

Adviesnota Herziening Rijgeschiktheid bij Psychose

Utrecht, 30 oktober 2018

Colofon

NVvP

Adviesnota Herziening Rijgeschiktheid bij Psychose

Utrecht, oktober 2018

Financiering

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Uitvoering

Kenniscentrum Phrenos (projectleiding) en Trimbos-instituut (methodologische ondersteuning)

Een initiatief van

Netwerk Vroege Psychose

Auteurs

Werkgroep Rijgeschiktheid bij Psychose: Drs. Widel van Son (voorzitter), Dhr. Matthijs van Bortel, Prof. dr. Wiebo Brouwer, Prof. dr. Philippe Delespaul, Drs. Frank van Es, Prof. dr. Han de Gier, Drs. Jannie den Hoed, Drs. Bettina Jacobsen, Prof. dr. Marieke Pijnenburg en Drs. Dorothé van Slooten (projectleider)

Methodologisch team: Drs. Matthijs Oud en Drs. Daniëlle Meije

Met speciale dank aan

Mevr. Tonnie van Aar, Drs. Roy Barbier, Drs. Ruud Bredewoud, Dr. Cisca Joldersma, Drs. Maarten Koenen, Drs. Janneke van de Laar, Drs. Matthijs Oud, Prof. Dr. Jan Ramakers, Drs. John van der Sar, Mevr. Tinka Verweij en alle deelnemers aan de focusgroep behandelaars en keuringsartsen en van de focusgroep cliënten en naasten.

Inhoud

Samenvatting en aanbevelingen	6
1. Inleiding	11
1.1 Voorwoord	11
1.2 Aanleiding	13
1.3 Conclusie	13
2. Methodologische inleiding	16
2.1 Inleiding	16
2.2 Doelstelling	16
2.3 Afbakening	16
2.4 Gebruikers	17
2.5 Uitgangsvragen	17
2.6 Status van deze herziening	18
2.7 Methode wetenschappelijke onderbouwing	18
2.7.1 Inleiding EBRO methode	18
2.7.2 Evidence Based	18
2.7.3 Practice Based Evidence	20
2.7.4 Overige overwegingen	20
2.7.5 Aanbevelingen	20
2.8 Werkgroep Adviesnota Herziening Rijgeschiktheid bij Psychose	21
2.8.1 Samenstelling werkgroep	21
2.8.2 Werkwijze werkgroep	21
2.9 Implementatie	22
2.10 Herziening	22
3. Factoren van invloed op de rijgeschiktheid bij mensen met een psychotische stoornis	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Systematic review	23
3.2.1 Methode	23
3.2.2 Wetenschappelijke Resultaten	24
3.2.3 Vertrouwen in de resultaten	28
3.2.4 Wetenschappelijke conclusies	28
3.3 Focusgroepen (Practice based evidentie)	30
3.3.1 Methode	30
3.3.2 Bevindingen en aanbevelingen uit focusgroepen	31
3.4 Overwegingen van de werkgroep	33

3.5	Aanbevelingen	35
4.	Verkeersrisico's van verschillende typen geneesmiddelen bij psychotische stoornis en comorbide aandoeningen	37
4.1	Inleiding	37
4.2	Systematic review	38
4.2.1	Methode	38
4.2.2	Wetenschappelijke resultaten	38
4.2.3	Vertrouwen in de resultaten	40
4.2.4	Wetenschappelijke conclusies	40
4.3	Focusgroepen (Practice based evidentie)	41
4.3.1	Bevindingen en aanbevelingen uit focusgroepen	41
4.4	Overwegingen van de werkgroep	42
4.5	Aanbevelingen	45
5.	Het bepalen van de rijgeschiktheid bij volwassenen met psychotische problematiek	46
5.1	Inleiding	46
5.2	Methode	47
5.3	Wetenschappelijk resultaten	47
5.3.1	Informatie uit de algemene verkeerskundige literatuur	47
5.3.2	Wetenschappelijke literatuur	48
5.3.3	Vertrouwen in de resultaten	49
5.3.4	Wetenschappelijke conclusies	49
5.4	Bevindingen en aanbevelingen uit focusgroepen	50
5.5	Overige overwegingen	52
5.6	Aanbevelingen	57
	Literatuur	62
	Bijlagen	67
	Bijlage 1 Korte verklarende begrippenlijst	67
	Bijlage 2 Reviewprotocol voor Driving risks and protective factors	72
	Bijlage 3 Reviewprotocol voor instrument ter bepaling van rijgeschiktheid	74
	Bijlage 4 Focusgroep van behandelaars en keuringsartsen	76
	Bijlage 5 Focusgroep van cliënten en naasten	81
	Bijlage 6 Search history rijgeschiktheid bij psychose	86
	Bijlage 7 Betrokkenen bij de ontwikkeling van de adviesnota	90
	Bijlage 8 Evidence tabellen	92
	Bijlage 9 Checklist risicofactoren psychose	110
	Bijlage 10 De formele procedure: bepaling van de rijgeschiktheid en (her)keuring	112

Bijlage 11 Rapportage van keurend arts aan CBR en voorgestelde besluitvorming CBR-arts	119
Bijlage 12 Signaleringsplan	122
Bijlage 13 Wellness Recovery and Action Plan (WRAP)	124
Bijlage 14 Toelichting WHODAS 2.0	127

Samenvatting en aanbevelingen

De werkgroep Rijgeschiktheid bij Psychose/NVvP is nagegaan welke overwegingen gehanteerd moeten worden bij mensen met psychotische problematiek om tot een uitspraak te kunnen komen over rijgeschiktheid. De werkgroep heeft daarbij rekening gehouden met het op 14 juli 2016 geratificeerde VN-verdrag Handicap, waarmee de Rijksoverheid zich inzet om de positie van mensen met een beperking te verbeteren. Vooropgesteld blijft daarbij dat verkeersveiligheid de primaire focus heeft.

Het werk van de werkgroep heeft geleid tot de volgende inzichten en aanbevelingen:

- De groep mensen met psychotische problematiek is dermate gevarieerd en gedifferentieerd, dat een eenduidige uitspraak voor de gehele groep, alsook voor grote delen daarvan, onmogelijk is.
- Gepersonaliseerde zorg is essentieel om optimaal antwoord te kunnen geven op de individuele zorgbehoefte alsook herstelmogelijkheden van mensen met psychose. Rijgeschiktheid maakt onderdeel uit van deze gepersonaliseerde zorg.
- Dimensionele diagnostiek, waarbij meer in functies en symptomen wordt gedacht en gewerkt, is de geprefereerde aanpak boven categorale diagnostiek. Het gaat bij psychotische problematiek weliswaar om de diagnose, maar vooral ook om de soort en mate van last van symptomen.
- Generieke symptomen of kenmerken (algemene en niet diagnose specifieke kenmerken) zoals ziekte-inzicht, spanning, vermoeidheid, omgang met alcohol en drugs en medicatiegebruik zijn evenzeer van belang als diagnose specifieke symptomen zoals hallucinaties of wanen.
- Health literacy (gezondheidsvaardigheden) is een relatief nieuwe visie op vooral chronische aandoeningen en dagelijks functioneren. Hiermee wordt bedoeld dat mensen voldoende kennis en vaardigheden hebben om te handelen in het belang van hun eigen gezondheid. Dit begrip is in toenemende mate van belang voor het omgaan met symptomen zowel als met gezond en veilig gedrag. Zie voor meer toelichting onder 1.2 Aanleiding Herziening, p. 13.
- Behandelinterventies zoals signaleringsplan en Wellness Recovery Action Plan (WRAP) zijn aanbevolen hulpmiddelen¹ bij het inventariseren, bespreken en evalueren van generieke symptomen zowel als gezondheidsvaardigheden. Zie voor meer informatie over het signaleringsplan bijlage 12 en voor WRAP bijlage 13.

De aanbevelingen van hoofdstuk 3 (Factoren van invloed op de rijgeschiktheid bij mensen met een psychotische stoornis) en 4 (Verkeersrisico's van verschillende typen geneesmiddelen bij psychotische stoornis en comorbide aandoeningen) zijn verwerkt in de aanbevelingen van hoofdstuk 5 (Het bepalen van de rijgeschiktheid bij volwassenen met psychotische problematiek). Daarom worden alleen de aanbevelingen van hoofdstuk 5 hier gepresenteerd.

¹ Zorgstandaard psychose (<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/03/ZS-Psychose.pdf>) en databank Erkende interventies (<https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/>).

Aanbevelingen: Het bepalen van de rijgeschiktheid bij volwassenen met psychotische problematiek

Algemene aandachtspunten

- Beoordeel de invloed van generieke en ziekte specifieke factoren (DSM 5) per individu en maak een risicotaxatie.
- Gebruik als behandelaar bij het inschatten van rijgeschiktheid de in bijlage 8 opgenomen 'Checklist risicofactoren psychose'. Daarnaast dienen in de afweging of een persoon met een psychotische stoornis rijgeschikt is de aanbevelingen met betrekking tot het gebruik van geneesmiddelen uit hoofdstuk 4 te worden gevolgd.
- Wanneer er sprake is van acuut gevaar voor de samenleving en/of patiënt, handel dan zoals dat normaal gesproken gebeurt wanneer acuut gevaar wordt vastgesteld: bijvoorbeeld met overleg, screenen van alternatieve interventies en uiteindelijk soms ook gedwongen opname met een inbewaringstelling en/of een rechterlijke machtiging (Wet Bopz).

Bepalen rijgeschiktheid

- Een duidelijk rapport voor de keuringsarts is nodig om een positief of negatief advies te formuleren voor de rijgeschiktheid van een persoon met een psychotische stoornis. Daarbij dient naast rijervaring, de diagnose, inschatten invloed risicofactoren en medicijngebruik, de rijgeschiktheid op basis van de volgende 3 aspecten te worden beoordeeld: 1. Cognitief en Psychomotorisch Functioneren; 2. Stabiliteit van het Functioneren; en 3. Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht. De weging van deze factoren op zichzelf en ten opzichte van elkaar is terug te vinden in bijlage 11.

1. Cognitief en Psychomotorisch Functioneren

- Gezien de beperkte beschikbaarheid van gevalideerde onderzoeksmiddelen kan een door de cliënt ingevulde vragenlijst over beperkingen in het dagelijks functioneren (zoals de WHODAS) worden toegepast (zie bijlage 14).
- Het inschatten van het cognitief en psychomotorisch functioneren wordt bij voorkeur gebaseerd op verkeerspsychologisch onderzoek met het Schuhfried testsysteem.
- Als deze test niet beschikbaar is kan men alledaags cognitief functioneren inschatten met behulp van neuropsychologisch of ergotherapeutisch onderzoek.
- Als na toepassing van bovengenoemde methoden nog twijfel bestaat kan een rijtest op de weg gericht op het cognitieve functioneren nader inzicht geven.

2. Stabiliteit van het Functioneren

- Beoordeel niet op basis van de duur van recidiefvrije periode.
- Voer het onderzoek naar de rijgeschiktheid pas uit als het niveau van functioneren gedurende twee maanden ongeveer constant is geweest.
- Beoordeel de huidige situatie, gedrag en beloop (voorgeschiedenis), inclusief medicatie, waarbij het juist gaat om de stabiliteit van functioneren
- Bij twijfel over de stabiliteit van de huidige toestand schort het advies over de rijgeschiktheid op en onderzoek de rijgeschiktheid in een individueel te bepalen later stadium.

- Bij een aanzienlijke kans op toekomstige psychosen, moet bij de beoordeling van de rijgeschiktheid veel belang worden gehecht aan de gezondheidsvaardigheden en het ziekte-inzicht van de persoon met een psychotische stoornis.

3. Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht

- Bij het rijgeschiktheidsonderzoek moet het gebruik en misbruik van alcohol en drugs grondig worden geëvalueerd. Tevens zal het omgaan met agressieve, angstige en depressieve gevoelens aan de orde moeten komen, zeker als er sprake is geweest van suïcidepoging(en) en/of gewelddadigheid.
- Om de gezondheidsvaardigheden (bijv. impulsen beheersen en geconcentreerd blijven, zelfinschatting van functioneren, rekening houden met de eigen conditie en verkeerssituatie) goed te kunnen bepalen dient – bij gerede twijfel over de gezondheidsvaardigheden - er een signaleringsplan en/of een WRAP te worden opgesteld samen met de persoon met een psychotische stoornis (bijlage 12 en 13).
- Het ziekte-inzicht moet ingeschat worden op basis van de patiënt zijn/haar reflectief vermogen, daarbij moet ingeschat worden of de cliënt zich realiseert dat de psychische toestand op bepaalde momenten de rijgeschiktheid kan verminderen en dat zij hier dan het gedrag op af moeten stemmen. Informatie over gedrag tijdens een eerdere terugval is hierbij relevant.

Belangrijke aanbevelingen met betrekking tot Medicatie

- Bij het inschatten van risico's van medicatiegebruik dient er gebruik gemaakt te worden van de lijst van rijgevaarlijke geneesmiddelen, opgesteld door de International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS 2007).
- De voorschrijver moet inschatten of de patiënt zich gaat houden aan de voorwaarden die zijn opgesteld als deze medicatie van categorie II gebruikt (*zie aanbevelingen hoofdstuk 4*).
- De voorschrijver moet de patiënt ontraden om te rijden als hij/zij onder invloed is van slaap- of kalmeringsmiddelen of meer dan één rijgevaarlijk geneesmiddel gebruikt.
- Ook dienen afspraken over medicatiegebruik zo mogelijk te worden vastgelegd in het signaleringsplan of WRAP (ook over eventueel spaarzaam gebruik in het kader van herstel).

Aanvullingen betreffende beroepschauffeurs

Beoordeling en monitoring

- Stel veiligheid voorop bij de uitbreiding van mogelijkheden voor het besturen van bus of vrachtwagen voor mensen met psychotische kwetsbaarheid; de voorwaarde voor privé gebruik gelden met daarnaast de hieronder geformuleerde striktere voorwaarden.
- Bij het inschatten van 1. cognitief en psychomotorisch functioneren (criterium 1) moet het algemeen niveau van goed en stabiel zijn (WHODAS 2.0-score lager dan 30, zie bijlage 14). Bovendien moet er een rijtest worden afgenomen.
- Een persoon met een psychotische stoornis moet langdurig stabiel functioneren (criterium 2).
- De patiënt dient over zeer goede gezondheidsvaardigheden (criterium 3) te beschikken.

- De vorige 3 criteria dienen frequent gemonitord te worden en men moet alert zijn op medicatieverandering bij mensen die beroepsmatig rijden, en zeker bij vervoer van personen, en als bus- of vrachtwagenbestuurder.
- De behandelaar dient samen met bedrijfsarts, leidinggevende of werkgever duidelijke voorwaarden te stellen voor de patiënt om de veiligheid te waarborgen.

Alternatieven bespreken

- Met de patiënt dient de optie te worden besproken of het mogelijk niet verstandiger is om (zich om te laten scholen en) een andere baan te zoeken.

Samenwerking

- Betrek zo mogelijk ook andere relevante disciplines zoals psychologen, ergotherapeuten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, trajectbegeleiders bij het bespreken en beoordelen van rijgeschiktheid.
- Benadrukt dient te worden dat het betrekken van naasten bij het inschatten van de rijgeschiktheid van belang is.
- De formele procedure over het bepalen van de rijgeschiktheid en (her)keuring moet goed verlopen. In bijlage 10 worden deze procedures en de rol van de verschillende partijen beschreven.

Behandel-specifieke 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.
- Bij de bespreking met de patiënt zijn een aantal factoren belangrijk om in het gesprek te bespreken: spanning en stress, vermoeidheid, medicatiegebruik en -verandering en situatiespecifieke aspecten.
- Ook als er sprake is van ernstige problematiek bij de patiënt met een psychotische stoornis moet er aandacht zijn voor de rijgeschiktheid.

Beleidsaanbevelingen

- Keuringsartsen kunnen gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht nu niet goed inschatten, op grond van een gesprek en bij gebrek aan eenduidige richtlijnen. In overleg met behandelaars, huisartsen en keuringsartsen zullen formulieren en protocollen moeten worden opgesteld met behulp waarvan de beoordeling van de verschillende criteria voor het inschatten van de rijgeschiktheid wordt vergemakkelijkt. Een aanzet voor een dergelijk formulier en de betreffende beoordelingscriteria is te vinden in bijlage 10.
- Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat kan overwegen om andere consequenties met betrekking tot de beoordeling van rijgeschiktheid in te voeren, bijvoorbeeld de invoer van proefperiodes of een 2todrive-regeling bij patiënten met een psychotische stoornis.
- Het ministerie zou in samenwerking met CBR en beroepsvereniging kunnen onderzoeken in hoeverre kosten van (her)keuring van de patiënt met een psychotische stoornis zijn te vergoeden uit WMO-financiering.
- Stel een lijst op voor het weergeven en/of meten van gezondheidsvaardigheden die voor psychose relevant zijn.

Onderzoeksaanbevelingen

- Evalueer het beslismodel rijgeschiktheid.
- Onderzoek het gebruik van een rijsimulator voor het bepalen van de rijgeschiktheid.
- Onderzoek de ecologische validiteit van de uitkomsten van neuro- en verkeerspsychologische testen (de verkeersmodules uit het Schuhfried testsysteem) 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 haalbare wijze gemeten kan worden (vooral voor beroepschauffeurs).

Handreiking voor het veld

Als apart document is er een praktische handreiking voor professionals om dit onderwerp met hun cliënten te bespreken toegevoegd en is er een extra gedeelte over de beoordeling van personen die voor hun beroep (of als vrijwilliger) gemotoriseerde voertuigen besturen ('Handreiking voor professionals - rijgeschiktheid bij psychose'). Er is nog veel onbekendheid met het onderwerp en de bijbehorende regelingen en er is reserve om het met patiënten te bespreken omdat dit ongewenste gevolgen kan hebben voor de behandelrelatie en voor het herstelproces. Ook is er een noodzaak om meer aandacht te besteden aan het dagelijks leven van patiënten. Daarbij zal de rijgeschiktheid vroegtijdig aan de orde komen. Momenteel ligt in de spreekkamer de aandacht nog vaak alleen bij symptomen en de werking van de medicatie hierop. Psychiaters voelen - ondanks de verplichting - er vaak niet voor de regeling te bespreken omdat ze er niet achter staan, en het slechte nieuws liever niet brengen, zeker niet als ze de indruk hebben dat hun patiënt voldoende rijgeschikt is en zelf de verantwoordelijkheid wel zal nemen. In de praktijk blijkt dat er behoefte bestaat bij professionals van verschillende disciplines aan een handreiking waarin handvatten voor genoemde aspecten binnen de (behandel)relatie.

1. Inleiding

1.1 Voorwoord

Voor u ligt een herziening van het vijfde Hoofdstuk (Schizofrenie en psychose) uit 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, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0011362/2018-01-01>) 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.

Box 1. 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: groep 1: Personen die een kortdurende psychotische episode hebben doorgemaakt en die zes maanden recidievrij zijn, kunnen op basis van een specialistisch rapport geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1 voor een termijn van maximaal vijf jaar.
- Aan beroepsmatig gebruik van een rijbewijs van groep 1 door personen met een psychotische stoornis moeten strenge eisen worden gesteld. Personen die voldoen aan de gestelde eisen van groep 1, maar niet tevens voldoen aan de hieronder gestelde eisen van groep 2, kunnen in beginsel alleen geschikt worden verklaard als de rijbevoegdheid wordt beperkt tot privégebruik.
- Op verzoek kunnen personen na een psychotische episode geschikt worden verklaard voor beroepsmatig gebruik voor maximaal vier uren per dag, uitgezonderd beroepsmatig personenvervoer of het onder toezicht doen besturen van derden. Voorwaarden zijn een positief advies daarover van de psychiater en een verklaring van de werkgever, volgens een door het CBR vastgesteld model.
- Personen die een kortdurende psychose hebben doorgemaakt, die tien jaar recidievrij zijn en meer dan vijf jaar zonder medicatie zijn, kunnen op basis van een psychiatrievragenlijst geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1 zonder termijnbeperking.

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

- a. groep 1: Personen met een schizofreniespectrumstoornis die succesvol worden behandeld: zes maanden recidievrij, zekere mate van ziekte-inzicht en geringe 'negatieve symptomen', kunnen op basis van een specialistisch rapport geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1 voor een termijn van maximaal vijf jaar.

- Op verzoek kunnen personen na een psychotische episode geschikt worden verklaard voor beroepsmatig gebruik voor maximaal vier uren per dag, uitgezonderd beroepsmatig personenvervoer of het onder toezicht doen besturen van derden. Voorwaarden zijn positief advies daarover van de psychiater en een verklaring van de werkgever, volgens een door het CBR vastgesteld model.
- **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.

De aanleiding (*zie ook paragraaf 1.2*) om zo kort na de vorige adviesnota van 2014 een herziening te schrijven, is de verandering in visie op diagnostiek en herstel alsook de ratificatie van de Verklaring van gelijke rechten van de mensen met een handicap die in 2016 door Nederland is geratificeerd (<https://www.mensenrechten.nl/dossier/nederland-en-het-verdrag-inzake-de-rechten-van-personen-met-een-handicap>; <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-mensen-met-een-handicap/positie-mensen-met-een-beperking-verbeteren-vn-verdrag-handicap>) (Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2016).

De minister van Infrastructuur en Waterstaat en het Centraal Bureau Rijvaardigheid (CBR) zijn bereid de REG2000 opnieuw aan te passen mits er een positief advies is van de Gezondheidsraad, de voorstellen uitvoerbaar zijn en voldoen aan de minimumeisen van de Europese Unie (EU). De minister wil geen strengere eisen stellen aan de rijgeschiktheid dan strikt noodzakelijk is voor de verkeersveiligheid.

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 Adviesnota Herziening Rijgeschiktheid bij Psychose (Werkgroep RijP) is vervolgens gekomen tot voorliggende nota. 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. 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 voor wat betreft de REG2000. De werkgroep zou er voorstander van zijn de adviezen tevens in te zetten ten behoeve

van een generieke regeling voor psychotische stoornissen voortkomend uit andere stoornissen (zoals bijvoorbeeld een bipolaire stoornis).

In deze herziening van de adviesnota is gebruikt gemaakt van een aantal begrippen. Voor een verklaring van de meest relevante begrippen wordt verwezen naar bijlage 1.

1.2 Aanleiding

De noodzaak tot het herzien van de adviesnota uit 2014 (Brons e.a. 2014) heeft een aantal redenen.

Ten eerst is de gebruikte review van de adviesnota sterk verouderd. Er is gezocht naar literatuur tot 2009 en er bleek weinig tot geen geschikte evidentie te zijn gevonden, met als gevolg dat er op basis van de mening van experts aanbevelingen zijn geformuleerd. Omdat er inmiddels 7 jaar was verstreken kon er worden aangenomen dat er meer wetenschappelijk bewijs beschikbaar zou zijn. Bovendien worden er tegenwoordig bij een gebrek aan bestaande wetenschappelijk evidentie meer gestructureerde kwalitatieve methodieken (Practice based) gehanteerd om op basis daarvan aanbevelingen te formuleren (Duin, D., Hermens, M., en Team Zorginnovatie, 2013).

Een tweede reden om over te gaan tot een herziening is dat op dit moment in de REG2000 vooral gefocust wordt op een recidiefvrije periode en medicatietrouw als indicatoren van rijgeschiktheid. Door een aantal nieuwe inzichten en ontwikkelingen verdient deze beoordelingswijze aanpassing. Ten eerste is er een wezenlijke verandering in de wijze van het diagnosticeren van een psychose na het uitbrengen van de adviesnota in 2014. Door de invoering van de DSM 5 (APA, 2014) wordt meer op dimensionele aspecten van de diagnose gelet, in plaats van het alleen classificeren van de psychose zoals in de DSM IV (APA, 2000). Van belang hierbij is dat in de DSM 5 een psychose gezien wordt als een spectrumstoornis, waarbij de verschillen in ernst en beloop relevanter zijn dan wel of niet aan de criteria van een classificatie voldoen. Doordat de REG2000 uitgaat van de classificatie van psychose doet deze onvoldoende recht aan de grote verschillen tussen patiënten met een psychose. Een tweede nieuw inzicht is dat er grote verschillen in gezondheidsvaardigheden (Van der Heide e.a. 2013) zijn bij het omgaan met de aandoening, een relatief nieuwe visie op vooral chronische aandoeningen en dagelijks functioneren. 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 rijbewijsbezitter hieraan verbindt voor het rijgedrag. Met betrekking tot de hiervoor genoemde factoren is in de adviesnota van 2014 (Brons e.a. 2014) wel een voorzet gedaan in de 'Overige overwegingen', daarin werd geadviseerd aandacht te besteden aan een aantal factoren: comorbiditeit, de voorgeschiedenis wat betreft recidieven, de mate van sociale controle, zelfinschatting van functioneren, rijgeschiktheid en persoonlijkheidskenmerken. De toenmalige werkgroep heeft dit echter niet in hun Aanbevelingen aan de minister opgenomen.

