

NVvP

Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose

Werkgroep RijP
Voorjaar 2018

3			
4	Inhoud		
5			
6	Samenvatting		6
7	1.	Inleiding	11
8	1.1	Voorwoord	11
9	1.2	Overwegingen	11
10	1.3	Medicatie	15
11	1.4	Gezondheidsvaardigheden	16
12	1.5	Autorijden en herstel	17
13	1.6	Beoordeling van rijgeschiktheid	17
14	1.7	De Regeling eisen geschiktheid 2000	18
15	1.8	Rijgeschiktheid versus rijvaardigheid en rijgedrag	19
16	1.8.1.	Rijgeschiktheid	19
17	1.8.2	Privé- en beroepsmatige geschiktheid	19
18	1.8	De uitgangspunten van deze herziening samengevat	22
19	2.	Methodologische inleiding	23
20	2.1	Inleiding	23
21	2.2	Doelstelling	23
22	2.3	Afbakening	23
23	2.4	Gebruikers	24
24	2.5	Uitgangsvragen	24
25	2.6	Status van deze herziening	25
26	2.7	Methode wetenschappelijke onderbouwing	26
27	2.7.1	Inleiding	26
28	2.7.2	Systematische wetenschappelijke onderbouwing volgens EBRO-methode	26
29	2.7.3	Kwalitatieve wetenschappelijke onderbouwing volgens focusgroepmethode	27
30	2.8	Werkgroep Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose	28
31	2.8.1	Samenstelling werkgroep	28
32	2.8.2	Werkwijze werkgroep	29
33	2.9	Implementatie	30
34	2.10	Herziening	30
35	3.	Factoren van invloed op de rijgeschiktheid bij mensen met een psychotische stoornis	31
36	3.1	Inleiding	31
37	3.1.1	Huidige praktijk	31
38	3.1.2	Wetenschappelijke literatuur	31

39	3.2	Zoekstrategie en reviewprotocol	31
40	3.3	Geïnccludeerde en geëxcludeerde studies	32
41	3.4	Resultaten	32
42	3.4.1	Rijgeschiktheid en psychische aandoeningen (algemeen)	32
43	3.4.2	Rijgeschiktheid en schizofrenie	33
44	3.4.3	Gevonden relevante factoren	35
45	3.5	Vertrouwen in de resultaten	36
46	3.6	Conclusies	36
47	3.7	Overwegingen van de werkgroep	38
48	3.8	Besluit	40
49	4.	Het bepalen van de rijgeschiktheid bij volwassenen met psychotische problematiek	41
50	4.1	Inleiding	41
51	4.2	Bevindingen en implicaties van het wetenschappelijk onderzoek	41
52	4.3	Bevindingen en aanbevelingen uit focusgroepen	43
53	4.3.1	Focusgroep van behandelaars en keuringsartsen	43
54	4.3.2.	Focusgroep van cliënten en naasten	44
55	4.4	Aanbevelingen voor aanpassing van Regeling eisen geschiktheid 2000	46
56	4.5	Overige aanbevelingen	48
57	5.	Verkeersrisico's van verschillende typen geneesmiddelen bij psychotische stoornis en	
58		comorbide aandoeningen	50
59	5.1	Inleiding	50
60	5.2	Wetenschappelijke literatuur	50
61	5.3	Categorie-indeling van rijgevaarlijke geneesmiddelen	51
62	5.4	Patiëntenvoorlichting	53
63	5.5	Conclusies uit wetenschappelijke literatuur	53
64	5.6	Aanbevelingen	54
65	6.	Wanneer moet een behandelaar een patiënt adviseren zich te laten herkeuren?	55
66	6.1	Inleiding	55
67	6.2	Herkeuring	55
68	6.3	Herkeuring: aanbevelingen	57
69	7.	Overwegingen over rijgeschiktheid bij psychose: een geïndividualiseerde benadering	59
70	7.1	Inleiding	59
71	7.2	De behandelaar: mobiliteit en rijgeschiktheid op de behandelagenda	59
72	7.2.1	Inleiding	59
73	7.2.2	Handvatten voor het gesprek over verkeersdeelname: advies op maat	61
74	7.2.2.1	Adviezen: algemene attitude en verantwoordelijkheid van de behandelaar	62

75	7.2.2.2	Adviezen bij de begeleiding van het gebruik van geneesmiddelen die de rijgeschiktheid kunnen beïnvloeden	62
77	7.2.2.3	Huidige toestand, gedrag en voorgeschiedenis in relatie tot rijgeschiktheid	63
78	7.2.2.4	Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht in relatie tot verkeersdeelname	64
79	7.3	De formele procedure: bepaling van de rijgeschiktheid	66
80	7.3.1	De procedure	66
81	7.3.2	Rolverdeling	66
82	7.3.2.1	Betrokkene zelf	67
83	7.3.2.2	CBR en de keuringsarts	67
84	7.3.2.3	Regiebehandelaar	68
85	7.3.2.4	Behandelaar c.q. dossierhouder in een behandelteam	69
86	7.3.2.5	Arts of verpleegkundig specialist, niet zijnde regiebehandelaar	69
87	7.3.2.6	Psychiater	69
88	7.3.2.7	Verzekeraar	69
89	7.3.3	(Her)keuring	70
90	7.3.3.1	Gezondheidsverklaring	70
91	7.3.3.2	Welke informatie heeft de keuringsarts nodig?	70
92	7.4	Aanbevelingen	72
93	8.	Beroepschauffeurs	75
94	8.1	Inleiding	75
95	8.2	De chauffeur van 'het busje van de zaak'	76
96	8.3	Vrachtwagen- en buschauffeurs, vrijwillig of als beroepschauffeur	76
97	8.4	Rol van de behandelaar	77
98	8.5	Gevolgen	78
99	Literatuur	80	
100	Bijlagen	85	
101	Bijlage 1	Search history rijgeschiktheid bij psychose	85
102	Bijlage 2	Reviewprotocol voor Driving risks and protective factors	89
103	Bijlage 3	Reviewprotocol voor instrument ter bepaling van rijgeschiktheid	91
104	Bijlage 4	Tabellen hoofdstuk 2	93
105	Bijlage 5.1	Focusgroep van behandelaars en keuringsartsen	97
106	Bijlage 5.2	Focusgroep van cliënten en naasten	101
107	Bijlage 6	Checklist risicofactoren psychose	107
108	Bijlage 7	Toetsingscriteria van Leenen	110
109	Bijlage 8	Rapportage van keurend arts aan CBR en voorgestelde besluitvorming CBR-arts	111
110			

Samenvatting

Hoofdstuk 1, uitgangspunten van deze herziening adviesnota

Dit document is een herziening van de 'Adviesnota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en psychose'. Op basis van die adviesnota uit 2014 zijn in 2016 in de Regeling eisen geschiktheid 2000 de wettelijke eisen voor rijgeschiktheid bij schizofrenie en psychose aangepast. Een belangrijke verandering was het verkorten van de termijn die mensen met een psychotische stoornis na remissie uitgesloten zijn van het besturen van een auto, van twee jaar naar een half jaar. De aanleiding voor deze herziening is de verandering in visie in de afgelopen jaren op rijgeschiktheid en op diagnostiek, herstel en gelijke rechten van mensen met een handicap. Ook komen er klachten binnen over de huidige regeling bij het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat en het Centraal Bureau Rijvaardigheid (CBR). Deze zijn bereid de regeling aan te passen mits hier voldoende gronden en draagvlak voor zijn. Daar wil de werkgroep Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose met deze adviesnota aan bijdragen.

Deze adviesnota beoogt een nieuwe visie op rijgeschiktheid bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid te geven. De werkgroep heeft hierbij de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- De diagnostiek verschuift van classificatiebenadering naar meer dimensionale benadering.
- Verschillen tussen mensen met dezelfde diagnose zijn groot, evenals variabiliteit van de problemen over de tijd bij dezelfde persoon.
- Het gevaar van psychose voor verkeersveiligheid wordt met de huidige evidentie onvoldoende hard gemaakt.
- Gezondheidsvaardigheden zijn zeker zo relevant als aanwezigheid van symptomen.
- De werkgroep benadrukt de rechten van de mens met een handicap versus richtlijnen voor het individu op basis van groepskenmerken: de werkgroep wil de rechten van de mens, de maatschappelijke verantwoordelijkheid en participatie faciliteren.
- De werkgroep benadrukt het belang van herstel voor verschillende levensdomeinen en de noodzaak het netwerk daarbij te betrekken.

Hoofdstuk 2, werkwijze werkgroep

Het doel van deze adviesnota rijgeschiktheid is een leidraad te bieden voor de beoordeling en het bespreekbaar maken van rijgeschiktheid bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid. De werkgroep geeft praktische aanbevelingen op basis van drie pijlers.

- Eerste pijler: kennis uit wetenschappelijke literatuur. Helaas is op dit gebied weinig adequate wetenschappelijke literatuur verschenen.
- Tweede pijler: de genoemde verandering in visie in de laatste jaren: de nieuwe visie op herstel, maatschappelijke participatie en persoonlijk en symptomatisch herstel.
- Derde pijler: praktijkkennis en -ervaring: problemen en knelpunten die professionals, cliënten en hun naasten ervaren bij het inschatten van de rijgeschiktheid van deze doelgroep.

De werkgroep heeft systematisch de wetenschappelijke literatuur onderzocht en verwerkt volgens de EBRO-principes, experts geraadpleegd en systematisch kwalitatief wetenschappelijke onderbouwing verzameld via twee focusgroepen.

Aanbevelingen hoofdstuk 3, factoren van invloed op de rijgeschiktheid bij personen met een psychotische stoornis

- Uit de literatuur komt een aantal generieke factoren naar voren die het rijgedrag kunnen beïnvloeden, zoals gebruik van medicatie, alcohol en suïcidaliteit. Ook kunnen psychotische klachten rechtstreeks interfereren met rijgeschiktheid en/of een verminderd vermogen tot zelfreflectie, waardoor autorijden onverantwoord is.
- Uit de literatuur komt niet duidelijk naar voren of mensen met een psychotische stoornis daadwerkelijker slechter autorijden en/of zorgen voor meer ongelukken. Het is niet goed mogelijk om op basis van de literatuur psychosespecifieke factoren vast te stellen die een negatieve invloed kunnen hebben op de rijgeschiktheid.

Aanbevelingen hoofdstuk 4, aanpassing van de Regeling eisen geschiktheid 2000

- Uit beide focusgroepen komt naar voren dat generieke symptomen (afleidbaarheid, trage informatieverwerking en kortere aandachtsspanne) een belangrijker probleem lijken dan specifieke psychotische symptomen, medicatiegebruik en recidievrije periode. Behandelaars en keuringsartsen merken op dat zij deze aspecten bij een keuring niet altijd goed kunnen beoordelen en zij willen dat mensen een testrit kunnen afleggen. Ook cliënten en naasten vinden deze mogelijkheid van belang, mede omdat ze dan hun rijervaring kunnen inzetten.
- De recidievrije periode die in de huidige regeling een belangrijke rol speelt, acht men niet relevant. Sommige mensen zijn al heel gauw weer heel goed hersteld.
- Uit beide focusgroepen komt naar voren dat gezondheidsvaardigheden van groot belang zijn bij de beoordeling van de rijgeschiktheid. Het gaat erom hoe goed iemand in staat is de eigen toestand te herkennen en door tijdige gedragsaanpassingen, steun en hulp de negatieve gevolgen hiervan voor het functioneren weet te beperken. In de huidige behandelpraktijk bestaan er goede mogelijkheden om deze vaardigheden te beoordelen (signaleringsplan). Een signaleringsplan waaraan iemand zich houdt, is een indicatie van goede gezondheidsvaardigheden.
- Beide focusgroepen vinden het vanzelfsprekend dat bij beroepschauffeurs zwaardere eisen gelden voor functioneren en gezondheidsvaardigheden dan bij privégebruikers van het rijbewijs. Bij groep 1-rijbewijzen (personenauto en motor) is een onderscheid gewenst tussen chauffeurs die beroepsmatig personen vervoeren (zoals taxichauffeurs) en mensen die voor hun beroep enkele uren per dag achter het stuur moeten zitten (bijv. bouwvakkers). Bij laatstgenoemden kunnen de eisen minder streng zijn.

Overige aanbevelingen

- Besteed bij de behandeling en begeleiding standaard aandacht aan rijgeschiktheid.
- Benoem bij de bespreking met patiënt een aantal belangrijke factoren (spanning en stress, vermoeidheid, medicatiegebruik en -verandering, situatiespecifieke aspecten, medicatiegebruik en de invloed op rijgeschiktheid).
- Overweeg andere dan medische disciplines/BIG-beroepen hierbij te betrekken als de contacten met behandelend arts laagfrequent zijn.

Aanbevelingen hoofdstuk 5, verkeersrisico's van geneesmiddelen

De beschreven factoren die samenhangen met het verhoogde verkeersrisico leiden tot aanbevelingen voor diverse betrokkenen.

199 *1. Gepersonaliseerd advies aan patiënt*

200 Bij de start van medicatie uit categorie II of III (matig tot sterk effect) moet de behandelend arts
201 beoordelen of het verantwoord is om deel te nemen aan het verkeer. De behandelaar kan de patiënt
202 steunen in het voornemen om voertuigen te besturen ondanks gebruik van medicatie, mits deze zich
203 voldoende bewust is van het veiligheidsrisico en in staat is daar rekening mee te houden.

204
205 Onderzoek alle relevante factoren en houd rekening met de volgende voorwaarden bij het advies aan
206 de patiënt:

- 207 • Niet rijden in de eerste weken na start met de medicatie, om het effect ervan te kunnen
- 208 beoordelen en om gewend te raken aan de bijwerkingen ervan.
- 209 • De dagdosering beperken tot de geadviseerde dosering.
- 210 • Niet rijden bij sufheid, duizeligheid, aandachtsproblemen of andere beperkende bijwerkingen.
- 211 • Niet rijden als symptomen leiden tot verminderde rijgeschiktheid of als toename van de ernst
- 212 van symptomen kan worden verwacht.
- 213 • Geen extra geneesmiddelen gebruiken voor verkeersdeelname, tenzij over de effecten van deze
- 214 geneesmiddelen op de rijgeschiktheid advies is ingewonnen bij behandelend arts of apotheker.
- 215 • Geen alcohol of drugs gebruiken voor verkeersdeelname.
- 216 • Alle afspraken nakomen en alle adviezen opvolgen die zijn geformuleerd in het signaleringsplan.

217
218 *2. Schriftelijke voorlichting aan patiënten*

219 Bevestig de communicatie van het advies aan patiënt schriftelijk. Neem in de bijsluiters van
220 geneesmiddelen advies op om met de arts in gesprek te gaan over beoordeling van rijgeschiktheid.

221
222 *3. Transparante verslaglegging*

223 Leg proces van consultvoering en advisering vast in het patiëntendossier (EPD). Leg in signaleringplan
224 uit hoe de rijgeschiktheid wordt beperkt in de verschillende fasen van terugval.

225
226 *4. Voorlichting aan doelgroepen*

227 Maak behandelaars en patiënten- en familieverenigingen sterker bewust van het belang van
228 aandacht voor het effect van geneesmiddelgebruik op de rijvaardigheid in contact met patiënten en
229 familie.

230
231 *5. Publieksvoorlichting*

232 Stel poster- en foldermateriaal beschikbaar met uitleg over invloed van antipsychotica op
233 rijgeschiktheid en voorwaarden voor deelname aan het verkeer.

234
235 *6. Professionele samenwerking*

236 Stimuleer betere samenwerking van apotheker en arts (protocollen en onderlinge afstemming van
237 begeleiding van patiënten).

238
239 *7. Professionele ondersteuning*

240 Zorg voor betere ondersteuning van artsen bij tijdens hun consult, o.a. via elektronisch
241 voorschrijfsysteem.

242
243 *8. Nascholing*

244 Ontwikkel geaccrediteerde PAO-cursus over rijgeschiktheid bij gebruik van psychofarmaca en de
245 voorwaarden voor deelname aan het verkeer.

246
247 **Aanbevelingen hoofdstuk 6, wanneer moet behandelaar een patiënt herkeuring adviseren?**

248 De behandelaar zal actief de patiënt adviseren zich te laten herkeuren, en een Gezondheidsverklaring
249 op te sturen naar het CBR indien:

- het rijbewijs gevorderd was vanwege verlopen geldigheid en de situatie voldoet aan de gestelde eisen, met als doel het rijbewijs te herkrijgen;
- het rijbewijs gevorderd was na een ongeval of gevaarlijk rijgedrag vanwege psychose en de situatie voldoet aan de gestelde eisen, met als doel het rijbewijs te herkrijgen;
- een patiënt een rijbewijs heeft en blijft autorijden, maar er ernstige twijfel is aan de rijgeschiktheid, zonder acuut gevaar (doel is een onafhankelijk oordeel van de keuringsarts te verkrijgen; patiënt is hiervoor zelf verantwoordelijk);
- een patiënt in aanmerking wil komen voor goedkeuring voor personenvervoer of als bus- of vrachtwagenchauffeur.
- In uitzonderingssituaties en na zorgvuldige procedure kan een behandelaar de medische dienst van het CBR verzoeken tot herkeuring indien gevaar blijft bestaan en de veiligheid niet kan worden hersteld.
- Bij groot en acuut gevaar kan de behandelaar een Bopz-maatregel nemen.

Aanbevelingen hoofdstuk 7, rijgeschiktheid bij psychose: een geïndividualiseerde benadering

Op niveau van regiebehandelaar, behandelteam

- Zet mobiliteit op de agenda in herstelondersteunende zorg.
- Zorg dat dit thema een passende plaats krijgt in de behandeling (behandelplan en signaleringsplan) en in de organisatie van het multidisciplinaire team.
- Wees bewust van de voor- en nadelen van de voorgeschreven medicatie, overleg met huisarts, voorschrijvende specialisten en apotheker over medicatie, zeker bij gebruik van meerdere middelen.
- Wijs patiënt op bepalingen in autoverzekeringsspolis wat betreft psychose.

Landelijk

- Ontwikkel bijscholingsprogramma's gericht op vaardigheden en expertise bij behandelaars en anderen om goede voorlichting te kunnen geven.
- Ontwikkel landelijk bijscholingen over medicatiegebruik en rijgeschiktheid voor (huis)artsen, psychiaters en verpleegkundig specialisten.
- Evalueer en differentieer checklists voor rijbewijzen groep 1 en 2.
- Onderzoek het gebruik van een rijimulator bij het bepalen van de rijgeschiktheid.
- Stel lijst op voor weergeven en/of meten van relevante gezondheidsvaardigheden bij psychose.
- Regel tegemoetkoming in kosten voor (her)keuring van psychiatrische patiënten.
- Regel financiering voor bespreking van dit thema in de behandelsetting.
- Onderzoek de ecologische validiteit van neuropsychologische testen en rijtesten.

Aanbevelingen hoofdstuk 8, beroepschauffeurs

- Houd bij dagbesteding en werk rekening met beperkende voorwaarden in het rijbewijs.
- Werk samen met bedrijfsarts, leidinggevende of werkgever om duidelijke afspraken te maken voor de cliënt die de veiligheid waarborgen.
- Vraag een (her)keuring aan wanneer iemand langdurig stabiel functioneert en men verwacht dat beperkende voorwaarden kunnen worden opgeheven.

- 293 • Monitor stabiliteit en gezondheidsvaardigheden en wees alert op medicatieverandering bij
294 beroepsmatig rijden: vervoer van personen, bus- of vrachtwagenbestuurder.
- 295 • Wees u ervan bewust dat het bespreken van twijfels over rijgeschiktheid gevoelig ligt bij
296 mensen die beroepsmatig rijden: het kan hun baan kosten als ze afgekeurd worden.
- 297 • Stel veiligheid voorop bij uitbreiding van mogelijkheden voor het besturen van bus of
298 vrachtwagen voor mensen met psychotische kwetsbaarheid; strenge voorwaarden zijn
299 noodzakelijk.
- 300 • Evalueer zorgvuldig de effecten na het ingaan van de nieuwe regeling.
- 301 • Houd rekening met rijgeschiktheid bij de keuze van de antipsychotische medicatie (en
302 comedatie).

1. Inleiding

1.1 Voorwoord

Voor u ligt een herziening van de ‘Adviesnota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en psychose’ (Brons e.a. 2014). Op basis van die adviesnota uit 2014 zijn in 2016 in de Regeling eisen geschiktheid 2000 (REG2000) de wettelijke eisen voor rijgeschiktheid bij schizofrenie en psychose aangepast (*zie box 1*). Een belangrijke verandering die hieruit voortvloeide, is het verkorten van de termijn die mensen met een psychotische stoornis na remissie uitgesloten zijn van het besturen van een auto. Die termijn werd teruggebracht van twee jaar naar een half jaar.

De aanleiding om zo kort na de vorige adviesnota van 2014 een herziening te schrijven, is de verandering in visie die zich gedurende de afgelopen jaren heeft voorgedaan, niet alleen op rijgeschiktheid, maar ook op diagnostiek, herstel en gelijke rechten van de mensen met een handicap.

Ook komen er klachten binnen over de bestaande regeling bij het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (I en W, voorheen Infrastructuur en Milieu) en het Centraal Bureau Rijvaardigheid (CBR). Daar bestaat de bereidheid de REG2000 opnieuw aan te passen mits hier voldoende gronden voor zijn en draagvlak aanwezig is.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft daarom opdracht gegeven om een herziening van de bestaande adviesnota te schrijven in lijn met de actuele kennis over psychose en herstel. De werkgroep Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose (Werkgroep RijP) is vervolgens gekomen tot voorliggende nota. De financiering vond plaats vanuit het gealloceerde budget van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De herziening van de adviesnota betreft alleen het deel over schizofrenie en psychose.

1.2 Overwegingen

De adviesnota uit 2014 en de daarop aangepaste overheidsregeling rijgeschiktheid bij psychose, REG2000¹ (*zie box 2*) uit 2016, zijn gebaseerd op literatuur tot 2009, waarbij er weinig tot geen evidentie werd gevonden voor toegenomen verkeersrisico's bij psychose. Deze regeling is dan ook vooral gebaseerd op de mening van experts.

Inmiddels heeft een verschuiving plaatsgevonden in de keuzes tussen enerzijds verkeersveiligheid en anderzijds de zelfstandigheid van de burger en diens maatschappelijke participatie. Een voorbeeld daarvan is de aangepaste regeling bij dementie². In de beginfase van de aandoening blijken veel patiënten met een dementieel beeld nog adequaat te kunnen chaufferen. Daarom wordt nu in de beginfase van de ziekte gebruikgemaakt van een rijtest, waar eerder op grond van de diagnose de patiënt rijongeschikt werd verklaard.

¹ Regeling eisen geschiktheid 2000, paragraaf 8.2

² Regeling eisen geschiktheid 2000, paragraaf 8.6.1.a

344 Er is discussie over de maatschappelijk aanvaardbare risico's, indien bekend is dat deze bij grote
345 groepen weggebruikers verhoogd zijn. Zo is van jongeren (zie box 3) bekend dat zij op grond van
346 rijgedrag een groter risico vormen, maar dat wordt aanvaard. Bij mensen met een psychotische
347 kwetsbaarheid gaat het om een veel kleinere groep bij wie het eenvoudiger is een beperking op te
348 leggen. In tegenstelling tot de groep jongeren gebeurt dat echter zonder duidelijke evidentie. De
349 beperkingen hebben echter dermate verstrekende gevolgen voor deze groep dat de betrokken
350 partijen (cliënten³, naasten, behandelaars) ze ervaren als onrechtvaardig en onnodig beperkend voor
351 het herstelproces.

352 In de praktijk blijkt dat psychiaters en andere behandelaars slecht bekend zijn met de
353 overheidsregeling én met de plicht patiënten hierover voorlichting te geven. In het kader van
354 medicatievoorschrift gebeurt dit meestal wel, maar het bespreken van rijgeschiktheid en mobiliteit
355 op grond van toestandsbeeld en diagnose wordt vaak achterwege gelaten. Psychiaters vrezen voor
356 de gevolgen voor de behandelrelatie als ze een regeling moeten toelichten die ze zelf als
357 onrechtvaardig en beperkend ervaren. Ze vrezen hun patiënten niet meer terug te zien en daarmee
358 het risico van terugval in psychose te vergroten.

359

360 De Regeling eisen geschiktheid 2000 (REG2000) uit 2016 bevat weliswaar belangrijke verbeteringen
361 ten opzichte van de voorgaande, zoals het verkorten van de vereiste recidiefvrije periode van twee
362 naar een half jaar. Desalniettemin ervaren patiënten, familie en hulpverleners de regeling als
363 onredelijk. Vooral het hanteren van een periode zonder symptomen en het 'afraden' van
364 beroepsmatig rijden, zowel met een personenauto als met vrachtauto's en bussen, worden
365 beschouwd als onnodig beperkend. Evidentie om deze beperkingen te onderbouwen ontbreekt.

366
367 Onbedoeld legt de huidige regeling ook een extra beperking op die voorheen niet aanwezig was:
368 degenen die voor hun werk gebruik moeten maken van de auto mogen dit onder de nieuwe REG2000
369 niet meer. In de vorige regeling was dat na positief advies van de keuringsarts wel mogelijk. Voor
370 sommige mensen die een psychose hebben doorgemaakt, heeft dit tot gevolg dat na herstel
371 werkhervatting niet meer mogelijk is. Een monteur, wijkverpleegkundige of FACT-
372 ervaringsdeskundige mag bijvoorbeeld niet met de auto naar cliënten rijden, terwijl het
373 beroepsfunctioneren adequaat en verantwoord is.

374

375 Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat en het Centraal Bureau Rijvaardigheid (CBR) lopen in
376 de praktijk geregeld tegen deze beperkingen in de REG2000 aan. Voor cliënten betekent het dat zich
377 onttrekken aan de behandelrelatie gunstiger lijkt dan het bespreken van de eigen rijgeschiktheid met
378 de behandelend specialist. De werkgroep RijP wil met deze nota psychiaters en andere
379 regiebehandelaars een handreiking bieden voor het bespreken van rijgeschiktheid met hun cliënten,
380 zonder de behandelrelatie in gevaar te brengen.

381

382 Voor psychiaters is het momenteel onduidelijk welke invloed de eigen beroepsgroep heeft gehad op
383 de invulling van de REG2000, ondanks de uitgebreide commentaarronde over de vorige adviesnota
384 onder leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en betrokken instanties in het werkveld.
385 Het idee leeft dat de overheid een regeling in stand houdt die nauwelijks draagvlak bij de

³ In de adviesnota zal afwisselend worden gesproken over cliënten en patiënten, zoals dat ook in de dagelijkse praktijk gebruikelijk is.

beroepsgroep heeft. Een overheidsregeling die draagvlak heeft bij psychiaters en andere regiebehandelaars is ongetwijfeld veel effectiever in de bewustmaking van cliënten op het gebied van de eigen rijgeschiktheid.

Sinds enkele jaren komt de nadruk in de diagnostiek van psychose meer op dimensionele aspecten te liggen. Sinds de ingebruikname van de DSM-5 (APA 2014) is deze benadering tevens geformaliseerd. In de DSM-5 wordt bij psychose gesproken over een spectrumstoornis, waarbij de verschillen in ernst en beloop relevanter zijn dan wel of niet aan de criteria van een classificatie voldoen. Het hanteren van een classificatie psychose doet onvoldoende recht aan de grote verschillen tussen patiënten.

Daarnaast is er steeds meer evidentie voor de mogelijkheden van herstel (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017), waarbij er sprake kan zijn van symptomatisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Ook hier zijn grote individuele verschillen zichtbaar. Net als bij sommige ernstige somatische aandoeningen is het beloop onvoorspelbaar en is uitsluiting van sommige rijbewijzen voor langere termijnen of zelfs voor het leven niet meer te verenigen met de stand van de wetenschap.

Naast beloop van de psychose, de aard en ernst van de symptomen en het herstel is het relevant om te kijken naar hoe cliënten hiermee omgaan, in hoeverre ze in staat zijn te reflecteren op de eigen toestand en daaruit consequenties te trekken voor hun rijgedrag, en de keuze om al dan niet te gaan rijden. Het begrip gezondheidsvaardigheden biedt hiertoe handvatten die ook in het kader van rijgeschiktheid zeer bruikbaar zijn. Dit komt in hoofdstuk 4 aan de orde.

Bovendien ratificeerde Nederland in 2016 het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2016). Daarmee is ons land de verplichting aangegaan om mensen met een beperking te faciliteren in gelijkwaardige mobiliteit en deelname, en is het niet toegestaan om op basis van groepskenmerken individuen uit te sluiten van deelname. Dat betekent dat ook statistische verschillen in risico's slechts in beperkte mate gebruikt kunnen worden om beperkingen aan individuen op te leggen. Aangezien echter tot op heden evidentie ontbreekt in de literatuur, leidt de huidige regeling tot ongegronde discriminatie. Richtlijnen zoals de regeling rond rijgeschiktheid moeten vanaf nu aan deze rechten worden getoetst.

Box 1. Adviesnota, Regeling en herziening adviesnota

Adviesnota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en psychose (2014):

Adviezen voor het bepalen van rijgeschiktheid bij drie psychiatrische aandoeningen, geschreven in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). De adviezen gericht op psychose die hierin zijn beschreven, zijn door de minister in grote lijnen overgenomen.

Voordat het ministerie daartoe overgaat, buigt de Gezondheidsraad zich als onafhankelijk overheidsorgaan over de inhoud en adviseert de minister hoe de adviezen voor een nieuwe overheidsregeling te gebruiken.

Regeling eisen geschiktheid 2000 (REG2000):

Deze overheidsregeling beschrijft wanneer men wel/niet rijgeschikt is bij somatische en psychische aandoeningen, voor groep 1-rijbewijzen voor personenauto's en voor groep 2-rijbewijzen voor vrachtwagen en bus. De regeling wordt door de minister van Infrastructuur en Milieu vastgesteld, gebaseerd op adviezen van experts, de beroepsgroep van specialisten op het gebied van de betreffende aandoening. De paragrafen over psychische stoornissen zijn gebaseerd op de adviezen van psychiaters, in opdracht van de NVvP. Deze geeft in samenspraak met het Centraal Bureau Rijbevoegdheid opdracht tot het vernieuwen van de richtlijn of het schrijven van een adviesnota.

Wanneer de regeling wordt aangepast, verschijnt hierover bericht in de *Staatscourant*. De laatste keer dat dit gebeurde, was in juli 2016 naar aanleiding van de vorige adviesnota van de NVvP.

Herziening adviesnota:

Deze adviesnota wordt volgens de EBRO-module vormgegeven, waarbij EBRO staat voor evidence-based richtlijnontwikkeling. De voorliggende tekst komt tot stand in samenspraak met het CBR en het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, maar zal nog door de Gezondheidsraad moeten worden beoordeeld op bruikbaarheid en haalbaarheid voordat de REG2000 aangepast kan worden aan de beschreven inzichten.

415

416

Box 2. Regeling eisen geschiktheid 2000 (<http://wetten.overheid.nl/BWBR0011362/2017-05-12>)

8.2. Schizofreniespectrumstoornissen en andere psychotische stoornissen

In alle gevallen geldt dat bij psychiatrische comorbiditeit of cognitieve stoornissen tevens de betreffende paragrafen uit dit hoofdstuk gelden.

8.2.1. Eenmalige, kortdurende psychotische episode

- **a. groep 1:** Personen die een eenmalige psychose hebben doorgemaakt en die zes maanden recidievrij zijn, kunnen op basis van een positief psychiatrisch rapport geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1 voor een termijn van maximaal vijf jaar. Zolang zij niet tevens voldoen aan de eisen voor groep 2, kunnen zij alleen geschikt worden verklaard als de rijbevoegdheid wordt beperkt tot privégebruik. Personen die een eenmalige psychose hebben doorgemaakt, die tien jaar recidievrij zijn en meer dan vijf jaar zonder medicatie, kunnen op basis van een psychiatrievragenlijst geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1 zonder termijnbeperking.
- **b. groep 2:** Personen die een eenmalige psychose hebben doorgemaakt, die twee jaar recidievrij zijn en bij wie de medicatie is gestaakt, kunnen op basis van een positief psychiatrisch rapport geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 2 voor een termijn van maximaal drie jaar. Personen die een eenmalige psychose hebben doorgemaakt, die tien jaar recidievrij zijn en meer dan vijf jaar zonder medicatie, kunnen op basis van een psychiatrievragenlijst geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 2 zonder termijnbeperking.

8.2.2. Schizofreniespectrumstoornissen (schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, schizofreniforme stoornis)

- **a. groep 1:** Personen met schizofreniespectrumstoornissen die succesvol worden behandeld (zes maanden recidievrij, zekere mate van ziekte-inzicht en geringe 'negatieve symptomen') kunnen op basis van een positief psychiatrisch rapport geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1 voor een termijn van maximaal vijf jaar. Zij kunnen alleen geschikt worden verklaard als de rijbevoegdheid wordt beperkt tot privégebruik.
- **b. groep 2:** Personen met schizofreniespectrumstoornissen zijn ongeschikt voor rijbewijzen van groep 2.

8.2.3. Waanstoornis

- **a. groep 1:** Personen met een ernstige waanstoornis zijn ongeschikt. Personen bij wie de

psychiater de waanstoornis als licht beschouwt (niet interfererend met de rijgeschiktheid) kunnen geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1 rijbewijzen voor maximaal vijf jaar.

- **b.** groep 2: Personen met een waanstoornis zijn ongeschikt voor rijbewijzen van groep 2.

8.2.4. Overige psychotische stoornissen

Personen met een psychotische stoornis die niet valt onder bovenstaande paragrafen, kunnen na een geslaagde behandeling (zes maanden recidiefvrij) op basis van een specialistisch rapport geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1 en groep 2.

1.3 Medicatie

Medicatiegebruik speelt een rol bij rijgeschiktheid. Enerzijds is medicatietrouw een criterium in de huidige regeling. Er zijn aanwijzingen dat antipsychoticagebruik de rijgeschiktheid verbetert. Anderzijds heeft medicatie invloed op aandacht, concentratie en reactievermogen. Ook hierover is een hoofdstuk opgenomen in de REG2000, paragraaf 10 (*zie box 4*). De implicaties van medicatiegebruik voor rijgeschiktheid in positieve en negatieve zin komen in de huidige nota uiteraard uitgebreid aan bod (*zie hoofdstuk 5*).

Box 3. Ontwikkelingen van de verkeersveiligheid in Nederland

(<https://www.swov.nl/publicaties/swov/type/factsheet>)

Het verkeer maakt in Nederland nog steeds veel slachtoffers. In 2016 waren er 629 verkeersdoden in Nederland. Sinds 1972, het jaar met de meeste verkeersdoden (3264) is het aantal verkeersdoden geleidelijk gedaald tot 570 in zowel 2013 als 2014. Daarna is het aantal weer gestegen tot 621 doden in 2015, gevolgd door opnieuw een toename in 2016. Ruim een derde van de verkeersdoden zijn auto-inzittenden (231), bijna een derde is fietser (189). Afgemeten naar de bevolkingsomvang, vallen er verhoudingsgewijs veel doden in het verkeer onder jongeren en jongvolwassenen (15-29 jaar) en ouderen (65+). Bij de verkeersgewonden is deze stijging al wat eerder ingezet. In 2015 raakten naar schatting 21.300 personen in Nederland ernstig gewond in het verkeer.

De recente toename in verkeersslachtoffers is teleurstellend en zorgwekkend gezien de Nederlandse verkeersveiligheidsaanpak die bekend staat als 'Duurzaam Veilig'. De mens wordt hierbij als 'maat der dingen' genomen: de mens die kwetsbaar is, fouten maakt en zich niet altijd aan regels houdt. De verkeersomgeving moet de mens ondersteuning en bescherming bieden in de vorm van herkenbare en voorspelbare wegen, een vergevingsgezinde omgeving en veilige voertuigen. Bovendien moeten verkeersdeelnemers door voorlichting en educatie zo goed mogelijk zijn voorbereid op de verkeerstaak. Uiteindelijk zal gecontroleerd moeten worden of verkeersdeelnemers zich veilig gedragen.

Aan de kant van voorlichting, educatie en controle valt nog veel te winnen. Zelfgekozen afleiding is een groot probleem. Wie tijdens het autorijden of fietsen bezig is met tekstberichten ('appen') verzesvoudigt de kans op een ongeval. Uit een omvangrijk Amerikaans onderzoek is gebleken dat bij 68% van de ongevallen de bestuurder direct voorafgaand aan het ongeval was afgeleid. Afleidende activiteiten tijdens de verkeersdeelname komen vooral voor bij jonge, gezonde verkeersdeelnemers. Dit ligt niet aan hun visuele, cognitieve en motorische functies – die zijn uitstekend – maar aan hun zelfgekozen onveilige gedrag. Bij ouderen zien we met name een toename van verkeersslachtoffers bij de fietsers. De elektrische fiets is erg populair, maar is voor ouderen erg onveilig. Bevordering

van het gebruik van valhelmen en voorlichting over veilig op- en afstappen kunnen veel ongevallen met ernstige letsels reduceren.

Box 4. Regeling eisen geschiktheid 2000

10. Geneesmiddelen

10.1. Inleiding

Voor de beoordeling van de geschiktheid is het ook van belang in hoeverre de aanvrager gebruikmaakt van geneesmiddelen die de rijvaardigheid negatief kunnen beïnvloeden. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat bepaalde geneesmiddelen een ongewenste nadelige invloed hebben op de rijvaardigheid. Dit geldt vooral voor geneesmiddelen die een dempende of stimulerende werking hebben op het centrale zenuwstelsel, maar ook voor geneesmiddelen die als bijwerking duizeligheid, plotselinge slaapaanvallen of wazig zien hebben.

In dit hoofdstuk wordt de internationaal aanvaarde indeling (ICADTS-classificatie) van rijgevaarlijke geneesmiddelen in de categorieën I tot en met III gevolgd: geneesmiddelen met geen of weinig negatieve invloed (categorie I), licht tot matig negatieve invloed (categorie II) of een ernstige of potentieel gevaarlijke invloed (categorie III) op de rijvaardigheid.

Categorie	Omschrijving effect	Vergelijkbaar bloedalcoholgehalte
I	geen of weinig negatieve invloed	< 0,5 promille
II	licht tot matig negatieve invloed	0,5-0,8 promille
III	ernstige of potentieel gevaarlijke invloed	> 0,8 promille

Geneesmiddelen dienen te worden beoordeeld aan de hand van de aandoening waarvoor ze worden voorgeschreven. Eenzelfde middel kan bijvoorbeeld voor de behandeling van een depressie in een andere categorie vallen dan voor neuropathische pijn. Dit komt vaak door een verschil in dosering. Bij de beoordeling van de geschiktheid is tevens van belang of er meerdere geneesmiddelen met een negatieve invloed op de rijvaardigheid worden gebruikt. Ten slotte is het zo dat de aandoening waarvoor het middel wordt voorgeschreven vaak een wezenlijker probleem voor de rijgeschiktheid vormt dan het middel zelf. Bij de beoordeling van de rijgeschiktheid zal de betreffende paragraaf over de aandoening daarom moeten worden meegenomen.

10.2. Geneesmiddelen bij psychotische stoornissen

Personen die antipsychotica gebruiken met een ernstige of potentieel gevaarlijke invloed op de rijvaardigheid (categorie III) zijn ongeschikt. Personen die – in een therapeutische dosis – antipsychotica gebruiken die geen tot matige negatieve invloed hebben op de rijvaardigheid (categorie I en II), kunnen geschikt worden verklaard. Voor middelen uit categorie II geldt dat er enkele dagen na de start van de behandeling ongeschiktheid is.

1.4 Gezondheidsvaardigheden

De huidige REG2000 doet te weinig recht aan de grote verschillen in **gezondheidsvaardigheden** (Van der Heide e.a. 2013) bij het omgaan met de aandoening. Met dit begrip, internationaal 'health

literacy', wordt bedoeld dat mensen voldoende kennis en vaardigheden hebben om te handelen in het belang van hun eigen gezondheid. In het kader van rijgeschiktheid en psychose betreft dat meerdere factoren: de mate van zelfreflectie op toename van symptomen, tijdige herkenning en voorkomen van ontregeling, zicht op de invloed van de symptomen op rijgeschiktheid en de consequenties die de chauffeur hieraan verbindt voor het rijgedrag. Op dit moment wordt er vooral gefocust op een recidievrije periode en medicatietrouw als indicatoren van rijgeschiktheid. In de adviesnota van 2014 werd echter al geadviseerd aandacht te besteden aan een aantal factoren die in de huidige tekst van de regeling niet zijn overgenomen, maar die wel van belang zijn bij de evaluatie van de rijgeschiktheid bij patiënten met schizofrenie of een doorgemaakte psychose. Het gaat om comorbiditeit, de voorgeschiedenis wat betreft recidieven, de mate van sociale controle, zelfinschatting van functioneren, rijgeschiktheid en persoonlijkheidskenmerken. In hoofdstuk 7 wordt hier nader op ingegaan.

