

Rijgeschiktheid bij psychiatrische aandoeningen; literatuuroverzicht en consequenties voor de praktijk

M.M. DE WOLF

ACHTERGROND In de dagelijkse praktijk speelt regelmatig de vraag of een patiënt met een psychiatrische aandoening nog mag autorijden.

DOEL 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.

METHODE Verzamelen en samenvatten van informatie over huidige regelgeving, en een overzicht van de wetenschappelijke literatuur.

RESULTATEN In Nederland bestaat er vrij strikte wet- en regelgeving, waardoor mensen met een psychiatrische aandoening soms langdurig hun rijbewijs kunnen kwijtraken. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat veel onduidelijk is over de relatie tussen psychiatrische aandoeningen en de effecten daarvan op rijgeschiktheid.

CONCLUSIES 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.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)8, 555-564]

TREFWOORDEN psychiatrische aandoeningen, rijgeschiktheid, rijvaardigheid

Autorijden is voor veel Nederlanders belangrijk. Dit geldt natuurlijk ook voor hen die onder psychiatrische behandeling zijn. Tegelijk doet zich bij deze groep de vraag voor of de psychiatrische aandoening niet een dusdanige invloed op het functioneren kan hebben dat autorijden niet meer verantwoord moet worden geacht. In de praktijk krijgen behandelaren van psychiatrische patiënten vaak met deze vraag te maken. Desondanks is hierover in de Nederlandse wetenschappelijke literatuur nauwelijks iets terug te vinden en wordt er in de opleiding tot psychiater vrijwel geen aandacht aan geschonken.

In een ruim 4000 pagina's tellend standaardnaslagwerk van de psychiatrie (Sadock & Sadock 2004) wordt de kwestie alleen in de hoofdstukken over alcohol, medicatie, dementie en slaapstoornissen kort aangestipt. Wel bestaat er over dit onderwerp in Nederland vrij duidelijke wet- en regelgeving. Deze lijkt in de praktijk echter nauwelijks bekend en wordt slecht nageleefd. Bovendien dringt de vraag zich op of de geldende regels wel op wetenschappelijke onderbouwing berusten.

In dit artikel bespreek ik eerst de huidige wet- en regelgeving, waarbij ik kort inga op de rol van alcohol en medicatie. Vervolgens geef ik een over-

zicht van de literatuur om na te gaan wat uit wetenschappelijk onderzoek bekend is over de relatie tussen psychiatrische aandoeningen en rijgeschiktheid. Ten slotte geef ik aan wat dit voor licht werpt op de huidige wet- en regelgeving. De problematiek rond rijgeschiktheid bij cognitieve stoornissen is al eerder in de Nederlandse literatuur behandeld, en wordt daarom in dit artikel verder niet uitgewerkt (Regtuijt e.a. 2007; Veen & Bruyns 1999; Withaar e.a. 2001).

WET- EN REGELGEVING OVER BEPALEN VAN RIJGESCHIKTHEID

Voorafgaand aan het eerste rijexamen (waarbij de rijvaardigheid getest wordt), moet de kandidaat een verklaring van gezondheid invullen waaruit zijn rijgeschiktheid moet blijken. Rijgeschiktheid betekent dat lichamelijke en psychische gezondheid voldoende worden geacht voor het besturen van een motorvoertuig. Als uit de ingevulde zogenaamde Eigen verklaring blijkt dat er mogelijk gezondheidsproblemen spelen die de rijgeschiktheid kunnen beïnvloeden, dan is een medische keuring nodig (aantekening van een arts op de Eigen verklaring of een geneeskundig verslag). Aan de hand hiervan maakt het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) de afwijking of een verklaring van rijgeschiktheid kan worden afgegeven of dat er eventueel eerst een specialistisch rapport of rijtest nodig is. Ook kan het CBR besluiten tot het afgeven van een rijgeschiktheidsverklaring onder bepaalde voorwaarden, bijvoorbeeld een beperkte geldigheid of aanpassingen aan de auto.

Bij het vaststellen van de rijgeschiktheid wordt een onderscheid gemaakt tussen twee rijbewijscategorieën: groep 1 betreft motor en auto (rijbewijs A, B en BE), groep 2 betreft het zwaardere verkeer (rijbewijs C en D). Voor deze twee groepen hanteert men verschillende criteria bij het beoordelen van rijgeschiktheid. Bij sommige bepalingen gelden de strengere eisen van groep 2 ook voor beroepsverkeer uit groep 1 (bijvoorbeeld taxi's). De criteria zijn vastgelegd in de 'Regeling eisen geschiktheid 2000' (www.cbr.nl/brochure/REG2000.pdf).

heid 2000' (www.cbr.nl/brochure/REG2000.pdf).

