

Richtlijn diagnostiek van stoornissen in het gebruik van alcohol in het kader van CBR-keuringen

Richtlijn diagnostiek van stoornissen in het gebruik van alcohol in het kader van CBR-keuringen

*P. Niesink, J.J.E. van Everdingen, R.J.P. Hazewinkel, P. Heera,
A. Korzec, E. van Pernis-van de Wal, P. Post, B.J.M. van de Wetering,
K.R.M. Wettstein, J.P.M. Wielders, R.M.S. Doppegieter
(NVvP-richtlijncommissie alcoholrapportage)*

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, opgericht 17 november 1871

De Tijdstroom, Utrecht

Participerende verenigingen/instanties:
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde

© 2011 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
E-mail: info@nvvp.net
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Inhoud

Verantwoording — 9

Intentieverklaring — 10

Samenstelling van de commissie — 10

Hoofdstuk 1 Algemene inleiding — 11

1 Prevalentie — 11

2 Commissie — 12

3 Competenties — 12

4 Vormen van diagnostisch onderzoek — 14

5 Opbouw van de richtlijn — 14

6 Aard van de problematiek — 15

7 Werkwijze — 16

8 Therapeutisch advies — 16

9 Stoornissen in het gebruik van alcohol toegelicht — 17

10 Aanpalende richtlijnen — 20

Hoofdstuk 2 Specifieke problemen vereisen speciale competenties bij de diagnostiek — 21

1 Diagnostische procedure — 21

2 Competenties — 23

Hoofdstuk 3 Kennismaking en informatieplicht van de psychiater met betrekking tot het keuringsonderzoek en de rapportage — 25

1 Het belang van heldere informatie en juridische kennis — 25

2 Het vaststellen van de identiteit en informatieplicht — 25

3 Informatieplicht patiëntenrechten — 27

Hoofdstuk 4 Anamnese — 29

1 Aanbeveling — 30

2 Conclusie — 33

3 Aanbeveling — 33

Hoofdstuk 5 Vragenlijsten — 35

1 CIDI — 35

2 Cage-test — 36

3 TLFB-test — 36

Hoofdstuk 6 Lichamelijk onderzoek — 39

- 1 Inleiding — 39
- 2 Conclusie — 41
- 3 Overwegingen — 41
- 4 Aanbeveling — 41

Hoofdstuk 7 Laboratoriumonderzoek — 43

- 1 Inleiding — 43
- 2 Achtergronden, valkuilen en inzetbaarheid van de laboratoriumparameters — 45
- 3 CDT — 52
- 4 Onderlinge vergelijking van de diverse laboratoriumparameters — 57

Hoofdstuk 8 Psychiatrisch onderzoek — 59

- 1 Inleiding — 59
- 2 Conclusie — 61
- 3 Aanbevelingen — 61

Hoofdstuk 9 Gecombineerde methoden — 63

- 1 Inleiding — 65
- 2 Conclusie — 67
- 3 Aanbevelingen — 68

Hoofdstuk 10 Juridische aspecten — 69

- 1 Toepasselijke wet- en regelgeving en jurisprudentie — 69
- 2 Zorgvuldigheidseisen rond de medische keuring en het rapport — 70
- 3 Bewaartermijn van keuringsrapporten en vernietigingsrecht — 75
- 4 Recht om een klacht in te dienen — 76
- 5 Aansprakelijkstelling — 76
- 6 Recht om bezwaar en beroep aan te tekenen tegen het besluit van het CBR — 77

Literatuur — 79

Bijlagen — 87

- 1 Verklarende woordenlijst — 87
- 2 Vragenlijsten — 93
- 3 Format alcoholrapport in het kader van de Eigen-verklaringsprocedure en de Vorderingsprocedure — 97
- 4 Wettekst Vorderingsprocedure (artikelen 130-134a Wegenverkeerswet en artikelen 131-143 Reglement rijbewijzen) — 99
- 5 Wettekst van de Eigen-verklaringsprocedure (artikelen 97-104a Reglement rijbewijzen) — 111
- 6 Relevante uitspraken van de Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg rond (rijbewijs)keuringen in de periode 1990-2009 — 117
- 7 Voorbeeld informatieset over rechten en plichten betrokkene (gekeurde) — 129

Verantwoording

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft het initiatief genomen voor de ontwikkeling van deze richtlijn om daarmee psychiaters die een keuring uitvoeren in opdracht van het Centraal Bureau Rijvaardigheid (CBR), te voorzien van informatie en een methode om tot een zorgvuldig klinisch oordeel te kunnen komen. Daarvoor is op de verschillende onderzoeksvragen literatuuronderzoek gedaan en met behulp van een breed panel van deskundigen zijn aanbevelingen gedaan, die deels gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs en deels op basis van ervaringen uit de praktijk. In de commentaarfase zijn commentaren ontvangen van zeer goed ingevoerde psychiaters, van een speciale werkgroep van klinisch chemici, en vanuit het CBR. Met deze richtlijn denken wij een grote bijdrage te hebben geleverd aan zorgvuldig keuringsonderzoek teneinde de verkeersveiligheid in Nederland te dienen, maar ook aan een goed onderbouwd klinisch oordeel waarop gekeurden moeten kunnen rekenen.

Namens de richtlijncommissie
P. Niesink, voorzitter

Intentieverklaring

Deze richtlijn is een leidraad voor het diagnosticeren van stoornissen in het gebruik van alcohol in het kader van CBR-keuringen. Een richtlijn is een hulpmiddel voor het uitvoeren van werkzaamheden door professionals op een door die professionals gezamenlijk overeengekomen niveau. Een richtlijn is bedoeld om rationeel medisch handelen te ondersteunen.

Richtlijnen zijn, evenmin als protocollen of standaarden, wetten. Ze geven aan wat binnen de beroepsgroep van professionals als state of the art mag gelden. De richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en het inzicht van experts en wordt gedragen door de leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Samenstelling van de commissie

- P. (Peter) Niesink, voorzitter, directeur Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Dr. J.J.E. (Jannes) van Everdingen, secretaris
- R.J.P. (Ronald) Hazewinkel, psychiater
- P. (Prem) Heera, arts-CBR, adviserend lid
- Dr. A. (Alex) Korzec, psychiater
- Mr. E. (Eveliëne) van Pernis-van de Wal, manager divisie Vordering-CBR, adviserend lid
- Dr. P. (Piet) Post, epidemioloog
- Dr. B.J.M. (Ben) van de Wetering, psychiater
- K.R.M. (Karl) Wettstein, psychiater
- Dr. ir. J.P.M. (Jos) Wielders, klinisch chemicus
- Mr. R.M.S. (Rose Marie) Doppegieter, juridisch adviseur

Redactioneel advies: Emma Brunt.

Hoofdstuk 1

Algemene inleiding

In overleg met het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) besloten een richtlijn op te stellen voor de diagnostiek en rapportage van rijbewijskeuringen bij stoornissen in het gebruik van alcohol. Rijbewijskeuringen wegens een vermoeden van alcoholmisbruik zijn niet zeldzaam. In 2006 begon het CBR 5146 keer zo'n vorderingsprocedure vanwege vermoed alcoholmisbruik; daarnaast zijn er 7393 onderzoeken geweest naar alcoholmisbruik in het kader van de zogeheten Eigen verklaringsprocedure.

In de richtlijn zijn de eisen aan diagnostiek en rapportage opgenomen waaraan een keuring door de psychiater moet voldoen. Ten behoeve van de rapportage is een format toegevoegd, dat is opgesteld door het CBR en door de keurend psychiater gehanteerd moet worden. Eveneens is een voorbeeld van een folder voor gekeurden opgenomen, die na eventuele aanpassing door de psychiater aan de gekeurde kan worden meegegeven. Diverse onderdelen in deze richtlijn zijn ook zeer goed toepasbaar voor andere doeleinden, zoals keuringen voor een vliegbrevet of vaarbewijs. Daarbij dient dan wel ter zake doende wet- en regelgeving in acht te worden genomen.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft de richtlijncommissie in januari 2006 geïnstalleerd, die bijgaand rapport heeft ontwikkeld. De commissie heeft zich bij haar werk door de volgende tien onderwerpen laten leiden.

1 Prevalentie

De prevalentie van stoornissen in het gebruik van alcohol in deze DUI-populatie (*driver under influence*) is niet exact bekend. Uit diverse onderzoeken is het aannemelijk dat de a-prioriprevalentie 25-50% is. Deze kan ook hoger zijn voor subpopulaties die met een hoog promillage zijn aangehouden (Korzec, 2004, tabel 1 en 3) of lager voor andere subpopulaties (Mekking-Pompen et al., 2009). De prevalentie is van groot belang bij diagnostische instrumenten zoals vragenlijsten en klinisch-chemische bepalingen. Een voorbeeld: als men de γ GT zou gebruiken als diagnostische indicatie voor stoornissen in het gebruik van alcohol in de algemene bevolking waar de prevalentie ongeveer 10% is, dan stijgt de kans (bij een verhoogde γ GT) dat er ook sprake is van een stoornis

in het gebruik van alcohol tot 15% – hetgeen klinisch dus irrelevant is. Is de prevalentie (voorafkans) in een subpopulatie echter 60%, dan is de kans dat een verhoogde γ GT op een stoornis in het gebruik van alcohol wijst 70%. Dit is nog steeds onvoldoende voor het stellen van de diagnose alcoholmisbruik, maar wel van betekenis.

2 Commissie

De commissie bestaat uit psychiaters die allen in de praktijk werkzaam zijn en daarbij ervaring hebben opgedaan in het diagnosticeren en behandelen van patiënten met stoornissen in het gebruik van alcohol. Psychiaters die wetenschappelijk onderzoek hebben verricht naar de diagnostiek van stoornissen in het gebruik van alcohol maken eveneens deel uit van de commissie. Daarnaast zijn ook andere disciplines bij de commissie betrokken: een gezondheidsjurist, een klinisch chemicus, een methodoloog van het CBO en twee vertegenwoordigers van het CBR. De commissie wordt voorgezeten door de directeur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Bij de commissieleden die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze richtlijn is geen sprake van belangenverstremgeling.

3 Competenties

De commissie heeft zich bij het schrijven van deze richtlijn beperkt tot competenties en kennisgebieden die noodzakelijk werden geacht om een keuring te verrichten die aan hoge kwaliteitseisen voldoet. Deze competentiegebieden komen overeen met een deel van de zogeheten canMEDS 2000-competentiegebieden (www.kamg.nl/canmeds.htm). Deze competentiegebieden zijn:

- 1 *Medisch handelen*. De kernvraag hier is: welke medische kennis en vaardigheden zijn voor de keurende arts noodzakelijk om een kwalitatief goed rapport te kunnen maken? Dit behelst specifieke kennis over de waarde, betrouwbaarheid en validiteit van verschillende gegevens die tijdens de anamnese naar voren komen, zoals lichamelijke en psychische symptomen en gegevens uit vragenlijsten en klinisch chemisch onderzoek. Daarnaast heeft de commissie zich afgevraagd welke competenties en kennis nodig zijn om bij de individuele betrokkene deze gegevens te wegen en te interpreteren.

Hiertoe is een literatuuronderzoek verricht. De vragen hierbij waren:

- Welke vragen in de anamnese dragen bij om stoornissen in gebruik van alcohol aan te tonen (zie hoofdstuk 4)?
 - Wat is de toegevoegde waarde van vragenlijsten om stoornissen in het gebruik van alcohol aan te tonen (zie hoofdstuk 5)?
 - Welke kenmerken bij lichamelijk onderzoek dragen bij om stoornissen in het gebruik van alcohol aan te tonen (zie hoofdstuk 6)?
 - Welke bevindingen bij laboratoriumonderzoek dragen bij om stoornissen in het gebruik van alcohol aan te tonen (zie hoofdstuk 7)?
 - Hoe worden de bevindingen van (hetero)anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek geïntegreerd om stoornissen in het gebruik van alcohol aan te tonen (zie hoofdstuk 8)?
- 2 *Communicatie*. De commissie heeft zich gebogen over de vraag aan welke zorgvuldigheidseisen de psychiater moet voldoen in het kader van CBR-keuringen, als het gaat om de manier waarop de kennismaking, voorlichting en bejegening van de te keuren persoon dient te verlopen, en ook met betrekking tot de manier waarop de rapportage tot stand komt. Dit punt wordt toegelicht in hoofdstuk 3.
- 3 *Kennis en wetenschap*. Ten slotte heeft de commissie zich beziggehouden met de vraag hoe de keurende arts up-to-date blijft in het snel veranderende medische en juridische gebied van CBR-keuringen bij stoornissen in het gebruik van alcohol. Er zijn vier manieren om wetenschappelijk up-to-date te blijven en het eigen prestatieniveau te verbeteren:
- wetenschappelijke literatuur bijhouden en congressen en symposia bezoeken waar bij- en nascholing over dit onderwerp wordt aangeboden;
 - regelmatig PubMed raadplegen, met behulp van bepaalde zoektermen die al dan niet gecombineerd kunnen worden, bijvoorbeeld alcohol, DUI (*drivers under influence*), diagnostische test;
 - het volgen van specifieke cursussen (in verleden georganiseerd door WPEX, het CBR en de NVVP);
 - leren van feedback over gemaakte fouten, zoals onduidelijkheden en onvolkomenheden in de rapportage; deze wordt soms geleverd door de terugkoppeling die het CBR verricht en dient er uiteraard toe te leiden dat dergelijke fouten in het vervolg vermeden worden.
- 4 *Maatschappelijk handelen*. De vraag hier is aan welke eisen de keuring moet voldoen vanuit sociaal perspectief. CBR-alcoholkeuringen vinden plaats in het kader van de bevordering van de

verkeersveiligheid en zijn bedoeld om het algemeen maatschappelijk belang te dienen. Daarom is het zorgvuldig adviseren over de diagnose van groot belang. Het rapport is behalve een medisch rapport ook een document dat juridisch getoetst kan worden. Een belangrijke vraag hierbij is welke juridische aspecten relevant zijn bij onderzoek en rapportage. Dat wordt toegelicht in de hoofdstukken 2 en 9.

4 Vormen van diagnostisch onderzoek

Bij het onderzoek naar stoornissen in het gebruik van alcohol staan de psychiater de volgende instrumenten en hulpmiddelen voor dataverzameling ter beschikking:

- anamnese: het stellen van vragen, al dan niet volgens een vragenlijst met betrekking tot stoornissen in het gebruik van alcohol;
- lichamelijk en psychiatrisch onderzoek;
- hulponderzoek, onder andere het aanvragen van laboratoriumonderzoek dat wijst op lichamelijke schade die direct of indirect het gevolg is van alcoholgebruik.

De vraagpunten voor deze richtlijn zijn: welke vragen uit de anamnese, welke verschijnselen bij lichamelijk en psychiatrisch onderzoek en welke afwijkingen bij hulponderzoek dragen bij om stoornissen in het gebruik van alcohol aan te tonen in het kader van CBR-keuringen?

5 Opbouw van de richtlijn

Elk hoofdstuk van de richtlijn is volgens een vast stramien opgebouwd. Dat stramien bestaat uit een inleiding, een beschrijving van de literatuur, waarin getracht wordt een antwoord te geven op de vragen die het uitgangspunt vormen bij de keuring, en één of meer conclusies, waarin het wetenschappelijk materiaal is samengevat – bij voorkeur met een verwijzing naar de bewijskracht van dat materiaal –, gevolgd door enkele aanbevelingen. Als de aanbevelingen niet in het verlengde liggen van de conclusies maar daarvan afwijken of daar zelfs mee in tegenspraak zijn, wordt ook nog een paragraaf met overige overwegingen toegevoegd, waarin de nuanceringen worden toegelicht die ervoor hebben gezorgd dat de aanbeveling anders geformuleerd is dan de conclusie. Het doel hiervan is om de richtlijn zo transparant mogelijk te maken, zodat elke gebruiker zelf kan zien op welke literatuur en welke overwegingen bepaalde aanbevelingen zijn gebaseerd.