1.5 Autorijden en herstel

Of en wanneer iemand met psychotische symptomen weer mag autorijden, is afhankelijk van de fase van herstel: het toestandsbeeld moet niet meer interfereren met de rijvaardigheden. Autorijden speelt echter ook een belangrijke rol bij het herstel; veel mensen zijn voor hun werk of sociale contacten afhankelijk van de auto. Wanneer iemand restricties krijgt opgelegd om als bestuurder deel te nemen aan het verkeer, wordt het (blijven) vervullen van belangrijke sociale rollen beperkt en verliest de persoon autonomie. Deze beperkingen remmen het herstel doordat mensen bijvoorbeeld langer afhankelijk blijven van een uitkering. Ze bevestigen bovendien het stigma van de (ex-)patiënt die niet meer functioneert in de maatschappij.

De hedendaagse diagnostiek binnen de geestelijke gezondheidszorg richt zich in toenemende mate op het in kaart brengen van symptoomdimensies. Het classificeren van mensen in verschillende stoornissen wordt als minder relevant beschouwd. Ook in de Zorgstandaard Psychose (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) wordt dit onderstreept als belangrijke ontwikkeling in het diagnostisch handelen. Symptomen die relevant zijn voor het beoordelen van rijgeschiktheid zijn in verschillende mate aanwezig bij individuele patiënten. Dimensionele diagnostiek geeft de mogelijkheid om genuanceerder naar het individuele profiel van psychische klachten te kijken en de variabiliteit tussen patiënten en binnen een persoon over de tijd beter te vatten. Deze dimensionele diagnostiek is ook te gebruiken bij de beoordeling van rijgeschiktheid. De verscheidenheid in toestand en beloop is zo groot dat bij veel patiënten een regeling op grond van de classificatie naar stoornissen geen recht doet aan hun vermogen te herstellen en te participeren in hun maatschappelijke rollen. Er is behoefte aan een overheidsregeling waarbij dit meer individueel en naar het moment kan worden beoordeeld.

1.6 Beoordeling van rijgeschiktheid

De vraag hoe rijgeschiktheid te bepalen, wordt momenteel opgevat als een vraag naar de medische en psychologische geschiktheid om als bestuurder aan het verkeer deel te nemen. Om een geldig rijbewijs te kunnen behalen, moet eerst worden vastgesteld of iemand geschikt is, hij/zij krijgt dan een verklaring van geschiktheid. Deze vaststelling wordt gedaan door het CBR aan de hand van door de minister van Infrastructuur en Milieu vastgestelde regels: de Regeling eisen geschiktheid 2000 (REG2000). Geschiktheid is een medisch juridisch begrip en de criteria hiervoor zijn oorspronkelijk tot stand gekomen op grond van consensus van medisch deskundigen. In het verleden werd hierbij vooral vanuit de symptomen en hun potentiële risico's geredeneerd, maar de laatste jaren is er

toenemend oog voor compensatiemogelijkheden bij ziekten en aandoeningen. Dit zijn de mogelijkheden van bestuurders om zodanig met hun beperkingen rekening te houden dat de verkeersveiligheid niet in het geding komt. Zij kunnen bijvoorbeeld alleen overdag rijden in geval van visusbeperkingen, of uitsluitend korte afstanden bij beperkte belastbaarheid. Op termijn zullen aanpassingen in auto's die de actieve en passieve veiligheid verbeteren, hierin een groeiende rol spelen.

REG2000 wordt daarom regelmatig aangepast aan nieuwe empirische kennis over risico's van aandoeningen en over compensatiemogelijkheden.

1.7 De Regeling eisen geschiktheid 2000

De REG2000 begint met de constatering dat er internationaal nog betrekkelijk weinig epidemiologische gegevens zijn over de relatie tussen de gezondheidstoestand van verkeersdeelnemers en het veroorzaken van verkeersongevallen. Desondanks wordt vanzelfsprekend geacht dat blindheid en ernstige geestesziekte iemand zonder meer ongeschikt maken voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer. Vervolgens worden de eisen geformuleerd die gelden bij minder ernstige aandoeningen.

Het begrip (rij)geschiktheid wordt omschreven als 'betrekking hebbende op de lichamelijke en geestelijke kwaliteiten op grond waarvan een persoon wel of niet, of voor een beperkte tijdsduur dan wel op voorwaarden, geschikt is voor het besturen van een motorrijtuig'. En: 'De vaststelling van de geschiktheid voor één of meer rijbewijscategorieën geschiedt door middel van registratie van de verklaring van geschiktheid door het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) in het rijbewijsregister van de Dienst Wegverkeer.'

De inhoud van de verklaring van geschiktheid wordt in de praktijk bepaald door een arts die is aangesteld bij het CBR. Die arts maakt gebruik van de medische gegevens die zijn aangetekend bij de Gezondheidsverklaring (voorheen Eigen verklaring) door 'de keurend arts', eventueel aangevuld met een ingevuld Geneeskundig verslag en zo nodig een specialistisch rapport.

Met een aantekening van de keurend arts wordt bedoeld een aantekening over aard en ernst als één van de vragen bevestigend is beantwoord. Vragen die hierbij relevant zijn: 'Bent u onder behandeling of onder behandeling geweest voor een psychiatrische stoornis, een hersenziekte – zoals een beroerte – of een ziekte van het zenuwstelsel? Gebruikt u medicijnen die volgens de bijsluiter de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, zoals slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, antidepressieve middelen, antipsychotische middelen of opwekmiddelen?'

De aantekening over aard en ernst van de aandoening wordt door een arts geplaatst op de Gezondheidsverklaring, dan wel op een bijlage bij de Gezondheidsverklaring. Deze informatie mag, voor zover in het dossier van de aanvrager relevante, recente en feitelijke informatie aanwezig is, ook geplaatst worden door de behandelend arts. Dit is een belangrijke zinsnede in REG2000. De essentie is dat het CBR informatie ontvangt die voldoende is om een oordeel te vormen over alle aspecten die in de REG2000 specifiek benoemd worden om de rijgeschiktheid te toetsen.

In hoofdstuk 8 van de REG2000 worden de eisen aan de geschiktheid bij psychiatrische stoornissen geformuleerd. Het hoofdstuk begint met de volgende tekst: 'Bij de beoordeling is het ziektebeloop van belang: de persoon zal bij voorkeur minstens een jaar vrij moeten zijn van recidieven, tenzij in specifieke gevallen anders omschreven. Daarnaast is van belang de voorspelbaarheid van uitingen van de aandoening, het ziekte-inzicht en de therapietrouw. Als de aandoening een reversibele organische stoornis tot grondslag had (heeft), kan de keurling na herstel in de regel goedgekeurd

worden.’ Hierna wordt in verschillende paragrafen de regeling voor de desbetreffende stoornis geformuleerd, waarbij afgeweken kan worden van de beschreven inleiding.

In paragraaf 8.2 van de REG2000 wordt vooral psychotische problematiek behandeld, onder de titel ‘Schizofreniespectrumstoornissen en andere psychotische stoornissen’. Ook andere onderdelen van hoofdstuk 8, bijvoorbeeld ‘Regelmatig gebruik van alcohol en drugs’ of angsten en depressie, en onderdelen van hoofdstuk 10 ‘Geneesmiddelen’ kunnen van toepassing zijn bij patiënten met een psychose.

1.8 Rijgeschiktheid versus rijvaardigheid en rijgedrag

Rijgeschiktheid moet formeel worden onderscheiden van de begrippen rijvaardigheid en rijgedrag. Met *Rijvaardigheid* wordt bedoeld of iemand een voertuig vlot en veilig door het verkeer kan loodsen en daarbij de verkeersregels correct toepast. Dit wordt meestal gemeten in een veeleisende examensituatie waarin de deelnemers hun best doen en weten dat zij op de vingers worden gekeken. Tijdens het rijexamen wordt de rijvaardigheid eenmalig vastgesteld. *Rijgedrag* is het gedrag achter het stuur in het dagelijks leven, dus zonder dat er sprake is van een examensituatie. Het gaat nu niet om wat men *kan*, maar om wat men *doet*.

1.8.1. Rijgeschiktheid

Neurologische en psychiatrische aandoeningen en bijwerkingen van psychofarmaca gaan vaak gepaard met vertraagde informatieverwerking en met moeite om de aandacht te verdelen. In complexe verkeerssituaties onder tijdsdruk zijn mensen met deze beperkingen in het nadeel. Complexe verkeerssituaties komen echter niet uit de lucht vallen. Wie hard op een kruising af rijdt, moet snel kunnen reageren, maar die kruising kan ook rustig benaderd worden waardoor de tijdsdruk veel minder is. Bestuurders houden vaak rekening met hun beperkingen. Iemand met functiebeperkingen is mogelijk in staat om tijdens het rijden hiervoor adequaat te compenseren, zodat hij voldoende vlot en veilig kan rijden. Door rustige routes te plannen, de eigen snelheid beperkt te houden en de afstand tot de voorliggers te vergroten kan men zichzelf meer tijd en ruimte geven, waardoor geen problemen voor de verkeersveiligheid hoeven te ontstaan.

1.8.2 Privé- en beroepsmatige geschiktheid

In de REG2000 wordt de mogelijkheid van compensatie van functiebeperkingen serieus genomen, door het concept ‘*Praktische rijgeschiktheid*’ in te voeren (Brouwer & Ponds 1994). Bij veel chronische en degeneratieve neurologische aandoeningen is met nadrukkelijke ondersteuning door de Gezondheidsraad, de bepaling van praktische rijgeschiktheid de gouden standaard, tenminste waar het gaat om privégebruik en beperkt beroepsmatig gebruik (zie REG2000). In laatstgenoemde regeling wordt bij alle aandoeningen een onderscheid gemaakt tussen groep 1 (auto en motor) en groep 2 (vrachtauto en bus). Bij groep 2 gelden strengere medische eisen en wordt zelden gebruikgemaakt van een rijtest op de weg, omdat het hier niet slechts gaat om rijgedrag en rijvaardigheid. Bestuurders in deze categorie worden geacht veel minder mogelijkheden te hebben om te compenseren. De druk om (als professionele bestuurder) de weg op te gaan, ook als ze zich minder rijgeschikt voelen vanwege psychisch of lichamelijke conditie, kan te groot zijn en compensatiemogelijkheden beperken. Hun opdrachtgever bepaalt immers waar en wanneer ze moeten rijden en er is vaak sprake van strakke tijdslimieten. De strengere eisen voor vrachtauto’s en personenvervoer worden mede bepaald door

de gemiddeld grotere omvang van de schade die men kan aanrichten aan anderen. In aansluiting hierop wordt aan groep 1-rijbewijsbezitters met functiebeperkingen vaak alleen privégebruik (code 100) of beperkt professioneel gebruik toegestaan, maximaal 4 uur per dag, en geen beroepsmatig personenvervoer (code 101).

Bij aanwijzingen voor verminderde rijgeschiktheid kan gebruik worden gemaakt van een rijtest om te observeren of iemand met beperkingen in de informatieverwerking zichzelf voldoende tijd en ruimte geeft. In het jargon van de verkeerspsychologie zijn dit aanpassingen op het *tactisch niveau* van de rijtaak om beperkingen op *operationeel niveau* te compenseren. Naast compensaties op tactisch niveau zijn ook compensaties op *strategisch niveau* mogelijk. Het gaat daarbij om gedragskeuzen voorafgaand aan de rit die voor alle aan het verkeer deelnemende individuen gelden, zoals het al of niet uitzetten van de smartphone, het plannen van de rijtijd en route en het al of niet alcohol gebruiken voor het rijden.

Bij een grote groep patiënten met een stabiele (chronische) psychotische stoornis kan er sprake zijn van continu aanwezige symptomen van vertraagde informatieverwerking (ook als gevolg van medicatie) en verminderde capaciteit om de aandacht te verdelen, bijvoorbeeld door aanwezigheid van ‘stemmen’ als extra stressor. Het gaat hier om beperkingen op het *operationele niveau* van de rijtaak. In tegenstelling tot bijvoorbeeld het gebruik van smartphones zijn deze beperkingen niet vrijwillig gekozen en ‘stemmen’ kunnen ook niet zo gemakkelijk worden uitgezet als een smartphone. Toch kunnen deze beperkingen binnen bepaalde grenzen worden gecompenseerd door aanpassingen op het *tactisch niveau*, door bijvoorbeeld de volgafstand en snelheid aan te passen. De kwaliteit van deze aanpassingen kan prima worden beoordeeld met een rijtest op de weg.

Er kan echter ook sprake zijn van incidenteel optredende, veel ernstiger symptomen, zoals uitgesproken gedragsproblemen in de aanloop en het beloop van een psychose. Deze problemen zullen op het moment waarop wordt gevraagd om een Verklaring van Geschiktheid niet per se aanwezig zijn. De vraag is dan: hoe groot is de kans op gevaarlijk verkeersgedrag? Het antwoord op deze vraag wordt niet alleen bepaald door de vorm en eventuele frequentie van recidief, maar vooral door hoe iemand om zal gaan met de eerste symptomen hiervan. Beslist iemand bijvoorbeeld om zich niet in het verkeer te begeven? Of laat iemand zich hierop aanspreken door bezorgde betrokkenen?

Zo kan iemand zich overprikkeld voelen en beslissen om daarom niet meer aan het eind van de middag te rijden, omdat de vermoeidheid en gevoeligheid te groot zijn op dat tijdstip van de dag. De inschatting hiervan is van groot belang bij de advisering over rijgeschiktheid. Waar het keuzen betreft die voorafgaan aan verkeersdeelname, hebben we het over het *strategisch niveau* van patiënt. Strategische aspecten kunnen niet rechtstreeks tijdens een rijtest of neuropsychologisch onderzoek worden beoordeeld. Om een indruk te kunnen krijgen van mogelijkheden en beperkingen op dit terrein is het CBR vooral aangewezen op informatie van behandelend artsen en psychologen, rechtstreeks of via informatie die zij aan een onafhankelijk keuringsarts hebben verstrekt.

Er zijn grote onderlinge verschillen in de verschijningsvormen van een psychose. Sommige mensen hebben enkele verschijnselen zonder dat dit het dagelijks functioneren ook maar enigszins beïnvloedt. Anderen hebben lichte verschijnselen waar men zelf last van heeft, maar waar de omgeving niets van merkt. Anderen zijn zichtbaar in de war, worden duidelijk beïnvloed door hallucinaties en wanen, en zijn niet in staat zichzelf te verzorgen en maatschappelijke rollen te vervullen. Daar tussenin zijn er vele gradaties en combinaties van verschillende symptomen mogelijk.

618 En ook bij dezelfde persoon kunnen over de tijd de intensiteit en de specificiteit van symptomen
619 sterk verschillen. Wie gisteren niet rijgeschikt was, kan dat vandaag wel zijn.

620 Een regeling voor alle bestuurders met een dergelijke diagnose in alle omstandigheden is dan ook
621 niet relevant. Een meer individuele beoordeling, bijvoorbeeld zoals die in de REG2000 bij
622 stemmingsstoornissen reeds is beschreven, biedt meer mogelijkheden om rijgeschiktheid en
623 verkeersveiligheid te bepalen.

624 Adviezen voor deze beoordeling worden beschreven onder uitgangsvraag 2, hoofdstuk 4.

625 Er wordt gebruik gemaakt van het format van de EBRO-methodiek om de wetenschappelijke
626 literatuur over de rijvaardigheid van mensen met een psychotische stoornis te screenen en om voor
627 hen tot een meer onderbouwd advies over verkeersdeelname te komen. Dit wordt gedaan aan de
628 hand van vier uitgangsvragen die in het volgende hoofdstuk worden beschreven.

629 Een praktische handreiking voor behandelaars om dit onderwerp met hun patiënten te bespreken,
630 wordt hieraan toegevoegd in hoofdstuk 7. Er is nog veel onbekendheid met het onderwerp en de
631 bijbehorende regelingen, er is angst om het met patiënten te bespreken omdat dit ongewenste
632 gevolgen kan hebben voor de behandelrelatie en voor het herstelproces. Ook is er een noodzaak om
633 meer aandacht te besteden aan het dagelijks leven van patiënten. Daarbij zal de rijgeschiktheid
634 vroegtijdig aan de orde komen. Momenteel ligt in de spreekkamer de aandacht nog te vaak alleen bij
635 symptomen en de werking van de medicatie hierop. Psychiaters voelen er vaak niet voor de regeling
636 te bespreken omdat ze er niet achter staan, en het slechte nieuws liever niet brengen, zeker niet als
637 ze de indruk hebben dat hun patiënt voldoende rijgeschikt is en zelf de verantwoordelijkheid wel zal
638 nemen. In de praktijk blijkt dat er behoefte bestaat bij behandelaars van verschillende disciplines aan
639 een handreiking waarin handvatten voor genoemde aspecten binnen de behandelrelatie.

640

641 **1.8 De uitgangspunten van deze herziening samengevat**

- 642 • Deze adviesnota beoogt een nieuwe visie op rijgeschiktheid te geven. De werkgroep heeft
643 hierbij andere uitgangspunten geformuleerd dan die in vorige richtlijnen.
- 644 • Bij de diagnostiek gaan we van een classificatiebenadering naar een meer dimensionale
645 benadering.
- 646 • De verschillen tussen mensen met dezelfde diagnose zijn groot.
- 647 • De variabiliteit van de problemen over de tijd bij dezelfde persoon kan groot zijn.
- 648 • Het gevaar van psychose voor verkeersveiligheid wordt met de huidige evidentie
649 onvoldoende hard gemaakt.
- 650 • Gezondheidsvaardigheden (health literacy) zijn zeker zo relevant als de aanwezigheid van
651 symptomen.
- 652 • De werkgroep benadrukt de rechten van de mens met een handicap versus richtlijnen voor
653 het individu op basis van kenmerken van de groep.
- 654 • De werkgroep wil de rechten van de mens, de maatschappelijke verantwoordelijkheid en
655 participatie faciliteren en niet frustreren.
- 656 • Het onderwerp dient regelmatig aan de orde te komen tijdens de behandeling.
- 657 • De werkgroep benadrukt het belang van herstel voor verschillende levensdomeinen en de
658 noodzaak het netwerk daarbij te betrekken.

2. Methodologische inleiding

2.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 1 is aangegeven, is deze herziening van de adviesnota ontwikkeld door de werkgroep Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose (Werkgroep RijP), in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Methodologisch en organisatorisch is de ontwikkeling ondersteund door het Trimbos-instituut. De projectleiding en ondersteuning van de Werkgroep RijP lag in handen van Kenniscentrum Phrenos.

In dit hoofdstuk zal achtereenvolgens ingegaan worden op de doelstelling van de herziening, de afbakening en de doelgroep. Daarna volgt de samenstelling van de Werkgroep RijP en andere groepen die bij de totstandkoming van de herziening van belang zijn geweest, de uitgangsvragen en de methodologische werkwijze. Ten slotte zullen kort implicaties voor implementatie gegeven worden.

2.2 Doelstelling

Deze adviesnota rijgeschiktheid bevat aanbevelingen en handelingsinstructies om meer inzicht te krijgen in factoren en risico's die de rijgeschiktheid beïnvloeden bij volwassenen met een psychotische kwetsbaarheid. De werkgroep wil met deze adviesnota tevens handvatten bieden aan behandelaars bij de beoordeling van rijgeschiktheid van mensen met een psychotische kwetsbaarheid en vooral voor het bespreken daarvan. De aanbevelingen zijn bedoeld ter ondersteuning van de praktijkvoering van alle professionals die betrokken zijn bij de keuring van en zorgverlening voor deze groep patiënten. De nieuwe regeling kan de afstemming tussen behandelaar, keuringsarts en CBR verbeteren en beter maatwerk opleveren voor de individuele patiënt. Uiteraard blijft de focus op de verkeersveiligheid in deze adviesnota rijgeschiktheid behouden. Bestuurders zijn zelf verantwoordelijk voor hun rijgedrag; hun handelen kan verstreckende gevolgen hebben voor medeweggebruikers. Dit geldt uiteraard ook voor mensen die een psychose hebben doorgemaakt.

De adviesnota rijgeschiktheid geeft een overzicht van goed ('optimaal') handelen volgens de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en overige op de praktijk en ervaring gebaseerde overwegingen, als waarborg voor kwalitatief hoogwaardige zorg. De adviesnota kan tevens richting geven aan de onderzoeksagenda voor wetenschappelijk onderzoek naar rijgeschiktheid van personen met een psychotische kwetsbaarheid.

Het doel van deze adviesnota rijgeschiktheid is een leidraad te bieden voor de beoordeling en het bespreekbaar maken van rijgeschiktheid bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid.

De multidisciplinaire ontwikkelprocedure was bedoeld om de multidisciplinaire samenwerking op dit gebied in de dagelijkse praktijk te bevorderen. De adviesnota rijgeschiktheid is te beschouwen als een basis voor de richtlijnen van die beroepsgroepen, waarin men aanknopingspunten kan vinden voor lokale zorgprogramma's en protocollen. Het opstellen van handelingsaandachtspunten en protocollen op basis van de adviesnota rijgeschiktheid moedigt de werkgroep aan, omdat dat bevorderlijk is voor de implementatie van de in deze adviesnota beschreven optimale aandacht voor het thema 'rijgeschiktheid bij psychose'.

2.3 Afbakening

De adviesnota rijgeschiktheid is voor volwassenen bij wie er sprake is van een psychotische kwetsbaarheid en eventuele comorbiditeit die willen deelnemen of die reeds deelnemen aan het verkeer. In de voorliggende adviesnota is een update verricht van de literatuursearch uit de 'Adviesnota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en psychose' (Brons e.a. 2014), toegespitst op psychotische problematiek. Er is daarom gezocht naar oorspronkelijke onderzoeken vanaf 2009 tot eind 2016 (zie bijlagen 1 en 2: reviewprotocollen).

2.4 Gebruikers

De ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijnen voor de ggz gebeurt primair vanuit een inhoudelijke invalshoek en is gericht op verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. De gebruikers van deze Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose zijn doorgaans hetzij als psychiater (of andere arts), psycholoog of andere behandelaar professioneel betrokken bij de zorg voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid of patiënten bij wie men die aandoening vermoedt, hetzij als keuringsarts vanuit het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) betrokken bij de keuringsprocedure van deze patiënten. Keuringsartsen kunnen aan de hand van de herziene adviesnota rijgeschiktheid hun advies voor het CBR onderbouwen. Betrokken behandelaars wordt geadviseerd hoe het onderwerp rijgeschiktheid te bespreken met hun cliënten, ook als de aanbevelingen niet aansluiten bij de wensen en behoeften van deze cliënten. Daarbij gaat het om contact tussen cliënt en behandelaar waarbij beide partijen hun verantwoordelijkheid rond dit thema op adequate wijze hanteren.

De herziening adviesnota is ook bedoeld voor patiënten die willen deelnemen aan het verkeer en hun naasten. De adviesnota biedt hen inzicht in de wijze waarop beoordeling van de rijgeschiktheid met oog op deelname aan het verkeer plaatsvindt en inzicht in de voor autorijden noodzakelijke gezondheidsvaardigheden alsook in de factoren waar zij rekening mee dienen te houden bij de eigen inschatting van rijgeschiktheid. Voor dit doel zal een patiëntenversie van de adviesnota gepubliceerd worden.

Ten slotte zal de Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose openbaar gemaakt worden, en kan deze dus ook gebruikt worden door andere artsen die met rijgeschiktheidsvraagstukken te maken hebben, door niet-professionele zorgverleners en/of door belangenverenigingen.

2.5 Uitgangsvragen

In deze herziening adviesnota worden praktische aanbevelingen gedaan op basis van een aantal belangrijke pijlers.

- De eerste pijler bestaat uit kennis uit wetenschappelijke literatuur. Helaas is op het gebied van rijgeschiktheid bij psychose weinig tot geen adequate wetenschappelijke literatuur verschenen. Onderzoek verbindt helaas uiterst zelden psychotische kwetsbaarheid aan verkeersveiligheid. Dat is een beperking van elke aanbeveling en in het verlengde daarvan, van elke regelgeving op dit gebied: er is weinig wetenschappelijke evidentie voor welke conclusie dan ook, niet ten positieve, noch ten negatieve van de rijgeschiktheid van mensen met een psychotische kwetsbaarheid.

- De tweede pijler is de paradigmashift die zich de laatste jaren heeft voorgedaan, waarbij de nieuwe visie op herstel en de daarbij behorende uitgangspunten meer leidend zijn en maatschappelijke participatie hand in hand gaat met persoonlijk en symptomatisch herstel.

- De derde pijler bestaat uit praktijkkennis en -ervaring, en met name de (on)mogelijkheden en knelpunten die de betrokken professionals, cliënten en hun naasten ervaren bij het inschatten van de rijgeschiktheid van volwassenen met een psychotische kwetsbaarheid.

De neerslag van deze drie elementen heeft geleid tot een knelpuntenanalyse. Hierbij zijn de knelpunten geïnventariseerd en geanalyseerd, die professionals en cliënten ervaren bij rijgeschiktheid bij psychose. Het resultaat daarvan bestond uit vier uitgangsvragen (zie tabel 2.1), waarop in deze herziening adviesnota een antwoord is geformuleerd. Deze knelpuntenanalyse is tot stand gekomen in een brainstormsessie met diverse betrokkenen, onder wie de opdrachtgever (NVvP), de voorzitter van de werkgroep, diverse leden van de werkgroep, de projectleider en professionals, cliënten en naasten uit het werkveld. Tevens is er via de NVvP een enquête onder een kleine groep psychiaters gehouden. De groepering en prioritering van de uitkomsten zijn uitgevoerd op basis van criteria zoals de omvang en de ernst van ervaren problematiek bij cliënten, de gezondheidswinst voor cliënten en nieuwe inzichten in het werkveld (de eerder genoemde paradigmashift).

In de adviesnota rijgeschiktheid zijn praktijkproblemen zo veel mogelijk uitgangspunt van de teksten. Dat betekent ook dat de wijze waarop die praktijkproblemen worden opgelost, meer aandacht krijgt dan de vraag welke discipline de problemen dient aan te pakken of op te lossen. De adviesnota rijgeschiktheid is een instrument om de rijgeschiktheid optimaal in te schatten.

Tabel 2.1. Uitgangsvragen

<i>Hoofdstuk</i>	<i>Uitgangsvragen</i>
Hoofdstuk 3	Welke factoren zijn van invloed op de rijgeschiktheid bij personen met een psychotische stoornis en eventuele comorbide psychische aandoeningen?
Hoofdstuk 4	Op welke wijze kan bij volwassenen met psychotische problematiek worden bepaald of verantwoorde deelname aan het verkeer mogelijk is?
Hoofdstuk 5	Wat zijn verkeersrisico's van verschillende typen geneesmiddelen bij psychotische problematiek en eventuele comorbide aandoeningen?
Hoofdstuk 6	Wanneer moet een behandelaar een patiënt adviseren zich te laten herkeuren?

2.6 Status van deze herziening

Professioneel handelen van hulpverleners in de gezondheidszorg betekent dat ze (mede door het hanteren van een richtlijn) zo veel mogelijk evidence-based handelen, volgens de laatste stand van de wetenschap. Wanneer richtlijnen door en binnen de beroepsgroep zijn opgesteld, normeren deze het medisch professionele handelen en zijn een uitwerking van de medisch professionele standaard (Gevers & Aalst 1998).

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar zo veel mogelijk op evidentie gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan hulpverleners, organisaties, zorgverleners, beleidsmakers en inhoudelijk adviseurs kennis kunnen ontleenen om kwalitatief hoogwaardige zorg te verlenen, te waarborgen en te ontvangen. Het gaat erom dat mensen veilig deelnemen aan het verkeer. Deze adviesnota rijgeschiktheid wordt gezien als basis voor de beoordeling daarvan, maar gebruikers ervan kunnen, als zij dat nodig achten, op basis van de eigen professionele autonomie beredeneerd afwijken hiervan. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie dat vereist, zelfs noodzakelijk. Er is wel

een plicht dit schriftelijk vast te leggen. Dit betekent dat richtlijnen niet bindend zijn, een richtlijn is dus geen voorschrift (een voorschrift alsook een regeling is wel bindend). Indien de Gezondheidsraad in opdracht van de minister van Infrastructuur en Waterstaat de Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose accepteert, zal een aanpassing kunnen plaatsvinden van de Regeling van de minister van Infrastructuur en Milieu, van 1 juli 2016⁴, die op basis van de Adviesnota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en psychose in 2014 verscheen (Brons e.a. 2014). Uitgangspunt is en blijft veilige deelname van het individu aan het verkeer.

2.7 Methode wetenschappelijke onderbouwing

De adviesnota rijgeschiktheid is ontwikkeld volgens de methodiek van de evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO).

2.7.1 Inleiding

Deze multidisciplinaire adviesnota rijgeschiktheid bevat een update van de literatuursearch uit de 'Adviesnota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en psychose' (Brons e.a. 2014). In de hoofdstukken is relevante literatuur beschrijvend samengevat en zijn de zoekstrategie, de selectiecriteria en de beoordelingscriteria opgenomen naar aanleiding waarvan onderzoeken zijn geïnccludeerd en meegewogen in de conclusies en aanbevelingen. Als aanvulling hierop zijn de resultaten van twee focusgroeptijdenkomsten (zie hoofdstuk 5 en bijlage 5) beschreven en zijn adviezen van de experts opgenomen in de tekst. Op basis hiervan heeft de werkgroep aanbevelingen geformuleerd.

2.7.2 Systematische wetenschappelijke onderbouwing volgens EBRO-methode

Hier volgt een beschrijving van de methoden die zijn toegepast in de hoofdstukken met een systematische wetenschappelijke onderbouwing volgens de EBRO-methode.

i. Zoekstrategie

Om de uitgangsvragen te kunnen beantwoorden, heeft de informatiespecialist, in overleg met de werkgroepleden, op systematische wijze literatuuronderzoek verricht en een selectie gemaakt binnen de gevonden onderzoeken volgens vooraf vastgestelde selectiecriteria. Er is gezocht naar systematische reviews en oorspronkelijke onderzoeken. Daarbij is gezocht naar literatuur in de Engelse, Nederlandse, Franse en Duitse taalgebieden. Voor het zoeken naar publicaties is gebruikgemaakt van de volgende informatiebronnen:

- Cochrane Database of Systematic Reviews;
- Excerpta Medica-database (Embase);
- Medline; Medline In-Process;
- Psychological Information Database (PsycINFO).

ii. Selectiestrategie

Bij de selectie van artikelen zijn de volgende criteria gehanteerd.

⁴ Nummer IENM/BSK-2016/132132, gepubliceerd in de Staatscourant 2016 nr. 35834.

- Geeft het gevonden onderzoek voldoende antwoord op de uitgangsvraag **en** evalueert het onderzoek de essentiële en belangrijke uitkomstmaten volgens Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)? Zie voor meer informatie over de GRADE-methode bijlage 4 met tabel 2.6: 'GRADE-factoren voor downgraden en upgraden: Het niveau van welke mate van vertrouwen men heeft in de schatting van het effect van een behandeling'.
- Sluit de doelgroep van het gevonden onderzoek voldoende aan bij de doelgroep van de adviesnota rijgeschiktheid?
- Is de bestudeerde groep voldoende groot (aantal wisselt per uitgangsvraag)?
- Gaat het om een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT), een cohortonderzoek, een crosssectioneel onderzoek, een patiënt-controleonderzoek of een wetenschappelijk verantwoord kwalitatief onderzoek?
- Bij een longitudinaal onderzoek: is de follow-upperiode lang genoeg?
Zie voor meer informatie over de zoekstrategie bijlage 1 en voor meer informatie over de selectiecriteria per uitgangsvraag de reviewprotocollen in bijlage 2 en 3.

iii. Beoordeling van de kwaliteit van het bewijs

Risico op bias werd beoordeeld met behulp van de AMSTAR (Shea e.a. 2007) voor systematische reviews, QUIPS (Hayden e.a. 2013) voor prognostische studies en NOS (Wells e.a. 2009) voor studies naar ethologie.

Voor interventies is daarna de bewijskracht van de onderzoeken per uitkomstmaat geclassificeerd met behulp van GRADE (zie bijlage 4, tabel 2.6). Omdat GRADE momenteel vooral geschikt is voor interventieonderzoeken, wordt er op basis van GRADE op narratieve wijze inzicht gegeven in de betrouwbaarheid van de uitkomsten (Guyatt e.a. 2011).

iv. Samenvatten van de resultaten

Van elk onderzoeksartikel is een samenvatting gemaakt in een evidencetabel, waarin de belangrijkste kenmerken van individuele onderzoeken zijn opgenomen (bijvoorbeeld het doel van het onderzoek, het onderzoeksopzet, de patiëntkenmerken, type vragenlijst, de uitkomstmaten en de resultaten). De resultaten zijn op beschrijvende wijze samengevat (een narratieve review).

v. Aanbevelingen

Aanbevelingen kunnen geclassificeerd worden als sterk of zwak (voorwaardelijk). Wanneer de kwaliteit van het bewijs voor de positieve en negatieve effecten van een interventie hoog is, kan dit leiden tot een sterke aanbeveling, en omgekeerd: wanneer de bewijskracht laag tot zeer laag is, kan dit een zwakke aanbeveling opleveren. Een zwakke aanbeveling geeft meer ruimte om af te wijken en aandacht te schenken aan alternatieven die passen bij de behoeften van de patiënt, terwijl bij een sterke aanbeveling die ruimte beperkt is.

Echter, de kracht van het wetenschappelijke bewijs is niet de enige factor die de sterkte van de aanbevelingen bepaalt. De aanbevelingen zijn gebaseerd op enerzijds wetenschappelijk bewijs en anderzijds op overige overwegingen, zoals: praktijkervaringen van de werkgroepleden, ervaringen en voorkeuren van patiënten met een psychose en familie, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) en organisatorische aspecten. Deze laatste zijn in het navolgende opgenomen (zie bijlage 4, tabel 2.7: 'Bepaling van sterkte van aanbeveling volgens GRADE').

2.7.3 Kwalitatieve wetenschappelijke onderbouwing volgens focusgroepmethode

Uit de zoekacties komt naar voren dat de literatuur onvoldoende aanknopingspunten biedt. De methodologische kwaliteit van de studies laat vaak te wensen over en er is grote heterogeniteit in de studies. Bovendien is de kwaliteit van het bewijs vaak beperkt doordat er weinig vergelijkbare studies per type studie, type patiënt of type uitkomsten zijn. Om deze redenen is voor het beantwoorden van een deel van de uitgangsvragen gekozen voor kwalitatief onderzoek.

Raadpleging van experts via een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode (van Everdingen e.a. 2004). Het gaat bij een focusgroepraadpleging om een groepsinterview met een specifiek doel, in dit geval het beantwoorden van de uitgangsvraag. Een focusgroep is een homogeen samengestelde groep, bestaande uit zeven tot tien deelnemers die een zorgvuldig geplande discussie voeren over hun ideeën, motieven, belangen en denkwijze omtrent een omschreven aandachtsgebied. De data die op deze wijze worden verzameld, krijgen bewijskracht doordat de experts zorgvuldig uitgekozen zijn zodat ze samen een representatief beeld kunnen schetsen. De experts hebben expliciete kennis over het onderwerp en ze vertegenwoordigen de relevante behandelaarsgroep.

De experts worden in dit hoofdstuk verder de (deelnemende) behandelaars en de (deelnemende) cliënten en naasten genoemd.

2.8 Werkgroep Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose

2.8.1 Samenstelling werkgroep

Zoals eerder aangegeven, heeft een werkgroep de Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose uitgevoerd, in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). De werkgroep stond onder voorzitterschap van drs. Widel van Son, klinisch psycholoog en lid van de Commissie van het Netwerk Vroege Psychose, en bestond voorts uit psychiaters, (klinisch en GZ-)psychologen, een keuringsarts (die zich helaas vanwege persoonlijke omstandigheden uit de werkgroep heeft teruggetrokken) en een vertegenwoordiger vanuit Anoiksis. De werkgroepleden zijn hetzij door de beroepsverenigingen, hetzij door de voorzitter uitgenodigd en op persoonlijke titel aan het project verbonden.

In de werkgroep was aanvankelijk, naast patiëntenvereniging Anoiksis, ook familievereniging Ypsilon vertegenwoordigd. Daarmee zou zowel het perspectief van de patiënten met een psychotische kwetsbaarheid alsook hun naasten een plaats hebben gekregen in de werkgroep. Helaas heeft de vertegenwoordiger van Ypsilon zich vanwege persoonlijke omstandigheden teruggetrokken uit de werkgroep. Vervanging was niet aanwezig. Wel is het naastenperspectief breed aan de orde gekomen tijdens de focusgroep voor patiënten en naasten.

Voorafgaande aan het ontwikkeltraject zijn kennismakingsgesprekken gevoerd met de kandidaat-leden van de werkgroep. Uit deze groep belangstellenden zijn de huidige werkgroepleden geselecteerd. Naast de werkgroep zijn experts zoals een farmacoloog en een jurist gevraagd over specifieke thema's te adviseren en mee te denken. Ook zijn ze gevraagd voorafgaand aan de commentaarfase schriftelijk te reageren op de conceptteksten.

Naast een expertgroep zijn belangstellenden uitgenodigd deel te nemen aan een focusgroep. Er zijn twee focusgroepen gehouden, waarin vertegenwoordigers van de doelgroepen (professionals enerzijds en patiënten en naasten anderzijds) zitting hadden (zie hoofdstuk 4 en bijlage 5).

De werkgroep is organisatorisch ondersteund door een projectleider, een notulist en een projectassistent van het Kenniscentrum Phrenos, en methodologisch door een technisch team van

het Trimbos-instituut. Dit technisch team bestond uit een informatiespecialist, twee literatuurreviewers en een onderzoeker gespecialiseerd in kwalitatief onderzoek. Deze laatste hield zich bezig met de voorbereiding, de begeleiding en uitwerking van de focusgroepen. De tabellen 2.2, 2.3, 2.4, en 2.5 geven een overzicht van de samenstelling van de werkgroep, de expertgroep, de focusgroep psychiaters, de focusgroep cliënten en naasten en het ondersteunende (technische) team.

2.8.2 Werkwijze werkgroep

In totaal kwam de werkgroep voorafgaand aan de commentaarfase zes keer bijeen in een periode van ruim twaalf maanden (oktober 2016 - oktober 2017). In deze periode werden de stappen van de methodiek voor evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) doorlopen.

De informatiespecialisten van het Trimbos-instituut verrichtten in overleg met de werkgroepleden op systematische wijze literatuuronderzoek en maakten een selectie in de gevonden onderzoeken (informatie over de zoekstrategie en de selectiecriteria en de review-protocollen: zie bijlagen 1, 2 en 3). De reviewers beoordeelden de kwaliteit en inhoud van de aldus verkregen literatuur en verwerkten deze in evidencetabellen, beschrijvingen van de wetenschappelijke onderbouwing en wetenschappelijke (gewogen) conclusies. Deze uitkomsten werden tijdens de werkgroep bijeenkomsten besproken.

De voorzitter van de werkgroep en de onderzoeker van het Trimbos-instituut leidden een tweetal focusgroepen en verwerkten de uitkomsten en formuleerden op basis daarvan practice-based adviezen.

Leden van de werkgroep gingen op basis van de gevonden literatuur-, praktijk- en ervaringskennis met elkaar in discussie hierover. Daarbij was het van belang dat de werkgroep consensus bereikte over:

- a. de interpretatie van de wetenschappelijke literatuur;
- b. de formulering van de praktijkoverwegingen vanuit de werkgroep;
- c. de formulering van de aanbevelingen.

Hier zijn diverse sessies aan gewijd. Na deze inhoudelijke bespreking beschreven de subgroepen (topic groups) die zich met de verschillende uitgangsvragen bezighielden, de hoofdstukken van de concepttekst, waar mogelijk in samenwerking met het ondersteunend team van het Trimbos-instituut en Kenniscentrum Phrenos, alsook in mondelinge discussie door de werkgroep tijdens de bijeenkomsten.

Ten slotte is de adviesnota rijgeschiktheid gereviseerd en ter becommentariëring openbaar gemaakt. Daarbij is deze onder meer voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), de Vereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten (V&VN), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de patiënten- en naastenverenigingen Anoksis en Ypsilon.