Tenzij bij afgifte anders is besloten, blijft de rijgeschiktheidsverklaring van kracht tot aan het zeventigste levensjaar. Daarna moet de rijbewijs houder de rijgeschiktheid iedere 5 jaar opnieuw laten beoordelen via een verplichte Eigen verklaring en een medische keuring. Mocht zich vóór het zeventigste levensjaar een probleem met de gezondheid voordoen dat een effect zou kunnen hebben op de rijgeschiktheid, dan dient de rijbewijs houder dit zelf via een Eigen verklaring bij het CBR te melden. Het CBR buigt zich dan volgens de eerdergenoemde procedures over de vraag of de persoon nog steeds rijgeschikt kan worden verklaard.

Hoewel de melding van gezondheidsproblemen geen wettelijke verplichting is, en dus niet in de Wegenverkeerswet is opgenomen, wordt vaak benadrukt dat dit wel een morele plicht is (Doppegieter 2004). De Gezondheidsraad (Commissie Scherpenhuizen 1990) heeft geadviseerd om de melding verplicht te maken, maar dit is tot op heden niet geëffectueerd wegens de te verwachten moeilijke handhaafbaarheid van een dergelijke wettelijke verplichting. In voorlichtingsmateriaal en artikelen noemt men vaak dat het niet melden van gezondheidsproblemen consequenties zou kunnen hebben voor de autoverzekering, maar een goede onderbouwing voor deze opmerkingen lijkt er niet te zijn.

De beslissing of een patiënt wel of geen auto mag rijden, ligt dus niet bij de arts, maar bij het CBR. Wel zou men van de arts kunnen verwachten dat deze de patiënt op bovenstaande regelgeving wijst. Volgens de in Nederland geldende Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) dient een arts de patiënt bij diens behandeling wel in te lichten over 'de te verwachten risico's en gevolgen voor gezondheid', en moet de arts 'de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid'. In uitzonderingsgevallen kan de arts (met inachtneming van strikte zorgvuldigheidscriteria) besluiten om zonder toestemming van zijn patiënt een

melding te doen bij het CBR. Ook kan het CBR onderzoek doen na melding door politie of mentor. Het CBR is echter niet gerechtigd om een keuring te gelasten bij melding door familie.

MEDICATIE, ALCOHOL EN DRUGS

Over gebruik van medicatie, alcohol of drugs is een artikel opgenomen in de Wegenverkeerswet (WvW, artikel 8). Hierin staat dat het *'een ieder verboden is om een voertuig te besturen of als bestuurder te doen besturen, terwijl hij verkeert onder zodanige invloed van een stof, waarvan hij weet of redelijkerwijs moet weten, dat het gebruik daarvan – al dan niet in combinatie met het gebruik van een andere stof – de rijvaardigheid kan verminderen, dat hij niet tot behoorlijk besturen in staat moet worden geacht.'* Wie zich hier niet aan houdt, begaat dus een strafrechtelijke overtreding.

De desastreuze effecten van alcohol en drugs op de verkeersveiligheid zijn uitgebreid onderzocht en inmiddels ook breed bekend. In de wet ligt duidelijk vastgelegd boven welke promillages alcohol een bestuurder strafbaar is. Bovendien is in de 'Regeling eisen geschiktheid 2000' opgenomen dat misbruik van alcohol of drugs iemand *'zonder meer ongeschikt'* maakt. Na stoppen van het misbruik kan pas na een recidiefvrije periode van een jaar eventuele rijgeschiktheid opnieuw onderzocht worden. Hierbij wordt in de regeling nog opgemerkt dat *'een strenge opstelling van de keurend arts is aangewezen, gezien de gevaren die het gebruik van deze middelen oplevert voor de verkeersveiligheid.'*

Ook over de invloed van medicatie op de rijgeschiktheid is vrij veel bekend. Dit geldt vooral voor psychofarmaca. De moeilijkheid bij onderzoek naar deze invloed is vaak het onderscheid tussen de invloed van de medicatie zelf en die van de aandoening waarvoor de medicatie gegeven wordt. Deze invloeden kunnen elkaar negatief versterken, maar medicatie kan ook een positieve invloed hebben op de aandoening, wat de rijprestaties juist ten goede komt.