In de inleiding wordt kort geschetst wat het onderwerp van elk hoofdstuk is en welke specifieke problemen daarin aan bod komen. De aanbevelingen in deze richtlijn zijn voor zover mogelijk gebaseerd op hetgeen daarover in de literatuur te vinden is, waarbij de commissie zich baseert op het eigen literatuuronderzoek van de commissieleden afzonderlijk. Zij hebben daarvoor gebruikgemaakt van bestaande rapporten en richtlijnen over dit onderwerp en zoekacties uitgevoerd in PubMed en Medline. Dit literatuuronderzoek is echter niet systematisch verricht, met van tevoren vastgestelde zoektermen, en er is ook niet bepaald uit welk tijdvak de aangehaalde artikelen afkomstig moeten zijn. Sommige bronnen zullen dus recentere zijn dan andere.

Vervolgens is het resultaat van dit onderzoek door de commissieleden beoordeeld. Bij de selectie van de literatuur is gekeken naar de inhoud van het abstract, dat wil zeggen: van de korte samenvatting door de auteur van het betreffende artikel. Wanneer één of meer vragen die relevant zijn voor de keuringsprocedure aan de hand van het artikel zou(den) kunnen worden beantwoord, werd het artikel geselecteerd. De geselecteerde artikelen zijn door de commissie beoordeeld op de kwaliteit van het onderzoek en gerangschikt in overeenstemming met de bewijskracht. Het wetenschappelijk materiaal is samengevat in een conclusie, waarbij de commissie tevens aangeeft op welk wetenschappelijk, dat wil zeggen statistisch getoetst niveau van validiteit en betrouwbaarheid het betreffende onderzoek kan bogen. Om vervolgens tot een concrete aanbeveling te komen, zijn naast de wetenschappelijk bewijsvoering namelijk ook nog een paar andere aspecten van belang, zoals het patiëntenperspectief, de organisatorische en juridische aspecten en de kosten van de keuringsprocedure. Deze worden besproken onder het kopje 'Overige overwegingen'. De uiteindelijke aanbeveling is dus gebaseerd op wetenschappelijke onderzoeksresultaten, waarbij de overige overwegingen ook een rol hebben gespeeld.

6 Aard van de problematiek

In de praktijk maakt men onderscheid in psychiatrische keuringen die voortvloeien uit de vorderingsprocedure en keuringen die gebaseerd zijn op de Eigen-verklaringsprocedure (zie de art. 130-134a van de Wegenverkeerswet 1994 voor de vorderingsprocedure en artikel 97 en verder van het Reglement rijbewijzen voor de eigen verklaringsprocedure, de Regeling eisen geschiktheid 2000 en de Regeling maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid). In wezen gaat het om personen met twee soorten stoornissen in het gebruik van alcohol: personen die verslaafd

zijn aan alcohol (alcoholafhankelijkheid) en personen die op een riskante of anderszins schadelijke manier met alcohol omgaan (alcoholmisbruik). Voor de keuring maakt het in wezen niet uit of het om de eerste of tweede groep gaat. Er wordt namelijk gekeurd op paragraaf 8.8 van de Regeling eisen geschiktheid 2000; deze paragraaf gebruikt de term ‘misbruik van psychoactieve middelen’ (zoals alcohol en drugs) in overkoepelende zin. In de richtlijn wordt dan ook voor beide groepen de term ‘stoornissen in het gebruik van alcohol’ in overkoepelende zin gebruikt.

7 Werkwijze

Zoals eerder reeds is aangegeven, kunnen de diagnostiek en rapportage in het kader van rijbewijskeuringen bij stoornissen in het gebruik van alcohol plaatsvinden op verzoek van het CBR wegens een vorderingsprocedure.

Ook kan op verzoek van een individu een aanvraag worden gedaan om te komen tot een Eigen-verklaringsprocedure, om een verklaring van geschiktheid te verkrijgen. De psychiater brengt in beide gevallen schriftelijk rapport uit van zijn bevindingen aan het CBR. Het CBR geeft de opdracht en ontvangt de schriftelijke rapportage.

De richtlijn biedt inzicht in de verschillende stappen die de psychiater kan nemen om tot een gedegen keuring en rapportage te komen. Tevens is in de richtlijn een format opgenomen dat als mal kan dienen voor de rapportage ten behoeve van de vorderingsprocedure en de Eigen-verklaringsprocedure. Gebruik van dit format is aan te bevelen om uniformiteit in de rapportage te bewerkstelligen.

De commissie is van mening dat de psychiater die belast is met het keuringsonderzoek, en die vervolgens aan het CBR de conclusies van zijn onderzoek meedeelt conform de *Profielschets psychiater* (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2005), zich voldoende op de hoogte heeft gesteld van de uitkomsten van de verschillende onderzoeken die de gekeurde heeft ondergaan, de gekeurde ook zelf heeft onderzocht en zelf het rapport heeft ondertekend. Dit geldt zowel voor het eerste keuringsonderzoek als een eventuele tweede keuring of herkeuring.

8 Therapeutisch advies

De commissie is van mening dat wanneer de keurend psychiater op basis van alle relevante onderzoeken en uitslagen voldoende in staat is om tot een therapeutisch advies te komen, dit ook aan de gekeurde kenbaar wordt gemaakt en in het rapport wordt vermeld.

9 Stoornissen in het gebruik van alcohol toegelicht

Momenteel zijn de twee belangrijkste diagnostische systemen waarmee stoornissen in het alcoholgebruik kunnen worden aangeduid, het DSM-systeem en het ICD-systeem. Beide systemen zijn nosologisch van aard, dat wil zeggen dat een aandoening wordt gedefinieerd aan de hand van een beperkt aantal karakteristieken, die zich bij de betreffende aandoening moeten voordoen (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 1994).

Alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid worden in het Amerikaanse classificatiesysteem DSM-IV-TR gerangschikt onder de 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' (zie tabel 1.1).

Tabel 1.1 DSM-IV-TR-criteria voor alcoholafhankelijkheid en misbruik van alcohol

Afhankelijkheid van alcohol

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

- 1 Tolerantie, zoals gedefinieerd door ten minste één van de volgende criteria:
 - a. een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van alcohol om een intoxicatie of anderszins gewenst effect te bereiken;
 - b. een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol.
- 2 Onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van de volgende criteria:
 - a. het voor alcohol karakteristieke onthoudingssyndroom (zie criteria Alcohol-onthouding code 291.81, DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994));
 - b. hetzelfde (of een nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.
- 3 Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was.
- 4 Er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van alcohol te verminderen of in de hand te houden.
- 5 Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten die nodig zijn om aan het middel te komen (bijvoorbeeld cafébezoek), of aan het herstel van de uitwerking die het middel heeft.
- 6 Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden gestaakt of verminderd vanwege het gebruik van het middel.

- 7 Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd, in weerwil van de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend lichamenlijk of psychisch probleem bestaat dat waarschijnlijk wordt veroorzaakt of verergerd door gebruik van het middel (bijvoorbeeld doorgaan met het drinken van alcohol ondanks het besef dat een maagzweer is verergerd door het alcoholgebruik).

Misbruik van alcohol

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

Alcoholmisbruik kan een voorstadium zijn van afhankelijkheid, maar is dat niet noodzakelijkerwijze. De term alcoholmisbruik uit de DSM-IV-TR komt deels overeen met de term 'schadelijk alcoholgebruik' uit de ICD-10. maar de drempel voor de ICD-10-classificatie ligt hoger dan in de DSM-IV. De term alcoholisme verwijst naar diverse stoornissen. Het geheel van stoornissen kan opgedeeld worden in twee, conceptueel overlappende, domeinen.

Het eerste domein omvat psychiatrische diagnoses (= stoornissen in het gebruik van alcohol of *alcohol use disorders*, AUD). Psychiatrische diagnoses benadrukken verslaving, sociale, psychologische en lichamenlijke schade.

Het tweede domein benadrukt drinkpatronen die riskant of gevaarlijk zijn voor de gezondheid (riskant en gevaarlijk alcoholgebruik). Een gebruik van vier tot acht alcoholleenheden per dag wordt bij mannen riskant genoemd, meer dan acht wordt schadelijk genoemd. Bij vrouwen is dit getal respectievelijk drie tot zes (riskant) en meer dan zes (schadelijk) (Saunders en

Lee, 2000; Conigrave et al., 2002; Carrington Reid et al., 1999). De twee diagnoses zijn hier:

- **riskant gebruik:** indicatie voor langdurig (> 3 weken) gebruik van drie tot zes (bij vrouwen) of vier tot acht (bij mannen) of meer alcoholleenheden per dag (één alcoholleenheid is in Nederland 10 g pure ethanol en komt ongeveer overeen met een standaardglas bier, standaardglas wijn of standaardglas sterke drank);
- **schadelijk gebruik:** indicatie van langdurig (> 3 weken) gebruik van zes (bij vrouwen) of acht (bij mannen) of meer alcoholleenheden per dag.

Risikant en schadelijk gebruik wordt in as III van de DSM beschreven. De door het CBR (1) gebruikte diagnose ‘alcoholmisbruik in ruime zin’ komt tot stand als er niet voldoende criteria zijn om op as I tot alcoholmisbruik of -afhankelijkheid te komen volgens de DSM-IV-TR, maar er wel symptomen en gedragingen aanwezig zijn die voor de clinicus doorslaggevend zijn om de diagnose te stellen ‘aanwijzingen voor alcoholmisbruik’.

In de instructies over het gebruik van het DSM-IV-TR staat duidelijk dat het klinisch inzicht even belangrijk is als de specifieke criteria (Koster van Groos, 2001):

‘DSM-IV-TR is de classificatie van psychische stoornissen die is ontwikkeld voor het gebruik bij patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. De diagnostische categorieën, criteria en beschrijvingen zijn alleen geschikt voor gebruik door personen die voldoende klinische ervaring hebben in het stellen van een psychiatrische diagnose. Het is belangrijk dat de DSM-IV-TR niet op een mechanische wijze wordt toegepast door onervaren en niet opgeleide personen. De specifieke diagnostische criteria die in DSM-IV-TR zijn opgenomen, zijn bedoeld om de zorgverlener een leidraad te bieden bij zijn klinisch oordeel en mogen niet klakkeloos worden overgenomen. Zo kan men op grond van een klinisch beeld, waarvan de verschijnselen persisteren en ernstig zijn, toch tot een aannemelijke diagnose komen, hoewel de optelsom van de daartoe geëigende criteria geen voldoende indicatie vormt voor zo’n diagnose.’

Ten slotte is van belang te vermelden dat waar in de richtlijn wordt gesproken over ‘stoornissen in het gebruik van alcohol, alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid’ bedoeld wordt op ‘misbruik van psychoactieve middelen (zoals alcohol en drugs)’. Deze laatste begrippen worden gebruikt in paragraaf 8.8 van de Regeling eisen geschiktheid 2000 en vormen de basis voor een toetsing door het CBR, op grond waarvan de beslissing wordt genomen of de betrokkene geschikt is om een motorrijtuig te besturen. De Regeling is te vinden op de CBR-website (www.cbr.nl).

10 Aanpalende richtlijnen

Er zijn ook andere richtlijnen over stoornissen in het alcoholgebruik en problematisch alcoholgebruik, maar deze zijn vooral geschreven voor een behandelsetting. De commissie adviseert keurende psychiaters kennis te nemen van deze richtlijnen en waar nodig en mogelijk de aanbevelingen uit de richtlijnen toe te passen. Het betreft de *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol: richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*, uit 2009 (Werkgroep MDR Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009). Daarnaast wijzen wij op de *NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik*, tweede herziening, uit 2005 (Meerkerk et al., 2005).

Hoofdstuk 2

Specifieke problemen vereisen speciale competenties bij de diagnostiek

Wat is de achtergrond en juridische context van de keuringen?

1 Diagnostische procedure

Stoornissen in het gebruik van alcohol verhogen de kans op betrokkenheid bij verkeersongevallen (Waller en Turkel, 1966; Dunbar et al., 1985; Papoz et al., 1986; Ostrom en Erikson, 1993; Vingilis, 1983). In het kader hiervan is in verschillende landen administratieve wetgeving tot stand gekomen met als doel het bevorderen van de verkeersveiligheid (Nickel, 1995).

Deze wetgeving bepaalt dat weggebruikers die dronken aan het verkeer deelnemen verplicht worden tot een medisch/psychiatrische keuring om na te gaan of er sprake is van een stoornis in het gebruik van alcohol. Deze keuringen worden in Nederland verricht in opdracht van het Centraal Bureau voor Rijvaardigheidsbewijzen (CBR). Het CBR heeft als vraagstelling aan de psychiater of er sprake is van een psychiatrische diagnose. In geval van een positieve beantwoording kan de uitslag van de keuring betekenen dat het rijbewijs van de weggebruiker ongeldig wordt verklaard, of dat het rijbewijs niet kan worden aangevraagd of vernieuwd.

Het is belangrijk om te beseffen dat de weggebruikers pas voor een dergelijke medische keuring verplicht verwezen worden naar een psychiater als zij zijn aangehouden met een hoog promillage, of al meerdere keren zijn aangehouden in de afgelopen vijf jaar, of bij aanhouding weigerden mee te werken aan een ademtest ter bepaling van het alcoholpromillage, of in de afgelopen vijf jaar reeds een EMA (Educatieve maatregel alcohol) hebben gevolgd en wederom zijn aangehouden. Het betreft dus een selecte groep waarvan een deel recidivist is. Omdat de (pak)kans op een aanhouding niet groot is, wordt de onderzochte groep nog selecter van samenstelling, hetgeen de waarschijnlijkheid zelfs nog groter maakt dat er sprake is van een aan alcohol gerelateerd probleem.

De diagnostische procedure en het onderzoek vinden plaats in een juridische context. Dat impliceert dat er hoge eisen gesteld moeten worden aan de inhoud en opbouw van het keuringsrapport en de daaraan

verbonden conclusies. De diagnose ‘stoornis in het gebruik van alcohol’ kan derhalve niet louter op grond van klinische (of: medische) intuïtie worden gesteld, maar moet zo deugdelijk mogelijk worden onderbouwd en aannemelijk gemaakt worden.

Deze juridische context veroorzaakt twee problemen bij de diagnostiek. Het eerste probleem ontstaat doordat het uiteindelijke doel van de diagnostiek bij deze keuringen anders is dan in de reguliere geneeskunde, waarbij het belang van de patiënt steeds centraal staat. Het doel van de CBR-keuringen is om aan te tonen of uit te sluiten dat er sprake is van een stoornis die de verkeersveiligheid in gevaar brengt.

Een tweede probleem bestaat uit de – begrijpelijkerwijs – lage betrouwbaarheid van de zelfrapportage over alcoholgebruik van de weggebruiker (Korzec et al., 2001; Mischke en Venneri, 1987). De weggebruikers die gekeurd worden, zullen zelden uit zichzelf een overmatige alcoholinname of aan alcohol gerelateerde problemen melden, want doen ze dat wel, dan verhogen ze de kans om hun rijbewijs te verliezen.

Door deze twee problemen zal de diagnostiek van een stoornis in het gebruik van alcohol bij CBR-keuringen verschillen van de gewone psychiatrische diagnostiek bij alcoholproblemen. Voor een juiste procedure en adequaat medisch handelen is het belangrijk dat de psychiater die de keuring verricht zich rekenschap geeft van de consequenties die deze verschillen tussen gewone diagnostiek en forensische diagnostiek met zich meebrengen.

Nogmaals, de gangbare diagnostische systemen zijn ontworpen vanuit behandeldoelen. Hierbij zijn etiologie, pathofysiologie, ernst van de ziekte, prognose en motivatie voor gedragsverandering van belang. Een forensische diagnose in het kader van de vorderingsprocedure dient geen behandeldoel, maar is uitsluitend gericht op het algemene belang van de verkeersveiligheid. Terwijl in de reguliere psychiatrie de diagnose – stoornis in het gebruik van alcohol – vooral bepaald wordt door gegevens uit de specifieke anamnese over alcoholinname en alcoholgerelateerde problemen (al dan niet aangevuld met vragenlijsten), is de diagnostiek bij de CBR-keuringen in hoofdzaak gebaseerd op gegevens die *niet* afhankelijk zijn van de medewerking van de gekeurde, zoals klinisch chemisch bloedonderzoek, de omstandigheden waaronder het rijden onder invloed plaatsvond, en nadere inlichtingen vanuit de behandelende sector (waarvoor de behandelend arts toestemming van zijn patiënt nodig heeft).