De in deze fase ontvangen commentaren zijn verwerkt in een commentaartabel, die tijdens een laatste werkgroepbijeenkomst is besproken. Alle commentaaropmerkingen zijn verwerkt en met een reactie in de tabel opgenomen en aan de inzenders verstuurd. Na het doorvoeren van de voorgestelde wijzigingen is de definitieve adviesnota rijgeschiktheid aangeboden aan de opdrachtgever, de NVvP. Hierop volgden autorisatie door de beroeps- en patiëntenverenigingen, eindredactie, publicatie en verspreiding.

958

959 2.9 Implementatie

960 Recent onderzoek laat zien dat er bij richtlijntrajecten sprake kan zijn van een implementatiekloof.
961 Verspreiding van kwaliteitsstandaarden alleen blijkt niet voldoende voor het gebruik ervan
962 (Bartholomew e.a. 2001; Fleure e.a. 2004; Greenhalgh e.a. 2004; Van Weeghel 2008). Bij de
963 Herziening Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose is er veel aandacht voor gebruik ervan door
964 professionals en voorziet deze herziening tevens in handvatten voor de professional. Omdat
965 bekendheid en gebruik ervan bij gebruikers van groot belang zijn, zullen hiervoor specifieke paden
966 naar de gebruikers uitgezet worden. Er zijn plannen om de betrokken beroepsgroepen via
967 congressen, symposia en reguliere opleidingen bij te scholen op het gebied van rijgeschiktheid en
968 rijvaardigheid.

969 De herziene versie van de Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose zal aangeboden worden aan de
970 minister voor Infrastructuur en Waterstaat, en via de Gezondheidsraad na goedkeuring aangeboden
971 worden aan het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) voor verbeteringen en
972 aanscherpingen van de op 6 juli 2016 in de *Staatscourant* gepubliceerde wijziging van de Regeling
973 eisen geschiktheid 2000. Van daaruit zal de herziene versie van de Adviesnota Rijgeschiktheid bij
974 Psychose aan de keuringsartsen aangeboden worden. Tevens zal de herziene adviesnota
975 gepubliceerd worden op www.nvvp.net, www.vroegepsychose.nl en www.kenniscentrumphrenos.nl.

976

977 2.10 Herziening

978 De geldigheid van de adviesnota rijgeschiktheid komt te vervallen wanneer nieuwe ontwikkelingen
979 ertoe aanleiding geven om een vervroegd herzieningstraject te starten. Onder dergelijke veranderde
980 omstandigheden en inzichten zal een nieuwe werkgroep geïnstalleerd en de adviesnota
981 rijgeschiktheid herzien worden.

3. Factoren van invloed op de rijgeschiktheid bij mensen met een psychotische stoornis

3.1 Inleiding

Of en wanneer iemand met psychische klachten weer mag autorijden, kan een belangrijke rol spelen bij het herstel. Veel mensen zijn voor hun werk of sociale contacten afhankelijk van hun auto. Niet meer mogen deelnemen aan het verkeer als bestuurder heeft daarmee een negatieve invloed op het kunnen (blijven) vervullen van belangrijke sociale rollen.

In dit hoofdstuk wordt de eerste uitgangsvraag beantwoord:

Welke factoren zijn van invloed op de rijgeschiktheid bij personen met een psychotische stoornis en eventuele comorbide psychische aandoeningen?

Met het beantwoorden van deze uitgangsvraag hoopt de werkgroep meer zicht te krijgen op factoren die aandacht verdienen bij het formuleren van een advies over verkeersdeelname als bestuurder van een auto. De factoren kunnen vervolgens gebruikt worden voor het beantwoorden van de overige uitgangsvragen bij deze adviesnota.

3.1.1 Huidige praktijk

Mensen met een psychotische stoornis kunnen en moeten momenteel soms hun rijgeschiktheid laten beoordelen door een keuringsarts, die vervolgens advies uitbrengt aan het CBR. Keuringsartsen beoordelen tijdens de keuring aan de hand van factoren waarvan men op basis van 'face validity' aanneemt dat ze van invloed zijn op de rijgeschiktheid. Het betreft de symptomen van de aandoening, ziekte-inzicht, de psychiatrische voorgeschiedenis, beloop van de symptomen en medicatiegebruik. Op basis van een verslag van deze factoren brengt de arts advies uit aan het CBR, waarbij deze een keuze maakt uit 'ongeschikt', 'geschikt met termijnbeperking van vijf jaar' of 'geschikt'. Het is daarbij niet geheel duidelijk hoe de factoren worden gewogen en hoe de arts tot het uiteindelijke advies komt. In de huidige praktijk ontbreekt een professionele standaard.

3.1.2 Wetenschappelijke literatuur

In paragraaf 2.7 wordt beschreven hoe de adviesnota is gebaseerd op de EBRO-module. In de wetenschappelijke onderbouwing (paragraaf 3.4) wordt elke studie kort besproken. De conclusies op basis van deze studies worden samengevat in paragraaf 3.4.3.

Van elk artikel is een samenvatting gemaakt in een zogenaamde 'evidencetabel', waarin de belangrijkste kenmerken van de studies zijn opgenomen (zie bijlage 2 en 3).

3.2 Zoekstrategie en reviewprotocol

De zoekstrategie is uitgezet in PsycINFO, PubMed, Embase en de Cochrane Database of Systematic Reviews. De referentieperiode is na 2009 (de datum van de huidige adviesnota waarin oudere artikelen werden verwerkt) tot 3 november 2016.

Omdat bij beperking tot longitudinale studies de kans bestaat dat belangrijke uitkomsten gemist worden, is gezocht naar systematische reviews, meta-analyses, cohortstudies en gerandomiseerde

gecontroleerde trials (RCT's) over factoren die van invloed zijn op de rijgeschiktheid bij personen met een psychotische stoornis en eventuele comorbide psychische aandoeningen en over instrumenten die de rijgeschiktheid kunnen bepalen bij deze doelgroep. De zoekgeschiedenis is beschreven in bijlage 1.

Criteria voor de selectie van de artikelen die uit de zoekstrategie voortkomen, staan beschreven in het reviewprotocol (zie bijlage 2). Het reviewprotocol is opgesteld samen met de werkgroep om vanuit de literatuur de beschikbare evidentie te vinden om de eerste uitgangsvraag te beantwoorden.

3.3 Geïnccludeerde en geëxcludeerde studies

In totaal werden na correctie voor dubbele artikelen tussen 2009 en november 2016 671 referenties gevonden. Van deze studies werden er op basis van titel en abstract 20 geselecteerd. De voornaamste exclusieredenen tijdens de eerste selectie waren: geen relevantie voor de uitgangsvragen, geen origineel onderzoek (maar een editorial, column of beschouwing) of publicatiedatum ouder dan de search van de huidige adviesnota (Brons e.a. 2009).

Op basis van de volledige tekst vond een tweede selectie plaats. Van de 20 studies en reviews werden er 6 geëxcludeerd: 2 artikelen (waaronder 1 Duitstalig artikel) omdat ze geen relevantie voor de uitgangsvragen hadden (Soyka e.a. 2014; Lustig e.a. 2016), 3 artikelen (waaronder 1 Franstalig artikel) omdat ze geen origineel onderzoek betroffen (Jonas 2015; Pretorius 2013; Nkunzimana 2012) en 1 artikel omdat het in het Portugees geschreven was (Ferreira 2015).

Er resteerden 7 studies over de eerste uitgangsvraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord (Kujansuu e.a. 2016; De las Cuevas e.a. 2010; Brunnauer e.a. 2009; Segmiller e.a. 2015; Steinert e.a. 2015; Lipskaya-Velikovsky e.a. 2013). Voor de tweede uitgangsvraag bleven géén studies over. De 7 studies over de derde uitgangsvraag, over rijgeschiktheid en het gebruik van psychofarmaca (Brunnauer e.a. 2012; Chang e.a. 2013; Hetland & Carr 2014; Ravera e.a. 2011; 2012; Sigona & Willems 2015; Verster & Mets 2009), werden eveneens uitgesloten.

Vier studies betreffende rijgeschiktheid en schizofrenie en drie studies betreffende rijgeschiktheid en psychische aandoeningen in het algemeen worden in paragraaf 3.4 besproken.

3.4 Resultaten

3.4.1 Rijgeschiktheid en psychische aandoeningen (algemeen)

In twee studies werd de aanwezigheid van psychische aandoeningen in het algemeen onderzocht in relatie tot rijgeschiktheid.

Kujansuu e.a. (2016) onderzochten in Finland of de aanwezigheid van een psychische aandoening op zich het risico op overlijden door een verkeersongeval verhoogt, los van het risico door het gebruik van medicatie die van invloed kan zijn op het rijgedrag. De onderzoekers vergeleken bestuurders met (n=425) en zonder (n=3856) psychische stoornis, vrouwen en mannen apart. De hoofduitkomstmaat was de aanwezigheid van enige psychische stoornis in de afgelopen vijf jaar. De meest voorkomende aandoeningen waren alcoholgerelateerde aandoeningen, stemmingsstoornissen en angststoornissen. Sociaal-demografische factoren, het gebruik van intoxicanten en medicatie, recente negatieve levensgebeurtenissen, en de fysieke en emotionele toestand van de bestuurder werden meegenomen als covariaten. De auteurs onderzochten fatale motorvoertuigongelukken (FMVA's).

Van deze factoren bleken alcoholgebruik boven de toegestane hoeveelheid, het gebruik van medicatie voor het moment van overlijden en het plegen van suïcide in het verkeer geassocieerd te

zijn met bestuurders met een psychische stoornis. Na uitsluiten van aan alcohol- en middelenmisbruik gerelateerde aandoeningen bleken middelengebruik en suïcide in een logistische regressieanalyse geassocieerd met FMVA's bij zowel mannen als vrouwen. Ook was er een associatie met het aantal voorafgaande overtredingen door rijden onder invloed. Voor mannen was er een associatie met het opleidingsniveau, werkeloosheid en gezondheidsproblemen, voor vrouwen met relatieproblemen.

Aangezien (recidiverende) rijden-onder-invloed-overtredingen onder mannen met een psychische aandoening vaker voorkwamen dan onder mannen zonder psychische aandoeningen, ook als alcoholgerelateerde aandoeningen werden uitgesloten, bespreken de onderzoekers de vraag of bestuurders onder invloed vaker medisch getest moeten worden en of een uitgebreid psychiatrisch onderzoek met een evaluatie van de rijgeschiktheid ('fitness-to-drive') vaker overwogen zou moeten worden.

In deze studie is verder geen onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten psychische aandoeningen. Bij medicatiegebruik is het niet duidelijk om welke soort medicatie het gaat. De studie betrof uitsluitend opgenomen patiënten, dus mogelijk betreffen de bevindingen een groep met ernstiger problematiek.

In de tweede studie onderzochten De las Cuevas e.a. (2010) wat de invloed is van medicamenteuze behandeling van psychische stoornissen op psychomotore functies en rijprestatie ('driving performance'). De auteurs motiveren hun onderzoek met de stelling dat zowel psychische stoornissen als medicamenteuze behandeling leiden tot veranderingen van de psychomotore vaardigheden, interfereren met de rijvaardigheden en deze kunnen verstoren. In een cohortonderzoek werd bij 77 ambulante patiënten de invloed van psychofarmaca op rijprestaties gemeten op twee meetmomenten: bij aanmelding, wanneer patiënten gedestabiliseerd en onbehandeld zijn, en na zes weken adequate medicamenteuze behandeling. 56% van deze patiënten had een schizofrene stoornis (ICD-10-codering); de andere patiënten hadden een depressieve stoornis, angststoornis of middelengerelateerde stoornis. Rijgeschiktheid (fitness-to-drive) en psychomotore prestaties werden gemeten met de elektronische LNDETER 100-testbatterij, behandel-effecten werden gemeten met de Clinical Global Impression of Change scale (CGIC). Op het eerste meetmoment slaagde 90% van de patiënten er niet in om voldoende scores te behalen om het rijbewijs te vernieuwen. Na zes weken adequate behandeling verbeterde bij 83% de mentale conditie, 17% bleef onveranderd of verslechterde. Van de patiënten die verbeterden, had 25% scores die hoog genoeg waren om legaal auto te rijden. Drie van de vier subtests konden voldoende onderscheiden tussen patiënten met verschillende condities.

De hoofdconclusie van deze studie is dat psychische stoornissen bij ambulante patiënten geassocieerd zijn met verminderde prestaties op psychomotore tests die gebruikt worden om rijgeschiktheid te meten, en dat farmacologische behandeling die de psychische conditie verbetert ook geassocieerd is met duidelijke verbeteringen op deze tests.

Ook in deze studie is verder geen onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten psychische aandoeningen, de ernst ervan of het soort medicatie. Ook een verschil tussen verbetering in rijgeschiktheid door medicatie dan wel door klinische verbetering is niet te maken. Ten slotte werd niet onderzocht wat daadwerkelijk de invloed was in het verkeer (ecologische validiteit), maar werden vooral als relevant aangenomen vaardigheden gemeten.

3.4.2 Rijgeschiktheid en schizofrenie

De Wolf (2010) bespreekt in een narratieve review enkele studies die in de huidige adviesnota (Brons e.a. 2009) werden besproken. Hij concludeert dat schizofrenie de rijprestaties negatief beïnvloedt (Soyka e.a. 2005b) en dat het erop lijkt dat medicamenteuze behandeling de rijprestaties verbetert (Soyka e.a. 2005a en 2005b). Aanvullende informatie uit de review van De Wolf (2010) wordt bij de bespreking van de adviesnota (Brons e.a. 2009) ingebracht.

In de huidige adviesnota (Brons e.a. 2009) vonden de auteurs vanuit verschillende onderzoeken op de uitkomstmaat risico op verkeersongelukken de volgende resultaten: in een review van de literatuur tot 1988 concludeert Silverstone (1988) dat zowel de stoornis schizofrenie als de behandeling geen significante verhoging van het aantal verkeersongevallen geeft (Crancer & Quiring 1969; Kastrop e.a. 1978). Silverstone noemt een derde studie met ook als uitkomstmaat het aantal verkeersongevallen (Eelkema e.a. 1970); deze zou een hogere incidentie laten zien. Een vierde genoemd onderzoek (Waller 1965) suggereert daadwerkelijk een 2 maal verhoogde incidentie van verkeersongevallen per gereden afstand en in een later onderzoek (Edlund e.a. 1989) was dit 2 tot 2,5 maal verhoogd. Deze samenvatting is gebaseerd op een beperkt aantal zeer oude studies. De vraag is of de conclusies van De Wolf (2010) blijven gelden voor een andere DSM-versie, andere verkeersregels, exameneisen en veiligheidsmaatregelen, gecorrigeerd voor alcohol- of middelengebruik.

In zijn literatuurstudie vermeldt De Wolf (2010) ook de studie van Brunnauer e.a. (2004) bij patiënten met schizofrenie. Met een gevalideerde testbatterij werden 120 patiënten, allen ingesteld op stabiele doseringen antipsychotica, onderzocht vlak voor ontslag uit het ziekenhuis. Slechts 33% werd na ontslag als rijgeschikt aangemerkt volgens de resultaten op de testbatterij. Patiënten ingesteld op clozapine en atypische antipsychotica presteerden beter dan patiënten ingesteld op klassieke antipsychotica. In de studie van Soyka e.a. (2005a; n= 40) legde 35% van de gestabiliseerde patiënten behandeld met risperidon en slechts 5% van degenen behandeld met haloperidol de tests naar behoren af.

Soyka e.a. (2005b) bespreken in hun review tien studies over de invloed van antipsychotica op de rijgeschiktheid van patiënten met schizofrenie. Ze concluderen dat er nauwelijks goede studies zijn gedaan. Studies waren voornamelijk niet gerandomiseerd en niet geblindeerd. Ernstig aangedane patiënten konden volgens hen niet rijgeschikt worden, maar bij stabielere patiënten kan dit wel het geval zijn. Zij vonden aanwijzingen dat patiënten onder behandeling met atypische antipsychotica (met name clozapine) betere resultaten laten zien dan degenen met conventionele middelen (Soyka e.a. 2005b).

Brons e.a. concluderen (mede gebaseerd op onderzoek gedaan naar de invloed van medicatie op rijgeschiktheid; referenties zijn schuingedrukt):

- dat het aannemelijk is dat behandelde patiënten met schizofrenie of een doorgemaakte psychose slechter dan personen uit de algemene bevolking presteren op tests die correleren met rijgeschiktheid (bron: *Brunnauer e.a. 2004; 2009; Grabe e.a. 1999; Kagerer e.a. 2003; Soyka e.a. 2005a; 2005b; Wylie e.a. 1993*);
- dat het aannemelijk is dat behandelde patiënten met schizofrenie of een doorgemaakte psychose vaker betrokken zijn bij een verkeersongeval per gereden afstand dan gemiddeld, hoewel er ook studies zijn waaruit dit niet naar voren komt (bron: *Edlund e.a. 1989; Waller 1965*).

In vier recentere studies onderzocht men de relatie tussen rijgeschiktheid en schizofrenie.

De studie van Brunnauer e.a. (2009) werd opgenomen in de actuele adviesnota over het bepalen van de rijgeschiktheid. Daarin werden 80 personen met schizofrenie onderzocht op hun rijgeschiktheid

met behulp van een simulator; zij presteerden gemiddeld slechter dan personen uit de algemene bevolking.

Segmiller e.a. (2015) onderzochten de rijvaardigheid met gecomputeriseerde psychomotorische tests bij gezonde individuen (n=20) in vergelijking met personen met schizofrenie die op dat moment niet behandeld werden met medicatie (n=26). Dit onderzoek is van redelijke goede kwaliteit. Een groot gedeelte (58%) van de personen met schizofrenie bleek beperkt in hun psychomotorisch functioneren, relevant voor autorijden, terwijl de gezonde individuen geen beperkingen vertoonden. Er was geen significant verschil tussen personen met een eerste psychose (gemiddelde PANNS-score 70,6; SD: 6,6) en personen die vaker een psychose hadden doorgemaakt (gemiddelde PANNS-score 68,8; SD 17,7). Respectievelijk 38% en 25% was volgens de gecomputeriseerde psychomotorische tests ernstig beperkt in test die correleren met autorijden. Dit onderzoek toont beperkingen wat betreft de rijvaardigheid op deze tests. Onduidelijk is of deelnemers daadwerkelijk verkeersovertredingen of ongelukken veroorzaakten. Ook is de onderzochte groep niet groot en relatief jong.

Steinert e.a. (2015) onderzochten een populatie van 150 personen met schizofrenie (of een schizo-affectieve stoornis). Ze bepaalden de hoeveelheid ongelukken die zij hadden veroorzaakt, evenals de oorzaken om niet meer te rijden. Van de 150 personen gaf 32,7% (n=49) aan ooit een ongeluk te hebben gehad. Bij 7,3% (n=11) kwam dat door rijden onder invloed en 8,7% (n=13) veroorzaakte een ongeluk met lichamelijk letsel. Bij 24,7% (n=37) van de deelnemers was ten minste eens het rijbewijs ingetrokken. 6,7% (n=10) zakte bij een poging om dit opnieuw te bemachtigen. Oorzaak van het intrekken van het rijbewijs: alcoholgebruik (35,1%), snelheidsovertreding (29,7%), doorrijden na een aanrijding (24,3%), drugsgebruik (21,6%), ziektegerelateerd gedrag (8,1%) (meerdere oorzaken konden meespelen). Op basis van logistische-regressieanalyse bleken de belangrijkste variabelen waarom men niet meer reed: beperkingen in het functioneren (gemeten met de GAF), aantal terugvallen (aantal opnames) en middelenverslaving. Een nadeel van dit onderzoek is dat er geen controlegroep is. In de algemene bevolking komen ook ongevallen voor, of verliezen mensen hun rijbewijs. Een ander nadeel van dit onderzoek is dat de data op een subjectieve en retrospectieve wijze is verzameld door middel van enquêtes.

Lipskaya-Velikovsky e.a. (2013) vergeleken voertuigbestuurders die schizofrenie hadden (BS-groep, n=20) met bestuurders die mentaal gezond waren (BG-groep, n=20). Een derde groep personen had wel schizofrenie, maar bestuurde nooit een voertuig (NS-groep, n=20). De personen met schizofrenie (BS- en NS-groep) hadden allen moeite met het aanleren van nieuwe vaardigheden, visueel geheugen, visuele organisatie en algemene cognitieve vaardigheden (BS=BN<BG). De auteurs verwachtten dat de verwerking van visuele informatie significant beter zou zijn in de BS-groep omdat dit cruciaal is tijdens het rijden. Dit was niet het geval (BS=NS). De algemene cognitieve status blijkt een voorspeller voor autorijden bij personen met schizofrenie (BS>NS). Personen die niet rijden waren in het verleden vaker opgenomen in het ziekenhuis voor een psychose.

De kwaliteit van deze studie is matig. Er wordt verder geen directe relatie gelegd tussen factoren die de rijgeschiktheid beïnvloeden en werkelijke rijvaardigheid (verkeersovertredingen of ongelukken veroorzaken). De onderzoekers concluderen dat een beperkt visueel geheugen, visuele organisatie en visuele informatieverwerkingen personen met schizofrenie er niet van weerhouden om auto te rijden en dat de algemene cognitieve status van belang is bij complexe en multidimensionele dagelijkse taken.

3.4.3 Gevonden relevante factoren

Als antwoord op de uitgangsvraag ‘Welke factoren zijn van invloed op de rijgeschiktheid bij personen met een psychotische stoornis en eventuele comorbide psychische aandoeningen?’ is de literatuur als volgt samen te vatten:

- aanwezigheid van enige psychische stoornis in de afgelopen 5 jaar en een fataal ongeluk met een motorvoertuig (Kujansuu e.a. 2016);
- alcoholgebruik boven de toegestane hoeveelheid, het gebruik van medicatie op het moment van overlijden en het plegen van suïcide in het verkeer komen vaker voor bij bestuurders met een psychische stoornis in de voorgeschiedenis die betrokken zijn bij een fataal motorvoertuigongeluk (FMVA);
- het aantal voorafgaande overtredingen door rijden onder invloed, bij zowel mannen als vrouwen (Kujansuu e.a. 2016);
- bij mannen zijn het opleidingsniveau, werkloosheid en gezondheidsproblemen geassocieerd; bij vrouwen relatieproblemen (Kujansuu e.a. 2016);
- aanwezigheid van een psychische stoornis bij ambulante patiënten met verminderde rijprestatie (performance) op psychomotore tests die gebruikt worden om rijgeschiktheid te meten (met de LNDETER 100-testbatterij) (De las Cuevas e.a. 2010);
- schizofrenie, zowel bij een eerste psychose als bij personen die vaker een psychose hadden doorgemaakt, en beperkte rijvaardigheid, zoals gemeten met gecomputeriseerde psychomotorische tests (Segmiller e.a. 2015);
- schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis en betrokkenheid bij verkeersongelukken (Steinert e.a. 2015);
- schizofrenie en beperkingen in het aanleren van vaardigheden, visuele geheugen, visuele organisatie en algemene cognitieve vaardigheden in vergelijking met personen zonder schizofrenie (Lipskaya-Velikovsky e.a. 2013).

3.5 Vertrouwen in de resultaten

Er is sprake van grote methodologische heterogeniteit in de studies. Het gaat daarbij om verschillende onderzoekstypen, zoals observationele studies en experimentele studies, en verschillende uitkomsten, zoals geregistreerde (fatale) ongelukken, (gesimuleerde) rijprestatie, rijgeschiktheid, psychomotore en cognitieve functies. De onderzochte groepen zijn vaak klein en een vergelijking met de algemene populatie ontbreekt.

Ook de klinische heterogeniteit is zeer groot, met verschillende typen patiënten (setting, moment van studie voor/na ontslag, met/zonder medicamenteuze behandeling, aantal weken behandeling, leeftijdsgroep en ernst van de psychische stoornis).

Vaak was de methodologische kwaliteit beperkt, de groepsomvang beperkt of mist cruciale informatie zoals wanneer onduidelijk is om welke medicatie het gaat, wat de ernst is van de psychische stoornis of door welke factoren de gevonden verschillen kunnen worden verklaard. Hierdoor is het vertrouwen (volgens GRADE) in de meeste conclusies laag tot zeer laag en moeten deze met veel voorzichtigheid worden geïnterpreteerd

3.6 Conclusies

De werkgroep trekt de volgende conclusies uit de literatuur.

1250 *Algemene conclusie*

	Behandelde patiënten met schizofrenie of een doorgemaakte psychose presteren slechter dan gezonde personen op tests van rijvaardigheid (soms gemeten met een simulator, meestal met neuropsychologische tests die correleren met rijvaardigheid). <i>Adviesnota (2009)</i> (Brunnauer e.a. 2004; 2009; Grabe e.a. 1999; Kagerer e.a. 2003; Soyka e.a. 2005a; 2005b; Wylie e.a. 1993) <i>De Wolf (2010)</i> <i>De las Cuevas e.a. (2010)</i> <i>Segmiller e.a. (2015)</i> <i>Lipskaya-Velikovsky e.a. (2013)</i> <i>Er is matig vertrouwen in de uitkomsten.</i>
--	---

1251

1252 *Invloed van de aandoening op algemene vaardigheden*

	Personen met schizofrenie hebben beperkingen in het aanleren van vaardigheden, visueel geheugen, visuele organisatie en algemene cognitieve vaardigheden in vergelijking met personen zonder schizofrenie. Bestuurders en niet-bestuurders met schizofrenie verschillen onderling significant wat betreft de algemene mentale status, maar niet wat betreft visuele vaardigheden. Als gevolg weerhoudt hun beperkte visueel geheugen en organisatie personen met schizofrenie er niet van auto te rijden. <i>Lipskaya-Velikovsky e.a. (2013)</i> <i>Er is zeer beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i>
--	--

1253

1254 *Medicatie als positief beïnvloedende factor*

	De aanwezigheid van een psychische stoornis vastgesteld aan de hand van de ICD-10 bij ambulante patiënten is geassocieerd met verminderde rijprestaties. (Farmacologische behandeling die de psychische conditie verbetert, is geassocieerd met duidelijke verbeteringen op deze tests, symptomen mediëren deze relatie.) <i>De las Cuevas e.a. (2010)</i> <i>Er is beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i>
--	---

1255

1256 *Eerste psychose versus twee of meer psychoses*

	De prestatie op neuropsychologische tests die geassocieerd zijn met rijvaardigheid is beperkt bij het merendeel (58%) van de personen met schizofrenie die op dat moment niet behandeld werden met medicatie, terwijl gezonde individuen geen beperkingen vertoonden. Dit geldt zowel voor personen met een eerste psychose als voor degenen die vaker een psychose hadden doorgemaakt (38% en 25% van hen was ernstig beperkt). <i>Segmiller e.a. (2015)</i>
--	---

	<i>Er is zeer beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i>
--	--

1257

1258 *Andere beïnvloedende factoren geassocieerd met de aandoening*

	Alcoholgebruik boven de toegestane hoeveelheid, het gebruik van medicatie en het plegen van suïcide in het verkeer zijn geassocieerd met fatale motorvoertuigongelukken met bestuurders met een psychische stoornis. Voor mannen geldt dat ook het opleidingsniveau, werkloosheid en gezondheidsproblemen geassocieerd zijn, voor vrouwen relatieproblemen. <i>Kujansuu e.a. (2016)</i> <i>Er is beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i>
--	--

1259

	Bijna een derde (32,7%) van de personen met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis rapporteerde ooit een verkeersongeluk te hebben gehad. In het onderzoek werd dit percentage niet afgezet tegen de algemene bevolking. Belangrijkste oorzaken om zelf niet meer te rijden zijn: beperkingen in het functioneren (gemeten met de GAF), aantal terugvallen (aantal opnames) en middelenverslaving. <i>Steinert e.a. (2015)</i> <i>Er is zeer beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i>
--	---

1260

1261 **3.7 Overwegingen van de werkgroep**

1262 *Welke factoren zijn van invloed op de rijgeschiktheid bij personen met een psychotische stoornis en*
1263 *eventuele comorbide psychische aandoeningen?*

1264

1265 Er is enig bewijs dat mensen met een psychotische stoornis vaker betrokken zijn bij
1266 verkeersongelukken, maar alleen als er wordt gecorrigeerd voor de gereden afstand. Mensen met
1267 een psychotische stoornis rijden doorgaans minder kilometers. Zowel de stoornis schizofrenie als de
1268 behandeling lijkt geen significante verhoging van het aantal verkeersongevallen te geven. De
1269 lifetimeprevalentie van het percentage ongelukken wordt gerapporteerd, maar is gebaseerd op
1270 subjectieve rapportage in een enkele studie. Prevalentiecijfers van de algemene bevolking
1271 ontbreken, waardoor het niet goed vast te stellen is of er sprake is van een verhoogd risico, noch of
1272 dat verhoogd risico hoger is dan het risico dat acceptabel geacht wordt bij andere doelgroepen
1273 (jongeren, ouderen, fysisch gehandicapten etc.).

1274

1275 Er zijn wel aanwijzingen dat een aantal van de mensen met een psychotische stoornis slechter
1276 presteert op tests die samenhangen met een verminderde rijvaardigheid. Onbekend is of deze
1277 slechtere prestatie ook daadwerkelijk samengaat met slechtere rijvaardigheden bij mensen met een
1278 psychotische stoornis. Er zijn immers aanwijzingen dat bij een psychose, prestaties op
1279 neuropsychologische tests, slechts beperkt overeenkomen met dagelijks-levenfunctionaliteit
1280 (ecologische validiteit).

Verder blijkt het gebruik van medicatie te leiden tot een verbeterde prestatie op deze tests. Er is enig bewijs voor algemene risicofactoren van psychische aandoeningen die van invloed kunnen zijn op de rijgeschiktheid, zoals een verhoogd risico op suïcide.

In de meest voorzichtige beoordeling van de evidentie kan men besluiten dat mensen met een psychosegevoeligheid (en niet-psychosegevoelige geestelijke gezondheidsproblemen) een verhoogd risico hebben als groep. Onduidelijk is het risico voor een bepaald individu en voor het individu op bepaalde momenten in de ziektegeschiedenis. De evidentie is vergelijkbaar met risico's bij een verslaving. Hierbij wordt niet iedereen die ooit teveel drinkt of zelfs verslaafd is het rijbewijs ontnomen, maar wordt wel aangenomen dat de persoon onder bepaalde omstandigheden niet mag rijden. De beoordeling hiervan wordt aan de persoon zelf overgelaten, zelfs nu we weten dat alcohol het beoordelingsvermogen beïnvloedt. Hierdoor voorkomen we dat we grote groepen kwetsbare mensen op basis van beperkte groepsevidentie stigmatiseren.

- **Kwaliteit van het bewijs**

De kwaliteit van het bewijs is zwak. Het gaat om methodologisch slechte studies bij kleine groepen. Het idee dat met een psychose rijden gevaarlijk is, is gebaseerd op aannames die vaak gedaan worden, maar die niet worden ondersteund door onderzoek. Evidentie is zwak voor de groep, ze is dus niet gerechtvaardigd voor het individu.

- **Balans tussen gewenste en ongewenste effecten**

Verbieden van verkeersdeelname aan een individu op basis van groepskenmerken, wanneer niet aangetoond kan worden dat de groepskenmerken voor ieder individu gelden, is niet toegestaan. Bij psychisch lijden heeft het niet mogen autorijden een negatief effect op het herstel van mensen met een psychotische stoornis, zeker ook (maar niet uitsluitend) wanneer iemand voor het uitoefenen van zijn of haar beroep afhankelijk is van vervoer met de auto. Vanzelfsprekend zal, bij het bepalen van iemands rijgeschiktheid, ook het maatschappelijk perspectief meegenomen dienen te worden. Onverantwoorde deelname aan het verkeer als bestuurder van een auto en onzeker rijgedrag kunnen ernstige negatieve gevolgen hebben voor medeweggebruikers en de bestuurder zelf.

- **Patiëntenperspectief**

Het is van belang te weten welke factoren van invloed zijn op de rijgeschiktheid bij mensen met psychotische stoornissen en wat de risico's van verkeersdeelname zijn. Informatie over deze factoren en risico's helpt bij het maken van een overwogen beslissing al dan niet te gaan autorijden. Het is voor mensen van groot belang hierover goed te worden geïnformeerd. Autorijden kan een belangrijke rol spelen in het onderhouden van contacten en daarmee bij herstel (zie ook hoofdstuk 4, uitkomst focusgroepen).

- **Naastbetrokkenenperspectief**

Naasten worden graag betrokken bij gesprekken over rijgeschiktheid en vinden dat rijgeschiktheid meer expliciet onderwerp van gesprek mag zijn. Factoren die volgens hen van belang zijn, worden beschreven in hoofdstuk 4. Dit zijn met name generieke factoren zoals die ook uit de literatuur naar voren komen. Gezondheidsvaardigheden worden erg belangrijk geacht.

- **Professioneel perspectief**

1327 Factoren die van invloed zijn op rijgeschiktheid kunnen variëren tussen personen, daarnaast
1328 fluctueren deze factoren ook bij eenzelfde persoon over de tijd. Kennis over deze factoren en hoe die
1329 van invloed zijn op de rijgeschiktheid bij mensen met psychotische stoornissen en de risico's van
1330 autorijden, is nodig om patiënten goed te kunnen informeren.

1331 Vanzelfsprekend is er een verschil tussen informatie verstrekken ('Wanneer je psychotisch bent,
1332 extreem angstig en impulsief reageert, ga je het beste niet achter het stuur'); adviseren ('Deze
1333 medicatie maakt je zo moe dat je reactievermogen achteruitgaat; je mag niet autorijden'); en
1334 maatschappelijke verantwoordelijkheid ('Je vertelt me dat je de kinderen in de auto wilt laden en
1335 met 180 kilometer per uur over de snelweg gaat rijden en ergens tegenaan wilt botsen om samen
1336 dood te gaan. Ik verbied je auto te rijden en vraag je de sleutels hier te laten. Zo nodig verwittig ik de
1337 politie (of laat ik je opnemen)'). Maar steeds weegt de behandelaar af welk risico acceptabel is of zo
1338 imminent dat ingrijpen noodzakelijk is.

1339

1340 • **Middelenbeslag**

1341 Geen bijzonderheden.

1342

1343 • **Organisatie van zorg**

1344 Niet van toepassing.

1345

1346 • **Maatschappelijk perspectief**

1347 Het is van belang risicofactoren zorgvuldig in kaart te brengen. Het is onrechtvaardig groepen
1348 mensen beperkingen op te leggen, dit is in strijd met het recht op gelijke behandeling.

1349 Tegelijkertijd is het niet reëel te denken dat alle risico's uitgesloten kunnen worden door het
1350 uitsluiten van mensen op basis van a priori vastgestelde risicofactoren.

1351

1352 **3.8 Besluit**

- Er komt uit de literatuur een aantal generieke factoren naar voren die het rijgedrag kunnen beïnvloeden, zoals gebruik van medicatie, alcohol en suïcidaliteit. Er zijn aanwijzingen dat factoren die een rol spelen, kunnen verschillen tussen mannen en vrouwen. Bij mannen worden opleidingsniveau, gezondheidsproblemen en werkloosheid genoemd, bij vrouwen relatieproblemen. Gezien de beperkte evidentie voor deze geslachtspecifieke factoren moeten deze met voorzichtigheid worden beschouwd. Daarnaast kunnen er ook psychotische klachten zijn die rechtstreeks interfereren met rijgeschiktheid en/of een verminderd vermogen tot zelfreflectie waardoor autorijden onverantwoord is.
- Op basis van de gevonden literatuur komt niet duidelijk naar voren of mensen met een psychotische stoornis daadwerkelijk slechter autorijden en/of zorgen voor meer ongelukken. Wel presenteren zij slechter op tests die correleren met rijvaardigheid en zijn er aanwijzingen dat ook het rijden in een simulator minder goed gaat. Het is niet goed mogelijk om op basis van de literatuur psychosespecifieke factoren vast te stellen die een negatieve invloed kunnen hebben op de rijgeschiktheid.

1353

4. Het bepalen van de rijgeschiktheid bij volwassenen met psychotische problematiek

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijft de werkgroep hoe het bepalen van de rijgeschiktheid in de praktijk vormgegeven kan worden. Hierbij nemen we de huidige regeling (REG2000) als uitgangspunt. Twee bronnen van informatie worden gebruikt om eventuele wijzigingen hierin voor te stellen:

- Bevindingen uit het in hoofdstuk 3 beschreven wetenschappelijk onderzoek over factoren die de rijvaardigheid en het rijgedrag van mensen met psychotische stoornissen beïnvloeden.
- Kennis van en ervaringen met de huidige regeling uit de praktijk zoals geïnventariseerd in twee speciaal voor dit doel samengestelde focusgroepen van experts. De eerste focusgroep betrof psychiaters die als behandelaar en/of keuringsarts geregeld betrokken zijn bij adviezen over autorijden en rijgeschiktheid en de tweede focusgroep betrof cliënten en naasten.

De uitgangsvraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord, is:

Op welke wijze kan bij volwassenen met psychotische problematiek worden bepaald of verantwoorde deelname aan het verkeer mogelijk is?

4.2 Bevindingen en implicaties van het wetenschappelijk onderzoek

1. Gevaarlijk verkeersgedrag (tot uiting komend in verkeersongevallen en het afnemen van het rijbewijs) bij psychiatrische stoornissen in het algemeen en bij schizofrenie in het bijzonder hangt vooral samen met alcohol- en middelengebruik. Tevens is er een relatie met suïcidaliteit. *De implicatie hiervan is dat bij adviezen over rijgeschiktheid bij psychotische stoornissen sterk rekening moet worden gehouden met gebruik en misbruik van alcohol en/of drugs. Met name als uit informatie uit het nabije verleden blijkt dat betrokkene hiermee geregeld op voor hem/haar en andere betrokkenen gevaarlijke wijze is omgegaan, is dit een reden voor een negatief rijgeschiktheidsadvies.*
2. Rijvaardigheid bij psychotische stoornissen, al of niet gecombineerd met medicijngebruik, is tot nu toe nooit onderzocht met rijtests op de weg. Wel blijkt uit buitenlands onderzoek met diverse verkeerspsychologische testbatterijen en uit rijsimulatoronderzoek dat mensen met psychotische stoornissen gemiddeld slechter presteren dan de gezonde populatie. Dat wil zeggen dat ze eerder afgeleid zijn en visuele informatie waarmee informatie in het verkeer wordt gesimuleerd minder snel en of minder accuraat waarnemen en in handelingen omzetten. Onduidelijk is nog welk percentage van deze patiënten zodanig slecht presteert dat het behalen van een rijbewijs of het slagen voor een testrit op de weg voor hen onhaalbaar zal zijn. Rijsimulatoronderzoek en onderzoek met verkeerspsychologische testbatterijen zijn nog onvoldoende gevalideerd om daaruit rechtstreeks de rijgeschiktheid af te leiden. De beperkingen in de informatieverwerking zijn vergelijkbaar met die bij veel chronische neurologische aandoeningen en bij die groepen is in meerdere hoofdstukken in de regeling gekozen voor een testrit praktische rijgeschiktheid in geval van lichte tot matige beperkingen in informatieverwerking en visuo-motoriek. Deze mogelijkheid is in de huidige regeling nog niet voorzien bij psychotische stoornissen.

1399 *De implicatie is dat ook bij psychotische stoornissen de mogelijkheid moet bestaan om een testrit*
1400 *praktische rijgeschiktheid in te zetten.*

- 1401
- 1402 3. In de huidige regeling worden de volgende kenmerken genoemd die relevant zouden zijn voor
1403 de beoordeling en beperkende voorwaarden bij de rijgeschiktheid zoals de geldigheidsduur van
1404 het rijbewijs en het soort rijbewijs (bij voorbeeld groep 1 of groep 2).
- 1405 • eenmalige psychose versus meerdere psychosen;
 - 1406 • kort- of langdurende psychotische episode;
 - 1407 • duur van de recidiefvrije periode;
 - 1408 • al of niet medicatievrij;
 - 1409 • aard van de schizofreniespectrumstoornis (schizofrenie, schizoaffectieve stoornis,
1410 schizofreniforme stoornis);
 - 1411 • zekere mate van ziekte-inzicht;
 - 1412 • geringe negatieve symptomen;
 - 1413 • lichte waanstoornis;
 - 1414 • ernstige waanstoornis;
 - 1415 • overige psychotische stoornissen.
- 1416

1417 Er is geen empirisch onderzoek gedaan waaruit blijkt dat deze kenmerken van belang zijn voor
1418 de rijgeschiktheid en het rijgedrag van mensen met psychotische stoornissen.