Bij onderzoeken naar de effecten van de medicatie bij gezonde proefpersonen geldt vaak dat die alleen voor relatief korte periodes onder-

zocht zijn. Toch bestaat er de laatste jaren vrij brede consensus over de invloed van de verschillende medicijnen op de rijgeschiktheid. Vooral de totstandkoming van de internationale ICADTS-classificatie (van International Council on Alcohol, Drugs & Traffic Safety) heeft hieraan bijgedragen (www.icadts.nl/medicinal.html).

Op basis van wetenschappelijke onderzoeken en farmacologische eigenschappen zijn in deze classificatie nagenoeg alle medicijnen die mogelijk invloed hebben op de rijgeschiktheid ingedeeld in categorieën (I, II en III). Middelen uit categorie I hebben geen of weinig negatieve invloed, middelen uit categorie II hebben lichte of matige negatieve invloed, en middelen uit categorie III hebben een ernstige of potentieel gevaarlijke invloed. Deze categorieën zijn vergelijkbaar met de invloed van een alcoholpromillage van respectievelijk $< 0,5$, $0,5-0,8$ en $> 0,8$.

Hoofdstuk 10 uit de 'Regeling eisen geschiktheid 2000', dat over geneesmiddelen gaat, is in 2008 gewijzigd en is nu ook op deze ICADTS-classificatie gebaseerd. Op de website www.geneesmiddeleninhetverkeer.nl kan men op medicijnnaam zoeken naar een beknopte versie van het bijbehorende advies. De arts is volgens de WGBO verplicht om de patiënt te informeren over risico's van zijn of haar behandeling (in dit geval: medicatiegebruik). Daarnaast kan de arts de ICADTS-classificatie gebruiken om een medicatieadvies eventueel aan te passen zodat dit wel met rijgeschiktheid verenigbaar is.

CRITERIA UIT DE REGELING EISEN GESCHIKTHEID 2000

Hoofdstuk 8 uit de 'Regeling eisen geschiktheid 2000' behandelt de criteria die het CBR hanteert bij de beoordeling van rijgeschiktheid bij psychiatrische stoornissen (<http://www.cbr.nl/brochure/REG2000.pdf>). Het hoofdstuk begint met een aantal algemene opmerkingen. Hierbij wordt opgemerkt dat bij de beoordeling van belang zijn: *'het ziektebeloop (de betrokkene zal bij voorkeur minstens één tot twee jaar vrij moeten zijn van*

recidieven, afhankelijk van de ernst van de aandoening), de (on)voorspelbaarheid van uitingen van de aandoening, het ziekte-inzicht en de therapietrouw van de betrokkene.' Vervolgens worden de criteria voor een aantal groepen psychiatrische aandoeningen apart behandeld. Deze criteria zijn samengevat in tabel 1.

OVERZICHT VAN LITERATUUR

Zoals in tabel 1 opgesomd, hanteert het CBR bij sommige psychiatrische stoornissen een aantal strenge criteria. De vraag daarbij is of deze criteria ook stelen op een goede onderbouwing. Voor dit artikel verrichtte ik daarom een literatuuronderzoek met als vraag wat het verband is tussen psychiatrische stoornissen en rijgeschiktheid. Hierbij werd in Ovid MEDLINE en PsycINFO 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. Vervolgens werd verder gezocht aan de hand van referenties uit relevante artikelen. Artikelen

die zich richtten op alcohol- of drugsgebruik en op dementie of ouderen werden niet meegenomen. Uiteindelijk werden 42 artikelen geselecteerd waarvan de complete teksten achterhaald konden worden. De complete lijst met deze referenties is op te vragen bij de auteur.

Tien van deze artikelen bleken specifiek te gaan over de vraag of psychiaters op de hoogte zijn van de geldende regels en over hun houding ten opzichte van deze regels; deze artikelen worden hier niet besproken. Verder bleek er tussen verschillende (overzichts)artikelen inhoudelijk veel overlap te bestaan. Deze zullen daarom niet allemaal apart aan bod komen. De geselecteerde literatuur is voor de verdere bespreking opgedeeld in twee groepen: observationele en experimentele studies.

Observationele studies

Bij deze studies maten de onderzoekers welke problemen zich daadwerkelijk in het verkeer voorgedaan hadden (auto-ongelukken of verkeersovertredingen), waarna zij nagingen of problemen zich vaker voordeden bij psychiatrische patiënten dan bij de algemene bevolking. Het betrof meestal case-control studies of cohort studies.