2 Competenties

Uit bovenstaande vloeit voort dat de psychiater die dergelijke keuringen doet, zich een aantal specifieke competenties eigen dient te maken om tot een afgewogen oordeel te komen. Ten eerste dient de psychiater kennis te nemen van de diagnostische waarde van de verschillende vragenlijsten die gehanteerd worden, om die vervolgens te kunnen interpreteren in samenhang met de lichamelijke symptomen en het bloedonderzoek die bij het aantonen van stoornissen in het gebruik van alcohol relevant worden geacht. Dit wordt beschreven in de hoofdstukken 4 tot en met 8. Daarnaast is het van belang dat de psychiater zich op de hoogte stelt van de juridische aspecten van de keuring en de eisen die daaruit voortvloeien voor de formulering van het rapport. Dit aspect wordt in de hoofdstukken 3 en 10 behandeld.

Een en ander houdt tevens in dat psychiaters die CBR-keuringen verrichten deze handelingen met enige regelmaat dienen te verrichten. Hiervoor is geen hard getal te geven, maar de deskundigen uit de commissie menen dat men moet streven naar een aantal van minimaal vijftien keuringen per jaar, wil men zich de hiervoor vereiste vaardigheden in voldoende mate eigen maken. Ook verdient het aanbeveling dat men de geaccrediteerde (nascholings)cursussen volgt, die onder andere door het CBR of de NVVP worden georganiseerd. Voor psychiaters die nooit eerder keuringen hebben verricht is een dergelijke cursus vereist, alvorens ze een begin maken met de praktijk.

Hoofdstuk 3

Kennismaking en informatieplicht van de psychiater met betrekking tot het keuringsonderzoek en de rapportage

Hoe verloopt de kennismaking en de rapportage in het kader van CBR-keuringen?

1 Het belang van heldere informatie en juridische kennis

Degene die gekeurd wordt, moet zich een goed beeld kunnen vormen van de situatie waarin hij verkeert als het keuringsonderzoek plaatsvindt. De keurende psychiater moet hem heldere informatie over de gevolgde procedure en het doel van het onderzoek verschaffen. Dit behoort namelijk tot de informatieplicht van de psychiater op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Ook al is er bij een keuring in feite geen sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst, in tegenstelling tot wat gebruikelijk is bij een regulier contact tussen arts en patiënt, toch is de WGBO (via de schakelbepaling in art. 464 WGBO) ook op keuringen van toepassing. Dit geldt alleen niet voor die WGBO-bepalingen die zich niet verdragen met de keuringssituatie. Een voorbeeld daarvan is de geheimhoudingsbepaling (art. 457 WGBO): de psychiater mag de conclusies van zijn onderzoek aan de opdrachtgever verstrekken, in dit geval dus aan het CBR, zonder dat hij daarvoor toestemming nodig heeft van betrokkene. Alleen een beroep op het blokkeringsrecht door betrokkene (zie paragraaf 2.3 van hoofdstuk 10) kan die verstrekking tegenhouden.

2 Het vaststellen van de identiteit en informatieplicht

Bij de aanvang van het onderzoek begint de psychiater met het vaststellen van de identiteit van betrokkene. In het keuringsrapport dient de psychiater aan te geven hoe betrokkene zich bij die gelegenheid heeft gelegitimeerd (bijvoorbeeld door middel van een paspoort of identiteitskaart). De psychiater geeft tevens uitleg over de vraagstelling die

de opdrachtgever van de keuring, te weten het CBR, hem heeft opgelegd. Vervolgens informeert hij de betrokkene over het doel, de werkwijze (vragenlijsten, testen, enzovoort) en het feit dat er conclusies zullen worden getrokken uit het keuringsonderzoek, met name ook conclusies die nadelige gevolgen kunnen hebben voor de betrokkene.

Het onderzoek dient op grond van de WGBO beperkt te zijn tot die vragen en testen die relevant zijn voor het doel van het onderzoek. Het is ook mogelijk dat deze informatie van tevoren, bijvoorbeeld in de vorm van een folder of brief, door de psychiater aan betrokkene wordt gestuurd. Een voorbeeld van zo'n informatietekst is opgenomen in bijlage 7. De psychiater vraagt in dat geval voordat hij met het onderzoek begint of betrokkene de informatie heeft ontvangen en of deze duidelijk genoeg is geweest. En zo nodig beantwoordt hij natuurlijk ook eventuele aanvullende vragen. Dit is belangrijk omdat uit de praktijk blijkt dat veel mensen die gekeurd worden niet precies begrijpen wat de reden is voor het onderzoek, wat er tijdens het onderzoek precies gebeurt, en welke consequenties dat voor hen kan hebben.

Het is dus van groot belang dat de betrokkenen beseffen waaruit het onderzoek zal bestaan (gesprek, anamnese, eventuele vragenlijsten en lichamelijk onderzoek) en op basis waarvan het uiteindelijke oordeel wordt gevormd (voornoemde onderzoeksgegevens alsmede de labuitslagen verkregen via het CBR). Bij behandelend artsen kan relevante informatie worden opgevraagd als de psychiater dat raadzaam oordeelt, maar daarvoor is wel toestemming nodig van betrokkene.

De psychiater stuurt het rapport binnen de wettelijk vastgestelde termijn¹ aan het CBR, en vervolgens moet het CBR – eveneens binnen de wettelijk vastgestelde termijn² – beslissen over het al dan niet ongeldig verklaren van het rijbewijs ofwel over het al dan niet registreren van een verklaring van geschiktheid. De conclusies van de psychiater blijven beperkt tot het stellen van een medische en/of psychiatrische diagnose. Op grond van (art. 102 van) het Reglement rijbewijzen moet de keurend arts wel een advies geven voor welke rijbewijscategorie(ën) de aanvrager voldoet aan de geschiktheidseisen en voor welke termijn. Voor het overige bevatten zijn conclusies geen advies of beoordeling met betrekking tot de vraag of de gekeurde al dan niet geschikt is om een motorvoertuig te besturen. Daarover beslist het CBR.

Op grond van de Vorderingsprocedure (zie bijlage 4) en de keuring in het kader van de Eigen-verklaringsprocedure (zie bijlage 5) kan betrokkene binnen twee dan wel vier weken na verzending van de brief met het (voor betrokkene ongunstige) besluit van het CBR om een tweede

1 Op het moment van het uitbrengen van de richtlijn is dit acht weken.

2 Op het moment van het uitbrengen van de Richtlijn is dit vier weken.

keuringsonderzoek vragen. Het CBR neemt in dat geval een beslissing op basis van beide onderzoeken. Ten aanzien van de herkeuring geldt eenzelfde procedure als voor het eerste onderzoek (informatieplicht, patiëntenrechten, enzovoort).

3 Informatieplicht patiëntenrechten

De psychiater informeert betrokkene voorafgaande aan het keuringsonderzoek over de patiëntenrechten die hij heeft op grond van de WGBO en Wet bescherming persoonsgegevens (WBP). Bijvoorbeeld via een folder, zie bijlage 7. Betrokkene heeft het recht op inzage en op een eigen kopie, op correctie (van uitsluitend feitelijke gegevens) en op blokkering van de conclusies in het rapport dat naar het CBR gezonden wordt. In hoofdstuk 10 wordt nader ingegaan op de juridische aspecten van de keuring, zoals de patiëntenrechten en de bewaartermijn van gegevens.

3.1 Conclusies

| | |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 4 | <p>Op grond van de WGBO en de CBR-regelgeving zijn de volgende punten van belang.</p> <ul style="list-style-type: none">• De psychiater informeert betrokkene voorafgaand aan het onderzoek over doel en werkwijze, en over de daaruit voortvloeiende conclusies en mogelijke consequenties van het keuringsonderzoek.• Betrokkene wordt (mondeling of schriftelijk, bijvoorbeeld via een brochure) geïnformeerd over zijn recht op inzage, een kopie en correctie van uitsluitend feitelijke onjuistheden in het rapport. De psychiater geeft betrokkene de mogelijkheid om verzending van het rapport aan het CBR te blokkeren.• Betrokkene kan om een tweede onderzoek vragen. <p>Mening van de commissie</p> |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3.2 Aanbevelingen

Met het oog op goede informatieverstrekking worden de volgende aanbevelingen gedaan.

- De psychiater en/of het CBR zorgen voor een informatief of folder, waarin het keuringsonderzoek helder wordt beschreven met de daarbij behorende rechten en plichten. Dit wordt bij voorkeur al bij de oproep voor het keuringsonderzoek aan betrokkene gestuurd (zie ook bijlage 7).

- De psychiater legt gegevens van het identiteitsbewijs evenals adres- en contactgegevens van betrokkene vast ofwel checkt de beschikbare gegevens.
- De psychiater maakt met betrokkene na afloop van het keuringsonderzoek afspraken of betrokkene al dan niet gebruik wil maken van inzage-, kopie-, correctie- of blokkeringsrecht. Indien betrokkene daarnaar vraagt en voor zover dat mogelijk is, bespreekt de psychiater de uitkomst van zijn keuringsonderzoek.
- Indien betrokkene heeft aangegeven gebruik te willen maken van inzage, kopie of blokkering van het rapport, wordt het rapport persoonlijk aan hem verzonden.
- Betrokkene wordt er door de psychiater op gewezen, dat hij binnen tien dagen na verzending van het rapport schriftelijk moet aangeven óf hij het rapport wil blokkeren, en of hij correcties wil aanbrengen, en zo ja, welke. Alleen feitelijke en schriftelijk aantoonbare onjuistheden zoals data, de uitslagen van eerdere testen, en dergelijke vallen onder het recht op blokkering en/of correctie. Indien betrokkene niet reageert binnen de aangegeven termijn, stuurt de psychiater het rapport naar het CBR.

Alle genoemde wetten zijn te vinden op: wetten.overheid.nl.

Hoofdstuk 4

Anamnese

Welke bevindingen bij de anamnese dragen bij om stoornissen in het gebruik van alcohol aan te tonen in het kader van CBR-keuringen?

Een belangrijke paragraaf in het rapport dat voorafgaat aan de anamnese is: *Reden van de keuring/onderzoek, plus de relevante gegevens uit de stukken.* In deze paragraaf dienen de volgende zaken aan de orde te komen:

- aanhoudingsgegevens;
- laatste aanhouding;
- eventuele eerdere keuring en conclusies;
- eventueel eerder gevolgde EMA-cursus en datum hiervan;
- vragen naar discrepanties tussen beschikbare gegevens en anamnese.

Bij de anamnese, meestal de belangrijkste bron van informatie bij het vaststellen van een medische diagnose (Sackett et al., 1991), worden vragen gesteld, soms volgens een vaste vragenlijst. Het belangrijkste doel van de anamnese is om vast te stellen of er sprake is van alcoholproblemen, en zo ja, in welke hoeveelheden alcohol wordt gebruikt. Uit onderzoek blijkt dat gestructureerde vragenlijsten betere resultaten opleveren dan een ongestructureerd gesprek. Een van de best gevalideerde vragenlijsten om stoornissen in het alcoholgebruik op te sporen is de CIDI (*Composite International Diagnostic interview*) (Üstün et al., 1997; Compton et al., 1996). Een van de beste gestructureerde lijsten om de hoeveelheid gebruikte alcohol op te sporen is de TLFB (*Time Line Follow Back*) (Sobell en Sobell, 1996).

In het kader van de alcoholrapportage worden ook vragen gesteld over de omstandigheden die zich voordeden bij het rijden onder invloed, de mate van het alcoholgebruik, patronen in het drinkgedrag, en de nadelige gevolgen van het alcoholgebruik. Ook het rookgedrag is belangrijk. Roken is een relevante klinische indicator bij de diagnostiek van stoornissen in het gebruik van alcohol. Vrijwel alle patiënten met een ernstige stoornis in het alcoholgebruik roken, maar het omgekeerde is niet waar. Voor elke vraag in de anamnese, elk symptoom en elke klinisch chemische test kan in theorie de diagnostische waarde worden aangegeven met behulp van begrippen als sensitiviteit, specificiteit of likelihood ratio. (De begrippen waarmee de waarde van een diagnostisch gegeven worden aangegeven staan vermeld in bijlage 1).

Als diagnostisch hulpmiddel zijn vele anamnestiche vragen en vragenlijsten over het algemeen goed bruikbaar in de reguliere gezondheidszorg. Wel dient men er rekening mee te houden dat bij gebruik van anamnestiche gegevens ter bepaling van stoornissen in het gebruik van alcohol, niet alle alcoholisten worden geïdentificeerd. Uit onderzoek blijkt dat bij een screenende anamnese in de reguliere gezondheidszorg ongeveer 60% van de patiënten met alcoholmisbruik als zodanig worden geïdentificeerd (Cornell, 1994; McQuade et al., 2000; Fiellin et al., 2000).

In het kader van de alcoholkeuring is de waarde van anamnestiche gegevens nog aanzienlijk kleiner, daar de gekeurde om begrijpelijke redenen niet openhartig zal zijn over eventuele alcoholproblemen en de mate van zijn alcoholgebruik. Zo blijkt dat in de populatie van rijders onder invloed (*DUI – drivers under influence*) slechts 5 à 20% van degenen die zich aan alcoholmisbruik schuldig maakten met behulp van vragenlijsten kon worden geïdentificeerd (Mischke en Venneri, 1987; Korzec et al., 2001).

Dit betekent onder meer dat een anamnestiche gegeven dat bevestigend is voor stoornissen in het alcoholgebruik (bijvoorbeeld *Cage* = 3), extra waardevol is (zie voor de *Cage*-test paragraaf 5.2 en bijlage 2). Maar aan de afwezigheid bij de anamnese van gegevens die indicatief zijn voor stoornissen in het alcoholgebruik (bijvoorbeeld *Cage* = 0) kan weinig waarde worden toegekend. Niet dat een anamnese hierdoor overbodig wordt, geenszins. Ten eerste kan de sensitiviteit worden verhoogd als de keurende psychiater doorvraagt over mogelijke inconsistenties in het verhaal van de betrokkene. Ten tweede kan de specificiteit worden verhoogd door ook externe gegevens (zoals gegevens van de huisarts) bij het onderzoek te betrekken. Dit kan soms leiden tot problemen in de behandelrelatie met de huisarts en is alleen mogelijk als de betrokkene daarvoor toestemming wil geven. Soortgelijke problemen ontstaan ook als men de betrokkene vraagt of bij de partner een heteroanamnese afgenomen mag worden. De heteroanamnese is soms onbetrouwbaar en zal in de keuringspraktijk moeilijk te organiseren zijn. Beide zaken, gegevens bij de huisarts en heteroanamnese brengen dus praktische bezwaren met zich mee en kosten betrekkelijk veel tijd. Ze zijn te overwegen bij herkeuringen, na eerdere afkeuring, waarbij sprake is van gerede twijfel aan de conclusies van een eerdere rapportage (zie de conclusie en aanbeveling van dit hoofdstuk).

1 Aanbeveling

De commissie beveelt aan om de anamnese op de volgende wijze te structureren:

- 1 vragen, en vooral doorvragen, over de omstandigheden van de aanhouding;
- 2 vragen gebaseerd op de CIDI-vragenlijst;
- 3 Cage-vragen, waarbij aan die vragen de zinssnede wordt toegevoegd: 'in de afgelopen twaalf maanden' (Vinglis, 1983; 1989);
- 4 bij onduidelijkheid over het drankgebruik in de afgelopen drie maanden gebruikmaken van een verkorte TLFB (*Timeline Followback* (Sobell en Sobell, 1996, zie tabel 4.1));
- 5 in bijzondere gevallen heteroanamnese.

Welke vragen in de anamnese en de heteroanamnese dienen gesteld te worden om stoornissen in het gebruik van alcohol in kaart te brengen in het kader van CBR-keuringen?

