklaren om te rijden. Een informatiecampagne naar de artsen toe zou dit euvel kunnen verhelpen.

Bijlage 57

Verslagen van de vergaderingen met het begeleidingscomité

Verslag ROPS Begeleidingscomité 22/02/05

Plaats van vergadering: POD Wetenschapsbeleid, Wetenschapsstraat 8, 1000 Brussel.

Lijst van aanwezigen:

Instelling	Voornaam/Naam	E-mail
ADVPB FOD BiZa	Arne Dormaels	Arne.dormaels@ibz.fgov.be
BIVV	Benjamin Adant	Benjamin.adant@ibsr.be
BIVV	Ria De Geyter	Ria.degeyter@bivv.be
BIVV	Mark Tant	Mark.Tant@bivv.be
BIVV	Miran Scheers	Miran.scheers@bivv.be
BIVV-CARA	Stijn Luyts	Stijn.Luyts@idewe.be
FOD Mobiliteit & Verkeer	Gilbert Auwaerts	Gilbert.auwaerts@mobilite.fgov.be
N.I.C.C.	Nele Samyn	Nele.samyn@just.fgov.be
POD Wetenschapsbeleid	Lieve Van Daele	Lieve.VANDAELE@belspo.be
Police Fédérale Police de la route	Pascal Lucas	Dga.dac.vpc@skynet.be Dga.dac.vpc@police.be
SPF Justice	Eric Dehon	Eric.dehon@just.fgov.be
SPF Santé Publique	Dominique Bonarelli	Dominique.bonarelli@health.fgov.be
Ugent	Alain Verstraete	Alain.verstraete@ugent.be
Ugent	Elke Raes	Elke.raes@ugent.be
WIV	Guido Jossels	Guido.jossels@iph.fgov.be
WIV	Jean-Claude Libeer	Jean-claude.libeer@iph.fgov.be

Mevrouw Van Daele verwelkomt iedereen op de vergadering en de deelnemers stelden zich kort voor.

Een document over de werking van het begeleidingscomité werd verspreid onder de aanwezigen. Dit document werd kort overlopen en beschrijft volgende onderwerpen:

- *Opdracht*

Het begeleidingscomité is geen officieel orgaan maar een klankbord voor onderzoekers, een gelegenheid om met andere onderzoekers van gedachten te wisselen. Onderzoekers zijn niet verplicht met de opmerkingen of suggesties van het begeleidingscomité rekening te houden maar moeten in dit geval wel motiveren waarom niet.

- *Samenstelling*

Het comité bestaat uit andere onderzoekers, vertegenwoordigers van overheidsinstellingen, praktijkmensen en om het even welke andere persoon van wie een constructieve bijdrage kan worden verwacht. Het begeleidingscomité wordt voorgezeten door de programma-administrateur.

- *Werkingswijze*

Het begeleidingscomité organiseert zijn eigen werking en organisatie van vergaderingen. De eerste en laatste vergadering wordt georganiseerd door het POD maar de resterende vergaderingen worden door de promotoren georganiseerd. De uitnodigingen voor de vergadering worden schriftelijk verstuurd, een tussentijds rapport wordt eveneens verstuurd (maximum 25 pagina's en is geen herhaling van voorgaand rapport).

- *Verslagen*

Alle niet-gepubliceerde documenten zoals het aanvangsverslag, tussentijdse rapporten en het voorstel van eindrapport zijn interne documenten en blijven vertrouwelijk omdat op het voorlopig resultaat nog teruggekomen kan worden.

Bij publicaties op het einde van het project dient de financiering door de POD te worden vermeld.

De leden van het begeleidingscomité hebben hun akkoord gegeven over de inhoud van het document van het begeleidingscomité.

Tijdens dit begeleidingscomité werd het aanvangsverslag besproken.

Mevrouw Miran Scheers dankt iedereen voor hun deelname aan het begeleidingscomité.

Situering:

ROPS is een project rond de verkeersveiligheidsproblematiek. De EU stelt in zijn witboek als doel tegen 2010 het aantal verkeersdoden met 50% te doen dalen. Uit de laatste BOB campagne van het BIVV werd duidelijk dat tijdens de weekendongevallen 23% van de bestuurders onder invloed rijdt. Dit is een belangrijke ongevalfactor.

Over de invloed van drugs en geneesmiddelen op het autorijden zijn in België maar een beperkt aantal studies beschikbaar. In het Verenigd Koninkrijk werden meerdere studies uitgevoerd.

Momenteel is er voor het rijden oiv alcohol een limiet van 0,5 promille. Voor illegale drugs is het momenteel niet mogelijk om een drempel vast te leggen zoals bij alcohol. Er zijn landen die echter gekozen hebben voor een nul-tolerantie zoals Zweden. In 1999 werd in de wet rijden onder invloed strafbaar gesteld. Volgens een Federale Beleidsnota moet de wet van 1999 jaarlijks geëvalueerd worden.

Doelstelling en planning:

Het project loopt van 1/12/2004 tot 30/06/2006.

De doelstellingen werden in verschillende delen opgesplitst:

Deel A: Uitgebreide literatuurstudie over de invloed van alcohol, illegale drugs en geneesmiddelen op de rijvaardigheid en op het ongevalrisico (Ugent)

Vanaf december 2004

Deel B: Beknopte literatuurstudie van wetgeving in het buitenland en beschrijvende terreinstudie van de huidige Belgische situatie inzake wetten, reglementering en handhaving (BIVV)

Vanaf december 2004

Deel C: vergelijking deel A-B: formuleren van voorlopige aanbevelingen (BIVV, Ugent)

Vanaf september 2005

Deel D: Toetsing van de voorlopige aanbevelingen aan binnen-en buitenlandse expertise

Februari 2006

Deel E: Formuleren van de finale aanbevelingen

Maart-april 2006

Deel F: Conferentie voor beleidsverantwoordelijken en betrokkenen

Juni 2006

Methodologie: Deel A:

Prof. dr. Verstraete dankt eveneens de leden van het begeleidingscomité voor hun deelname en licht de methodologie van deel A kort toe, met name de inventaris, analyse, samenvatting en besluiten.

Inventaris:

Er zal gekeken worden naar wetenschappelijke studies:

- Experimentele studies:
 - Simulator
- Epidemiologische studies:
 - Road side studies, bestuderen van bestuurders die gekwetst of gestorven zijn. Er wordt geverifieerd of dit een rol speelt

- Re-analysis studies
- Farmaco-epidemiologische studies: mensen die een voorschrift krijgen en die een ongeval hebben en dit wordt vergeleken met een controlegroep.
- Systematische reviews:
 - Evidence based medicine: vb alcohol interlocks.