1419 *De implicatie is dat deze onderscheidingen uit de regeling verwijderd zouden moeten worden,*
1420 *tenzij door deskundigen op het terrein van de psychotische stoornissen beargumenteerd kan*
1421 *worden dat ze via hun invloed op symptomen van groot belang zijn om een inschatting te kunnen*
1422 *maken over individuele geschiktheid om veilig een motorvoertuig te kunnen besturen.*
1423 *Voorts is van belang in hoeverre in de regeling genoemde kenmerken en symptomen*
1424 *belemmeringen opleveren voor de mogelijkheden van cliënten om een geldig rijbewijs te*
1425 *verkrijgen. Met name in het geval van kenmerken die volgens de regeling erg beperkend zijn,*
1426 *zoals de duur van de recidiefvrije periode en het al of niet medicatievrij zijn, zouden sterke*
1427 *argumenten moeten gelden om ze toch in de regeling te houden.*

1428

1429 Om zicht te krijgen op relevante symptomen en kenmerken werd een focusgroep samengesteld met
1430 7 psychiaters, zowel behandelaars als keuringsartsen, deels met nevenfuncties als wetenschappelijk
1431 onderzoeker. Allen werden benaderd omdat zij eerder hun betrokkenheid bij het thema
1432 rijgeschiktheid hebben getoond, bijvoorbeeld door het schrijven van een artikel over het onderwerp,
1433 of betrokkenheid bij het opstellen van de huidige adviesnota rijgeschiktheid. Alle deelnemers lopen
1434 in hun werk regelmatig aan tegen de beperkingen van de huidige regeling. Een aantal werkt met
1435 jonge cliënten voor wie het behalen van een rijbewijs of het uitoefenen van een beroep waarvoor
1436 een rijbewijs nodig is, van groot belang kan zijn. Anderen werken met cliënten met recidiverende
1437 psychosen bij wie participatie in verschillende maatschappelijke rollen een belangrijke doelstelling is.
1438 De verkregen uitkomsten hebben extra gewicht omdat voorafgaand aan de bijeenkomst de
1439 deelnemers collega's hebben geraadpleegd over dit thema. De reacties van deze collega's zijn
1440 meegenomen tijdens de focusgroep. Uiteindelijk bleek er veel consensus te zijn bij de deelnemers.
1441 Naar verwachting komt dit het draagvlak van de adviesnota rijgeschiktheid in het veld op termijn ten
1442 goede.

1443

Om zicht te krijgen op door cliënten en hun naasten ervaren beperkingen bij het autorijden werd een tweede focusgroep samengesteld bestaande uit 12 personen. Zij werden geworven via de leden van de werkgroep en via de behandelaars van de eerste focusgroep. Er waren bij de tweede focusgroep acht personen die een psychose hebben doorgemaakt en vier naastbetrokkenen aanwezig. Drie personen ervaren bij het uitvoeren van hun beroep momenteel hinder van de huidige regelgeving rond de rijgeschiktheid. Twee van hen zijn hiervoor meermaals in gesprek gegaan met het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat en zijn zeer goed op de hoogte van de huidige regelgeving.

Beide bijeenkomsten werden geleid door de voorzitter van de werkgroep (klinisch psycholoog) en een onderzoeker die is gespecialiseerd in het uitvoeren van kwalitatief onderzoek (sociaal wetenschapper). Bij de tweede bijeenkomst was ook een student psychologie betrokken als notulist. In beide focusgroepen zijn de resultaten van het literatuuronderzoek meegenomen in de discussie. Verslagen van de focusgroepen zijn te vinden in bijlage 5.

4.3 Bevindingen en aanbevelingen uit focusgroepen

4.3.1 Focusgroep van behandelaars en keuringsartsen

Voor de focusgroep van behandelaars en keuringsartsen is de uitgangsvraag door de werkgroep uitgesplitst in 3 deelvragen.

1. Welke symptomen zijn relevant voor de rijgeschiktheid en hoe meet je die?

Uit de focusgroep komt allereerst naar voren dat een groot aantal in de huidige regeling onderscheiden belangrijke kenmerken als niet relevant wordt beschouwd:

- Hanteer geen recidiefvrije termijnen bij het bepalen van de rijgeschiktheid bij psychose. De stoornis heeft een dermate divers beeld en beloop dat het vaststellen van een termijn niet relevant is.
- Laat het criterium psychosevrij (of symptoomvrij) niet bepalend zijn voor rijgeschiktheid. Het hebben van psychotische belevingen kan relevant zijn, maar hoeft niet per se van invloed te zijn op rijgeschiktheid.
- Laat het onderscheid tussen eerste en recidiverende psychose los, het is niet relevant voor rijgeschiktheid.
- Laat medicatietrouw los als per definitie relevant voor rijgeschiktheid. Uit de literatuur komen aanwijzingen naar voren dat het gebruik van antipsychotica de rijgeschiktheid vergroot, maar dat anderszins herstel beter plaatsvindt bij spaarzaam gebruik.

Daarvoor in de plaats stellen zij voor:

- Houd bij het bepalen van de rijgeschiktheid rekening met de diversiteit die er is. Laat het individuele beeld en het beloop van een cliënt leidend zijn.
- Stel de keuringsarts in staat om de rijgeschiktheid gebaseerd op dit individuele beeld te bepalen op grond van generieke kenmerken zoals omgang met alcohol en drugs, beperkingen in informatieverwerking en psychomotoriek en ziekte-inzicht. Ziekte-inzicht wordt in de huidige regeling genoemd als belangrijke factor in de beoordeling van rijgeschiktheid. Het is echter in de ogen van de experts een te algemeen begrip. Bij psychosen is vooral relevant dat cliënten zich realiseren dat hun psychische toestand op bepaalde momenten hun rijgeschiktheid kan verminderen en dat zij hier hun gedrag op afstemmen. Informatie over gedrag tijdens een eerdere terugval is hierbij relevant.

- Houd een meer dimensionele aanpak gericht op generieke symptomen voor alle diagnosecategorieën aan. Een specifieke adviesnota rijgeschiktheid uitsluitend voor één diagnosecategorie, zoals de diagnose psychose/schizofrenie, is eigenlijk onwenselijk. In de praktijk is er vrijwel altijd sprake van mengbeelden of in elkaar overlopende diagnosegroepen.

2. *Wat is de rol van de keuringsarts? Welke informatie en welke middelen heeft deze nodig om op verantwoorde wijze een keuring te kunnen doen?*

- Geef ruimte aan het samenspel tussen keuringsarts en behandelaar opdat zij samen kunnen inschatten of een cliënt rijgeschikt is of niet.
- Draag er zorg voor dat mensen met psychiatrische stoornissen niet méér financieel belast worden bij de keuring voor de rijgeschiktheid dan mensen met andere stoornissen. Het onderzoeken van de rijgeschiktheid bij mensen met psychiatrische problemen is doorgaans duurder dan het onderzoek dat nodig is voor veel somatische aandoeningen, waar het invullen van een vragenlijst door een specialist volstaat voor het CBR. Voor mensen met psychiatrische aandoeningen is de face-to-facebeoordeling door een psychiater of neuroloog nodig. Een en ander resulteert in ongelijkheid qua kosten voor verschillende groepen cliënten. De experts zijn van mening dat dat onwenselijk is en dat er gezocht moet worden naar oplossingen om dit voor alle cliënten recht te trekken.

3. *Wat moet de rol zijn van de behandelaar? Welke taken en verantwoordelijkheid heeft deze bij het bespreken, bepalen en beoordelen van de rijgeschiktheid van de cliënten?*

- Blijf op de hoogte van de wetgeving rond de rijgeschiktheid. Behandelaars dienen hun eigen verantwoordelijkheden te kennen en cliënten (en naasten) hierover te kunnen informeren.
- Ga periodiek in gesprek met de cliënt over diens mobiliteit en de eventuele problemen rond de rijgeschiktheid. Al tijdens de intake kan hier aandacht aan besteed worden omdat de mobiliteit veelal van invloed is op de participatiemogelijkheden van een cliënt.
- Informeer cliënten over factoren die de rijgeschiktheid beïnvloeden; geïnformeerde cliënten zijn zich meer bewust van de risico's in het verkeer.

4.3.2. Focusgroep van cliënten en naasten

In de focusgroep van cliënten en naasten is de uitgangsvraag uitgewerkt in een drietal hoofdvragen en enkele deelvragen, waarbij tevens adviezen voor het bespreken van rijgeschiktheid worden gevraagd:

1. *Welke kenmerken van uw ziekte vindt u van belang voor uw rijgeschiktheid? Hoe houdt u rekening met uw eigen rijgeschiktheid in goede en minder goede perioden?*

Opvallend is dat cliënten en hun naasten vooral generieke factoren noemen die in hun ogen de rijgeschiktheid beïnvloeden, namelijk: spanning en stress, vermoeidheid, medicatiegebruik en -verandering en situatiespecifieke aspecten. De genoemde factoren lijken niet op eenvoudige manier samen te hangen met de kenmerken die in de huidige regeling genoemd worden om de oordelen over rijgeschiktheid op te baseren.

- **Spanning en stress**

Er is consensus in de focusgroep dat het huidige spannings- en stressniveau van belang is bij het bepalen van de eigen rijgeschiktheid. Volgens de aanwezigen zijn mensen die een psychose hebben doorgemaakt over het algemeen goed in staat om eventuele waarschuwingssignalen bij zichzelf te herkennen. Zij zullen wellicht voorzichtiger zijn in de keuze om al dan niet te gaan rijden, dan mensen die niet eerder in aanraking zijn geweest met de ggz. Mensen met psychotische ervaring(en) zijn bovengemiddeld alert op signalen die van invloed zijn op de rijgeschiktheid, zoals spanning en concentratieverlies. De verwachting is dat zij, wanneer dergelijke signalen optreden, eerder bij zichzelf nagaan of ze op dat moment rijgeschikt zijn. De gemiddelde Nederlander staat volgens de cliënten en naasten minder stil bij deze vraag. Overigens is het sterk afhankelijk van de persoon hoe iemand met de spanning en stress omgaat. Voor de één is vijf minuten de auto stil zetten genoeg en een ander rijdt niet meer later op de middag en in de avond omdat de spanning gedurende de dag oploopt en voor weer een ander werkt autorijden juist ontspannend.

- **Vermoeidheid**

Vermoeidheid gaat bij het merendeel van de deelnemers gepaard met een verminderde concentratie en tragere reacties, en wordt derhalve meegenomen in het bepalen van de eigen rijgeschiktheid. Voor enkele deelnemers is langdurige vermoeidheid en het optreden van voortekenen van een psychose aanleiding tot het inleveren van de autosleutels bij naasten.

- **Medicatiegebruik en -verandering**

De cliënten en naasten zijn unaniem van mening dat een verandering in medicatiegebruik van negatieve invloed is op de rijgeschiktheid. Ze zijn het ook eens met de huidige adviezen over het gebruik van rijgevaarlijke geneesmiddelen bij deelname aan het verkeer. Wel vinden ze het wenselijk dat hierbij de voorschrijvend arts en de apotheker explicieter de invloed op rijgeschiktheid benoemen.

- **Situatiespecifieke aspecten**

Cliënten en naasten zijn van mening dat bij het bepalen van de eigen rijgeschiktheid, naast klachten en symptomen, ook reisspecifieke aspecten meegewogen moeten worden. Zo is voor enkelen een langere reisafstand reden om striktere normen te hanteren bij het bepalen van de rijgeschiktheid. Verder wordt er rekening gehouden met de tijd op de dag, de mentale belasting tussen heen- en terugreis, en de beschikbaarheid van naasten om mee te rijden.

- **Absolute grenzen**

De cliënten en naasten noemen enkele redenen om niet achter het stuur te stappen. Ze noemen dit 'absolute grenzen'. Genoemd worden: 'Levendige hallucinaties tijdens het rijden', 'Wanen', 'Slaaptekort', 'Meer dan anders last hebben van angst en depressie' en 'Als iemand 'nee' moet zeggen op de vraag: 'Zou ik mezelf in mijn huidige staat tegen willen komen in het verkeer?' Als men bij zichzelf merkt last te hebben van deze klachten kan de conclusie alleen maar zijn dat men op dat moment niet rijgeschikt is.

Hoe en of de genoemde factoren de rijvaardigheid en het rijgedrag beïnvloeden, is erg afhankelijk van hoe de cliënt ermee omgaat, dat wil zeggen wat de gezondheidsvaardigheden zijn. *De implicatie hiervan voor het onderzoek van de rijgeschiktheid zou moeten zijn dat onderzoek naar gezondheidsvaardigheden daar deel van uitmaakt.*

2. *Hoe kan de behandelaar het beste met u of uw naaste in gesprek gaan over rijgeschiktheid en medicatiegebruik? Welk soort informatie is voor u het helderst?*

- Aandacht voor rijgeschiktheid en bijbehorende wet- en regelgeving moet een standaardonderdeel zijn van de behandeling en begeleiding.
- Indien het contact met de behandelend arts zich beperkt tot enkele gesprekken per jaar, kan men overwegen het bespreken van de rijgeschiktheid over te laten aan andere hulpverleners (bijvoorbeeld casemanagers). De voorkeur van de cliënt zou bij deze overweging doorslaggevend moeten zijn.
- Bespreek met de cliënt wat voor invloed factoren als spanning en stress, vermoeidheid, medicatiegebruik en -verandering en situatiespecifieke aspecten hebben op zijn of haar rijgeschiktheid.
- Bespreek met de cliënt en naasten welke rol de naaste kan spelen bij het bepalen van de rijgeschiktheid en de daaruit voortvloeiende maatregelen.
- Bespreek met de cliënt welke rol een signaleringsplan en/of een 'wellness recovery action plan' (WRAP) kan hebben bij het bepalen van de rijgeschiktheid.

3. *Hoe zou het CBR moeten beoordelen of mensen met of na een psychose veilig kunnen rijden?*

- Zorg dat de kosten van de (terugkerende) keuringen niet financieel zodanig belastend zijn dat mensen om deze redenen moeten afzien van het rijbewijs.
- Weeg de aanwezigheid van een signaleringsplan of WRAP mee bij de beoordeling van gezondheidsvaardigheden.
- Neem de rijervaring van een individuele chauffeur mee bij de bepaling van de rijgeschiktheid.
- Overweeg bij sommige patiënten de rijgeschiktheid verspreid over enkele dagen te toetsen, waarbij een aantal rijlessen wordt gegeven met een eindtoets. Dit om te voorkomen dat de rijtest slechts een momentopname is. Dit advies werd door een deel van de focusgroep gedragen.
- Stel een proefperiode in voor mensen bij wie twijfel bestaat over de rijgeschiktheid. Vooral bij beroepschauffeurs kan een fasegewijze opbouw in de intensiteit van het rijden worden toegestaan. Beroepschauffeurs kunnen eerst korte ritten doen en vervolgens via een opbouwschema naar meer langdurende ritten toewerken. Een ander optie is een periode rijden met een bijrijder zoals bij jongeren onder de 18 jaar, de 2todrive-regeling. Vergelijk het met het beginnersrijbewijs waarbij bepaalde beperkingen en strengere regels gelden.
- Maak de behandelend arts uiteindelijk niet verantwoordelijk voor het bepalen van de rijgeschiktheid. Neem wel de inschatting of het advies van de behandelaar mee in het keuringsproces.
- Overhandig de bij de behandelend arts opgevraagde gegevens over toestandsbeeld, beloop en gezondheidsvaardigheden schriftelijk aan patiënt, zodat deze de keus houdt de informatie aan de keuringsarts te geven.

4.4 Aanbevelingen voor aanpassing van Regeling eisen geschiktheid 2000

Aanbevelingen voor aanpassing van REG2000

Op basis van analyse van opmerkingen uit focusgroepen, en mede op basis van het besproken wetenschappelijk onderzoek, komt de werkgroep tot de volgende aanbevelingen voor aanpassing van de regeling:

- Uit beide focusgroepen komt naar voren dat generieke symptomen, met name afleidbaarheid, trage informatieverwerking en het niet in staat zijn de aandacht langdurig vast te houden, een belangrijker probleem lijken dan specifieke psychotische symptomen, medicatiegebruik en recidievrije perioden. Daarnaast merken de behandelaars en keuringsartsen op dat zij deze aspecten bij een keuring niet altijd goed kunnen beoordelen en dat zij behoefte hebben aan de mogelijkheid door te verwijzen voor een testrit. Ook cliënten en naasten wijzen op het belang van deze mogelijkheid, mede omdat ze dan ook hun rijervaring kunnen inzetten.

Vanuit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat afgeleid zijn de belangrijkste onmiddellijke oorzaak is van verkeersongevallen (Klauer e.a. 2006; Brouwer 2015). Dit onderstreept het belang van dit onderwerp bij de diagnostiek van rijgeschiktheid. Het zou aanbeveling verdienen de mogelijkheid van een testrit op de weg toe te voegen in het geval van twijfel over de aandacht en informatieverwerking.

Bij chronische psychotische stoornissen zijn de beperkingen in informatieverwerking en psychomotoriek vooral een indicatie van negatieve symptomen en bijwerkingen van medicatie. Daarnaast kan het ‘managen’ van ‘stemmen’ of andere positieve symptomen aandacht kosten, wat ten koste kan gaan van de snelheid en kwaliteit van de verwerking van externe informatie.

Bij mensen met een stabiel (minstens drie maanden?) functioneren wat betreft positieve en negatieve symptomen en medicatie kan worden overwogen een genormeerde en gevalideerde testbatterij zoals de ART90 (Schuhfried-testsysteem) af te nemen om na te gaan of er sprake is van ernstige beperkingen (< 10e percentiel, gezonde populatie) of van een risicogroep met lichte beperkingen die in aanmerking komt voor een testrit op de weg (10e-25e percentiel).

Deze onderzoeksmethode is niet overal beschikbaar, zeker niet in combinatie met psychiatrisch onderzoek dat gangbaar is bij de rijbewijskeuringen. Een alternatief waar dit bezwaar minder aan kleeft, is om uit te gaan van beperkingen in het alledaagse (zelfstandig) functioneren zoals gemeten met de WHODAS⁵. Ook hier kan op basis van vergelijking met de gezonde populatienormen een onderscheid gemaakt worden tussen ernstige beperkingen (< 10e percentiel) en een groep met lichte beperkingen (10-25e percentiel). Voordeel van de WHODAS is dat effecten van positieve en negatieve symptomen zowel als die van medicatiegebruik erin tot uiting kunnen komen, en tot op zekere hoogte ook het omgaan hiermee. Aansluitend op de aanbevelingen van de focusgroepen gaat het bij de ART90 en de WHODAS om generieke beperkingen in het functioneren en niet om symptomen die specifiek zijn voor psychotische stoornissen.

- De recidievrije periode die in de huidige regeling een belangrijke rol speelt, wordt niet

⁵ De zelfbeoordelingsversie van de WHODAS is een van de meetinstrumenten die is opgenomen in deel III van de DSM-5, in een Nederlandse vertaling van D. van Hoeken en W. Hoek. Dit instrument bestaat uit 36 items en meet beperkingen bij volwassenen vanaf 18 jaar. De WHODAS meet beperkingen in zes domeinen van functioneren: begrijpen en communiceren, bewegen en zich verplaatsen, zelfverzorging, omgaan met mensen, activiteiten (huishoudelijk en op het werk/op school), deelname aan de samenleving.

als relevant gezien. Sommige mensen zijn al heel snel weer erg goed hersteld. *Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de invloed van de duur van de recidiefvrije periode. Voor het invullen van de WHODAS en/of voor betrouwbare afname van een testbatterij of het rijden van een testrit moet wel worden uitgegaan van een min of meer stabiel niveau van functioneren. Er wordt derhalve geadviseerd het onderzoek naar de rijgeschiktheid pas uit te voeren als het niveau van functioneren gedurende twee maanden ongeveer constant is geweest. Er wordt verder aangeraden om bij twijfel over de stabiliteit van de huidige toestand het advies over de rijgeschiktheid op te schorten en te adviseren het onderzoek over de rijgeschiktheid over een (half) jaar opnieuw uit te voeren.*

- Uit beide focusgroepen komt naar voren dat gezondheidsvaardigheden van groot belang zijn bij de beoordeling van de rijgeschiktheid. Het gaat erom hoe goed iemand in staat is zijn/haar eigen toestand te herkennen en door tijdige gedragsaanpassingen en tijdig steun en hulp te zoeken, de negatieve gevolgen hiervan op het functioneren kan beperken. In de huidige behandelpraktijk bestaan er goede mogelijkheden om deze vaardigheden te beoordelen, namelijk aan de hand van signaleringsplannen en het WRAP (Wellness Recovery Action Plan) (Copeland 2010). Een signaleringsplan of WRAP waaraan iemand zich houdt, is een indicatie van goede gezondheidsvaardigheden. *Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de invloed van gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht op rijgedrag en rijvaardigheid. Wel blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat met name alcohol- en drugsgebruik samenhangen met ongevalsbetrokkenheid en roekeloos verkeersgedrag bij psychiatrische patiënten en ook bij schizofrenie. Tevens is er een samenhang tussen ongevalsbetrokkenheid en suïcidaliteit. Deze bevindingen pleiten ervoor om bij de bepaling van gezondheidsvaardigheden ook gebruik en misbruik van alcohol en drugs op te nemen. Tevens zou het omgaan met depressieve gevoelens die aanleiding zouden kunnen geven tot suïcide in signaleringsplannen aan de orde kunnen komen.*
- Beide focusgroepen ervoeren het als vanzelfsprekend dat er voor beroepschauffeurs zwaardere eisen gesteld worden aan de cognitieve, emotionele en psychomotorische functies en aan de gezondheidsvaardigheden dan voor privégebruik van het rijbewijs. Voor groep 1-rijbewijzen (personenauto en motor) zou echter een onderscheid moeten worden gemaakt tussen chauffeurs die beroepsmatig personen vervoeren (bijvoorbeeld taxichauffeurs) en mensen die in verband met hun beroepsuitoefening enkele uren per dag achter het stuur moeten zitten (bijvoorbeeld bouwvakker). Bij de laatstgenoemde groep kunnen de eisen minder streng zijn.

1622

1623

4.5 Overige aanbevelingen

- Besteed bij de behandeling en begeleiding standaard aandacht aan rijgeschiktheid, onder andere in de vorm van voorlichting over regelgeving en bespreek de rijgeschiktheid van patiënt in verband met diens sociaal functioneren en veiligheid.
- Betrek bij de bespreking met patiënt zijn een aantal factoren belangrijk om in het gesprek hierover te betrekken: spanning en stress, vermoeidheid, medicatiegebruik en -

verandering en situatiespecifieke aspecten. Medicatiegebruik en de invloed op rijgeschiktheid spelen hierbij uiteraard een rol en worden besproken in hoofdstuk 5. Overweeg ook andere dan medische disciplines/BIG-beroepen te betrekken bij het bespreken en beoordelen van rijgeschiktheid, zeker als de contacten met behandelend arts laagfrequent zijn.

1624

1625 **5. Verkeersrisico's van verschillende typen geneesmiddelen bij psychotische stoornis en**
1626 **comorbide aandoeningen**

1627

1628 **5.1 Inleiding**

1629 Medicatie tegen psychotische en generieke symptomen heeft meestal een gunstig effect op de
1630 rijgeschiktheid, omdat daarmee de ernst van symptomen afneemt, terwijl bijwerkingen die de
1631 bestuurder kunnen hinderen vaak licht zijn. In een enkel geval hebben de symptomen een grote
1632 invloed op het dagelijks leven en zijn de bijwerkingen van medicatie sterk. In dat geval is het vaak
1633 moeilijk om aan te geven hoe groot het aandeel is van de medicatie bij de beïnvloeding van de
1634 rijgeschiktheid. De symptomen kunnen daarop tenslotte een veel groter effect hebben dan de
1635 medicatie ertegen.

1636 Tegen deze achtergrond is de informatie die beschikbaar is over de risico's van het gebruik van
1637 rijgevaarlijke geneesmiddelen, in het bijzonder antipsychotische medicatie, in het verkeer van nut bij
1638 de begeleiding van een patiënt met een psychotische stoornis. Hierbij is de context waarin de
1639 informatie gebruikt kan worden wel van belang, rekening houdend met de behoeften van de patiënt
1640 die een rijbewijs wil behouden of opnieuw aanvragen.

1641 Gebruik van medicatie wordt voor veel patiënten beschouwd als een drempel tot het verwerven
1642 resp. behouden van het rijbewijs. Behandelaars kunnen patiënten ervan overtuigen dat
1643 medicatiegebruik leidt tot vermindering van psychose en daarmee tot herstel van de rijgeschiktheid.
1644 Zij vrezen echter dat patiënten geen medicijnen meer zullen nemen als ze gewezen worden op de
1645 consequenties van de stoornis en van de medicatie voor het rijbewijs. Daarom wordt de discussie
1646 wordt vaak niet gevoerd met patiënten.

1647 De uitgangsvraag van dit hoofdstuk is:

1648

1649 *Wat zijn verkeersrisico's van verschillende typen geneesmiddelen bij psychotische problematiek en*
1650 *eventuele comorbide aandoeningen?*

1651

1652 Bij de beantwoording van de uitgangsvraag zullen achtereenvolgens de resultaten uit onderzoek naar
1653 de risico's van het gebruik van rijgevaarlijke geneesmiddelen in het verkeer worden toegelicht.
1654 Daarna volgt een korte toelichting op de ontwikkeling van de categorie-indeling van rijgevaarlijke
1655 geneesmiddelen. Voor het optimaal gebruik van antipsychotische medicatie bij patiënten die aan het
1656 verkeer willen deelnemen, stelt de werkgroep een aanpak voor, gebaseerd op de resultaten van een
1657 omvangrijk Europees project, dat in 2011 is afgerond (Mercier-Guyon e.a. 2011). We lichten de
1658 achtergronden van deze aanpak toe en besluiten met de aanbevelingen voor de praktijk.

1659

1660 **5.2 Wetenschappelijke literatuur**

1661 In 2006 werd het aantal verkeersdoden door rijgevaarlijke medicatie in Nederland geschat op 70,
1662 namelijk 5-10% van alle verkeersdoden. Deze schatting is naar aanleiding van recent onderzoek in
1663 DRUID-verband verlaagd naar ongeveer 50 doden per jaar, mede als gevolg van een afname van het
1664 benzodiazepinegebruik (persbericht Rijksuniversiteit Groningen, 10 mei 2012). In 2011 reed 1,2% van
1665 de weggebruikers onder invloed van veelgebruikte slaap- en kalmeringsmiddelen en sterke
1666 pijnstillers. Bij een onderzoek dat ruim vijf jaar eerder werd gepubliceerd, werden bij 3% van alle
1667 bestuurders benzodiazepines, codeïne of tricyclische antidepressiva in het bloed aangetroffen

(Mathijssen & Houwing 2005). Of er in 2011 daadwerkelijk minder personen met de genoemde geneesmiddelen aan het verkeer hebben deelgenomen, is niet eenduidig te concluderen, aangezien de onderzoeksmethoden niet geheel vergelijkbaar zijn.

Een indicatie voor een verhoogd risico op ongevallen in het verkeer door gebruik van rijgevaarlijke medicatie kan men verkrijgen door het gebruik van dergelijke medicatie bij bestuurders te vergelijken met dat bij bestuurders die betrokken waren bij een ernstig auto-ongeluk met gewonden of doden tot gevolg. Slechts enkele studies zijn uitgevoerd bij voldoende grote aantallen bestuurders om risicoverhoging door gebruik van de verschillende rijgevaarlijke geneesmiddelen nader aan te geven. Eind 2011 is een groot Europees onderzoek naar rijden onder invloed van alcohol, drugs en geneesmiddelen in de periode 2007-2009 afgerond (DRUID 2011). De risicoverhoging voor slaap- en kalmeringsmiddelen en sterke pijnstillers die werd gevonden, was te vergelijken met die bij gebruik van alcohol met een bloedalcoholconcentratie van 0,5-0,8 promille (2-10 keer verhoogd risico).

In een DRUID-deelonderzoek onder Nederlandse geneesmiddelgebruikers die bij verkeersongevallen waren betrokken, is een risicoverhoging aangetroffen voor slaapmiddelen (benzodiazepines) en bepaalde antidepressiva (SSRI's). Hierin is geen onderscheid gemaakt tussen kort- en langwerkende middelen. Daarnaast is bij het onderzoek van antidepressiva geen onderscheid gemaakt tussen het effect van de middelen en van restsymptomen van de depressieve stoornis. Hierbij keek men ook naar het gebruik van antipsychotica. Echter, door het geringe aantal bestuurders dat alleen aan antipsychotica was blootgesteld, kon men daar geen betrouwbare uitspraak over doen (Ravera e.a. 2011).

Dit zijn ook de bevindingen in een grote Franse studie, waarin bovendien werd gevonden dat bij combinaties van rijgevaarlijke geneesmiddelen het risico op het veroorzaken van een verkeersongeval gradueel significant toeneemt, afhankelijk van het aantal gecombineerde geneesmiddelen (Orriols e.a. 2010).

Ten slotte zijn studies verricht naar de rijgeschiktheid van patiënten die antipsychotica gebruiken. Voor ontslag uit opname werd een gevalideerde testbatterij afgenomen bij 120 patiënten met schizofrenie, die ingesteld waren op stabiele doseringen antipsychotica. Slechts 33% van de groep werd als rijgeschikt aangemerkt. De rijgeschiktheid was beter bij patiënten die clozapine en andere atypische antipsychotica gebruikten, in vergelijking met degenen die klassieke antipsychotica gebruikten (Brunnauer e.a. 2004). In een andere studie werden 35 gestabiliseerde patiënten onderzocht. Bij 35% van de gebruikers van risperidon en slechts 5% van de gebruikers van haloperidol werden de tests met voldoende resultaat afgelegd (Soyka e.a. 2005a). In een review van tien studies werd dit bevestigd. Overigens bleken deze studies niet gerandomiseerd of geblindeerd (Soyka e.a. 2005b).

De werkgroep concludeert dat gebruik van antipsychotica rijgeschiktheid dus niet uitsluit.

5.3 Categorie-indeling van rijgevaarlijke geneesmiddelen

In Europees verband zijn eisen wat betreft de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van motorrijtuigen (REG2000) vastgesteld.

Deze eisen worden door het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) gehanteerd bij de vaststelling van de geschiktheid voor één of meer rijbewijscategorieën. Behalve aan de diverse lichamelijke afwijkingen en beperkingen, wordt in relatie tot rijgeschiktheid ook aandacht geschonken aan geneesmiddelen. In een wijziging op de regeling uit 2008 (met aanvullende wijzigingen uit 2010 en 2011) wordt daarbij uitgegaan van een categorie-indeling die is gebaseerd op lijst van rijgevaarlijke geneesmiddelen, opgesteld door de International Council on Alcohol, Drugs and

Traffic Safety (ICADTS 2007). Op basis van experimenteel onderzoek heeft ICADTS een voorstel gedaan om te komen tot een indeling van rijgevaarlijke geneesmiddelen. De meest gebruikte rijgevaarlijke geneesmiddelen zijn hierbij ingedeeld in drie categorieën, van geringe naar sterke invloed op de rijgeschiktheid.

Tabel 5.1. Categorie-indeling gebaseerd op lijst van rijgevaarlijke geneesmiddelen, opgesteld door de International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS 2007)

Effect op de rijgeschiktheid	Interpretatie ^a	Waarschuwing voor de patiënt	Voorbeelden
Categorie 0: Geen effect	0 promille	U kunt gaan rijden	Laxantia, Voedingssupplementen, medicatie bij diabetes, bloedproducten Cholesterolsyntheseremmers
Categorie I: Weinig effect	< 0,5 promille	Ga niet rijden zonder de relevante delen van de bijsluiter met informatie over de beïnvloeding van de rijgeschiktheid te hebben gelezen. ^b	Bètablokkers, NSAID's, nieuwe generatie antihistaminica
Categorie II: Matig effect	0,5-0,8 promille	Ga niet rijden zonder advies te hebben gevraagd aan de arts of apotheker over de relevante delen van de bijsluiter met informatie over de beïnvloeding van de rijgeschiktheid. ^b	Antipsychotica oraal, anti-epileptica oraal, biperideen oraal, antidepressiva
Categorie III: Sterk en potentieel gevaarlijk effect	> 0,8 promille	Ga niet rijden tot uw arts aangeeft wanneer rijden na enige tijd gebruik van het geneesmiddel weer mogelijk is. ^b	Benzodiazepines, mirtazapine, intramusculair toegediende psychofarmaca

^a De acute effecten van deze individuele geneesmiddelen zijn vergelijkbaar met de effecten van deze concentratie alcohol in het bloed (de bloed-alcoholconcentratie).

^b Aanvullende adviezen:

- Vraag de arts wanneer rijden na enige tijd gebruik van het geneesmiddel weer mogelijk is.
- Gebruik geen alcohol of drugs.
- Controleer of u ook nog andere geneesmiddelen krijgt voorgeschreven, die de nadelige werking op de rijgeschiktheid kunnen versterken en vraag dit aan de arts of apotheker. Zie tevens de aanbevelingen hierna.

Destijds heeft ICADTS benadrukt dat de categorie-indeling bij een geneesmiddel van toepassing is bij een normale therapeutische dosering die een volwassene voor de hoofdindicatie van het geneesmiddel krijgt geadviseerd. In het eerder genoemde DRUID-project is in 2011 door onderzoekers uit vijf Europese landen, waaronder Nederland, een update gegeven op de lijst en de criteria voor het toekennen van een categorie aan een geneesmiddel. De categorie is nu van

toepassing op het eerste gebruik van het geneesmiddel (gedurende de eerste 1-2 weken) in normale therapeutische dosering (misbruik uitgesloten). Een uitzondering is gemaakt voor de categorie-indeling van slaapmiddelen. Hierbij is de categorie III standaard toegekend, maar wordt een aantal uren na gebruik van het slaapmiddel aangegeven als periode waarbinnen deelname aan het verkeer nog niet mogelijk is. Deze periode hangt onder andere samen met de verschillende farmacokinetische en farmacodynamische eigenschappen van de middelen in deze groep. Voor chronisch gebruik van rijgevaarlijke geneesmiddelen wordt altijd een individuele afweging geadviseerd op basis waarvan deelname aan het verkeer onder voorwaarden mogelijk is. Patiënten kunnen zich daarover laten adviseren door hun behandelaar. Bij dat advies worden verschillende factoren meegewogen, zoals het bekende effect van verschillende doseringen en de combinatie met alcohol of andere psychotroop werkende geneesmiddelen of stoffen (denk aan drugs). Een duidelijk overzicht van de toepassing van de DRUID-categorie-indeling in de Nederlandse apotheekinformatiesystemen (AISsen) en huisartsinformatiesystemen (HISsen), met een bijbehorend overzicht van de beoordeelde geneesmiddelen per farmacotherapeutische groep, is te vinden in de Commentaren Medicatiebewaking van Stichting HealthBase en de Kennisbank van de KNMP.

5.4 Patiëntenvoorlichting

In het specifieke onderdeel 'Rijvaardigheid en het gebruik van machines' van de patiëntenbijsluiter wordt toegelicht hoe een geneesmiddel de rijvaardigheid en de bediening van machines kan beïnvloeden. In de regel gaat het hierbij om algemene waarschuwingen die zijn afgeleid uit bekende, meestal centrale (bij)werkingen van het geneesmiddel. Daarnaast bestaat officieel nog steeds het zogenaamde zwaarwegende advies van de KNMP/KNMG uit 1973, waarin wordt aangegeven op welke geneesmiddelen de geel-zwarte waarschuwingsticker met de tekst: 'Dit geneesmiddel kan de rijvaardigheid beïnvloeden' dient te worden geplakt. In veel apotheken wordt de waarschuwing automatisch op het afleveretiket geprint.

Dergelijke waarschuwingen blijken echter weinig invloed te hebben op het gedrag van de geneesmiddelgebruikers. Uit een NIVEL-onderzoek blijkt dat de meeste mensen weten dat bepaalde groepen geneesmiddelen de rijvaardigheid kunnen verminderen (Vervloet e.a. 2007). Ongeveer de helft van de gebruikers van geneesmiddelen die invloed hebben op het reactievermogen, is hierover geïnformeerd door de arts of apotheker. Echter, slechts 16% van deze groep heeft het rijgedrag hierop aangepast.

Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat huisartsen, apothekers en psychiaters het als hun taak zien om de patiënten over de invloed van geneesmiddelen op de rijvaardigheid te informeren, waarna de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor keuzes omtrent rijgedrag bij de patiënt zelf ligt. Voor goede voorlichting over beïnvloeding van de rijgeschiktheid door geneesmiddelen zijn afspraken hierover tussen huisarts en apotheker essentieel. Het gaat immers om het gecombineerde effect van de aandoening en het geneesmiddel op de rijgeschiktheid. In de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) Geneesmiddelen en verkeersveiligheid, van het NHG en de KNMP, is beschreven hoe deze afspraken vorm kunnen krijgen (Faber e.a. 2008, herz. 2016).

5.5 Conclusies uit wetenschappelijke literatuur

1. Het is aangetoond dat het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en sterke pijnstillers het risico op betrokkenheid bij verkeersongevallen 2-10 maal vergroot. (*Niveau 1*)
2. Het is aangetoond dat het gebruik van meer dan één rijgevaarlijk geneesmiddel het risico op betrokkenheid bij verkeersongevallen vergroot. (*Niveau 1*)

- 1779 3. Het is aangetoond dat veel mensen die medicatie gebruiken die de rijgeschiktheid negatief
1780 kan beïnvloeden hierover onvoldoende zijn geïnformeerd door hun arts of apotheker.
1781 (Niveau 1)
- 1782 4. Het is aannemelijk dat ongeveer 5-10% van alle verkeersdoden toe te schrijven is aan het
1783 gebruik van rijgevaarlijke medicatie. (Niveau 2)
- 1784 5. Het is aannemelijk dat mensen met rijgevaarlijke medicatie deelnemen aan het verkeer,
1785 ondanks de waarschuwing dat hun medicatie een negatieve invloed kan hebben op de
1786 rijgeschiktheid. (Niveau 2)
- 1787 6. Het is aannemelijk dat het gebruik van antipsychotica het risico op betrokkenheid bij
1788 verkeersongevallen vergroot, zoals elk psychotroop werkend geneesmiddel dat kan doen,
1789 alleen de aantallen betrokken patiënten in epidemiologische studies zijn te gering om dat
1790 aan te tonen. (Niveau 2)
- 1791 7. Het is aannemelijk dat bij stabiel functionerende patiënten met schizofrenie de
1792 rijgeschiktheid minder wordt beïnvloed door gebruik van clozapine of andere atypische
1793 antipsychotica, dan door gebruik van klassieke antipsychotica. (Niveau 2)

1794

1795 5.6 Aanbevelingen

De behandelend arts moet de volgende voorwaarden betrekken bij het opstellen van het advies aan de patiënt over verkeersdeelname tijdens gebruik van medicatie van categorie II of III:

- Ga **niet rijden als** het risico bestaat dat er beperkende bijwerkingen optreden, zoals sufheid, duizeligheid en aandachtsproblemen, namelijk:
 - zo lang deze bijwerkingen voortdurend optreden en
 - zo lang niet duidelijk is tot hoe lang na inname deze bijwerkingen optreden.
- Ga niet rijden **na start met gebruik** van deze medicatie, totdat:
 - u weet hoe lang de medicatie de rijgeschiktheid beïnvloedt,
 - u weet dat u de dosering van de medicatie niet meer hoeft aan te passen,
 - u het effect op de rijgeschiktheid goed heeft kunnen beoordelen en
 - u gewend bent geraakt aan de bijwerkingen van de medicatie.
- Gebruik voor verkeersdeelname **geen andere geneesmiddelen of hogere dosering** dan afgesproken met uw behandelend arts, tenzij:
 - u advies hebt ingewonnen over de effecten op de rijgeschiktheid bij uw behandelend arts of uw apotheker,
 - u het effect ervan op de rijgeschiktheid goed heeft kunnen beoordelen en
 - u gewend bent geraakt aan de bijwerkingen van de medicatie.
- Gebruik **geen alcohol of drugs** voorafgaand aan verkeersdeelname.

1796

6. Wanneer moet een behandelaar een patiënt adviseren zich te laten herkeuren?

6.1 Inleiding

De uitgangsvraag van dit hoofdstuk is:

Wanneer moet een behandelaar een patiënt adviseren zich te laten herkeuren?

Deze vraag is geformuleerd aan het begin van het traject om de adviesnota van 2014 te herzien en betreft het advies tot herkeuring. De aspecten die de rijgeschiktheid bij een psychotische kwetsbaarheid bepalen, zijn dezelfde bij elke keuring voor het rijbewijs, ook de initiële. In alle situaties zijn ze relevant voor het beleid van behandelaar en keuringsarts. De veranderingen in de uitgangspunten voor beoordelingen worden in de volgende hoofdstukken van deze adviesnota beschreven. Aandachtspunten bij de beoordeling rijgeschiktheid, inclusief die bij de eerste keuring en voor beroepschauffeurs, worden in een breder kader uitgewerkt.