Het alcoholgebruik kan men proberen in kaart te brengen door het afnemen van een alcoholanamnese. Zoals eerder beschreven is de betrouwbaarheid van zelfrapportage over de omvang van het alcoholgebruik bij CBR-keuringen vrij laag. Vragen naar de gevolgen van het gebruik van en gedrag rond alcoholgebruik geven meer informatie en zijn belangrijker voor het opsporen van stoornissen in het gebruik van alcohol. Gezien de reden van het onderzoek, een aanhouding door de politie waarbij een te hoog alcoholpromillage werd geconstateerd, is het waarschijnlijk mogelijk om gerichte vragen te stellen op basis van de aangeleverde stukken. In dat kader wordt uiteraard ook gevraagd naar de omstandigheden waaronder betrokkene werd aangehouden. Vervolgens is het van belang om de alcoholanamnese zorgvuldig af te werken, waarbij de vragen 'hoeveel dagen gemiddeld per week gebruikt wordt' en 'hoeveel standaardeenheden gemiddeld per keer gebruikt worden' beslist niet mogen ontbreken. Het is raadzaam om te bedenken dat mensen onderscheid maken tussen 'door de week', 'in het weekend' en 'bij speciale gelegenheden'; het kan zin hebben om alle drie te specificeren. hetzelfde geldt voor de exacte hoeveelheden alcohol, want 'drie biertjes' kan betekenen 'drie pijpjes', hetgeen niet overeenkomt met drie maar met vier à vijf eenheden alcohol (EA).

Het CBR wil gegevens hebben over het alcoholgebruik in de periode van twaalf maanden die vooraf gaat aan de laatste aanhouding (of de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek). Vervolgens is de vraag of het gebruik na de aanhouding is veranderd, en ook hoe het gebruik in het minder recente verleden is geweest, en of de betrokkene ooit in behandeling is geweest voor enigerlei alcoholproblematiek. De verdere anamnese wordt gewoonlijk gestructureerd aan de hand van de CIDI-vragenlijst.

Bij de anamnese wordt allereerst gevraagd naar de omstandigheden rond de laatste aanhouding, zoals al eerder werd aangestipt. Hierbij worden vragen gesteld zoals: hoe laat werd u aangehouden; wat voor soort aanhouding was het: een routinecontrole, afwijkend rijgedrag of een ongeval; hoeveel kilometer had u gereden voor de aanhouding; hoe verliep het rijden volgens u; hoeveel en wat had u precies gedronken en in hoeveel tijd; voelde u zich ook dronken; wist u dat u te veel op had om te mogen rijden, en wat was de reden van het gebruik van de auto?

Daarna volgen vragen over het drinkpatroon van de betrokkene: de hoeveelheid, frequentie (elke dag, weekend, alleen op feestjes), soort drank, tijdstip van de dag, enzovoort.

Ten slotte zijn er dan nog diverse vragen die inzicht geven in de aard van de alcoholproblematiek, zoals: drinkt u alleen; verzwijgt u uw alcoholgebruik tegenover familie; voelt u zich schuldig over uw alcoholgebruik; heeft u wel eens katers of andere onthoudingsverschijnselen (bijvoorbeeld 's ochtends bij het opstaan) of in de vorm van black-outs; vinden anderen (partner, kinderen, familie, vrienden, enzovoort) dat u (te) veel drinkt; zijn er thuis of op het werk problemen vanwege het alcoholgebruik; wordt u thans behandeld voor alcoholmisbruik of is dat in het verleden ooit het geval geweest (zo ja, stipuleer wanneer, waar, en met welk resultaat)?

Tot slot dient aan betrokkene bij de anamnese naar eventuele ziekten en medicijngebruik te worden ondervraagd, met name als die tot soortgelijke biochemische afwijkingen kunnen leiden als bij alcoholmisbruik het geval is.

Als er gereede twijfel bestaat over het alcoholgebruik van betrokkene, is de heteroanamnese een van de mogelijkheden om meer zekerheid te verkrijgen. Dit geschiedt pas nadat de betrokkene hier toestemming voor heeft gegeven.

2 Conclusie

Niveau 4 De commissie is van mening dat de heteroanamnese, of andere gegevens die via derden zijn verkregen, een toegevoegde waarde kunnen hebben naast de gangbare anamnestiche gegevens en gestructureerde vragenlijsten.
Mening van de commissie

3 Aanbeveling

De commissie adviseert om bij gerede twijfel aan de waarde van de anamnese of de gebruikte vragenlijsten zo veel mogelijk gebruik te maken van heteroanamnestische gegevens.

Hoofdstuk 5

Vragenlijsten

Welke vragenlijsten hebben de voorkeur bij het diagnosticeren van stoornissen in het gebruik van alcohol, in het kader van CBR-keuringen?

De anamnese dient semigestructureerd te worden verricht. Dit betekent dat de gestandaardiseerde vragenlijsten een bepaalde structuur aanbrengen in het keuringsgesprek, maar ook dat de psychiater die de keuring verricht wel degelijk moet doorvragen als daar aanleiding toe is, en dat hij desgewenst van een vragenlijst kan afwijken. Zo hoeft bijvoorbeeld de CIDI niet te worden afgenomen als iemand in het afgelopen jaar minder dan twaalf alcoholenheden heeft gedronken. Er bestaan meer dan 50 vragenlijsten als hulpmiddel om stoornissen in het gebruik van alcohol op te sporen, maar op grond van een literatuurstudie meent de commissie alleen die lijsten aan een beschouwing te moeten onderwerpen die de beste resultaten beloven. De commissie stelt vast dat de CIDI een van de meest geëigende standaardlijsten is om stoornissen in het gebruik van alcohol vast te stellen, dat de Cage-vragenlijst het meest gebruikt wordt om alcoholproblemen op te storen, terwijl de TLFB aanmerkelijk betrouwbaarder resultaten oplevert dan andere vragenlijsten die de hoeveelheid en frequentie van het alcoholgebruik in kaart proberen te brengen.

De keuze voor deze lijsten heeft te maken met de aard van deze specifieke populatie.

1 CIDI

Het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI, versie 2.1 World Health Organization, 1997) is een uitgebreid diagnostisch interview dat in het Nederlands (ook ten behoeve van Belgische onderzoekers) is vertaald en bewerkt door Ter Smitten et al. (1998). Dit instrument is ontworpen voor het stellen van diagnoses volgens het ICD-10- en het DSM-IV-systeem. Het interview is berekend op gebruik in verschillende culturen en verschillende situaties, zowel bij epidemiologisch onderzoek als bij klinische problemen. De vragenlijst is verkrijgbaar in een 'lifetime'-versie en in een versie die alleen betrekking heeft op het afgelopen jaar. Naast de

papieren uitgave bestaat er ook een geautomatiseerde versie (CIDI-Auto). De versie 2.1 omvat zeventien diagnostische gebieden. Voor de keuring wordt slechts het alcoholgedeelte gebruikt: sectie J, die uit 20 vragen bestaat. De vragen worden op een gestandaardiseerde manier gesteld. Zie hiervoor bijlage 2.

2 Cage-test

Met behulp van de Cage-test (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty about drinking, Eye-opener*) is men volgens een systematische review ($n = 38$) redelijk goed in staat om stoornissen in het gebruik van alcohol te herkennen, zowel in de eerste lijn als in de polikliniek; de sensitiviteit loopt uiteen van 43 tot 94%, de specificiteit varieert van 70 tot 97% (Fiellin et al., 2000; O'Connell, 2004). Bij vrouwen en ouderen is de Cage-test mogelijk minder betrouwbaar (Bradley et al., 1998; Conigliaro et al., 2000).

De Cage-test bestaat uit vier vragen, zie bijlage 2. Een positieve Cage (= twee of meer positief beantwoorde vragen) wijst op stoornissen in het gebruik van alcohol. Een negatieve Cage heeft daarentegen minder diagnostische betekenis. Aan de vragen van de Cage-test dient steeds te worden toegevoegd: 'in de afgelopen twaalf maanden.'

3 TLFB-test

De beste vragenlijst om stoornissen in het gebruik van alcohol op te sporen is de *Timeline Followback*- of TLFB-methode, maar deze is bewerkelijk (20 minuten per onderzochte). Deze methode maakt gebruik van een kalender, waarbij het gebruik op alle dagen van de afgelopen maanden wordt nagelopen. De TLFB levert bij dezelfde populatie van DUI's een twee keer hogere omvang van alcoholinname op dan bij beantwoording van de tweede en derde vraag van de CIDI.

3.1 Conclusie

Niveau 4 Er zijn meer dan 50 vragenlijsten als hulpmiddel om respectievelijk stoornissen in het gebruik van alcohol, alcoholproblemen en de omvang van het alcoholgebruik op te sporen. Gezien de doelgroep zijn de CIDI, de Cage en, voor zover nodig, de TLFB daarvoor het meest geschikt.

Mening van de commissie

3.2 Aanbeveling

De commissie adviseert bij de diagnostiek van stoornissen in het gebruik van alcohol in het kader van CBR-keuringen gebruik te maken van:

- CIDI, ter vaststelling daarvan;
- Cage, ter opsporing daarvan;
- TLFB bij twijfel over de omvang van het alcoholgebruik.

Hoofdstuk 6

Lichamelijk onderzoek

Welke bevindingen bij het lichamelijk onderzoek dragen bij om stoornissen in het gebruik van alcohol aan te tonen in het kader van CBR-keuringen?

1 Inleiding

Alcohol en zijn metaboliëten zijn giftige stoffen. Bij langdurig gebruik leidt dit tot schade aan verschillende orgaansystemen, zoals het zenuwstelsel (hersenen en perifere zenuwen), tractus digestivus (oesofagus, maag en lever) en hart vaatstelsel (ontregelde bloeddruk, myopathie). Alcoholmisbruik is een belangrijke oorzaak van meer dan 60 verschillende medische stoornissen. Omgekeerd kunnen orgaanbeschadigingen door middel van meer of minder discrete symptomen een aanwijzing vormen voor stoornissen in het gebruik van alcohol. Deze symptomen zijn echter lang niet altijd klinisch zichtbaar, en als ze dat wel zijn, is soms niet uit te maken of de geconstateerde lichamelijke schade wijst op actuele stoornissen in het gebruik van alcohol, dan wel op in het verleden doorgemaakt alcoholisme. Ook moet in acht worden genomen dat lichamelijke schade meestal een vrij laat verschijnsel vormt in het beloop van stoornissen in het gebruik van alcohol. De symptomen worden meestal pas na jarenlang alcoholgebruik opgemerkt. De afwezigheid van lichamelijke schade is dus allesbehalve een voldoende reden om stoornissen in het gebruik van alcohol uit te sluiten.

Ondanks deze overwegingen is lichamelijk onderzoek toch van betekenis, omdat de prevalentie van lichamelijke afwijkingen als gevolg van alcoholgebruik in de DUI-populatie vele malen hoger is dan de prevalentie van non-alcoholische aandoeningen. Afwijkingen aan de lever in deze populatie duiden vaker op alcoholisme dan op non-alcoholische oorzaken van leverafwijkingen.

Welke lichamelijk onderzoek dient plaats te vinden om stoornissen in het gebruik van alcohol, evenals de mate waarin zij zich voordoen, in het kader van CBR-keuringen aan het licht te brengen?

Soms komt men actueel alcoholgebruik op het spoor door directe signalen, zoals een alcoholfoetor (eventueel 'gemaskeerd' door pepermunt of door parfum/after shave). Een dergelijke bevinding krijgt pas betekenis, als die geverifieerd is door een ademanalyse of bloedtest ter plekke, of als de betrokkene bevestigend antwoordt op de expliciete vraag of hij – direct voorafgaande aan het gesprek met de psychiater – alcohol heeft genuttigd. De beschrijving van lichamelijke afwijkingen, samenhangend met chronisch excessief alcoholgebruik, zijn grotendeels verkregen uit studies over patiëntenpopulaties met een ernstige alcoholproblematiek, die in een vergevorderd stadium verkeert.

Beschreven zijn onder andere: hepatomegalie (palpabele lever), tremoren, perifere neuropathie (die onder andere tot uiting komt in een afwezige achillespeesreflex), spierzwakte, littekens en brandwonden (alcoholisten komen regelmatig op een afdeling Spoedeisende hulp met kleine en grote ongevallen) en spider naevi. Het palperen van de lever is een zeer onnauwkeurige methode om leververgroting aan te tonen of uit te sluiten. Omdat leververvetting (een oorzaak van leververgroting) frequent voorkomt bij langdurig overmatig alcoholgebruik (in 50 tot 80% van de gevallen) is het nuttig bij specifieke twijfelgevallen een echo van de lever te laten maken. Een vergrote lever duidt niet altijd op alcoholisme, maar de afwezigheid van leververvetting maakt de kans op de aanwezigheid van langdurig, overmatig alcoholgebruik wel beduidend kleiner. Voorts is natuurlijk de algemene klinische indruk van belang. Alcoholisme brengt regelmatig lichte zelfverwaarlozing met zich mee, die zich bijvoorbeeld kan manifesteren als decorumverlies en/of matige zelfverzorging.

Daarnaast worden lengte en gewicht gemeten, omdat bij een body-mass index (BMI) van > 25 sommige leverenzymen (met name ALAT en γ -GT) licht verhoogd kunnen zijn. Overigens verhoogt adipositas in samenhang met alcoholgebruik de kans op biochemische afwijkingen. Hypertensie heeft vele oorzaken, maar fors alcoholgebruik is een van de belangrijkste oorzaken van hypertensie op jonge leeftijd. Omgekeerd, kan men een hoge bloeddruk niet gebruiken als argument om alcoholisme te veronderstellen. Samenvattend is het lichamelijk onderzoek dus van beperkte waarde bij het diagnosticeren van actueel of recent overmatig alcoholgebruik.

2 Conclusie

| | |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 2 | Lichamelijk onderzoek is nuttig bij de diagnostiek van stoornissen in het alcoholgebruik, zij het in beperkte mate. Daarnaast is een BMI nodig om de laboratoriumuitslagen te kunnen beoordelen. Bij sterke twijfel in specifieke gevallen kan een echo van de lever nuttig zijn. B: Poppelier et al., 2002; Van Limbeek et al., 1992 |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3 Overwegingen

Een beperkt lichamelijk onderzoek, gericht op lichamelijke schade door stoornissen in het gebruik van alcohol, dient deel uit te maken van de psychiatrische rapportage, met name omdat positieve uitslagen de diagnose kunnen versterken. Voorts zijn de resultaten van het lichamelijk onderzoek soms noodzakelijk om de laboratoriumuitslagen naar behoren te kunnen interpreteren.

4 Aanbeveling

Een beperkt lichamelijk onderzoek, gericht op stoornissen in het gebruik van alcohol, maakt deel uit van het keuringsonderzoek.

Hoofdstuk 7

Laboratoriumonderzoek

Welke bevindingen bij een laboratoriumonderzoek dragen bij om stoornissen in het gebruik van alcohol aan te tonen in het kader van CBR-keuringen?

1 Inleiding

Als aanvulling op anamnese en lichamelijk onderzoek levert laboratoriumonderzoek een uiterst belangrijke bijdrage aan de diagnostiek van stoornissen in het gebruik van alcohol, omdat de uitkomsten hiervan onafhankelijk zijn van de (onvermijdelijk) subjectieve waarnemer, en tevens losstaan van de openhartigheid van de betrokken cliënten. Interpretatie van de uitslagen vergt een hoge mate van deskundigheid: zowel kennis van de pathofysiologie als kennis van preanalytische effecten. De arts moet ook op de hoogte zijn van de marge van onzekerheid die altijd inherent is aan de getalsmatige uitslag (betrouwbaarheidsinterval). Dit hoofdstuk is opgezet als compact literatuuroverzicht en eindigt met een aantal aanbevelingen. Afwijkende laboratoriumuitslagen kunnen gebruikt worden ter bevestiging of weerlegging van het diagnostische vermoeden dat er sprake is van stoornissen in het alcoholgebruik, maar ook als confrontatiemiddel. Laboratoriumonderzoek geeft, afhankelijk van de gebruikte parameters, een weerslag van het alcoholgebruik over een tijdsperiode die varieert van één dag tot meerdere maanden. Het diagnostisch venster van de leverenzymen omvat bijvoorbeeld twee tot zes weken; MCV geeft uitsluitel over een periode van circa acht tot twaalf weken, en de meting van CDT-waarden vertelt ons iets over de afgelopen twee à drie weken (Van de Wiel en Wielders, 2009).