Analyse:

The Campbell Collaboration: welke maatregelen hebben nut bewezen vooraleer ze in wet worden omgezet. Dit werd voorgesteld door een reviewer van het project. *Ter info: L. Van Daele: POD lanceert oproepen tot voorstellen. De ingediende proposals worden door buitenlandse experts gecontroleerd. Eens de wetenschappelijke beleidsgrond van de proposal gegrond werd bevonden, komt er een tweede ronde om de beleidsrelevantie te beoordelen. Indien dit werd goedgekeurd gaat het project naar de minister die dan de financiering kan goedkeuren.*

Er zijn verschillende stappen in de methode die doorlopen worden:

- Definiëren van de onderzoeksvraag
- Bepalen in- en uitsluitingscriteria studies
- Bepalen zoekstrategie relevante studies
- Beschrijven methodes ingesloten studies
- Bepalen criteria voor onafhankelijke data
- Detailleren van coderingscategorieën studies
- Bepalen statistische procedures en conventies

Er zijn een aantal onderzoeksvragen die worden voorgelegd aan het begeleidingscomité:

- Effectiviteit per se wetgeving over drugs in het verkeer: geen analyse voor of erna in België maar in het buitenland zijn er wel onderzoeken beschikbaar.
- Meta-analyse epidemiologische studies en berekening van relatief ongevalrisico: alle studies worden samengenomen en de resultaten berekend.
- Meta-analyse studies van benzodiazepines: moet aan wet worden toegevoegd of niet? Zweden en Finland hebben ze aan de wet toegevoegd, Duitsland en Frankrijk niet. Een reden om ze aan de wet toe te voegen zou het feit zijn dat het risico op ongevallen stijgt.
- Effect van cannabis op de rijvaardigheid: kan gevaarlijk zijn maar er zijn oudere studies die het tegendeel bewijzen. Het is de bedoeling om alles op een rijtje te zetten.

Methodologie: Deel B.

Dr. Mark Tant geeft een beknopt overzicht van deel B van de methodologie, met name een literatuurstudie van de wetgeving in het buitenland. Het uitgangspunt is de EU council directive 91/439/EEC.

Aandachtspunten: medische terminologie: hoe de vertaling gebeurt in verschillende lidstaten. De relevante buitenlandse wetgevingen zullen samengevat worden in een inhoudsmatrix. Er werd uitgelegd hoe deze eerste matrix als basis zal dienen voor de uitgebreide beschrijving van het Belgisch systeem. Daarna zal de Belgische invulling van de matrix dan weer gebruikt worden om te verifiëren hoe de formele wetteksten geïnterpreteerd worden. De interpretatiemogelijkheden zullen bevestigd worden door middel van interviews met relevante experts. Er werd uitgelegd dat deze interviews in 2 fasen (terugkoppeling) zal gebeuren. De redenen en voordelen hiervan werden toegelicht. Tenslotte werd voorgesteld hoe de participerende observatie in zijn werk zal gaan.

Deel C-D-E-F prioritaire aanbevelingen

Mevr. Miran Scheers licht het laatste gedeelte van de taakverdeling van het project toe. Het is de bedoeling om met deel A en B alles in kaart te brengen en conclusies te trekken om aanbevelingen te formuleren. Deze worden dan voorgelegd aan een internationaal panel van experts via de Delphi-methode en op anonieme wijze teruggekoppeld naar de experts die

de tussentijdse aanbevelingen omzetten in definitieve. Hier komt het begeleidingscomité op de proppen om de aanbevelingen te toetsen.

De aanbevelingen worden voorgelegd op de conferentie in 2006.

De volgende vergaderingen van het begeleidingscomité zullen plaatsvinden op de volgende data:

- November 2005
- Maart 2006

De resultaten zullen voorgelegd worden aan het comité.

Mevr. L. Van Daele informeert de leden van het begeleidingscomité over het drugscongres dat wordt georganiseerd. Van zodra de folders klaar zijn, zullen de leden op de hoogte gebracht worden.

Mevr. L. Van Daele nodigt de leden van het begeleidingscomité uit om vragen te stellen aan de onderzoeksploeg van het ROPS project.

G. Auwaerts:

- De wetgeving in verschillende landen zal worden bestudeerd. Het is nodig om de praktische kant te bekijken want in de meeste landen staat BAC in de wetgeving. De medische criteria staan in het KB maar niet EU regelgeving. De wetgeving is weinig flexibel in België en veranderingen op gebied van alcohol/drugs zouden op Europees vlak moeten gebeuren.
- Zwakke schakel in vervalregelgeving: geen precieze criteria bekend of artsen moeten beslissen of iemand rijgeschikt is of niet. Is soms ook toevertrouwd aan instituten die hiervoor niet geschikt zijn.
- ADR, buschauffeurs: voorstelling van 0,2 pro mille toe te passen. In sommige landen wordt deze limiet al toegepast.
- Handhaving: laag aantal controles in vergelijking met Finland. Hoe het komt dat België zo weinig controles doet. Hoe lang duren deze politiecontroles in andere landen in vergelijking met België?
- Selectie met verschillende landen, criterium met landen met toonaangevende handhaving en niet omringende landen.
- Aanbevelingen: ICADS, veiligheidsinstellingen (Amerikaanse) of buitenlandse experts uitnodigen om input te geven.
- Reviews: meta-analyse?
- De council directive 91/439/EEC als uitgangspunt: verschillende landen hebben zich hier niet op gebaseerd. Is het aangewezen om dit dan ook te gebruiken?

Dr. M. Tant merkt op dat er op dit moment 3 EU werkgroepen actief zijn over diabetes, visus en epilepsie en stelt de vraag of er ook een werkgroep wordt voorzien over drugs?

Dhr. Auwaerts stelt dat er moet worden gekeken of de huidige werkgroepen succes hebben en indien dit het geval is, zou er een groep over drugs kunnen ingevoerd worden. De lidstaten hebben beslist welke hun prioriteiten waren en drugs/alcohol staan op de lijst en hierdoor zal misschien een werkgroep opgericht worden.