6.2 Herkeuring

Herkeuring vindt plaats nadat het rijbewijs is gevorderd en iemand dus geen geldig rijbewijs meer heeft. Dit kan wanneer een tijdslimiet verlopen is of doordat de politie, op basis van gevaarlijk rijgedrag of na het veroorzaken van een ongeval, het rijbewijs gevorderd heeft.

Herkeuring kan ook aangevraagd worden om toestemming te krijgen om een auto te besturen om personen te vervoeren, als men daar een beperkende aantekening voor heeft, of om een bus of vrachtwagen te mogen besturen, hetzij als vrijwilliger, hetzij in de uitoefening van het beroep. Zie voor deze laatste categorie de uitleg, overwegingen en adviezen in hoofdstuk 8.

Het initiatief tot herkeuring kan van de betrokkene komen of ter sprake komen in overleg met de behandelaar. De procedure start wanneer de betrokkene een Gezondheidsverklaring (voorheen Eigen verklaring) instuurt.

• Redenen voor herkeuring

Wanneer moet een behandelaar zelf zijn/haar patiënt adviseren zich te laten herkeuren? De keuze ligt bij de behandelaar, maar kan hij of zij terugvallen op transparante criteria? En bestaat hiervoor consensus bij de betreffende beroepsgroep(en)? Deze adviesnota geeft hier een aanzet voor (hoofdstukken 7 en 8).

Bij de beoordeling is het uiteraard belangrijk te weten waarom het rijbewijs werd gevorderd⁶: was de geldigheid ervan verlopen? Of was het gevorderd na een ongeval, wegens rijden onder invloed van alcohol, drugs of sederende medicatie (benzodiazepines) of wegens extreem rijgedrag door psychose of andere factoren?

Indien de geldigheid van het rijbewijs verlopen was, en de omstandigheden vergelijkbaar zijn met de situatie bij het verlenen van een rijbewijs met tijdsbeperking, kan men de patiënt adviseren om zich te laten herkeuren om zijn of haar rijgeschiktheid vast te stellen.

Indien een psychose aan de basis lag van onverantwoord rijgedrag dat aanleiding was voor het vorderen van het rijbewijs, en de toestand van de betrokkene ondertussen veranderd is, kan herkeuring geadviseerd worden.

⁶ <https://www.advocaat-verkeersstrafrecht.nl/inhouding-rijbewijs/>

1839 Wanneer duidelijk is dat niet de psychose, maar bijvoorbeeld verslaving of
1840 persoonlijkheidsproblemen op de voorgrond stonden toen het rijbewijs werd gevorderd, moet deze
1841 problematiek besproken worden: wat was de aanleiding en wat zijn de risico's dat het opnieuw
1842 gebeurt? De achtergrond daarvan kan betrokken worden bij de behandeling.

1843
1844 In het algemeen kan herkeuring plaatsvinden zodra er in redelijkheid (zie hoofdstukken 7 en 8 en het
1845 voorstel voor de nieuwe regeling) kan worden verondersteld dat iemand weer rijgeschikt is. Weer
1846 mogen autorijden komt het herstel van de patiënt ten goede. Het helpt om rollen in het sociale
1847 leven, zowel privé als maatschappelijk (o.a. werk), te hervatten. Door middel van een
1848 Gezondheidsverklaring kan men de herkeuring vervolgens aanvragen.

1849
1850 • **Niet mogen of niet durven rijden**
1851 Langdurig niet rijden maakt mensen onzeker en angstig: opnieuw gaan chaufferen wordt dan
1852 moeilijker. Een goede hulpverlener is hierop alert en zal daarom het onderwerp van een herkeuring
1853 zelf aansnijden. De behandelaar wacht bij voorkeur niet op het initiatief van de patiënt, maar moet
1854 deze actief adviseren zich te melden. De criteria om vast te stellen dat iemand weer rijgeschikt is na
1855 een incident worden in hoofdstuk 7 uitgewerkt.

1856 Op dit moment is het onduidelijk voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid bij wie het
1857 autorijden niet is afgeraden, wat er gebeurt wanneer ze betrokken raken bij een ongeval. Patiënten
1858 durven vaak niet te rijden omdat ze de kosten niet kunnen dragen wanneer de verzekering deze
1859 mogelijk niet dekt. Dit is een onwenselijke situatie. Deze onduidelijkheid zorgt ervoor dat patiënten
1860 beperkt worden in het autorijden, zonder dat er een wettelijke basis voor is.

1861
1862 • **Handelwijze bij twijfel over rijgeschiktheid**
1863 Er zijn ook momenten waarbij de behandelaar gereede twijfel heeft over de rijgeschiktheid van zijn of
1864 haar patiënt. In de focusgroep cliënten en familieleden werd aangeraden de vrees om bij iemand 'in
1865 de auto te stappen' als indicator te nemen. De behandelaar moet dit met de patiënt bespreken.
1866 Echter, wat deze ermee doet, is aan de patiënt omdat hij/zij immers wilsbekwaam is.
1867 Indien er groot en acuut gevaar is, kan een Bopz-maatregel (Wet bijzondere opnemingen in
1868 psychiatrische ziekenhuizen) passend zijn. Dit valt buiten het kader van herkeuring. In dit geval kan
1869 men ook de politie vragen om in te grijpen.

1870 Als de situatie wat betreft de rijgeschiktheid twijfel oproept ('niet-pluisgevoel'), maar het
1871 psychiatrisch toestandsbeeld een gedwongen opname niet noodzakelijk maakt, en de betrokkene
1872 weigert te stoppen met rijden tot er een herkeuring is geweest, is het in het uiterste geval te
1873 overwegen het beroepsgeheim te doorbreken en zelf melding te doen bij de medische dienst van het
1874 CBR. Wanneer de behandelaar het dringend advies geeft niet te rijden, heeft hij of zij afgewogen dat
1875 de behandeling niet geleid heeft tot vermindering van de symptomen die de rijgeschiktheid negatief
1876 beïnvloeden. Door de weigering van de patiënt bevindt de behandelaar zich in het grensgebied
1877 tussen zijn of haar rol als voorlichter en als beoordelaar. De behandelaar adviseert een herkeuring
1878 met als doel een helder onafhankelijk oordeel van de keuringsarts te verkrijgen. Dit kan alleen als er
1879 genoeg tijd is om deze procedure aan te gaan, niet als de situatie te onveilig is.

1880 Bij een 'niet-pluisgevoel' waarbij de patiënt niet ontvankelijk is voor advies, is transparantie
1881 belangrijk. Zoals bij elke onzekerheid over gevaar is het verstandig dit te bespreken met andere
1882 teamleden die bij de behandeling betrokken zijn. Hierbij toetst de behandelaar zijn of haar niet-
1883 pluisgevoel en vergroot het draagvlak voor de beslissingen die genomen moeten worden. Anderen
1884 worden in de besluitvorming betrokken. Ook is het raadzaam familie en/of naastbetrokkenen uit te

nodigen voor een gezamenlijk gesprek. Zij kunnen ook hun bezorgdheid uiten en een rol spelen om de patiënt te overtuigen, bijvoorbeeld door erop te wijzen dat als deze blijft rijden, terwijl hij of zij niet rijgeschikt is, hij of zij mogelijk niet verzekerd is. Bij een ongeluk kan er dan strafrechtelijk vervolging ingesteld worden. Als iemand zich niet meldt bij het CBR voor een herkeuring, kan dit theoretisch dus ernstige consequenties hebben.

• *Openheid en dialoog*

Bij elke gewetensvraag is het raadzaam dilemma's met collega's te bespreken (intervisie) of te toetsen bij de geneesheer-directeur. Blijft er vervolgens een conflict van plichten, dan kan de behandelaar als ultimum remedium het beroepsgeheim doorbreken. De behandelaar kan melden bij de medische dienst van het CBR, conform de handreiking KNMG en NVvP over het beroepsgeheim en conflict van plichten⁷. Dit is uiteindelijk een persoonlijke keuze van de behandelaar. Zorgvuldige besluitvorming, goede dossiervoering (Leenen e.a. 2007; criteria van Leenen, zie *bijlage 7*) en collegiale toetsing zijn essentieel, zowel uit oogpunt van goede patiëntenzorg als om mogelijke juridische consequenties voor de behandelaar te vermijden.

Dit beleid geldt overigens niet alleen voor patiënten met psychotische stoornissen, maar ook voor patiënten met andere aandoeningen (Hendriks 2015).

De beschreven handelwijze kan leiden tot spanningen in de behandelrelatie. De behandelaar formuleert immers een duidelijke mening, die door de patiënt niet wordt gedeeld, en hij of zij neemt eenzijdig maatregelen die gevolgen hebben voor de patiënt, bijvoorbeeld een (tijdelijke) afkeuring om te rijden. Maar het gesprek kan ook een andere wending nemen: het bespreken van de zorgen van de behandelaar over verkeersveiligheid en verantwoord burgerschap van de patiënt kan bijdragen aan de ontwikkeling van betere gezondheidsvaardigheden (*voor uitleg zie paragraaf 1.1.*). De patiënt neemt dan meer verantwoordelijkheid voor zijn of haar herstel.

In de huidige REG2000 zal dit probleem zich zelden voordoen: men kan slechts weer rijgeschikt worden bij totale remissie en na verloop van specifieke termijnen. Een meer geïndividualiseerde benadering, zoals in deze herziening adviesnota is voorgesteld, vraagt een actievere rol van de behandelaar. Deze moet de mobiliteit en rijgeschiktheid vaker bespreken en actief monitoren, hetgeen kan leiden tot meer dilemma's. De verleiding kan bestaan om dit gesprek uit de weg te gaan, of conflicten te vermijden door zelf de eigen patiënten positief te keuren. Dit is niet gewenst en dus is een heldere rol van de keuringsarts noodzakelijk.

Door de hogere veiligheidseisen is het eveneens voorstelbaar dat, na het ingaan van de nieuwe regeling, de optie van actief melden bij de medische dienst van het CBR eerder aan de orde kan zijn bij beroepschauffeurs en chauffeurs die personen vervoeren. Dit geldt ook voor patiënten die tekortschieten bij het nemen van de eigen verantwoordelijkheid.

6.3 Herkeuring: aanbevelingen

De aanbevelingen voor herkeuring:

De behandelaar zal actief de patiënt adviseren zich te laten herkeuren, en een Gezondheidsverklaring op te sturen naar het CBR indien:

- het rijbewijs gevorderd was vanwege verlopen geldigheid, en de situatie voldoet aan de gestelde eisen (zie hoofdstuk 7), met als doel het rijbewijs te herkrijgen;
- het rijbewijs gevorderd was na een ongeval of gevaarlijk rijgedrag vanwege psychose, en

⁷ KNMG: <https://www.knmg.nl/pdf/beroepsgeheim-politie-justitie/> en <https://www.nvvp.net/cms/streambin.aspx?documentid=83>

de situatie voldoet aan de gestelde eisen (zie hoofdstuk 7), met als doel het rijbewijs te verkrijgen;

- patiënt een rijbewijs heeft en blijft autorijden, maar er ernstige twijfel is aan de rijgeschiktheid, zonder dat er sprake is van acuut gevaar (Bopz-waardig of directe politiemelding), met als doel een helder onafhankelijk oordeel van de keuringsarts te verkrijgen; de patiënt is hiervoor zelf verantwoordelijk;
- patiënt in aanmerking wil komen voor goedkeuring voor personenvervoer of voor bus- of vrachtwagenchauffeur (zie hoofdstuk 8).
- In uitzonderingssituaties en na een zorgvuldige procedure kan een behandelaar zelf de medische dienst van het CBR verzoeken tot herkeuring indien gevaar blijft bestaan en de veiligheid niet kan worden hersteld.
- Bij groot en acuut gevaar kan de behandelaar een Bopz-maatregel nodig achten om dit op te lossen.

1923 7. Overwegingen over rijgeschiktheid bij psychose: een geïndividualiseerde benadering

1924

1925 7.1 Inleiding

1926 In hoofdstuk 4 werd een beoordelingskader voorgesteld. Ook werden nieuwe wetenschappelijke
1927 inzichten beschreven en werd gerapporteerd over focusgroepen over de rijgeschiktheid van mensen
1928 die een psychose hebben gehad. Hieruit blijkt dat er slechtere prestaties gevonden worden op tests
1929 voor rijvaardigheid, maar de bruikbaarheid daarvan is beperkt omdat onduidelijk is wat de tests te
1930 maken hebben met actueel gedrag op de weg (ecologische validiteit).

1931 Gezien het ontbreken van empirische onderbouwing voor specifieke risicofactoren vindt de
1932 werkgroep het niet verdedigbaar mensen met een psychotische stoornis beperkingen op te leggen
1933 die niet gelden voor andere burgers in de samenleving. Er bestaan, ook voor mensen die een
1934 psychose hebben, generieke risicofactoren die van invloed kunnen zijn op rijgeschiktheid. Daarnaast
1935 kunnen ziektespecifieke factoren, zoals psychotische symptomen of een beperkt vermogen tot
1936 zelfreflectie, soms tijdelijk c.q. langdurig leiden tot verminderde rijgeschiktheid.

1937 De werkgroep adviseert de invloed van deze factoren per individu te beoordelen en een risicotaxatie
1938 te maken. Wanneer er sprake is van acuut gevaar voor de samenleving en/of patiënt adviseren we te
1939 handelen zoals dat normaal gesproken gebeurt wanneer acuut gevaar wordt vastgesteld:
1940 bijvoorbeeld door overleg, screenen van alternatieve interventies en uiteindelijk soms ook
1941 gedwongen opname met een inbewaringstelling en/of een rechterlijke machtiging (Wet Bopz).

1942 In dit hoofdstuk vertalen we deze inzichten en combineren deze met de informatie over de
1943 verkeersrisico's bij medicatiegebruik uit hoofdstuk 5, en de consensus van de focusgroepen en
1944 werkgroep betreffende aandachtspunten rond keuring en herkeuring uit hoofdstuk 6. Dit resulteert
1945 in een handreiking voor professionals: van behandelaars tot keuringsartsen. Een nadere uitwerking
1946 voor beroepschauffeurs volgt in hoofdstuk 8, met een resumé van de gevolgen die voortvloeien uit
1947 de werkwijze voor de praktijk, indien gehandeld wordt volgens de richtlijnen uit deze nieuwe
1948 adviesnota.

1949

1950 In het kader van een ambulante, op herstel gerichte zorg zal een behandelaar steeds aandacht
1951 moeten hebben voor het functioneren in het dagelijks leven, de beleefde beperkingen en de
1952 mogelijkheden die hierin voor patiënten en hun betrokkenen bestaan. Een gesprek over mobiliteit en
1953 rijvaardigheden hoort daarbij. Hoe voert de behandelaar het gesprek over mobiliteit? En wat is
1954 belangrijk bij deelname aan het verkeer als bestuurder en bij de hiervoor noodzakelijke
1955 rijgeschiktheid? Welke specifieke aandachtspunten gelden voor mensen die een psychose hebben
1956 meegemaakt? Waarmee moet de keuringsarts die advies moet uitbrengen aan het CBR, rekening
1957 houden? Er is een verschil tussen de formele keuringsprocedure en de richtlijnen voor zorgvuldig
1958 klinisch handelen. Beide situaties worden aan de huidige wetenschappelijke inzichten getoetst. We
1959 besteden aandacht aan de rechten van het individu en exploreren de grens tussen de
1960 verkeersveiligheid van patiënt en andere weggebruikers en de rechten van het individu op herstel en
1961 maatschappelijke participatie.

1962

1963 7.2 De behandelaar: mobiliteit en rijgeschiktheid op de behandelagenda

1964 7.2.1 Inleiding

1965 Optimale, herstelgerichte psychiatrische hulpverlening betekent dat én maatschappelijke participatie
 1966 én het realiseren van persoonlijke doelen, naast de vermindering van de last van symptomen,
 1967 belangrijke domeinen voor de zorg worden. Het vergroten van het adaptieve vermogen in het
 1968 dagelijks leven, waarbij wensen, aanvoelde beperking en aangepast functioneren belangrijk zijn, is
 1969 daarbij een behandeldoel geworden.⁸

1970 Goed klinisch handelen betekent dat deze onderwerpen op de agenda van gesprekken met patiënten
 1971 en betrokkenen komen te staan. Dit is een verantwoordelijkheid van alle professionals en in het
 1972 bijzonder van de regiebehandelaar.

1973 Bij een gesprek over maatschappelijke participatie en het realiseren van persoonlijke doelen is
 1974 mobiliteit ('hoe kom ik bij anderen?') een belangrijk onderwerp. Verschillende opties, waaronder zelf
 1975 autorijden, kan men hierbij overwegen. De mogelijke effecten van symptomen op het veilig
 1976 deelnemen aan het verkeer moeten hierbij ter sprake komen. Slechts bij uitzondering moet de
 1977 behandelaar zijn of haar verantwoordelijkheid nemen en beveiligende maatregelen nemen.

1978 Gewoonlijk speelt het gesprek zich af in een collaboratieve, verkennende sfeer. Het hoort tot de
 1979 deskundigheid van de behandelaar om dit gesprek constructief te houden. Duidelijk, maar niet
 1980 aanvallend. Het verdient aanbeveling, zoals in veel gesprekken over participatie en herstel, om het
 1981 gesprek samen met betrokkenen en ervaringsdeskundigen te voeren.

1982 Veel psychiatrische symptomen kunnen een effect hebben op rijvaardigheden en rijgeschiktheid. Bij
 1983 psychose kan het voorkomen dat de concentratie verminderd is of men afgeleid raakt door
 1984 stemmen. Bij angst kan men in paniek raken, bij depressie kan vermoeidheid een probleem vormen.

1985 Niet de symptomen op zich, maar vooral het gedrag bepalen de verkeersveiligheid. Wie
 1986 drugsverslaafd is, mag niet rijden wanneer hij of zij onder invloed is. De beperking geldt slechts
 1987 tijdelijk. Daarnaast kan de gebruikte medicatie invloed hebben op rijvaardigheid en rijgeschiktheid.

1988 Soms zorgt medicatie voor een verbetering, soms voor een verslechtering. We moeten ons ook
 1989 realiseren dat een auto als wapen gebruikt kan worden wanneer mensen suïcidaal worden. Ook dit
 1990 kan tijdelijk een risico vormen.

1991 Maar in alle omstandigheden is het de vraag of een risico bij enkelen ingrijpende maatregelen voor
 1992 de hele groep kan legitimeren. Want hierin ligt de bron van discriminatie en een risico op schending
 1993 van mensenrechten omdat de participatie van mensen met een handicap onnodig wordt beperkt.

1994 Het is dan ook cruciaal dat mensen gezondheidsvaardigheden ontwikkelen om per situatie de juiste
 1995 keuzes te maken. Soms is hierbij de betrokkenheid van het netwerk noodzakelijk.

1996

1997 Ook onze visie op een ziekte-episode of recidief is over de afgelopen jaren sterk veranderd. Vroeger
 1998 was de noodzaak om opgenomen te worden een indicatie van verergerende problemen. Men deelde
 1999 de ziektegeschiedenis in op basis van episodes. Tussen de episodes was er sprake van een resterende
 2000 kwetsbaarheid die vaak als stabiel werd beschouwd. Bij mensen met een ernstige psychotische
 2001 stoornis werd bovendien aangenomen dat elke bijkomende periode een verder degeneratief beeld
 2002 met zich bracht: elke episode zou de kans op herstel verminderen. Deze structuur bepaalde de
 2003 manier waarop men inschattingen maakte.

2004 Sinds de opkomst van de herstelbeweging is duidelijk geworden dat ook na lange perioden herstel
 2005 mogelijk is. Hierdoor kan een lineair, deterministisch verloop niet meer aangenomen worden. De
 2006 ambulantisering heeft ervoor gezorgd dat ernstig zieke mensen in de maatschappij leven. Het
 2007 verschil tussen ziek en niet-ziek (psychisch lijden of niet) wordt hiermee genuanceerd en meer
 2008 gradueel. Veranderingen over de tijd worden meer relevant. Inschattingen vragen meer nuancering.

⁸ <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/herstel-herstelondersteuning/>

2009

2010 Al deze elementen bepalen het kader voor het denken over rijgeschiktheid voor mensen met een

2011 psychotische (of andere) kwetsbaarheid. Zoals in hoofdstuk 4 is beschreven, zijn symptomen en

2012 problematiek verschillend tussen mensen en bij dezelfde persoon over de tijd. Patronen zijn sterk

2013 geïndividualiseerd met herstel, soms gepaard gaand met enig functieverlies, tussen episoden. Het

2014 beeld kan snel of progressief variëren. Mensen kunnen zich daar zelf bewust van zijn, of hierbij hulp

2015 nodig hebben van hun netwerk.

2016 Er zijn globaal 3 categorieën te onderscheiden:

2017 1. mensen die geen (of lichte rest)symptomen hebben en blijf geven van inzicht in

2018 problematiek van verandering van rijgeschiktheid bij terugval, stress of toename van

2019 klachten, verandering van medicatie, andere riskante situaties en advies van de omgeving

2020 (naastbetrokkenen, behandelaars) ter harte nemen;

2021 2. mensen die ernstig ontregeld zijn, waarbij er direct gevaar is bij verkeersdeelname en de

2022 betrokkene niet vrijwillig het advies opvolgt om geen auto te rijden. Overleg met

2023 behandelend psychiater en/of beoordeling in het kader van de Wet Bopz is noodzakelijk.

2024 3. mensen die zich tussen deze extremen bevinden, symptomen hebben die de rijgeschiktheid

2025 beïnvloeden, maar waarbij het nog onbekend is of ze zelf besluiten voorlopig niet te rijden of

2026 het advies van anderen zullen opvolgen bij een toename van klachten.

2027

2028 Deze nieuwe adviesnota is helder over de eerste categorie. Een positieve aantekening op de

2029 Gezondheidsverklaring door de regiebehandelaar over cognitieve vaardigheden, stabiliteit en

2030 gezondheidsvaardigheden informeert de keuringsarts over de relevante aspecten.

2031 De adviesnota is ook duidelijk over de tweede categorie, waarbij de veiligheid sterk en direct in het

2032 geding is. Er moeten beveiligende maatregelen genomen worden. De beoordeling van rijgeschiktheid

2033 door een onafhankelijke instantie of het CBR is niet relevant. De verantwoordelijkheid ligt bij

2034 behandelaar en (zo nodig) politie.

2035

2036 Op dit moment besteden behandelaars, wat betreft rijgeschiktheid, weinig aandacht aan de

2037 mobiliteit van de derde en laatste, grote, categorie patiënten. Vaak neemt men aan dat de patiënt

2038 een negatief keuringsrapport zal krijgen omdat deze bijvoorbeeld niet volledig of voldoende lang

2039 recidievrij is, op basis van de huidige adviesnota rijgeschiktheid. Men neemt ten onrechte aan dat de

2040 verantwoordelijkheid dan buiten de behandelrelatie ligt. Dat is niet zo. Een gesprek van

2041 hulpverleners uit het behandelteam met patiënten uit de derde categorie en hun betrokkenen is juist

2042 belangrijk om te komen tot een afgewogen individueel advies. Hierbij kan een herkeuring overwogen

2043 worden.

2044

2045 **7.2.2 Handvatten voor het gesprek over verkeersdeelname: advies op maat**

2046 Het is van belang om in gesprek te gaan met cliënten en betrokkenen over mobiliteit in het kader van

2047 participatie en persoonlijke zingeving. Zelf autorijden is een van de opties voor verkeersdeelname:

2048 een belangrijke methode, omdat het voor veel burgers een manier is om autonomie te hebben. Het

2049 onderwerp is dus veel breder dan de vraag of een keuring door het CBR noodzakelijk, aangewezen of

2050 onnodig is.

2051 Omdat de effecten van psychiatrische stoornissen zo variabel zijn (tussen mensen en bij dezelfde

2052 persoon over de tijd), is het belangrijk het gesprek aan te gaan over de manier waarop iemand bij

2053 zichzelf kan nagaan of autorijden op een bepaald moment verantwoord is. Als herstel centraal staat,

2054 zal het bespreken van mobiliteit en verkeersdeelname de cliënt motiveren tot actieve behandeling,
2055 om rijgeschiktheid te behouden, en/of in aanmerking te komen voor herkeuring. Een
2056 gestructureerde aanpak en helderheid over de nieuwe criteria in de keuringsprocedure helpen de
2057 behandelaar daarbij. Slechts in uitzonderlijke gevallen moet de behandelaar ingrijpen. De criteria
2058 hiervoor zijn o.a. bepaald in de Wet Bopz en hebben te maken met duidelijk en acuut gevaar.
2059 De algemene en specifieke adviezen die voortkomen uit voorgaande informatie worden in het
2060 navolgende uitgewerkt, en vormen samen een gestructureerd plan van aanpak voor de behandelaar.

2061

2062 **7.2.2.1 Adviezen: algemene attitude en verantwoordelijkheid van de behandelaar**

2063 De behandelaar is in principe niet de uiteindelijke beoordelaar en beslisser. Hij of zij adviseert en
2064 verkent de mogelijkheden en relevante factoren samen met de patiënt en mogelijk diens
2065 betrokkenen. Een keuring kan in dit proces een bijdrage vormen. Een gesprek in een rustige periode
2066 legt de basis voor het vergroten van gezondheidsvaardigheden, die blijvend geactiveerd kunnen
2067 worden, ook wanneer het minder goed gaat.

2068 *Adviezen voor behandelaar*

- wees u bewust van de wijze van verkeersdeelname van uw patiënten;
- stel u proactief op;
- onderken het belang van een rijbewijs voor de participatiemogelijkheden;
- streef naar goede samenwerking tussen behandelaar en patiënt en naastbetrokkenen;
- werk samen met alle bij de behandeling betrokken professionals (team) wat betreft het thema mobiliteit en verkeersdeelname;
- bespreek de voor- en nadelen van het moeten rijden voor het werk (woon-werkverkeer, het 'busje van de zaak'), beroepschauffeurs (zie hoofdstuk 8);
- overweeg de mogelijkheid van weergave van het item mobiliteit in het behandelplan, doelstelling in het kader van maatschappelijk herstel;
- werk samen met de keuringsarts, voorzie deze van de benodigde informatie
- overleg, indien van toepassing, met de bedrijfsarts;
- bereid u samen met uw patiënt voor op vragen die een keuringsarts kan stellen; deze zijn opgenomen in de handreiking voor de keuringsarts;
- betrek zo nodig een professional uit een regionale rijsschool om mee te denken;
- zorg voor helder voorlichtings- en foldermateriaal (wachtkamer);
- leg het proces van consultvoering en advisering vast in het patiëntendossier (epd);
- neem in het signaleringplan of WRAP mee hoe de rijgeschiktheid wordt beperkt in de verschillende fasen van terugval;
- neem uw rol bij het inschatten van mogelijk gevaar;
- grijp in bij wilsonbekwaam en gevaarlijk gedrag.

2069

2070 **7.2.2.2 Adviezen bij de begeleiding van het gebruik van geneesmiddelen die de** 2071 **rijgeschiktheid kunnen beïnvloeden**

2072 Na een doorgemaakte psychose en bij de start van medicatie uit categorie II of III beoordeelt de
2073 behandelend arts of het verantwoord is om deel te nemen aan het verkeer. De arts overweegt om

2074 ook andere dan medische disciplines/BIG-beroepen te betrekken bij het beoordelen en bespreken
2075 van rijvaardigheid en rijgeschiktheid, zeker als de contacten met behandelend arts laagfrequent zijn.

2076 De behandelaar kan de patiënt actief steunen in het voornemen om voertuigen te besturen ondanks
2077 het gebruik van medicatie, als de patiënt zich voldoende bewust is van het veiligheidsrisico en ook in
2078 staat is om daar rekening mee te houden bij het maken van keuzes en bij het nemen van
2079 maatregelen. We onderkennen het belang van een rijbewijs voor de participatiemogelijkheden van
2080 de patiënt. De behandelaar geeft daarom voorlichting over regelgeving en agendeert het onderwerp
2081 met enige regelmaat proactief tijdens het consult. De behandelaar informeert zowel patiënt als
2082 naastbetrokkenen over de beoordeling van de rijgeschiktheid en bespreekt daarbij de voor- en
2083 nadelen van het moeten rijden voor het werk (inclusief woon-werkverkeer en rijden in het 'busje van
2084 de zaak'). In het behandelplan kan uitbreiding van rijgeschiktheid en mobiliteit als doelstelling
2085 worden opgenomen, in het kader van maatschappelijk herstel.

2086 In een enkel geval zal de patiënt een negatief oordeel over rijgeschiktheid naast zich neerleggen. Als
2087 de behandelaar van mening is dat daardoor waarschijnlijk verkeersgevaarlijke situaties ontstaan, dan
2088 grijpt die in, door de patiënt zelf te waarschuwen en door eventueel naastbetrokkenen en zo nodig
2089 de politie erbij te betrekken.

2090 De behandelaar moet onderzoeken of is voldaan aan de voorwaarden voor verkeersdeelname.
2091 Tijdens het consult en tijdens overleg met naastbetrokkenen worden alle factoren onderzocht die de
2092 rijgeschiktheid kunnen beïnvloeden. De behandelaar overlegt bij twijfel met collega's over de
2093 rijgeschiktheid. Voor advies over geneesmiddelen die de rijgeschiktheid kunnen beïnvloeden, is het
2094 goed de apotheker te raadplegen. Eventueel betreft de behandelaar een professional uit een
2095 regionale rijschool om mee te denken. Als twijfel blijft bestaan, dan kan het CBR worden benaderd
2096 met verzoek om mee te denken.

2097 Bevestig de communicatie van het advies aan patiënt over het besturen van een voertuig met
2098 schriftelijke informatie. Ondersteun adviezen kunnen met een brochure of met verwijzing naar een
2099 internetsite.

2100 *Adviezen voor begeleiden medicatiegebruik:*

- evalueer het middelengebruik (alcohol, drugs en benzodiazepines);
- neem het onderwerp rijgeschiktheid mee in de keuze en evaluatie van de gebruikte medicatie;
- bespreek risico op groot effect van medicatie op rijgeschiktheid of onbekendheid daarvan (zie voor details aanbevelingen paragraaf 5.6.) zoals:
 - in de eerste weken na start met de medicatie;
 - neiging tot gebruik van hogere dosering of andere medicatie dan geadviseerd;
 - optreden van bijwerkingen zoals sufheid, duizeligheid en aandachtsproblemen;
 - timing (o.a. halfwaardetijd) en toedieningsschema van middelen;
- geef informatie op papier mee (brochures) en verwijs naar internetsites.

2101

2102 **7.2.2.3 Huidige toestand, gedrag en voorgeschiedenis in relatie tot rijgeschiktheid**

2103 Om te kunnen inschatten wat het effect is van psychiatrische problemen op de rijgeschiktheid, is
2104 behandelaar zich bewust van de fase van herstel van zijn of haar patiënt⁹. De behandelaar evalueert

⁹ <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/herstel-herstelondersteuning/>

2105 het huidige toestandsbeeld en de voorgeschiedenis in relatie tot rijgeschiktheid. Inschatten van het
2106 actueel functioneren en van de stabiliteit over de tijd kan men het beste doen met
2107 gestandaardiseerde instrumenten (WHODAS, zie hoofdstuk 4.5).

2108

2109 *Adviezen voor keuringsprocedure*

- Inventariseer het huidige niveau van functioneren (voorheen GAF, nu in overgang naar WHODAS).
- Inventariseer welke huidige psychiatrische problemen invloed hebben op de rijgeschiktheid en rijgeschiktheid:
 - psychiatrische symptomen, waaronder concentratieproblemen, traagheid, desorganisatie, formele denkstoornissen, relevante inhoudelijke denkstoornissen, sterk verhoogde spanning en stress en ernstige vermoeidheid;
 - gedragsproblemen, bijvoorbeeld als gevolg van problemen in impulscontrole of emotieregulatie;
 - spoor nevensymptomen op: chronische of terugkerende slaapproblemen, stemmingsstoornissen, verslaving;
 - suïcidaliteit;
 - neiging tot middelengebruik voorafgaand aan verkeersdeelname;
 - medicatiegebruik en invloed daarvan, vooral bij polyfarmacie;
 - inventariseer tevens gebruikte doseringen van alle medicatie, zowel voorgeschreven als vrij verkrijgbaar; houd het elektronisch voorschrijfsysteem actueel;
 - maak samenwerkingsafspraken met de apotheker (zie voor voorbeeld hierover LESA, van Horssen e.a. 2010), om goede voorlichting te kunnen geven.
- Stel u op de hoogte van de psychiatrische voorgeschiedenis, inclusief:
 - ernst van symptomen;
 - tempo van decompensatie;
 - effect van behandeling tot nu toe;
 - het beloop;
 - gedrag in het verkeer ten tijde van psychose;
 - voorgeschiedenis van verkeersincidenten.

2110

2111 **7.2.2.4 Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht in relatie tot verkeersdeelname**

2112 Het is belangrijk dat patiënten gezondheidsvaardigheden (zie hoofdstuk 1.1.) ontwikkelen. Dit gaat in
2113 de regel met vallen en opstaan, en vraagt een actieve opstelling van de behandelaar c.q. het
2114 behandelteam. Hierbij wordt rekening gehouden met de fase van herstel waarin de cliënt zich
2115 bevindt.¹⁰ Ervaringswerkers kunnen hierbij een grote rol vervullen.

2116 In het kader van verkeersdeelname en mobiliteit kunnen specifieke gezondheidsvaardigheden
2117 besproken worden en opgenomen in het behandel- en signaleringsplan, of WRAP (zie hoofdstuk 4
2118 voor toelichting). Ook is het mogelijk om cliënten die autorijden of een geldig rijbewijs bezitten, te

¹⁰ <http://www.herstelondersteunendezorg.nl/hersteldiagnostiek/>

2119 adviseren om via internet een vragenlijst in te vullen. Hiermee verwerven ze inzicht en krijgen ze
 2120 advies, hetgeen kan bijdragen tot de (rationele) bewustwording over rijgeschiktheid.¹¹

2121 Apps (bijvoorbeeld de Nederlandse PsyMate, Daybook of BiPoLog of de Engelstalige WRAP-app) zijn
 2122 in theorie in te zetten om bewustzijn te vergroten over het psychisch welbevinden, gevoeligheid voor
 2123 stress en gedrag. Afhankelijk van de patiënt wordt creatief gezocht naar mogelijkheden om inzicht
 2124 over een verantwoorde verkeersdeelname te vergroten.

2125 Om een eerste inschatting te maken van mogelijk verminderde rijgeschiktheid kan de WHODAS
 2126 worden gebruikt als screeningsinstrument (zie paragraaf 4.5). Deze is beter geschikt en meer
 2127 genuanceerd dan de beoordeling van het functioneren aan de hand van de GAF.

2128 Wat betreft ziekte-inzicht (zie paragraaf 4.5) gaat het erom of iemand zelf de risico's kan inschatten:
 2129 hoe wisselingen in psychische toestand de rijgeschiktheid kunnen beïnvloeden. Het betreft het
 2130 reflectief vermogen van de betrokkene en in feite de wilsbekwaamheid wat betreft de eigen
 2131 rijgeschiktheid. Veel patiënten kunnen dit retrospectief goed beoordelen, maar het gaat erom of ze
 2132 ook in staat zijn te anticiperen op mogelijk gevaar en dus te beslissen om niet te rijden. Verworven
 2133 inzichten worden vertaald in het signaleringsplan of WRAP, om handvatten te hebben om
 2134 verantwoord te handelen bij dreigende terugval.

2135

2136 *Inschatting ziekte-inzicht en gezondheidsvaardigheden:*

- Maak een inschatting van de gezondheidsvaardigheid wat betreft:
 - uitvoerbaarheid van de geadviseerde leefregels;
 - vermogen tot samenwerking met behandelaars en naastbetrokkenen in preventie, signalering en behandeling van recidief van psychose,
 - vermogen tot signalering van recidief van psychose, eventueel geformuleerd in een terugvalpreventieplan dan wel WRAP (zie hoofdstuk 4 voor toelichting);
- Beoordeel het eigen reflectief vermogen aangaande de eigen rijgeschiktheid.

2137

2138 In tabel 7.1 volgt een overzicht van de handelwijze in de 4 fasen.

2139

2140 **Tabel 7.1. Overzicht van de handelwijze van behandelaar in de 4 fasen van psychose in relatie tot**
 2141 **rijgeschiktheid**

Rustige stabiele fase	Toename van psychotische verschijnselen	Terugval in psychose, met voorafgaand gevaarlijk rijgedrag	Ernstige psychotische ontregeling
<i>Bespreek mobiliteit en rijgeschiktheid</i>	<i>Pas afspraken uit signaleringsplan of WRAP toe over afwenden van gevaar, werk aan bewustwording</i>	<i>Adviseer dringend om geen auto te besturen en informeer contactpersoon; pas afspraken uit signaleringsplan of WRAP toe</i>	<i>Pas Wet Bopz (ibs) toe; neem autosleutels in en schakel politie in</i>
Gewenste acties: - inventariseer bij elke patiënt	Verschijnselen: - dreigende terugval, agitatie, onrust,	Verschijnselen: - moeite met inschatten van rijgeschiktheid	Verschijnselen: - al dan niet met overdosering van

¹¹ <http://www.senior-test.be/>

- ken de voorgeschiedenis ook wat betreft rijgeschiktheid - betrek mobiliteit en reflectie op rijgeschiktheid bij doelen in het behandelplan, in het kader van participatie en persoonlijk herstel - neem afspraken op in signaleringsplan of WRAP - gebruik eventueel apps voor monitoring - betrek naastbetrokkenen	- afleidbaarheid - toegenomen traagheid - verhoging van dosis medicatie, comedatie (NB benzodiazepines) - toename of hervatting van middelengebruik - veranderd gedrag t.g.v. psychose - suïcidaliteit (gedachten)	- moeite met (uitvoeren van) besluit om niet te rijden - frequente en ernstige psychiatrische onregeling - terugkerende ernstige overdosering van medicatie - bijkomende sederende medicatie nodig - suïcidaliteit neemt toe (ideaties niet t.a.v. verkeer)	- medicatie, middelengebruik, - katatonie - actuele suïcidaliteit - niet (meer) wilsbekwaam en niet (meer) ontvankelijk voor afspraken en advies van anderen - wil in deze toestand blijven autorijden
---	---	---	--

2142

2143

2144 7.3 De formele procedure: bepaling van de rijgeschiktheid

2145 7.3.1 De procedure

2146 Een zogenaamde Gezondheidsverklaring moet worden ingevuld om het rijbewijs aan te vragen of in
 2147 bepaalde gevallen te verlengen (indien het rijbewijs afgegeven werd voor een bepaalde tijd of vanaf
 2148 de leeftijd van 75 jaar) of om het terug te krijgen na vordering door de politie wegens gevaarlijk
 2149 rijgedrag of na het veroorzaken van een ongeval. In deze verklaring vermeldt iemand alle informatie
 2150 over ziekte, behandeling en medicatiegebruik die van invloed kan zijn voor de beoordeling van de
 2151 rijgeschiktheid. Op basis van de informatie in de Gezondheidsverklaring wordt de persoon
 2152 opgeroepen voor een keuring. Mogelijke conclusies van de keuring zijn:

- 2153 - rijgeschikt;
- 2154 - rijgeschikt met bijzondere voorwaarden en/of voor een bepaalde termijn;
- 2155 - geheel rijongeschikt.

2156

2157 Voor mensen met psychiatrische problematiek is dit vaak de eerste keer dat zij geconfronteerd
 2158 worden met de mogelijkheid dat ze een beperking krijgen opgelegd wat betreft autorijden. De
 2159 behandelaar heeft een belangrijke rol als adviseur van de betrokkene en van de keuringsarts. Voor
 2160 contact met en informeren van de keuringsarts is uiteraard toestemming van de betrokkene
 2161 noodzakelijk. Onduidelijkheid over ieders rol kan grote invloed op de behandelrelatie hebben.
 2162 Daarom is het van belang betrokkenen adequaat te informeren over de procedure en over de
 2163 medische, juridische en morele overwegingen. De rolverdeling en taken hierin moeten dan ook
 2164 duidelijk zijn.

2165

2166 7.3.2 Rolverdeling

2167 Een optimale rolverdeling vraagt om duidelijkheid over de rol van iedere schakel in de totale
 2168 procedure. Recent is het model kwaliteitsstatuut ggz van kracht geworden, waarin aanspreekpunt
 2169 voor de patiënt, delegeren van onderdelen van de behandeling en verantwoordelijkheden helder
 2170 worden beschreven voor de multidisciplinaire praktijk van de zorg. Aangezien het geven van
 2171 medische informatie aan derden met de daarbij horende juridische consequenties en

2172 (tuchtrechtelijke) aansprakelijkheid past bij de functie van de regiebehandelaar, behoort deze
2173 betrokken te worden in het proces.
2174 Het kwaliteitsstatuut¹² behoort regelmatig geëvalueerd te worden. Hierdoor is ook de hierna
2175 volgende rolverdeling aan verandering onderhevig.