Een derde reden gerelateerd aan de vorige is, dat de regeling bij andere psychische aandoeningen meer op de individuele situatie van de persoon gericht zijn dan puur op de geclassificeerde diagnose. De regeling voor personen met dementie² in de REG2000 is bijvoorbeeld aangepast. Het is namelijk

² Regeling eisen geschiktheid 2000, paragraaf 8.6.1.a

zo dat in de beginfase van de aandoening veel patiënten met een dementieel beeld nog adequaat een motorvoertuig kunnen besturen. Daarom is nu niet de diagnose dementie bepalend, maar wordt in de beginfase van de ziekte gebruik gemaakt van een rijtest om de rijgeschiktheid te bepalen. Verder is er ook een meer individuele beoordeling in de REG2000 bij stemmingsstoornissen, die meer mogelijkheden biedt om rijgeschiktheid en verkeersveiligheid te bepalen. Er lijkt een verschuiving te hebben plaatsgevonden naar een meer gepersonaliseerde zorg en kijk op (on)gezondheid, waarbij andere keuzes worden gemaakt tussen enerzijds verkeersveiligheid en anderzijds de zelfstandigheid van de burger en diens maatschappelijke participatie. Zo'n verschuiving en het loslaten van een vaste termijn op basis van diagnose dragen ook bij aan het door Nederland ondertekende VN-Verdrag 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 (participatie).

- Ten vierde komen er geluiden vanuit het ggz-veld (later bevestigd door de knelpuntenanalyse en de gehouden focusgroepen voor dit project) dat ondanks het verkorten van de vereiste recidiefrije periode van twee naar een half jaar (REG2000) dat cliënten, naasten en hulpverleners de regeling als niet redelijk ervaren. Vooral het hanteren van een periode zonder symptomen en de beperking tot privégebruik, worden beschouwd als onnodig beperkend. Psychose werd wat betreft rijvaardigheid vroeger kennelijk gezien als epilepsie waarbij er een (lange) aanvalsvrije periode nodig werd geacht (omdat er weer een nieuwe episode zou kunnen optreden). Nu verschuift dit naar enkele maanden symptoomvrij, in feite alleen om zeker te weten dat de episode in remissie is, terwijl op de langere termijn de focus meer op cognitief functioneren en gezondheidsvaardigheden komt te liggen. In termen van de vergelijking met neurologische ziekten zijn psychotische stoornissen daarmee meer te vergelijken met chronische neurologische stoornissen zoals Parkinson.

Een vijfde reden is dat voor psychiaters het vaak nog onduidelijk is welke invloed de eigen beroepsgroep heeft gehad op de invulling van de REG2000, ondanks de uitgebreide commentaarroude over de vorige adviesnota onder leden van de NVvP en betrokken instanties in het werkveld. Bij sommige psychiaters leeft het niet terechte idee dat de overheid een regeling in stand houdt die nauwelijks draagvlak bij de beroepsgroep heeft, terwijl het advies van de NVvP indertijd volledig is overgenomen. 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.

Als laatste punt bleek dat de regeling onbedoeld een extra beperking oplegt die voorheen niet aanwezig was: degenen die voor hun werk gebruik moeten maken van de auto mochten dit onder de nieuwe REG2000 niet meer. In de regeling voor 2016 was dat na positief advies van de keuringsarts wel mogelijk. Voor sommige mensen die een psychose hebben doorgemaakt, had dit tot gevolg dat na herstel werkhervatting niet meer mogelijk was. Sinds 1 juli 2018 is deze beperking uit de REG2000 verwijderd³.

³ Nummer IENW/BSK-2018/121557, gepubliceerd in de Staatscourant 2018 nr. 35669.

1.3 Conclusie

Om de hiervoor genoemde redenen is het wenselijk om het veld te benaderen om te bezien wat zij als grootste knelpunten zien met betrekking tot het uitvoeren van de huidige adviezen uit de adviesnota 2014 (Brons e.a. 2014) en de bepalingen van REG2000 met betrekking tot personen die last hebben van een psychose. Op basis van deze knelpunten analyse worden dan uitgangsvragen geformuleerd die met systematisch verzamelde evidentie en experts kennis worden beantwoord, om vervolgens tot aanbevelingen voor het veld te leiden. In het gehele ontwikkelingsproces zal rekening gehouden worden met de eerdere benoemde nieuwe ontwikkeling (DSM 5, meer focus op gezondheidsvaardigheden en verschillen tussen individuen). Door deze aanpak en mogelijk wijziging in de REG2000 die hieruit voortvloeien, zal er naar verwachting meer begrip komen bij cliënten, naasten en hulpverleners, meer draagvlak bij de psychiaters en wordt meer voldaan aan de Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2016).

2. Methodologische inleiding

2.1 Inleiding

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. Vanzelfsprekend blijft de focus op de verkeersveiligheid in deze adviesnota Rijgeschiktheid behouden. Bestuurders zijn zelf verantwoordelijk voor hun rijgedrag; hun handelen kan verstrekkinge gevolgen hebben voor medeweggebruikers. Dit geldt uiteraard ook voor mensen die een psychose hebben doorgemaakt. Ook behandelaars hebben een verantwoordelijkheid, niet alleen om voorlichting te geven over de overheidsregeling, maar ook om hun patiënten bewust te maken van de eigen rijgeschiktheid in het kader van mobiliteit.

De adviesnota geeft een overzicht van 'optimaal' handelen volgens de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en overige op de praktijk en ervaring gebaseerde overwegingen, als waarborg voor kwalitatief hoogwaardige zorg. De nota kan tevens richting geven aan de onderzoeksagenda voor wetenschappelijk onderzoek naar rijgeschiktheid van personen met een psychotische kwetsbaarheid. Het doel is tevens een leidraad te bieden voor de beoordeling en het bespreekbaar maken van rijgeschiktheid bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid. Hiervoor is een handreiking voor behandelaars samen gesteld.

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. De werkgroep moedigt het opstellen van aandachtspunten en protocollen op basis van de adviesnota rijgeschiktheid, omdat dat bevorderlijk is voor de implementatie van optimale aandacht voor het thema 'rijgeschiktheid bij psychose'.

2.3 Afbakening

De adviesnota 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 nota 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 bijlage 2 en 3: reviewprotocollen).

2.4 Gebruikers

De ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijnen voor de ggz gebeurt primair vanuit een wetenschappelijke invalshoek en is gericht op verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. De gebruikers van deze Adviesnota Herziening 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 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 patiënten, ook als de aanbevelingen niet aansluiten bij de wensen en behoeften van deze patiënten. Daarbij gaat het om contact tussen cliënt en behandelaar waarbij beide partijen hun verantwoordelijkheid rond dit thema op adequate wijze hanteren.

De adviesnota is ook bedoeld voor cliënten 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 Adviesnota Herziening 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

Tijdens een knelpunten analyse zijn knelpunten geïnventariseerd en geanalyseerd. Het resultaat daarvan bestond uit vier uitgangsvragen (*zie tabel 1*), waarop in deze 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. Tevens was er behoefte aan een praktische handreiking voor professionals om dit onderwerp met hun cliënten te bespreken, hiervan is een apart document gemaakt ('Handreiking voor professionals - rijgeschiktheid bij psychose')

De adviesnota rijgeschiktheid is een instrument om de rijgeschiktheid optimaal in te schatten.

Tabel 1. Uitgangsvragen

Hoofdstuk	Uitgangsvragen
Hoofdstuk 3	Welke factoren zijn van invloed op de rijgeschiktheid bij personen met een psychotische stoornis en eventuele comorbide psychische aandoeningen?
Hoofdstuk 4	Wat zijn verkeersrisico's van verschillende typen geneesmiddelen bij psychotische problematiek en eventuele comorbide aandoeningen?

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 ontleen 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 op verzoek van de minister van Infrastructuur en Waterstaat de Adviesnota Herziening 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 EBRO methode

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 focusgroep bijeenkomsten (bijlage 4 en 5) beschreven en zijn adviezen van de experts opgenomen in de tekst. Op basis hiervan heeft de werkgroep aanbevelingen geformuleerd.

2.7.2 Evidence Based

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

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

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.

- 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)
- 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 cross-sectioneel 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 6 en voor meer informatie over de selectiecriteria per uitgangsvraag de reviewprotocollen in bijlage 2 en 3.

iii. 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). Ook zijn de studies op risico op bias 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 etiologie.

iv. Beoordeling van de kwaliteit van het bewijs

De bewijskracht van de onderzoeken is per uitkomstmaat gegradeerd met behulp van GRADE. (Guyatt e.a. 2011). 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. De uitkomsten van onderzoek worden gebaseerd op beperkingen in de onderzoeksopzet, (in)consistentie van resultaten tussen onderzoeken, (in)directheid van het bewijs voor de doelgroep, (on)nauwkeurigheid van de resultaten en de kans op publicatie bias. Uiteindelijk komt er een inschatting van de kwaliteit van het bewijs, deze kan hoog, redelijk, laag of zeer laag zijn.

2.7.3 Practice Based Evidence

Als blijkt (of wordt verwacht) dat uit de zoekacties naar literatuur onvoldoende evidentie wordt gevonden dan wordt er naar een antwoord gezocht op basis van Practice Based Evidence (Duin e.a., 2013). Dit gaat door middel van een kwalitatieve onderzoeksmethode, raadpleging van experts via een focusgroep is (van Everdingen e.a. 2004). Het gaat bij een focusgroep-raadpleging 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.

2.7.4 Overige overwegingen

De werkgroep beschouwt de 'evidence based' en/of 'practice based' evidence op basis van de volgende onderdelen:

- Kwaliteit van het bewijs (hoog, matig, laag, zeer laag), inclusief: sterkte van het effect, consistentie van het bewijs;
- Balans tussen gewenste en ongewenste effecten (effectiviteit in relatie tot bijwerkingen en complicaties, strekte van effect, klinische relevantie van effect);
- Patiënten perspectief (bijvoorbeeld behoeften van de patiënt, te verwachten compliance en tevredenheid);
- Professioneel perspectief (kennis en ervaring met technieken, risico's die professionals lopen, verwachte tijdsbesparing/-investering);
- Middelenbeslag;
- Organisatie van zorg (bijvoorbeeld veranderingen in zorgproces, infrastructuur, vergoeding door verzekeraars);
- Maatschappelijke perspectief.

Ook kan er eventueel gebruik worden gemaakt van grijze literatuur om zo tot aanbevelingen te komen.

2.7.5 Aanbevelingen

Aanbevelingen kunnen gegreeerd 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 cliënten met een psychose en naasten, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) en organisatorische aspecten.

2.8 Werkgroep Adviesnota Herziening Rijgeschiktheid bij Psychose

2.8.1 Samenstelling werkgroep

Zoals eerder aangegeven, heeft een werkgroep de Adviesnota Herziening 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 cliënten en naasten, en in de commentaarronde.

De werkgroep is organisatorisch ondersteund door een projectleider, een notulist en een project assistent 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. Bijlage 7 geeft 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 bijlage 2, 3 en 6). De reviewers beoordeelden de kwaliteit en inhoud van de aldus verkregen literatuur en verwerkten deze in evidencetabellen (bijlage 8), 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), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), SWOV (Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid), het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, MIND (voorheen Landelijk Platform GGz) 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.

2.9 Implementatie

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

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

2.10 Herziening

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

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

3.1 Inleiding

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 5 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.

In dit hoofdstuk wordt daarom de volgende uitgangsvraag gesteld:

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

Het beantwoorden van deze uitgangsvraag moet leiden tot meer inzicht met betrekking tot factoren die aandacht verdienen bij het formuleren van een advies over verkeersdeelname als bestuurder van een motorvoertuig. De factoren kunnen vervolgens gebruikt worden voor het beantwoorden van de overige uitgangsvragen bij deze adviesnota. Om de vraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van evidence en practice based evidentie (Duin e.a. 2013)

3.2 Systematic review

In deze paragraaf wordt eerst de methode van de uitgevoerde review besproken, daarna de resultaten gepresenteerd om vervolgens het vertrouwen in die resultaten te bespreken en daar conclusies uit te trekken.

3.2.1 Methode

a) Zoekstrategie en de in- en exclusie criteria

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.

De kans bestaat dat bij beperking tot longitudinale studies belangrijke uitkomsten worden gemist. Daarom 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 6.

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.

b) 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 13 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; Nkuzimana 2012) en 1 artikel omdat het in het Portugees geschreven was (Ferreira 2015). Verder werden er 7 studies 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) eveneens uitgesloten en behandeld in een ander hoofdstuk.

Er resteerden 7 studies die in dit hoofdstuk worden behandeld (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). Vier studies betreffende rijgeschiktheid en schizofrenie en drie studies betreffende rijgeschiktheid en psychische aandoeningen in het algemeen worden in paragraaf 3.4 besproken.

3.2.2 Wetenschappelijke Resultaten

a) Rijgeschiktheid en psychische aandoeningen (algemeen)

Van elk artikel is een samenvatting gemaakt in een zogenaamde 'evidence-tabel', waarin de belangrijkste kenmerken van de studies zijn opgenomen (zie bijlage 8).

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 alcohol gerelateerde 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, werkloosheid 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 alcohol

gerelateerde 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.

b) Rijgeschiktheid en psychose/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; Kastrup 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 PANSS-score 70,6; SD: 6,6) en personen die vaker een psychose hadden doorgemaakt (gemiddelde PANSS-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.

c) 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, de volgende factoren verhogen het risico op verkeersongevallen:

- aanwezigheid van enige psychische stoornis in de afgelopen 5 jaar en een fataal ongeluk met een motorvoertuig (Kujansuu e.a. 2016);
- 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);

Verder komt alcoholgebruik boven de toegestane hoeveelheid, het gebruik van medicatie op het moment van overlijden en het plegen van suïcide in het verkeer vaker voor bij bestuurders met een psychische stoornis in de voorgeschiedenis die betrokken zijn bij een fataal motorvoertuigongeluk (FMVA).

3.2.3 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, psychomotorische 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

3.2.4 Wetenschappelijke conclusies

Algemene conclusie

	<p>Behandelde patiënten met schizofrenie of een doorgemaakte psychose presteren slechter dan gezonde personen op tests van rijgeschiktheid (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></p> <p><i>Er is matig vertrouwen in de uitkomsten.</i></p>
--	---

Invloed van de aandoening op algemene vaardigheden

	<p>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.</p> <p><i>Lipskaya-Velikovsky e.a. (2013)</i></p> <p><i>Er is zeer beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i></p>
--	--

Medicatie als positief beïnvloedende factor

	<p>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.)</p> <p><i>De las Cuevas e.a. (2010)</i></p> <p><i>Er is beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i></p>
--	---

Eerste psychose versus twee of meer psychoses

	<p>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).</p> <p><i>Segmiller e.a. (2015)</i></p> <p><i>Er is zeer beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i></p>
--	---

Andere beïnvloedende factoren geassocieerd met de aandoening

	<p>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.</p> <p><i>Kujansuu e.a. (2016)</i></p> <p><i>Er is beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i></p>
--	--

	<p>Bijna een derde (32,7%) van de personen met schizofrenie of een schizo-affectieve 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.</p> <p><i>Steinert e.a. (2015)</i></p> <p><i>Er is zeer beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i></p>
--	--

3.3 Focusgroepen (Practice based evidentie)

Vanwege het beperkte vertrouwen in de wetenschappelijke resultaten zijn er focusgroepen gebruikt om beter zicht te krijgen op de factoren die de rijvaardigheid van personen met een psychose beïnvloeden.

3.3.1 Methode

Methode focusgroep met experts

Om zicht te krijgen op relevante symptomen en kenmerken werd een focusgroep samengesteld met 7 psychiaters, zowel behandelaars als keuringsartsen, deels met nevenfuncties als wetenschappelijk onderzoeker. Allen werden benaderd omdat zij eerder hun betrokkenheid bij het thema rijgeschiktheid hebben getoond, bijvoorbeeld door het schrijven van een artikel over het onderwerp, of betrokkenheid bij het opstellen van de huidige adviesnota rijgeschiktheid. Een aantal werkt met jonge cliënten voor wie het behalen van een rijbewijs of het uitoefenen van een beroep waarvoor een rijbewijs nodig is, van groot belang kan zijn. Anderen werken met cliënten met recidiverende psychosen bij wie participatie in verschillende maatschappelijke rollen een belangrijke doelstelling is. De verkregen uitkomsten hebben extra gewicht omdat voorafgaand aan de bijeenkomst de deelnemers collega's hebben geraadpleegd over dit thema. De reacties van deze collega's zijn meegenomen tijdens de focusgroep.

Methode focusgroep met cliënten en naasten

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 gespecialiseerd is 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 4 en 5.

3.3.2 Bevindingen en aanbevelingen uit focusgroepen

a) Focusgroep van behandelaars en keuringsartsen

Voor de focusgroep van behandelaars en keuringsartsen is de uitgangsvraag als volgt geoperationaliseerd: *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 recidievrije 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 nog 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.

b) Focusgroep van cliënten en naasten

In de focusgroep van cliënten en naasten is de uitgangsvraag als volgt geoperationaliseerd:

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 een eenduidige

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 (cliënten in de focusgroep) 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 reis-specifieke 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.

3.4 Overwegingen van de werkgroep

- **Kwaliteit van het bewijs**

De kwaliteit van het bewijs vanuit dit hoofdstuk is zwak. Het gaat om methodologisch zwakke studies bij kleine groepen of practice based informatie. Het is onvoldoende om de diagnose als belangrijkste risicofactor te zien en hier het risico op te beoordelen. Het beoordelen hiervan ligt complexer. Binnen de evidentie zijn echter wel indicaties voor beschermende en risicofactoren waar men rekening mee kan houden om een gedegen inschatting te maken.

Om meer in detail te treden, ondanks dat er enig bewijs is dat mensen met een psychotische stoornis vaker betrokken zijn bij verkeersongelukken, is dit alleen als er wordt gecorrigeerd voor de gereden afstand. Mensen met een psychotische stoornis rijden doorgaans minder kilometers. De lifetime-prevalentie van het percentage ongelukken wordt gerapporteerd, maar is gebaseerd op subjectieve rapportage in een enkele studie. Prevalentiecijfers van de algemene bevolking ontbreken, waardoor het niet goed vast te stellen is of er sprake is van een verhoogd risico, noch of dat verhoogd risico hoger is dan het risico dat acceptabel geacht wordt bij andere doelgroepen (jongeren, ouderen, fysisch gehandicapten, mensen met een depressie of met een verslaving etc.).

Ten tweede, er zijn wel aanwijzingen dat een aantal van de mensen met een psychotische stoornis slechter presteert op psychologische tests (verkeerspsychologische tests en neuropsychologische tests) of een rijimulator die samenhangen met een verminderde rijvaardigheid. Onbekend is of deze slechtere prestatie ook daadwerkelijk samengaat met verminderde rijgeschiktheid bij mensen met een psychotische stoornis. Er zijn immers aanwijzingen dat prestaties op neuropsychologische tests bij een psychose, slechts beperkt overeenkomen met dagelijks levensfunctionaliteit (ecologische validiteit). Verder is het niet mogelijk om op basis van de literatuur psychose-specifieke factoren vast te stellen die een negatieve invloed kunnen hebben op de rijgeschiktheid.

Als er naar de literatuur wordt gekeken zijn er een aantal generieke factoren die naar voren komen als risicofactor bij met name personen met een psychotische stoornis, zoals gebruik van medicatie, alcohol en suïcidaliteit. Ook zijn er aanwijzingen vanuit de focusgroepen dat generieke factoren (zoals spanning en stress, vermoeidheid, medicatiegebruik en -verandering en situatiespecifieke aspecten) een belangrijke rol spelen.

Verder zijn er lichte indicaties dat factoren die een rol spelen kunnen verschillen tussen mannen en vrouwen. Bij mannen worden opleidingsniveau, gezondheidsproblemen en werkloosheid genoemd, bij vrouwen relatieproblemen. Deze generieke factoren komen vaker voor bij mensen met een psychotische stoornis dan in de algemene bevolking. Soms kan een directe invloed op rijgeschiktheid aan de orde zijn, zoals bij het gebruik van alcohol en suïcidaliteit. Andere factoren,

zoals werkloosheid en gezondheidsproblemen, zijn waarschijnlijk vooral een indicator voor de ernst van de functionele beperkingen. Gezien de beperkte evidentie voor deze geslacht-specifieke factoren moeten deze met voorzichtigheid worden beschouwd.

- ***Patiënten- en Naastbetrokkenenperspectief***

Het is van belang te weten welke factoren van invloed zijn op de rijgeschiktheid bij mensen met een psychotische stoornissen, en wat de risico's van verkeersdeelname zijn. Informatie over deze factoren en risico's helpt bij de overweging al dan niet te gaan autorijden. Tevens willen naasten graag worden betrokken bij gesprekken over rijgeschiktheid en vinden zij dat rijgeschiktheid meer expliciet onderwerp van gesprek mag zijn. Het is 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).

In de focusgroepen werden gezondheidsvaardigheden (naast de eerder genoemde generieke factoren) benoemd als belangrijke factor bij het inschatten van rijgeschiktheid. Dit is van belang bij het omgaan met de aandoening en rijgeschiktheid. Van der Heide en collegae (2013) vonden grote verschillen in gezondheidsvaardigheden bij het omgaan met de aandoening. Dit is een relatief nieuwe visie op vooral chronische aandoeningen en dagelijks functioneren. 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 rijbewijsbezitter hieraan verbindt voor het rijgedrag. Met betrekking tot de hiervoor genoemde factoren is in de adviesnota van 2014 (Brons e.a. 2014) wel een voorzet gedaan in de 'Overige overwegingen'. Daarin werd geadviseerd aandacht te besteden aan een aantal factoren: comorbiditeit, de voorgeschiedenis wat betreft recidieven, de mate van sociale controle, zelfinschatting van functioneren, rijgeschiktheid en persoonlijkheidskenmerken. Dit heeft de werkgroep echter niet in hun advies aan de minister opgenomen

- ***Professioneel perspectief***

Factoren die van invloed zijn op rijgeschiktheid kunnen variëren tussen personen, daarnaast fluctueren deze factoren ook bij eenzelfde persoon over de tijd. Kennis over deze factoren en hoe die van invloed zijn op de rijgeschiktheid bij mensen met psychotische stoornissen en de risico's van autorijden, is nodig om patiënten goed te kunnen informeren. Vanuit de focusgroepen blijkt dat professionals het vaak minder relevant vinden risico's in te schatten op basis van recidiefvrije termijn, symptoomvrij zijn, onderscheid tussen een eerste of recidiveerde psychose, en medicatietrouw. Het lijkt hen beter om dit te doen op basis van de diversiteit tussen individuen (beeld en beloop), een dimensionele aanpak gericht op generieke symptomen (tegenwoordig de standaard van zorg), en op generieke kenmerken (alcohol en drugs, beperkingen in informatieverwerking en psychomotoriek en ziekte-inzicht).

Verder is er behoefte aan een checklist die de professional helpt bij het inschatten van risicofactoren bij personen met een psychose. De werkgroep heeft op basis van de evidentie en de resultaten uit de werkgroep een checklist hiervoor opgesteld (bijlage 9).

- **Middelenbeslag**

Geen bijzonderheden.

- **Organisatie van zorg**

Niet van toepassing.

- **Maatschappelijk perspectief**

Onverantwoorde deelname aan het verkeer als bestuurder van een auto en onzeker rijgedrag kunnen ernstige negatieve gevolgen hebben. Het is van groot belang risicofactoren zorgvuldig in kaart te brengen, niet alleen omdat de veiligheid van de medeweggebruikers in het geding is, maar ook die van de bestuurder zelf. Er dient daarbij naar individuele beschermende- en risicofactoren van de persoon met een psychose te worden gekeken en niet slechts een beoordeling plaats te vinden op basis van groepskenmerken (zoals het voor een bepaald termijn recidief vrij zijn). Het niet-beoordelen op basis van individuele kenmerken is - naast dat het onrechtvaardig is (ratificatie van het VN Mensenrechten Verdrag voor Personen met een Handicap [Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2016]) - waarschijnlijk ook minder veilig omdat er geen rekening wordt gehouden met meer relevante factoren.

3.5 Aanbevelingen

- Risicofactoren van een individu met een psychotische stoornis kunnen niet worden vastgesteld op basis van groepskenmerken. De werkgroep adviseert de invloed van factoren per individu te beoordelen en een risicotaxatie te maken.
- Betrek naasten van de cliënt om te helpen bij het inventariseren en monitoren van risicofactoren.
- De behandelaar adviseert en verkent de mogelijkheden en relevante factoren samen met de patiënt en mogelijk diens betrokkenen. Hij of zij is echter niet de uiteindelijke beoordelaar noch degene die beslist.
- Bij het inschatten van risico's, ga uit van een dimensionele aanpak gericht op generieke symptomen en niet op basis van een diagnosecategorie (psychose/schizofrenie). Belangrijk hierbij is dat symptomen die de rijgeschiktheid beïnvloeden dus niet alleen symptomen van een psychotische stoornis zijn.
- Ziekte-inzicht is een belangrijke risicofactor. Het is belangrijk dat wordt ingeschat of de cliënt zich realiseert dat diens psychische toestand op bepaalde momenten de rijgeschiktheid kan verminderen en dat het rijgedrag hierop moet worden afgestemd. Bij deze inschatting is informatie over gedrag tijdens een eerdere terugval zeer relevant.
- Belangrijke risicofactoren voor de rijgeschiktheid: 'Levendige hallucinaties tijdens het rijden', 'Wanen', 'Slaaptekort', en 'Meer dan anders last hebben van angst en depressie'. Daarnaast kunnen er ook psychotische klachten zijn die tot een verminderd vermogen tot zelfreflectie leiden, waardoor de inschatting om wel of niet te kunnen rijden twijfelachtig is en autorijden onverantwoord wordt.
- Belangrijke risicofactoren om na te gaan en te monitoren: medicatiegebruik en -verandering (zie hoofdstuk 4), alcohol- en drugsgebruik (met name voorafgaande overtredingen door rijden)

onder invloed) en suïcidaliteit. Ook spanning en stress, vermoeidheid, en het omgaan met situatiespecifieke aspecten zijn belangrijk om in te schatten en te blijven monitoren

- Wat minder goed onderbouwde risicofactoren waarop gelet zou kunnen worden: bij mannen het opleidingsniveau, werkeloosheid en gezondheidsproblemen en bij vrouwen de aanwezigheid van relatieproblemen. Verder ook de beperkingen in functioneren en het aantal en ernst van eerdere terugvallen/opnames.
- Naast risicofactoren, gaat het er om een inschatting te maken van belangrijke beschermende factoren, namelijk de gezondheidsvaardigheden waarover iemand beschikt (bijv. impulsen beheersen en geconcentreerd blijven, zelfinschatting van functioneren, rekening houden met de eigen conditie en verkeerssituatie). Maar ook sociale controle kan helpen.
- In bijlage 9 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.