Mevr. Miran Scheers zegt dat in de praktijk de politiediensten ongeveer een uur nodig hebben om controles uit te voeren. Dit zal worden vergeleken hoe lang het duurt in andere landen. Wat betreft de verlaagde alcohollimiet zal worden besproken of het mogelijk is om dit alsnog in het project op te nemen. Instituten en organisaties kunnen aangesproken worden en het begeleidingscomité kan altijd namen doorgeven aan de onderzoeksploeg.

Dhr. Auwaerts merkt nog op dat echt praktische aanbevelingen zoals een voorstel tot specifieke wijziging van een wetsartikel meer effect zullen hebben.

Dr. Nele Samyn:

- Nadruk leggen dat drugs geen alcohol is en drugs bestaat uit verschillende stoffen en niet uit een enkele molecule bestaat zoals alcohol.
- Invloed van cannabis: aandacht besteden aan concentratie bij chronische gebruikers
- Interviews met experts: er moet gedefinieerd worden "wat is een expert?" Mensen die nooit wet hebben toegepast, niet mensen die vanop de zijlijn toezien.

Mevr. Scheers zegt dat ook mensen die bezig zijn met wet, vb. politieambtenaren, procureurs, rechters, mensen die in het terrein staan als experts kunnen fungeren.

Dhr. Libeer: onderzoek over cannabis, is het realistisch om alle drugs te verbieden? Suggestie om bij de beoordeling te blijven binnen het domein van de rijvaardigheid en dus niet het gebruik in het algemeen.

Prof. dr. Verstraete merkt op dat ze vlugger uit het bloed verdwijnen maar het blijven verboden producten. Er kan rekening mee gehouden worden.

Dhr. Jossels:

- Cut-offs verlagen, aanbevelingen moeten realistisch en toepasbaar zijn met extra aandacht voor boodschap naar jongeren toe.
- Kijken of er in het buitenland ervaring is met urine/speekseltest voor illegale drugs aangezien de speekseltest goedkoper en sneller is
- Extra aandacht aan nieuwe synthetische drugs

Prof. dr. Verstraete zegt dat cut-offs zullen opgenomen worden. De sleutelvragen blijven of ze moeten verlaagd worden.

In verband met de speeksel/urinetests zullen de onderzoeken opgevolgd worden. Momenteel is de speekseltest nog niet erg betrouwbaar.

De nieuwe drugs zijn kortdurend en er zal afgewogen worden of het de moeite loont om deze op te nemen in de studie. De verhouding inspanning versus gevallen is laag. Misschien zal vloeibare xtc opgenomen worden. Er is tevens nog geen sneltest beschikbaar.

Dhr. Auwaerts hecht veel belang aan speekseltesten. In sommige landen worden deze al ingevoerd. Hierdoor kan misschien een sterk preventief beleid gevoerd worden.

Dhr. Verstraete merkt echter op dat de evolutie van de testen niet zo goed zijn. De stand van zaken kunnen weergegeven worden maar het is aan de beleidsorganen om deze in te voeren.

Dr. Samyn merkt eveneens op dat de test nog altijd ongeveer 16 minuten duurt en niet echt betrouwbaar is.

Dhr. Dehon:

- modaliteiten van welke drugs het meest gebruikt worden. Controles zijn biased, studie discotheken/muziek/drugs. Experts van Doornik en Kortrijk, inspectie van farmaceutische industrie zouden moeten toegevoegd worden aan de lijst van de experts.
- onderzoek naar criteria van experts in verschillende landen
- limiet verlagen
- procedurefouten

Vanuit de onderzoeksploeg werden een aantal onderzoeksvragen voorgesteld. Het begeleidingscomité stelde als prioriteiten vraag 1 en 3.

De volgende vergadering zal plaatsvinden op 25 oktober om 10u. Het tussentijds rapport zal verstuurd worden op 11 oktober. De plaats van de vergadering zal later schriftelijk aan het begeleidingscomité meegedeeld worden.

Het verslag wordt aan alle leden van het begeleidingscomité verstuurd en de datum van de volgende vergadering meegedeeld.

De eindrapporten moeten opgesteld worden in de talen van de instelling. BIVV is 2-talig dus introductie en samenvatting dient in 2 talen opgesteld te worden. Er kan eventueel een Engels artikel gepubliceerd worden. Op de website zal een samenvatting van het project in het Engels beschikbaar zijn.

Het BIVV zal trachten de aanbevelingen in het Frans te vertalen.

Verslag ROPS Begeleidingscomité 08/11/05

Plaats van vergadering: POD Wetenschapsbeleid, Wetenschapsstraat 8, 1000 Brussel.

Instelling	Voornaam/Naam	E-mail
AZ-VUB	Viviane Maes	Viviane.maes@az.vub.ac.be
BIVV	Ludo Kluppels	ludo.kluppels@bivv.be
BIVV	Mark Tant	Mark.Tant@bivv.be
BIVV	Miran Scheers	Miran.scheers@bivv.be
BIVV	Myriam Adriaensen	myriam.adriaensen@bivv.be
BIVV	Ria De Geyter	Ria.degeyter@bivv.be
BIVV-CARA	Gert Eeckhout	Gert.eeckhout@bivv.be
FOD Mobiliteit & Verkeer	Gilbert Auwaerts	Gilbert.auwaerts@mobiliteit.fgov.be
INCC-Justice	Anne Leriche	Anne.leriche@just.fgov.be
ISP	Nicole Hamers	n.hamers@iph.fgov.be
Justice	Claude Gillard	Claude.gillard@just.fgov.be
Justitie	Pieter Naessens	Pieter.naessens@just.fgov.be
N.I.C.C.	Nele Samyn	Nele.samyn@just.fgov.be
POD Wetenschapsbeleid	Lieve Van Daele	Lieve.VANDAELE@belspo.be
Police Fédérale Police de la route	Pascal Lucas	Dga.dac.vpc@skynet.be Dga.dac.vpc@police.be
Ugent	Alain Verstraete	Alain.verstraete@ugent.be
Ugent	Elke Raes	Elke.raes@ugent.be
UZ Gent Spoeddienst	Walter Buylaert	Walter.buylaert@ugent.be
VCLP	Wagelmans Rudi	Vclp@ibz.fgov.be

Mevrouw Van Daele verwelkomt iedereen op de vergadering en de deelnemers stelden zich kort voor.

Het begeleidingscomité heeft het verslag van de vorige vergadering ontvangen wat door iedereen goedgekeurd werd. De voorlopige aanbevelingen en het tussentijdse rapport werden verstuurd aan de leden van het begeleidingscomité. Dit werd door iedereen bevestigd.