Laboratoriumonderzoek als diagnostisch instrument bij het bepalen van stoornissen in het gebruik van alcohol kan bestaan uit het direct meten van recent gebruik (ethanol in bloed of blaastest), het meten van metabolieten zoals ethylglucuronide bij abstinentiecontrole, het meten van de effecten van alcoholmetabolieten op eiwitten (zoals CDT) en het vaststellen van parameters die verband houden met het effect van alcohol op lichaamscellen of organen (MCV, ALAT, ASAT, γ GT).

Bij de interpretatie van laboratoriumonderzoek wordt een uitslag vergeleken met een grenswaarde (bijvoorbeeld bovengrens) van een 'referentiegebied'. Deze grenswaarden komen doorgaans tot stand doordat van de normale verdeling van een gezonde populatie – in dit geval gevormd door proefpersonen die niet of slechts incidenteel alcohol gebruiken – het centrale gebied wordt bepaald dat 95% van de curve beslaat. Bij de individuele beoordeling van een uitslag moet overigens ook rekening gehouden worden met de groep waartoe betrokkene behoort, en met name of er in die groep comorbiditeit aanwezig is (Kazmierczak, 1999). Hierbij kan als voorbeeld gelden dat γ GT zowel door alcoholgebruik, door geneesmiddelen, als door leververvetting of posthepatische obstructie verhoogd kan zijn. Een verhoogd BMI kan bijvoorbeeld effect hebben op de mate van γ GT-stijging (zie paragraaf 7.2.3). De karakteristieken van een test die van invloed zijn op een terecht positief (buiten de referentiegroep) of terecht negatief (binnen de referentiegroep) meetresultaat, worden aangeduid als de 'sensitiviteit' en 'specificiteit' van de test. Een andere belangrijke indicatie van de waarde van de test is de likelihood ratio. Traditioneel bestond het laboratoriumonderzoek bij een vermoeden van stoornissen in het gebruik van alcohol uit een vrij grote groep parameters (zie bijvoorbeeld de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik, 1991). Een aantal van deze parameters zijn inmiddels verworpen wegens onvoldoende diagnostische betekenis, zoals urinezuur en cholesterol (Stamm et al., 1984).

Wel van betekenis bij het onderzoek naar stoornissen in het gebruik van alcohol, maar nogal verschillend wat betreft hun diagnostische waarde, zijn de volgende parameters:

- MCV;
- γ GT;
- ASAT en ALAT;
- CDT (carbohydraatdeficiënt transferrine).

Er dient bij het beoordelen van de diagnostische waarde van laboratoriumparameters een onderscheid gemaakt te worden tussen groepen met lage en hoge prevalentie. Bijvoorbeeld in een huisartsenpraktijk is de prevalentie van stoornissen in het gebruik van alcohol circa 8% (www.alcohol-en-werk.nl) en het CBS stelde in 2005 dat 11% van de Nederlanders van 12 jaar en ouder gerekend moet worden tot de categorie van 'zware' drinkers, wat wil zeggen dat ze een of meer dagen per week minimaal zes glazen per dag drinken). Dat is het gemiddelde alcoholgebruik van 18% van de mannen en 4% van de vrouwen (www.statline.cbs.nl). Een groep met een daarbij vergeleken nog veel hogere prevalentie is de groep die door psychiaters gezien wordt bij CBR-keuringen: de prevalentie van stoornissen in het gebruik van alcohol zou in deze groep van *drunk drivers* maar liefst 25-50% zijn (Korzec et al., 2001).

2 Achtergronden, valkuilen en inzetbaarheid van de laboratoriumparameters

2.1 MCV

Een verhoogd MCV (> 100 femtoliter, fl) in afwezigheid van anemie vormt van oudsher een aanwijzing voor stoornissen in het gebruik van alcohol. De oorzaak wordt enerzijds toegeschreven aan een deficiëntie van folaat en/of vitamine B₁₂, anderzijds is ook een direct effect van de alcoholmetaboliet acetaldehyde op de erytropoëse aangetoond. Volgens de WHO is er formeel sprake van anemie bij Hb $< 8,1$ mmol/l voor mannen of Hb $< 7,5$ mmol/l voor vrouwen, maar in de praktijk kan beter als indicatie gelden een Hb dat minimaal 0,5 lager is dan de ondergrens van het referentie-interval.

Tønnesen et al. (1986) beschreven dat de stijging van het MCV vooral gerelateerd is aan de duur van het alcoholgebruik en aan de totale alcoholinname, niet aan de dagelijkse inname. Inname gedurende minder dan drie maanden gaf geen significante stijging. Slechts 45% van de actieve drinkers had een verhoogd MCV, omdat het ontstaan van macrocytose sterk afhankelijk is van het type drank dat genuttigd wordt en van de samenstelling van het voedsel dat men eet. Bij onthouding normaliseert het MCV in 3-4 maanden volgens Wu et al. (1974), maar Hasselblatt et al. (2001) beschrijven dat macrocytose bij een groep met jarenlange alcoholafhankelijkheid volgens de DSM-IV (een alcoholinname van 120 tot 900 g/dag) bij 24% van de groep nog bestond na vier tot zes maanden van strikte abstinentie.

Koivisto et al. (2006) beschreven een toename van de MCV-bovengrens van 96 naar 98 fl bij vergelijking van geheelonthouders met sociale drinkers (1-40 g/dag).

Brigden en Graydon (1997) vonden een macrocytose (MCV > 100 fl) bij 232 van 40.000 volkomen willekeurig gekozen poliklinische ziekenhuispatiënten. Een alcoholgebruik > 170 g/dag was de oorzaak in 27% van de gevallen; andere frequent voorkomende oorzaken moesten gezocht worden in chemotherapie (23%), myelodysplasie, met name bij ouderen (18%), leverziekten en vitamine-B₁₂/folaatdeficiëntie.

Chalmers et al. (1980) onderzochten ziekenhuispatiënten met een alcoholprobleem (minimaal een jaar > 80 g/dag tot minder dan twee weken voor opname) en vonden bij een groep van 94 vrouwen een MCV van $101,3 \pm 8,0$ fl en bij 207 mannen een MCV van $96,7 \pm 7,2$ fl, bij een referentiegebied van 80-92 fl.

Sharpe (2001) vond bij patiënten met non-alcoholische leverziekten hogere MCV's (gemiddeld 97,1) dan bij stevig alcoholgebruik, respectievelijk 96,3 en 95,0 fl. Ook roken leidt tot een stijging van het MCV. Mercellina-Roumans (1994) vond bij zwangere vrouwen die meer dan vier sigaretten

per dag rookten, een gemiddeld mcv van 94 tegen 91 in de normale, niet-zwangere controlegroep. Van Tiel et al. vonden in een groot Nederlands epidemiologisch onderzoek een afname van het mcv met maximaal 2 fl nadat de proefpersonen gestopt waren met roken.

Bij een mcv-verhoging moeten andere oorzaken onaannemelijk zijn voordat een diagnose van stoornissen in het gebruik van alcohol kan worden uitgesproken, zoals een folaat- of vitamine-B₁₂-gebrek of stevig roken.

Daarnaast kunnen ook nog als oorzaak voor een mcv-verhoging genoemd worden: een verhoogde aanmaak van erythrocyten (jonge erythrocyten en reticulocyten hebben een verhoogd celvolume), myelodysplasie, bepaalde geneesmiddelen waaronder valproïnezuur, methadon (Mihás en Tavassoli, 1992) en heroïne.

Preanalytisch is het van belang dat al binnen een etmaal na bloedafname het mcv in het monster met circa 5% kan stijgen door opzwellen van de erythrocyten (Baca, 2006). Daarom is een meting van het mcv alleen betrouwbaar als deze binnen enkele uren na bloedafname heeft plaatsgevonden.

De positieve likelihood ratio van een verhoogde mcv wordt geschat op 2.

Conclusie

| | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 1 | Een verhoogd mcv zonder anemie is een aanwijzing bij de diagnostiek van stoornissen in het gebruik van alcohol. Maar als enkel feit, zonder andere aanwijzingen, is een mcv-verhoging onvoldoende bewijs voor een dergelijke diagnose. |
| Niveau 2 | De positief voorspellende waarde van een verhoogd mcv is hoger in een populatie met een hoge prevalentie van alcoholisme. Responstijd, zowel bij drinken als na abstinentie, ligt in de orde van grootte van twee tot drie maanden en normalisatie treedt niet altijd op. |

Aanbeveling

De commissie acht de bepaling van het mcv van belang als onderdeel van de laboratoriumdiagnostiek van stoornissen in het gebruik van alcohol, in combinatie met andere bevindingen.

2.2 ASAT, ALAT en ASAT/ALAT-ratio

De transaminasen ALAT en ASAT komen in alle weefsels voor. Een ALAT-verhoging is vooral een aanwijzing voor leverpathologie. Verhoogde waarden worden gezien bij met name (chronische) hepatitis B en C en bij

steatosis hepatis (leververvetting). Sterk verhoogde waarden treffen we onder meer aan bij acute cholestase en intoxicaties. Geringe verhogingen, tot circa 1,5 keer de bovengrens van normaal, hebben doorgaans geen klinische betekenis bij een niet-zieke patiënt (Oldenburg et al., 1999). Gonçalves et al. (1998) melden obesitas als belangrijkste oorzaak (47,5%) van aanhoudende ALAT-verhoging ($2 \times N$) in een populatie van Braziliaanse bloeddonoren. Stoornissen in het gebruik van alcohol, al dan niet in combinatie met obesitas, leverden samen 90,2% van de aanhoudend verhoogde ALAT-waarden.

Robinson en Whitehead (1989) bevestigen dat overgewicht een belangrijke oorzaak is van de verhoogde waarde van leverenzymen. Zij vonden in een Engelse studie van 21.000 mannen (*health screen*) een positieve correlatie met de alcoholconsumptie van de betreffende proefpersonen, terwijl ook hun BMI samenhangt met een verhoging van ASAT, ALAT en γ GT. Bij 6% van de geheelonthouders werden verhoogde leverenzymen gevonden. Bij mannen met een BMI > 32 was de prevalentie van de ALAT-verhoging ruim achtmaal zo groot in vergelijking met mannen met een BMI < 24, en de gemiddelde ALAT bleek ongeveer verdubbeld. Ter vergelijking: voor de gemiddelde ALAT-uitslag bij onthouding en bij meer dan negen consumpties per dag, vonden Robinson en Whitehead respectievelijk 23,5 (± 13) en 32,3 ($\pm 20,9$) U/l.

Steffensen et al. (1997) vonden bij een dwarsdoorsnede van de Deense populatie ($n = 903$) een oddsratio voor verhoogde ASAT bij 21-28 eenheden per week van 5,2 voor 475 vrouwen en 2,6 voor 428 mannen. Voor ALAT was dat respectievelijk 2,5 en 2,1 en voor γ GT 2,0 respectievelijk 4,6.

ASAT/ALAT-ratio

Bij leverpathologie zoals virale hepatitis lekt ASAT en ALAT uit de hepatocyt (ASAT/ALA-ratio < 1), tenzij de hepatocyt volledig te gronde gaat door het optreden van necrose. In een dergelijk geval, bijvoorbeeld bij acute toxische leverschade, wordt de ASAT/ALAT-ratio > 1 door de bijdrage van vrijkomend mitochondriaal ASAT. Mitochondriaal ASAT wordt alleen in researchlaboratoria gemeten. Bij patiënten met stoornissen in het alcoholgebruik worden transaminasen vaak op een niveau van 2-4 maal de bovengrens aangetroffen (Sharpe, 2001).

Bij een ASAT/ALAT-ratio > 2 is volgens Salaspuro (1987) de kans op irreversibele levercelschade door alcohol sterk verhoogd. Cohen en Kaplan (1979) vulden die bevindingen aan en vonden in een groep van 271 patiënten met leverpathologie en verhoogde transaminasen ASAT/ALAT-ratio's van $2,85 \pm 0,2$ die optraden bij alcoholische hepatitis tegenover $1,74 \pm 0,2$ bij postnecrotische cirrose en $1,3 \pm 0,17$ bij chronische hepatitis.

Deze ratio blijkt vooral geschikt om een onderscheid te maken tussen door alcohol geïnduceerde leverziekte en non-alcoholische leverziekten (Sharpe,

2001; Sorbi et al., 1999). In een groep van 32 patiënten met stoornissen in het alcoholgebruik zonder aanwijzing voor leverpathologie vonden Frezza et al. (1989) in 64% van de gevallen een verhoogde γ GT, in 54% een verhoogde ASAT en in 36% een verhoogde ALAT. De ASAT/ALAT-ratio was in 13% van de gevallen ≥ 2 . Bij een groep van 40 patiënten met stoornissen in het alcoholgebruik mét leverpathologie (vooral cirrose en chronische alcoholische hepatitis) werden bij 95% sterk verhoogde γ GT-waarden gezien, bij 93% een verhoogde ASAT en bij 13% een verhoogde ALAT. In deze laatste groep werd in 60% van de gevallen een ASAT/ALAT-ratio ≥ 2 gezien.

De bevindingen van Frezza et al. (1989) en Cohen en Kaplan (1979) ten aanzien van de ratio sluiten aan bij de stelling van Nyblom et al. (2004) dat de verhoogde ASAT/ALAT-ratio beter past bij een vorm van gevorderde leverpathologie als cirrose dan bij recent zwaar alcoholgebruik. Bij ernstige alcoholafhankelijkheid vonden Nyblom et al. slechts in circa 5% van zijn onderzoeksgroep een ratio > 2 , terwijl bij levercirrose in circa 70% van de gevallen de ratio > 2 was.

Oldenburg et al. (1999) vragen aandacht voor NASH (non-alcoholische steatohepatitis), die buiten de alcoholische hepatitis de meest voorkomende oorzaak is van matig verhoogde transaminasen, vooral bij vrouwen met ziektebeelden als diabetes, obesitas en hypertriglyceridemie. Hepatomegalie wordt vaak gevonden met ASAT- en ALAT-waarden van 2-3 maal de bovengrens en een ASAT/ALAT-ratio $< 1,7$.

Let op: de ASAT/ALAT-ratio mag niet gebruikt worden bij normale of licht verhoogde waarden (ASAT en/of ALAT tot anderhalf maal normaal).

Voor de ASAT en ALAT ligt de halfwaardetijd, dat wil zeggen de afbraaksnelheid in het bloed, gemiddeld op twee tot drie dagen; bij leverschade kan de normalisatie van de transaminasen wel twee tot drie weken duren.

De positieve likelihood ratio van de ALAT-meting wordt geschat op circa 2, van de ASAT-meting op 2-3.

Transaminasen en medicatie

Ten slotte moet vermeld worden dat ook medicijnen als paracetamol en fenytoïne, hyperthyreoïdie en eventueel spierletsel door een val of door stevig sporten een verhoogde ASAT kunnen veroorzaken (Giboney, 2005; Verslype, 2004). Bij ASAT/ALAT-ratio's > 1 zou dan ook tevens een CK-activiteit gemeten moeten worden om spierschade als oorzaak uit te sluiten.

Volgens Seifert en Anderson (2007) gaat het dagelijks gebruik van alcohol samen met een tweemaal zo hoge kans op paracetamolgebruik, dat soms kan leiden tot licht verhoogde transaminasewaarden. Een maximale dosis van 4 g paracetamol gedurende drie dagen, leidt niet tot transaminasestijgingen volgens Watkins et al. (2006), maar na veertien

dagen van paracetamolgebruik in de orde van 4 g/d stijgt de mediaan van de ALAT-waarde met een factor 2,8. Ibuprofen (minimaal 2,4 g /dag) leidde tot verhoging van ASAT en ALAT in 9 respectievelijk 16% van de gevallen in een groep vrijwilligers (Boyer et al., 1984), maar in het algemeen is leverschade bij ibuprofengebruik zeldzaam (O'Connor et al., 2003).