4. Verkeersrisico's van verschillende typen geneesmiddelen bij psychotische stoornis en comorbide aandoeningen

4.1 Inleiding

Medicatiegebruik speelt een rol bij rijgeschiktheid. Bijwerkingen van psychofarmaca gaan vaak gepaard met vertraagde informatieverwerking en met moeite om de aandacht te verdelen. Maar er zijn ook aanwijzingen dat antipsychoticagebruik de rijgeschiktheid verbetert.

Geneesmiddelen gebruik is een criterium in de huidige regeling, REG2000. In paragraaf tien van de regeling wordt hierop ingegaan (*box 2*).

Box 2. 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.

Uit de praktijk blijkt dat medicatie voor veel patiënten beschouwd wordt als een drempel tot het verwerven respectievelijk behouden van het rijbewijs. Behandelaars kunnen patiënten ervan overtuigen dat medicatiegebruik leidt tot vermindering van psychose en daarmee tot herstel van de rijgeschiktheid. Zij vrezen echter dat patiënten geen medicijnen meer zullen nemen als ze gewezen worden op de consequenties van de stoornis en van de medicatie voor het rijbewijs. Daarom wordt de discussie vaak niet gevoerd met patiënten. Voor de praktijk is het daarom belangrijk om inzicht te krijgen in welk geneesmiddelen risico's in het verkeer vormen en daarna af kan wegen welk type middel men wilt gaan proberen.

De uitgangsvraag van dit hoofdstuk is:

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

Naast de uitkomsten van deze uitgangsvraag zal ook stil gestaan worden bij welke rol de voorschrijver heeft bij het voorlichten van de patiënt (en zijn/haar naaste) en welke voorwaarde de voorschrijver kan stellen om de verkeersrisico's door medicatiegebruik zoveel mogelijk te beperken. Dit alles om de verkeersrisico's zoveel mogelijk te beperken.

4.2 Systematic review

4.2.1 Methode

Er is gebruik gemaakt van de evidentie uit hoofdstuk 3 over geneesmiddelen als risicofactor voor ongelukken om de uitgangsvraag te beantwoorden. Verder is er door experts een groot (casecontroll van N=3963 cases versus N=18.828 controls) Europees onderzoek (Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe [DRUID]) aangeleverd over rijden onder invloed van alcohol, drugs en geneesmiddelen in de periode 2007-2009 (Ravera e.a., 2011). In dit hoofdstuk gebruiken wij het DRUID onderzoek en hun voorgestelde aanpak voor personen die antipsychotische medicatie gebruiken en aan het verkeer willen deelnemen. Ook hebben experts een onderzoeksrapport aangeleverd over de effecten van voorlichting over de invloed van geneesmiddelen op de rijvaardigheid (Vervloet e.a. 2007).

4.2.2 Wetenschappelijke resultaten

a) Algemeen

In 2006 werd het aantal verkeersdoden door rijgevaarlijke medicatie in Nederland geschat op 70, namelijk 5-10% van alle verkeersdoden (Ravera e.a., 2011). Deze schatting is naar aanleiding van recent

onderzoek in DRUID-verband verlaagd naar ongeveer 50 doden per jaar, mede als gevolg van een afname van het benzodiazepinegebruik (persbericht Rijksuniversiteit Groningen, 10 mei 2012).

De las Cuevas et al. (2010) hebben een onderzoek verricht bij 77 ambulante patiënten (55,8% van deze patiënten had een ICD-10 codering schizofrene stoornis) die bij de start van de behandeling gedestabiliseerd waren. De rijprestaties werden aan het begin en na medicamenteuze behandeling gemeten. Op het eerste meetmoment faalde 90% van de patiënten om een voldoende te scoren om het rijbewijs te kunnen vernieuwen. Na 6 weken adequate behandeling verbeterde bij 83% de mentale conditie, 17% bleef onveranderd of verslechterde. Van de patiënten die verbeterden had 25% scores die voldoende hoog waren om goed auto te kunnen rijden. De rest verbeterde vergeleken met het eerste meetmoment.

b) Slaap- en kalmeringsmiddelen en antidepressiva

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) (Ravera e.a., 2011). 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.

c) Antipsychotica

Door het geringe aantal bestuurders dat alleen aan antipsychotica was blootgesteld, kan men geen betrouwbare uitspraak over de relatie met verkeersongevallen doen (Ravera e.a. 2011). Dit zijn ook de bevindingen in een grote Franse studie (N=72.685 motorvoertuigbestuurders betrokken bij een ongeluk), 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 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 zijn deze studies niet gerandomiseerd of geblindeerd (Soyka e.a. 2005b).

d) Effecten van voorlichting

In het specifieke onderdeel 'Rijvaardigheid en het gebruik van machines' van de patiëntenbijsluiters 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 waarschuwingssticker 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 (N=1197) 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 alle type 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.

4.2.3 Vertrouwen in de resultaten

Slechts enkele studies zijn uitgevoerd bij voldoende grote aantallen bestuurders om risicoverhoging door gebruik van de verschillende rijgevaarlijke geneesmiddelen nader aan te geven (Ravera e.a. 2011; Orriols e.a. 2010). In de studies is vaak niet duidelijk om welke medicatie het gaat en met name de verkeersrisico's van antipsychotica zijn niet voldoende onderzocht. Eén kwalitatieve studie (Vervloet e.a. 2007) had een grote steekproef, maar ook hier ging het om een steekproef uit de algemene bevolking. Enkele conclusies zullen worden gebaseerd op de internationaal aanvaarde indeling (ICADTS-classificatie) van rijgevaarlijke geneesmiddelen.

4.2.4 Wetenschappelijke conclusies

	<p>Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en sterke pijnstillers vergroot het risico op betrokkenheid bij een verkeersongevallen met 2-10 maal.</p> <p><i>Ravera e.a. 2011; Orriols e.a. 2010</i></p> <p><i>Er is matig vertrouwen in de uitkomsten. (conclusie is niet specifiek voor personen met een psychotische stoornis)</i></p>
--	--

	<p>Het gebruik van meer dan één rijgevaarlijk geneesmiddel vergroot het risico op betrokkenheid bij verkeersongevallen.</p> <p><i>Orriols e.a. 2010</i></p> <p><i>Er is matig vertrouwen in de uitkomsten. (conclusie is niet specifiek voor personen met een psychotische stoornis)</i></p>
--	--

	<p>Het gebruik van antipsychotica verhoogt het risico op betrokkenheid bij verkeersongevallen, zoals elk psychotroop werkend geneesmiddel dat kan doen.</p> <p><i>ICADTS 2007;</i></p> <p><i>Er is hoge mate van vertrouwen in de uitkomsten.</i></p>
--	---

	<p>Farmacologische behandeling die de psychische conditie verbetert, is geassocieerd met duidelijke verbeteringen op deze tests om de rijprestaties te verbeteren.</p> <p><i>De las Cuevas et al. (2010)</i></p> <p><i>Er is beperkt vertrouwen in de uitkomsten.</i></p>
	<p>Bij stabiel functionerende patiënten met schizofrenie kan mogelijk de rijgeschiktheid minder worden beïnvloed door gebruik van clozapine of andere atypische antipsychotica, dan door gebruik van klassieke antipsychotica.</p> <p><i>Soyka e.a. 2005b;</i></p> <p><i>Er is beperkte mate van vertrouwen in de uitkomsten.</i></p>
	<p>Personen die medicatie gebruiken die de rijgeschiktheid negatief kan beïnvloeden worden hierover vaak onvoldoende geïnformeerd door hun arts of apotheker. Mensen met rijgevaarlijke medicatie nemen deel aan het verkeer, ondanks de waarschuwing dat hun medicatie een negatieve invloed kan hebben op de rijgeschiktheid.</p> <p><i>Vervloet e.a. 2007</i></p> <p><i>Er is beperkt vertrouwen in de uitkomsten. (conclusie is niet specifiek voor personen met een psychotische stoornis)</i></p>

4.3 Focusgroepen (Practice based evidentie)

Vanuit de focusgroepen zijn ook een aantal relevante resultaten gekomen met betrekking tot medicatie. De beschrijving van de methode kan worden teruggevonden in hoofdstuk 3.3.1.

4.3.1 Bevindingen en aanbevelingen uit focusgroepen

a) Focusgroep van behandelaars en keuringsartsen

- 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. [context: het loslaten van het medicatietrouw criterium wordt ondervangen door afspraken die men maakt in een signaleringsplan en WRAP met betrekking tot medicatie gebruik; zie ook laatste punt 'focusgroep van cliënten en naasten'].
Behandelinterventies zoals signaleringsplan en Wellness Recovery Action Plan (WRAP) zijn aanbevolen hulpmiddelen⁵. Bij het inventariseren, bespreken en evalueren van generieke symptomen zowel als gezondheidsvaardigheden. Zie voor meer informatie bijlage 12 en 13.

⁵ Zorgstandaard psychose (<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/03/ZS-Psychose.pdf>) en databank Erkende interventies (<https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/>).

b) Focusgroep van cliënten en 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.

Voor de focusgroep van cliënten en naasten is de uitgangsvraag als volgt geoperationaliseerd:

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 situatie specifieke 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 (bijlage 12) en/of een 'Wellness Recovery Action Plan' (WRAP, bijlage 13) kan hebben bij het bepalen van de rijgeschiktheid. [context: met name afspraken over medicatie gebruik zijn van belang]

4.4 Overwegingen van de werkgroep

- **Kwaliteit van het bewijs**

De kwaliteit van het bewijs in dit hoofdstuk is voornamelijk zwak. En ook al zijn er indicaties dat antipsychotica de rijvaardigheid verbeteren, er zijn ook aanwijzingen dat de bijwerkingen de rijvaardigheid negatief beïnvloeden. De werkgroep is daarom van mening dat het inschatten van risico's op basis van de huidige indeling van rijgevaarlijke middelen dient te gebeuren. Er wordt daarbij uitgegaan van een categorie-indeling (zie tabel 2) die is gebaseerd op een lijst van rijgevaarlijke geneesmiddelen, opgesteld door ICADTS (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 2. 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 (in promille)	Waarschuwing voor de patiënt	Voorbeelden
Categorie 0: Geen effect	0	U kunt gaan rijden	Laxantia, Voedingssupplementen, Medicatie bij diabetes, Statines
Categorie I: weinig negatieve invloed	< 0,5	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: lichte tot matig negatieve invloed Matig effect	0,5-0,8	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, Anti-epileptica, Biperideen, Antidepressiva
Categorie III: ernstige of potentieel gevaarlijke invloed	> 0,8	Ga niet rijden tot uw arts aangeeft wanneer rijden na enige tijd gebruik van het middel weer mogelijk is. ^b	Benzodiazepines, mirtazapine

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

^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 hoofdicatie van het geneesmiddel krijgt geadviseerd. In het eerdergenoemde 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. Cliënten 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). Bij gebruik van een middel in categorie III is het verboden om een voertuig te besturen, tenzij er is bepaald dat er gewenning is opgetreden (<https://www.cbr.nl/medicijnen.pp>). Ook is het mogelijk dat de invloed op de rijvaardigheid verandert in de uren na inname van categorie III naar categorie I (<https://www.knmp.nl/producten/gebruiksrecht-g-standaard/medicatiebewaking-g-standaard/verkeersdeelname/verkeersdeelname>). Alle antipsychotica en de meeste antidepressiva vallen bijvoorbeeld in categorie II. Bij de behandeling of preventie van respectievelijk na een psychose kunnen middelen in Categorie III dus worden vermeden. Voor naslag per middel verwijzen we naar <http://rijveiligmetmedicijnen.nl/medicijnen/lijs-medicijnen/alfabet/>. 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. Wetenschappelijk onderbouwde informatie over de achtergronden van medicatiebewaking en praktisch toepasbare beslisondersteuning is te vinden op <https://www.commentarenmedicatiebewaking.nl/>. Informatie-uitwisseling tussen de eerstelijns gezondheidszorg en de tweede lijn GGZ zou de kwaliteit van de medicatiebewaking ondersteunen.

- ***Patiënten- en Naastbetrokkenenperspectief***

Zij vinden het wenselijk dat een voorschrijvend arts en de apotheker explicieter de invloed van geneesmiddelen op rijgeschiktheid moeten benoemen.

- ***Professioneel perspectief***

Uit de focusgroepen komt naar voren dat veel professionals vinden dat medicatietrouw als criterium van de rijgeschiktheid zou moeten worden losgelaten. Daarbij is het niet zo dat er geen belang gehecht wordt aan het gebruik van medicatie, maar de vorm waarin dit wordt gedaan zou anders moeten. Het informeren en vastleggen van medicatiegebruik in een signaleringsplan en WRAP is hierbij van belang (zie bijlage 12 en 13). Bij eventuele terugverwijzing van de patiënt naar de huisarts zal de rijgeschiktheid, indien relevant, een onderdeel van de overdrachtgegevens dienen te zijn. Uit onderzoek (Vervloet e.a. 2007) 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 voorschrijver 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, herziening 2016).

- ***Middelenbeslag***

Geen bijzonderheden.

- ***Organisatie van zorg***

Niet van toepassing.

- **Maatschappelijk perspectief**

Onverantwoorde deelname aan het verkeer als bestuurder van een auto kan ernstige negatieve gevolgen hebben. Het is van groot belang dat er aanbevelingen komen over voorwaarden die een voorschrijver van antipsychotica moet stellen aan de patiënt om deel te kunnen nemen aan het verkeer.

4.5 Aanbevelingen

- De voorschrijver moet de patiënt goed informeren over de invloed van medicatie op de rijvaardigheid en bijbehorende wet- en regelgeving. Ook dienen afspraken over medicatiegebruik zo mogelijk te worden vastgelegd in het signaleringsplan of WRAP (ook over eventueel spaarzaam gebruik in het kader van herstel).
- Bij het inschatten van risico's van medicatiegebruik dient er gebruik gemaakt te worden van de lijst van rijgevaarlijke geneesmiddelen, opgesteld door de International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS 2007).
- De voorschrijver moet de patiënt ontraden te rijden als hij/zij onder invloed is van slaap- of kalmeringsmiddelen of meer dan één rijgevaarlijk geneesmiddel gebruikt.
- Het bespreken van het gebruik van medicatie en de invloed op rijgeschiktheid (vooral ook tijdens de instellingsfase/gewenningsfase) behoort regelmatig aan bod te komen bij behandeling of preventie van psychosen, zowel in gesprek met de voorschrijver als met andere betrokken behandelaars, bij voorkeur samen met de naastbetrokkenen.
- De voorschrijver kan overwegen om clozapine of andere atypische antipsychotica voor te schrijven als er een wens is om auto te gaan rijden.

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

- 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 daarom niet rijden **na start of aanpassing** 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 voorschrijver, tenzij:
 - u advies hebt ingewonnen over de effecten op de rijgeschiktheid bij uw voorschrijver 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.

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

5.1 Inleiding

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, waarna hij/zij dan een verklaring van geschiktheid krijgt. Deze vaststelling wordt gedaan door het CBR aan de hand van door de minister van Infrastructuur en Waterstaat 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. De REG2000 wordt daarom regelmatig aangepast op advies van de Gezondheidsraad, bijvoorbeeld vanwege nieuwe empirische kennis over risico's van aandoeningen.

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. Daarom worden bij personen met deze aandoeningen en/of gebruik van psychofarmaca in de REG2000 extra eisen gesteld om te mogen rijden. Daarin wordt met name vanuit de symptomen en hun potentiële risico's geredeneerd, maar de laatste jaren is er toenemend oog voor compensatiemogelijkheden bij ziekten en aandoeningen (Brouwer, 2015). 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.

In de praktijk blijkt dat de huidige REG2000 bij veel psychiaters en andere behandelaars onvoldoende bekend is, net als de plicht patiënten hierover voorlichting te geven. In het kader van medicatievoorschrift gebeurt dit meestal wel, maar het bespreken van rijgeschiktheid en mobiliteit op grond van toestandsbeeld en diagnose wordt vaak achterwege gelaten. Het is zelfs zo dat behandelaars vrezen voor de gevolgen voor de behandelrelatie als ze een regeling moeten toelichten waar ze zelf twijfels bij hebben, het individu wordt namelijk beoordeeld op groepskenmerken. Bovendien betekent de huidige regeling soms dat cliëntenpatiënten zich onttrekken aan de behandelrelatie gunstiger achten dan het bespreken van de eigen rijgeschiktheid met de behandelend specialist. Behandelaars vrezen hun patiënten niet meer terug te zien en daarmee het risico van terugval in psychose te vergroten.

Vanwege de hiervoor genoemde problemen met de huidige REG2000, de toegenomen wetenschappelijk kennis over risico's (zie hoofdstuk 3) en gebruik van geneesmiddelen door personen met een psychose (zie hoofdstuk 4), een drastische aanpassing van de wijze van diagnosticeren (overstap van DSM-IV naar DSM 5, zie hoofdstuk 1) is daarom voor dit hoofdstuk de volgende uitgangsvraag opgesteld:

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

5.2 Methode

Voor het beantwoorden van de uitgangsvragen nemen we de huidige regeling (REG2000) als uitgangspunt. Drie bronnen van informatie worden gebruikt om eventuele wijzigingen hierin voor te stellen:

- Informatie uit de algemene verkeerskundige literatuur over onmiddellijke oorzaken van auto-ongevallen.
- Wetenschappelijke informatie uit hoofdstuk 3 over risicofactoren die de rijvaardigheid en het rijgedrag van mensen met psychotische stoornissen beïnvloeden, en de verschillende instrumenten die gebruikt zijn om de rijgeschiktheid in te schatten. Enkele resultaten verdienen extra toelichting om tot een transparante rationale te komen voor de aanbevelingen.
- 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 methode van de focusgroepen staat beschreven in hoofdstuk 3.3.1.

Vervolgens worden door middel van overige overwegingen uit de werkgroep aanbevelingen geformuleerd. Bij het formuleren van de aanbevelingen zal ook gebruik worden gemaakt van de aanbevelingen uit hoofdstuk 3 en 4, dan wel ernaar terug worden verwezen.

5.3 Wetenschappelijk resultaten

5.3.1 Informatie uit de algemene verkeerskundige literatuur

In Box 3 staat de ontwikkelingen van de verkeersveiligheid in Nederland beschreven. Relevant voor de huidige doeleinden is dat meer dan de helft van de auto-ongevallen wordt veroorzaakt doordat de aandacht van de bestuurder is afgeleid – bijvoorbeeld door een smartphone – of doordat er sprake is van verminderde alertheid, meestal door slaapgebrek.

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. 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 (Klauer e.a. 2006) is gebleken dat bij 68% van de ongevallen de bestuurder direct voorafgaand aan het ongeval was afgeleid. Een tweede belangrijke onmiddellijke oorzaak van verkeersongevallen is verminderde alertheid, meestal door slaapgebrek. Afleidende activiteiten en slaapgebrek tijdens de

verkeersdeelname komen veel 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 door de grotere afstanden die ermee worden afgelegd voor ouderen erg onveilig. Bevordering van het gebruik van valhelmen en voorlichting over veilig op- en afstappen kunnen veel ongevallen met ernstige letsels reduceren.

5.3.2 Wetenschappelijke literatuur

Hieronder volgt een toelichting op de resultaten uit de wetenschappelijke literatuur van hoofdstuk 3 over risicofactoren die de rijvaardigheid en het rijgedrag van mensen met psychotische stoornissen beïnvloeden die van invloed zijn op de huidige REG2000 en nog nader te dienen te worden benadrukt en/of toegelicht.

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.
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. Echter, onduidelijk is nog welk percentage van deze cliënten 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 de regeling gekozen voor een testrit praktische rijgeschiktheid in geval van lichte tot matige beperkingen in informatieverwerking en visuo-motoriek (Brouwer & Ponds, 1994; Brouwer, 2015). Deze mogelijkheid is in de huidige regeling nog niet voorzien bij psychotische stoornissen.
3. In de huidige regeling worden de volgende kenmerken genoemd die relevant zouden zijn voor de beoordeling en beperkende voorwaarden bij de rijgeschiktheid zoals de geldigheidsduur van het rijbewijs en het soort rijbewijs (bijvoorbeeld groep 1 of groep 2).
 - eenmalige psychose versus meerdere psychosen;
 - kort- of langdurende psychotische episode;
 - duur van de recidievrije periode;
 - al of niet medicatievrij;
 - aard van de schizofreniespectrumstoornis (schizofrenie, schizo-affectieve stoornis, schizofreniforme stoornis);
 - zekere mate van ziekte-inzicht;
 - geringe negatieve symptomen;
 - lichte waanstoornis;

- ernstige waanstoornis;
- overige psychotische stoornissen.

Voor bijna alle kenmerken (behalve eenmalige psychose versus meerdere psychosen) is geen empirisch onderzoek gedaan waaruit blijkt dat ze van belang zijn voor de rijgeschiktheid en het rijgedrag van mensen met psychotische stoornissen. Verder zijn er enige aanwijzingen dat er geen verschil is in psychomotorisch functioneren (onderzoek gedaan in het kader van autorijden) tussen personen met een eerste psychose en personen die vaker een psychose hebben doorgemaakt (Steinert e.a. 2015).

4. In de wetenschappelijke literatuur is geen onderzoek gevonden die specifiek gaat over het inschatten van risico's voor personen met een psychotische stoornis die beroepsmatig (of als vrijwilliger) een auto besturen.

5.3.3 Vertrouwen in de resultaten

De resultaten komen uit twee bronnen (algemene verkeerskundige literatuur en wetenschappelijk onderzoek), waarvan het meeste als zwak bewijs kan worden gezien, omdat de doelgroep niet voldoende overeenkomt (indirect bewijs), er methodologische tekortkomingen zijn (risico op vertekening), of het bewijs gebaseerd is op een kleine groep (imprecisie).

5.3.4 Wetenschappelijke conclusies

Ondanks de zwakte van het bewijs blijkt dat er zoveel verschillende informatiebronnen zijn bijgekomen, dat zij bestaande kennis en inzichten over rijgeschiktheid bij personen met een psychose veranderen. De conclusies worden narratief beschreven.

Informatie uit de algemene verkeerskundige literatuur

- De ongevallen veroorzaakt door afleiding en door een verminderde alertheid worden in het algemeen beschouwd als problemen in het domein van het rijgedrag (het gaat dan om keuzes die tijdens het rijden worden gemaakt) en niet in de domeinen rijgeschiktheid of rijvaardigheid (langdurig aanwezige eigenschappen/vaardigheden): gezonde en rijvaardige bestuurders die de ongevallen hebben veroorzaakt hielden onvoldoende rekening met algemeen menselijke beperkingen in selectieve en volgehouden aandacht. Soortgelijke overwegingen gelden ten aanzien van ongevallen door alcohol- en drugsgebruik.
- Als er sprake is van verdere beperkingen in rijvaardigheid en rijgeschiktheid zoals bij veel mensen met psychotische stoornissen, dan is het via aangepast gedrag (kunnen) compenseren voor deze beperkingen nog belangrijker dan bij gezonden, immers er moet eerder en vaker gecompenseerd worden. Bij de beoordeling van de rijgeschiktheid spelen gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht een belangrijke rol.

Wetenschappelijke literatuur

- Alcohol- en/of drugsmisbruik of suicidaliteit (in het verleden) is een zwaarwegende negatieve risicofactor op de rijgeschiktheid bij personen met een psychose. 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.
- (Verkeers-)psychologische tests of een rijsimulatoronderzoek kunnen ondersteunen in het

bepalen van de rijgeschiktheid en het adviseren om bij de beoordeling een testrit op de weg (testrit praktische rijgeschiktheid) in te zetten.

- Voor de volgende factoren is er geen bewijs op welke wijze zij de rijvaardigheid beïnvloeden: kort- of langdurende psychotische episode; duur van de recidievrije periode; al of niet medicatievrij; aard van de schizofreniespectrumstoornis (schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, schizofreniforme stoornis); zekere mate van ziekte-inzicht; geringe negatieve symptomen; lichte waanstoornis; ernstige waanstoornis; overige psychotische stoornissen.
- Er is zwak bewijs dat er geen verschil in rijvaardigheid is tussen personen die een eenmalige psychose of meerdere psychosen hebben meegemaakt.

5.4 Bevindingen en aanbevelingen uit focusgroepen

a) 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?*

Dit aspect komt aan bod in hoofdstuk 3.3.2. Kort samengevat: de recidievrije termijnen, het symptoomvrij zijn en het onderscheid tussen eerste en recidiverende psychose als criterium voor rijgeschiktheid zou losgelaten moeten worden. In plaats daarvan zou het individuele beeld en het beloop van een cliënt leidend moeten zijn, daarbij rekening houdend met generieke kenmerken zoals omgang met alcohol en drugs, beperkingen in informatieverwerking en psychomotoriek en ziekte-inzicht. Verder moet een meer dimensionele aanpak gericht op generieke symptomen worden toegepast (DSM-5).