M. Scheers verwelkomt iedereen en deelt mee dat het voortgangsverslag in de presentatie zal besproken worden. Algemeen verloopt de planning van het project gunstig en volledig op schema.

Deel A:

E. Raes stelt deel A van het project voor, met name de literatuurstudie. Er werd vermeld dat de meta-analyse waarschijnlijk zal verwijderd worden uit de studie. De redenen hiervoor werden verduidelijkt. A. Verstraete merkt op dat de meta-analyse vele beperkingen kent en uiteindelijk niet opgenomen zal worden in het finale rapport.

N. Samyn stelt de vraag welk het percentage alcoholpositief bevonden bestuurders bedraagt bij de bevolking (voor drugs blijkt dit 1 à 3% (maar gaat eigenlijk in onze studies van 1 tot 11,8% te zijn)? Voor alcohol bedraagt dit 5,3% (bekomen via meta-analyse). Aangaande het ongevalrisico: welke controlepopulatie wordt gebruikt? Deze controlepopulatie bestaat uit de algemeen rijdende bevolking. De cijfers werden in sommige studies gewogen volgens de intensiteit van het huidige verkeer.

G. Auwaerts vermeldt dat er gegevens van Duitsland beschikbaar zijn via een roadside survey die werd uitgevoerd in 1998 (Krüger). De gegevens zullen doorgestuurd worden naar

UGent. Later bleek dat deze studie reeds opgenomen was in de databank, maar dateerde van vóór 1995 en werd dus niet opgenomen in de literatuurstudie.

Volgens de Monash University (Oxley, 2003) wordt betwist dat cannabis het risico op verantwoordelijkheid voor een ongeval doet toenemen aangezien de resultaten niet duidelijk genoeg zijn. A. Verstraete noteert dat de studie van Drummer gepubliceerd werd in Accident & Analysis Prevention in 2004, en dat in deze studie er een statistisch significante stijging in odds ratio van 2,7 voor verantwoordelijkheid voor een ongeval vastgesteld werd voor het rijden onder invloed van cannabis.

Er werd opgemerkt dat indien de lezer over onvoldoende info beschikt met betrekking tot alcohol, er grotere en gedetailleerde tabellen in het eindrapport zullen geïntegreerd worden. Er zal eveneens een paragraaf over meta-analyse en een glossarium of voetnoten aangebracht worden.

Deel B:

M. Adriaensen en M. Scheers stellen deel B voor, met name de handhaving en de analyse van de wetgeving.

N. Samyn stelt de vraag wanneer controles uitgevoerd worden met de testbatterij, dit gebeurt in 70% van de gevallen door de lokale politie.

Er werd een bedenking gemaakt dat er niet veel controles zijn in Antwerpen en in welke mate de weergegeven cijfergegevens dan ook betrouwbaar zijn. Kan er niet meer onderzoek naar gebeuren?

R. Wagelmans merkt op dat in de grootsteden tussen de 15 en de 20% van de politiemensen opgeleid zijn.. Dit zou een verkeerd beeld kunnen geven, gezien dit toch neerkomt op een 6000 politiemensen. Er is tevens een verschil tussen een opleiding en informatiesessie die gegeven wordt aan de hand van een checklist. P. Lucas: op 1000 federale politieagenten zijn er 800 opgeleid. De vooropgestelde doelstelling was dat alle leden van WPR opgeleid zouden zijn.

Naar aanleiding van de participerende observatie blijkt de toepassing in de praktijk niet vanzelfsprekend te zijn.

L. Van Daele merkt op dat in het rapport een onderscheid moet worden gemaakt tussen wat uit de literatuur bekomen werd enerzijds en wat als opinies vernomen werd anderzijds.

In verband met de vraag wie de kosten van de testen betaalt, werd genoteerd dat in geval van een positieve test de overtreder betaalt. In geval van een negatieve test betaalt justitie. De analysekosten kunnen oplopen tot 330,-€ per te analyseren parameter. Gerechtskosten kunnen oplopen tot 1000€.

G. Auwaerts stelt voor om na te gaan wat er momenteel bestaat in andere landen in verband met de kostprijs en een vergelijking te maken. De prijs voor testen van 4 verschillende drugs zal de kost niet maken.

A. Verstraete zegt dat er een paragraaf over kwaliteitsborging zal worden toegevoegd aan de tekst.

Voorlopige aanbevelingen:

M. Scheers en M. Tant geven een overzicht van de voorgestelde voorlopige aanbevelingen.

V. Maes stelt de vraag of vermoeidheid als strafbaar feit te meten is? Dit zal moeilijk objectief vast te stellen zijn. Er bestaan echter veel studies rond dit thema. Momenteel zijn deze niet opgenomen omdat dit niet het onderwerp van de studie is.

A. Verstraete merkt op dat indien bv iemand lang uitgeweest is en de politie maakt de vaststelling dat hij in slaap valt achter het stuur, dit voldoende is als strafbaar feit volgens Artikel 8.3 van het Verkeersreglement..

N. Samyn vraagt of er ook andere stoffen onder art. 35 vallen zoals producten die geen staat van dronkenschap teweegbrengen. Moet er eventueel een art. 35 bis gemaakt worden i.p.v een 37bis? Een voorbeeld van dergelijk product is MDA of stoffen zoals tolueen.

L. Van Daele merkt op dat er geen meningen van experts moeten opgenomen worden in de teksten. Indien dit toch gebeurt, moet er wel gewezen worden op het feit dat dit een mening is (in tegenstelling tot een bewezen of vaststaand feit) en ook waarop deze mening gebaseerd is.

A. Leriche stelt voor om geen analyse technieken te specificeren omdat, indien er nieuwe en betere technieken ontwikkeld worden, deze niet kunnen gebruikt worden zonder alles weer aan te passen.

G. Auwaerts: specificatie van stoffen in wet is problematisch; liever in een KB.

L. Van Daele stelt voor om de aanbevelingen (zoals o.a. de mogelijkheid van het gebruik van een haartest voor aantonen afhankelijkheid) door strafrechtsspecialisten te laten nalezen.

M. Scheers merkt op dat deze aanbevelingen nog zeer voorlopig zijn en niet altijd de visie van het BIVV of Ugent weergeven.

G. Auwaerts vraagt of het risico op ongevallen door benzodiazepines in België niet wordt onderschat in vergelijking met andere landen?