TABEL 1		Samenvatting van de criteria uit de 'Regeling eisen geschiktheid 2000' voor beoordeling van rijgeschiktheid bij psychiatrische stoornissen
Psychotische stoornissen		Ongeschikt voor elk rijbewijs; na een recidiefvrije periode van 2 jaar kan rijgeschiktheid eventueel herkegen worden, maar dan alleen voor rijbewijzen van groep 1*
Waanstoornissen		Rijgeschiktheid hangt af van de ernst van de aandoening, maar de eventuele rijgeschiktheid geldt alleen voor groep 1
Stemmingsstoornissen (uni- of bipolair)		Recidiefvrije periode van 1 jaar vereist voordat rijgeschiktheid onder strikte voorwaarden eventueel herkegen kan worden*
Angststoornissen		In de regel geen reden voor een ongeschiktheidverklaring, tenzij regelmatig therapieresistente paniekaanvallen optreden*
Dissociatieve stoornissen		Kunnen tot ongeschiktheid leiden als patiënten bij herhaling 'last hebben van 'psychogene fugue' of ernstige trance in het verkeer'
Persoonlijkeitsstoornissen		Mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis zijn ongeschikt voor elk rijbewijs als zij 'duidelijk blijken te hebben gegeven van gebrek aan sociale verantwoordelijkheid of een gebrekkig geweten'
ADHD		De paragraaf is in 2008 aangepast: er is onder bepaalde voorwaarden een geschiktheidverklaring mogelijk, zelfs als de patiënt psychostimulantia gebruikt als behandeling voor de ADHD*

*Bij deze aandoeningen staat specifiek vermeld dat een specialistisch rapport vereist is.

De overgrote meerderheid van dit soort studies dateerde van vóór 1980. Tsuang e.a. (1985) en Silverstone (1988) publiceerden twee uitgebreide overzichtsartikelen waarin zij veel van deze studies bespraken.

In de studies en de overzichtsartikelen wordt geconcludeerd dat er inderdaad aanwijzingen zijn dat psychiatrische patiënten vaker bij ongelukken betrokken zijn (relatief risico 2). Hierbij wordt echter steeds opgemerkt dat dit zich vanwege zeer heterogene patiëntengroepen moeilijk laat vertalen naar de individuele patiënt. Globaal lijkt in deze studies geen verhoogd risico naar voren te komen bij patiënten met psychotische stoornissen, zijn er inconsistente bevindingen bij patiënten met psychoneurotische stoornissen, en een duidelijker risicoverhoging bij degenen met persoonlijkheidsstoornissen. Dit laatste lijkt aan te sluiten bij een aantal studies waarbij niet-psychiatrische groepen onderzocht werden. Hieruit kwam naar voren dat een aantal persoonlijkheidskenmerken (zoals agressief, onrijp, onverantwoordelijk, expansief, lage frustratietolerantie, verminderde gewetensfunctie) een verhoogd risico op auto-ongelukken voorspelden. Een veelgeciteerde uitspraak hierbij is 'a man drives as he lives'.

Voor al de studies die in de eerdergenoemde overzichtsartikelen zijn opgenomen, geldt dat de resultaten moeilijk naar de huidige situatie te vertalen zijn. De classificatie van psychiatrische stoornissen is ingrijpend gewijzigd met de introductie van de DSM-III (1980) en later de DSM-IV (1994). Termen zoals 'psychoneurotische stoornissen' zijn daarmee in onbruik geraakt (tegenwoordig zou men deze waarschijnlijk vooral classificeren als depressieve stoornissen en angststoornissen). Daarbij zijn ook verkeersregels, exameneisen en veiligheidsmaatregelen nauwelijks meer vergelijkbaar. Bovendien is in geen van de studies gecorrigeerd voor alcoholgebruik, en zijn de regels ten aanzien van dit alcoholgebruik in de laatste decennia fors aangescherpt.

De enige observationele studies van recentere datum die achterhaald konden worden, waren gericht op de relatie tussen rijprestaties en ADHD.

Een overzicht van deze studies wordt gegeven in een review en meta-analyse van Jerome e.a. (2006). Zij concludeerden dat adolescenten met aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) een hoger risico hebben op negatieve uitkomsten bij het autorijden, zoals auto-ongelukken, rijden zonder rijbewijs, snelheidsovertredingen en rijontzeggingen. Het relatieve risico voor auto-ongelukken werd berekend op 1,88 (95%-BI: 1,42-2,50).

Experimentele studies

Een andere manier om rijprestaties van patiënten te kunnen vergelijken met die van een controlegroep, is door hen te onderwerpen aan tests. Hierbij kan gedacht worden aan het testen van de psychomotoriek (bijvoorbeeld testen van vigilantie, selectieve aandacht, stresstolerantie en reactietijd), neuropsychologische onderzoeken, rijtests, rijsimulatoren, et cetera. Deze manier van onderzoek doen naar rijgeschiktheid is sinds eind vorige eeuw duidelijk in opkomst. Vooral bij cognitieve problemen is hiermee al veel onderzoek gedaan, maar ook om effecten van medicatie op het autorijden te beoordelen is dit de gangbare manier van onderzoek geworden.