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-face beoordeling door een psychiater of neuroloog nodig. Een en ander resulteert in ongelijkheid qua kosten voor verschillende groepen patiënten. De experts zijn van mening dat dat onwenselijk is en dat er gezocht moet worden naar oplossingen om dit voor alle patiënten 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 patiënten?*

- 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.

b) 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?*
Deze vraag komt aan bod in hoofdstuk 3.3.2. Kort samengevat: cliënten en hun naasten zien vooral generieke factoren die de rijgeschiktheid beïnvloeden, namelijk: spanning en stress, vermoeidheid, medicatiegebruik en -verandering en situatie specifieke 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.
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?*
Deze vraag komt aan bod in hoofdstuk 4.3.1. Kort samengevat: laat medicatietrouw los als criterium. Verandering van medicatie heeft een negatieve invloed op de rijvaardigheid. De huidige adviezen over het gebruik van rijgevaarlijke geneesmiddelen moeten gehanteerd worden en de patiënt en naasten dienen beter voorgelicht te worden (wet- en regelgeving, bespreek met regelmaat beïnvloedende factoren op de rijgeschiktheid, of naasten kunnen ondersteunen, het signaleringsplan en WRAP en de rijgeschiktheid van de patiënt).
3. *Hoe zou het CBR moeten beoordelen of mensen met of na een psychose veilig kunnen rijden?*
 - 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.
 - 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. Overweeg bij sommige cliënten 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.

5.5 Overige overwegingen

- **Kwaliteit van het bewijs**

Ten eerste is het van belang te beseffen dat de criteria van de oorspronkelijke REG2000 tot stand zijn gekomen op basis van consensus van medisch deskundigen en in het verleden op basis van nieuwe empirische kennis en inzichten is aangepast (de vorige adviesnota). In huidige adviesnota heeft men een stap verder willen denken in het kader van ontbreken van evidentie. Om deze reden is meer gezocht naar best practice en het draagvlak voor het formuleren van een andere wijze van beoordelen, zoals die past binnen de huidige ontwikkelingen van de gezondheidszorg. De evidentie geeft helaas geen uitsluitel bij een aantal onderwerpen die mogelijk een risico factor vormen en die direct gerelateerd zijn aan een psychotische stoornis: aantal episoden, recidievrije periode, medicatie inname, mate van waanideeën etc. Dit impliceert volgens de werkgroep dat deze onderscheidingen uit de regeling losgelaten zouden moeten worden. Met name in het geval van kenmerken die volgens de regeling beperkend zijn, zoals de duur van de recidievrije periode en het al of niet medicatievrij zijn, zouden deze met een nieuwe of aangepaste beoordelingsstructuur moeten worden ingevoerd.

- **Professioneel perspectief**

Op basis van de toegenomen evidentie/inzichten en het gebrek aan evidentie waarop een aantal criteria is gestoeld in de REG2000 heeft de werkgroep vanuit hun expert- en professionele kennis een beoordelingsstructuur aangebracht, die meer past bij actuele ontwikkelingen en breder zal worden gedragen en gebruikt, om zo de rijvaardigheid in te schatten. Tevens verwacht de werkgroep dat een meer individuele aanpak de veiligheid voor het individu en zijn/haar medeweggebruikers zal vergroten.

De werkgroep stelt voor (mede op basis van eerdere besluiten van de Gezondheidsraad en het Ministerie dat rijgeschiktheid in Nederland op beperkingenniveau moet worden vastgesteld) om op basis van de volgende criteria te bepalen of verantwoorde deelname aan het verkeer mogelijk is voor een volwassenen met psychotische problematiek: 1. Cognitief en Psychomotorisch Functioneren; 2. Stabiliteit van het Functioneren; en 3. Gezondheidsvaardigheden en Ziekte-inzicht. Hieronder wordt door de werkgroep beargumenteerd waarom deze aspecten onderzocht zouden moeten worden:

1. Cognitief en Psychomotorisch Functioneren

Dat beperkingen op deze gebieden vaak voorkomen bij psychotische stoornissen, blijkt uit de in hoofdstuk 3 beschreven verkeerspsychologische onderzoeken met tests en rijsimulatoren. Cognitieve functiestoornissen kunnen op zichzelf staan bij psychose, maar vaak hangen ze ook samen met negatieve symptomen en bijwerkingen van medicatie. Ook 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. Keuringsartsen en behandelaars achten met name afleidbaarheid, trage informatieverwerking en het niet in staat zijn de aandacht langdurig vast te houden belangrijkere probleem dan specifieke psychotische symptomen, medicatiegebruik en recidievrije perioden. Zij merken voorts 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 zijn voorstanders van deze mogelijkheid, mede omdat ze dan ook hun rijervaring kunnen inzetten.

Voorafgaande aan het al of niet adviseren van een testrit op de weg zijn er verschillende manieren om een inschatting te maken van het cognitief en psychomotorisch functioneren. Bij mensen met een minstens gedurende 2 maanden stabiel functioneren en medicatie kan worden overwogen een genormeerde en gevalideerde testbatterij af te nemen. Het inschatten van het cognitief en psychomotorisch functioneren kan worden gebaseerd op verkeerspsychologisch onderzoek met het Schuhfried testsysteem. Bij ontbreken van gegevens uit het Schuhfried testsysteem wordt het cognitief en psychomotorisch functioneren ingeschat op grond van neuropsychologisch en/of ergotherapeutisch onderzoek.

Als bovengenoemde onderzoeksmiddelen niet beschikbaar zijn, kan een door de cliënt ingevulde vragenlijst over beperkingen in het dagelijks functioneren (zoals de WHODAS) als uitgangspunt voor de beoordeling worden genomen.

De werkgroep heeft daarom een aantal alternatieven beschreven op basis van de volgende literatuur: 'De rol van de behandelende arts bij de Eigen Verklaring procedure in het geval van hersenaandoeningen' (Brouwer, 2012). Ten eerste kan er een op het alledaags cognitief functioneren gericht neuropsychologisch of ergotherapeutisch onderzoek worden gedaan. In het licht van haalbaarheid en betaalbaarheid zal het echter vaak de voorkeur hebben om een door de cliënt ingevulde vragenlijst over beperkingen in het dagelijks functioneren als uitgangspunt van de beoordeling te nemen. De WHODAS 2.0⁶ (zie bijlage 14) is hierbij de keus van de werkgroep, omdat deze internationaal uitgebreid is onderzocht als instrument voor beoordeling van dagelijks functioneren, waaronder op de domeinen Cognitie, Mobiliteit en Participatie. Op grond van de ingevulde WHODAS kan per domein en voor de schaal als geheel bepaald worden of er sprake is van beperkingen in het functioneren en of deze licht (score 1-25), matig (score 25-50) of ernstig (score > 50) zijn. Bij ernstige beperkingen op de subschaal cognitie en/of de WHODAS als geheel wordt het (cognitief) functioneren als onvoldoende beoordeeld. Bij geen of lichte beperkingen (score ≤25) wordt het (cognitief) functioneren als voldoende beoordeeld. Bij tussenliggende waarden (scores 26-50) is er twijfel aan het cognitief functioneren en eventueel een testrit praktische rijgeschiktheid worden geadviseerd.

Aansluitend op de aanbevelingen van de focusgroepen gaat het bij de psychologische en ergotherapeutische testmethoden en de WHODAS om generieke beperkingen in het functioneren en niet om symptomen die specifiek zijn voor psychotische stoornissen. Bezwaar van de WHODAS is dat deze redelijk nieuw is in de klinische praktijk, en nog vooral zijn waarde heeft bewezen in onderzoek. Behandelaars dienen nog meer bekend te worden met dit instrument. Een speciale training is hier echter niet voor nodig, het gebruik vraagt om algemene interviewtechnieken. Gebruik van deze lijst in het kader van rijgeschiktheid zou na een aantal jaren geëvalueerd moeten worden.

2. Stabiliteit van het Functioneren

Er wordt voorgesteld om in REG2000 geen vaste tijdsperioden aan te geven voor recidiefvrije periode. Sommige mensen zijn al heel snel weer erg goed hersteld terwijl ook heel langdurig kan

⁶ De zelfbeoordelingsversie van de WHODAS is een van de meetinstrumenten die is opgenomen in deel III van de DSM-5 (pag. 978-985), 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. Zie ook bijlage 14.

zijn ontregeld. Wel is het voor de betrouwbare afname van vragenlijsten over het alledaagse functioneren en van neuropsychologische of ergotherapeutische tests een min of meer stabiel niveau van functioneren nodig. Op basis van de expertkennis en consensus in de werkgroep zou het onderzoek naar de rijgeschiktheid pas uitgevoerd moeten worden als het niveau van functioneren gedurende twee maanden ongeveer constant is geweest. Als er twijfel is over de stabiliteit van de huidige toestand dan is het verstandig om het onderzoek over de rijgeschiktheid op te schorten en per individu te bepalen wanneer het onderzoek wel moet worden uitgevoerd. Onder stabiliteit van functioneren zou ook de kans op recidive van een psychose kunnen worden beschreven. Als de kans op recidive gering wordt geacht is dit een positief aspect en zal de beoordeling van de rijgeschiktheid vooral kunnen zijn gebaseerd op het huidige niveau van cognitief en psychomotorisch functioneren. Als er wel aanzienlijke kans is op toekomstige psychosen, zal het bij de beoordeling van de rijgeschiktheid daarnaast veel belang moeten worden gehecht aan de gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht van de cliënt.

3. **Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht**

Uit beide focusgroepen komt naar voren dat gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht van groot belang worden geacht 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. Wat betreft de verkeersveiligheid moet hierbij gedacht worden aan tactische en strategische aanpassingen van het gedrag om te compenseren voor beperkingen die voortvloeien uit de aandoening.

Er is geen rechtstreeks wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de invloed van gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht op rijgedrag en rijvaardigheid van mensen met psychotische stoornissen maar er zijn wel sterke aanwijzingen voor het belang hiervan. Zo blijkt uit het in hoofdstuk 3 beschreven wetenschappelijk onderzoek dat met name alcohol- en drugsgebruik samenhangen met ongevalsbetrokkenheid en roekeloos verkeersgedrag bij psychiatrische patiënten en ook bij schizofrenie. Tevens is er in deze groepen een samenhang tussen ongevalsbetrokkenheid en suïcidaliteit. Eerdere betrokkenheid bij bovengenoemde risicofactoren kan worden beschouwd als aanwijzing voor tekortschietende gezondheidsvaardigheden.

Bij een inschatting ziekte-inzicht en gezondheidsvaardigheden zou minimaal aan een aantal punten moeten worden gedacht (zie box 4). Verder bestaan in de huidige behandelpraktijk goede mogelijkheden om deze vaardigheden te beoordelen, namelijk aan de hand van signaleringsplannen (bijlage 12) en het WRAP (Wellness Recovery Action Plan, bijlage 13) (Copeland, 2010). Een signaleringsplan of WRAP waaraan iemand zich houdt, is een indicatie van goede gezondheidsvaardigheden. Voor onafhankelijke keuringsartsen zal het in het algemeen moeilijker zijn om gezondheidsvaardigheden en het ziekte –inzicht te beoordelen.

Box 4 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 signaleringsplan en/of WRAP
- Beoordeel het eigen reflectief vermogen aangaande de eigen rijgeschiktheid.
- Stel u op de hoogte van naastbetrokkenen die door de patiënt beschouwd worden als vertrouwelingen en die een rol kunnen spelen in het mede beoordelen van tijdelijke rijongeschiktheid:
 - bespreek gezamenlijk welke maatregelen en ingrepen mogelijk zijn;
 - zorg er voor dat professionals en naastbetrokkenen elkaar kennen en met elkaar mogen overleggen.

Een extra onderwerp dat moet worden aangekaart is dat het doormaken van een psychose bij beroepschauffeurs (box 5) tot erg strikte voorwaarden leidt om weer het beroep uit te mogen oefenen. En hoewel de werkgroep beseft dat er strikte criteria nodig zijn, wordt de huidige regeling als te streng gezien. Door een gebrek aan evidentie heeft de werkgroep gebruik gemaakt van de kennis uit deze en vorige hoofdstukken alsook eigen expertise om tot aanbevelingen te komen voor beroepschauffeurs. In de aanbevelingen worden striktere criteria opgenomen wat betreft het inschatten van Cognitief en Psychomotorisch Functioneren (criterium 1), de tijdsperiode van stabiel functioneren (criterium 2) en de patiënt moet over zeer goede gezondheidsvaardigheden (criterium 3) beschikken. Dit alles dient frequent gemonitord te worden.

Op dit moment is de regeling dat het CBR voor de beoordeling van rijgeschiktheid in eerste instantie naar de 'Gezondheidsverklaring' van een aanvrager kijkt. Deze wordt bij aanvraag van het rijbewijs ingevuld. Vervolgens verzoekt het CBR om een door een arts ingevulde 'Verslag arts Psychiatrie'⁷ en eventueel aansluitend een keuringsrapport van een onafhankelijk psychiater, waarna de beoordeling van de aanvraag volgt. In enkele gevallen wordt men nog naar een andere specialist verwezen of wordt een rijtest aangeraden. Hierbij kunnen bovengenoemde criteria en bijbehorende tabel (zie bijlage 11) behulpzaam zijn.

Box 5 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);

⁷ In Verslag arts Psychiatrie wordt naast de diagnose ook gevraagd naar de datum van de laatste psychose, of deze eenmalig was, de oorzaak en medicatiegebruik. <https://www.cbr.nl/nl/voor-artsen/keuren-voor-het-cbr/documenten-en-formulieren.htm>

- Werknemer als buschauffeur (rijbewijs D, code 95).

- ***Patiënten- en Naastbetrokkenenperspectief***

Een eerste bezwaar tegen de huidige regeling en waarom deze aangepast dient te worden, is dat het bij het bepalen van rijgeschiktheid de vraag is of een risico bij enkelen ingrijpende maatregelen voor de hele groep kan legitimeren. Patiënten voelen zich hierdoor gediscrimineerd en participatie van mensen met een handicap worden hierdoor onnodig beperkt (Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2016). Het is dan ook cruciaal dat mensen gezondheidsvaardigheden ontwikkelen om per situatie de juiste keuzes te maken. Soms is hierbij de betrokkenheid van het netwerk noodzakelijk. 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 zijn er grote verschillen in beloop en is uitsluiting van sommige rijbewijzen voor langere termijnen of zelfs voor het leven niet meer te verenigen met de stand van de wetenschap. Sinds de opkomst van de herstelbeweging is duidelijk geworden dat ook na lange perioden van ziekte, herstel mogelijk is. Hierdoor kan een lineair, deterministisch ziekteverloop niet meer worden aangenomen. Veranderingen over de tijd worden hierdoor meer relevant. Inschattingen vragen daardoor meer nuancering.

Een tweede punt dat wordt gesignaleerd is dat behandelaars bij patiënten met ernstige problematiek (zie in de index-verklarende woordenlijst 'Categorieën ernst van psychotische problematiek') weinig aandacht besteden aan de mobiliteit. Vaak neemt men aan dat de patiënt een negatief keuringsrapport zal krijgen omdat deze bijvoorbeeld niet volledig of voldoende lang recidievrij is, op basis van de huidige REG2000. Men neemt ten onrechte aan dat de verantwoordelijkheid dan buiten de behandelrelatie ligt. Dat is niet zo. Een gesprek van hulpverleners uit het behandelteam met patiënten uit de derde categorie en hun betrokkenen is juist belangrijk om te komen tot een afgewogen individueel advies. Door bovengenoemde 3 aspecten uit te werken wordt het inzichtelijk welke daarvan voor de vermindering van de rijgeschiktheid met name verantwoordelijk is (zijn). Voor de keuringsarts kan een termijnbeperking of herkeuring bijvoorbeeld overwogen worden.

- ***Middelenbeslag***

Zorg dat de kosten van de (terugkerende) keuringen niet financieel zodanig belastend zijn dat mensen om deze redenen moeten afzien van het rijbewijs. Personen met psychiatrische stoornissen maken meer kosten dan mensen met veel andere stoornissen. Dit is het gevolg van de noodzaak van een face-to-face beoordeling door een psychiater of neuroloog en mogelijk aanvullende onderzoeken voor een (her)keuring voor de rijgeschiktheid. Dit wordt door de werkgroep als onwenselijk geacht en er zou naar een billijke oplossing gezocht moeten worden.

- ***Organisatie van zorg***

De werkgroep vindt het van belang dat de formele procedure van het bepalen van de rijgeschiktheid en (her)keuring goed verloopt. In bijlage 10 heeft de werkgroep dit gespecificeerd. Verder zou het de patiënt (en het CBR) veel tijd en moeite besparen als er

informatie over de aard en ernst van zijn/haar psychotische stoornis staat in de voor het CBR bestemde gezondheidsverklaring. De behandelend (huis)arts kan dit invullen en dan hoeft de geneeskundige bij het CBR geen onafhankelijk keuring meer aan te vragen.

- **Maatschappelijk perspectief**

De werkgroep acht vanuit maatschappelijk perspectief twee punten van belang.

Het eerste punt betreft de algemene verkeersveiligheid. Het onverantwoord deelnemen aan het verkeer als bestuurder van een auto kan ernstige negatieve gevolgen hebben voor de bestuurder en/of andere weggebruikers. Het is van groot belang dat er aanbevelingen komen over de inschatting van het (stabiel) functioneren van de patiënt met een psychotische stoornis en dat er voorwaarden worden gesteld door een voorschrijver van antipsychotica richting de patiënt om deel te kunnen nemen aan het verkeer.

Ten tweede punt betreft het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, dat Nederland in 2016 heeft ondertekend (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 (participatie). Het is bijvoorbeeld niet toegestaan om op basis van groepskenmerken individuen uit te sluiten van verkeersdeelname, wanneer niet aannemelijk gemaakt kan worden dat er op dit moment gevaar is. Een preventieve uitsluiting betekent immers dat mensen, ten gevolge van hun handicap, extra drempels krijgen opgelegd, die participatie bemoeilijken. Aangezien tot nog toe evidentie ontbreekt in de literatuur, leidt de huidige regeling mogelijk onbedoeld tot discriminatie en zal wetgeving naar verwachting in de komende jaren moeten worden bijgesteld op grond van jurisprudentie. Richtlijnen zoals de regeling rond rijgeschiktheid zullen vanaf nu onvermijdelijk aan het VN-Verdrag Handicap worden getoetst.

5.6 Aanbevelingen

Algemene aandachtspunten

- Beoordeel de invloed van generieke en ziekte specifieke factoren (DSM 5) per individu en maak een risicotaxatie. Wanneer er sprake is van acuut gevaar voor de samenleving en/of patiënt, handel dan zoals dat normaal gesproken gebeurt wanneer acuut gevaar wordt vastgesteld: bijvoorbeeld met overleg, screenen van alternatieve interventies en uiteindelijk soms ook gedwongen opname met een inbewaringstelling en/of een rechterlijke machtiging (Wet Bopz) en/of ter plekke de politie betrekken.
- Gebruik als behandelaar bij het inschatten van rijgeschiktheid de in bijlage 9 opgenomen 'Checklist risicofactoren psychose'. Daarnaast dienen in de afweging of een persoon met een psychotische stoornis rijgeschikt is de aanbevelingen met betrekking tot het gebruik van geneesmiddelen uit hoofdstuk 4 te worden gevolgd.

Bepalen rijgeschiktheid

- Een duidelijk rapport voor de keuringsarts is nodig om een positief of negatief advies te formuleren voor de rijgeschiktheid van een persoon met een psychotische stoornis. Daarbij dient naast rijervaring, de diagnose, inschatten invloed risicofactoren en medicijngebruik, de rijgeschiktheid op basis van de volgende 3 aspecten te worden beoordeeld: 1. Cognitief en Psychomotorisch Functioneren; 2. Stabiliteit van het Functioneren; en 3. Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht;

I. Cognitief en Psychomotorisch Functioneren

- Gezien de beperkte beschikbaarheid van gevalideerde onderzoeksmiddelen kan een door de cliënt ingevulde vragenlijst over beperkingen in het dagelijks functioneren (zoals de WHODAS) worden toegepast (zie bijlage 14). Bij ernstige beperkingen op de subschaal cognitief en/of de WHODAS als geheel wordt het (cognitief) functioneren als onvoldoende beoordeeld. Bij geen of lichte beperkingen (score ≤ 25) wordt het (cognitief) functioneren als voldoende beoordeeld. Bij tussenliggende waarden (scores 26-50) is er twijfel aan het cognitief functioneren en kan eventueel een testrit praktische rijgeschiktheid worden geadviseerd.
- Het inschatten van het cognitief en psychomotorisch functioneren kan worden gebaseerd op verkeerspsychologisch onderzoek met het Schuhfried testsysteem.
- Als deze test niet beschikbaar is kan men alleदाags cognitief functioneren inschatten met behulp van neuropsychologisch of ergotherapeutisch onderzoek.
- Als na toepassing van bovengenoemde methoden nog twijfel bestaat kan een rijtest op de weg gericht op het cognitieve functioneren nader inzicht geven.

II. Stabiliteit van het Functioneren

- Beoordeel niet op basis van recidiefvrije periode.
- Voer het onderzoek naar de rijgeschiktheid pas uit als het niveau van functioneren gedurende twee maanden ongeveer constant is geweest.
- Beoordeel de huidige situatie, gedrag en beloop (voorgeschiedenis), inclusief medicatie, waarbij het juist gaat om de stabiliteit van functioneren.
- Bij twijfel over de stabiliteit van de huidige toestand schort het advies over de rijgeschiktheid op en onderzoek de rijgeschiktheid in een individueel te bepalen later stadium.
- Bij een aanzienlijke kans op toekomstige psychosen, moet bij de beoordeling van de rijgeschiktheid veel belang worden gehecht aan de gezondheidsvaardigheden en het ziekte-inzicht van de persoon met een psychotische stoornis.

III. Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht

- Bij het rijgeschiktheidsonderzoek moet het gebruik en misbruik van alcohol en drugs grondig worden geëvalueerd. Tevens zal het omgaan met agressieve, angstige en depressieve gevoelens aan de orde moeten komen, zeker als er sprake is geweest van suïcidepoging(en) en/of gewelddadigheid.
- Bij gereede twijfel over de gezondheidsvaardigheden (bijv. impulsen beheersen en geconcentreerd blijven, zelfinschatting van functioneren, rekening houden met de eigen conditie en verkeerssituatie) dient er een signaleringsplan en/of een Wellness Recovery Action Plan (WRAP) te worden opgesteld samen met de persoon met een psychotische stoornis.
- Het ziekte-inzicht moet ingeschat worden op basis van de patiënt zijn/haar reflectief vermogen, daarbij moet ingeschat worden of de cliënt zich realiseert dat de psychische toestand op bepaalde momenten de rijgeschiktheid kan verminderen en dat zij hier dan hun gedrag op af moeten stemmen. Informatie over gedrag tijdens een eerdere terugval is hierbij relevant.

Belangrijke aanbevelingen met betrekking tot Medicatie

- Bij het inschatten van risico's van medicatiegebruik dient er gebruik gemaakt te worden van de lijst van rijgevaarlijke geneesmiddelen, opgesteld door de International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS 2007).
- De voorschrijver moet inschatten of de patiënt zich gaat houden aan de voorwaarden die zijn opgesteld als deze medicatie van categorie II gebruikt (*zie aanbevelingen hoofdstuk 4*).
- De voorschrijver moet de patiënt ontraden om te rijden als hij/zij onder invloed is van slaap- of kalmeringsmiddelen of meer dan één rijgevaarlijk geneesmiddel gebruikt.
- Ook dienen afspraken over medicatiegebruik te worden vastgelegd in WRAP (ook over eventueel spaarzaam gebruik in het kader van herstel).

Aanvullingen betreffende beroepschauffeurs

Beoordeling en monitoring

- Stel veiligheid voorop bij de uitbreiding van mogelijkheden voor het besturen van bus of vrachtwagen voor mensen met psychotische kwetsbaarheid; de voorwaarde voor privé gebruik gelden met daarnaast de hieronder geformuleerde striktere voorwaarden.
- Bij het inschatten van 1. cognitief en psychomotorisch functioneren (criterium 1) moet het algemeen niveau van goed en stabiel zijn (WHODAS 2.0-score lager dan 30). Bovendien moet er een rijtest worden afgenomen.
- Een persoon met een psychotische stoornis moet langdurig stabiel functioneren (criterium 2).
- De patiënt dient over zeer goede gezondheidsvaardigheden (criterium 3) te beschikken.
- Deze 3 criteria dienen frequent gemonitord te worden en men moet alert zijn op medicatieverandering bij mensen die beroepsmatig rijden, en zeker bij vervoer van personen, en als bus- of vrachtwagenbestuurder.
- De behandelaar dient samen met bedrijfsarts, leidinggevende of werkgever duidelijke voorwaarden te stellen voor de patiënt om de veiligheid te waarborgen.

Alternatieven bespreken

- Met de patiënt dient de optie te worden besproken of het mogelijk niet verstandiger is om (zich om te laten scholen en) een andere baan te zoeken.

Samenwerking

- Betrek zo mogelijk ook andere relevante disciplines zoals psychologen, ergotherapeuten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, trajectbegeleiders en IPS-ers bij het bespreken en beoordelen van rijgeschiktheid.
- Benadrukt dient te worden dat het betrekken van naasten bij het inschatten van de rijgeschiktheid van belang is.
- De formele procedure over het bepalen van de rijgeschiktheid en (her)keuring moet goed verlopen. In bijlage 10 worden deze procedures en de rol van de verschillende partijen beschreven.
- De behandelend arts beschrijft de aard en ernst van de psychotische stoornis in de gezondheidsverklaring die bestemd is voor het CBR, met als doel dat het CBR geen arts meer hoeft in te schakelen om dit in te schatten.