R. Wagelmans: het duurt 2 à 3 jaar vooraleer 20 000 politiemensen opgeleid zijn. Belangrijk probleem is dat ze bij verandering van de wetgeving steeds opnieuw moeten opgeleid worden. Dit zal de verkeersveiligheid niet ten goede komen. De systemen moeten flexibel zijn.

De testbatterij zou kunnen facultatief zijn indien overtreders toegeven dat ze psychoactieve stoffen gebruikt hebben. Dan kan onmiddellijk naar de procedure overgegaan worden.

N. Hamers: de kwaliteit van analyses in de erkende laboratoria kan eventueel verminderen. Momenteel is het niet mogelijk om de erkenning in te trekken. Er is nood aan externe, random en regelmatige kwaliteitscontrole. Verlaging van de cut-off waarden zal ook invloed hebben op de erkenning. Sommige huidige erkende labo's zullen de criteria niet meer halen. We moeten dus zeker zijn van de kwaliteit van de analyses door de labo's.

N. Samyn stelt dat een cut-off van 1 ng/ml voor cannabis onverstandig is wegens de grote foutenmarge. Ze stelt 1,5 ng/ml voor als alternatief.

R. Wagelmans: aanbeveling 1.3: welke bestraffing? Dit komt overeen met een weigering en dan hanteert men het principe van de positieve test.

N. Hamers: de reglementering rond stalen zou beter geregeld moeten worden. Stalen komen niet altijd optimaal in het labo toe. Dit zou sneller moeten gebeuren en de stalen zouden beter bewaard moeten worden.

L. Kluppels: de voorgestelde voorwaarden om een rijbewijs terug te krijgen, met name de fasering, zijn die haalbaar? Dit wordt voor visuele functies in de praktijk reeds toegepast.

L. Van Daele stelt dat de termen “verslaafd” en “overmatig gebruik” aan de hand van diagnostische criteria moeten uitgelegd worden. De definities van de DSM-IV worden gehanteerd.

R. Wagelmans indien voorgesteld zou worden dat elke politieambtenaar opgeleid moet zijn zal de handhaving op het terrein inboeten aan opleiding. Momenteel gebeurt dit via een checklist.

L. Van Daele deelt mee dat wanneer het rapport werd goedgekeurd, dit kan gepubliceerd worden waar nodig en gewenst. Het rapport moet gericht zijn naar een breed publiek, mag maximum 180 pagina's lang zijn en geen bijlagen bevatten. De bijlagen kunnen eventueel op de website geplaatst worden.

De datum voor de volgende vergadering werd vastgelegd op 7 maart 2006 om 13:30. De einddatum van het project is 30 juni 2006.

Bijlage 58

Antwoorden van de buitenlandse experts

Introduction

This is the second round of the Delphi-method. Firstly, we made an overview of all the types of comments given by the foreign experts who commented upon our recommendations. Secondly, we summarized the comments on the recommendations needing further discussion or attention.

In some cases the experts made side remarks or additional constructive comments on the recommendations. We included those comments in this document as we thought this might be of interest to all of the experts. However, these additional remarks are for your information only, and are not subject to discussion.

For further discussions with our Delphi-method, only 3 points remain (see 2. Recommendations for further discussion). We would like you to see what colleague-experts have said about those issues and we would like you to comment upon those 3 points (agree, not agree, remarks etc. Again, only 3 recommendations are still open for discussion (i.e. number 19, 20 and 28).

1. Overview of the comments on the recommendations.

Recommendations/Comments of experts	1	2	3	4	5	6
1 lack of objective information on the problem of drugs on the road	Agree	Agree	Agree with comment	No comment		
2 training for police officers	Agree with comment			No comment		
3 the test battery	Agree with comment			No comment		
4 the urine test	Agree			No comment		
5 the blood test	Agree with comment	Agree	Agree with comment	No comment		
6 proposal to provide for use of saliva or sweat tests in the law	Agree			No comment		
7 limitations to the random testing option	Agree with comment			No comment		
8 uniform action in the event of combined alcohol and drug use	Agree			No comment		
9 uniformity in the suspension of the driving licence	Agree with comment			No comment		
10 extension of offences leading to the immediate suspension of the driving licence	Agree			No comment		
11 suspension of a professional driver's licence	Agree with comment			No comment		
12 return of driving licence after 12 h or suspension	Agree			No comment		
13 use of psychoactive substances not covered by law	Agree with comment			No comment		
14 detection of alcohol or drug use in the case of an accident or hit-and-run	Agree			No comment		
15 imposition of a medical or psychological examination	Agree			No comment		
16 lower alcohol limits for young or inexperienced drivers	Agree			No comment		
17 the terms 'addicted' and 'excessive use'	Agree			No comment		
18 regular use and negative effect on driving	Agree	Agree with comment		No comment		
19 term of abstinence	Don't agree	Agree		No comment		
20 treating versus examining doctor	Agree	Agree with comment	Agree with comment	No comment		
21 amendment of the list of illicit psychoactive substances	Agree			No comment		
22 lowering of the cutt-off value	Agree			No comment		
23 new analysis methods	Agree			No comment		
24 provisions relating to the tubes	Agree			No comment		
25 term for conducting the analysis and drawing up the report	Agree with comment	Agree	Agree with comment	No comment		
26 feedback to the police forces	Agree	Agree		No comment		
27 further research	Agree with comment	Agree with comment	Agree	No comment		
28 communication	Agree with comment	Agree with comment	Agree	No comment		

Agree	Agree
Agree with comment	Agree with comment
Don't agree	Don't agree
No comment	No comment

2. Recommendations for further discussion.

Recommendation 19: we propose adding an exception to the existing legislation. The law currently states: ‘The candidate..... can be declared fit to drive after a period of proven abstinence of at least 6 months’.

Proposed addition: ‘*Where the prognosis reveals exceptionally favourable factors, this period can under the same conditions be reduced to three months*’.

The doctor/specialist in attendance would decide this and a ‘guideline’ would be established to determine these ‘exceptionally favourable factors’.

Comment:

This is not supported on road safety grounds,

Licence suspension is an effective road safety intervention and it is assumed that this is because either suspended drivers do not drive or they modify their driving behaviour, so it is less risky, when driving illegally whilst suspended.

On the other hand drivers who are dependent on psychoactive drugs (as distinct from non-dependent recreational use) have no proven solution to their dependence. The evidence of the effectiveness of rehabilitation and/or treatment options is not conclusive.

Basically there is no quick fix for the medically dependent driver.

Given there are no quick fixes, it would appear unduly risky to reduce the 6 months.