Conclusies

| | |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 1 | Solitaire, licht verhoogde ALAT- of ASAT-waarden (tot 1,5 keer de normale waarde) zijn van zeer geringe betekenis voor de diagnostiek van stoornissen in het gebruik van alcohol. Alcohol, maar ook obesitas en NASH, kunnen een verhoogde waarde van ALAT en ASAT in het bloed veroorzaken. Er bestaat geen reden om solitair verhoogde ($< 1,5 N$) ALAT- en/of ASAT-waarden, zonder andere aanwijzingen, te gebruiken als bewijs voor stoornissen in het gebruik van alcohol. |
| Niveau 2 | Een solitair verhoogde ASAT/ALAT-ratio > 2 (bij zowel ASAT als ALAT $> 1,5$ keer normaal) levert wel een aanwijzing op, maar heeft onvoldoende bewijskracht om de diagnose te stellen van aantoonbare stoornissen in het gebruik van alcohol. Ten aanzien van de ASAT/ALAT-ratio bij patiënten met stoornissen in het alcoholgebruik tonen meerdere studies aan dat een verhoogde waarde beter past bij aanwezige, ernstige leverschade, bijvoorbeeld alcoholhepatitis, dan bij recent doorgemaakte stoornissen in het gebruik van alcohol. |

Aanbeveling

De commissie acht de bepaling van ASAT, ALAT en hun ratio als onderdeel van de laboratoriumdiagnostiek van belang, mits die metingen gezien worden in combinatie met andere factoren en bepalingen.

2.3 γ GT

γ GT is een membraangebonden enzym; bij een waargenomen verhoging moet niet alleen aan een lever- of galwegaandoening gedacht worden, maar ook aan mogelijke pathologie van de nieren, de pancreas of de dunne darm. De waarde van γ GT in het bloed kan verhoogd zijn door enzyminductie, door celbeschadiging, of door obstructie van de galwegen zoals zich kan voordoen bij leververvetting of galstenen. Een geïsoleerd verhoogd γ GT zegt weinig over de oorzaak van de celbeschadiging van de lever (wij noemen dat: lage specificiteit).

De Jong waarschuwt dat op basis van artikelen uit de jaren zeventig van de vorige eeuw bij een verhoogde γ GT-waarde te snel aan alcoholgebruik wordt gedacht in een algemene populatie. Voor leverpathologie heeft γ GT een hoge sensitiviteit (87-95%), maar de voorspellende waarde van een geïsoleerde γ GT-bepaling op verdenking van stoornissen in het gebruik van alcohol is slechts 20% (De Jong, 1991; Penn en Worthington, 1983). Smellie et al. (2006) stellen dat het onjuist is om γ GT als sensitief én specifiek voor alcohol te beschouwen; afhankelijk van de populatie kan de sensitiviteit van een verhoogd γ GT variëren van 52 tot 94%.

Al na enkele alcoholconsumpties kan de γ GT bij een niet-alcoholist gedurende enkele dagen verhoogd zijn. Zonder complicaties als leververvetting of cholestase is de halfwaardetijd van een verhoogd γ GT-niveau ongeveer vier dagen. Mundle et al. (1999) toonden aan dat bij alcoholgebruik ≤ 60 g/dag na een abstinentie van meer dan vier dagen, een verhoogde γ GT-waarde alweer genormaliseerd is en bij alcoholgebruik van 60-200 g/dag is deze gedaald tot licht verhoogde waarden. Bij langer bestaande leverpathologie, zoals optreedt na een lange historie van fors alcoholgebruik, kent de γ GT meestal een halfwaardetijd van twee tot drie weken en een normalisatietijd van vier tot vijf weken (Sharpe, 2001).

Bij patiënten uit een alcoholontwenningsskliniek vonden Daeppen et al. (1999) γ GT-waarden van 45 ± 31 U/l bij afwezigheid van leverpathologie ($n = 176$) en 435 ± 323 U/l bij aanwezigheid van leverpathologie ($n = 20$) bij groepen met een vergelijkbaar patroon van alcoholinname. Ook Frezza et al. (1989) vonden een relatie tussen de mate van γ GT-verhoging en de aanwezigheid of afwezigheid van leverziekte: bij 32 patiënten met stoornissen in het alcoholgebruik zonder significante leverschade was de γ GT 92 ± 16 U/l, tegenover 291 ± 44 U/l bij 40 patiënten met stoornissen in het alcoholgebruik en met alcoholische leverziekte, waarbij de cirrosepatiënten hoger scoorden dan de steatosepatiënten. Frezza et al. concluderen mede op basis van de D-glucaarzuurexcretie (een marker voor microsomale enzyminductie) dat bij een γ GT-verhoging de aanwezigheid van celschade zwaarder telt dan enzyminductie door recent alcoholgebruik.

Poikolainen et al. (1997) vonden in een studie met 6010 Finnen dat de γ GT-verhoging bij alcoholgebruik sterker was bij mensen met obesitas dan bij proefpersonen met een normaal BMI: bij < 300 g alcohol/week en een normaal BMI vertoonde het γ GT-niveau geen significante stijging. Echter bij een BMI ≥ 27 zorgt een intake van 40-100 g/week al voor een verhoogde γ GT (oddsratio 2,0) en bij 200-300 g/week loopt de oddsratio op tot 8. Robinson en Whitehead (1989) melden dat obesitas zonder alcoholgebruik ook zorgt voor γ GT-verhoging en dat het roken van > 30 sigaretten per dag leidt tot een γ GT-verhoging met circa 50%.

Een verhoogde γ GT komt ook voor bij leververvetting (prevalentie in de algemene populatie is 16%) en overige obstructieve leverziekten, posthepatische obstructie, hepatitis, levercirrose, levercelcarcinoom en levermetastases. Diabetes kan ook leiden tot γ GT-verhogingen, met name bij vasculaire complicaties (Penn en Worthington, 1983).

De positieve likelihood ratio van de γ GT-meting wordt geschat op ongeveer 2.

γ GT en medicatie

Bekend zijn γ GT-verhogingen bij het gebruik van medicijnen als barbituraten, psychofarmaca, statines, antidepressiva, fenytoïne en antireumatica (Arndt, 2001; Limdi en Hyde, 2003). Zie ook het overzicht van door drugs geïnduceerde leverschade van de Oregon Health & Science University (url in literatuurlijst). Per medicijn dient nagegaan te worden hoe groot het effect is.

Volgens Fortman (1985) en Giroud et al. (1986) kunnen waarden tot 2 x N voorkomen bij carbamazepine en bij fenobarbital. Keeffe et al. (1986) rapporteren dat na zes maanden fenytoïnetherapie gemiddeld bij 90% van de gebruikers een driemaal zo hoge γ GT-waarde als normaal werd gezien, die tot twee jaar na behandeling significant verhoogd bleef. Alcoholgebruik versterkte de γ GT-stijging nog meer. Giroud (Giroud et al., 1986) bevestigt dat reeds vanaf een week medicatiegebruik een meer dan verdubbeling van de γ GT-waarden ontstaat voor fenytoïne en fenobarbital. Carbamazepine en valproaat zorgen voor een mildere toename van γ GT (Giroud et al., 1986).

Paracetamol heeft in normale doseringen geen effect op γ GT (Young, 1990).

Conclusies

| | |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 1 | Onderscheid moet worden gemaakt tussen recent alcoholgebruik (in de laatste week voor het onderzoek), mét of zonder bestaande leverschade. Bij incidenteel tot matig alcoholgebruik zonder aanwezigheid van leverschade is de halfwaardetijd van γ GT circa vier dagen. Bij leverpathologie of leververvetting als gevolg van alcohol, adipositas, diabetes of hyperlipidemie zien we een verhoogde γ GT-waarde die wekenlang kan aanhouden. |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 1 | Bestaande (al dan niet door alcohol veroorzaakte) leverschade draagt aanzienlijk bij aan een verhoogde γ GT-waarde. γ GT kent een goede sensitiviteit voor recent alcoholgebruik, maar een lage specificiteit. Obesitas zorgt voor een hogere respons van γ GT na alcoholinname. Medicatie is ook een mogelijke oorzaak van verhoogde γ GT. |
| Niveau 1 | Een solitair verhoogd γ GT ($> 1,5$ N) vormt een ondersteuning voor de diagnose stoornissen in het gebruik van alcohol, als andere oorzaken op aannemelijk gemaakte wijze zijn uitgesloten. |

Aanbeveling

De commissie acht γ GT als onderdeel van de laboratoriumdiagnostiek voor stoornissen in het gebruik van alcohol van belang. Een verhoogde γ GT-waarde ondersteunt de diagnose, mits andere specifieke aanwijzingen (bijvoorbeeld verhoogde CDT of Cage) in dezelfde richting wijzen.

3 CDT

3.1 Introductie van het begrip CDT

CDT (carbohydraatdeficiënt transferrine) werd bij toeval ontdekt bij de vergelijking van elektroforesepatronen van liquor cerebrospinalis en serum (Stibler, 1991). Bij patiënten met stoornissen in het alcoholgebruik was de disialotransferrineband en in mindere mate de asialotransferrineband verhoogd ten opzichte van niet-gebruikers. Transferrine is een transporteiwit en heeft een belangrijke functie bij het vervoer van driewaardig ijzer via het bloed naar het beenmerg, waar het ijzer wordt ingebouwd in erythrocyten.

Aan het transferrine zijn twee koolhydraatketens gebonden, welke tezamen gewoonlijk vier siaalzuurgroepen bevatten. Onder invloed van een afbraakproduct van alcohol (acetaldehyde) ontstaat een transferrinevorm waarbij één of beide koolhydraatketens afwezig zijn; we spreken dan van carbohydraatdeficiënt transferrine ofwel CDT. De toename van de fractie disialotransferrine (één koolhydraatketen afwezig) is zowel sensitief als specifiek voor alcoholgebruik (Jeppsson et al., 2007). Het CDT in bloed stijgt naarmate er meer alcohol gedronken wordt (Schellenberg et al., 2005; Whitfield et al., 2008). Bij onthouding daalt het CDT doorgaans binnen twee tot drie weken naar een normale waarde, maar na chronisch alcoholgebruik kan deze normalisatie langer duren. (Zie voor reviews: Arndt, 2001; Bortolotti et al., 2006; Fleming et al., 2004)

Welke methoden zijn beschikbaar voor CDT en zijn deze geschikt voor CBR-keuringen?

Ten aanzien van het onderzoek dat gedaan is met betrekking tot CDT en alcohol Diagnostiek, is het essentieel om aan te geven met welke methode dat onderzoek is uitgevoerd. In de loop van de jaren zijn in Nederland verschillende CDT-methoden gebruikt. Tot ongeveer 1998 was dat de zogeheten CDTECT-test van de firma Pharmacia, daarna vooral de zogeheten %CDT van de firma Axis-Shield, die eenmalig in februari 2001 werd aangepast op het vlak van reagentia en referentiewaarden. De Axismethode was tot eind 2008 de door het CBR geaccepteerde methode voor gebruik bij keuringen in het kader van Vorderings- en Eigenverklaringsprocedures. Bij de rapportages die vanaf 1999 gebruikelijk zijn en aangeduid worden als %CDT wordt de CDT uitgedrukt als percentage van het totaal transferrine.

Bij de interpretatie van gepubliceerd onderzoek moet zeer kritisch gekeken worden naar de CDT-publicaties die verschenen zijn vóór 2000, omdat daarin veelal gebruikgemaakt werd van de rond 1999 uit de handel genomen CDTECT-test. Deze CDTECT was erg gevoelig voor transferrineschommelingen (Van Pelt, 1998).

Voor de Axis-Shieldmethode, die tot en met 2008 werd gebruikt gold als bovengrens van het referentiegebied (de populatie van geheelonthouders en sociale drinkers) een waarde van 2,6%. Bij patiënten met alcoholafhankelijkheid werden met de Axismethode veelal waarden van minimaal 4% gezien. Als indicatie: bij mannen zal (gemiddeld) de bovengrens die normaal is voor CDT niet overschreden worden bij een gemiddelde consumptie van niet meer dan 60 g alcohol per dag (grotweg 1,5 l bier of 1 fles wijn per dag), gedurende minimaal een week. Voor vrouwen ligt deze grens lager, op ongeveer 40 gram per dag.

Bij het beschrijven van de methoden voor CDT-bepaling die anno 2010 beschikbaar zijn, kunnen wij drie hoofdgroepen onderscheiden: hogedruk vloeistofchromatografie (HPLC), capillaire elektroforese (CE) en de directe immunonefelometrie (N-Latex CDT-methode).

Meerdere firma's hebben voor de HPLC en de CE commerciële kits ontwikkeld, waarbij de zogeheten isovormen van transferrine gescheiden zijn en erfelijke varianten als een afwijkend patroon dus meteen herkenbaar zijn. De directe immunonefelometriemethode berust niet op scheiding van de transferrinefracties, maar meet rechtstreeks de afwezigheid van een of beide koolhydraatketens van transferrine (Delanghe et al., 2007).

De IFCC Working Group on Standardization of CDT van de International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine beveelt een goed gedefinieerde, niet-commerciële HPLC-methode volgens Helander

et al. (Helander et al., 2003) aan als internationale referentiemethode (Jeppsson et al., 2007). Deze 'Helandermethode' wordt in Nederland ook door het CBR geaccepteerd en is al jarenlang de bevestigingsmethode bij uitstek als de CDT-resultaten omstreden zijn.

De HPLC, de CE en de N-Latex-methode hebben een hogere specificiteit dan de methode van Axis-Shield (Arndt, 2001; Bortolotti et al., 2006; Delanghe et al., 2007).

Als 'referentiemethode', en daardoor ook direct voor de CBR-keuring geschikt, geldt alleen de HPLC-methode volgens Helander, die door de NVKC is goedgekeurd (Wienders et al., 2008). Conform de NVKC-richtlijn uit 2008 (Wienders et al., 2008) kunnen meerdere methoden als *routine method* ten behoeve van CBR-keuringen gebruikt worden. Alléén goedgekeurd door de NVKC zijn een drietal met name genoemde commerciële methoden. Dit vereist voor de keurende arts en ook voor het CBR extra oplettendheid bij de interpretatie van de resultaten in het kader van de diagnose, aangezien de wijze waarop gemeten wordt en de waarde die aan de verschillende meetmethoden wordt toegekend, aanzienlijk kunnen verschillen.

Bij omstreden CDT-resultaten van een routinemethode, zal het resultaat van de Helander-HPLC-methode de doorslag geven.

3.2 Storingen bij de CDT-bepaling

Incidenteel komen onschuldige erfelijke varianten (1 à 2% binnen de algemene populatie) van transferrine voor, welke bij gebruik van de Axismethode tot en met 2008 leidden tot meestal fout-lage (bij BC-varianten) of fout-hoge uitslagen bij de CD-variant, met een prevalentie van circa 0,1% voor personen van het Kaukasische ras tot 10% bij sommige negroïde rassen (Helander et al., 2003; Arndt, 2001). Daarnaast leidde een verhoogde trisialotransferrinefractie of een slechte scheiding van de di- en trisialofractie (zogeheten bridging, (Arndt, 2008)) eveneens tot een fout-hoge uitslag bij de Axismethode.

Een lichte verhoging van CDT kan voorkomen bij levercirrose, bij sterk verlaagde transferrineconcentraties, bij een levercarcinoom en bij het eindstadium van leverziekte in afwezigheid van recent alcoholgebruik (Arndt, 2001; Fleming et al., 2004; Bortolotti et al., 2006). Het voedingspatroon, frequent voorkomende ziektebeelden en het gebruik van de meest voorkomende geneesmiddelen in de huisartsenpraktijk blijken geen effect op de CDT-bepaling te hebben (Meerkerk et al., 1998; Fleming et al., 2004). Anorexia kan leiden tot fout-hoge waarden bij de Axismethode (Arndt, 2001).

Geen van de huidige methodes anno 2010 wordt gestoord door erfelijke varianten van transferrine (Delanghe et al., 2007).

3.3 Afkappunt voor significant verhoogde waarden, passend bij stoornissen in het gebruik van alcohol

Uit een systematische review van 29 onderzoeken (Koch et al., 2004) kwam naar voren dat de sensitiviteit van de verschillende CDT-methoden, mede afhankelijk van de studipopulatie, sterk verschilde (waarden tussen circa 40% en circa 70%). De specificiteit was in het algemeen goed met waarden tussen 80 en 95%; naarmate het alcoholgebruik toeneemt, neemt de sensitiviteit van de CDT-bepaling toe tot 70-80% (Koch et al., 2004). Echter ook hier moet opgemerkt worden dat de meerderheid van deze studies met de CDTect of de oude CDT van Axis-Shield is uitgevoerd.