Behandel-specifieke 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.
- Bij de bespreking met de patiënt zijn een aantal factoren belangrijk om in het gesprek te bespreken: spanning en stress, vermoeidheid, medicatiegebruik en -verandering en situatiespecifieke aspecten.
- Ook als er sprake is van ernstige problematiek bij de patiënt met een psychotische stoornis moet er aandacht zijn voor de rijgeschiktheid.

Beleidsaanbevelingen

- Keuringsartsen kunnen gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht nu niet goed inschatten, op grond van een gesprek en bij gebrek aan eenduidige richtlijnen. In overleg met behandelaars en keuringsartsen zullen formulieren en protocollen moeten worden opgesteld met behulp waarvan de beoordeling van de verschillende criteria voor het inschatten van de rijgeschiktheid wordt vergemakkelijkt. Een aanzet voor een dergelijk formulier en de betreffende beoordelingscriteria is te vinden in bijlage 11.
- Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat kan overwegen om andere consequenties met betrekking tot de beoordeling van rijgeschiktheid in te voeren, bijvoorbeeld de invoer van proefperiodes of een 2todrive-regeling bij patiënten met een psychotische stoornis.
- Het ministerie zou in samenwerking met CBR en beroepsvereniging moeten onderzoeken welke opties er bestaan om de kosten van (her)keuring van de patiënt met een psychotische stoornis deels te laten dekken door zorgverzekeraars.
- Stel een lijst op voor het weergeven en/of meten van gezondheidsvaardigheden die voor psychose relevant zijn.

Onderzoeksaanbevelingen

- Evalueer het beslismodel rijgeschiktheid.
- Onderzoek het gebruik van een rijimulator voor het bepalen van de rijgeschiktheid.
- Onderzoek de ecologische validiteit van de uitkomsten van neuro- en verkeerspsychologische testen (de verkeersmodules uit het Schuhfried testsysteem) 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 haalbare wijze gemeten kan worden (vooral voor beroepschauffeurs).

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.).
- 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, Hagemeyer 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. De rol van de behandelende arts bij de Eigen Verklaring procedure
- in het geval van hersenaandoeningen. Rijksuniversiteit Groningen; 2012.
- 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.
- DRUID. Deliverable 7.3.2 Main DRUID results to be communicated to different target groups. 2011. Geraadpleegd op 31 juli 2017:
http://www.bast.de/EN/Traffic_Safety/Subjects/druid/Deliverable_7_3_2.html?nn=286356
- DRUID-WP4-Partners, Establishment of framework for classification/categorization and labelling of medicinal drugs and driving, Deliverable 4.3.1. DRUID-Project 2011. Geraadpleegd op 16 april 2018:
https://www.bast.de/BASt_2017/EN/Traffic_Safety/Subjects/druid/Deliverable_4_3.pdf?blob=publicationFile&v=1
- Edlund MJ, Conrad C, Morris P. Accidents among schizophrenic outpatients. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 522-6.
- Eelkema RC, Brosseau J, Koshnick R, McGee C. A statistical study on the relationship between mental illness and traffic accidents-a pilot study. *Am J Public Health Nations Health* 1970; 60: 459-69.
- Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, van Barneveld TA, van de Klundert JLM. Evidence-based richtlijnontwikkeling: Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2004.
- Faber E, Brons M, Bruring DP, Hamelijnc MAF, Jans PGW, Joppe GM, e.a. LESA Geneesmiddelen en Verkeersveiligheid. NHG/LNMP 2008/2016.
<https://www.nhg.org/downloads/lesa-geneesmiddelen-en-verkeersveiligheid-pdf>
- Ferreira IS. Contribution of the psychological assessment in the clinical examination of drivers with neurological and psychiatric disease: Theoretical review. *Revista Portuguesa de Saude Publica* 2015; 33: 57-70.
- Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: 107-23.
- Gevers JKM, van Aalst A. De rechter en het medisch handelen (3^e druk). Deventer: Kluwer; 1998.
- Grabe HJ, Wolf T, Grätz S, Laux G. The influence of clozapine and typical neuroleptics on information processing of the central nervous system under clinical conditions in schizophrenic disorders: implications for fitness to drive. *Neuropsychobiology* 1999; 40: 196-201.

- Greenhalgh TRG, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004; 82: 581-629.
- Guyatt GH, Oxman AD, Schunemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: a new series of articles in the *Journal of Clinical Epidemiology*. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 380-2.
- Hayden JA, van der Windt DA, Cartwright JL, Côté P, Bombardier C. Assessing bias in studies of prognostic factors. *Ann Intern Med* 2013; 158: 280-6.
- Heide I van der, Uiters E, Zantinge EM. Wat zijn gezondheidsvaardigheden? In: Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2013.
- Hetland A, Carr DB. Medications and impaired driving. *Ann Pharmacother* 2014; 48: 494-506.
- Horsen N van, Labots-Vogeleang SM, Buur VAJ, Dommers JW, van Dijk PTM, Dijkers FW, e.a. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak. Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn. Utrecht: NHG; 2010.
https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/actueel_medicatieoverzicht_in_de_eerste_lijn.pdf
- International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS). Medicinal drugs. ICADTS; 2007. <http://www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs2.pdf>
- Jonas C. [Car driving and psychiatry]. *Presse Med* 2015; 44: 1017-21.
- Kagerer S, Winter C, Möller HJ, Soyka M. Effects of haloperidol and atypical neuroleptics on psychomotor performance and driving ability in schizophrenic patients: Results from an experimental study. *Neuropsychobiology* 2003; 47: 212-8.
- Kastrup M, Dupont A, Bille M, Lund H. Traffic accidents involving psychiatric patients: Characteristics of accidents involving drivers who have been admitted to Danish psychiatric departments. *Acta Psychiatr Scand* 1978; 58: 30-9.
- Klauer SG, Dingus, TA, Neale VL, Sudweeks JD, Ramsey DJ. The impact of driver inattention on near crash/crash risk: an analysis using the 100-car naturalistic driving study data. publication nr. DOT HS 810 594. Washington: NHTSA; 2006.
- Kujansuu A, Rautiainen S, Hakko H, Kanamuller J, Sihvola N, Riipinen P. Drivers' psychiatric disorders and fatal motor vehicle accidents in Finland. *J Psychiatr Res* 2016; 84: 227-36.
- Lipskaya-Velikovsky L, Kotler M, Weiss P, Kaspi M, Gamzo S, Ratzon N. Car driving in schizophrenia: can visual memory and organization make a difference? *Disabil Rehabil* 2013; 35: 1734-9.
- Lustig AJ, Kurdyak PA, Thiruchelvam D, Redelmeier DA. Physician warnings in psychiatry and the risk of road trauma: an exposure crossover study. *J Clin Psychiatry* 2016; 77: e1256-61.

- Mathijssen R, Houwing S. The prevalence and relative risk of drink and drug driving in the Netherlands: a case-control study in the Tilburg police district. Leidschendam: SWOV; 2005.
- Mercier-Guyon C, Alvarez J, DRUID Project WP4 Partners The DRUID Categorization and labelling system of medicines and driving. 2011.
http://www.icadtsinternational.com/files/documents/2013_088.pdf
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Handreiking beroepsgeheim en conflict van plichten. Utrecht: NVvP; 2013. <https://www.nvvp.net/cms/streambin.aspx?documentid=83>
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Zorgstandaard psychose. 2017.
<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/03/ZS-Psychose.pdf>
- Nkuzimana F. Driving in a crisis. Psychiatrist 2012; 36: 272-3.
- Orriols L, Delorme B, Gadebeku B, Tricotel A, Contrand B, Laumon B, e.a. Prescription medicines and the risk of road traffic crashes: a French registry-based study. PLoS Med 2010; 7: e1000366.
- Persbericht RUG/NFI/SWOV. Jaarlijks 33 tot 66 verkeersdoden door rijgevaarlijke geneesmiddelen. Groningen: RUG; 2012. https://www.rug.nl/news/2012/05/065_12degier
- Pretorius W. Red light – Don't drive! Psychiatrist 2013; 37: 74.
- Ravera S, Van RN, de Gier JJ, de Jong-van den Berg LT. A comparison of pharmacoepidemiological study designs in medication use and traffic safety research. Eur J Epidemiol 2012; 27: 473-81.
- Ravera S, Van RN, de Gier JJ, de Jong-van den Berg LT. Road traffic accidents and psychotropic medication use in The Netherlands: a case-control study. Br J Clin Pharmacol 2011; 72: 505-13.
- Regeling eisen geschiktheid 2000, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0011362/2017-05-12>
- Segmiller FM, Buschert V, Laux G, Nedopil N, Palm U, Furjanic K, e.a. Driving skills in unmedicated first- and recurrent-episode schizophrenic patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2015; 267: 83-8.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M e.a. AMSTAR instrument. A measurement tool to assess systematic reviews. J Clin Epidemiol 2009; 62: 1013-20.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, e.a. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC med res method 2007; 7: 10.
- Sigona N, Williams KG. Driving under the influence, public policy, and pharmacy practice. J Pharm Pract 2015; 28: 119-23.

- Silverstone T. The influence of psychiatric disease and its treatment on driving performance. *Int Clin Psychopharmacol* 1988; 3: 59-66.
- Soyka M, Dittert S, Kagerer-Volk S, Soyka M. [Driving ability with alcohol and drug dependence and schizophrenia]. *Nervenarzt* 2014; 85: 816-21.
- Soyka M, Kagerer S, Brunnauer A, Laux G, Möller HJ. Driving ability in schizophrenic patients: effects of neuroleptics. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2005b; 9: 168-74.
- Soyka M, Winter C, Kagerer S, Brunnauer M, Laux G, Möller HJ. Effects of haloperidol and risperidone on psychomotor performance relevant to driving ability in schizophrenic patients compared to healthy controls. *J Psychiatr Res* 2005a; 39: 101-8.
- Steinert T, Veit F, Schmid P, Snellgrove BJ, Borbe R. Participating in mobility: People with schizophrenia driving motorized vehicles. *Psychiatry Res* 2015; 228: 719-23.
- Verster JC, Mets MA. Psychoactive medication and traffic safety. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6: 1041-54.
- Vervloet M, de Jong JD, van Dijk L. Rijgevaarlijke geneesmiddelen en verkeersdeelname: meningen van consumenten en professionals. Utrecht: NIVEL; 2007.
- Waller JA. Chronic medical conditions and traffic safety: review of the California experience. *N Engl J Med* 1965; 273: 1413-20.
- Weeghel J van. Evidence-based interventies implementeren: Een grootschalig project in de Verenigde Staten. In: Havenaar J, Splunteren P, Wennink J, red. *Koersen op kwaliteit in de GGZ*. Assen: Van Gorcum; 2008. pp. 173-89.
- Wells GA, Shea B, O'Connell D, Petersen J, Welch V, Losos M, e.a. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. Ottawa: Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa; 2009. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.htm
- Werf B van der, Goedhart A, Huiberts S. Signaleringsplannen; naar minder agressie en dwang in de psychiatrie. Amsterdam: Pearson Benelux Clinical; 1998.
- Wolf MM de. Rijgeschiktheid bij psychiatrische aandoeningen; literatuuroverzicht en consequenties voor de praktijk. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 555-64.
- Wylie KR, Thompson DJ, Wildgust HJ. Effects of depot neuroleptics on driving performance in chronic schizophrenic patients. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 910-3.

Bijlagen

Bijlage 1 Korte verklarende begrippenlijst

I. Adviesnota, Adviesnota Herzieningen REG2000

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 overgenomen. Voordat het ministerie daartoe overgaat, buigt de Gezondheidsraad zich als onafhankelijk adviescollege 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, motor en tractor (rijbewijs A, B en T) en voor groep 2-rijbewijzen voor vrachtwagen en bus (rijbewijs C en D). De regeling wordt door de minister van Infrastructuur en Waterstaat 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 (2014).

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 en door het CBR op uitvoerbaarheid voordat de REG2000 aangepast kan worden aan de beschreven inzichten.

II. Rijgeschiktheid, rijvaardigheid en rijgedrag

Rijgeschiktheid: Rijgeschiktheid betreft de aanwezigheid van ziekten, aandoeningen en medicatie, alsmede daarmee samenhangende functiebeperkingen en gedragsstoornissen voor zover die het veilig (leren) besturen van een motorvoertuig kunnen beperken. Welke ziekten, aandoeningen, medicatie, functiebeperkingen en gedragsstoornissen dit zijn en wat hun consequenties zijn voor het verkrijgen of gebruiken van een rijbewijs, wel of niet, of voor een beperkte tijdsduur dan wel op voorwaarden, staat beschreven in de Regeling Eisen Geschiktheid 2000 (REG2000).

Praktische rijgeschiktheid: In eerste instantie wordt rijgeschiktheid vastgesteld op grond van medisch en/of psychologisch onderzoek. Waar volgens REG2000 de mogelijkheid bestaat dat functiebeperkingen en gedragsstoornissen gecompenseerd kunnen worden door aanpassingen in rijvaardigheid, al of niet met technische hulpmiddelen, wordt de effectiviteit van deze compensatie individueel bepaald met behulp van een officiële testrit op de weg.

Rijvaardigheid: Rijvaardigheid betreft de aangeleerde component van het besturen van een motorvoertuig. Hoe vlot en veilig kan iemand het voertuig door het verkeer loodsen, daarbij de verkeersregels correct toepassend? 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 maar het leerproces gaat daarna door.

Rijgedrag: Rijgedrag is geobserveerd 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. Dit is een contrast met de situatie bij rijvaardigheid en rijgeschiktheid. Bij de bepaling hiervan weten cliënten dat hun rijbewijs op het spel staat en zullen ze proberen zo goed mogelijk voor de dag te komen. Een zeer rijgeschikt en rijvaardig persoon kan toch zeer onveilig rijgedrag vertonen zoals met hoge snelheid door een woonwijk scheuren.

III. De verschillende werksituaties van beroepschauffeurs en bijbehorende codes

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
- Werknemer als vrachtwagenchauffeur (rijbewijs C, code 95)
- Werknemer als buschauffeur (rijbewijs D, code 95)

Toelichting: Achter het type rijbewijs is soms een code toegevoegd. De beperkende voorwaarden betreffen code 100 en 101; code 95 betreft een verplichting bij beroepsmatig rijden van vrachtwagen of bus. Wanneer iemand rijgeschikt bevonden wordt met een code 100 of 101, is het niet toegestaan dat deze personen vervoert, noch als vrijwilliger, noch als taxichauffeur, noch als chauffeur bij doelgroepenvervoer, noch als chauffeur die collega's meeneemt in het busje van de zaak.

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

Code 100. Alleen tijdens privégebruik

Code 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

IV. Belangrijke factoren van de rijtaak

Operationele onderdelen van de rijtaak: Continue regelprocessen om de auto op de weg te houden en om botsingen te vermijden. Zeer frequent (meerdere keren per seconde) worden via stuur en pedalen aanpassingen aangebracht in de laterale en longitudinale positie van het voertuig ten opzicht van de rijbaan en ten opzichte van overige verkeersdeelnemers en statische objecten. Waarnemen, beslissen en motoriek spelen een rol, maar zijn onlosmakelijk met elkaar verweven en er is weinig tijd en ruimte is voor bewuste controle.

Tactische onderdelen van de rijtaak: Het tijdens een rit kiezen en aanpassen van veilige kruissnelheden, volgfstanden en manoeuvres op basis van globale waarneming van de weg- en

verkeerssituatie en op basis van verkeersinzicht (gevaarherkenning, dat wil zeggen anticipatie op mogelijk gevaarlijke ontwikkelingen in die situatie). Enkele voorbeelden: Als de weg breder en rechter wordt, kan de snelheid omhoog. Als het verkeer langzamer wordt, kunnen de volgafstanden kleiner. Tactische aanpassingen van de rijtaak zijn ook continue nodig maar veel minder frequent dan bij operationele regelprocessen, hoogstens enkele keren per minuut. Daardoor zijn ze minder gevoelig voor functiebeperkingen in de snelheid van informatieverwerking en lenen ze zich beter voor bewuste beïnvloeding via instructie.

Tactische aanpassingen bepalen dus de speelruimte waarbinnen operationele regelprocessen zich afspelen. Bij hoge snelheden, bochtige rijbanen, druk verkeer en korte volgafstanden worden hoge eisen gesteld aan de operationele vaardigheden. Naarmate de operationele regelprocessen trager of minder precies functioneren, zullen de keuzen op tactisch niveau meer ruimte en tijd moeten geven. Tijdens een testrit praktische rijgeschiktheid kan worden beoordeeld of de tactische compensatie voldoende is.

Strategische onderdelen van de rijtaak: De keuze van de manier van vervoer (bijvoorbeeld trein of auto), de route (via de tunnel of over de bergpas), de tijd waarop gereisd wordt (voor of tijdens spitsuur) en –op het grensvlak met het tactisch niveau- de tijd die men uittrekt voor een rit (tijdsdruk) Ook beslissingen om al of niet te rijden bij slaapgebrek, alcoholgebruik, verergering van symptomen vallen hieronder. Beslissingen om tijdens het rijden nog andere taken te ondernemen, zoals appen of telefoneren worden ook beschouwd als strategisch niveau. Strategische keuzen zijn niet continu maar discreet en hoeven maar zo nu en dan te worden genomen en vaak al voorafgaand aan de rijtaak zelf. In vergelijking met tactische onderdelen zijn ze nog minder gevoelig voor functiebeperkingen in de snelheid van informatieverwerking en lenen ze zich noch beter voor bewuste beïnvloeding.

V. Factoren betreffende vaardigheden en functioneren

Gezondheidsvaardigheden: een relatief nieuwe visie op vooral chronische aandoeningen en dagelijks functioneren. Met dit begrip, internationaal ‘health literacy’ genoemd, 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 rijbewijsbezitter hieraan verbindt voor het rijgedrag.

Het gaat dus om kennis en vaardigheden om functiebeperkingen en gedragsstoornissen die voortvloeien uit ziekte of aandoening te compenseren, en wel zodanig dat gezondheid en veiligheid binnen aanvaardbare marges blijven. Met andere woorden: dat men kan handelen in het belang van de eigen gezondheid en die van anderen. In de context van psychose gaat het om inzicht in mogelijkheden en beperkingen en het daarnaar leven. Bij rijgeschiktheid betreffen de gezondheidsvaardigheden de tactische en strategische elementen van de rijtaak in verschillende fasen van psychisch toestandsbeeld. Zie hierboven.

Generieke symptomen: Generieke symptomen of kenmerken zijn algemene kenmerken die niet diagnose specifiek zijn, maar voor alle mensen en alle diagnoses gelden. Bij generieke symptomen kan gedacht worden aan omgang met alcohol en drugs, beperkingen in informatieverwerking (zoals aandachttekort) en ziekte-inzicht, maar ook aan spanning en stress, vermoeidheid, onrust en/of

ontremming, impulsiviteit, angst, traagheid, ontremming, labiliteit, sedatie, medicatiegebruik en -verandering en situatie specifieke aspecten. Van betekenis is de mate waarin iemand wordt beïnvloed door de symptomen en/of een verminderd vermogen tot zelfreflectie heeft, waardoor autorijden onverantwoord is. Het gaat daarbij dus niet zozeer of er sprake is van specifieke psychotische kenmerken zoals hallucinaties of wanen.

Cognitief functioneren: Cognitief functioneren verwijst naar hersenprocessen waarmee informatie kan worden opgenomen en verwerkt. Voorbeelden zijn geheugenprocessen, het verdelen van aandacht en de snelheid waarmee informatie wordt verwerkt. Het gaat hierbij dus om aspecten zoals geheugen en denkvermogen, hoe sterk de aandacht en concentratie bij een persoon aanwezig is en hoe men plannen maakt en problemen oplost.

Psychomotorisch functioneren: Psychomotoriek is de bewuste, vanuit de hersenen gestuurde beweging. Bij psychomotorisch functioneren gaat het er om dat de persoon diens motoriek bewust kan besturen, zodat men niet onderhevig is aan onwillekeurige bewegingen maar adequaat en effectief gedrag in uiteenlopende situaties kan vertonen.

VI. Categorieën ernst van psychotische problematiek

Er zijn globaal 3 categorieën patiënten te onderscheiden:

1. mensen die geen (of lichte rest-)symptomen hebben en blijk geven van inzicht in problematiek van verandering van rijgeschiktheid bij terugval, stress of toename van klachten, verandering van medicatie, andere riskante situaties en advies van de omgeving (naastbetrokkenen, behandelaars) ter harte nemen;
2. mensen die ernstig ontregeld zijn, waarbij er direct gevaar is bij verkeersdeelname en betrokkene niet vrijwillig het advies opvolgt om geen auto te rijden. Overleg met behandelend psychiater en/of beoordeling in het kader van de Wet Bopz is noodzakelijk.
3. mensen die zich tussen deze extremen bevinden, symptomen hebben die de rijgeschiktheid beïnvloeden, maar waarbij het nog onbekend is of ze zelf besluiten voorlopig niet te rijden of het advies van anderen zullen opvolgen bij een toename van klachten.

VII. Medicijncoderingen in verband met rijgeschiktheid

Wanneer in dit rapport sprake is van geneesmiddelen met geen of weinig negatieve invloed (categorie I), licht tot matig negatieve invloed (categorie II) of ernstige of potentieel gevaarlijke invloed (categorie III) op de rijgeschiktheid, wordt verwezen naar de internationaal aanvaarde indeling (ICADTS-classificatie, zie hieronder) van rijgevaarlijke geneesmiddelen in de categorieën I tot en met III.

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

VIII. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) schema

Het ICF-schema biedt een internationaal en algemeen geaccepteerd globaal theoretisch kader voor de beschrijving van participatieproblemen in relatie tot gezondheidsproblemen. Het ICF-schema is

ontwikkeld door de World Health Organization (WHO) en beschrijft in eenduidige taal het functioneren van mensen en de factoren die hierop van invloed zijn. Het model geeft aan hoe vanuit medisch en maatschappelijk perspectief tot een analyse van mogelijkheden en beperkingen voor de rijgeschiktheid kan worden gekomen. De methode kan de basis vormen voor de beeldvorming van rijgeschiktheid van een cliënt, de voorwaarden voor de verkeersomgeving en – indien aan de orde – de voorwaarden voor begeleiding naar autorijden, met inbegrip van het opzetten van een functionerend en effectief signaleringsplan.

IX. Interventies die bij rijgeschiktheid ingezet kunnen worden

Signaleringsplan: een signaleringsplan heeft tot doel om het voor cliënten zowel als naastbetrokkenen beter mogelijk te maken een dreigende terugval te zien aankomen en voorkomen. Het helpt zicht te houden op voortekenen van terugval, alsook factoren die daar juist tegen beschermen. Door het gebruik van een signaleringsplan kunnen cliënten zichzelf al bijsturen en eventueel hulp vragen voordat men uit balans raakt. Een signaleringsplan bestaat uit twee delen, een beschrijving van vroege voortekenen van een terugval (waarschuwingssignalen) en een actieplan (wat te doen bij dreigende terugval). In het actieplan kan ook het systeem rondom de patiënt meegenomen worden. Zie ook bijlage 12.

WRAP (Wellness Recovery Action Plan): WRAP is een zelfhulpinstrument dat helpt om zelf sturing te geven aan het proces van herstel (Copeland, 2010). Het is een instrument voor zelfonderzoek, waarmee het een toevoeging biedt aan wat men al weet van zichzelf, aan wat werkt en wat kwetsbaar maakt. WRAP is er op gericht mensen persoonlijke verantwoordelijkheid te laten nemen voor het eigen welbevinden en functioneren. WRAP is door de Erkenningscommissie interventies voor de langdurige ggz erkend als een goed onderbouwde interventie. Zie ook bijlage 13.

Bijlage 2 Reviewprotocol voor Driving risks and protective factors

Topic	Uitwerking
<i>Review question(s)</i>	<p>Review question 1: Which factors affects the ability to drive safely of persons with a psychotic disorder (and possible comorbid disorder)?</p> <p>Review question 3: What are the driving risks of the different types of pharmacological treatment of psychotic disorder (and possible comorbid condition)?</p> <p><i>(Uitgangsvraag 1: Welke factoren zijn van invloed op de rijgeschiktheid bij personen met een psychotische stoornis en eventuele comorbide psychische aandoeningen?)</i></p> <p><i>Uitgangsvraag 3: Wat zijn verkeersrisico's van verschillende typen geneesmiddelen bij psychotische problematiek en eventuele comorbide aandoeningen?)</i></p>
<i>Sub-question(s)</i>	<p>Is it useful to connect the risks to time periods? <i>(Is het zinvol de risico's aan termijnen te koppelen)</i></p>
<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>	<ul style="list-style-type: none"> • 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>	<ul style="list-style-type: none"> • Symptom related to the illness or co-morbid conditions • General skills and factors • Medication for the treatment of a psychosis
• <i>Comparator</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 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>	<ul style="list-style-type: none"> • Recent existing guidelines • Recent systematic reviews / meta-analyses • Checking references of included articles • Received from experts
<i>The review strategy</i>	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Based on title and abstract. When included or in doubt: 2. based on full text. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Bijlage 3 Reviewprotocol voor instrument ter bepaling van rijgeschiktheid

Topic	Uitwerking
<i>Review question(s)</i>	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>
<i>Sub-question(s)</i>	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>
<i>Objectives</i>	<ul style="list-style-type: none"> 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	
<ul style="list-style-type: none"> <i>Types of participants</i> 	<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> <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).
<ul style="list-style-type: none"> <i>Comparator</i> 	Reference standard: <ul style="list-style-type: none"> Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) procedure (operationalization 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.
<ul style="list-style-type: none"> <i>Outcomes</i> 	A description of how the instrument was developed and validated. And if available: <ul style="list-style-type: none"> Sensitivity (Se) Specificity (Sp) Positive Predictive Value (PPV) Negative Predictive Value (NPV) Area under the Curve (AUC) % correct / hit ratio
<ul style="list-style-type: none"> <i>Time</i> 	-

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Study design</i> 	<p>The following designs will be considered:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dosage</i> 	-
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Study setting/country</i> 	Western countries
<i>Search strategy</i>	Databases searched: Medline, Psychinfo, 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>	<ul style="list-style-type: none"> • 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>	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Based on title and abstract. When included or in doubt: 2. Based on full text. <p>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.</p> <p>We will update the search from the 'Advies nota rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie en psychose' (1998 tot oktober 2009 in Medline, Psychinfo, Embase en Cochrane Library). The found instruments will answer the sub-question and help inform the qualitative method that will answer the Review question.</p>

Bijlage 4 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 toestandbeeld 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 cliënten 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.