Ongespecificeerde psychiatrische stoornissen In een Spaanse studie werd de psychomotoriek getest van 127 mensen met een rijbewijs die in poliklinische behandeling waren voor een grote verscheidenheid aan psychiatrische aandoeningen (de las Cuevas & Sanz 2008). Medicatie- en middelengebruik waren geen exclusiecriteria. Hoewel de gebruikte testbatterij in Spanje ook wordt gebruikt bij officiële rijbewijskeuringen, trekken de onderzoekers de validiteit en de betrouwbaarheid ervan in twijfel. De studie toonde aan dat 84% van de patiënten niet voldeed aan de vastgestelde norm en dus eigenlijk niet zou mogen autorijden. Ondanks de wettelijke verplichting daartoe had geen van de patiënten zich bij de instanties gemeld.

Depressie Er is een aantal onderzoeken uitgevoerd bij patiënten met een depressieve stoornis die hiervoor medicatie gebruiken. Een Duitse groep deed diverse onderzoeken naar de rijgeschiktheid van patiënten met een depressie. Er werd gebruikgemaakt van een gevalideerd testsysteem voor verschillende aspecten van de psychomotoriek die voor autorijden relevant geacht kunnen worden. Ook de officiële Duitse keuringsinstanties voor rijgeschiktheid maken van deze testbatterij gebruik. In een aantal studies werden aanvullend tests met een rijssimulator uitgevoerd. Deze groep onderzocht bij 100 patiënten met een depressie de rijprestaties op het moment van ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis (Brunnauer e.a. 2006). Hierbij bleek 16% duidelijk ongeschikt; bij 60% waren de resultaten volgens de officiële Duitse criteria onvoldoende en zou de rijgeschiktheid twijfelachtig zijn. Patiënten die behandeld werden met tricyclische antidepressiva (TCA's) en venlafaxine scoorden slechter dan degenen die selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) of mirtazapine kregen.

In 2008 publiceerde dezelfde groep een studie waarbij 40 patiënten met een depressie gerandomiseerd behandeling met reboxetine of mirtazapine kregen (Brunnauer e.a. 2008). Bij dit onderzoek werden de patiënten ook vóór de start van de behandeling getest. Vóór de behandeling voldeed 65% niet aan de norm, na 2 weken behandeling was dit over beide groepen nog maar 22%. Uit deze studie bleek een positief verband tussen verbetering van depressieve symptomen en verbetering van testresultaten.

Nederlandse onderzoekers, die andere tests gebruikten voor de rijprestaties, toonden echter aan dat patiënten met een depressieve stoornis ook ná succesvolle behandeling met een SSRI of een selectieve serotonine-noradrenalineheropnameremmer (SNRI) tot 52 weken slechter bleven scoren ten opzichte van een controlegroep. De resultaten waren vergelijkbaar met die bij een alcoholpromillage van 0,5. Zij komen dan ook tot de conclusie dat succesvolle antidepressieve behandeling niet

automatisch betekent dat de rijprestaties normaliseren (Wingen e.a. 2006).

In een recente, grondig opgezette, Canadese studie vindt men echter wel weer significante verbetering van rijprestaties bij de behandeling van een depressie. In deze studie werden 28 patiënten met een ernstige depressieve episode behandeld met mirtazapine en daarbij werden de rijprestaties vergeleken met die van een onbehandelde controlegroep (Shen e.a. 2009).

Schizofrenie 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 (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).

ADHD Net als in de observationele studies wordt bij experimenteel onderzoek gevonden dat de rijprestaties bij patiënten met ADHD slechter zijn dan bij personen uit een controlegroep (Biederman 2007). Daarnaast is er een aantal

studies gedaan om de effecten van medicatie op de rijprestaties bij patiënten met ADHD te evalueren. Verschillende experimentele studies wijzen op positieve effecten van methylfenidaat op de rijprestaties van patiënten met ADHD, maar voor atomoxetine kon dit nog niet aannemelijk gemaakt worden. De studies over dit onderwerp van vóór 2006 worden uitstekend besproken door Jerome e.a. (2006). Recent is nog een gerandomiseerde trial met gekruiste opzet (methylfenidaat versus placebo) gepubliceerd (Verster e.a. 2008). Hieruit blijkt duidelijk dat rijprestaties kunnen verbeteren door behandeling met methylfenidaat.