3 months would represent a “dramatic” solution and such a move should only be done if there is scientific studies that such “dramatic” quick solutions to the problems of medical dependence are available.

Comment bis:

- I agree with the comment. Six months is a reasonable time.
- Comment is that I fully agree with the above comment
- With a proven abstinence of three months and exceptionally favourable factors that provide insight in a stabilized situation (given the correct use of the guidelines), I think an expert can decide on the fitness to drive. I still agree with the recommendation.

Recommendation 20: most medical doctors find the roles of treating and examining doctor to be incompatible. Treating doctors like to refer their patients to a specialist for an assessment of their fitness to drive. This problem can be solved by entrusting the fitness to drive issue to a single institution.

Comment 1:

It would be good to have this “fitness to drive” evaluation performed by a limited number of physicians trained by the government. One could envisage to have weekly clinics conducted by the Motor Vehicle Administration in several parts of the State or country where individuals with licenses revoked or suspended can apply for reinstatement and meet with a physician to determine “fitness to drive”.

Comment 1bis:

- I fully agree with Comment 1; which is not surprising since it is my comment.
- The assessment of fitness to drive requires an understanding of the specialist field of the “accident risk of medical conditions” and this above comment 1 above would be satisfactory provided the “physicians trained by the Government” are subject to examination by the medical specialists who know about accident risk and fitness to drive

Comment 2:

Separation of treatment and examination is crucial, no doubt at all. But I think that separation is also possible if the physician responsible of the regular treatment of the patient is not the same as the physician who is conducting the examination. In other words, if the latter is a physician who never received the patient for treatment or any consultation, is not known to the patient, this physician can be referred to. I have no idea whether a institution is needed for that. I see the advantages of having one standardized procedure, and this will be quiet a challenge if you rely upon individual medical doctors.

Comment 2bis:

- I also fully agree with Comment 2 that separation between treatment and examination is critical, Furthermore, I think it would be important to establish a uniform standard examination which would set

criteria for “fitness to drive” that would apply to all. Otherwise some examiners may be easy and some difficult.

- Do not agree if the above comment 2 only requires a separation of “regular treatment of the patient” and “physician conducting the examination”. The issue is more complex than this, as the key issue is that the assessment of fitness to drive requires an understanding of the specialist field of the “accident risk of medical conditions”

General comment bis:

For practical reasons it is easier to have a physician close by instead of going to a central location. If all physicians are aware of the fact that they can be requested to perform an assessment, the medical profession remains alerted, which is good. On the other hand I see the advantages of specially trained physicians who are able to apply standardized procedures.

Considering that physicians, e.g. general practitioners, are not very interested and willing to become involved in these assessments a solution to dedicate this to a single institution would presumably be preferred. Having given it a second thought I do agree with the recommendation.

NEW Recommendation 28: we recommend new communication campaigns toward police officers, the medical sector and young drivers susceptible of driving under influence.

Comment 1:

Whilst mass media radio campaigns and targeted campaigns for specific groups such as doctors are of significant value, the power of mass media TV should not be disregarded. Mass media TV shows a powerful commitment to addressing the issue and raises the profile of the issue within the community. The family and friends of the key players (doctors and police and politicians) all become aware of the issue and a General Deterrence impact is achieved.

Comment 2:

The proposals related to awareness raising and communication are good. I would suggest at the beginning of the campaign the focus should be on Cannabis.

Comment 2bis: Agree with the focus being on THC “the active substance in cannabis” (simply stating cannabis gets into the issue of confusion as many studies which measure the acid metabolite show no increase in accident risk)

Comment 3:

I believe that it is not enough to address physicians with an information campaign only. Please add more emphasis on including specific information in the curriculum for medical doctors at the universities.

General comment bis:

- I agree with comments 1, 2, and 3. In addition I think it is critical to use the data from enforcement of the law [for example, the numbers of arrests, prosecutions and convictions], and data regarding drug involvement in accidents and injuries to focus the public awareness campaign.
- I do not believe that focus on cannabis would be preferable. If the illegal drugs are addressed, all of them as covered by the law should be included. People should not get the impression that there is a ranking of importance. Communication campaigns are important and I agree with the recommendation. The next (or first) step would be to focus on educating the specific target groups (police officers, medical doctors, young drivers) and keep the options for improving educational programmes open at all times.

3. General remarks made by the experts.

Recommendation 1: we recommend that Belgium carries out a toxicological analysis for every fatal road accident and that regulations be introduced giving adequate guarantees so that toxicological accident data are gathered uniformly and are reliable.

Comment:

To increase public awareness it would be valuable to routinely publish the percentage of fatal accidents with drug involvement, perhaps quarterly.

Recommendation 2: the law provides that all operational police officers be empowered to impose a drugs on the roads procedure. The Minister limits this authority to police officers who have followed a training course described by him in a Ministerial Decree. No changes are proposed to the current regulations.

It is recommended that a standard course be drawn up for use in all police colleges to ensure uniform training for police officers.

Comment:

A. The recommendation “that a standard course be drawn up for use in all police colleges to ensure uniform training” is given qualified supported subject to

1. an evaluation being done that proves that such a “uniform training course” is effective in predicting the significant accident risk impairments associated with the drugs of concern in Belgium road trauma. Psychomotor tests are not effective predictors of impairment due to amphetamines or THC. Visual impairment such as tunnel vision from amphetamine use or simply “failure to act” from THC use do not correlate well with psychomotor tests.
2. that the costs of implementing such training (and its associated costs of “re training” - which is important if the police officer does not regularly use the “drugs on the roads procedure” in a successful manner,) are compared to the effectiveness and costs of other alternatives such as saliva testing

Eg If for example the toxicological studies of Belgium driver fatalities show that the prevalence of “amphetamines” in culpable driver fatalities is high, then simple amphetamine testing devices for saliva are now available and their effectiveness and costs of purchase and use should be considered as either an alternative to psychomotor training or compliment such training

Comment B. Public Policy could take into account the “accident risks” associated with the use of drugs. Low levels of depressant drugs taken at night between midnight and 6am will significantly increase accident risk, however psychomotor impairment tests done by a Police person would be unlikely to identify any significant impairment.

Comment C. The advances in reducing alcohol related trauma have occurred by using a “BAC per se law” combined with enforcement strategies based on General Deterrence Enforcement such as random roadside Breath testing. Road Safety policies based on “impairment” and specific deterrence enforcement (“catching individual drunks) are highly resource intensive and Governments have not in the past and will not in the future allocate sufficient resources to these policies for them to have a major impact on reducing road trauma.