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, aandachttekort, 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 onvoldoende zicht, een rijtest zou mogelijk een beter beeld geven.

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

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. De relevantie voor rijgeschiktheid gaat vooral over het volgende: tijdig een terugval in een psychose (en dan niet kunnen rijden) kunnen voorkomen door inzicht in de voortekenen en het vermogen om de eigen actuele rijgeschiktheid te beoordelen. Het is hierbij vooral van belang dat iemand zelf de risico's kan inschatten. Relevant is of de cliënt zich realiseert dat zijn psychische toestand op bepaalde momenten zijn rijgeschiktheid kan beïnvloeden. Het signaleringsplan kan hierbij een hulpmiddel zijn (zie bijlage 12). Dit is een instrument in de behandeling om overzicht te krijgen op voortekenen van ontregeling, op de eigen mogelijkheden en die van de omgeving dit tijdig bij te sturen. Dit kan een goed middel zijn om bij de beoordeling en bespreking van rijgeschiktheid te betrekken. Veel cliënten zullen namelijk retrospectief kunnen beoordelen of ze tijdens hun psychotische episode wel of niet konden rijden. Dit inzicht kan in een signaleringsplan opgenomen worden en leidend zijn voor behandelaar of naasten bij het bespreken/bepalen van de rijgeschiktheid van een cliënt bij een (naderende) psychose. Dit inzicht is relevanter dan het toestandsbeeld tijdens keuring; de keurling zal daar over het algemeen een goed moment in het beloop voor kiezen.

2. Wat is de rol van de keuringsarts?

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

In de huidige situatie is er nog geen standaardvragenlijst die alle keuringsartsen gebruiken. De experts vinden het wenselijk dat een dergelijke lijst wel wordt ontwikkeld. In een dergelijke vragenlijst zouden de volgende factoren meegenomen moeten worden. De keuringsarts moet beschikken over adequate achtergrondinformatie om de situatie van de cliënt te kunnen beoordelen. Een gesprek alleen geeft onvoldoende informatie. De cliënt, zijn of haar naasten, de huisarts en/of de behandelaar kunnen de gewenste gegevens aanleveren⁸.

Benodigde informatie

- 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.
- Heeft de cliënt voldoende inzicht op de invloed van symptomen op de rijgeschiktheid? Het gaat hier om onrust, traagheid, afleidbaarheid, impulsiviteit, angst, aandacht- en concentratieproblemen en paranoia ten aanzien van andere weggebruikers. De mate is hierin bepalend: enige onrust hoeft de rijgeschiktheid niet te beïnvloeden.

⁸ 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.

- Is er een verandering in rijgedrag bij psychose? Voorbeeld: als een cliënt al tien jaar hallucineert zonder dat dit gevolgen heeft voor zijn zelfstandig functioneren in werk en gezin, dan kan hij rijden.
Als iemand juist erg onrustig en gejaagd wordt tijdens een psychose, dan vermindert dat de rijgeschiktheid.
- In hoeverre is een cliënt bewust van eventuele gedragsveranderingen bij ontregeling en handelt hij hiernaar? Kan hij een risico-inschatting maken?
- Hoe stabiel is de cliënt? Hoe vaak raakt hij of zij ontregeld en hoe snel herstelt hij of zij?
- Hoe is het met het medicatiegebruik? Hoe lang gebruikt de cliënt de medicatie? Is er sprake van bijwerkingen als slaperigheid?
- Is er een actueel signaleringsplan waarin is opgenomen het eigen zicht op rijgeschiktheid?

De keuringsarts kan de rijgeschiktheid slechts in gesprek met de cliënt (en de naasten) - en na het vergaren van de benodigde informatie - beoordelen. De experts zijn van mening dat de keuringsarts meer ruimte zou moeten krijgen in de regeling zodat hij of zij in samenspel met de behandelaar tot een op de individuele situatie van de cliënt toegesneden oordeel kan komen. Bij twijfel moet een keuringsarts een cliënt te allen tijde kunnen verwijzen naar een rijtest of een rijsimulatie. De behandelaars zijn van mening dat de mogelijkheden van het gebruik van een rijsimulator bij het bepalen van de rijgeschiktheid onderzocht moeten worden. Momenteel bieden rij scholen jongeren onder de 18 jaar al de mogelijkheid om met behulp van virtual reality de rijvaardigheden te testen of te oefenen. Hulpdiensten maken gebruik van rij simulatoren voor bijscholing, bijvoorbeeld de chauffeurs van brandweerwagens.

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

3. Wat moet de rol zijn van de behandelaar?

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

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

Doorgaans komen patiënten het zelf melden wanneer zij problemen hebben bij het verkrijgen, terugkrijgen of behouden van het rijbewijs. De behandelaar kan hier echter ook een proactieve rol in hebben. Periodiek informeren bij de cliënt naar diens mogelijkheden op het terrein van de mobiliteit is van belang omdat deze samenhangt met participatiemogelijkheden op gebied van arbeid,

naasten/sociale contacten, betekenisvolle activiteiten. Zo kan een behandelaar een cliënt ook stimuleren om weer na te denken over bijvoorbeeld een herkeuring.

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

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

Aanvullende opmerkingen

Functie signaleringsplan of WRAP bij keuringsprocedure

Het bespreken van een *signaleringsplan* (Van der Werf e.a. 1998) of *WRAP* (Copeland 2010) (zie bijlage 12 en 13) met patiënt door de keuringsarts ziet men als de meest effectieve methode voor het bepalen van de rijgeschiktheid.

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

Beroepschauffeurs

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

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

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

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

De experts zijn het erover eens dat behandelaars met name een informerende en adviserende rol hebben bij het bepalen van de rijgeschiktheid. Het bepalen en beoordelen valt in principe niet onder 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 en/of ter plekke de politie te betrekken. 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 patiënten 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, aandachttkort, 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 behandelaars onvoldoende op de hoogte zijn, en dus cliënten onvoldoende over informeren.

Bijlage 5 Focusgroep van cliënten en naasten

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 concentratieverlies. De verwachting is dat deze mensen 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 spanning en stress omgaat. Voor de één is vijf minuten de auto stilzetten genoeg, 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 een 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 om de autosleutels in te leveren 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 hier door voorschrijvend arts en apotheker meer expliciet de invloed op rijgeschiktheid wordt benoemd.

Situatiespecifieke aspecten

Cliënten en naasten zijn van mening dat bij het bepalen van de eigen rijgeschiktheid, naast klachten en symptomen, ook reisspecifieke aspecten mee gewogen moeten worden. Zo is voor enkelen een langere reisafstand reden om striktere normen te hanteren bij het bepalen van de rijgeschiktheid. Verder houdt men rekening 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.

Ziekte-inzicht en signaleringsplan

De cliënten en naasten hebben zich ook uitgesproken over het belang van ziekte-inzicht en ziektebesef. Hoewel ziektebesef van groot belang wordt geacht voor het inschatten van de rijgeschiktheid, kan er volgens het merendeel van de cliënten en naasten niet worden gesproken van een één-op-één-relatie. Om van inzicht in rijgeschiktheid te spreken is volgens de cliënten en naasten tevens bewustzijn nodig van de generieke factoren die de rijgeschiktheid beïnvloeden. Ook dient een individu over vaardigheden te beschikken waardoor hij of zij op verantwoorde wijze met beperkingen kan omgaan. Het eerder besproken signaleringsplan benoemen de aanwezigen als aantoonbaar 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 adviezen 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.

Rijervaring

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

Rijsimulator

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

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

- 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.

2. Hoe kan de behandelaar het beste met u of uw naaste in gesprek gaan over rijgeschiktheid en medicatiegebruik?

Volgens cliënten en naasten moet aandacht voor rijgeschiktheid en bijbehorende wet- en regelgeving een standaardonderdeel zijn van de behandeling en begeleiding. Als eerste stap valt te denken aan het simpelweg stellen van de vraag: 'Hoe bent u vandaag naar deze afspraak gekomen?' Nog te vaak

ontbreekt het in de behandeling aan informatie over rijgeschiktheid. Daardoor blijft het voor cliënten onduidelijk wanneer autorijden verantwoord en wettelijk toegestaan is: Hoe zit het met de wettelijke aansprakelijkheid?

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

De behandelend arts wordt geacht op empathische en begripvolle wijze met de cliënt te spreken over diens rijgeschiktheid. Indien het contact met de behandelend arts zich beperkt tot enkele gesprekken per jaar, kan deze 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. Van belang hierbij is dat de hulpverlener de psycho-educatie afstemt op de informatiebehoefte van de cliënt en naasten. Volgens de cliënten en naasten dient men ook aandacht te besteden aan: de invloed van medicatiegebruik, combinaties van verschillende medicijnen en van comorbiditeit op rijgeschiktheid. Gesteld wordt dat voor het naleven van huidige regelingen, het in eerste instantie noodzakelijk is te begrijpen wanneer en waarom het rijden een gevaar vormt. 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 de behandelend arts volgens cliënten en naasten 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.

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. Naasten doen vaker meldingen bij het CBR. Eerder zal aan naasten worden gevraagd de autosleutel van de cliënt een tijdje mee te nemen, of zullen naasten 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;
- 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.

Bijlage 6 Search history rijgeschiktheid bij psychose

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 Disorder" OR DE "Schizo affective Disorder" OR DE "Delusions" OR DE "Hallucinations")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - PsycINFO	132,412

	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*)			
searchhistory/Pri			1ALi5ngFZxMTn1	

Vanaf 2009: 30 artikelen.

PubMed

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

Vanaf 2009: 239 artikelen.

Cochrane

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 disorder* or psychotic or psychosis or psychoses or schizo*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	15926

#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

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

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

In totaal 140 referenties uit Cochrane geïmporteerd.

Vanaf 2009: 99 artikelen.

EMBASE

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

<input type="checkbox"/>	4	1 or 2 or 3	267073	Advanced	
<input type="checkbox"/>	3	exp psychosis/	256187	Advanced	
<input type="checkbox"/>	2	exp schizophrenia/	169405	Advanced	
<input type="checkbox"/>	1	(delusional disorder* or severe mental ill* or severe mental disorder* or psychotic or psychosis or psychoses or schizo*).m_titl.	124714	Advanced	

Vanaf 2009: 423.

Totale:

PsycINFO: 122

PubMed: 500

Cochrane: 140

EMBASE: 960

Totaal: 1722

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

Vanaf 2009: 671 referenties.

Bijlage 7 Betrokkenen bij de ontwikkeling van de adviesnota

Samenstelling werkgroep RijP

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

Adviseur Adviesnota RijP

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

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	Dimence
Prof. dr. Wim Veling	Psychiater	UMCG

Methodologische ondersteuning

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

Bijlage 8 Evidence tabellen

Reference: Segmiller FM, Buschert V, Laux G, Nedopil N, Palm U, Furjanic K et al. Driving skills in unmedicated first- and recurrent-episode schizophrenic patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2015.	
Methods	<p>Study aim: Investigate psychomotor functions according to the German guidelines for road and traffic safety known to be relevant to fitness to drive in unmedicated first-episode and recurrent-episode schizophrenic patients. Besides this, we were interested in the degree of psychomotor impairments as function of the progress/course of illness and its possible influences on driving skills.</p> <p>Study design: case-control</p> <p>Analysis: Demographic and clinical characteristics as well as the global driving ability score were analysed using nonparametric tests (Chi-Square and Mann-Whitney U test). Differences between treatment groups in psychomotor measures were obtained by means of multivariate analyses of covariance (MANCOVA).</p> <p>Study duration: -</p> <p>Location: Germany</p>
Patients	<p>Number of patients: n=26 unmedicated patients with Schizophrenia (mean age of 27.5 (SD = 4.3, range 19–37)) (n=13 FES (first-episode schizophrenics, patients and n=13 RES (recurrent-episode schizophrenic patients)</p> <p>N=20 healthy control subjects (mean age of 29.4 (SD = 4.5, range 19–39))</p> <p>Inclusion:</p> <p>Exclusion: excluded with a history of neurological illness, any substance abuse according to ICD-10 criteria or mental retardation and if they were taking concomitant psychotropic drugs.</p> <p>Baseline characteristics:</p>
Interventions	<p>Intervention: Patients did not receive psychopharmacological treatment for at least 10 days before study onset.</p> <p>Control: Healthy controls</p> <p>Duration of follow-up:-</p>
Outcome measures	<p>Primary: selective attention, vigilance, visual perception, reactivity and stress tolerance (with the computerised Wiener Testsystem (WTS))</p> <p>Secondary: On the day of assessment, psychopathological symptoms were rated on the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) by the treating psychiatrist.</p>
Results	<p>Samenvattend: To sum up, analysis of our data indicates that a great proportion of schizophrenic patients are impaired in psychomotor functions related to driving skills that cannot be attributed to adverse side effects of psychopharmacological treatment. Besides, from our data, we cannot confirm a chronic decline of driving skills at least in the early course of illness.</p> <p>The main findings of our study are that a great proportion (58 %) of unmedicated schizophrenic patients showed distinct impairments in psychomotor functions relevant to driving that cannot be attributed to adverse</p>

	<p>side effects of pharmacological treatment. Using less conservative criteria, allowing patients to fail in up to 40 % of test parameters about 26 % of patients could be classified as mildly impaired; a total of 42 % of our sample passed all tests without major impairments. Especially in the concentration test, patients performed generally worse when compared with the healthy control group. Subdividing our clinical sample in FES and RES revealed that they significantly differed in the global driving ability score. Albeit not differing in severity of psychopathological symptoms, we found a greater proportion of FES patients (38 %) showing severe impairments in driving skills than individuals in the RES group (25 %). Thus, our results do not confirm a chronic decline of psychomotor functioning at least in the early phase of schizophrenic illness and thus are in line with investigations that do not match with the hypothesis of a chronic deterioration of neuropsychological functions.].</p>
<p>RoB Assessment (NOS)</p>	<p>First of all, only patients, who were able to participate without pharmacological treatment in a test procedure, which lasted 60 min on average in an acute phase of illness were included. Thus, our results can only be transferred to a subgroup of schizophrenic patients. Albeit participants with neurological illness, substance abuse, mental retardation or taking psychotropic drugs were excluded from study participation, we did not screen normal controls for illegal substances and did not assess a detailed medication history in schizophrenic patients. Not least, as we examined younger schizophrenic patients, older patients with numerous episodes are not considered in these results. Nevertheless, our sample represents a population derived from clinical psychiatric practice and thus is representative for a significant proportion of psychiatric inpatients.</p> <p>Selection</p> <p>1) <u>Is the case definition adequate?</u> a) yes, with independent validation <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2) <u>Representativeness of the cases</u> b) potential for selection biases or not stated</p> <p>3) <u>Selection of Controls</u> a) community controls <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>4) <u>Definition of Controls</u> a) no history of disease (endpoint) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Comparability</p> <p>1) <u>Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis</u> a) study controls for Age, Gender, Civil status and years of education <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Exposure</p> <p>1) <u>Ascertainment of exposure</u> c) interview not blinded to case/control status</p> <p>2) <u>Same method of ascertainment for cases and controls</u> a) yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>3) <u>Non-Response rate</u></p>

	<p>a) same rate for both groups <input type="checkbox"/></p> <p>Selection</p> <p>1) <u>Representativeness of the exposed cohort</u> d) no description of the derivation of the cohort</p> <p>2) <u>Selection of the non exposed cohort</u> a) drawn from the same community as the exposed cohort <input type="checkbox"/></p> <p>3) <u>Ascertainment of exposure</u> b) structured interview <input type="checkbox"/></p> <p>4) <u>Demonstration that outcome of interest was not present at start of study</u> a) yes <input type="checkbox"/></p> <p>Comparability</p> <p>1) <u>Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis</u> a) study controls for Age (select the most important factor) <input type="checkbox"/></p> <p>Outcome</p> <p>1) <u>Assessment of outcome</u> d) no description</p> <p>2) <u>Was follow-up long enough for outcomes to occur</u> Not of interest</p> <p>3) <u>Adequacy of follow up of cohorts</u> d) no statement</p>
--	--

Reference: Carlos De las Cuevas, Yolanda Ramallo, Emilio J. Sanz. Psychomotor performance and fitness to drive: The influence of psychiatric disease and its pharmacological treatment. *Psychiatry Research* 176 (2010) 236–241.

Methods	<p>Study aim: The aim of this study is to assess the influence of current psychiatric drug treatments on psychomotor functions and driving performance of psychiatric outpatients referred to a Community Mental Health Center from Primary Care.</p> <p>Study design: cohortonderzoek</p> <p>Blinding: nvt</p> <p>Analysis: One-way repeated measures analysis of variance and post hoc comparisons with the Bonferroni correction were performed.</p> <p>An analysis of variance (ANOVA) was carried out with repeated measures, using the categorical variable clinical evolution (improved, no change, and worse) as the between-subjects factor. Test scores at baseline and after 6 weeks of pertinent psychotropic treatment were used as the within-subjects. Post hoc multiple comparisons with the Bonferroni correction were performed to evaluate which groups of patients were responsible for differences. The p-values shown in this analysis are adjusted by the Bonferroni correction.</p> <p>Study duration: 6 weken</p>
----------------	--

	<p>Setting: Community Mental Health Center Location: Canarische Eilanden, La Gomera</p>
Patients	<p>Number of patients: n=77 Inclusion: a patient of Canary Islands Health Service, referred from Primary Care, without psychotropic treatment, able to give informed consent, aged over 18 years and having a driving license. Exclusion: age over 75 years, demented patients, and chronic patients with marked cognitive impairment. Only six patients with a driving license had a marked cognitive impairment that led to their exclusion from the study (2 organic mental disorder, 3 chronic schizophrenia, and 1 bipolar disorder). Baseline characteristics: 65% women, 35% men; mean age was 43.2±11,9 years (range, 19–72). Depressive disorders (55.8%) and anxiety disorders (22.1%) were the more prevalent diagnoses in the sample. The mean number of psychotropic drugs used by the patients was 1.8 (S.D., 0.7; range, 1–4). Only 36.4% of the patients were under monotherapy treatment, whereas 51.9% received two drugs, 10.4% received three, and 1.3% received four drugs. Antidepressants were the most frequently prescribed drugs (70.1%), followed by benzodiazepines (68.8%) and antipsychotics (20.1%). Risperidone was the most frequently prescribed antipsychotic. Most of the patients (75.3%) had a CGI severity of illness index of mildly ill at the beginning of the study.</p>
Interventions	<p>Intervention: psychotropic treatment. Control: In order to assess the effect of learning in the tests performed, the battery of tests was also completed by 21 age- and sex-matched controls at similar time intervals to evaluate the effect of repeated test performance. The control group also included psychiatric outpatients who did not have a driving license but who had a normal "CGI Severity" score at baseline and at 6 weeks, and who did not have any change in their treatments during the study period. Duration of follow-up: 6 weeks</p>
Outcome measures	<p>Primary: Fitness to drive and psychomotor performance were assessed using the electronic LNDETER 100 battery. Secondary: Treatment effects on global functioning were assessed using the Clinical Global Impression of Change (CGIC) scale.</p>
Results	<p>At the time of diagnosis, 90% of the patients failed to achieve scores sufficient to renew their driving licenses. After 6 weeks of adequate treatment, 83% improved their mental condition, and 17% either remained unchanged or deteriorated. Of those who improved, 25% had scores sufficiently high for them to drive legally, and the rest improved their performance from baseline assessment.</p>
RoB Assessment (NOS)	<p><u>Note</u>: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Exposure categories. A maximum of two stars can be given for Comparability.</p> <p>Selection 1) <u>Is the case definition adequate?</u></p>

	<p>a) yes, with independent validation <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) yes, eg record linkage or based on self reports</p> <p>c) no description</p> <p>2) <u>Representativeness of the cases</u></p> <p>a) consecutive or obviously representative series of cases <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) potential for selection biases or not stated</p> <p>3) <u>Selection of Controls</u></p> <p>a) community controls <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) hospital controls (outpatients) *</p> <p>c) no description</p> <p>4) <u>Definition of Controls</u></p> <p>a) no history of disease (endpoint) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) no description of source</p> <p>Exposure</p> <p>1) <u>Ascertainment of exposure</u></p> <p>a) secure record (eg surgical records) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) structured interview where blind to case/control status</p> <p>c) interview not blinded to case/control status</p> <p>d) written self report or medical record only</p> <p>e) no description</p> <p>2) <u>Same method of ascertainment for cases and controls</u></p> <p>a) yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) no</p> <p>3) <u>Non-Response rate</u></p> <p>a) same rate for both groups <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) non respondents described</p> <p>c) rate different and no designation*</p> <p>Selection</p> <p>1) <u>Representativeness of the exposed cohort</u></p> <p>a) truly representative of the average patient referred to mental health care from primary care in the community <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) somewhat representative of the average _____ in the community</p> <p>c) selected group of users eg nurses, volunteers</p> <p>d) no description of the derivation of the cohort</p> <p>2) <u>Selection of the non exposed cohort</u></p> <p>a) drawn from the same community as the exposed cohort <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) drawn from a different source</p> <p>c) no description of the derivation of the non exposed cohort</p> <p>3) <u>Ascertainment of exposure</u></p> <p>a) secure record (eg surgical records) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) structured interview <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>c) written self report</p> <p>d) no description</p>
--	---

	<p>4) <u>Demonstration that outcome of interest was not present at start of study</u></p> <p>a) yes <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) no</p> <p>Comparability</p> <p>1) <u>Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis</u></p> <p>a) study controls for normal "CGI Severity" score at baseline and at 6 weeks <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) study controls for any additional factor <input checked="" type="checkbox"/> (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)</p> <p>Outcome</p> <p>1) <u>Assessment of outcome</u></p> <p>a) independent blind assessment <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) record linkage</p> <p>c) self report</p> <p>d) no description</p> <p>2) <u>Was follow-up long enough for outcomes to occur</u></p> <p>a) yes (select an adequate follow up period for outcome of interest) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) no</p> <p>3) <u>Adequacy of follow up of cohorts</u></p> <p>a) complete follow up - all subjects accounted for <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) subjects lost to follow up unlikely to introduce bias - small number lost - > ____ % (select an adequate %) follow up, or description provided of those lost)</p> <p>c) follow up rate < ____% (select an adequate %) and no description of those lost</p> <p>d) no statement</p>
--	--

<p>Reference: Lipskaya-Velikovsky L, Kotler M, Weiss P, Kaspi M, Gamzo S, Ratzon N. Car driving in schizophrenia: Can visual memory and organization make a difference? Disabil Rehabil 2013; 35(20):1734-1739.</p>	
Methods	<p>Study aim: explore how mental status, visual memory and visual organization combined with motor response differentiate between driving and non-driving persons with schizophrenia and drivers without schizophrenia (DWS).</p> <p>Study design: case control</p> <p>Blinding: unclear</p> <p>Analysis: Distribution assumption was tested for variables with the t-test, or by Mann–Whitney test or one-way ANOVA.</p> <p>Location: Israel</p>
Patients	<p>Number of patients: n=60 (Mean age 34.32 (SD=11.12, range 20–60))</p>