Een lichte verhoging van het CDT kan zonder ondersteuning van de bevestiging door een andere methode niet geïnterpreteerd worden als recent alcoholmisbruik gezien de intra-individuele variatie (de wisselende waarde binnen een individu bij repeterend meten) en de interlaboratoriumvariatie (meetonzekerheid) voor CDT in Nederland. Punt et al. (2002) berekenden daarom dat bij de gebruikelijke duploanalyse voor de Axis Shield-methode als 'afkappunt' niet 2,6 maar 3,1% aangehouden moet worden, rekening houdend met het zogeheten kritisch verschil.

Op dezelfde manier kan de acceptabele bovengrens voor andere methoden worden uitgerekend: voor de HPLC volgens Helander is de bovengrens van het referentie-interval 1,7% (Helander et al., 2003; Bergström en Helander, 2008), uitgedrukt als %disialotransferrine. Bij de interpretatie moet rekening worden gehouden met de interlaboratoriumvariatie en de intra-individuele variatie.

Bij verdiscontering van interlaboratoriumvariatie en de intra-individuele variatie, tezamen verrekend in het 'kritische verschil' (Wienders et al., 2008), moet als afkappunt 2,1% DST (disialotransferrine) worden aangehouden voor de HPLC-referentiemethode. Dat wil zeggen dat pas bij een waarde groter of gelijk aan 2,1% DST de patiënt op basis van dit HPLC-onderzoek niet meer bij de referentipopulatie hoort ('normale populatie'). Voor de commerciële kits, die in 2008 door de NVKC werden goedgekeurd, zijn de bovengrenzen van de referentie-intervallen en de afkappunten samengevat in tabel 7.1.

De positieve likelihood ratio voor de goedgekeurde CDT-methoden anno 2010 wordt geschat op ongeveer 8; voor de allereerste CDTect lag die ratio rond de 4 (Koch et al., 2004).

Gelet op het gegeven dat meerdere CDT-methoden door de NVKC geschikt zijn bevonden voor gebruik ten behoeve van CBR-keuringen, is het essentieel dat bij alle uitslagen tevens vermeld wordt met welke methode die zijn verkregen.

Tabel 7.1 Overzicht van goedgekeurde CDT-methoden voor CBR-keuringen

| CDT-methode | Bovengrens normaal (NVKC) | Afkappunt* |
|----------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Helander HPLC (referentiemethode) | 1,7% DST | 2,1% DST [†] |
| ClinRep [†] CDT HPLC (Recipe) | 1,8% DST | Idem |
| CEofix [†] CDT CE (Analis) | 1,6% DST | Idem |
| N-Latex [†] CDT (Siemens) | 2,3% CDT | 2,8% CDT [†] |

Bron: Wielders et al., 2008

* Afkappunt (ook wel beslisgrens genoemd) is de getalsmatige uitslag, vanaf waar met 95% zekerheid gesteld mag worden dat de uitslag niet bij de normale verdeling behoort. Het afkappunt wordt berekend door optellen van de bovengrens van normaal en het kritisch verschil. Voorbeeld: een uitslag van 2,8% met de Latexmethode kan met 95% zekerheid als niet-normaal beschouwd worden.

† DST (disialotransferrine). Bij hplc-methoden en CE-methoden wordt gerapporteerd als % DST (fractie disialotransferrine ten opzichte van transferrine) en bij de N-Latex-methode als %CDT (fractie CDT ten opzichte van transferrine).

Conclusies

| | |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 1 | De CDT-bepaling is geschikt om met hoge mate van waarschijnlijkheid een stoornis in het gebruik van alcohol aan te tonen. |
| Niveau 2 | Voor kwantitatief onderzoek en bij hogere prevalentie scoort de CDT in vergelijkend onderzoek met andere algemeen gebruikte laboratoriumtesten het beste als enkelvoudige laboratoriumparameter voor het opsporen van stoornissen in het gebruik van alcohol. |
| Niveau 2 | Een CDT-uitslag $\geq 2,1\%$ DST (goedgekeurde HPLC- of CE-methoden, enkelvoudige meting) of $\geq 2,8\%$ (N-Latex CDT, enkelvoudige meting) betekent een significant verhoogde waarde, passend bij stoornissen in het gebruik van alcohol in de laatste weken (Wielders et al., 2008). |

Aanbeveling

De commissie acht CDT als onderdeel van de laboratoriumdiagnostiek met betrekking tot langdurig alcoholgebruik noodzakelijk. Een verhoogde CDT is een belangrijk element bij de diagnose, maar zonder andere ondersteuning onvoldoende voor de diagnose 'stoornissen in het alcoholgebruik'.

4 Onderlinge vergelijking van de diverse laboratoriumparameters

De CDT scoort doorgaans beter dan γ GT en beduidend beter dan MCV, ASAT en ALAT (zie reviews van Hannuksela et al., 2007 of Bortolotti et al., 2006). Bij vrouwen scoort de CDT minder goed dan bij mannen, voor de MCV is het juist andersom.

Omdat de prevalentie bij de groep cliënten binnen zowel de Vorderingsprocedure als ook de Eigen-verklaringsprocedure beduidend boven die in de algemene populatie ligt, zal hieronder nader ingegaan worden op groepen met een hoge prevalentie.

Hock et al. (2005) onderzochten CDT, γ GT en MCV bij patiënten met stoornissen in het alcoholgebruik en vroegere patiënten met stoornissen in het alcoholgebruik én leverpathologie (hepatitis of cirrose). Bij 115 sociale drinkers werd een mediaan en een 95-percentiel voor cdt van 2,2 respectievelijk 3,0% gevonden voor de Axismethode, bij 51 hepatitispatiënten 2,0 respectievelijk 4,4%, bij patiënten met non-alcoholische cirrose 2,4 respectievelijk 4,8% en bij 101 actieve patiënten met stoornissen in het alcoholgebruik 3,9 respectievelijk 14,9%. Er bestond geen correlatie tussen alcoholinname en de hoogte van CDT, γ GT of MCV. De specificiteit van CDT in alle groepen was hoger dan die van γ GT, en een combinatie van CDT en γ GT gaf nog betere resultaten.

Schwan et al. (2004) beschreven een multicenterstudie met alcoholmisbruik en afhankelijkheid, waarbij voor γ GT en CDT een sensitiviteit wordt gezien van 0,56 respectievelijk 0,80 voor misbruik. Voor afhankelijkheid was dit 0,86 respectievelijk 0,91. Schwan et al. bevelen de CDT aan als eerste keuze voor diagnostiek van alcoholmisbruik. Een hoge γ GT naast verhoogd CDT past volgens hen bij alcoholafhankelijkheid en een normale γ GT bij verhoogde CDT wijst op alcoholmisbruik.

Favrat et al. (www.icadts.org) onderzochten de diagnostische waarde van CDT, MCV, γ GT,

ASAT en ALAT bij 152 Zwitserse chauffeurs na rijden onder invloed. CDT scoorde het beste met een oppervlak onder de ROC-curve (AUC) van 0,77 tegen 0,67 voor γ GT. De AUC-waarden voor ASAT en ALAT waren 0,57 en 0,50 (niet significant).

4.1 Conclusies

| | |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 1 | De CDT al dan niet in combinatie met γ GT wordt gezien als optimale laboratoriumparameter voor het diagnosticeren van stoornissen in het gebruik van alcohol. Meerdere publicaties |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4.2 Aanbeveling

De commissie acht de CDT in combinatie met γ GT of de BAT (zie hoofdstuk 9) het beste onderdeel van de laboratoriumdiagnostiek voor het aantonen van stoornissen in het gebruik van alcohol gedurende de laatste twee tot drie weken.

Hoofdstuk 8

Psychiatrisch onderzoek

Aan welke eisen dient het psychiatrisch onderzoek te voldoen bij CBR-keuringen?

1 Inleiding

Het psychiatrisch onderzoek maakt onderdeel uit van het deskundigenrapport en wordt uitgevoerd overeenkomstig de *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen* (Sno et al., NVVP, 2004). Het beschrijft de status praesens mentalis (oftewel het psychiatrisch onderzoek in engere zin van de actuele psychische toestand) van de gekeurde. De bevindingen van het psychiatrisch onderzoek leveren alleen een definitieve diagnose met betrekking tot stoornissen in het gebruik van alcohol op, als de betrokkene openhartig is over zijn alcoholgebruik en de aan alcohol gerelateerde problemen. Zonder dat kan psychiatrisch onderzoek alleen in combinatie met de resultaten van de (hetero)anamnese, inclusief vragenlijsten, het lichamelijk onderzoek, het psychodiagnostisch onderzoek en het laboratoriumonderzoek bijdragen aan de mate van waarschijnlijkheid waarmee deze diagnose na afloop van de keuring wordt gesteld. De enige uitzondering op die regel wordt gevormd door de bevinding dat de gekeurde onder invloed van alcohol is tijdens het onderzoek. Dit kan blijken uit een alcoholfoetor ex ore of gedrag dat past bij dronkenschap. Dit dient bij voorkeur door een meting van het bloedalcoholpromillage bevestigd te worden om vaststaand bewijs op te leveren. Ook als de gekeurde tijdens het onderzoek een suggestief beeld vertoont dat doorgaans op onthoudingsverschijnselen wijst (bijvoorbeeld tremor, onrust, transpireren) is dit relevant voor de diagnose stoornis in het gebruik van alcohol. Daarbij moeten andere stoornissen, zoals een angststoornis, worden uitgesloten.

Bij het psychiatrisch onderzoek dient ook te worden gekeken naar andere psychische ziekten. Met name depressieve stoornissen, angststoornissen, paranoia en AD(H)D brengen een verhoogd risico op stoornissen in het gebruik van alcohol met zich mee. Ook persoonlijkheidsstoornissen kunnen gepaard gaan met verhoogd alcoholgebruik. Een andere beschrijving van deze stoornissen alsmede van misbruik van medicijnen en drugs valt buiten het bestek van deze richtlijn.

Tabel 8.1 Het psychiatrisch onderzoek

| | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Eerste indrukken | |
| – uiterlijk | Zie hoofdstuk 6. |
| – leeftijdsinschatting | Zie hoofdstuk 6. |
| – zelfverzorging | Zie hoofdstuk 6. |
| Contact en houding | |
| – contact | Coöperatief versus niet coöperatief. Opmerkelijk zijn vormen van contact die niet in overeenstemming met de context zijn (ernstig wantrouwend; al te joviaal; schaamtevol; dociel en afhankelijk). |
| – oogcontact | |
| – houding | Een enigszins gespannen, afwachende en mogelijk angstige houding is in overeenstemming met de context van het onderzoek. |
| – klachtenpresentatie | Er dient rekening gehouden te worden met een neiging tot bagatellisering of een externaliserende benadering door de gekeurde. |
| Cognitieve functies | |
| – bewustzijn, aandacht en oriëntatie | Opmerkelijk is een omneveld of verlaagd bewustzijn; stoornissen in de oriëntatie. |
| – geheugen | Opmerkelijk zijn stoornissen in het kortetermijngeheugen of kortdurende geheugenstoornissen die wijzen op memory black-outs. Langetermijngeheugenstoornissen zijn ook relevant, met dien verstande dat er dan veelal sprake is van een uitgebreidere, beter te herkennen pathologie. |
| – denkniveau | Niet formeel testen. |
| – voorstelling, (zelf) waarneming, | Met name zelfwaarneming rond aanhouding, rijden onder invloed en vorderingsprocedure. |
| – denken | Opmerkelijk zijn vertraging in het denken en stoornissen in de articulatie (<i>slurred speech</i>). |
| Affectieve functies | |
| – stemming en affect | Opmerkelijk zijn wisselende stemmingen met verhoogde prikkelbaarheid (snel geïrriteerd zijn). |
| Conatieve functies | |
| – psychomotoriek | Zie hoofdstuk 5 van Hengeveld en Schudel, 1997. |
| – motivatie en gedrag | |

* De basisindeling van deze tabel is ontleend aan het boek van Hengeveld en Schudel (1997).

In tabel 8.1 worden de onderdelen van het psychiatrisch onderzoek weergegeven die in het kader van deze richtlijn relevant kunnen zijn met betrekking tot de diagnose. Geen van de in deze tabel vermelde (mogelijke) bevindingen levert een definitief bewijs op voor de diagnose stoornis in het gebruik van alcohol, omdat zij niet specifiek zijn voor deze diagnose. Zij zijn gebaseerd op de praktijkervaring van de psychiaters die betrokken waren bij de opstelling van deze richtlijn. Ook kan het voorkomen dat het psychiatrisch onderzoek geen van de hiervoor genoemde afwijkingen oplevert, terwijl er toch sprake is van een stoornis in het gebruik van alcohol. Voor nadere toelichting op de onderdelen van het psychiatrisch onderzoek wordt hier verder verwezen naar het boek van Hengeveld en Schudel (1997). Aan het eind van het onderzoek wordt een beoordeling van de kwaliteit en betrouwbaarheid van de bevindingen gegeven, evenals een beoordeling van de factoren die daarop van invloed waren.

2 Conclusie

| | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niveau 4 | De betekenis van het psychiatrisch onderzoek bij het vaststellen van een stoornis is dat erkenning van de alcoholproblematiek door de betrokkene onderdeel uitmaakt van de bewijsvoering. Als de alcoholproblematiek door de gekeurde ontkend wordt, blijft die betekenis beperkt. In samenhang met de andere onderdelen van het onderzoek draagt het psychiatrisch onderzoek bij aan de mate van waarschijnlijkheid waarmee gesteld kan worden dat er sprake is van een stoornis in het gebruik van alcohol. D: mening van de commissie |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3 Aanbevelingen

Het psychiatrisch onderzoek dient verricht te worden volgens de NVVP richtlijn voor het psychiatrisch onderzoek. Bij het uitvoeren ervan dient men alert te zijn op tekenen van intoxicatie met alcohol (objectiveren via bloedanalyse) en onthoudingverschijnselen. Aanwijzingen voor andere psychische stoornissen (met name depressie, angst, ADHD) en persoonlijkheidsproblematiek worden beschreven in het verslag van het psychiatrisch onderzoek en zo nodig bij de conclusie genoemd.

Hoofdstuk 9

Gecombineerde methoden

Hoe worden de bevindingen van (hetero)anamnese, lichamenlijk onderzoek en laboratoriumonderzoek geïntegreerd om stoornissen in het gebruik van alcohol aan te tonen in het kader van CBR-keuringen?

1 Inleiding

Een logische stap om de matige waarden van enkelvoudige diagnostische testen voor stoornissen in het gebruik van alcohol te verbeteren is om verschillende testen tegelijkertijd te gebruiken.

Er zijn diverse pogingen gedaan om twee of meer biochemische testen (Bean, 2001; Huseby, 1997; Sillanaukee, 2000; Hartz, 1997) of combinaties van biochemische testen en klinische verschijnselen (Skinner, 1986) te gebruiken om stoornissen in het gebruik van alcohol aan te tonen.

Deze pogingen zijn nooit populair geworden vanwege de volgende problemen.

- 1 De sensitiviteit en specificiteit verbeterden onvoldoende.
- 2 De combinatie was te ingewikkeld om in een gewone klinische praktijk toe te passen.
- 3 De combinatie was niet toepasbaar in een setting waarbij te veel fout-positieve resultaten onacceptabel zijn.

De vraag rijst of het combineren van testen en klinische informatie kan bijdragen tot het verbeteren van de waarde van de aanvullende diagnostiek. Om dit te beoordelen is een korte uitweiding over het begrip 'waarschijnlijkheid' noodzakelijk.

Er zijn twee soorten waarschijnlijkheid.

- 1 *Objectieve waarschijnlijkheid.* Deze waarschijnlijkheid zegt iets over het aantal keren dat een ziekte (Z) zich in een bepaalde bevolkingsgroep (BG), manifesteert. De objectieve waarschijnlijkheid dat bijvoorbeeld alcoholisme zich binnen de categorie *drivers under influence* (DUI's) voordoet, is het aantal gevallen van alcoholisme gedeeld door het totaal aantal personen dat werd onderzocht. Dit getal, een percentage, wordt ook de prevalentie van ziekte (Z) in de bevolkingsgroep (BG) genoemd.