2176

2177 **7.3.2.1 Betrokkene zelf**

2178 Bij de eerste aanvraag van het rijbewijs moet betrokkene een zogenaamde Gezondheidsverklaring
2179 invullen. Bij jonge mensen met een eerste psychose of vroege symptomen kan dit inhouden dat zij op
2180 dat crisismoment te maken krijgen met de beperkingen die de maatschappij hun kan opleggen wat
2181 betreft autorijden.

2182 In principe is iedere bestuurder in Nederland zelf verantwoordelijk om de eigen rijgeschiktheid in te
2183 schatten en om bij twijfel daarover extra coaching te zoeken en zo nodig het CBR om een oordeel te
2184 vragen. Als een bestuurder vervolgens de indruk heeft dat de rijgeschiktheid is verminderd, door de
2185 veranderde gezondheidstoestand of door een noodzakelijke behandeling (bijv. medicatie of
2186 traumatherapie), dan is deze zelf verplicht om daar rekening mee te houden. In dat geval kan iemand
2187 ervoor kiezen om niet meer auto te rijden, het rijgedrag aan te passen of om opnieuw een oordeel te
2188 vragen over de rijgeschiktheid bij het CBR. Dit oordeel wordt gebaseerd op een nieuwe
2189 Gezondheidsverklaring. Dit kan plaatsvinden bij de verlenging van het rijbewijs, maar ook tussentijds.
2190 In tegenstelling tot andere handicaps (zoals verstandelijke of fysieke beperkingen) kunnen
2191 psychiatrische aandoeningen zeer variabel zijn in de tijd. Dit maakt een inschatting van de
2192 rijgeschiktheid aan de hand van een procedure zoals bij het CBR problematisch. Het is vaak een
2193 momentopname en daardoor slechts beperkt bruikbaar. Dit geeft een grotere verantwoordelijkheid
2194 aan de betrokkene zelf en aan zijn of haar professioneel en niet-professioneel netwerk.

2195

2196 **7.3.2.2 CBR en de keuringsarts**

2197 In aanvulling op de informatie in hoofdstuk 1.3 zijn de rollen van het CBR en de keuringsarts
2198 belangrijk.

2199 Het CBR (Centraal Bureau Rijvaardigheid) is een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan. Het
2200 CBR is door de minister van Infrastructuur en Waterstaat belast met een verkeersveiligheidsstaak: het
2201 beoordelen van de rijvaardigheid en medische geschiktheid van bestuurders en de vakbekwaamheid
2202 van professionals in transport en logistiek. De overheid heeft de uitvoering van de procedure voor
2203 het bepalen van de rijgeschiktheid dus bij het CBR gelegd. Het CBR laat zich adviseren door
2204 keuringsartsen die zij in dienst hebben. Iemand die bij keuring rijgeschikt is bevonden, kan ervan
2205 uitgaan dat autorijden is toegestaan.

2206

2207 De keuringsarts die het CBR inschakelt bij psychiatrische problematiek is een psychiater, die de
2208 patiënt niet behandelt, maar goed op de hoogte is van de wet- en regelgeving rondom het rijbewijs,
2209 en zich (indien patiënt daartoe toestemming geeft) op de hoogte stelt door relevante informatie op
2210 te vragen bij de behandelaar. De psychiater die de keuring verricht, maakt zijn of haar afweging door
2211 gebruik te maken van de informatie via de Gezondheidsverklaring, de persoonlijk opgedane
2212 informatie en indruk tijdens een gesprek met de patiënt, de extra opgevraagde informatie bij de
2213 behandelaar en zo nodig een rijtest. Op grond daarvan komt hij of zij tot een advies omtrent

¹² <http://www.ggznederland.nl/actueel/model-kwaliteitsstatuut-ggz-opgenomen-in-register-zorginstituut>
<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Model%20kwaliteitsstatuut%20ggz.pdf>

2214 rijgeschiktheid aan het CBR. De keuringsarts kan rijgeschiktheid slechts in gesprek met de betrokkene
2215 (en de naasten) - en na het vergaren van de benodigde informatie - beoordelen.

2216

2217 De keuringsarts geeft zich er rekenschap van dat:

- 2218 1. symptomen die de rijgeschiktheid beïnvloeden niet alleen de symptomen van een
2219 psychotische stoornis zijn;
- 2220 2. generieke symptomen een rol spelen: onrust, impulsiviteit, aandachtstekort, ontremming,
2221 labiliteit, bewegingsstoornissen en sedatie;
- 2222 3. het vaak niet gaat om de beperkingen, maar om de gezondheidsvaardigheden waarover
2223 iemand moet beschikken (bijv. impulsen beheersen en geconcentreerd blijven, rekening
2224 houden met de eigen conditie en verkeerssituatie).
- 2225 4. Houd rekening met geschiedenis van eventuele terugval, frequentie en ernst;
- 2226 5. context met steunsysteem, betrokkenen die kritisch meedenken over rijgeschiktheid.

2227

2228 De keuringsarts heeft de bevoegdheid om in samenspraak met de behandelaar tot een op de
2229 individuele situatie toegesneden oordeel over de rijgeschiktheid te komen. Bij twijfel aan de
2230 rijgeschiktheid kan een keuringsarts de betrokkene altijd verwijzen naar een test voor het vaststellen
2231 van praktische rijgeschiktheid. Het testen van praktische rijgeschiktheid is in principe niet nodig bij
2232 een eerste aanvraag voor een rijbewijs: dit wordt immers reeds gedaan door de rijinstructeur die
2233 moet beoordelen of zijn of haar cliënt voldoende vaardig is om te rijden.

2234 Het moet duidelijk zijn dat de psychiatrische symptomen variabel zijn in de tijd en dat een
2235 beoordeling op basis van een interview of een test slechts een momentopname is. In principe moet
2236 de arts daarom beoordelen in hoeverre het gaat om een relatief stabiele handicap of wisselende
2237 kwetsbaarheid. Verder is er vaak een verschil tussen prestaties in testsituaties en praktische
2238 rijvaardigheden (ecologische validiteit) in normale omstandigheden.

2239

2240 7.3.2.3 Regiebehandelaar

2241 Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn behandelaars
2242 verplicht om patiënten te informeren over de gevolgen van zowel de aandoeningen als de
2243 behandeling. De voorlichting dient aangepast te worden aan iemands achtergronden,
2244 begripsvermogen en referentiekader. Dit geldt dus ook het onderwerp rijgeschiktheid bij mensen die
2245 een psychose doormaken.

2246 Het CBR hanteert de term medisch specialist, maar in de praktijk worden patiënten met psychotische
2247 problematiek behandeld in de specialistische ggz, de basis-ggz of door de eigen huisarts. In de basis-
2248 ggz (in de module 'chronisch') is de regiebehandelaar meestal een verpleegkundig specialist of gz-
2249 psycholoog, zelden een psychiater. Op afroep kan een psychiater in consult worden gevraagd. In de
2250 specialistische ggz wordt vaak behandeld in een behandelteam, met een regiebehandelaar. Ook hier
2251 hoeft de regiebehandelaar vanuit het kwaliteitsstatuut ggz dat recent van kracht is geworden niet
2252 altijd een psychiater te zijn. Elke regiebehandelaar moet ook de rijgeschiktheid bespreken en
2253 voorlichting geven. Zij moeten zich dan ook voldoende op de hoogte stellen van de dilemma's en
2254 juridische aspecten bij rijgeschiktheid, zoals het beroepsgeheim, invloed van medicatiegebruik en het
2255 belang van functioneel en persoonlijk herstel.

2256 De regiebehandelaars kunnen het gesprek overlaten aan een collega (bijvoorbeeld de casemanager).
2257 Zij blijven echter verantwoordelijk en moeten op de hoogte zijn of de leden van het behandelteam
2258 bevoegd en bekwaam zijn op het gebied van advisering over rijgeschiktheid. Zij laten zich informeren

2259 over wat er speelt, toetsen de bijdrage van het behandelteam ook op dit onderdeel van de
2260 behandeling, en zullen in complexere situaties zelf het gesprek hierover voeren met de patiënt en
2261 eventuele naastbetrokkenen.

2262

2263 **7.3.2.4 Behandelaar c.q. dossierhouder in een behandelteam**

2264 In de praktijk van de specialistische ggz is er, zoals gezegd, vaak een heel behandelteam betrokken bij
2265 de zorg voor individuele patiënten. Dossierhouders of behandelaars, niet zijnde regiebehandelaar,
2266 zijn soms verpleegkundigen of maatschappelijk werkenden. Zij zien de patiënt regelmatig en zijn
2267 vaker in de gelegenheid om problemen rond veilige verkeersdeelname te herkennen en relevante
2268 dilemma's te bespreken. Zij hebben frequenter contact en kunnen de thema's op een natuurlijke
2269 wijze met betrokkene bespreken. De dossierhouder of behandelaar zal dus ook op de hoogte moeten
2270 zijn van de relevante regelgeving. Hij of zij zal de regiebehandelaar informeren over de eventuele
2271 dilemma's die zich hierbij voordoen. Indien nodig moet een afspraak van de patiënt bij de
2272 regiebehandelaar worden ingepland. Vanzelfsprekend zal een afspraak met de regiebehandelaar,
2273 indien dit niet hoort tot de routine, een formeel en meer beladen karakter hebben. Hiervoor is
2274 aandacht nodig.

2275

2276 Op dit moment is de kennis over rijgeschiktheid in behandelteams vaak fragmentarisch en
2277 onvoldoende. Het is geen gemeengoed en zeker geen vast onderdeel van de reguliere behandeling
2278 om rijgeschiktheid en de dilemma's hierbij te bespreken. Hier ligt nog een braakliggend terrein. De
2279 grotere maatschappelijke participatie van cliënten in een ambulant gerichte zorg maakt deze
2280 discussie toenemend relevant.

2281

2282 **7.3.2.5 Arts of verpleegkundig specialist, niet zijnde regiebehandelaar**

2283 Bij iedere aanpassing van medicatie is het van belang om mogelijke invloed op de rijgeschiktheid met
2284 betrokkene te bespreken en vast te leggen in het dossier. Overwegingen hierover zijn uitvoerig aan
2285 de orde gekomen in hoofdstuk 5 van deze adviesnota

2286

2287 **7.3.2.6 Psychiater**

2288 Vanuit regelmatige evaluatie van de voortgang van de behandeling met het behandelteam, periodiek
2289 psychiatrisch onderzoek, de kennis over de voorgeschiedenis inclusief de Wet Bopz, eventuele
2290 comorbiditeit, het beloop en het medicatiegebruik heeft de psychiater bij de patiënt met
2291 psychotische problematiek bij uitstek een totaaloverzicht van aspecten die bij rijgeschiktheid een rol
2292 spelen. Hij of zij kan vanuit die positie informatie aan patiënt en team verstrekken en adviseren. Ook
2293 kan/moet de psychiater bij complexe beslissingen in de basis-ggz of bij een andere regiebehandelaar
2294 (niet zijnde psychiater) in de specialistische ggz, in het proces betrokken worden.

2295 Als iemand vanuit psychiatrische problematiek een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen vormt,
2296 moet de psychiater inschatten hoe wilsbekwaam betrokkene is en in hoeverre het gevaar van
2297 zodanige impact is voor betrokkene en/of diens omgeving dat er ingrijpen vanuit de Wet Bopz of in
2298 de toekomst de wet verplichte ggz aan de orde is. In dat geval is de beslissing over rijgeschiktheid
2299 slechts een onderdeel van de brede inschatting van gevaar of teloorgang.

2300

2301 **7.3.2.7 Verzekeraar**

2302 In de polis van een autoverzekering kan de aanvullende voorwaarde zijn opgenomen dat rijden onder
2303 medisch problematische condities of tijdens medicatiegebruik is uitgesloten van de verzekering. In
2304 dat geval vervalt vergoeding bij een ongeval. Het verdient aanbeveling dat een cliënt de eigen polis
2305 nakijkt. Het behandelteam en de dossierhouder in het bijzonder of naastbetrokkenen rond de patiënt
2306 kunnen hierin een ondersteunende rol spelen.

2307

2308 **7.3.3 (Her)keuring**

2309 **7.3.3.1 Gezondheidsverklaring**

2310 Op het formulier Gezondheidsverklaring kan de regiebehandelaar feitelijke informatie toevoegen. De
2311 patiënt wordt daarna opgeroepen voor een keuring en, als deze hiervoor toestemming geeft, kan de
2312 keuringsarts verdere informatie opvragen aan de regiebehandelaar.

2313

2314 **7.3.3.2 Welke informatie heeft de keuringsarts nodig?**

2315 Huidige praktijk: op dit moment zijn de vragen die het CBR telefonisch of schriftelijk stelt, gekoppeld
2316 aan de huidige eisen:

- 2317 • Welke psychiatrische diagnoses zijn gesteld? (DSM)
- 2318 • Is de patiënt opgenomen geweest? Zo ja, wat was de reden van opname? Ging het om ibs of
- 2319 een vrijwillige opname? Hoe lang duurde de opname?
- 2320 • Heeft de patiënt het afgelopen half jaar (soms wordt over een termijn van 2 jaar gevraagd)
- 2321 nog psychiatrische symptomen gehad? Zo ja, welke symptomen? Zo nee: hoe lang is patiënt
- 2322 in remissie?
- 2323 • Welke medicatie gebruikt de patiënt momenteel, en in welke dosis? Gebruikt patiënt de
- 2324 medicatie in de door u geadviseerde dosis?
- 2325 • Heeft u aanwijzingen om aan de rijgeschiktheid van de patiënt te twijfelen?
- 2326 • Hoe is het ziekte-inzicht wat betreft rijgeschiktheid van de patiënt? Deze vraag wordt soms
- 2327 gesteld, maar wordt vrijwel altijd gesteld na eerdere inname van het rijbewijs wegens
- 2328 gevaarlijk rijgedrag of het veroorzaken van een ongeval.

2329

2330 Wanneer niet slechts psychose en een recidiefvrije termijn leidend zijn, zoals in deze nieuwe
2331 adviesnota, maar een meer individuele afweging wordt gemaakt om te komen tot een goed oordeel,
2332 verandert zowel de rol van de behandelaar c.q. het behandelteam, als die van de keuringsarts. De
2333 samenwerking wordt intensiever en de vragen worden anders. Het gaat om rijgeschiktheid die kan
2334 fluctueren over de tijd, waarbij de betrokkene blijk geeft van inzicht en verantwoordelijkheid, en
2335 voorzorgen treft om te komen tot veilige verkeersdeelname, of zelf besluit daarvan tijdelijk af te zien.

2336

2337 De keuringsarts heeft informatie nodig over 3 domeinen:

- 2338 1. het huidig niveau van cognitief functioneren (C);
- 2339 2. de huidige situatie, gedrag en beloop, inclusief medicatie, waarbij het juist gaat om de
- 2340 stabiliteit (S) van functioneren;
- 2341 3. gezondheidsvaardigheden en reflectief vermogen (Z).

2342

2343 De regiebehandelaar kan de keuringsarts voorzien van de antwoorden en daar een weging bij geven,
2344 zoals weergegeven in het volgende beslismodel over rijgeschiktheid bij psychotische stoornissen
2345 (tabel 7.2).

Tabel 7.2. Rapport van de behandelend arts. Dit geeft geen rechtstreeks advies over de rijgeschiktheid, maar verschaft aan CBR (in aantekening bij Gezondheidsverklaring) of, op diens verzoek, aan een onafhankelijk keurend arts, informatie over 3 aspecten (CGZ)

1	Cognitief en psychomotorisch functioneren (C)	1. Zeer laag t/m laag	2. Laag t/m laag gemiddeld	3. Laag gemiddeld en hoger	
	De score is gebaseerd op observatie en gesprek aan de hand van de WHODAS-2. Tevens kunnen de conclusies uit een recent verkeerspsychologisch onderzoek gebruikt worden.				
2	Stabiliteit van functioneren en gedrag (S)	1. Laag	2. Moeilijk in te schatten	3. Hoog	
	De score is gebaseerd op ziekte- en herstelbeloop				
3	Ziekte-inzicht en gezondheidsvaardigheden (Z)	1. Laag	2. Matig	3. Hoog	
	Dit betreft de mate waarin cliënt op een rationele en veilige manier kan omgaan met symptomen, beperkingen en medicatie. De score is gebaseerd op informatie over: alcohol- en drugsgebruik, suïciderisico, medicatietrouw, aanwezigheid signaleringsplan en WRAP. Ziekte-inzicht wordt niet in algemene zin beoordeeld, maar in relatie tot rijgeschiktheid: in hoeverre realiseert cliënt zich dat zijn (haar) psychische toestand op bepaalde momenten zijn (haar) rijgeschiktheid kan verminderen en in hoeverre stemt deze hier zijn (haar) gedrag op af? Informatie over gedrag tijdens een eerdere terugval is hierbij relevant.				

De 3 genoemde domeinen kunnen aan de hand van de handvatten uit hoofdstuk 7.2.2.2 t/m 7.2.2.4 worden beantwoord.

Uiteraard is het belangrijk of het een keuring betreft in het kader van het herkrijgen van een ingevorderd rijbewijs na rijgevaarlijk gedrag in een psychose, of niet.

In bijlage 6 is een praktische ‘checklist risicofactoren psychose’ voor de keuringsarts opgenomen.

Hiermee kan deze de aanwezigheid van verschillende risicofactoren die relevant zijn bij de (her)keuring, afwegen. Als informatie worden de opmerkingen van de behandelaar op de Gezondheidsverklaring gebruikt, en/of bij onduidelijkheid nadere gegevens opgevraagd bij de regiebehandelaar. Het resultaat over elk van de 3 domeinen kan vergeleken worden met het oordeel van de regiebehandelaar.

Het is aan de keuringsarts om de verkregen informatie via observatie, gesprekken met de patiënt en/of naastbetrokkenen en de inlichtingen van de regiebehandelaar zo nodig aan te vullen met een testrit of verkeerspsychologische test. De tests zijn vergelijkbaar met rijtesten die gebruikt worden bij de seniorenkeuring of keuring bij niet-aangeboren hersenletsel. Alle relevante bronnen kunnen gebruikt worden bij de afweging.

Opties voor testen van rijgeschiktheid zijn:

- testrit met chauffeur op normale weg;
- testrit met dashboardcamera;
- testrit in rijsimulator (nadelen: onwennigheid, niet in eigen auto en vestibulaire reacties);
- slingerproef bij top alcoholpromillage;

- 2373 • verkeerspsychologische testen¹³, ART-90-testbatterij;
2374 • optioneel: neuropsychologisch onderzoek;
2375 • meten van reactietijd;
2376 • meten van vigilantie.

2377

2378 Een voorstel voor een beslismodel, volgend op de rapportage van de behandelaar, is opgenomen in
2379 bijlage 8.

2380

2381 *Adviezen voor de keuringsarts:*

- Maak gebruik van het beslismodel, vermijd willekeur.
- Maak gebruik van de mogelijkheid tot het verstrekken van een rijbewijs met (tijdelijke) aantekening, zoals een proefperiode, code 100, 101.
- Maak gebruik van de mogelijkheid om te rijden met een ervaren chauffeur (vergelijkbaar met mogelijkheid voor 17-jarige).
- Leg uit waarom er een beperking wordt opgelegd, of een oordeel (voorlopig) ongeschikt wordt gegeven.
- Geef aan welke vorm van herstel noodzakelijk is om wel geschikt verklaard te kunnen worden.
- Wees bewust van het belang van autorijden voor het herstel van rollen, sociaal, beroepsmatig. Voorkom dat mensen onnodig lange tijd helemaal geen auto meer rijden, en de drempel hiervoor steeds hoger wordt.

2382

2383

2384 7.4 Aanbevelingen

2385 Vanuit deze nieuwe voorgestelde behandelpraktijk wat betreft de verkeersdeelname van patiënten
2386 met een psychotische kwetsbaarheid komen we tot een flink aantal aanbevelingen. Het doel daarvan
2387 is om kennis en kunde, voorlichting en samenwerking tussen vele partijen, betrokken bij dit
2388 onderwerp, te bevorderen. Hierdoor zullen de verkeersdeelname én de verkeersveiligheid van
2389 patiënten die een psychose hebben gehad, of daar nog in de praktijk in zekere mate mee te maken
2390 hebben, vergroot worden. Het respecteren van de rechten van het individu op herstel en
2391 maatschappelijke participatie en het leveren van een positieve bijdrage daaraan vragen een actieve
2392 opstelling van hulpverleners, maatschappelijke bewustwording en kritische evaluatie van
2393 beperkende juridische kaders om de huidige discriminatie van de gehele groep patiënten wat betreft
2394 verkeersdeelname terug te dringen.

2395

2396 *Aanbevelingen voor alle betrokkenen:*

¹³ <http://psychologischtesten.nl/vts-verkeerspsychologie/beschikbare-testsets-vts-verkeerspsychologie/>

1. Op niveau van regiebehandelaar, behandelteam

- Zet mobiliteit op de agenda voor herstelondersteunende zorg.
- Zorg dat dit thema een passende plaats krijgt in de behandeling (behandelplan, signaleringsplan en WRAP), in de organisatie van het multidisciplinaire team, inclusief interviews, voor bijhorende dilemma's.
- Wees u bewust van de voor- en nadelen van de voorgeschreven medicatie, overleg met huisarts, eventueel andere voorschrijvende specialisten en apotheker over het actuele medicatievoorschrift, zeker bij gebruik van meerdere geneesmiddelen (polyfarmacie).
- Wijs de patiënt op de bepalingen in zijn of haar autoverzekeringspolis over ziekte en psychose.
- Doe ervaring op met instrumenten zoals de WHODAS.

2. Professionele samenwerking

- Verbeter samenwerking tussen apotheker en arts.
- Ontwikkel protocollen voor een duidelijke taakverdeling en onderlinge afstemming bij de begeleiding van patiënten die antipsychotica en andere rijgevaarlijke geneesmiddelen gebruiken.

3. Samenwerking tussen behandelaar, keuringsarts, bedrijfsarts en patiënt

- Behandelaar: bereid de patiënt voor op vragen die een keuringsarts kan stellen.
- Behandelaar: informeer de patiënt over de inschatting van de rijgeschiktheid en over de onderbouwing van dit advies.
- Patiënt: deel deze informatie met de keuringsarts van het CBR en indien van toepassing, met de bedrijfsarts.
- Of: geef behandelaar toestemming om hun vragen daarover schriftelijk te beantwoorden.
- Behandelaar: onderbouw deze inschatting met het signaleringsplan of de WRAP (Copeland 2010); bevestig dat deze worden gebruikt en vul ze zo nodig aan.
- Behandelaar: werk samen met bedrijfsarts als patiënt professionele bestuurder is (zie hoofdstuk 8).

4. Voorlichting aan doelgroepen

- Bevorder bij behandelaars en bij patiënten- en familieverenigingen een sterker bewustzijn over het belang van goede informatie over het effect van geneesmiddelgebruik op de rijgeschiktheid. Dit moet aan bod komen in contacten met patiënten en familie.

5. Publieksvoorlichting

- Ontwikkel poster- en foldermateriaal met duidelijke uitleg over de invloed van antipsychotica (en andere medicatie en interacties) op rijgeschiktheid en de voorwaarden voor deelname aan het verkeer.

6. Landelijk

- Ziektekostenverzekeraars: vergoed tijd in de agenda van behandelaars om dit onderwerp regelmatig aandacht te geven in consulten van regiebehandelaars en in teambesprekingen.
- Verbeter ondersteuning van artsen bij besluitvorming en voorlichting tijdens het consult.
- Voorzie in het elektronisch voorschriftsysteem dat het de medicus tijdens het

voorschrijven van antipsychotica (en andere medicatie en interacties) attendeert op de plicht tot voorlichting en breng structuur in de voorlichting.

- Neem in de bijsluiters van geneesmiddelen gericht en praktisch advies op om met de arts in gesprek te gaan over de beoordeling van de rijgeschiktheid.
- Ontwikkel bijscholingsprogramma's gericht op vaardigheden en expertise bij behandelaars en andere beroepsgroepen om goede voorlichting te kunnen geven.
- Ontwikkel landelijk goede, geaccrediteerde bijscholingen (PAOG-cursus) over medicatiegebruik, rijgeschiktheid en voorwaarden voor verkeersdeelname voor (huis)artsen, psychiaters en verpleegkundig specialisten.
- Bied ruim cursussen aan huisartsen, psychiaters, artsen en verpleegkundig specialisten werkzaam in verslavingszorg, basis en specialistische geestelijke gezondheidszorg.
- Evalueer en differentieer checklists voor rijbewijzen groep 1 en 2.
- Evalueer het beslismodel rijgeschiktheid.
- Stel een lijst op voor het weergeven en/of meten van gezondheidsvaardigheden die voor psychose relevant zijn.
- Voorzie in tegemoetkoming in kosten voor (her)keuring van psychiatrische patiënten.
- Zorg voor financiële tegemoetkoming voor bespreking van dit thema in de behandelsetting (maatschappelijke winst is heel hoog en behandelsettings van regiebehandelaars zijn vaak al overvol bespreekpunten).
- Ontwikkel praktische apps om individueel beloop en risico's voor rijgeschiktheid te kunnen monitoren, als hulpmiddel bij het versterken van gezondheidsvaardigheden.
- Evalueer het veranderde beleid wat betreft groep 2-rijbewijzen (zie hoofdstuk 8).

7. Wetenschappelijk onderzoek

- Onderzoek het gebruik van een rijsimulator voor het bepalen van de rijgeschiktheid.
- Onderzoek de ecologische validiteit van de uitkomsten van neuro- en verkeerspsychologische testen (zoals de ART-90-testbatterij) en rijtesten (met rijgeschiktheid in de praktijk (reactietijd, vigilantie)).
- Doe meer onderzoek naar het risico van psychose en antipsychoticagebruik voor rijgeschiktheid.
- Onderzoek of langdurig volgehouden aandacht op eenvoudige wijze gemeten kan worden (vooral voor beroepschauffeurs).
- Onderzoek 'red flags' die patiënten en betrokkenen waarschuwen wanneer opnieuw risicovolle situaties ontstaan waarbij rijden niet geadviseerd is.
- Onderzoek mogelijke effectieve cognitieve revalidatie.
- Onderzoek de mogelijkheid van veilig gebruik van moderne technologieën (driver assistance systems), vooral voor de mensen die redelijk stabiel zijn, hoog scoren op gezondheidsvaardigheden, maar veel last hebben van traagheid.

2397

2398 8. Beroepschauffeurs

2399

2400 8.1 Inleiding

2401 Deze herziening van de adviesnota rijgeschiktheid bij psychose betreft ook de vrijwilliger of
2402 werknemer die in werktijd moet rijden, en daarbij al dan niet personen vervoert, in een privéauto of
2403 als bestuurder van bus of vrachtwagen. Speciale aandacht hiervoor is nodig omdat rijden in de
2404 werksituatie anders is dan in de privésituatie: het gaat hierbij om vaker en langer rijden en het is
2405 gevaarlijker. Denk aan het besturen van een vrachtwagen, passagiersvervoer en vervoer van
2406 gevaarlijke stoffen. Bovendien kan onder werkomstandigheden de druk (expliciet of impliciet) van de
2407 werkgever betekenen dat de werknemer zichzelf dwingt om buiten zijn/haar mogelijkheden risico's
2408 te nemen.

2409

2410 Er zijn rijbewijzen die verschillende beperkende voorwaarden hebben. Bij een rijbewijs dat alleen
2411 geschikt is voor privégebruik is rijden wel toegestaan, maar het vervoer van personen niet. Hierdoor
2412 komen vrijwilligers niet in aanmerking om als dagbesteding chauffeur te zijn voor personenvervoer.
2413 Omdat cliënten met psychotische symptomen, nu of in de voorgeschiedenis, vaak dergelijke
2414 beperkende voorwaarden hebben, wordt deze problematiek ook in dit hoofdstuk besproken.

2415

2416 *De verschillende werksituaties van beroepschauffeurs:*

- Vrijwilliger die personen vervoert (maximaal 8)
- Vrijwilliger die bestuurder is van vrachtwagen of bus (rijbewijs C respectievelijk D)
- Werknemer die beroepsmatig tijdens werktijd een gewone auto bestuurt: 'het busje van de zaak'
- Werknemer die beroepsmatig personen vervoert (maximaal 8): taxi, doelgroepenvervoer, het 'busje van de zaak' met meerrijdende collega's
- Werknemer als vrachtwagenchauffeur (rijbewijs C, code 95)
- Werknemer als buschauffeur (rijbewijs D, code 95)

2417

2418 Bedrijfsartsen zowel als degenen die cliënten aanstellen als werknemers of vrijwilligers, moeten
2419 weten welke beperkende voorwaarde het rijbewijs heeft. Zij moeten kunnen inschatten of
2420 chaufferen op een veilige wijze mogelijk is. De bedrijfsarts zal over relevante medische kennis over
2421 de werknemers moeten beschikken. En als iemand met goede gezondheidsvaardigheden in een
2422 mindere periode liever niet rijdt, is dit moeilijk als rijden bij het werk hoort. Dit geldt voor mensen
2423 met psychotische problematiek, maar ook voor patiënten met bijvoorbeeld suikerziekte of een
2424 angststoornis.

2425

2426 De beperkende voorwaarden betreffen code 100 en 101; code 95 betreft een verplichting bij
2427 beroepsmatig rijden van vrachtwagen of bus:

2428

2429 *Codes voor beperkende voorwaarden beroepschauffeurs*

95. Verplicht voor het beroepsmatig besturen van een voertuig waarvoor rijbewijs C1(E), C(E), D1(E) of D(E) noodzakelijk is.

100. Alleen tijdens privégebruik

101. Tijdens privégebruik, en tijdens beroepsmatig gebruik, niet zijnde vervoer van personen of het onder toezicht doen besturen van derden, voor maximaal vier uren per dag

2430
2431 Wanneer iemand rijgeschikt bevonden wordt, maar met een code 100 of 101, is het niet toegestaan
2432 dat deze personen vervoert, noch als vrijwilliger, noch als taxichauffeur, noch als chauffeur bij
2433 doelgroepenvervoer, noch als chauffeur die collega's meeneemt in het busje van de zaak.

2434

2435 **8.2 De chauffeur van 'het busje van de zaak'**

2436 Hoe intensief lange ritten worden ervaren en hoeveel stress dat met zich meebrengt, verschilt per
2437 persoon. Sommigen ervaren lange afstanden als rustgevend en korte afstanden als stressvol.
2438 Behandelaars en bedrijfsartsen kunnen dit vaak inschatten door met betrokkene een aantal zaken te
2439 inventariseren. Bij privégebruik van de auto is het gemakkelijker om in een mindere periode niet
2440 auto te rijden. Als rijden je werk is, heb je minder keuze. In deze situatie zijn de volgende vragen
2441 belangrijk:

- 2442 • Is de woon-werkafstand lang? Kan iemand met openbaar vervoer op het werk komen, en hoe
- 2443 stressvol is dat?
- 2444 • Wordt men door de werkgever onder druk gezet om te chaufferen ook wanneer men zich
- 2445 niet rijgeschikt voelt?
- 2446 • Zet men zichzelf onder druk, op basis van een hoog arbeidsethos en/of collegialiteit?
- 2447 • Is er angst de baan te verliezen, waardoor men twijfel over de eigen geschiktheid onderdrukt,
- 2448 of niet open bespreekt?

2449

2450 Naast het eventuele woon-werkverkeer is er soms sprake van het rijden naar andere werkplekken, al
2451 dan niet met 'het busje van de zaak', al dan niet met collega's.

2452

2453 In samenspraak met werkgever en bedrijfsarts (met consultatie van de behandelaar indien nodig) zal
2454 men naar een veilige en werkbare oplossing moeten zoeken. Men kan kijken of de duur van het
2455 rijden veranderd kan worden, iemand tijdelijk een andere functie kan vervullen en of er een rijder
2456 aanwezig kan zijn. Hiermee kan men voorkómen dat een werknemer zijn of haar baan verliest omdat
2457 deze niet steeds in staat is om te rijden met het 'busje van de zaak'.

2458

2459 **8.3 Vrachtwagen- en buschauffeurs, vrijwillig of als beroepschauffeur**

2460 Mensen die beroepsmatig rijden, verantwoordelijk zijn voor personenvervoer van meer dan 8
2461 personen (bus; rijbewijs D) en/of een aanvraag doen om als vrachtwagenchauffeur (rijbewijs C) te
2462 werken, worden steeds opgeroepen voor een uitgebreidere keuring.

2463

2464 Door het grote aantal werkuren achter het stuur en de vele kilometers worden er strenge eisen
2465 gesteld aan de rijgeschiktheid. Wanneer de rijgeschiktheid fluctueert, zijn er meer problemen te
2466 verwachten bij de uitoefening van het beroep. De risico's met vrachtwagens en bussen zijn ook
2467 groter. Het is dan ook gerechtvaardigd om de keuringseisen wat betreft psychische stabiliteit scherp
2468 te houden. Dat geldt voor psychose, maar ook voor andere medische condities.

2469

2470 Op dit moment is deze rijbevoegdheid (rijbewijs C of D) uitsluitend bereikbaar voor personen die
2471 eenmalig een (kortdurende) psychotische episode hebben doorgemaakt. Zij kunnen onder strikte
2472 voorwaarden deze rijbevoegdheid krijgen. De voorwaarden zijn: twee jaar recidievrij zijn, geen

2473 medicatie nemen, en een positief psychiatrisch rapport hebben. Deze rijbevoegdheid heeft een
2474 beperkte termijn van maximaal drie jaar.

2475
2476

2477 Uiteraard worden er hoge eisen gesteld aan de keuring, inclusief rijtest c.q. verkeerspsychologische
2478 testen.

2479 Complicerende factor is en blijft dat een acht uur durende rijtest of simulatie in de praktijk moeilijk te
2480 organiseren is. Onderzoek is nodig om een manier te ontwikkelen om de duur van volgehouden
2481 aandacht te verwerken in de rijtest. Daarnaast zal het algemeen niveau van functioneren goed en
2482 stabiel moeten zijn (WHODAS 2.0-score lager dan 30) en zal de cliënt over zeer goede
2483 gezondheidsvaardigheden moeten beschikken. De termijnen van goed en stabiel functioneren zoals
2484 geformuleerd in het voorstel voor een nieuwe regeling zijn daar een weerslag van. De risicofactoren
2485 voor het beroepsmatig rijden spelen een grotere rol, omdat de gevolgen van ongevallen met
2486 vrachtwagens en bussen immers veel groter zijn.

2487
2488

8.4 Rol van de behandelaar

2489 In aanvulling op de adviezen in hoofdstuk 7 zullen bij beroepschauffeurs en bij patiënten met een
2490 aanzienlijke woon-werkafstand dan wel die daarnaast ook beroepsmatig chaufferen alle relevante
2491 elementen bijzondere aandacht moeten krijgen: de rijgeschiktheid, eventuele comorbiditeit,
2492 middelengebruik dan wel -verslaving, suïcidaliteit, farmacagebruik, inschatting van
2493 gezondheidsvaardigheden en het gebruik van het signaleringsplan. Immers, het onder voorwaarden
2494 rijgeschikt verklaren van beroepschauffeurs met een psychotische kwetsbaarheid is uitsluitend
2495 mogelijk als patiënt meewerkt aan regelmatige keuring en toetsing en voldoende besef van
2496 verantwoordelijkheid in dezen laat zien.

2497 Twijfels over de rijgeschiktheid bij de behandelaar wegen zeer zwaar. Ze zullen gevolgd moeten
2498 worden door maatregelen. Als het goed is door cliënt zelf, die zich realiseert dat de voorwaarden om
2499 te rijden niet meer aanwezig zijn. Maar ook de behandelaar zal bij beroepschauffeurs sneller in actie
2500 moeten komen vanwege de veiligheidsrisico's.

2501 Voor het overige geldt dat psychoses zich zo divers presenteren met een zo divers effect op het
2502 algeheel functioneren dat iemand uitsluiten van beroepsverkeer alleen omdat er in zijn of haar
2503 diagnose psychose wordt genoemd niet is gerechtvaardigd. Het voorstel voor een nieuwe regeling
2504 Eisen geschiktheid biedt hiervoor een ander kader. Evaluatie van de nieuwe regeling is daarbij
2505 noodzakelijk.

2506
2507

Aanbevelingen voor behandelaar:

- Hou er bij het zoeken naar dagbesteding en werk rekening mee dat er beperkende voorwaarden aan het rijbewijs kunnen zijn.
- Werk samen met bedrijfsarts, leidinggevende of werkgever om duidelijke afspraken te maken voor de cliënt om de veiligheid te waarborgen.
- Vraag een (her)keuring aan wanneer iemand langdurig stabiel functioneert en men verwacht dat beperkende voorwaarden kunnen worden opgeheven.
- Monitor stabiliteit en gezondheidsvaardigheden en wees alert op medicatieverandering bij mensen die beroepsmatig rijden, en zeker bij vervoer van personen, en als bus- of vrachtwagenbestuurder.
- Wees u ervan bewust dat het bespreken van twijfels over rijgeschiktheid gevoelig ligt bij

mensen die beroepsmatig rijden: het kan hun baan kosten als ze afgekeurd worden.

- Stel veiligheid voorop bij de uitbreiding van mogelijkheden voor het besturen van bus of vrachtwagen voor mensen met psychotische kwetsbaarheid; strenge voorwaarden zijn noodzakelijk.
- Evalueer zorgvuldig de effecten na het ingaan van de nieuwe regeling Reg2000.
- Houd (nog meer) rekening met rijgeschiktheid bij de keuze van de antipsychotische medicatie (en andere, comedicatie).

2508

2509

2510 8.5 Gevolgen

2511 De veranderde ziens- en handelwijze voor zowel het privé (hoofdstuk 7) als beroepsmatig rijden in de
2512 praktijk, zoals in deze adviesnota en in het voorstel voor een nieuwe Regeling eisen geschiktheid
2513 beschreven is, heeft op allerlei niveaus gevolgen. De werkgroep verwacht de volgende effecten, maar
2514 deze zullen een bredere evaluatie achteraf behoeven.

2515

2516 • *Balans tussen gewenste en ongewenste effecten*

2517 Gewenste effecten zijn dat meer mensen met psychotische kwetsbaarheid mogen autorijden,
2518 ook beroepsmatig, en dat de verkeersveiligheid toeneemt. Een ongewenst effect is dat bij
2519 verschil van inzicht tussen betrokkene en behandelaar de behandelrelatie bemoeilijkt kan
2520 worden.

2521

2522 • *Patiëntenperspectief*

2523 De nieuwe regeling geeft geen discriminatie op basis van diagnose, leidt tot minder
2524 stigmatisering en tot meer mogelijkheden voor betaald werk, sociale contacten en recreatie.
2525 Iemand wordt meer aangesproken op en verkrijgt meer inzicht in eigen verantwoordelijkheid
2526 wat betreft het bereiken van psychiatrische stabiliteit, klinisch herstel en verantwoorde
2527 verkeersdeelname. Ook verwachten wij meer bewustzijn van de consequenties en risico's van
2528 bijvoorbeeld middelenmisbruik. Doordat mensen minder lang van verkeersdeelname als
2529 bestuurder zullen zijn uitgesloten, treedt ook minder ontwenning daarvan op.

2530

2531 • *Professioneel perspectief*

2532 Wij verwachten meer bewustwording bij behandelaars en behandelteams wat betreft
2533 consequenties van het behandelbeleid voor herstelgerichte activiteiten en de rol van
2534 mobiliteit daarbij, meer alertheid op gebruikte medicatie en meer voorlichting over en
2535 aandacht voor de risico's van middelengebruik. Daarnaast zal de samenwerking met de
2536 keurings- en bedrijfsarts veranderen. Voortdurende bijscholing van zowel regiebehandelaars
2537 als teams is gewenst, evenals het vergroten van gezondheidsvaardigheden in het algemeen bij
2538 patiënt. Dit kan een positieve impact hebben op andere levensgebieden. De houding van de
2539 behandelaar en/of het behandelteam inzake advisering wel of niet te rijden zal actiever
2540 worden. Ook zal meer samenwerking met apothekers ontstaan en mogelijk zullen
2541 behandelaars meer meldingen doen aan de medische dienst van het CBR.