	<p>Inclusion: for the group of drivers with schizophrenia were holding a valid driver's license, defining themselves as having had actual driving experience within the past half a year, and not having a caretaker.</p> <p>Exclusion: mental retardation, head injuries, physical disabilities and psychotic state due to substance and alcohol abuse.</p> <p>Baseline characteristics: 20 drivers with schizophrenia (mean Age=36.55 (12.2), 18 (90%) were taking a first-generation antipsychotic medication.), 20 non-driving individuals with schizophrenia (mean Age=33.5 (10.54), were taking a first-generation antipsychotic medication (N=16, 80%.) and 20 drivers without schizophrenia (DWS) (mean Age=32.9 (10.78))</p>
Outcome measures	<p>Primary: differences in mental status, visual working memory and visual organization (processing of visual information is crucial during driving)</p>
Results	<p>The driving and non-driving persons with schizophrenia exhibited a variety of difficulties in copying abilities, visual memory, visual organization and generalized cognitive abilities, but only the general mental status differentiated between them. Thereby the results demonstrate that impairment of visual abilities did not prevent people with schizophrenia from driving and emphasizes the importance of general cognitive status for complex and multidimensional everyday tasks, such as driving.</p> <p>We did not find a significant statistical difference between driving and non-driving persons with schizophrenia on the visual perception parameters (processing of visual information is crucial during driving), although there was a trend for higher visual functioning among drivers with schizophrenia compared to non-drivers.</p> <p>Visual recall reflects cognitive high-level processes in addition to visual perception abilities. The difference in recall between driving and non-driving persons with schizophrenia reaches meaningful effect size. This suggests that high-level cognitive processes may be a key parameter for complex everyday functioning such as driving, rather than specific cognitive abilities. This assumption strengthens with in meaningful effect size's difference in copying percent that emphasizes memory processes, such as encoding.</p> <p>Nondrivers had a higher number of hospitalizations than drivers, reflecting perhaps a more severe course of illness in the former group.</p> <p>Conclusion: The results from this study demonstrate that direct application of knowledge acquired from other populations regarding driving with focus on specific cognitive constructs, such as visual ability, and their specific impact on driving might not be appropriate in schizophrenia. In this case, a unique approach to evaluation should be designed. Based on the study results we recommended usage of a general test of cognition such as Mini-mental state examination (MMSE) [36], or conjunction number of cognitive factors such as executive functions (e.g. Trail Making Test) and attention (e.g. Continuous Performance Test) in addition to spatial-visual ability tests (e.g. Rey-Osterrieth Complex Figure test (ROCF) [26]) for considering driving status in schizophrenia.</p>

RoB Assessment (NOS)	<p>1) <u>Is the case definition adequate?</u> a) yes, with independent validation <input type="checkbox"/></p> <p>2) <u>Representativeness of the cases</u> b) potential for selection biases</p> <p>3) <u>Selection of Controls</u> a) community controls <input type="checkbox"/></p> <p>4) <u>Definition of Controls</u> a) no history of disease (endpoint) <input type="checkbox"/></p> <p>Comparability</p> <p>1) <u>Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis</u> a) study controls for education level (Select the most important factor.) <input type="checkbox"/> b) study controls for any additional factor <input type="checkbox"/> (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)</p> <p>Exposure</p> <p>1) <u>Ascertainment of exposure</u> c) interview not blinded to case/control status</p> <p>2) <u>Same method of ascertainment for cases and controls</u> a) yes <input type="checkbox"/></p> <p>3) <u>Non-Response rate</u> a) same rate for both groups <input type="checkbox"/></p> <p>Selection</p> <p>1) <u>Representativeness of the exposed cohort</u> c) selected group of users, persons with schizophrenia from only one regional mental health center may make the results difficult to generalize.</p> <p>2) <u>Selection of the non exposed cohort</u> b) drawn from a different source (convenience sampling)</p> <p>3) <u>Ascertainment of exposure</u> b) structured interview <input type="checkbox"/></p> <p>4) <u>Demonstration that outcome of interest was not present at start of study</u> nvt</p> <p>Outcome</p> <p>1) <u>Assessment of outcome</u> d) no description if blind or not</p> <p>2) <u>Was follow-up long enough for outcomes to occur</u> Not relevant</p> <p>3) <u>Adequacy of follow up of cohorts</u> d) no statement</p>
-----------------------------	--

Reference: Steinert T, Veit F, Schmid P, Snellgrove BJ, Borbe R. Participating in mobility: People with schizophrenia driving motorized vehicles. <i>Psychiatry Res</i> 2015; 228(3):719-723.	
Methods	<p>Study aim: The objective of this study was to explore patterns of individual mobility and predictors of motor vehicle use in a representative sample of people with schizophrenia in a mixed urban/rural area in Southern Germany.</p> <p>Study design: inspection of documentation and a questionnaire containing 23 questions related to patient's individual mobility, vehicle use, obstacles of participation in mobility, loss of driving license and accidents.</p> <p>Location: Germany, out- and inpatient settings</p>
Patients	<p>Number of patients: N=150 participants with schizophrenia or schizoaffective disorder, 66 in-patients and 84 out-patient services. 64% of the participants had a driving license, 32% had driven a motorized vehicle in the past year, 31% owned a car and 2% a motorbike.</p> <p>Inclusion: schizophrenic disorder with a clinically established diagnosis according to ICD-10, written informed consent, and age older than 18 years.</p> <p>Exclusion: were inability to follow an interview due to severe cognitive disorders, lack of German language skills or acute psychotic states, comorbidity with somatic brain disorder, and comorbidity with somatic disorders resulting in impairments of mobility. No exclusion criteria were applied in terms of driving history, i.e. also subjects who had never acquired a driving license due to early onset of illness were included.</p> <p>Baseline characteristics: Age 45.2 (S.D. 12,3), 94 male / 56 female.</p>
Interventions	<p>Intervention: Questionnaire to participants with schizophrenia or schizoaffective disorder</p> <p>Control: available public data for the general population in the region described above was used (With respect to involvement in accidents, no directly comparable data is available from the general population.)</p>
Outcome measures	<p>Primary: Since the focus of our study was social inclusion and functioning, we did not assess psychopathological symptoms and actual intake of medication, but social functioning.</p> <p>Secondary: -</p>
Results	<p>32.7% reported having been involved in a road accident, caused road accident under influence of substances 7,3% and caused personal injury in road accident 8,7%. Conclusions on the risk per kilometer driven cannot be drawn from our results.</p>
RoB Assessment (NOS)	<p><u>Note</u>: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Exposure categories. A maximum of two stars can be given for Comparability.</p> <p>Selection</p> <p>1) <u>Is the case definition adequate?</u> b) yes, eg record linkage or based on self reports</p> <p>2) <u>Representativeness of the cases</u> a) consecutive or obviously representative series of cases ☒</p>

3) Selection of Controls

a) community controls, but know data was available for accidents in the general population.

4) Definition of Controls

a) no history of disease (endpoint), general population also including mentally ill

Comparability

1) Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis

No

Exposure

1) Ascertainment of exposure

d) written self report or medical record only

2) Same method of ascertainment for cases and controls

b) no

3) Non-Response rate

c) rate different and no designation

Selection

1) Representativeness of the exposed cohort

a) truly representative of the average in the community

2) Selection of the non exposed cohort

a) drawn from the same community as the exposed cohort

3) Ascertainment of exposure

c) written self report

4) Demonstration that outcome of interest was not present at start of study

a) yes

b) no

Comparability

1) Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis

a) not due to missing evidence

Outcome

1) Assessment of outcome

c) self report

2) Was follow-up long enough for outcomes to occur

b) no

3) Adequacy of follow up of cohorts

d) no statement

Reference: Brons M, Driel, J.K. van, Hagemeyer, J.W., Hartong, E.G.Th.M., Hoek, M.J., Koenen, M., Kooij, J.J.S., Korzec, A., Niesink P. Adviesnota Rijgeschiktheid bij stemmingsstoornissen, ADHD en schizofrenie/psychose. Utrecht: De Tijdstroom; 2014.

Methods	<p>Study aim: Welke overwegingen en diagnostische tests dienen bij patiënten met schizofrenie of een doorgemaakte psychose te worden gehanteerd om een uitspraak te kunnen doen over rijgeschiktheid?</p> <p>Study design: Systematic review</p> <p>Analysis: Narrative</p> <p>Setting: -</p>
Patients	<p>Number of studies: K=12</p> <p>Inclusion: Patiënten met schizofrenie of psychotische stoornis, zowel tijdens opname of na ontslag. Onderzoek gepubliceerd tussen januari 1998 en oktober 2009 in het Nederlands, Engels en Duits.</p> <p>Exclusion:-</p>
Interventions	<p>Intervention/Index: Patiënten met schizofrenie of psychotische stoornis (onder behandeling van een antipsychotica)</p> <p>Control/referentie: Algemene bevolking</p> <p>Follow-up time:-</p>
Outcome	<p>Verkeersongevallen en overtredingen, psychomotorische functioneren, test scores op een simulator</p>
Results	<p><u>Risico op verkeersongelukken</u></p> <p>In een review van de literatuur tot 1988 concludeert Silverstone (1988) dat zowel <i>de stoornis schizofrenie</i> als de behandeling geen significante verhoging van het aantal verkeersongevallen geven. Hij baseert zich hierbij slechts op een tweetal onderzoeken (Crancer & Quiring, 1969; Kastrup e.a., 1978). Een derde in het artikel genoemd onderzoek met dezelfde uitkomst (Eelkema e.a., 1970) zou volgens hem een hogere incidentie laten zien. Een vierde genoemd onderzoek (Waller, 1965) suggereert daadwerkelijk een tweemaal verhoogde incidentie van verkeersongevallen per gereden afstand. Een later onderzoek (Edlund e.a., 1989) stelt dat patiënten als groep even vaak betrokken zijn bij een verkeersongeval als een controlegroep, maar dat dit per gereden afstand 2 tot 2,5 maal vaker is.</p> <p><u>Onderzoek naar rijgeschiktheid bij antipsychoticagebruik</u></p> <p>De meest gebruikte antipsychotica danken hun werking aan de blokkade van dopaminereceptoren, waarbij in wisselende mate ook de histaminerge, serotonerge, cholinerge en adrenerge neurotransmissie wordt geremd (Ramaekers, 1998). Sedatie wordt veroorzaakt door het samenspel van deze effecten. Daarnaast kunnen onverschilligheid en motivatiestoornissen optreden door de centrale blokkade van dopamine 2-receptoren (Ramaekers, 1998). Bijwerkingen treden over het algemeen vooral op in het begin van de therapie. Het is onduidelijk in hoeverre dit geldt voor de rijvaardigheid beïnvloedende bijwerkingen van antipsychotica.</p>

Verscheidene onderzoeken (Kagerer e.a., 2003; Brunnauer e.a., 2004; 2009; Soyka e.a., 2005a) stellen dat atypische antipsychotica minder nadelige effecten hebben op de rijvaardigheid dan klassieke antipsychotica. De verschillen komen vooral tot uiting bij taken die gericht zijn op (verdeelde) aandacht en stresstolerantie. Een enkel onderzoek (Grabe e.a., 1999) laat geen verschillen zien. In alle onderzoeken presteren patiënten slechter dan gemiddeld (Brunnauer e.a., 2004; 2009; Kagerer e.a., 2003; Soyka e.a., 2005a; Wylie e.a., 1993).

In een review van de literatuur tot 2005 concluderen Soyka e.a. (2005b) voorzichtig dat er aanwijzingen zijn voor een gunstiger profiel van atypische antipsychotica voor de rijvaardigheid. Bij geen van de geïncludeerde onderzoeken is sprake van een gerandomiseerde en gecontroleerde opzet, waardoor een verschil in patiëntkenmerken bij een verschil in keuze van antipsychotica een belangrijke potentiële bron van bias is.

Bepalen rijgeschiktheid

Een aantal in Duitsland verrichte studies (Brunnauer e.a., 2004; 2009; Kagerer e.a., 2003; Soyka e.a., 2005a) naar rijvaardigheid bij schizofrenie maakt gebruik van het in Oostenrijk ontwikkelde Act-and-React Test-systeem (art 90), een gestandaardiseerde testbatterij die met een computer wordt afgenomen. De betrouwbaarheid en de validiteit zijn hoog (Bukasa e.a., 2003). Een enkel onderzoek maakt tevens gebruik van een simulator (Brunnauer e.a., 2009). Er zijn ons geen onderzoeken bekend die de evaluatie van rijgeschiktheid bij patiënten in de tijd vervolgen of onderling vergelijken. Een goed en relatief valide instrument om symptomen bij schizofrenie te meten, is de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay e.a., 1987). Het meet de ernst van zowel negatieve en positieve symptomen als algemene psychopathologie.

Conclusies

Op basis van de resultaten worden de volgende conclusies geformuleerd

Niveau 2 Het is aannemelijk dat behandelde patiënten met schizofrenie of een doorgemaakte psychose slechter dan gezonde personen presteren op tests van rijvaardigheid.

B: Brunnauer e.a., 2004; 2009; Grabe e.a., 1999; Kagerer e.a., 2003; Soyka e.a., 2005a; 2005b; Wylie e.a., 1993.

Niveau 2 Het is aannemelijk dat patiënten behandeld met atypische antipsychotica minder slecht presteren op tests van rijvaardigheid ten opzichte van patiënten behandeld met klassieke antipsychotica.

B: Brunnauer e.a., 2004; 2009; Kagerer e.a., 2003; Soyka e.a., 2005a; 2005b.

Niveau 2 Het is aannemelijk dat behandelde patiënten met schizofrenie of een doorgemaakte psychose vaker betrokken zijn bij een verkeersongeval per gereden afstand dan gemiddeld.

	<p>B: Edlund e.a., 1989; Waller 1965.</p> <p>Niveau 4 De commissie is van mening dat de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) na het stellen van de diagnose schizofrenie en/of psychose een geschikt instrument is om de ernst van positieve en negatieve symptomen te meten.</p> <p>D: Mening van de commissie.</p>
<p>Quality Assessment (AMSTAR)</p>	<p>+; -; ?; NA (Not applicable) Yes, No, Can't answer (Not applicable)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Was an 'a priori' design provided? + 2. Was there duplicate study selection and data extraction? - 3. Was a comprehensive literature search performed? + 4. Were limitations in the literature search reported? +/- 5. Was a list of studies (included and excluded) provided? - 6. Were the characteristics of the included studies provided? + 7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? +/- 8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? +/- 9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? +/- 10. Was the likelihood of publication bias assessed? - 11. Was the conflict of interest stated? + <p>General conclusion: Een goed uitgevoerde systematic review, maar met een verouderde wijze van kwaliteitsbeoordeling</p>

<p>Reference: Kujansuu A, Rautiainen S, Hakko H, Kanamuller J, Sihvola N, Riipinen P. Drivers' psychiatric disorders and fatal motor vehicle accidents in Finland. J Psychiatr Res 2016; 84:227-236.</p>	
<p>Methods</p>	<p>Study aim: Trends in death rates of drivers killed in fatal motor vehicle accidents (FMVAs) in Finland, with a special focus on drivers with a history of psychiatric disorders. Additionally, the prevalence of drivers' hospital treated psychiatric disorders in a five-year period prior to their death, and driving related risk factors including alcohol, illicit drugs and medications, and their association with being a driver with history of psychiatric disorder, are studied.</p> <p>Study design: retrospective cohort</p> <p>Blinding: nvt</p> <p>Analysis:</p> <p>Data from three national registers were combined using personal identity codes: the Finnish database of road and cross-country traffic accident; health care register data; cause of death data. Chi square test and Fisher's Exact test were used to evaluate the statistical significances in categorical variables.</p>

	<p>Gender-specific age-adjusted logistic regression using several covariates were conducted.</p> <p>Study duration: 5-year retrospective</p> <p>Setting/location: Finland</p>
Patients	<p>Study population: n=4930</p> <p>Included with psychiatric disorder: n=425;</p> <p>Included without psychiatric disorder: n=3856.</p> <p>Total: n=4281</p> <p>Exclusion: <16 yrs, non-fatal motor vehicle accidents involving large motor vehicles >125 cubic cm.</p> <p>Baseline characteristics: age between 16-93 yrs; 83% male.</p>
Interventions	<p>Intervention: nvt</p> <p>Control: nvt</p> <p>Duration of follow-up: nvt</p>
Outcome measures	<p>Primary: main outcome variable in this study was any driver's hospital treated psychiatric disorder within the five-year time-period prior to their FMVA (yes/no).</p> <p>Secondary: Socio-demographic factors, use of intoxicants and medication at the time of death, recent adverse life events, and drivers' physical and emotional states were used as covariates in the statistical analyses.</p>
Results	<p>Use of medications at the time of death, and committing suicide in traffic both associated with being a driver with psychiatric disorders involved in FMVAs for both genders. Also previous driving under influence offences were associated with being a driver with psychiatric disorder involved in FMVAs (in males), even when alcohol related disorders were excluded.</p>
RoB Assessment (NOS)	<p><u>Note</u>: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Exposure categories. A maximum of two stars can be given for Comparability.</p> <p>Selection</p> <p>1) <u>Is the case definition adequate?</u></p> <p>a) yes, with independent validation <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) yes, eg record linkage or based on self reports</p> <p>c) no description</p> <p>2) <u>Representativeness of the cases</u></p> <p>a) consecutive or obviously representative series of cases <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) potential for selection biases or not stated</p> <p>3) <u>Selection of Controls</u></p> <p>a) community controls <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) hospital controls</p> <p>c) no description</p> <p>4) <u>Definition of Controls</u></p> <p>a) no history of disease (endpoint) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) no description of source</p>

Exposure

- 1) Ascertainment of exposure
 - a) secure record (eg surgical records)
 - b) structured interview where blind to case/control status
 - c) interview not blinded to case/control status
 - d) written self report or **medical record** only *
 - e) no description
- 2) Same method of ascertainment for cases and controls
 - a) yes
 - b) no
- 3) Non-Response rate
 - a) same rate for both groups
 - b) non respondents described
 - c) rate different and no designation

Selection

- 1) Representativeness of the exposed cohort
 - a) truly representative of the average **driver** in the community
 - b) somewhat representative of the average _____ in the community
 - c) selected group of users eg nurses, volunteers
 - d) no description of the derivation of the cohort
- 2) Selection of the non exposed cohort
 - a) drawn from the same community as the exposed cohort
 - b) drawn from a different source
 - c) no description of the derivation of the non exposed cohort
- 3) Ascertainment of exposure
 - a) secure record (eg surgical records)
 - b) structured interview
 - c) written self report
 - d) no description
- 4) Demonstration that outcome of interest was not present at start of study
 - a) yes
 - b) no

Comparability

- 1) Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis
 - a) study controls for psychiatric disorder (select the most important factor)
 - b) study controls for any additional factor (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)

Outcome

- 1) Assessment of outcome
 - a) independent blind assessment
 - b) record linkage
 - c) self report

	<p>d) no description</p> <p>2) <u>Was follow-up long enough for outcomes to occur</u></p> <p>a) yes (select an adequate follow up period for outcome of interest) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>b) no</p> <p>3) <u>Adequacy of follow up of cohorts</u></p> <p>a) complete follow up - all subjects accounted for</p> <p>b) subjects lost to follow up unlikely to introduce bias - small number lost - > ____ % (select an adequate %) follow up, or description provided of those lost)</p> <p>c) follow up rate < ____% (select an adequate %) and no description of those lost</p> <p>d) no statement *</p>
--	--

Reference: De Wolf MM. Fitness to drive in psychiatric patients; a review of the literature and consequences for daily practice. Tijdschrift voor Psychiatrie 2010; 52(8):555-564.	
Methods	<p>Study aim: Beschrijven van de in Nederland geldende regels voor het bepalen van de rijgeschiktheid bij psychiatrische aandoeningen en evalueren van de wetenschappelijke onderbouwing van deze regels.</p> <p>Study design: systematic review</p> <p>Analysis: Narrative</p> <p>Setting: -</p>
Patients	<p>Number of studies: K=3</p> <p>Number of patients: -</p> <p>Age:-</p> <p>Sex:-</p> <p>Inclusion: gezocht naar artikelen met in de titel de volgende zoektermen: 'driving' en 'drive' in combinatie met 'psychiatric', 'psychiatry', 'mental', 'depression', 'antidepressant', 'psychosis', 'antipsychotic', 'personality disorder' en 'adhd'. Dit leverde 171 referenties op. Deze resultaten werden aan de hand van titel en samenvatting gescreend op relevantie voor de vraagstelling.</p> <p>Exclusion: Artikelen die zich richtten op alcohol- of drugsgebruik en op dementie of ouderen werden niet meegenomen.</p> <p>Baseline characteristics:-</p>
Interventions	<p>Intervention:-</p> <p>Control:-</p> <p>Follow-up time:-</p>
Outcome	<p>Primary:-</p>
Results	<p>De eerdergenoemde Duitse groep die onderzoek deed bij patiënten met depressie, nam hun gevalideerde testbatterij ook af bij patiënten met schizofrenie. In een studie werden 120 patiënten getest, vlak voor hun ontslag uit het ziekenhuis. Zij waren ingesteld op stabiele doseringen antipsychotica. Slechts 33% kon volgens de uitslagen van de tests als rijgeschikt worden aangemerkt, waarbij patiënten die clozapine en atypische antipsychotica gebruikten het er beter afbrachten dan patiënten met klassieke antipsychotica</p>

	<p>(Brunnauer e.a. 2004). In een andere studie (n = 40) bleek dat bij ontslag uit de kliniek 35% van de patiënten na stabilisatie met risperidon de tests naar behoren aflegde, tegenover 5% van de patiënten die gestabiliseerd waren met haloperidol (Soyka e.a. 2005a). In een review naar studies over de invloed van antipsychotica op de rijgeschiktheid van patiënten met schizofrenie concludeerden Soyka e.a. (2005b) dat er nauwelijks goede studies zijn gedaan. Ernstig aangedane patiënten konden volgens hen niet rijgeschikt worden, maar bij stabielere patiënten kan dit wel het geval zijn. Ook vonden zij aanwijzingen dat patiënten onder behandeling met atypische antipsychotica (met name clozapine) betere resultaten laten zien dat die met conventionele middelen (Soyka e.a. 2005b).</p> <p><u>Algemene conclusies voor alle psychiatrische stoornissen</u> Gezien de beschikbare literatuur maakt de Nederlandse wet- en regelgeving op een aantal punten een ongenueanceerde en onrechtvaardige indruk. In het artikel wordt besproken wat de consequenties zijn voor de praktijk. Nader onderzoek en beter onderbouwde wet- en regelgeving zijn gewenst.</p> <p><u>Conclusie Psychotische stoornissen</u> De regels betreffende (de stemmingsstoornissen) en de psychotische stoornissen kunnen tegen de achtergrond van de wetenschappelijke literatuur de toets van het redelijkheidscriterium echter niet doorstaan. Dit geldt vooral voor de eis van een recidiefvrije periode die van toepassing is op deze stoornissen. Ongeacht de aard, de duur, de ernst en het symptomenbeeld van deze stoornissen, geldt volgens de huidige regels een minimale recidiefvrije periode van respectievelijk 1 en 2 jaar alvorens een patiënt weer in aanmerking komt voor eventuele rijgeschiktheid. Uit het beschreven literatuuronderzoek blijkt dat er voor deze ongenueanceerde en strikte regels geen goede wetenschappelijke onderbouwing bestaat. Zo zijn er geen onderzoeken gedaan naar lichte stoornissen (kortdurende psychotische stoornis, depressie zonder farmacotherapie et cetera), maar in de huidige situatie gelden hiervoor wel dezelfde regels als bij de stoornissen met een ernstiger beloop.</p>
<p>Quality Assessment (AMSTAR)</p>	<p>+; -; ?; NA (Not applicable) Yes, No, Can't answer (Not applicable)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Was an 'a priori' design provided? 2. Was there duplicate study selection and data extraction? - 3. Was a comprehensive literature search performed? +/- (Pubmed en Medline) 4. Were limitations in the literature search reported?* 5. Was a list of studies (included and excluded) provided? - 6. Were the characteristics of the included studies provided? - 7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? +/- 8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? -

	9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? -
--	--

	10. Was the likelihood of publication bias assessed? -
--	--

	11. Was the conflict of interest stated? -
--	--

	General conclusion: matig uitgevoerde review met dezelfde artikelen als uit de advies nota.
--	---

Bijlage 9 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 rijgeschiktheid

Voor de beoordeling van rijgeschiktheid tijdens en na een psychose heeft de keuringsarts heeft informatie nodig over 3 aspecten:

1. het huidige 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.

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

G: Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht (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, signaleringsplan 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?

Bijlage 10 De formele procedure: bepaling van de rijgeschiktheid en (her)keuring

De procedure

Een zogenaamde Gezondheidsverklaring moet worden ingevuld om het rijbewijs aan te vragen of in bepaalde gevallen te verlengen (indien het rijbewijs afgegeven werd voor een bepaalde tijd of vanaf de leeftijd van 75 jaar) of om het terug te krijgen na vordering door de politie wegens gevaarlijk rijgedrag of na het veroorzaken van een ongeval. In deze verklaring vermeldt iemand alle informatie over ziekte, behandeling en medicatiegebruik die van invloed kan zijn voor de beoordeling van de rijgeschiktheid. Vervolgens verzoekt het CBR om een door een arts ingevuld 'Verslag arts Psychiatrie'⁹ en aansluitend een keuringsrapport van een onafhankelijk psychiater, waarna de beoordeling van de aanvraag volgt. In enkele gevallen wordt men nog naar een andere specialist verwezen of wordt een rijtest aangeraden. Op basis van de keuring kunnen de mogelijke conclusies zijn:

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

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

Rolverdeling

Een optimale rolverdeling vraagt om duidelijkheid over de rol van iedere schakel in de totale procedure. Recent is het model kwaliteitsstatuut ggz van kracht geworden, waarin aanspreekpunt voor de patiënt, delegeren van onderdelen van de behandeling en verantwoordelijkheden helder worden beschreven voor de multidisciplinaire praktijk van de zorg. Aangezien het geven van medische informatie aan derden met de daarbij horende juridische consequenties en (tuchtrechtelijke) aansprakelijkheid past bij de functie van de regiebehandelaar, behoort deze betrokken te worden in het proces.

Het kwaliteitsstatuut¹⁰ behoort regelmatig geëvalueerd te worden. Hierdoor is ook de hierna volgende rolverdeling aan verandering onderhevig.