Comment D. Police officers have many demands on their time. They as individuals need to be convinced that “drug driving” is both high risk and causes very significant road trauma. Accordingly the “police training” should incorporate a specific “attitudinal and behaviour change component” to educate police at the start of the training that drug driving is a major issue and warrants their personal serious consideration. Unless the police person has a commitment to the issue of drug driving, training is likely to be ineffective and not used subsequently.

Recommendation 3: we recommend amending the law so that the test battery need not be carried out if the driver admits to having taken a psychoactive substance. In such cases the urine test will be carried out immediately. In all other cases the test battery will be retained.

We don't hold back the proposal to code the test battery because, as yet, there is no international standard. However we hold back this proposal for further research.

Comment:

A major practical difficulty not mentioned in the above discussion is the fact that 're-training' is a major cost and issue and depends on

1. the complexity of the test which has to be learned
2. the number of times the test is "successfully" used by the police person after the training is finished – "successful" tests are either real operational tests done on drivers by a policeperson, or if police operational demands are such that these tests are not done operationally on a regular basis then must be provided by "re-training" situations

Whilst the DRE process is more sensitive at detecting specific drugs than the SFST process, both need to be successfully and regularly used by the "trained police person". Traditional police career paths, usually involve more administration and management and less "on road" policing as a police person gains experience and skills and promotions.

The trade off between a

1. less costly, less complex test, which has less "re training" requirements and is less sensitive at detecting drugs and
2. a more complex test (that has higher re-training costs) that better detects specific drugs is very important and should be based on an evaluation of the scientific effectiveness of the test and its costs

Our Government undertook a 2 year Inquiry into this issue and decided to NOT adopt the DRE test because of the costs of initial training and the more important costs of re-training

Recommendation 4: the urine test remains.

Recommendation 5: there is no calling into question the importance of the blood test as a means of detecting drugs on the roads.

In addition to this, there should be some awareness-raising to keep medical doctors informed of the content and importance of the procedure.

An agreement can be made with contracted medical doctors with respect to planned checks. In the case of unscheduled checks (as in the case of an accident, etc.) it is not possible to fix these agreements in advance.

To pay medical doctors for being present for the full duration of the planned check, we suggest that an hourly fee be provided.

In respect of the unscheduled checks, the existing payment system should be retained.

Comment 1:

The taking of blood can be done by a trained person and nurses can perform this task and are used in the our System to overcome the issues associated with more highly paid doctors performing this task or refusing to co-operate in taking blood

Comment 2:

I would like to suggest that emergency/trauma department staff in major hospitals could be trained to do routine drug testing in motor vehicle crash victims [perhaps anonymously] to get a better sense of drug involvement in motor vehicle crashes.

Recommendation 6: it is recommended that the law provides for new, reliable techniques anticipated for the future, so that these can be implemented in the field as soon as the test results satisfy the reliability requirements.

Comment:

I would only suggest that it might be valuable to establish criteria for device approval and then maintain a listing of approved devices.

Recommendation 7: we recommend that the legislation allows for random testing as soon as possible.

Comment:

Until the actual prevalence and levels of each illicit drug associated with drug driving in the Belgium driving population is known, the Random Roadside saliva testing should be treated as an additional, complementary activity which will

1. have a powerful General deterrence road safety impact
2. will identify those drivers who have very recently used cannabis and will identify those drivers who have used amphetamines MDMA and methamphetamines

If the drug driving prevalence in Belgium is similar to that in our state, then this will attract great mass media and raise the Communities awareness of the issue of drug driving and set the scene for additional effective interventions to reduce drug driving

Current commercially available saliva tests trade off sensitivity with specificity. The objective of Random testing is General Deterrence rather than catching drug drivers. Accordingly the “reliability” criteria should be set for high specificity, to ensure false positives are not recorded.

Recommendation 8: we recommend uniform action by all offices of the public prosecutor. We propose that a drug test be carried out when drug use is suspected, even after a positive alcohol test.

Comment:

Uniformity in all jurisdictions is an important issue.

Recommendation 9: we recommend uniform action by all offices of the public prosecutor as regards the immediate suspension of driving licences and that driving licence be suspended immediately if a test or blood test is refused, or if the urine test reveals the presence of at least 2 psychoactive substances.

Comment 1:

Conclusion 9 is supported and my comments are associated with this issue and are

* If the impairment test is performed prior to the urine test and if it is “positive”, then even if the urine test is negative the observation of impairment still remains and may be a high accident risk activity which should be responded to. Such observed impairment could be due to

1. a combination of drugs, each of which below the cut off level
2. a combination of fatigue and a single drug or drugs below the cut off
3. injury or physical impairment

Driving whilst impaired is an issue that should be followed up even if it is only administrative action by requesting a licence review by medical professionals. The issue of whether the impairment is serious enough to deserve temporary suspension of permission to drive. Could be left to the discretion of the police person doing the testing.

Comment 2:

In conclusion 9 on line three “if a test or blood test...” I believe you mean a urine test or blood test and not a behavioural test. This can be clarified by inserting the word “urine” before “test”.

Recommendation 10: we recommend adding the term ‘impaired driving ability’ to the article on drunkenness and similar states. In this article, the term ‘impaired driving ability’ should be described as clearly as possible.

Additionally it would be best if the law provided for the possibility of immediately suspending the driving licence of drivers in a state of drunkenness or a similar state as the result of drugs or medicines, or who show clear signs of impaired driving ability.

It seems to us that the article stating that a driver must always be capable of driving and must have the necessary ability to drive is less appropriate when applied in the context of driving under the influence of psychoactive substances.

Comment:

I have some concerns that it will be difficult to cover all circumstances with one definition, but it is a good suggestion.

Recommendation 11: do not retain the “white” driving licence. The new law should for the most part resolve the problem.

Comment:

Alcohol interlocks which prevent a driver from starting the vehicle when the driver has a positive level of alcohol in the breath, can be fitted to trucks, cars and motor bikes. Alcohol interlocks should be a required fitting to the vehicle of any professional driver who has been convicted of an alcohol related driving offence or a “refusal to take a test” offence and should be an additional requirement to any existing penalties such as fines, demerit points, licence suspensions etc.

Recommendation 12: we recommend retaining the retest after withdrawal of the driving licence by the police authorities.

A differentiation in waiting times according to substance used would unnecessarily complicate the procedure and constitute an added administrative burden on the police. The problem of returning the driving licence once it has been withdrawn would be even greater still, because the police would have to provide properly trained people over a greater number of hours.