2542

2543 • *Middelenbeslag*

2544 Er is meer tijd nodig om vraagstukken van rijgeschiktheid, ook bij herhaling, te bespreken met

2545 patiënt, naastbetrokkenen, team en collega's (intervisie). Kosten van keuringen en onderzoek
 2546 moet men bij zorgverzekeraar of de overheid onderbrengen (als onderdeel van dbc). De
 2547 kosten van een keuring 'op papier' zijn lager, maar zijn veel te hoog voor degenen die
 2548 opgeroepen moeten worden en/of een test moeten afleggen. Wees ook alert op mensen die
 2549 behandeld worden in de basis-ggz: ook daar moeten de kennis en intervisiemogelijkheden
 2550 over vraagstukken die met rijgeschiktheid samenhangen aanwezig zijn of worden
 2551 georganiseerd.

2552 De maatschappelijke kosten worden naar verwachting wel lager (maatschappelijke
 2553 businesscase): meer cliënten kunnen aan het werk en er ontstaat meer bewustwording van
 2554 verantwoordelijkheid in het verkeer. De betere gezondheidsvaardigheden, die ook op andere
 2555 gebieden zichtbaar zullen worden, zijn in de regel kostenbesparend. De ziektekosten (dbc)
 2556 kunnen wel stijgen vanwege de toename van de tijdsbesteding aan dit onderwerp in de
 2557 spreekkamer, teams, deskundigheidsbevordering en overleggen.

2558 Al met al verwacht de werkgroep dat een toename van herstel op alle levensgebieden en
 2559 grotere gezondheidsvaardigheden voor deze doelgroep zullen bijdragen aan lagere
 2560 ziektekosten als geheel van het totaal aan behandeljaren.

2561

- 2562 • ***Andere invulling van de keuringen***
 2563 De keuringen zullen meer gericht zijn op ter zake doende factoren voor rijgeschiktheid in brede
 2564 zin en er zal een betere samenwerking ontstaan tussen behandelaar en keuringsarts.

2565

- 2566 • ***Organisatie van zorg***
 2567 Men moet duidelijke afspraken maken in multidisciplinaire teams; zo is de rol in het
 2568 bespreken van rijgeschiktheid van regiebehandelaars anders dan die van psychiaters, en zijn
 2569 intervisiemogelijkheden van belang. Ook is er meer contact met externe partijen.

2570

- 2571 • ***Maatschappelijk perspectief***
 2572 De werkgroep verwacht minder stigma voor psychiatrische stoornissen en meer
 2573 maatschappelijke participatie van mensen met een psychotische kwetsbaarheid. Afschaffen
 2574 van de huidige regeling kan meer gevoel van onveiligheid geven in de maatschappij (zoals
 2575 recent rond het thema personen met verward gedrag in de wijk en op straat en incidenten bij
 2576 de-institutionalisering van de ggz). Zorgvuldige invoering is daarom noodzakelijk. Uiteindelijk
 2577 verwacht de werkgroep dat deze regeling beter gericht is op veilig deelnemen aan verkeer
 2578 doordat dit onderwerp veel meer zal worden besproken.

2579
2580
2581
2582
2583
2584
2585
2586
2587
2588
2589
2590
2591
2592
2593
2594
2595
2596
2597
2598
2599
2600
2601
2602
2603
2604
2605
2606
2607
2608
2609
2610

Literatuur

- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom; 2014.
- Bartholomew KL, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Intervention mapping: Designing theory- and evidence based health promotion programs. New York: McGraw-Hill; 2001.
- Brons M, van Driel JK, Hagemeijer JW, Hartong EGThM, Hoek MJ, Koenen M, e.a. Adviesnota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en psychose. Utrecht: De Tijdstroom; 2014.
- Brouwer W, Ponds R. Driving competence in older persons. Disabil Rehabil 1994; 16: 149-61.
- Brouwer WH. Rijgeschiktheid bij hersenaandoeningen in medisch en psychologisch perspectief. Tijdschrift voor Neuropsychologie 2015; 10: 169-81.
- Brunnauer A, Laux G, Geiger E, Möller HJ. The impact of antipsychotics on psychomotor performance with regards to car driving skills. J Clin Psychopharmacol 2004; 24: 155-60.
- Brunnauer A, Laux G. Driving ability under sertindole. Pharmacopsychiatry 2012; 45: 47-50.
- Brunnauer A, Laux G, Zwick S. Driving simulator performance and psychomotor functions of schizophrenic patients treated with antipsychotics. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009; 259: 483-9.
- Chang CM, Wu EC, Chen CY, Wu KY, Liang HY, Chau YL, e.a. Psychotropic drugs and risk of motor vehicle accidents: a population-based case-control study. Br J Clin Pharmacol 2013; 75: 1125-33.
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities. VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. 2016. <http://wetten.overheid.nl/BWBV0004045/2016-07-14>
- Copeland MA. WRAP⁺ plus. Formerly living without depression and manic depression. Vermont: Peach Press; 2010. <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/wellness-recovery-action-plan-wrap->
- Crancer A, Quiring DL. The mentally ill as motor vehicle operators. Am J Psychiatry 1969; 126: 807-13.
- Cuevas C de las, Ramallo Y, Sanz EJ. Psychomotor performance and fitness to drive: the influence of psychiatric disease and its pharmacological treatment. Psychiatry Res 2010; 176: 236-41.

- 2611 • DRUID. Deliverable 7.3.2 Main DRUID results to be communicated to different target groups.
- 2612 2011. Geraadpleegd op 31 juli 2017:
- 2613 http://www.bast.de/EN/Traffic_Safety/Subjects/druid/Deliverable_7_3_2.html?nn=286356
- 2614 • Edlund MJ, Conrad C, Morris P. Accidents among schizophrenic outpatients. Compr
- 2615 Psychiatry 1989; 30: 522-6.
- 2616 • Eelkema RC, Brosseau J, Koshnick R, McGee C. A statistical study on the relationship between
- 2617 mental illness and traffic accidents-a pilot study. Am J Public Health Nations Health 1970; 60:
- 2618 459-69.
- 2619 • Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, van Barneveld TA, van de
- 2620 Klundert JLM. Evidence-based richtlijnontwikkeling: Een leidraad voor de praktijk. Houten:
- 2621 Bohn Stafleu van Loghum; 2004.
- 2622 • Faber E, Brons M, Bruring DP, Hamelijnck MAF, Jans PGW, Joppe GM, e.a. LESA
- 2623 Geneesmiddelen en Verkeersveiligheid. NHG/LNMP 2008/2016.
- 2624 <https://www.nhg.org/downloads/lesa-geneesmiddelen-en-verkeersveiligheid-pdf>
- 2625 • Ferreira IS. Contribution of the psychological assessment in the clinical examination of drivers
- 2626 with neurological and psychiatric disease: Theoretical review. Revista Portuguesa de Saude
- 2627 Publica 2015; 33: 57-70.
- 2628 • Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care
- 2629 organizations: Literature review and Delphi study. Int J Qual Health Care 2004; 16: 107-23.
- 2630 • Gevers JKM, van Aalst A. De rechter en het medisch handelen (3^e druk). Deventer: Kluwer;
- 2631 1998.
- 2632 • Grabe HJ, Wolf T, Grätz S, Laux G. The influence of clozapine and typical neuroleptics on
- 2633 information processing of the central nervous system under clinical conditions in
- 2634 schizophrenic disorders: implications for fitness to drive. Neuropsychobiology 1999; 40: 196-
- 2635 201.
- 2636 • Greenhalgh TRG, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service
- 2637 organizations: Systematic review and recommendations. Milbank Q 2004; 82: 581-629.
- 2638 • Guyatt GH, Oxman AD, Schunemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: a new
- 2639 series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. J Clin Epidemiol 2011; 64: 380-2.
- 2640 • Hayden JA, van der Windt DA, Cartwright JL, Côté P, Bombardier C. Assessing bias in studies
- 2641 of prognostic factors. Ann Intern Med 2013; 158: 280-6.
- 2642 • Heide I van der, Uiters E, Zantinge EM. Wat zijn gezondheidsvaardigheden? In: Nationaal
- 2643 Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2013.

- 2644 • Hendriks AC. CBR inschakelen als patiënt niet rijgeschikt is? Ned Tijdschr Geneesk 2015;
2645 159: B1128. <https://www.cbr.nl/downloadbrochure.pp?id=202>
- 2646 • Hetland A, Carr DB. Medications and impaired driving. Ann Pharmacother 2014; 48: 494-506.
- 2647 • Horssen N van, Labots-Vogeleang SM, Buur VAJ, Dommers JW, van Dijk PTM, Dijkers FW,
2648 e.a. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak. Actueel medicatieoverzicht in de eerste
2649 lijn. Utrecht: NHG; 2010.
2650 [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/actueel medicatieoverzic](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/actueel_medicatieoverzicht_in_de_eerste_lijn.pdf)
2651 [ht in de eerste lijn.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/actueel_medicatieoverzicht_in_de_eerste_lijn.pdf)
- 2652 • International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS). Medicinal drugs. ICADTS;
2653 2007. <http://www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs2.pdf>
- 2654 • Jonas C. [Car driving and psychiatry]. Presse Med 2015; 44: 1017-21.
- 2655 • Kagerer S, Winter C, Möller HJ, Soyka M. Effects of haloperidol and atypical neuroleptics on
2656 psychomotor performance and driving ability in schizophrenic patients: Results from an
2657 experimental study. Neuropsychobiology 2003; 47: 212-8.
- 2658 • Kastrup M, Dupont A, Bille M, Lund H. Traffic accidents involving psychiatric patients:
2659 Characteristics of accidents involving drivers who have been admitted to Danish psychiatric
2660 departments. Acta Psychiatr Scand 1978; 58: 30-9.
- 2661 • Klauer SG, Dingus, TA, Neale VL, Sudweeks JD, Ramsey DJ. The impact of driver inattention
2662 on near crash/crash risk: an analysis using the 100-car naturalistic driving study data.
2663 publication nr. DOT HS 810 594. Washington: NHTSA; 2006.
- 2664 • Kujansuu A, Rautiainen S, Hakko H, Kanamuller J, Sihvola N, Riipinen P. Drivers' psychiatric
2665 disorders and fatal motor vehicle accidents in Finland. J Psychiatr Res 2016; 84: 227-36.
- 2666 • Leenen HJJ, Gevers JKM, Legemaate J. Handboek gezondheidsrecht. Den Haag: Boom; 2007.
2667 Deel I, p. 240.
- 2668 • Lipskaya-Velikovsky L, Kotler M, Weiss P, Kaspi M, Gamzo S, Ratzon N. Car driving in
2669 schizophrenia: can visual memory and organization make a difference? Disabil Rehabil 2013;
2670 35: 1734-9.
- 2671 • Lustig AJ, Kurdyak PA, Thiruchelvam D, Redelmeier DA. Physician warnings in psychiatry and
2672 the risk of road trauma: an exposure crossover study. J Clin Psychiatry 2016; 77: e1256-61.
- 2673 • Mathijssen R, Houwing S. The prevalence and relative risk of drink and drug driving in the
2674 Netherlands: a case-control study in the Tilburg police district. Leidschendam: SWOV; 2005.
- 2675 • Mercier-Guyon C, Alvarez J, DRUID Project WP4 Partners The DRUID Categorization and
2676 labelling system of medicines and driving. 2011.
2677 http://www.icadtsinternational.com/files/documents/2013_088.pdf

- 2678 • Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Handreiking beroepsgeheim en conflict van
2679 plichten. Utrecht: NVvP; 2013. <https://www.nvvp.net/cms/streambin.aspx?documentid=83>
- 2680 • Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Zorgstandaard psychose. 2017.
2681 <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/03/ZS-Psychose.pdf>
- 2682 • Nkunzimana F. Driving in a crisis. Psychiatrist 2012; 36: 272-3.
- 2683 • Orriols L, Delorme B, Gadebeku B, Tricotel A, Contrand B, Laumon B, e.a. Prescription
2684 medicines and the risk of road traffic crashes: a French registry-based study. PLoS Med 2010;
2685 7: e1000366.
- 2686 • Persbericht RUG/NFI/SWOV. Jaarlijks 33 tot 66 verkeersdoden door rijgevaarlijke
2687 geneesmiddelen. Groningen: RUG; 2012. https://www.rug.nl/news/2012/05/065_12degier
- 2688 • Pretorius W. Red light – Don't drive! Psychiatrist 2013; 37: 74.
- 2689 • Ravera S, Van RN, de Gier JJ, de Jong-van den Berg LT. A comparison of
2690 pharmacoepidemiological study designs in medication use and traffic safety research. Eur J
2691 Epidemiol 2012; 27: 473-81.
- 2692 • Ravera S, Van RN, de Gier JJ, de Jong-van den Berg LT. Road traffic accidents and
2693 psychotropic medication use in The Netherlands: a case-control study. Br J Clin Pharmacol
2694 2011; 72: 505-13.
- 2695 • Regeling eisen geschiktheid 2000, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0011362/2017-05-12>
- 2696 • Segmiller FM, Buschert V, Laux G, Nedopil N, Palm U, Furjanic K, e.a. Driving skills in
2697 unmedicated first- and recurrent-episode schizophrenic patients. Eur Arch Psychiatry Clin
2698 Neurosci 2015; 267: 83-8.
- 2699 • Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M e.a. AMSTAR instrument. A measurement tool to
2700 assess systematic reviews. J Clin Epidemiol 2009; 62: 1013-20.
- 2701 • Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, e.a. Development of
2702 AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews.
2703 BMC med res method 2007; 7: 10.
- 2704 • Sigona N, Williams KG. Driving under the influence, public policy, and pharmacy practice. J
2705 Pharm Pract 2015; 28: 119-23.
- 2706 • Silverstone T. The influence of psychiatric disease and its treatment on driving performance.
2707 Int Clin Psychopharmacol 1988; 3: 59-66.
- 2708 • Soyka M, Dittert S, Kagerer-Volk S, Soyka M. [Driving ability with alcohol and drug
2709 dependence and schizophrenia]. Nervenarzt 2014; 85: 816-21.
- 2710 • Soyka M, Kagerer S, Brunnauer A, Laux G, Möller HJ. Driving ability in schizophrenic patients:
2711 effects of neuroleptics. Int J Psychiatry Clin Pract 2005b; 9: 168-74.

- 2712 • Soyka M, Winter C, Kagerer S, Brunbauer M, Laux G, Möller HJ. Effects of haloperidol and
2713 risperidone on psychomotor performance relevant to driving ability in schizophrenic patients
2714 compared to healthy controls. J Psychiatr Res 2005a; 39: 101-8.
- 2715 • Steinert T, Veit F, Schmid P, Snellgrove BJ, Borbe R. Participating in mobility: People with
2716 schizophrenia driving motorized vehicles. Psychiatry Res 2015; 228: 719-23.
- 2717 • Verster JC, Mets MA. Psychoactive medication and traffic safety. Int J Environ Res Public
2718 Health 2009; 6: 1041-54.
- 2719 • Vervloet M, de Jong JD, van Dijk L. Rijgevaarlijke geneesmiddelen en verkeersdeelname:
2720 meningen van consumenten en professionals. Utrecht: NIVEL; 2007.
- 2721 • Waller JA. Chronic medical conditions and traffic safety: review of the California experience.
2722 N Engl J Med 1965; 273: 1413-20.
- 2723 • Weeghel J van. Evidence-based interventies implementeren: Een grootschalig project in de
2724 Verenigde Staten. In: Havenaar J, Splunteren P, Wennink J, red. Koersen op kwaliteit in de
2725 GGZ. Assen: Van Gorcum; 2008. pp. 173-89.
- 2726 • Wells GA, Shea B, O'Connell D, Petersen J, Welch V, Losos M, e.a. The Newcastle-Ottawa
2727 Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. Ottawa:
2728 Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa; 2009.
2729 http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.htm
- 2730 • Werf B van der, Goedhart A, Huiberts S. Signaleringsplannen; naar minder agressie en dwang
2731 in de psychiatrie. Amsterdam: Pearson Benelux Clinical; 1998.
- 2732 • Wolf MM de. Rijgeschiktheid bij psychiatrische aandoeningen; literatuuroverzicht en
2733 consequenties voor de praktijk. Tijdschr Psychiatr 2010; 52: 555-64.
- 2734 • Wylie KR, Thompson DJ, Wildgust HJ. Effects of depot neuroleptics on driving performance in
2735 chronic schizophrenic patients. J Neurol, Neurosurg Psychiatry 1993; 56: 910-3.

2736 **Bijlagen**

2737

2738 **Bijlage 1** **Search history rijgeschiktheid bij psychose**

2739

2740 *PsycINFO*

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S8	S5 AND S6	Limiters - Publication Type: All Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	122
S7	S5 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	129
S6	S1 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	145,998
S5	S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	22,682
S4	(DE "Neuroleptic Drugs" OR DE "Aripiprazole" OR DE "Clozapine" OR DE "Molindone" OR DE "Nialamide" OR DE "Olanzapine" OR DE "Quetiapine" OR DE "Reserpine" OR DE "Risperidone" OR DE "Spiroperidol" OR DE "Sulpiride" OR DE "Tetrabenazine") OR TI (Antipsychotic drugs OR antipsychotics OR antipsychotic agents OR neuroleptic drugs OR antischizophrenic drugs OR psychoactive medication*) OR KW (Antipsychotic drugs OR antipsychotics OR antipsychotic agents OR neuroleptic drugs OR antischizophrenic drugs OR psychoactive medication*)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	30,748
S3	TI (driving OR drivers OR "road safety" OR traffic OR "crash involvement" OR "highway safety") OR KW (driving OR drivers OR "road safety" OR traffic OR "crash involvement" OR "highway safety")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	16,073
S2	DE "Driving Under the Influence" OR DE "Accidents" OR DE "Motor Traffic Accidents" OR DE "Accident Prevention" OR DE "Highway Safety" OR DE "Driving Behavior" OR DE "Aggressive Driving Behavior" OR DE "Driver Distraction" OR DE "Driving Under the Influence"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	17,556
S1	(DE "Psychosis" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Acute Schizophrenia" OR DE "Schizophreniform	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen -	132,412

Disorder" OR DE "Schizoaffective Disorder" OR DE "Delusions" OR DE "Hallucinations") OR TI ("delusional disorder*" OR severe mental ill* OR severe mental disorder* OR psychotic OR psychosis OR psychoses OR schizo*) OR KW ("delusional disorder*" OR severe mental ill* OR severe mental disorder* OR psychotic OR psychosis OR psychoses OR schizo*)		Advanced Search Database - PsycINFO	
--	--	--	--

searchhistory/Pri

1ALi5ngFZxMTn1

2741

2742 Vanaf 2009: 30 artikelen.

2743

2744 PubMed

2745 Recent queries

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#14	Add	Search (#13 NOT (animals [mh] NOT humans [mh]))	500	06:01:24
#13	Add	Search (#8 OR #12)	517	06:00:29
#12	Add	Search (#11 AND #7)	139	06:00:14
#11	Add	Search (#9 OR #10)	58774	05:59:53
#10	Add	Search ("Antipsychotic drugs" [tiab] OR antipsychotics [tiab] OR "antipsychotic agents" [tiab] OR "neuroleptic drugs" [tiab] OR neuroleptics [tiab] OR "antischizophrenic drugs" [tiab] OR "psychoactive medication" [tiab])	29318	05:59:43
#9	Add	Search "Antipsychotic Agents"[Mesh]	46948	05:59:13
#8	Add	Search (#4 AND #7)	433	05:58:14
#7	Add	Search (#5 OR #6)	138555	05:58:03
#6	Add	Search (Driving [tiab] OR drivers [tiab] OR "road safety" [tiab] OR traffic [tiab] OR "crash involvement" [tiab] OR "highway safety" [tiab])	113342	05:57:19
#5	Add	Search (("Accidents, Traffic"[Mesh]) OR "Driving Under the Influence"[Mesh]) OR "Automobile Driving"[Mesh:NoExp]	47417	05:56:58
#4	Add	Search (#1 OR #2 OR #3)	180489	05:41:16
#3	Add	Search "Schizophrenic Psychology"[Mesh]	30514	05:40:56
#2	Add	Search ("delusional disorder" [tiab] OR "delusional disorders" [tiab] OR psychotic [tiab] OR psychosis [tiab] OR psychoses [tiab] OR schizophrenia [tiab] OR schizophrenic [tiab])	143243	05:40:38
#1	Add	Search "Psychotic Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Schizophrenia"[Mesh] OR "Hallucinations"[Mesh] OR "Delusions"[Mesh]	132137	05:40:17

enabled

2746

2747 Vanaf 2009: 239 artikelen.

2748

2749 Cochrane

2750 Date Run: 03/11/16 10:35:13.33

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Psychotic Disorders] this term only	1596
#2	MeSH descriptor: [Schizophrenia] explode all trees	5467
#3	MeSH descriptor: [Hallucinations] explode all trees	255
#4	MeSH descriptor: [Schizophrenic Psychology] explode all trees	1950
#5	"delusional disorder*" or severe mental ill* or severe mental	15926

	disorder* or psychotic or psychosis or psychoses or schizo*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	
#6	MeSH descriptor: [Delusions] explode all trees	137
#7	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6	16041
#8	MeSH descriptor: [Driving Under the Influence] explode all trees	9
#9	MeSH descriptor: [Automobile Driving] explode all trees	764
#10	MeSH descriptor: [Accidents, Traffic] this term only	466
#11	driving or drivers or "road safety" or traffic or "crash involvement" or "highway safety":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	8751
#12	#8 or #9 or #10 or #11	8751
#13	MeSH descriptor: [Antipsychotic Agents] explode all trees	4330
#14	"Antipsychotic drugs" or antipsychotics or "antipsychotic agents" or "neuroleptic drugs" or "antischizophrenic drugs" or "psychoactive medication" or "psychoactive drugs":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	6203
#15	#13 or #14	6203
#16	#7 and #12	119
#17	#15 and #12	56
#18	#16 or #17	142

2751

2752 There are 10 results from 9603 records for your search on #18 - #16 or #17 in Cochrane Reviews in
2753 the strategy currently being edited.

2754

2755 There are 130 results from 984305 records for your search on #18 - #16 or #17 in Trials in the
2756 strategy currently being edited.

2757

2758 In totaal 140 referenties uit Cochrane geïmporteerd.

2759 Vanaf 2009: 99 artikelen.

2760

2761 *EMBASE*

☐	# ▼	Searches	Results	Type	Annotations
☐	15	10 or 14	960	Advanced	
☐	14	9 and 13	515	Advanced	
☐	13	11 or 12	249073	Advanced	
☐	12	(antipsychotic drugs or antipsychotics or antipsychotic agents or neuroleptic drugs or antischizophrenic drugs or psychoactive medication or psychoactive drugs).m_titl.	9899	Advanced	
☐	11	exp neuroleptic agent/	248306	Advanced	
☐	10	4 and 9	572	Advanced	
☐	9	5 or 6 or 7 or 8	81092	Advanced	
☐	8	(driving or drivers or road safety or traffic or crash involvement or highway safety).m_titl.	31299	Advanced	
☐	7	exp traffic accident/	53175	Advanced	
☐	6	exp driving ability/	6463	Advanced	
☐	5	car driving/	13303	Advanced	

☐	4	1 or 2 or 3	267073	Advanced	
☐	3	exp psychosis/	256187	Advanced	
☐	2	exp schizophrenia/	169405	Advanced	
☐	1	(delusional disorder* or severe mental ill* or severe mental disorder* or psychotic or psychosis or psychoses or schizo*).m_titl.	124714	Advanced	

2762 Vanaf 2009: 423.

2763

2764 **Totalen:**

2765 PsycINFO: 122

2766 PubMed: 500

2767 Cochrane: 140

2768 EMBASE: 960

2769 Totaal: 1722

2770

2771 Ontdubbeld en 284 dubbele referenties verwijderd. Blijven over: 1438 referenties.

2772 Vanaf 2009: 671 referenties.

2773

2774

2775 **Bijlage 2** **Reviewprotocol voor Driving risks and protective factors**

2776

Topic	Uitwerking
<i>Review question(s)</i>	Review question 1: Which factors affects the ability to drive safely of persons with a psychotic disorder (and possible comorbid disorder)? Review question 3: What are the driving risks of the different types of pharmacological treatment of psychotic disorder (and possible comorbid condition)? <i>(Uitgangsvraag 1: Welke factoren zijn van invloed op de rijgeschiktheid bij personen met een psychotische stoornis en eventuele comorbide psychische aandoeningen?)</i> <i>Uitgangsvraag 3: Wat zijn verkeersrisico's van verschillende typen geneesmiddelen bij psychotische problematiek en eventuele comorbide aandoeningen?)</i>
<i>Sub-question(s)</i>	Is it useful to connect the risks to time periods? <i>(Is het zinvol de risico's aan termijnen te koppelen)</i>
<i>Objectives</i>	Summarise risks and protective factors that (could) lead/prevent accidents while driving with a psychotic disorder (and comorbid condition) (under the influence of pharmacological treatment of the psychotic disorder).
Criteria for considering studies for the review	
• <i>Types of participants</i>	- Adults with a psychotic disorder (with a co-morbid disorder) and drive in traffic (under the influence of pharmacological treatment) - No drug use - People may have comorbid conditions, if there is disaggregated data reported for these groups they will be described separately
• <i>Intervention</i>	- Symptom related to the illness or co-morbid conditions - General skills and factors - Medication for the treatment of a psychosis
• <i>Comparator</i>	- General population - Population which is not treated with medication, placebo, or a different type of medication for the treatment of a psychosis - No comparison group
• <i>Outcomes</i>	(Near) Accidents
• <i>Time</i>	-
• <i>Study design</i>	The following designs will be considered: Cohort Cross-sectional studies Randomized Controlled Trials (RCTs) Systematic Reviews / Meta-analyses

<i>Dosage</i>	-
<i>Study setting/country</i>	Western countries
<i>Search strategy</i>	Databases searched: Medline, PsychINFO, Embase en Cochrane Library Date limiters: oktober 2009 Exclusion criteria: N<10, only Dutch and English articles
<i>Study design filter used</i>	no
<i>Question specific search strategy</i>	no
<i>Searching other resources</i>	• Recent existing guidelines • Recent systematic reviews / meta-analyses • Checking references of included articles • Received from experts
<i>The review strategy</i>	The information specialist will carry out the search strategy. The reviewer will select the studies in two phases, based on the 'Criteria for considering studies for the review' above: 1. Based on title and abstract. When included or in doubt: 2. based on full text. Confidence in results will be based on the strength of the design from which the results are derived. A second reviewer is available for cross-checking, help and advice. We will update the search from the 'Advies nota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en psychose' (1998 en oktober 2009 in Medline, Psychinfo, Embase en Cochrane Library). This search will only give insight to risk factors. It will not give insight into general skills and protective factors when driving, as member of the GDG (Marieke Pijnenborg) will collect en describe research on this topic. All research found on the effects of pharmacological treatment will be kept separate and if the GDG does not have enough information on answering the third review question, the research can be used.

Topic	Uitwerking
Review question(s)	Review question 2: How can a person with a psychotic disorder be assessed if he/she can drive safely? <i>(Uitgangsvraag 2: Op welke wijze kan bij volwassen personen met psychotische problematiek worden bepaald of verantwoorde deelname aan het verkeer mogelijk is?)</i>
Sub-question(s)	Is there a(n) instrument/method that can determine whether a person with a psychotic disorder can drive safely? <i>(Kan bij volwassen personen met psychotische problematiek een maat worden bepaald die aangeeft of verantwoorde deelname aan het verkeer mogelijk is?)</i>
Objectives	• To identify existing instruments • To identify the most effective method(s) for assessing if a person may drive
Criteria for considering studies for the review	
• <i>Types of participants</i>	• Adults with a psychotic disorder (with a co-morbid disorder) and want to drive in traffic (under the influence of pharmacological treatment) • No drug use • People may have comorbid conditions, if there is disaggregated data reported for these groups they will be described separately
• <i>Intervention</i>	Screening/diagnostic instrument or method. This should be an instrument or a method to determine whether a person is fit to drive (yes/no) or an instrument which assesses symptoms of the disorder (a link must be made with fitness to drive).
• <i>Comparator</i>	Reference standard: • Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) procedure (operationalisation of optimal clinical expert judgement) • Clinical judgement (based on the DSM or ICD) • Structured Clinical Interview (based on the DSM or ICD) • No instrument, e.g. just a description of how the instrument was developed and validated.
• <i>Outcomes</i>	A description of how the instrument was developed and validated. And if available: • Sensitivity (Se) • Specificity (Sp) • Positive Predictive Value (PPV) • Negative Predictive Value (NPV) • Area under the Curve (AUC)

	• % correct / hit ratio
• <i>Time</i>	-
• <i>Study design</i>	The following designs will be considered: • Cross-sectional studies • Randomized Controlled Trials (RCTs) • Psychometric evaluation • None of the above (just a description of how the instrument was developed and validated or if it predicts driving safety) • Qualitative studies (for the evidence to recommendations and as input for the qualitative method)
• <i>Dosage</i>	-
• <i>Study setting/country</i>	Western countries
<i>Search strategy</i>	Databases searched: Medline, Psycinfo, Embase en Cochrane Library Date limiters: oktober 2009
<i>Study design filter used</i>	no
<i>Question specific search strategy</i>	no
<i>Searching other resources</i>	• Recent existing guidelines • Recent systematic reviews / meta-analyses • Checking references of included articles • Received from experts • Qualitative method (e.g. focusgroup)
<i>The review strategy</i>	The information specialist will carry out the search strategy. The reviewer will select the studies in two phases, based on the 'Criteria for considering studies for the review' above: 1. Based on title and abstract. When included or in doubt: 2. based on full text. Confidence in results will be based on the strength of the design from which the results are derived. A second reviewer is available for cross-checking, help and advice. We will update the search from the 'Advies nota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en psychose' (1998 tot oktober 2009 in Medline, Psycinfo, Embase en Cochrane Library). The found instruments will answer the sub-question and help inform the qualitative method that will answer the Review question.

2779

2780

2781

2782 **Bijlage 4 Tabellen hoofdstuk 2**

2783

2784 **Tabel 2.2 Samenstelling werkgroep RijP**

<i>Naam</i>	<i>Functie</i>	<i>Organisatie</i>
Drs. Widel van Son	Klinisch psycholoog	GGNet
Prof. dr. Marieke Pijnenburg (vicevoorzitter)	GZ-psycholoog, professor of Clinical Psychology	Rijksuniversiteit Groningen
Dhr. Matthijs van Bortel	Vertegenwoordiger cliëntperspectief	Anoiksis
Prof. dr. Philippe Delespaul	Klinisch psycholoog, professor Innovations in Mental Health	Mondriaan, Maastricht University
Prof. dr. Wiebo Brouwer	Em. hoogleraar Verkeersgeneeskunde en Neuropsychologie	Rijksuniversiteit Groningen
Drs. Frank van Es	Psychiater	UMCG
Drs. Bettina Jacobsen	Psychiater, client centered psychotherapeut	Pro Persona
Drs. Jannie den Hoed	Psychiater	Emergis
Prof. dr. Han de Gier	Em. hoogleraar Farmaceutische Patiëntenzorg	Rijksuniversiteit Groningen
Drs. Dorothé van Slooten	Projectleider, gezondheidswetenschapper	Kenniscentrum Phrenos

2785

2786 **Tabel 2.3 Adviseur Adviesnota RijP**

<i>Naam</i>	<i>Functie</i>	<i>Organisatie</i>
Prof. dr. Jan Ramaekers	Professor of Psychopharmacology and Behavioral Toxicology	Maastricht University

2787

2788 **Tabel 2.4 Samenstelling focusgroep psychiaters Adviesnota RijP**

<i>Naam</i>	<i>Functie</i>	<i>Organisatie</i>
Drs. Willem Sondermeijer	Psychiater, keuringsarts	Emeritus
Drs. Sander de Vries	Psychiater	GGz Noord-Holland-Noord
Drs. Manouche van Alst	Psychiater	Altrecht
Dr. Bouke Sterk	Psychiater, onderzoeker	Pro Persona, AMC
Drs. Harm Gijsman	Psychiater	Pro Persona
Drs. Maarten Koenen	Psychiater	Reinier van Arkel
Prof. dr. Wim Veling	Psychiater	UMCG

2789

2790 **Tabel 2.5 Methodologische ondersteuning**

<i>Naam</i>	<i>Functie</i>	<i>Organisatie</i>
Drs. Dorothé van Slooten	Projectleider en richtlijnadviseur	Kenniscentrum Phrenos

Drs. Matthijs Oud	Reviewer	Trimbos-instituut
Drs. Jolanda Meeuwissen	Reviewer	Trimbos-instituut
Drs. Daniëlle Meije	Onderzoeker kwalitatieve data	Trimbos-instituut
Angita Peterse	Informatiespecialist	Trimbos-instituut
Tinka Verweij	Projectassistent en notulist	Kenniscentrum Phrenos
Caroline Huisman	Kenniscentrum Phrenos	

2791

2792 **Tabel 2.6** GRADE-factoren voor downgraden en upgraden

2793

2794 Het niveau van de kwaliteit van het bewijs (zeer laag, laag, matig en hoog) verwijst naar de mate
2795 van vertrouwen dat men heeft in de schatting van het effect van een behandeling.

 We <i>downgraden</i> het niveau van de kwaliteit van bewijs van studies met een hoge uitgangspositie (RCT's), bij:	 We <i>upgraden</i> het niveau van de kwaliteit van bewijs van observationele studies bij:
1. Beperkingen in de onderzoeksopzet of uitvoering (<i>study limitations</i>): hierbij gaat het om de methodologische kwaliteit. Voorbeelden zijn dat de randomisatieprocedure niet optimaal was, dat beoordelaars van subjectieve uitkomsten niet geblindeerd waren, dat er selectief is gerapporteerd over de uitkomsten en dat er veel uitvallers waren.	1. Een groot effect (<i>large magnitude of effect</i>): hiervan is sprake als er in de resultaten een groot effect of een sterk bewijs van associatie gevonden wordt. Dit kan tot uitdrukking komen in de hoogte van het relatieve risico (RR).
2. Inconsistentie van de resultaten (<i>inconsistency</i>): hierbij gaat het om heterogeniteit van de resultaten van verschillende studies. Er kunnen beperkingen zijn als er een grote variatie is in de schattingen van het effect van een behandeling of als er nauwelijks overlap is tussen de 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI's).	2. Mogelijke confounders die het 'ware' effect verminderd hebben (<i>plausible confounding</i>): hiervan kan sprake zijn als er een achterliggende variabele is, zoals de ernst van de aandoening van de patiënten die met het onderzoek meedoen, die van invloed is op het effect van de interventie.
3. Indirect bewijs (<i>indirectness</i>): er worden twee soorten indirect bewijs onderscheiden. Enerzijds gaat het om indirecte vergelijkingen, bijvoorbeeld wanneer er alleen interventies met een placebo worden vergeleken en geen interventies met elkaar worden vergeleken. Anderzijds gaat het om verschillen in patiëntenpopulatie, inhoud van de interventie of keuze van de uitkomstmaten tussen de beschikbare studies en de uitgangsvraag die in de richtlijn wordt gesteld.	3. Bewijs van een verband tussen de dosering en de respons (<i>dose-response gradient</i>): hiervan kan sprake zijn als een hogere dosering van een bepaald medicijn meer effect geeft.
4. Onnauwkeurigheid van de resultaten (<i>imprecision</i>): hierbij gaat het om de onzekerheid van de uitkomst, bijvoorbeeld als de 95%-BI's heel breed zijn vanwege kleine patiëntenaantallen.	

 We downgraden het niveau van de kwaliteit van bewijs van studies met een hoge uitgangspositie (RCT's), bij:	 We upgraden het niveau van de kwaliteit van bewijs van observationele studies bij:
5. Kans op selectieve publicatie (<i>publication bias</i>) van onderzoeken of uitkomstmaten. Een voorbeeld van een beperking is wanneer niet <i>alle studies</i> gepubliceerd worden, bijvoorbeeld kleine studies die geen effecten ten gunste van de interventie konden aantonen.	

BI = betrouwbaarheidsinterval. GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

Tabel 2.7 Bepaling van sterkte van aanbeveling volgens GRADE

<i>Sterkte van aanbeveling</i>	<i>Kwaliteit wetenschappelijk bewijs: graad van evidence</i>
1A = sterke aanbeveling	Hoge graad evidence: RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidence van observationele onderzoeken
1B = sterke aanbeveling	Matige graad evidence: RCT's met beperkingen of sterke evidence vanuit observationele onderzoeken
1C = sterke aanbeveling	Lage of zeer lage graad evidence: Uitkomsten van observationele onderzoeken of caseonderzoeken of RCT's met veel beperkingen
2A = zwakke aanbeveling	Hoge graad van evidence: RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidence van observationele onderzoeken
2B = zwakke aanbeveling	Matige graad van evidence: RCT's met beperkingen of sterke evidence vanuit observationele onderzoeken
2C = zwakke aanbeveling	Lage of zeer lage graad evidence: Uitkomsten van observationele onderzoeken of caseonderzoeken of RCT's met veel beperkingen

GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.
RCT = gerandomiseerde gecontroleerde trial.

2803
2804
2805
2806
2807
2808
2809
2810
2811
2812
2813
2814
2815
2816
2817
2818
2819
2820
2821
2822
2823
2824
2825
2826
2827
2828
2829
2830
2831
2832
2833
2834
2835
2836
2837
2838
2839
2840
2841
2842
2843
2844
2845
2846
2847

Bijlage 5.1 Focusgroep van behandelaars en keuringsartsen

De deelnemers zijn allen van mening dat geen enkel symptoom per definitie relevant is voor het bepalen van de rijgeschiktheid, maar dat elk symptoom op zich wel degelijk relevant kan zijn. Een voorbeeld: iemand kan chronisch hallucinaties hebben, maar alleen in de slaapkamer. Dit heeft geen gevolgen voor rijgeschiktheid. Anders wordt het als iemand voortdurend zeer indringende stemmen hoort die de concentratie voortdurend belasten. Dit zal de rijgeschiktheid wel degelijk negatief beïnvloeden. Overigens worden hiermee nadrukkelijk niet alleen de symptomen van een psychotische stoornis bedoeld.

De recidievrije periode: Men is unaniem van mening dat hieraan in de huidige regeling te veel waarde wordt gehecht. Doordat de recidievrije termijn als belangrijkste criterium wordt genomen, speelt het oordeel van een keuringsarts of behandelaar over het huidige toestandsbeeld en beloop binnen de recidievrije periode geen enkele rol. De regeling is daardoor onnodig beperkend voor mensen die snel herstellen en bijvoorbeeld na een paar weken weer de oude zijn. Psychose kan een ernstige stoornis zijn, maar in de praktijk is er een breed spectrum tussen een gunstig beloop en ernstige beperking. De behandelaars zijn het erover eens dat het terugkrijgen van het rijbewijs niet aan een recidievrije termijn te koppelen is, het gaat vooral om het beschikken over het benodigde kritisch besef en de benodigde vaardigheden. De verschillen tussen patiënten zijn te groot om algemene uitspraken over te doen: bij sommigen die vaker korte psychoses hebben kan na een paar dagen alles weer normaal zijn; echter, er zijn mensen die na een eenmalige episode een jaar last houden van ernstige aandachtbeperkingen.

5.1.1 Relevante symptomen voor de rijgeschiktheid en het meten ervan

Symptomen worden hier breed opgevat. De beïnvloedende factoren zoals beschreven in de huidige Regeling 2000 zoals therapietrouw, ziekte-inzicht en medicatiegebruik worden meegenomen.

Generieke symptomen

Symptomen die de rijgeschiktheid beïnvloeden, zijn niet zozeer de specifieke symptomen van een psychotische stoornis. Het gaat eerder om generieke symptomen zoals onrust, impulsiviteit, angst, aandachtstekort, traagheid, ontremming, labiliteit en sedatie. Het is volgens de experts niet zinvol om aan de hand van de diagnostische classificatie de symptomen te meten. Van betekenis is de mate waarin iemand wordt beïnvloed door de symptomen en/of een verminderd vermogen tot zelfreflectie waardoor autorijden onverantwoord is. Dus niet zozeer of er sprake is van specifieke psychotische kenmerken zoals hallucinaties of wanen.

De vraag is hoe behandelaar en keuringsarts een inschatting kunnen maken van de ernst van deze symptomen en hun invloed op rijgeschiktheid. Kan iemand met impulsiviteit die zodanig beheersen en hanteren dat het verkeersgedrag veilig blijft? Hoe gaat het rijden als de aandacht door stemmen wordt afgeleid? Is dit vergelijkbaar met autorijden met kleine kinderen op de achterbank? In hoeverre laat iemand zich afleiden, in hoeverre kan men zich afsluiten voor lawaai of appel op de aandacht? Het gaat hier niet alleen om de beperkingen, maar om de vaardigheden waarover men beschikt in het beheersen van impulsen en het op het verkeer gericht houden van de aandacht. Alle chauffeurs hebben te maken met afleidende factoren, zoals radio, navigatie, telefoon. Het is bekend dat met name deze afleiding een belangrijke risicofactor is in het verkeer, en hallucinaties of matig ernstige waanideeën zijn in dat kader relevant. Een gesprek met keuringsarts geeft hierop

2848 onvoldoende zicht, een rijtest zou mogelijk een beter beeld geven.
2849 De (visuele) informatieverwerkingssnelheid lijkt met name relevant, dit geldt natuurlijk ook voor
2850 andere groepen, zoals ouderen met cognitieve stoornissen. Men raadt bij die groep aan dit met
2851 behulp van een rijtest te meten, dus dat zou hier ook kunnen. Het gaat dan ook om het beoordelen
2852 van de vaardigheden om deze beperking te compenseren: rustiger rijden, meer vooruitkijken. Ook
2853 hierbij kan een keuringsarts op grond van het gesprek geen uitspraken doen. Een rijtest of een test in
2854 een rijsimulator zou in dit geval wellicht meer uitsluitsel kunnen geven bij het bepalen van de
2855 rijgeschiktheid.