Overige psychiatrische stoornissen Er werden geen experimentele onderzoeken gevonden die de rijgeschiktheid bestudeerden bij andere stoornissen dan hierboven genoemd.

Afwegingen experimentele studies Uit de experimentele studies kunnen we concluderen dat een depressieve stoornis, ADHD en schizofrenie de rijprestaties negatief beïnvloeden. Bij ADHD blijkt behandeling met medicatie de rijprestaties te verbeteren; en ook bij depressie en schizofrenie lijkt dit in veel gevallen aannemelijk.

Tegelijk zijn er veel kanttekeningen te plaatsen bij deze experimentele studies. Ten eerste betreft een test altijd een momentopname en is de proefpersoon zich ervan bewust dat hij getest wordt. Daarnaast gebruikt men niet altijd uniforme testbatterijen, hetgeen de onderlinge vergelijkbaarheid van studies bemoeilijkt. Daar komt nog bij dat men niet het daadwerkelijke gevaar meet, maar mogelijke risicofactoren voor het ontstaan van gevaar, zoals waakzaamheid, reactietijd en concentratie. Het blijft dus de vraag of afwijkende testresultaten ook daadwerkelijk zullen resulteren in meer verkeersongevallen. Ook weegt men in experimentele studies niet mee dat psychiatrische patiënten uit zichzelf al minder autorijden en mogelijk in de praktijk extra voorzichtigheid in acht nemen (Silverstone 1988). Een verhoogd relatief risico door hun stoornis zou

daarmee wel eens (ten dele) tenietgedaan kunnen worden.

Toch ligt er een braakliggend terrein voor onderzoek op dit gebied. Men zou gevalideerde testbatterijen kunnen afnemen waarbij patiënten zonder medicatie worden vergeleken met gematchte controlepersonen. Dit zou voor verschillende DSM-IV-geclassificeerde stoornissen apart onderzocht kunnen worden. Ondanks de bezwaren die ingebracht kunnen worden tegen experimenteel onderzoek, zou dit zeker kunnen bijdragen aan meer inzicht in de relatie tussen psychiatrische stoornissen en rijgeschiktheid, en daarmee ook aan een betere onderbouwing van wet- en regelgeving.

CONCLUSIES EN CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

De regels voor beoordeling van rijgeschiktheid bij psychiatrische stoornissen zijn in Nederland vrij helder: de psychiatrische patiënt heeft de morele plicht zich bij de geringste twijfel te melden bij het CBR; de psychiater of de huisarts kan volstaan met de patiënt op deze regels te wijzen, en het CBR maakt vervolgens aan de hand van een aantal criteria de afweging of een verklaring van rijgeschiktheid kan worden afgegeven. Of deze werkwijze in de praktijk ook goed toepasbaar is, hangt mede af van de vraag of de gehanteerde regels redelijk zijn (zowel in de zin van 'billijk' als in de zin van 'rationeel onderbouwd'). De regels voor ADHD lijken aan dit redelijkheids criterium te voldoen: er zijn in de literatuur duidelijke aanwijzingen voor een negatieve invloed van ADHD op de rijprestaties; maar onder bepaalde omstandigheden kan toch sprake zijn van rijgeschiktheid.

Bij de meeste andere psychiatrische aandoeningen blijkt op basis van de literatuur nog veel onduidelijk over de relatie tussen de stoornis en de rijprestaties. Betrouwbare cijfers over daadwerkelijke toename van incidenten in het verkeer zijn nauwelijks voorhanden (de observationele studies hiernaar zijn alle gedateerd), en experimentele studies naar rijprestaties zijn verder alleen bij

patiënten met depressieve en psychotische stoornissen verricht. Het lijkt dan ook redelijk dat de regels betreffende angststoornissen, dissociatieve stoornissen, waanstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen betrekkelijk vaag geformuleerd zijn, en dat in veel gevallen een individuele beoordeling vereist is.

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 ongeënuanceerde 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.

De onderzoeken naar rijprestaties na afloop van een behandeling of opname geven deels tegenstrijdige resultaten, maar het lijkt duidelijk dat er ook bij deze populaties een groep is bij wie de rijprestaties al snel weer normaliseren. Bij toepassing van de huidige regels zullen daarom waarschijnlijk grote aantallen (ex-)patiënten ten onrechte als niet-rijgeschikt aangemerkt worden. Bovendien neemt Nederland hiermee een uitzon-

deringspositie in ten opzichte van de ons omringende landen (zie tabel 2).