Training is crucial here! Simply issuing a document that describes the tests is an insufficient means of retesting.

Comment:

I am a little confused with the second paragraph of the Experts Comments in section 2.11. I think it would be helpful to insert the word “behavioural” in that second sentence i.e. “The behavioural effects of cannabis”. And clarify the theory that the driver could get back on the road in 6 hours.

Recommendation 13: we recommend that the packaging on medicines clearly state whether or not the product affects driving skills. This issue will be given further study in the DRUID project. We are awaiting the results of this project..

Comment:

Sleep related fatigue is a major issue in road crashes and is associated with approx 30% of fatal crashes. Of particular concern is microsleeps. Sleep related fatigue due to

1. insufficient sleep or
2. poor quality sleep, or
3. sleep disorders or
4. circadian impacts (particularly driving between midnight and dawn) will multiply the impairment associated with depressant type drugs especially alcohol, cannabis and benzodiazepines, and sleep rebound effects greatly increase the probability of microsleeps and falling asleep in drivers who have used stimulants

Studies of drug impairment, that involve measurements over a significant number of hours (eg. kinetic studies) should take into account circadian effects and sleep debt (have subjects complete a sleep diary)

A suggestion is that Medicines having a depressant effect should have a package warning informing the product will have a increased impairment effect when tired or when driving at night.

Recommendation 14: we recommend including a legal presumption in the law whereby alcohol and/or drugs are assumed to have been used before the accident in cases where the presence of alcohol and/or drugs has been established.

Recommendation 15: we recommend a provision that the judge can impose a medical examination (including an objective test, such as a hair test) and/or psychological examination if there is a suspicion of medical incapacity

through dependence on or abuse of psychoactive substances or alcohol. The driving licence will only be returned at the point when the driver passes the test(s).

Comment:

Good; however, even a urine test will detect dependent use at the laboratory limit of detection.

Recommendation 16: we recommend lowering the alcohol limits for young and inexperienced drivers.

Comment:

An alternate approach might be to have lower BAC limits for the first 2-3 years of licensure/experience regardless of age.

Recommendation 17: the terms “addicted” and “excessive use”, used by the Belgian legislator are debatable. Addiction is not a medical term and excessive use carries an implication of quantity. The terms “dependent” and “abuse” are unambiguously defined in the DSM-IV (international classification system for psychic disorders) and could replace the legislator’s terms perfectly without altering the spirit of the current phrasing.

Recommendation 18: a candidate for a driving licence is not deemed suitable under Belgian law if he regularly uses psychotropic substances which can influence driving behaviour **or** uses them in quantities likely to have an adverse effect on his driving behaviour. On this subject, the European directive identifies an adverse effect on driving as an extra condition. Therefore the “**or**” should be changed to “**and**”.

Comment:

I think that without using substances regularly, people can use quantities that are likely to have an adverse effect on driving (for example medicinal drugs). So my question is whether 'or' should remain, or be described as: "and/or".

Recommendation 21: we recommend that MDEA and MBDB be scrapped from the law.

At present, there is no fast test for GHB and ketamine and per se legislation for benzodiazepines is difficult to apply. By adopting recommendation 10 a solution is provided for these substances.

Recommendation 22: the cut-off value for illicit psychoactive substances should be scrapped from the law and laid down in a Royal Decree. The cut-offs in plasma should be 25 ng/ml for benzoylecgonine, cocaine and amphetamines, 1.5 ng/ml for THC and 10 ng/ml for morphine.

Recommendation 23: the current description in the law should be replaced by: “gas or liquid chromatography and mass spectrometry detection using deuterated internal standards”.

Recommendation 24: the provisions “white neutral glass” and “transport upright” should be scrapped. One blood sample is sufficient when testing for alcohol and drugs, and the analysis of both possible offences is made by the same, accredited laboratory.

Recommendation 25: the period allowed to carry out the analysis need not be extended but the office of the public prosecutor must submit its analysis requisition as quickly as possible. When the requisition is submitted it must carry the label “immediate suspension of the driving licence” so that the laboratory can give the requisition priority.

Comment:

THC is a special case and encouragement could be introduced to reduce the time taken to make a “request for analysis” and the time between receiving this request and undertaking the analysis itself. THC is difficult to detect and delays between sampling and analysing should be minimised.

Recommendation 26: we recommend that the laboratory give the blood test results to the police as a means of supporting and improving the quality of police services.

Comment:

This will also teach Police to associate signs and symptoms with specific drugs.

Recommendation 27: we recommend further research into:

1. false negatives
2. comparative studies on the reliability of the test battery + urine test on the one hand, and the saliva and/or sweat test on the other
3. the involvement of drivers under the influence of drugs in fatal accidents

Comment:

In our state the road safety legislation specifically prohibits the use of the results of testing for any other purpose.

4. alcolock

Comment:

Modern fuel cell based interlocks have anticircumvention features that automatically record when an interlock is disconnected and the car is driven and very severe penalties apply. This problem is fixed by having a requirement that the drivers have the data on their interlocks downloaded to an independent body every month and having severe penalties for non compliance.

Modern fuel cell interlocks approved to our standard are accurate and are not easily manipulated and in any event, any "amateur or professional" manipulation is recorded by the interlock device so that detection of this interference is inevitable at the next service and severe penalties ensure compliance.

The legislation is driver and vehicle specific so that the driver can only drive a vehicle with an approved working interlock fitted. The driver commits an offence by driving any other vehicle and severe penalties apply.

Modern approved fuel cell interlocks are configured to sound the horn of the vehicle continuously and flash all headlights and stop lights if a driver continues to drive after providing a breath sample on the journey which is positive to alcohol above 0.02 BAC.

This is a dramatic warning to other drivers to take avoidance action and report the driver to the police as driving in this manner is illegal.

Research has shown that alcohol interlocks do change driving behaviour for some first and second recidivists, but the key road safety advantage of interlocks is that they prevent potential drivers from driving the "alcohol interlock fitted vehicle" when the driver has a positive BAC.

5. the effects of fatigue

Comment:

In raising the issues with respect to fatigue, I think it is crucial to always mention this in relationship with the (after)use of psychotropic substances, probably stimulants. If not this will imply that other conditions are also of interest, but these are not mentioned at all. I am sure that you will not like to start the discussion on these??!! So in Conclusion 27, number 5: please add some line as: "along with the use of psychotropic substances".

6. codification of the test battery
-