2856

2857 Ziekte-inzicht

2858 Ziekte-inzicht wordt in de huidige regeling genoemd als belangrijke factor in de beoordeling van
2859 rijgeschiktheid. Het is echter in de ogen van de experts een te algemeen begrip. De relevantie voor
2860 rijgeschiktheid gaat vooral over het volgende: tijdig een terugval in een psychose (en dan niet kunnen
2861 rijden) kunnen voorkomen door inzicht in de voortekenen en het vermogen om de eigen actuele
2862 rijgeschiktheid te beoordelen. Het is hierbij vooral van belang dat iemand zelf de risico's kan
2863 inschatten. Relevant is of de cliënt zich realiseert dat zijn psychische toestand op bepaalde
2864 momenten zijn rijgeschiktheid kan beïnvloeden. Het signaleringsplan kan hierbij een hulpmiddel zijn.
2865 Dit is een instrument in de behandeling om overzicht te krijgen op voortekenen van ontregeling, op
2866 de eigen mogelijkheden en die van de omgeving dit tijdig bij te sturen. Dit kan een goed middel zijn
2867 om bij de beoordeling en bespreking van rijgeschiktheid te betrekken. Veel cliënten zullen namelijk
2868 retrospectief kunnen beoordelen of ze tijdens hun psychotische episode wel of niet konden rijden.
2869 Dit inzicht kan in een signaleringsplan opgenomen worden en leidend zijn voor behandelaar of
2870 naasten bij het bespreken/bepalen van de rijgeschiktheid van een cliënt bij een (naderende)
2871 psychose. Dit inzicht is relevanter dan het toestandsbeeld tijdens keuring; de keurling zal daar over
2872 het algemeen een goed moment in het beloop voor kiezen.

2873

2874 5.1.2 Wat is de rol van de keuringsarts?

2875 Welke informatie en welke middelen heeft de keuringsarts nodig om op verantwoorde wijze een
2876 keuring te kunnen doen?

2877 In de huidige situatie is er nog geen standaardvragenlijst die alle keuringsartsen gebruiken. De
2878 experts vinden het wenselijk dat een dergelijke lijst wel wordt ontwikkeld. In een dergelijke
2879 vragenlijst zouden de volgende factoren meegenomen moeten worden. De keuringsarts moet
2880 beschikken over adequate achtergrondinformatie om de situatie van de cliënt te kunnen beoordelen.
2881 Een gesprek alleen geeft onvoldoende informatie. De cliënt, zijn of haar naasten, de huisarts en/of de
2882 behandelaar kunnen de gewenste gegevens aanleveren¹⁴.

2883

2884 Benodigde informatie

- 2885
- 2886 • Hoe reageerde de cliënt in een voorgaande psychotische episode. Liet hij of zij de auto staan
of ging hij of zij gevaarlijke dingen doen? Dit kan een voorspeller zijn voor de toekomst.
 - 2887 • Heeft de cliënt voldoende inzicht op de invloed van symptomen op de rijgeschiktheid? Het
2888 gaat hier om onrust, traagheid, afleidbaarheid, impulsiviteit, angst, aandacht- en

¹⁴ Informatie hierover kan ook in de aantekening/bijlage van de behandelend arts/het behandelteam bij de Gezondheidsverklaring worden gevoegd. Als dit voldoende informatief is in het licht van de Regeling Eisen Geschiktheid 2000, is verwijzing naar een onafhankelijk keuringsarts niet nodig.

- 2889 concentratieproblemen en paranoia ten aanzien van andere weggebruikers. De mate is
2890 hierin bepalend: enige onrust hoeft de rijgeschiktheid niet te beïnvloeden.
- 2891 • Is er een verandering in rijgedrag bij psychose? Voorbeeld: als een cliënt al tien jaar
2892 hallucineert zonder dat dit gevolgen heeft voor zijn zelfstandig functioneren in werk en gezin,
2893 dan kan hij rijden.
- 2894 Als iemand juist erg onrustig en gejaagd wordt tijdens een psychose, dan vermindert dat de
2895 rijgeschiktheid.
- 2896 • In hoeverre is een cliënt bewust van eventuele gedragsveranderingen bij ontregeling en
2897 handelt hij hiernaar? Kan hij een risico-inschatting maken?
- 2898 • Hoe stabiel is de cliënt? Hoe vaak raakt hij of zij ontregeld en hoe snel herstelt hij of zij?
- 2899 • Hoe is het met het medicatiegebruik? Hoe lang gebruikt de cliënt de medicatie? Is er sprake
2900 van bijwerkingen als slaperigheid?
- 2901 • Is er een actueel signaleringsplan waarin is opgenomen het eigen zicht op rijgeschiktheid?
- 2902

2903 De keuringsarts kan de rijgeschiktheid slechts in gesprek met de cliënt (en de naasten) - en na het
2904 vergaren van de benodigde informatie - beoordelen. De experts zijn van mening dat de keuringsarts
2905 meer ruimte zou moeten krijgen in de regeling zodat hij of zij in samenspel met de behandelaar tot
2906 een op de individuele situatie van de cliënt toegesneden oordeel kan komen. Bij twijfel moet een
2907 keuringsarts een cliënt te allen tijde kunnen verwijzen naar een rijtest of een rijsimulatie.

2908 De behandelaars zijn van mening dat de mogelijkheden van het gebruik van een rijsimulator bij het
2909 bepalen van de rijgeschiktheid onderzocht moeten worden. Momenteel bieden rij scholen jongeren
2910 onder de 18 jaar al de mogelijkheid om met behulp van virtual reality de rijvaardigheden te testen of
2911 te oefenen. Hulpdiensten maken gebruik van rij simulatoren voor bijscholing, bijvoorbeeld de
2912 chauffeurs van brandweerwagens.

2913 De rijsimulator is mogelijk een goed (betaalbaar) alternatief voor de rijtest omdat deze een
2914 gestandaardiseerde test kan bieden, waarbij relevante varianten ingevoerd kunnen worden zoals
2915 drukte, of afleiding. Zo kunnen juist de factoren waar twijfels over bestaan, getest worden.
2916 Bovendien wordt er een standaardrapportage geleverd die duidelijke feedback geeft over het
2917 rijgedrag. Er is nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de meest effectieve test: middels
2918 rijsimulator dan wel met instructie in het verkeer. De financiële consequenties kunnen hierin
2919 meegenomen worden.

2920

2921 5.1.3 Wat moet de rol zijn van de behandelaar?

2922 Welke taken en verantwoordelijkheid heeft de behandelaar bij het bespreken, bepalen en
2923 beoordelen van de rijgeschiktheid van de cliënten?

2924 Het is evident dat een goede samenwerking tussen behandelaar en cliënt (en de naasten) altijd
2925 belangrijk is, dat geldt uiteraard ook als het gaat om het beoordelen en bepalen van rijgeschiktheid.
2926 Een eerlijke open houding van de behandelaar is wezenlijk, waarbij duidelijk moet zijn dat de
2927 behandelaar in principe niet de uiteindelijke beoordelaar en beslisser is. De behandelaar staat in
2928 principe voor het belang van de cliënt en onderkent het belang van een rijbewijs voor deelname aan
2929 werk, sociale contacten, betekenisvolle activiteiten. Wel heeft een behandelaar een rol in het
2930 inschatten van mogelijk gevaar.

2931 Doorgaans komen cliënten het zelf melden wanneer zij problemen hebben bij het verkrijgen of
2932 terugkrijgen van het rijbewijs. De behandelaar kan hier echter ook een proactieve rol in hebben.
2933 Periodiek informeren bij de cliënt naar diens mogelijkheden op het terrein van de mobiliteit is van

2934 belang omdat deze samenhangt met participatiemogelijkheden op gebied van arbeid, familie/sociale
2935 contacten, betekenisvolle activiteiten. Zo kan een behandelaar een cliënt ook stimuleren om weer na
2936 te denken over bijvoorbeeld een herkeuring.

2937 Bij het bepalen van de rijgeschiktheid is de samenwerking tussen de behandelaar en de keuringsarts
2938 van groot belang. De behandelaar dient de keuringsarts van de benodigde informatie te voorzien. De
2939 behandelaar kan een rol hebben in situaties waarin hij of zij vindt dat de cliënt rijgeschikt is en zal de
2940 keuringsarts dan van informatie voorzien waaruit dit blijkt. Een keuringsarts kan de beoordeling
2941 echter niet uitvoeren zonder medewerking en informatie van de cliënt (en de naasten), de
2942 behandelaar en/of de huisarts.

2943 De behandelaar heeft, zoals beschreven, een rol bij het bepalen van de rijgeschiktheid in situaties
2944 waarbij gevaar dreigt. Hij of zij moet op dergelijke momenten proberen te voorkomen dat iemand
2945 gaat rijden, en indien nodig ingrijpen. Een subjectieve, maar relevante vraag die een behandelaar
2946 zichzelf bij twijfel kan stellen, is: 'Zou ik nu bij deze cliënt in de auto durven gaan zitten?'

2947

2948 [Aanvullende opmerkingen](#)

2949 [Functie signaleringsplan of WRAP bij keuringsprocedure](#)

2950 Het bespreken van een *signaleringsplan* (Van der Werf e.a. 1998) of *WRAP* (Copeland 2010) met
2951 patiënt door de keuringsarts ziet men als de effectiefste methode voor het bepalen van de
2952 rijgeschiktheid.

2953 Het is raadzaam om door een CBR-arts te laten toetsen of het signaleringsplan c.q. de WRAP een
2954 coherent verhaal vormt, waarna in een persoonlijk gesprek om toelichting kan worden gevraagd.

2955

2956 [Beroepschauffeurs](#)

2957 Beroepschauffeurs zoals taxi-, vrachtwagen- en buschauffeurs moeten zich lange tijd kunnen
2958 concentreren; ze zitten immers de hele dag op de weg. Door het grote aantal uren en de grote
2959 hoeveelheid kilometers lopen zij meer risico. Dit is een verschil met werknemers die een auto van de
2960 zaak gebruiken om naar een klus te rijden: deze chauffeur zit doorgaans korter achter het stuur.
2961 Hoe intensief de chauffeurs lange ritten ervaren en hoeveel stress dat voor hen met zich mee brengt,
2962 verschilt individueel sterk. Sommige chauffeurs vinden lange ritten juist ontspannend, omdat er
2963 bijvoorbeeld geen ingewikkelde sociale interacties zijn. Behandelaars kunnen hierbij doorgaans wel
2964 een inschatting maken en met hun cliënten bespreken, en vervolgens deze informatie aanleveren bij
2965 de keuringsarts.

2966 Een risicofactor voor deze groep is dat beroepschauffeurs in een werksituatie zich onder druk voelen
2967 staan om aan de slag te gaan, ook wanneer zij zich niet rijgeschikt voelen. Dit is een aandachtspunt in
2968 het gesprek met de behandelaar.

2969 Voor gewone chauffeurs én beroepschauffeurs kan de beoordeling van de rijgeschiktheid volgens de
2970 experts grotendeels op dezelfde manier vormgegeven worden. De afweging die een behandelaar of
2971 keuringsarts maakt, is dezelfde. Volgens de experts moeten uiteraard hogere eisen gesteld worden
2972 aan de rijtest: een zwaardere keuring is wenselijk. Het gaat dan om het rijden zelf.

2973 Onderzoek is nodig hoe de duur van de volgehouden aandacht meegenomen kan worden in de
2974 rijtest. Een complicerende factor is en blijft echter dat een acht uur durende rijtest of simulatie in
2975 praktijk moeilijk te organiseren is.

2976

2977 De experts zijn het erover eens dat behandelaars met name een informerende en adviserende rol
2978 hebben bij het bepalen van de rijgeschiktheid. Het bepalen en beoordelen valt in principe niet onder
2979 hun competentie. De behandelaar dient de cliënt goed voor te lichten en zich bewust te zijn van het

belang van deze informatie. Uiteindelijk beslist de cliënt zelf, maar hij of zij moet op de hoogte zijn van de regeling Rijgeschiktheid en het standpunt van de behandelaar kennen. Het moet voldoende duidelijk zijn dat de cliënt de verantwoordelijkheid heeft, en de gevolgen voor hem en eventueel andere weggebruikers zijn.

In geval van acuut gevaar, gelden er andere regels. De behandelaar heeft dan wel degelijk de plicht om te bepalen, te beoordelen en in te grijpen zoals beschreven in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Bopz. Dit zijn de situaties waarin een cliënt in dermate slechte doen is dat ingrijpen noodzakelijk is. Hier speelt dan het gevaarscriterium: iemand is een direct gevaar voor zichzelf en/of de omgeving. Het beoordelen van de rijgeschiktheid is relatief eenvoudig bij de extreme gevallen. Iedere behandelaar heeft cliënten in de spreekkamer bij wie het voor hem of haar direct duidelijk is: 'Deze persoon mag absoluut niet rijden' of juist 'Er is geen reden waarom deze persoon niet zou kunnen rijden'. Dit hoofdstuk gaat met name om het bepalen van de rijgeschiktheid voor de groep die niet aan de uiteinden van dit spectrum zit.

Dit is vooral het geval wanneer het functioneren van de cliënt (sterk) wordt beïnvloed door één of meerdere generieke symptomen zoals angst, onrust, impulsiviteit, concentratieproblemen, aandachtstekort, traagheid, ontremming, manie en sedatie. Dergelijke symptomen kunnen een reden zijn om een cliënt af te raden om te gaan rijden. Bij twijfel kan de behandelaar een cliënt aanraden om een 'informele test' te doen, zoals voorstellen om een half uurtje met een naaste te gaan rijden en te kijken hoe het gaat. Uiteraard gaat het telkens om een momentopname. Bij een wisselend beeld kan een week later de situatie volledig anders zijn. Ook een naaste kan moeite hebben een negatief advies uit te spreken.

De behandelaars vinden dat rijgeschiktheid een belangrijker plaats in het gesprek met cliënten zou moeten krijgen. Tegelijkertijd zijn ze zich ervan bewust dat dit geldt voor een lijst andere, net zo relevante onderwerpen. Behandelaars zijn zich ervan bewust dat zij hierin tekortschieten, maar schrijven dit toe aan de beperkte tijd van een consult gecombineerd met een vaak grote caseload. Vaak hebben andere onderwerpen prioriteit. Anderzijds weet men dat het een onderwerp is waarvan psychiaters onvoldoende op de hoogte zijn, en dus cliënten onvoldoende over informeren.

Bijlage 5.2 Focusgroep van cliënten en naasten

5.2.1 Hoe houdt u rekening met uw eigen rijgeschiktheid in goede en minder goede perioden?

Deelnemers aan de focusgroep van cliënten en naasten noemen een aantal (generieke) factoren die in hun ogen de rijgeschiktheid beïnvloeden, namelijk: spanning en stress, vermoeidheid, medicatiegebruik en -verandering en situatiespecifieke aspecten. Hoe en of deze factoren de rijgeschiktheid en het rijgedrag beïnvloeden, verschilt per persoon. Het gebruik van een signaleringsplan zou een middel kunnen zijn om de zelfreflectie en het omgaan met deze factoren op strategisch niveau te bepalen

Spanning en stress

Er is consensus in de focusgroep dat het huidige spannings- en stressniveau van belang is bij het bepalen van de eigen rijgeschiktheid. Volgens de aanwezigen zijn mensen die een psychose hebben doorgemaakt over het algemeen goed in staat om eventuele waarschuwingssignalen bij zichzelf te herkennen. Zij zullen wellicht voorzichtiger zijn in de keuze om al dan niet te gaan rijden, dan mensen die niet eerder in aanraking zijn geweest met de ggz. Mensen met psychotische ervaring(en) zijn bovengemiddeld alert op signalen die van invloed zijn op de rijgeschiktheid, zoals spanning en

3024 concentratieverlies. De verwachting is dat deze mensen wanneer dergelijke signalen optreden,
3025 eerder bij zichzelf nagaan of ze op dat moment rijgeschikt zijn.

3026 De gemiddelde Nederlander staat volgens de cliënten en naasten minder stil bij deze vraag.
3027 Overigens is het sterk afhankelijk van de persoon hoe iemand met spanning en stress omgaat. Voor
3028 de één is vijf minuten de auto stilzetten genoeg, een ander rijdt niet meer later op de middag en in
3029 de avond omdat de spanning gedurende de dag oploopt en voor weer een ander werkt autorijden
3030 juist ontspannend.

3031

3032 Vermoeidheid

3033 Vermoeidheid gaat bij het merendeel van de deelnemers gepaard met een verminderde concentratie
3034 en een tragere reacties, en wordt derhalve meegenomen in het bepalen van de eigen rijgeschiktheid.
3035 Voor enkele deelnemers is langdurige vermoeidheid en het optreden van voortekenen van een
3036 psychose aanleiding om de autosleutels in te leveren bij naasten.

3037

3038 Medicatiegebruik en -verandering

3039 De cliënten en naasten zijn unaniem van mening dat een verandering in medicatiegebruik van
3040 negatieve invloed is op de rijgeschiktheid. Ze zijn het ook eens met de huidige adviezen over het
3041 gebruik van rijgevaarlijke geneesmiddelen bij deelname aan het verkeer. Wel vinden ze het wenselijk
3042 dat hier door voorschrijvend arts en apotheker meer expliciet de invloed op rijgeschiktheid wordt
3043 benoemd.

3044

3045 Situatiespecifieke aspecten

3046 Cliënten en naasten zijn van mening dat bij het bepalen van de eigen rijgeschiktheid, naast klachten
3047 en symptomen, ook reisspecifieke aspecten mee gewogen moeten worden. Zo is voor enkelen een
3048 langere reisafstand reden om striktere normen te hanteren bij het bepalen van de rijgeschiktheid.
3049 Verder houdt men rekening met de tijd op de dag, de mentale belasting tussen heen- en terugreis,
3050 en de beschikbaarheid van naasten om mee te rijden.

3051

3052 Absolute grenzen

3053 De cliënten en naasten noemen enkele redenen om niet achter het stuur te stappen. Ze noemen dit
3054 'absolute grenzen'. Genoemd worden: 'levendige hallucinaties tijdens het rijden', 'wanen',
3055 'slaaptkort', 'meer dan anders last hebben van angst en depressie' en 'als iemand 'nee' moet
3056 zeggen op de vraag: 'Zou ik mezelf in mijn huidige staat tegen willen komen in het verkeer?'. Als
3057 men bij zichzelf merkt last te hebben van deze klachten kan de conclusie alleen maar zijn dat men op
3058 dat moment niet rijgeschikt is.

3059

3060 Ziekte-inzicht en signaleringsplan

3061 De cliënten en naasten hebben zich ook uitgesproken over het belang van ziekte-inzicht en
3062 ziektebesef. Hoewel ziektebesef van groot belang wordt geacht voor het inschatten van de
3063 rijgeschiktheid, kan er volgens het merendeel van de cliënten en naasten niet worden gesproken van
3064 een één-op-éénrelatie. Om van inzicht in rijgeschiktheid te spreken is volgens de cliënten en naasten
3065 tevens bewustzijn nodig van de generieke factoren die de rijgeschiktheid beïnvloeden. Ook dient een
3066 individu over vaardigheden te beschikken waardoor hij of zij op verantwoorde wijze met beperkingen
3067 kan omgaan. Het eerder besproken signaleringsplan benoemen de aanwezigen als aantoonbaar
3068 bewijs van inzicht in de eigen rijgeschiktheid. Uit een signaleringsplan blijkt immers dat iemand zich

enerzijds bewust is van de momenten waarop de rijgeschiktheid in gevaar is, en anderzijds duidelijk voor ogen heeft welke consequenties hieruit volgen.

Over het belang van het signaleringsplan bij het bepalen van de rijgeschiktheid zeggen verschillende cliënten en naasten dat ze bekend zijn met een signaleringsplan. Een aantal van hen meldt het signaleringsplan te 'doorlopen' voordat ze in de auto stappen. Unaniem zijn ze van mening dat het signaleringsplan bruikbaar is. Benadrukt wordt dat signalen van rij(on)geschiktheid sterk verschillen tussen individuen, zodat dit persoonlijk ingevuld moet worden. Dit signaleringsplan zou apart van het algemene signaleringsplan (gericht op terugvalpreventie) moeten worden opgesteld, in samenspraak met de behandelend arts.

De rol van naaste omgeving

Het betrekken van naasten bij het signaleringsplan is volgens de cliënten en naasten een waardevolle toevoeging. Dit biedt onder andere een uitkomst voor de momenten waarop cliënten zelf niet meer in staat zijn zich aan het signaleringsplan te houden. Een Wellness Recovery Action Plan (WRAP; Copeland 2010) sluit hier goed bij aan. Een WRAP gaat nog een stap verder dan een signaleringsplan: naasten committeren zich door middel van een handtekening aan het plan. Ze krijgen hiermee nadrukkelijke toestemming van de cliënt om in te grijpen op momenten dat het niet goed met iemand gaat. Door de verantwoordelijkheid op deze manier te verdelen over meerdere personen 'staat de cliënt er niet alleen voor'. Een tweede voordeel van een WRAP ten opzichte van een signaleringsplan is volgens één van de aanwezigen de grotere focus op het positieve (bijvoorbeeld 'wanneer kan ik wél autorijden' en 'wat is mijn 'toolbox'')?

Verschillende cliënten geven aan specifieke afspraken met naasten te hebben gemaakt over momenten waarop deze mogen ingrijpen. Naasten worden geïnstrueerd te letten op zowel voor psychose kenmerkende symptomen (als hallucinaties en wanen), als op meer algemene factoren die de rijgeschiktheid negatief kunnen beïnvloeden (zoals vermoeidheid en gespannenheid). Het merendeel van de cliënten en naasten is van mening dat het ingrijpen door naasten zowel gewenst als noodzakelijk is wanneer waarschuwingssignalen zichtbaar zijn. Dit 'ingrijpen' kan variëren van de vraag: 'Zou je nu wel gaan autorijden?' tot het in beslag nemen van de autosleutels. Naast een beschermende rol in (mogelijk) gevaarlijke situaties, hebben naasten ook een ondersteunende rol. De rol van naasten dient volgens de cliënten en naasten strikt beperkt te blijven tot ondersteuning en controle. Inspraak van naasten in het keuringsproces van het CBR werkt conflicten in de hand en brengt naasten in een onwenselijke positie. Eén van de naastbetrokkenen geeft aan dat het al ingewikkeld genoeg is om tegen iemand te zeggen: 'Zou je nu wel gaan rijden?'

Rol van de werkgever

Opgemerkt wordt dat in het geval van beroepsmatig rijden ook de werkgever een belangrijke ondersteunende rol kan spelen. Door de werkgever uit te leggen welke factoren van invloed zijn op de rijgeschiktheid en de consequenties die de werknemer hieruit trekt, kan er gezamenlijk worden gekeken naar een passende en verantwoorde manier om het beroepsmatig rijden voort te zetten. Werkgevers weten te weinig over rijgeschiktheid na een psychose. Deze tekortschietende kennis kan leiden tot uitspraken zoals 'Als je niet mag rijden, kan je dus ook geen apparaten bedienen'. Om dergelijke ongefundeerde uitspraken te voorkomen, stellen de cliënten en naasten voor een informatiebrochure te ontwikkelen voor werkgevers over rijgeschiktheid na psychose. Deze brochure moet specifiek gericht zijn op de onderwerpen die voor werkgevers relevant zijn.

3115 **Rijervaring**

3116 Cliënten en naasten pleiten voor een regeling waarin de rijervaring van een individu wordt
3117 meegenomen in het bepalen van de rijgeschiktheid. Zij menen dat jarenlange rijervaring een zekere
3118 mate van veiligheid met zich meebrengt. De vergelijking wordt gemaakt met zogeheten vliegers,
3119 zoals van toepassing bij piloten. Opgemerkt is dat beroepschauffeurs die een psychose hebben
3120 doorgemaakt, zelfs op mindere dagen wellicht beter zullen rijden dan de gemiddelde Nederlander.

3121
3122 **Rijsimulator**

3123 Over het gebruik van de rijsimulator lopen de meningen van de cliënten en naasten nogal uiteen.
3124 Opgemerkt wordt dat een rijsimulator met name een goede indicatie zou kunnen geven van het
3125 reactievermogen van iemand tijdens of na een psychose. Betwijfeld wordt of een rijsimulator een
3126 reëel beeld zal geven van de rijgeschiktheid. Een rijsimulator zou extra spanning teweeg kunnen
3127 brengen, gezien het een onbekende omgeving betreft. Ook wordt opgemerkt dat de schommelingen
3128 in rijgeschiktheid over de tijd niet worden gevangen met een eenmalige test in de rijsimulator. Dit
3129 geldt overigens ook voor een eenmalige rijtest.

3130
3131 Daarnaast dient men volgens cliënten en naasten in de procedure rond de beoordeling van
3132 rijgeschiktheid ook de volgende punten mee te nemen:

- 3133
- het functioneren tussen psychotische episoden;
 - het belang van rijden, bijvoorbeeld of de auto nodig is voor het woon-werkverkeer;
 - de mate van inspanning c.q. ontspanning gepaard gaande met het rijden.
- 3134
3135
3136
3137

3138 **5.2.2 Hoe kan de behandelaar het beste met u of uw naaste in gesprek gaan over rijgeschiktheid en**
3139 **medicatiegebruik?**

3140 Volgens cliënten en naasten moet aandacht voor rijgeschiktheid en bijbehorende wet- en regelgeving
3141 een standaardonderdeel zijn van de behandeling en begeleiding. Als eerste stap valt te denken aan
3142 het simpelweg stellen van de vraag: ‘Hoe bent u vandaag naar deze afspraak gekomen?’. Nog te vaak
3143 ontbreekt het in de behandeling aan informatie over rijgeschiktheid. Daardoor blijft het voor cliënten
3144 onduidelijk wanneer autorijden verantwoord en wettelijk toegestaan is: Hoe zit het met de wettelijke
3145 aansprakelijkheid?

3146 Gesteld wordt dat het van belang is om niet alleen te focussen op de keuring door het CBR, maar ook
3147 in gesprek te gaan over de manier waarop iemand bij zichzelf kan nagaan of autorijden op een
3148 bepaald moment verantwoord is. Het voorstel om samen met de behandelend arts een specifiek
3149 signaleringsplan gericht op rijgeschiktheid op te stellen, krijgt unanieme steun.

3150 De behandelend arts wordt geacht op empathische en begripvolle wijze met de cliënt te spreken
3151 over diens rijgeschiktheid. Indien het contact met de behandelend arts zich beperkt tot enkele
3152 gesprekken per jaar, kan deze overwegen het bespreken van de rijgeschiktheid over te laten aan
3153 andere hulpverleners (bijvoorbeeld casemanagers). De voorkeur van de cliënt zou bij deze
3154 overweging doorslaggevend moeten zijn. Van belang hierbij is dat de hulpverlener de psycho-
3155 educatie afstemt op de informatiebehoefte van de cliënt en naasten. Volgens de cliënten en naasten
3156 dient men ook aandacht te besteden aan: de invloed van medicatiegebruik, combinaties van
3157 verschillende medicijnen en van comorbiditeit op rijgeschiktheid. Gesteld wordt dat voor het naleven
3158 van huidige regelingen, het in eerste instantie noodzakelijk is te begrijpen wanneer en waarom het
3159 rijden een gevaar vormt.

3160 Cliënten en naasten hebben de volgende adviezen voor behandelaars:

- Bespreek met de cliënt welke invloed factoren zoals spanning en stress, vermoeidheid, medicatiegebruik en -verandering en situatiespecifieke aspecten hebben op zijn of haar rijgeschiktheid.
- Bespreek met de cliënt en naasten welke rol de naaste kan spelen bij het bepalen van de rijgeschiktheid en de daaruit voortvloeiende maatregelen.
- Bespreek met de cliënt welke rol een signaleringsplan en/of een WRAP kan hebben bij het bepalen van de rijgeschiktheid.

Advies van de behandelend arts

Het merendeel van de cliënten en naasten ziet de behandelend arts als degene met het beste zicht op de rijgeschiktheid van personen tijdens of na een psychose. Desondanks zou volgens cliënten en naasten de behandelend arts uiteindelijk geen verantwoordelijkheid moeten dragen bij het bepalen van de rijgeschiktheid. Een argument hierbij is dat een dergelijke situatie zal leiden tot scheve verhoudingen en wrijving. Dit kan het therapeutisch contact en eventuele behandeling in de weg komen te staan. Een voorstel dat door de cliënten en naasten wordt aangedragen, is om de behandelend arts de schriftelijke gegevens/informatie over diens rijgeschiktheid aan de cliënt te geven. Het zou vervolgens aan de cliënt moeten zijn om dit advies al dan niet over te dragen aan het CBR.

5.2.3 Hoe moet het CBR beoordelen of mensen met of na een psychose veilig kunnen rijden?

In de praktijk komt het weinig voor dat een behandelaar een cliënt naar het CBR stuurt omdat hij twijfelt over de rijgeschiktheid. Familie doet vaker meldingen bij het CBR. Eerder zal aan familie worden gevraagd de autosleutel van de cliënt een tijdje mee te nemen, of zal familie dit aan de politie vragen. In het laatste geval kan het gebeuren dat de politie de gegevens doorgeeft aan het CBR. Dit zijn doorgaans de extreme gevallen: de cliënten voor wie het duidelijk onverantwoord is om de weg op te gaan.

Ook de cliënten en naasten wijzen hierop en pleiten voor een kosteloze of op zijn minst goedkopere keuringsprocedure. De kosten die gepaard gaan met terugkerende keuringen beschouwen zij als buitenproportioneel en onrechtvaardig. Het is geen uitzondering dat de keuringsprocedure een dermate hoge kostenpost vormt dat men van keuring moet afzien. Zodoende lijkt er sprake te zijn van een groep mensen die enkel op basis van inkomen hun deelname aan het verkeer wordt ontnomen.

Mensen die uit zichzelf de rijgeschiktheid aankaarten bij het CBR getuigen ervan over verantwoordelijkheidsgevoel en inzicht te beschikken. Zij geven immers eerlijk toe twijfels te hebben over de eigen rijgeschiktheid en willen deze voorleggen aan deskundigen. Dit verantwoordelijkheidsgevoel en inzicht moet worden meegewogen bij de beoordeling. De aanwezigheid van een signaleringsplan of WRAP waarin expliciet de rijgeschiktheid meegenomen is, getuigt van verantwoordelijkheidsgevoel en inzicht bij de cliënt. Ook deze constatering moet worden meegewogen in de bepaling van de rijgeschiktheid bij het CBR.

Overige opmerkingen

- Neem de rijervaring van een individuele chauffeur mee bij de bepaling van de rijgeschiktheid.
- De behandelend arts dient uiteindelijk geen verantwoordelijkheid te dragen bij het bepalen van de rijgeschiktheid. Wel moet de inschatting of het advies van de behandelaar meegenomen worden in het keuringsproces.

- 3207
- 3208
- 3209
- 3210
- 3211
- 3212
- 3213
- 3214
- 3215
- 3216
- 3217
- 3218
- Om te voorkomen dat de beoordeling van de rijgeschiktheid enkel een momentopname is, adviseren enkele cliënten en naasten het CBR om de rijgeschiktheid over meerdere dagen te toetsen. Te denken valt aan een aantal rijlessen, waarop de uiteindelijke rijtest volgt. De meningen zijn overigens verdeeld over de toegevoegde waarde van een dergelijke meerdaagse rijtest.
 - Te overwegen is een proefperiode in te stellen voor mensen bij wie twijfel bestaat over de rijgeschiktheid. Vooral voor beroepschauffeurs kan gedacht worden aan een fasegewijze opbouw in de intensiteit van het rijden. Beroepschauffeurs kunnen eerst korte ritten doen en vervolgens via een opbouwschema naar meer langdurende ritten toewerken. Een ander optie is een periode rijden met een bijrijder zoals bij jongeren onder de 18 jaar, de 2todrive-regeling. Vergelijk ook het beginnersrijbewijs waarbij bepaalde beperkingen en strengere regels gelden.

3219
3220
3221
3222
3223
3224
3225
3226
3227
3228
3229
3230
3231
3232
3233
3234
3235
3236
3237
3238
3239

Bijlage 6 Checklist risicofactoren psychose

- Algemeen: Is betrokkene een ervaren chauffeur?
- Zijn er antecedenten geweest?
- Bestaat er somatische comorbiditeit die invloed heeft op rijgeschiktheid?
- Een aanwezige psychose hoeft niet te leiden tot rijongeschiktheid
- Voor de beoordeling van rijgeschiktheid tijdens en na een psychose heeft de keuringsarts heeft informatie nodig over 3 domeinen:
1. het huidig niveau van cognitief functioneren (C);
2. de huidige toestand, gedrag en het beloop, inclusief medicatie, waarbij stabiliteit (S) van functioneren belangrijk is;
3. gezondheidsvaardigheden en reflectief vermogen (Z).
- Relevante vragen aan de behandelaar worden daarom in deze 3 clusters ingedeeld.
- Per cluster wordt bepaald hoe de kwaliteit van het niveau is, aan de hand daarvan kan het beslismodel worden gebruikt om tot een evenwichtig, onderbouwd oordeel te komen voor de keuring.

C: Cognitief functioneren, functioneren in de praktijk van het dagelijks leven

1. Zijn er cognitieve problemen, en in welke mate?
- Heeft betrokkene overzicht in verkeerssituaties; voldoende reactievermogen en flexibiliteit (is hij of zij in staat tot multitasking)?
 - Zijn er problemen met inhibitie (bij onvoldoende impulscontrole is er mogelijk risicovol rijgedrag zonder de gevolgen te overzien, bijvoorbeeld uitbarstingen naar andere weggebruikers)?
 - Is er sprake van onrust, chronische traagheid, afleidbaarheid, aandachts- en concentratieproblemen en desorganisatie?
 - In welke mate is dit het geval? Enige onrust hoeft de rijgeschiktheid niet te beïnvloeden.
2. Functioneren in het dagelijks leven
- Hoe is de score op de WHODAS? Deze kan (in de toekomst) een richtinggevend instrument zijn.

3240

S: Stabiliteit van functioneren: combinatie van factoren die met rijgeschiktheid interfereren

1. Zijn er nog psychotische symptomen? Dit is uitsluitend van belang indien deze interfereren met

rijvaardigheid in engere zin, dan wel rijgeschiktheid, zoals paranoia tegenover andere weggebruikers, angsten of afleidbaarheid door hallucinaties.

2. Is er comorbiditeit?

- Is er actueel misbruik van middelen, met name alcohol en drugs? Dit komt voor bij 40-50% van personen met psychotische episoden.

Op indicatie kan het onderzoek worden aangevuld met bloedonderzoek (gamma-GT, ALAT, ASAT) en/of urineonderzoek (drugs).

- Is er een onbehandelde angststoornis en/of depressieve stoornis en suïcidale episoden?
- Is er een persoonlijkheidsstoornis, met name met onverantwoordelijk gedrag?

3. Gebruik van (psycho)farmaca, bijwerkingen, balans tussen werking en bijwerkingen t.a.v. rijgeschiktheid

- Gebruikt betrokkene verschillende (psycho)farmaca (polyfarmacie)?
- Gebruikt betrokkene ook sederende geneesmiddelen, met name benzodiazepines of sederende antidepressiva?

4. Voorgeschiedenis in het verkeer: hoe reageerde betrokkene in een voorgaande psychotische episode? Liet hij of zij de auto staan of ging hij of zij gevaarlijke dingen doen?

- Zijn er in de voorgeschiedenis ernstige ongelukken, met letsel, dodelijke afloop of veel schade?

5. Stabiliteit van functioneren: frequentie en snelheid van ontregeling, snelheid van herstel

3241

3242

Z: Ziekte-inzicht: kwaliteit van gezondheidsvaardigheden en reflectief vermogen

1. Inzicht en attitude (attitude betreft vaardigheden in het omgaan met en inschatten van eigen mogelijkheden en inzicht betreft eigen beperkingen)

- Heeft betrokkene voldoende inzicht in de rijgeschiktheid en inschattingsvermogen op het moment dat hij of zij ontregeld raakt?
- Houdt hij of zij rekening met de actuele gezondheidstoestand?
- In hoeverre is hij of zij zich bewust van eventuele gedragsveranderingen bij ontregeling en handelt hij of zij hiernaar? Kan hij of zij een risico-inschatting maken?
- Heeft hij of zij inzicht in de belangrijke aspecten van de behandeling van psychose en het meewerken daaraan (zoals therapietrouw of trouw aan medicatie en behandeling)?
- Kan hij of zij omgaan met advies van naasten en behandelaars?

2. Maatregelen

- Is er een uitspraak gedaan wat betreft rijgeschiktheid in het behandelplan of het crisissignaleringsplan of WRAP?
- Betreft het een keuring na het innemen van het rijbewijs na een incident? Zo ja: is er reflectie over

deze gebeurtenis, en welke maatregelen heeft hij of zij getroffen om herhaling daarvan te voorkomen?

3243

3244 **Bijlage 7 Toetsingscriteria van Leenen**

3245

- 3246 1. De arts heeft alles in het werk gesteld om de patiënt te overtuigen niet auto te rijden, of
3247 toestemming krijgen dit te melden bij het CBR.
3248
- 3249 2. De arts is in gewetensnood door zijn of haarberoepsgeheim te handhaven
3250
- 3251 3. De arts ziet geen andere weg dan doorbreking van het beroepsgeheim om het probleem op
3252 te lossen
3253
- 3254 4. Het niet doorbreken van het beroepsgeheim kan voor een ander (verdere) ernstige schade
3255 opleveren.
3256
- 3257 5. Het doorbreken van het beroepsgeheim kan (verdere) ernstige schade aan een ander
3258 voorkomen.
3259
- 3260 6. Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.
3261
- 3262 7. (Uit de jurisprudentie blijkt dat overleg met een collega, die niet direct betrokken is, eigenlijk
3263 ook als een toegevoegd criterium gezien wordt).

3264 **Bijlage 8** **Rapportage van keurend arts aan CBR en voorgestelde besluitvorming CBR-**
3265 **arts**
3266

Advisering van keurend arts aan CBR en voorgestelde besluitvorming door CBR-arts							
CSZ 111	Ongeschikt		CSZ 121	Ongeschikt		CSZ 131	Ongeschikt
CSZ 112	Ongeschikt		CSZ 122	Nu ongeschikt; onderzoek na 1 jaar herhalen		CSZ 132	Nu ongeschikt; onderzoek na 1 jaar herhalen
CSZ 113	Nu ongeschikt; onderzoek na 1 jaar herhalen		CSZ 123	Nu ongeschikt; onderzoek na 1/2 jaar herhalen		CSZ 133	Testrit praktische rijgeschiktheid; termijnbeperking
CSZ 211	Ongeschikt		CSZ 221	Ongeschikt		CSZ 231	Ongeschikt
CSZ 212	Nu ongeschikt; onderzoek na 1 jaar herhalen		CSZ 222	Nu ongeschikt; onderzoek na 1/2 jaar herhalen		CSZ 232	Rijgeschikt, alleen privégebruik,geen termijnbeperking
CSZ 213	Nu ongeschikt; onderzoek na 1 jaar herhalen		CSZ 223	Testrit praktische rijgeschiktheid; termijnbeperking		CSZ 233	Rijgeschikt, privégebruik en beperkt beroepsmatig gebruik, geen termijnbeperking
CSZ 311	Nu ongeschikt; onderzoek na 1 jaar herhalen		CSZ 321	Ongeschikt		CSZ 331	Ongeschikt
CSZ 312	Nu ongeschikt; onderzoek na 1 jaar herhalen		CSZ 322	Nu ongeschikt; onderzoek na 1/2 jaar herhalen		CSZ 332	Rijgeschikt privégebruik, beperkt beroepsmatig gebruik, geen termijnbeperking
CSZ 313	Nu ongeschikt; onderzoek na 1 jaar herhalen		CSZ 323	Rijgeschikt met beperking van termijn		CSZ 333	Rijgeschikt alle rijbewijzen, geen termijnbeperking

3267