Daarnaast lijkt het ook uit pragmatisch oogpunt evident dat de huidige regels niet reëel zijn. Volgens schattingen van het RIVM lijden er 737.000 mensen in Nederland aan een depressieve stoornis; de jaarprevalentie voor 18-64-jarigen is bij mannen 42/1000 en bij vrouwen 72/1000 (<http://www.rivm.nl/vtv/object—document/01275n17537.html>). Volgens de huidige regels zouden alle bestuurders uit deze groep minstens een jaar rij-ongeschikt verklaard moeten worden, met alle praktische gevolgen van dien. De dagelijkse praktijk wijst dan ook uit dat velen geen gehoor geven aan de morele meldingsplicht. De consequentie is dat plichtsgetrouwe patiënten het zichzelf nu vaak onevenredig moeilijk maken, terwijl minder plichtsgetrouwe patiënten geen consequenties ondervinden. Er treedt dus een ongewenste selectie op waarbij juist de mensen met veel verantwoordelijkheidsbesef het effectiefst uit het verkeer geweerd worden.

Wat betekent dit voor de psychiater? Heeft deze inderdaad de morele plicht om elke patiënt met een depressie of een psychotische episode aan te sporen een Eigen verklaring in te vullen? Gezien het voorgaande, zou men soms ook het tegenovergestelde kunnen verdedigen. Bij een licht depressieve alleenstaande moeder die de auto nodig heeft om te kunnen werken en om haar kinderen naar de crèche te kunnen brengen, kan de 'zorg van goed hulpverlener' (WGBO) misschien ook bestaan uit het advies om géén Eigen verklaring in te vullen (dit staat immers gelijk aan minstens 1 jaar rijontzegging), om daarmee te voorkomen dat zij verder afglijdt in haar depressie.

TABEL 2 Vergelijking minimaal vereiste recidiefvrije periode voor eventueel hernieuwde rijgeschiktheid, voor rijbewijzen groep 1*

Stoornis	Nederland	België	Verenigd Koninkrijk	Duitsland
Depressie	1 jaar	6 maanden	Geen	Geen
(Hypo)manie	1 jaar	6 maanden	3 maanden, bij rapid cycling 6 maanden	Geen
Acute psychose	2 jaar	6 maanden	3 maanden	Geen
Schizofrenie	2 jaar	2 jaar	Geen	Geen

*Bronnen: Nederland: <http://www.cbr.nl/brochure/REG2000.pdf>; België: <http://www.wegcode.be/wet.php?wet=9&node=bijl6>; Verenigd Koninkrijk: <http://www.dvla.gov.uk/media/pdf/medical/aagv1.pdf>; Duitsland: <http://www.fahrerlaubnisrecht.de/Begutachtungslinien/BGLL%203.10.htm>.


Met dit artikel wil ik eraan bijdragen dat psychiaters niet alleen beter op de hoogte zijn van de wet- en regelgeving, maar ook van de mogelijke consequenties daarvan voor de patiënt. Deze kennis kan vervelende verrassingen voor patiënt en psychiater (en daarmee voor de behandelrelatie) voorkomen, en geeft de psychiaters de mogelijkheid om een aansporing tot het invullen van een Eigen verklaring naar eigen inzicht van een gewicht te voorzien.

Er zullen altijd patiënten zijn bij wie het voor iedere behandelaar duidelijk is dat rijden niet verantwoord is. Bij iets beter functionerende patiënten zullen de meningen echter al snel uiteenlopen, en ontbreken harde wetenschappelijke gegevens. Het is aan de politiek om te bepalen wanneer een bepaalde risicogroep wel of niet geschikt verklaard kan worden om een voertuig te besturen, maar de huidige regels lijken bij een aantal groepen (ex-)psychiatrische patiënten onevenredig streng.

Bij bepaalde andere aandoeningen (onder andere transient ischemic attacks, epilepsie, ADHD) is de Regeling eisen geschiktheid 2000 in de afgelopen jaren op diverse punten aangepast. Het lijkt wenselijk dat dit ook bij stemmingsstoornissen en psychotische stoornissen gebeurt, zodat zowel patiënten als behandelaars er vertrouwen in kunnen hebben dat er na melding een redelijke afweging gemaakt wordt.

NASCHRIFT

De Gezondheidsraad heeft recent aan de minister het advies uitgebracht om in de 'Regeling eisen geschiktheid 2000' ook een paragraaf over autismespectrumstoornissen op te nemen (zie: <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/Rijgeschiktheid%20201007.pdf>).

 Dr. B.A. Blansjaar, psychiater en toentertijd A-opleider psychiatrie bij GGZ Delfland, voorzag een eerdere versie van het manuscript van commentaar.