Betrokkene zelf

Bij de eerste aanvraag van het rijbewijs moet betrokkene een zogenaamde Gezondheidsverklaring invullen. Bij jonge mensen met een eerste psychose of vroege symptomen kan dit inhouden dat zij op

⁹⁹⁹ In Verslag arts Psychiatrie wordt naast de diagnose ook gevraagd naar de datum van de laatste psychose, of deze eenmalig was, de oorzaak en medicatiegebruik. <https://www.cbr.nl/nl/voor-artsen/keuren-voor-het-cbr/documenten-en-formulieren.htm>

¹⁰ <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>

dat crisismoment te maken krijgen met de beperkingen die de maatschappij hun kan opleggen wat betreft autorijden.

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

CBR en de keuringsarts

In aanvulling op de informatie in hoofdstuk 1.3 zijn de rollen van het CBR en de keuringsarts belangrijk. Het CBR (Centraal Bureau Rijvaardigheid) is een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan. Het CBR is door de minister van Infrastructuur en Waterstaat belast met een verkeersveiligheidsstaak: het beoordelen van de rijvaardigheid en medische geschiktheid van bestuurders en de vakbekwaamheid van professionals in transport en logistiek. De overheid heeft de uitvoering van de procedure voor het bepalen van de rijgeschiktheid dus bij het CBR gelegd. Het CBR laat zich adviseren door keuringsartsen die zij in dienst hebben. Iemand die bij keuring rijgeschikt is bevonden, kan ervan uitgaan dat autorijden is toegestaan.

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

De keuringsarts geeft zich er rekenschap van dat:

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

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

Het moet duidelijk zijn dat de psychiatrische symptomen variabel zijn in de tijd en dat een beoordeling op basis van een interview of een test slechts een momentopname is. In principe moet de arts daarom beoordelen in hoeverre het gaat om een relatief stabiele handicap of wisselende kwetsbaarheid. Verder is er vaak een verschil tussen prestaties in testsituaties en praktische rijvaardigheden (ecologische validiteit) in normale omstandigheden. Maar bij voldoende praktische rijvaardigheden worden bovengenoemde factoren meegenomen bij het bepalen van rijgeschiktheid.

Regiebehandelaar

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

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

De regiebehandelaars kunnen het gesprek overlaten aan een collega (bijvoorbeeld de casemanager). Zij blijven echter verantwoordelijk en moeten op de hoogte zijn of de leden van het behandelteam bevoegd en bekwaam zijn op het gebied van advisering over rijgeschiktheid. Zij laten zich informeren over wat er speelt, toetsen de bijdrage van het behandelteam ook op dit onderdeel van de behandeling, en zullen in complexere situaties zelf het gesprek hierover voeren met de patiënt en eventuele naastbetrokkenen.

Behandelaar c.q. dossierhouder in een behandelteam

In de praktijk van de specialistische ggz is er, zoals gezegd, vaak een heel behandelteam betrokken bij de zorg voor individuele patiënten. Dossierhouders of behandelaars, niet zijnde regiebehandelaar, zijn soms verpleegkundigen of maatschappelijk werkenden. Zij zien de patiënt regelmatig en zijn vaker in de gelegenheid om problemen rond veilige verkeersdeelname te herkennen en relevante dilemma's te bespreken. Zij hebben frequenter contact en kunnen de thema's op een natuurlijke wijze met betrokkene bespreken. De dossierhouder of behandelaar zal dus ook op de hoogte moeten zijn van de relevante regelgeving. Hij of zij zal de regiebehandelaar informeren over de eventuele dilemma's die zich hierbij voordoen. Indien nodig moet een afspraak van de patiënt bij de regiebehandelaar worden

ingepland. Vanzelfsprekend zal een afspraak met de regiebehandelaar, indien dit niet hoort tot de routine, een formeel en meer beladen karakter hebben. Hiervoor is aandacht nodig.

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

Arts of verpleegkundig specialist, niet zijnde regiebehandelaar

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

Psychiater

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

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

Verzekeraar

In de polis van een autoverzekering kan de aanvullende voorwaarde zijn opgenomen dat rijden onder medisch problematische condities of tijdens medicatiegebruik is uitgesloten van de verzekering. In dat geval vervalt vergoeding bij een ongeval. Het verdient aanbeveling dat een cliënt de eigen polis hierop nakijkt. Het behandelteam en de dossierhouder in het bijzonder of naastbetrokkenen rond de patiënt kunnen hierin een ondersteunende rol spelen. I.v.m. het nu geldende VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, artikel 20 zal de autoverzekeraar overigens de polisvoorwaarden moeten aanpassen, indien daarin beperkingen op groepsniveau worden opgelegd.

(Her)keuring

Gezondheidsverklaring

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

Welke informatie heeft de keuringsarts nodig?

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

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

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

De keuringsarts heeft informatie nodig over 3 aspecten:

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

De regiebehandelaar kan de keuringsarts voorzien van de antwoorden en daar een weging bij geven, zoals weergegeven in het volgende beslismodel over rijgeschiktheid bij psychotische stoornissen (tabel 2) opgesteld door de werkgroep.

Tabel 3. 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 (CSG)

1	Cognitief en psychomotorisch functioneren (C)	1. Zeer laag t/m laag	2. Laag t/m laag gemiddeld	3. Laag gemiddeld en hoger	• Geen informatie
	De score is gebaseerd op observatie en gesprek aan de hand van de WHODAS-2. Tevens kunnen de conclusies uit een recent neuropsychologisch onderzoek gebruikt worden.				
2	Stabiliteit van functioneren en gedrag (S)	1. Laag	2. Moeilijk in te schatten	3. Hoog	0. Geen informatie
	De score is gebaseerd op ziekte- en herstelbeloop				
3	Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht (G)	1. Laag	2. Matig	3. Hoog	0. Geen informatie
	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 aspecten 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 10 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 aspecten 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 c.q. reacties die het evenwicht betreffen);
- slingerproef bij top alcoholpromillage;
- verkeerspsychologische testen¹¹, ART-90-testbatterij;
- optioneel: neuropsychologisch onderzoek;
- meten van reactietijd;
- meten van vigilantie.

Een voorstel voor een beslismodel, volgend op de rapportage van de behandelaar, is opgenomen in bijlage 11.

¹¹ <http://psychologischtesten.nl/vts-verkeerspsychologie/beschikbare-testsets-vts-verkeerspsychologie/>

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.

Bijlage 11 Rapportage van keurend arts aan CBR en voorgestelde besluitvorming CBR-arts

<p>De rapportage van een behandelend arts betreft een inschatting van het Cognitief en Motorisch Functioneren (C), Stabiliteit van het Functioneren (S) en Gezondheidsvaardigheden & ziekte-inzicht (G). Dit betreft geen rechtstreeks advies over de rijgeschiktheid maar verschaft aan het CBR (in de aantekening bij de Gezondheidsverklaring) of aan een onafhankelijk keurend arts - op diens verzoek- informatie om zijn/haar advies op te baseren.</p> <p>Bij verklaring van ongeschiktheid kan cliënt zich weer melden voor een nieuwe keuring op het moment dat deze (mogelijk in samenspraak met diens behandelaar) verwacht dat er genoeg verbetering is om rijgeschikt te worden verklaard.</p>					
1	Cognitief en psychomotorisch functioneren (C)	1. Zeer laag tot laag	2. Laag tot laag gemiddeld.	3. Laag gemiddeld en hoger	0. Geen informatie
<p>Score is gebaseerd op observatie en gesprek, bijvoorbeeld aan de hand van de WHODAS-2. Tevens kunnen conclusies uit recent (neuro-)psychologisch en/of ergotherapeutisch onderzoek gebruikt worden. Beperkingen in cognitief en psychomotorisch functioneren als gevolg van medicatie, slaapgebrek en stress worden in het oordeel meegewogen.</p>					
2	Stabiliteit van het functioneren (S)	1. Laag	2. Moeilijk in te schatten	3. Hoog	0. Geen informatie
<p>Score is gebaseerd op het ziekte- en herstelbeloop.</p>					
3	Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht (G)	1. Laag	2. Matig	3. Hoog	0. Geen informatie
<p>Dit betreft de mate waarin cliënt op een rationele en veilige manier kan omgaan met symptomen, beperkingen en medicatie. Score is gebaseerd op informatie over de volgende elementen: Alcoholgebruik, Drugsgebruik, Suïciderisico, Medicatietrouw, Aanwezigheid signaleringsplan, Aanwezigheid WRAP.</p> <p>Ziekte-inzicht wordt niet in algemene zin beoordeeld maar in relatie tot zelfstandig functioneren: In hoeverre realiseert cliënt zich dat zijn psychische toestand op bepaalde momenten de veiligheid van zichzelf en anderen in gevaar kan brengen en in hoeverre stemt cliënt hier zijn gedrag op af. Informatie over gedrag tijdens een eerdere terugval is hierbij relevant.</p>					

Formulier Beoordeling Functioneren in verband met Gezondheidsverklaring CBR																	
Naam cliënt: Dhr/mevr			Adres:														
			Telefoonnummer:														
Geboortedatum:			BSN nummer:														
Onderzoeksdatum:																	
Onderzoeker:			BIG registratienummer:														
Instelling:			Adres instelling:														
			Telefoonnummer:														
Diagnose:			Medicatie:														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hoe beoordeelt u het</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>0</th> <th>Dit oordeel is gebaseerd op:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Cognitief en Psychomotorisch Functioneren 1= zeer laag tot laag 2= laag tot laag gemiddeld 3= laag gemiddeld en hoger </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Hoe beoordeelt u het	1	2	3	0	Dit oordeel is gebaseerd op:	Cognitief en Psychomotorisch Functioneren 1= zeer laag tot laag 2= laag tot laag gemiddeld 3= laag gemiddeld en hoger					
Hoe beoordeelt u het	1	2	3	0	Dit oordeel is gebaseerd op:												
Cognitief en Psychomotorisch Functioneren 1= zeer laag tot laag 2= laag tot laag gemiddeld 3= laag gemiddeld en hoger																	

0= geen informatie					
Hoe beoordeelt u de Stabiliteit van het Functioneren 1= laag 2= moeilijk in te schatten 3= hoog 0= geen informatie	1	2	3	0	Dit oordeel is gebaseerd op:
Hoe beoordeelt u de Gezondheidsvaardigheden en het Ziekte-inzicht 1= laag 2= matig 3= hoog 0= geen informatie	1	2	3	0	Dit oordeel is gebaseerd op:

Handtekening:

Advisering van keurend arts aan CBR en voorgestelde besluitvorming door de CBR-arts. De perioden waarna herhaling van het onderzoek wordt geadviseerd zijn als voorbeeld bedoeld en kunnen nader bepaald worden afhankelijk van het toestandsbeeld.

CSG 111	Ongeschikt		CSG 121	Ongeschikt		CSG 131	Ongeschikt
CSG 112	Ongeschikt		CSG 122	Ongeschikt;		CSG 132	Ongeschikt;
CSG 113	Ongeschikt;		CSG 123	Ongeschikt;		CSG 133	Testrit praktische rijgeschiktheid; termijnbeperking
CSG 211	Ongeschikt		CSG 221	Ongeschikt		CSG 231	Ongeschikt
CSG 212	Ongeschikt;		CSG 222	Ongeschikt;		CSG 232	Rijgeschikt, alleen privégebruik, geen termijnbeperking
CSG 213	Ongeschikt;		CSG 223	Testrit praktische rijgeschiktheid; termijnbeperking		CSG 233	Rijgeschikt, privégebruik en beperkt beroepsmatig gebruik, geen termijnbeperking
CSG 311	Ongeschikt;		CSG 321	Ongeschikt		CSG 331	Rijgeschikt, privégebruik
CSG 312	Ongeschikt;		CSG 322	Ongeschikt;		CSG 332	Rijgeschikt, privégebruik beperkt beroepsmatig gebruik, geen termijnbeperking
CSG 313	Ongeschikt;		CSG 323	Rijgeschikt met beperking van termijn		CSG 333	Rijgeschikt alle rijbewijzen, geen termijnbeperking

Bijlage 12 Signaleringsplan (voorbeeld)

Signaleringsplan		
Personalia		Belangrijke telefoonnummers
Naam: Geboortedatum: Behandelaar / team:		Huisartsenpost: GGz: Contactpersonen (naam), regiebehandelaar (naam), psychiater
Beschermende factoren		Stress veroorzakende factoren
<input checked="" type="checkbox"/> Goede relatie met mijn partner <input checked="" type="checkbox"/> Werk dat voldoening geeft <input checked="" type="checkbox"/> Elke dag de hond uit moeten laten		<input checked="" type="checkbox"/> Financiële zorgen <input checked="" type="checkbox"/> Werkdruk
Doel van dit plan	Medicatie	Algemene tips
Bijvoorbeeld: <input checked="" type="checkbox"/> Stabiël blijven, terugval voorkomen <input checked="" type="checkbox"/> Rijgeschiktheid kunnen beoordelen	Risperdal	<input checked="" type="checkbox"/> Zorgen dat ik genoeg slaap krijg <input checked="" type="checkbox"/> 1 of 2 keer per week sporten <input checked="" type="checkbox"/> Elke dag even bijpraten met partner <input checked="" type="checkbox"/> 1 of 2 keer per week contact met familie/vrienden

	Omschrijving van mijn gedrag Kenmerken en symptomen	Wat anderen zien aan mij Kenmerken en symptomen	Wat doe ik zelf Eigen invloed en grip	Wat anderen doen Afspraken en taakverdeling
Stabiele fase	<input checked="" type="checkbox"/> Ik ben vrolijk en spraakzaam <input checked="" type="checkbox"/> Ik heb zin om dingen buitenshuis te doen (afspraken met familie/vrienden) <input checked="" type="checkbox"/> Autorijden gaat goed	<input checked="" type="checkbox"/> Ik zie er opgewekt uit <input checked="" type="checkbox"/> Ik bel regelmatig om even bij te praten	<input checked="" type="checkbox"/> Zie algemene tips	<input checked="" type="checkbox"/>
Twijfel fase	<input checked="" type="checkbox"/> Ik trek me terug <input checked="" type="checkbox"/> Ik twijfel aan mezelf en aan anderen, zijn ze wel te vertrouwen? <input checked="" type="checkbox"/> Autorijden gaat goed, maar 's avonds ben ik er te moe voor	<input checked="" type="checkbox"/> Ik zie er wat somber uit <input checked="" type="checkbox"/> Ik bel ze niet meer op	<input checked="" type="checkbox"/> Ik blijf onder de mensen komen, blijf contact houden <input checked="" type="checkbox"/> Als het nodig is neem ik een dag vrij <input checked="" type="checkbox"/> 's Avonds niet meer autorijden	<input checked="" type="checkbox"/> Mij opbellen om contact te houden <input checked="" type="checkbox"/> Helpen om afleiding te zoeken, maar ook genoeg rust te nemen <input checked="" type="checkbox"/> Herinneren aan voornemen niet 's avonds auto te rijden
Risico fase	<input checked="" type="checkbox"/> Ik word achterdochtig, vertrouw alleen mijn partner nog <input checked="" type="checkbox"/> Ik heb mijn aandacht niet meer bij het verkeer, ben afwezig	<input checked="" type="checkbox"/> Ik trek me helemaal terug uit contact, ik ben sneller boos	<input checked="" type="checkbox"/> Vroeg naar bed <input checked="" type="checkbox"/> Misschien een paar dagen ziek melden <input checked="" type="checkbox"/> Elke dag plannen met mijn partner hoe ik de dag invul <input checked="" type="checkbox"/> Bellen met GGz over evt. medicatieverhoging <input checked="" type="checkbox"/> Auto laten staan	<input checked="" type="checkbox"/> Samen de dag plannen <input checked="" type="checkbox"/> Helpen om rust te vinden <input checked="" type="checkbox"/> Mee naar GGz-hulpverlener
Alarm fase	<input checked="" type="checkbox"/> Ik zie het leven niet meer zitten, denk dat er een complot is	<input checked="" type="checkbox"/> Gesprek met mij is moeilijk, ben in mezelf gekeerd, wantrouwend	<input checked="" type="checkbox"/> In contact blijven met partner en hulpverlener <input checked="" type="checkbox"/> Wat vaste activiteiten blijven doen, maar wel veel rust nemen <input checked="" type="checkbox"/> Autosleutel aan partner geven	<input checked="" type="checkbox"/> Als ik suïcidaal ben en geen afspraken meer kan maken, dan opname aanbieden

Bijlage 13 Wellness Recovery and Action Plan (WRAP)

Wat is WRAP en voor wie is het bedoeld?

WRAP (Wellness Recovery Action Plan) is in 1997 ontwikkeld door Mary Ellen Copeland, vanuit haar ervaring met psychische ontwrichting. WRAP is een instrument voor zelfonderzoek, een toevoeging aan alles wat je al weet van jezelf, wat werkt en wat je goed doet. Jij beslist wat je deelt, wanneer en met wie. WRAP is voor iedereen die persoonlijke verantwoordelijkheid wil nemen voor het eigen welbevinden en erachter wil komen wat voor hem of haar werkt. WRAP werkt los van rollen en diagnostische kaders. Het is dus geen signaleringsplan of begeleidingsplan. En je kan met WRAP geen hulpverlening of medicatie vervangen.

Het herstelprogramma van WRAP bestaat uit:

- Vijf sleutelbegrippen: hoop, persoonlijke verantwoordelijkheid, eigen ontwikkeling, opkomen voor jezelf en steun
- Een gereedschapskoffer voor een goed gevoel
- Herstelthema's die verdieping bieden
- De zes actieplannen van WRAP:
 1. Dagelijks onderhoudsplan
 2. Triggers
 3. Vroege waarschuwingstekens
 4. Signalen van ontsporing
 5. Crisisplan
 6. Post-crisisplan

Waarom starten met WRAP?

WRAP geeft mensen een instrument in handen om het eigen herstel vorm te geven. Daarmee geeft WRAP organisaties houvast om aan te kunnen sluiten bij het persoonlijke proces van mensen en zo inhoud te geven aan herstelondersteunende zorg. Ook medewerkers kunnen een WRAP-cursus volgen. Dit ondersteunt hun eigen welbevinden en kan ertoe bijdragen dat zij zich bewuster worden van de principes van herstelondersteunend werken. Door rollen en diagnostische kaders los te laten werkt WRAP destigmatiserend. De scholing tot WRAP-facilitator ondersteunt de ontwikkeling van de competenties van ervaringsdeskundigen. WRAP biedt ervaringsdeskundigen een eigen instrument om hun werk vorm te geven.

Wetenschappelijk bewijs en Erkende interventie

- Cook (2011): minder symptomen, meer hoop, hogere subjectieve kwaliteit van leven
- Jonikas (2011): beter opkomen voor eigen belangen bij ggz-hulpverleners
- Cook (2013): verminderde zorgvraag en zorgkosten

WRAP is opgenomen in de databank Erkende interventies

(<https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/wellness-recovery-action-plan-wrap->).

De interventie is erkend door de Erkenningscommissie langdurige ggz op 4 maart 2015. De website meldt: De interventie WRAP is op alle onderdelen helder beschreven en goed onderbouwd. Uit Amerikaanse onderzoeken blijkt dat WRAP bijdraagt aan de kwaliteit van leven en een afname van zorgbehoefte en zorggebruik. Resultaten van Nederlands effectonderzoek zijn nog niet beschikbaar.

Literatuur

Boertien, D., Bakel, M. van en Weeghel, J. van (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland. Een herstelmethode bij psychische ontwrichting. In: *MGv* 76-5, p. 276-84. Utrecht: Trimbos-instituut, www.mgvonline.nl.

U kunt het artikel downloaden (<https://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2013/06/Publicatie-voor-bij-Dienst-WRAP.pdf>).

Bijlage 14 Toelichting WHODAS 2.0

Wat is WHODAS 2.0?

WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0 WHO Disability Assessment Schedule 2.0) meet in welke mate iemand als gevolg van een gezondheidsaandoening beperkingen en participatieproblemen ervaart, onafhankelijk van de medische diagnose. Het is een generiek toepasbaar meetinstrument. Dat wil zeggen dat de WHODAS 2.0 bruikbaar is voor allerlei gezondheidsproblemen, zowel somatisch als psychisch, en toepasbaar is in allerlei culturen. De WHODAS 2.0 is zeer goed bruikbaar voor het bepalen van gezondheidsniveau en functioneringsproblemen binnen de algemene populatie, en voor het meten van klinische effectiviteit en rendement van interventies

Training

Afname van het WHODAS 2.0-interview vergt weinig training en geen specifieke vooropleiding; beheersing van algemene interviewtechnieken en toepassing van de richtlijnen en instructies is voldoende. Een uitgebreide handleiding geeft richtlijnen voor gestandaardiseerde afname; deze bevat per vraag specificaties die elke interviewer moet beheersen, inclusief regels voor verduidelijking en doorvragen. Iedereen die het instrument afneemt, dient deze richtlijnen zorgvuldig toe te passen. Zoals bij alle meetinstrumenten is dit van belang voor het voorkómen van interviewerbias en het verkrijgen van een betrouwbaar resultaat.

Samenstelling van de WHODAS 2.0

De WHODAS 2.0 meet zes domeinen van functioneren:

- *Domein 1 – Cognitie* (6 items): meet communicatie en mentale activiteiten. Specifieke onderwerpen zijn o.a. concentreren, onthouden, vinden van oplossingen, leren en communiceren.
- *Domein 2 – Mobiliteit* (5 items): meet activiteiten zoals staan, verplaatsen binnen de woning, het huis uitkomen en een lange afstand (1 km) lopen.
- *Domein 3 – Zelfverzorging* (4 items): meet hygiëne, aankleden, eten en alleen kunnen zijn.
- *Domein 4 - Omgaan met mensen* (5 items): meet interacties met anderen en moeilijkheden die in dit domein kunnen ontstaan ten gevolge van een gezondheidsaandoening.
- *Domein 5 – Activiteiten* (8 items; 4 over huishouden, 4 over werk of school): meet problemen met dagelijkse activiteiten (d.w.z. activiteiten die mensen bijna elke dag doen) die horen bij het huishouden, vrije tijd, werk en school.
- *Domein 6 – Participatie* (8 items): meet sociale dimensies, zoals gemeenschapsactiviteiten; hindernissen en belemmeringen in de wereld om de respondent heen; en problemen met andere zaken, zoals het behouden van de persoonlijke waardigheid. De vragen omvatten verschillende contextuele (persoonlijke en omgevingsgebonden) factoren die door de gezondheidstoestand van de respondent worden beïnvloed.

De WHODAS 2.0 kan gebruikt worden om bij een diagnose volgens de DSM-5 de mate van ernst van een stoornis te bepalen. Het biedt informatie over de gevolgen van de stoornis voor het dagelijks functioneren.

Toepassing

Er zijn drie afnamevarianten: een interviewversie, een zelf invulversie en een 'proxy'-versie die door een derde partij (familie, behandelaar en dergelijke) ingevuld kan worden.

De volledige versie heeft 36 items en resulteert in een totaalscore voor het algemene functioneren en zes schaalscores voor de verschillende domeinen van functioneren. De verkorte versie heeft twaalf items en

resulteert in een algemene functioneringscore. Beide versies zijn beschikbaar voor alle drie de afnamevarianten.

Afnameduur

Afname van de 36-item interviewversie duurt 20 tot 45 minuten, afhankelijk van de breedsprakigheid van de respondent en de interviewvaardigheden van de afnemer.

Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening

Voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening en/of cognitieve beperkingen wordt aangeraden de interviewversie en/ of de proxy-versie te gebruiken. De zelf invulversie is dan minder geschikt.

Cutoff

Er is nog onvoldoende onderzoek gedaan voor een empirisch onderbouwde cutoff. Vooralsnog wordt voor behandeloeleinden een gemiddelde itemscore van 3 of hoger (op een itemschaal van 0-4) voorgesteld als cutoff voor ernstige beperkingen in het functioneren. Een score van 3 op een item geeft aan dat de respondent veel moeite in het functioneren op dit gebied heeft.

Bovenstaande geldt voor een algemene beoordeling, in het kader van eventuele rijgeschiktheid stelt de werkgroep voor op meer specifieke wijze naar de scores te kijken. Zie p. 53.

Voordelen van de WHODAS 2.0

De WHODAS 2.0 heeft verschillende voordelen. Het instrument is bruikbaar voor mensen met allerlei aandoeningen. Het functioneren wordt vastgesteld aan de hand van zo objectief mogelijk gedefinieerde criteria, die 'an sich' geen symptomen van pathologie zijn. Zowel de totaal- als de domeinscores hebben een goede betrouwbaarheid en validiteit. De psychometrische kwaliteiten zijn door middel van grootschalig internationaal onderzoek aangetoond.

Meer informatie en/of contact

- Aanvragen van (een licentie voor het gebruik van) de Nederlandstalige WHODAS 2.0 vragenlijsten en handleiding: [Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre](#)
- Inhoudelijke vragen over de WHODAS 2.0: [Daphne van Hoeken](#) (eerste auteur; samen met laatste auteur prof. dr. H. Wijbrand Hoek, vertaler/ voorbereidend onderzoeker van de Nederlandse versie)
- Achtergronds- en aanvullende informatie (Engelstalig): [website WHO](#)

Bronnen

- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom; 2014, pag. 978-985.
- <https://www.dsm-5.nl/documenten/artikel/25/De-WHODAS-2.0-0-brengt-beperkingen-in-het-psychosociale-functioneren-in-kaart>
- Meting van Gezondheid en Functioneringsproblemen. Handleiding bij WHO meetinstrument voor functioneringsproblemen (WHODAS 2.0). WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications, RIVM (2018).
- Van Hoeken, D., van der Meer, I.H., Braam, N.T., Hoek, H.W. WHODAS 2.0 – hét DSM-5 instrument voor meten van functioneren. [PsyXpert](#) 2017-01.