LITERATUUR

- Biederman, J., Fried, R., Monuteaux, M.C., e.a. (2007). A laboratory driving simulation for assessment of driving behaviour in adults with ADHD: a controlled study. *Annals of General Psychiatry*, 6, 4.
- Brunnauer, A., Laux, G., Geiger, E., e.a. (2006). Antidepressants and driving ability: results from a clinical study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1776-1781.
- Brunnauer, A., Laux, G., Cavid, I., e.a. (2008). The impact of reboxetine and mirtazepine on driving simulator performance and psychomotor function in depressed patients. *Journal Clinical of Psychiatry*, 69, 1880-1886.
- Brunnauer, A., Laux, G., Geiger, E., e.a. (2004). The impact of antipsychotics on psychomotor performance with regards to car driving skills. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 155-160.
- Commissie Scherpenhuizen. (1990). Advies van de commissie tot evaluatie van de geldigheidsduur van de rijbewijzen. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Cuevas, C. de las, & Sanz, E.J. (2008). Fitness to drive of psychiatric patients. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 10, 384-390.
- Doppegieter, R.M.S. (2004). Keuren of informeren: de rol van artsen bij het beoordelen van de rijgeschiktheid. *Medisch Contact*, 16, 639-641.
- Jerome, L., Segal, A., & Habinski, L. (2006). What we know about ADHD and driving risk: A literature review, meta-analysis and critique. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 105-125.
- Regtuijt, E.M., Slaets, J.P.J., & Kleinsman, A.C.M. (2007). Twijfel aan de rijgeschiktheid bij patiënten met cognitieve stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151, 1965-1969.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (Red). (2004). *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry* (8ste druk). Virginia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shen, J., Moller, H.J., Wang, X., e.a. (2009). Mirtazepine, a sedating antidepressant, and improved driving safety in patients with major depressive disorder: a prospective, randomized trial of 28 patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 370-377.
- Soyka, M., Winter, C., Kagerer, S., e.a. (2005a). Effects of haloperidol and risperidone on psychomotor performance relevant to driving ability in schizophrenic patients compared to healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 101-108.
- Soyka, M., Kagerer, S., Brunnauer, A., e.a. (2005b). Driving ability in schizophrenic patients: effect of neuroleptics. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9, 168-174.

- Silverstone, T. (1988). The influence of psychiatric disease and its treatment on driving performance. *International Clinical Psychopharmacology*, 3, 59-66.
- Tsuang, M.T., Boor, M., & Flemming, J.A. (1985). Psychiatric aspects of traffic accidents. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 538-546.
- Veen, C., & Bruyns, E. (1999). De rijgeschiktheid van ouderen met cognitieve problemen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 30, 153-157.
- Verster, J.C., Bekker, E.M., de Roos, M., e.a. (2008). Methylphenidate significantly improves driving performance of adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a randomized crossover trial. *Journal of Psychopharmacology*, 22, 230-237.
- Wingen, M., Ramaekers, J.G., Schmitt, J.A.J. (2006). Driving impairment in depressed patients receiving long-term antidepressant treatment. *Psychopharmacology*, 188, 84-91.
- Withaar, F.K., Brouwer, W.H., van Zomeren, A.H., e.a. (2001). Autorijden bij ouderen met cognitieve functiestoornissen: medische keuring en rijtest. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 32, 160-164.

AUTEUR

M.M. DE WOLF is arts in opleiding tot psychiater bij GGZ Delfland in Delft.

Correspondentieadres: drs. M.M. de Wolf, Zestienhovensekade 35, 3043 KH Rotterdam.

E-mail: marcusdewolf@gmail.com.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-10-2009.

SUMMARY

Fitness to drive in psychiatric patients; a review of the literature and consequences for daily practice – M.M. de Wolf –

BACKGROUND A question that often arises in daily practice is whether a psychiatric patient should be considered as still fit to drive.

AIM To describe the Dutch regulations concerning psychiatric patients' fitness to drive and to evaluate the scientific basis of these regulations.

METHOD Information about the current regulations was collected and summarised and the specialist literature was reviewed.

RESULTS The regulations in the Netherlands are rather strict and as a result persons with a psychiatric illness can sometimes have their driving license withdrawn for a long period. The literature that was reviewed reveals that there is much uncertainty concerning the relationship between psychiatric illness and its effects on fitness to drive.

CONCLUSION The specialist literature indicates that some of the Dutch regulations are unfair and too rigid. In this article the consequences for daily practice are considered and a plea is made for more research and for laws and regulations that have a more solid basis.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)8, 555-564]

KEY WORDS driving, fitness to drive, mental illness, psychiatric illness