- 2 *Subjectieve waarschijnlijkheid.* Hierbij gaat het niet over een percentage binnen een bepaalde bevolkingsgroep. Het gaat over de kennis of de intuïtie van een individu, in dit geval de keuringsarts, dat degene die tegenover hem zit (in ons geval een DUI), al dan niet een stoornis in het gebruik van alcohol heeft. Dit getal is een decimaal tussen 0 en 1, en geeft de (graduele) overtuiging van de arts weer dat de persoon die tegenover hem zit, een alcoholist is.

Deze twee opvattingen van waarschijnlijkheid verschillen, hoewel ze in de praktijk vaak worden gecombineerd. Het goede nieuws van de objectieve waarschijnlijkheid is dat je het gemakkelijk kunt meten. Het slechte nieuws is dat het helemaal niet helder is wat je uit die getallen kunt afleiden voor de beoordeling van degene die gekeurd wordt.

Je zou kunnen veronderstellen dat de kans dat de gekeurde de ziekte heeft, gelijk is aan de prevalentie van de ziekte in de bevolkingsgroep (DUI's) waartoe dat individu behoort. In het geval van de DUI's ligt dat percentage ergens tussen 25 en 50%.

Maar in werkelijkheid behoort de gekeurde tot meer dan één categorie. Het individu is een man of vrouw, jong of oud, werkloos of niet, getrouwd of misschien net gescheiden, ambtenaar of autoverkoper, roker of niet. Het lidmaatschap van al die groepen bepaalt in belangrijke mate de subjectieve overtuiging van de arts of de betrokkene inderdaad een aan alcohol gerelateerde stoornis heeft. Dat is een van de redenen dat zo'n subjectieve overtuiging vooral bruikbaar is voor artsen, omdat de arts, per definitie, zich een oordeel moet vormen over één individu, over één geval.

Maar een subjectieve inschatting van de waarschijnlijkheid dat een bepaald individu verschijnselen van alcoholisme vertoont, is ook onderhevig aan een paar andere bezwaren.

Ten eerste is het oordeel dat een arts op basis van ervaring en intuïtie velt, zelden consistent. Stel bijvoorbeeld eens dat een arts de kans dat de patiënt tegenover hem aan alcoholisme lijdt, op 60% schat. Dat betekent dan logischerwijze ook dat de kans dat diegene geen alcoholist is, 40% bedraagt. Maar aangezien de ervaring artsen heeft geleerd dat sommige mensen 'een klein beetje' alcoholist zijn, neigen ze ertoe de kans dat iemand alcoholist is systematisch te hoog in te schatten, terwijl de inschatting dat iemand geen alcoholist is, gelijk blijft, zodat de som van beide het getal 1 overstijgt. Als je echter niet gehoorzaamt aan de basiswet van de waarschijnlijkheidsleer dat iets niet waarschijnlijker kan zijn dan 100%, leveren je berekeningen inconsistente, onbetrouwbare resultaten op.

Voorts is aangetoond dat de subjectieve inschatting van de kans dat iemand alcoholist is, verkeerd (in negatieve zin) wordt bijgestuurd als de arts een aantal andere waarschijnlijkheden bij zijn oordeel betreft, zoals de a priori bestaande wetenschap dat degene die hij beoordeelt deel uitmaakt van een of meer risicogroepen met betrekking tot alcoholgebruik.

En ten derde is het niet duidelijk hoe zulke subjectieve schattingen zich verhouden tot de objectieve realiteit – voor zover die bekend is. Een ongeïnformeerd, subjectief oordeel kan hemelsbreed verschillen van de werkelijke frequentie van het alcoholgebruik binnen een bevolkingsgroep. Professionele voorspellers van het weer kunnen een redelijke schatting maken, maar artsen kunnen dat niet. Meteorologen beschikken namelijk over verfijnde computerapparatuur (zogenoeten ‘computer-expert-systemen’), in tegenstelling tot artsen.

Bij een complexe afweging van de factoren die bijdragen tot de oordeelsvorming, is de hieronder voorgestelde benadering dus de hoogst haalbare wanneer we ernaar streven om de accuratesse van de diagnose te verbeteren. Niet in de laatste plaats omdat wij ook recht moeten doen aan de begrijpelijke wens van de gekeurde om niet ten onrechte als iemand met een stoornis in het alcoholgebruik bestempeld te worden.

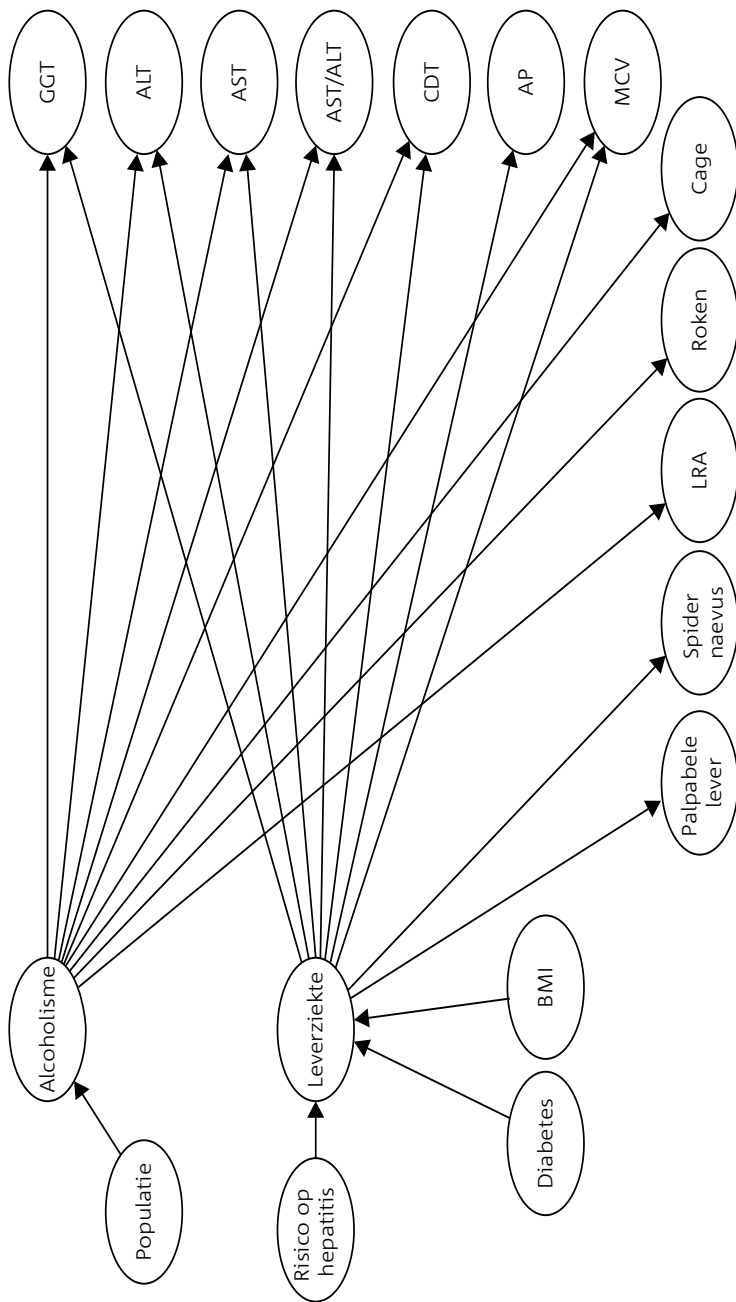
Onder een computer-expertsysteem wordt verstaan: een computer-programma dat de beschikbare kennis zodanig codeert dat het programma na de invoer van relevante variabelen een getal genereert dat de kans weergeeft dat de patiënt in kwestie een stoornis in het gebruik van alcohol heeft. In ons geval gaat het dus om variabelen als CDT- of γ GT-waarden, het geslacht van de gekeurde, roker of niet-roker.

Zulke expertsystemen zijn vooral nuttig als er vele diagnostische testen voor een bepaalde ziekte beschikbaar zijn, en als de relatie tussen de diagnostische test en de ziekte berust op een waarschijnlijkheidsberekening. De moderne computertechnologie heeft zich zodanig ontwikkeld dat

Tabel 9.1 Voorbeeld van een conditionele tabel voor ALAT; de waarden die ALAT kan aannemen worden gerelateerd aan, en zijn afhankelijk van de aanwezigheid van alcoholgebruik en/of leverafwijking

| <i>Geen schadelijk of riskant alcoholgebruik</i> | <i>Geen leverziekte</i> | <i>Vetlever</i> | <i>Hepatitis</i> | <i>Levercirrose</i> |
|--------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|------------------|---------------------|
| ALT niet verhoogd | 0.975 | 0.8 | 0.5 | 0.6 |
| 50 U/l < ALT < 100 U/l | 0.025 | 0.15 | 0.3 | 0.3 |
| ALT > 100 U/l | 0 | 0.05 | 0.2 | 0.1 |
| <i>Risikant gebruik</i> | | | | |
| ALT niet verhoogd | 0.9 | 0.8 | 0.4 | 0.5 |
| 50 U/l < ALT < 100 U/l | 0.05 | 0.15 | 0.35 | 0.25 |
| ALT > 100 U/l | 0.05 | 0.05 | 0.25 | 0.25 |
| <i>Schadelijk gebruik</i> | | | | |
| ALT niet verhoogd | 0.7 | 0.5 | 0.3 | 0.4 |
| 50 U/l < ALT < 100 U/l | 0.2 | 0.35 | 0.4 | 0.3 |
| ALT > 100 U/l | 0.1 | 0.15 | 0.3 | 0.3 |

Figuur 9.1 Netwerk voor de Bayesiaanse Alcoholisme Test-D (BAT-D)



De a-prioriwaarschijnlijkheid voor ziekten of stoornissen (links) is gecombineerd met biochemische (rechts) en klinische bevindingen (onder). Een pijl gaat van ziekte naar symptoom of biochemische test, hetgeen betekent dat het symptoom of biochemische test afhankelijk is van de ziekte.

het inmiddels mogelijk is een dergelijke expertsysteem te construeren. We duiden zo'n systeem aan met de term 'bayesiaans netwerk,' en dat wil zeggen: een grafische voorstelling waarbij pijlen aangeven hoe groot de kans is dat een bepaalde ziekte een afwijking in de verschillende diagnostische testen veroorzaakt.

De objectieve waarschijnlijkheden zijn gebaseerd op epidemiologisch onderzoek en de inschattingen van klinische experts. Om misverstanden te voorkomen: het gaat hier niet om subjectieve of objectieve kennis maar om waarschijnlijkheden.

Een bayesiaans systeem maakt de beantwoording van de volgende vragen mogelijk: stel we weten de uitslagen van een aantal diagnostische testen, wat is dan de kans dat een individuele patiënt lijdt aan een bepaalde ziekte? Een dergelijke Bayesiaans systeem voor het aantonen van stoornissen in het gebruik van alcohol is gevalideerd (Korzec et al., 2005; Korzec en Kievit, 2009; Gisolf et al., 2006). Het is hierbij aangetoond dat dit systeem (BAT-D) meer accurate diagnostiek oplevert dan het gebruik van biochemische markers alleen (voor aanvullende informatie: www.BAT-Diag.org).

Omdat geen enkel symptoom of biochemische test op zichzelf het bewijs kan leveren voor het bestaan van een stoornis in het alcoholgebruik, is de beste strategie om een bewijs te construeren als volgt.

- 1 Combineer gegevens met een hoge specificiteit.
- 2 Neem nota van versturende factoren en houd rekening met de kans dat die versturende factoren het resultaat beïnvloeden; let met name op de mogelijkheid van steatosis hepatitis.
- 3 Houd rekening met het diagnostisch venster van de diagnostische test (zie hoofdstuk 7).

2 Conclusie

Niveau 1 Er zijn aanwijzingen dat een bayesiaanse combinatie van onderzoek (*Bayesiaanse Alcoholisme Test-D*) dat bestaat uit laboratoriumtesten en vragenlijsten de hoogste diagnostische waarde heeft voor het diagnosticeren van een stoornis in het gebruik van alcohol en alcoholafhankelijkheid. Korzec et al., 2005; Korzec et al.; 2009; Gisolf, 2006; Korzec en Kievit, 2009

3 Aanbevelingen

Om met meer zekerheid een diagnose te kunnen stellen is het wenselijk om gegevens met een hoge specificiteit te combineren of de *Bayesiaanse Alcoholisme Test-D* (BAT-D) te gebruiken.

Hoofdstuk 10

Juridische aspecten

Welke juridische aspecten zijn relevant bij onderzoek en rapportage?

1 Toepasselijke wet- en regelgeving en jurisprudentie

Op het keuringsonderzoek zijn diverse wetten en regels van toepassing. Allereerst de relevante bepalingen in de Wegenverkeerswet (WvW) en de uitvoeringsregelingen zoals het Reglement rijbewijzen, de Regeling maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid en de Regeling eisen geschiktheid 2000. Zoals kort in hoofdstuk 3 genoemd werd, is bijvoorbeeld – ingevolge de Vorderingsprocedure en de Eigenverklaringsprocedure (opgenomen in de bijlagen 4 en 5) – een recht op herkeuring opgenomen. Herkeuring is in overeenstemming met het algemeen binnen het gezondheidsrecht erkende recht op een second opinion. Dit algemene recht is bijvoorbeeld ook opgenomen in de KNMG-gedrageregels voor artsen.

Zoals reeds in hoofdstuk 3 aan de orde is geweest, is de WGBO grotendeels van toepassing in de keuringssituatie. De relevante rechten en plichten die voor keuringen gelden, worden daarin genoemd. Daarnaast zijn de privacyeisen in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) van toepassing. Deze zijn, net als in de reguliere arts-patiëntrelatie, vooral van betekenis voor de eisen rond de beveiliging van (handmatig of digitaal vastgelegde) patiëntgegevens; dit dient om de toegang door onbevoegden uit te sluiten en voldoende privacy te bieden in de onderzoeks- en omkleedruimte van een professionele omgeving. De psychiater dient alleen met toestemming van de betrokkene gebruik te maken van video- of geluidsbandopnamen. Daarbij moet worden aangegeven waarom de keuringsarts dat nodig vindt en voor welk doel deze zullen worden gebruikt. De meldingsplicht bij het College bescherming persoonsgegevens in Den Haag, die geldt voor de verschillende soorten vastgelegde gegevens van patiënten en cliënten, is bij de CBR-keuring eveneens van toepassing, net als in de reguliere behandelingsituatie. Daaraan zal de psychiater doorgaans al hebben voldaan bij de aanvang van zijn praktijk.

Ook is de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) van toepassing op het handelen van de psychiater. Met name het klachtrecht bij de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg dat in de Wet BIG

is geregeld, is voor deze richtlijn relevant (zie paragraaf 10.4).

De Wet op de medische keuringen (WMK) is niet van toepassing op de CBR-keuringen. Deze wet is beperkt tot bepaalde keuringen binnen de private sector, te weten de aanstellingskeuring, de pensioen- of levensverzekeringskeuring en de keuring voor een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Ten slotte zullen ook de richtlijnen en gedragsregels die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld van belang zijn voor mogelijke (rechterlijke) toetsing van de wijze waarop het keuringsonderzoek heeft plaatsgevonden. Zoals de *Richtlijn Psychiatrische rapportage* (exclusief strafrechtelijke rapportage) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, en de *Richtlijn medisch specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband* van de Commissie Medisch Specialistische Rapportage (WMSR, Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage, 2008). Ook van toepassing zijn de eerdergenoemde Gedragsregels voor artsen en de (aangepaste) *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens* van de KNMG, alsmede het privacyreglement van het CBR, waarin wordt aangegeven hoe het CBR met de gegevens van betrokkenen omgaat.³ De (tucht)rechter gebruikt deze regels nogal eens als toetsingsinstrument als op de punten die aan de rechter zijn voorgelegd geen wettelijke regeling voorhanden is. De in deze richtlijn aangegeven conclusies en aanbevelingen zullen als toetssteen gebruikt worden.

Een laatste belangrijke rechtsbron is de jurisprudentie – en dan met name die van de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg – waarin de rechten en plichten rond de keuringssituatie grotendeels zijn ontwikkeld. Deze zijn deels in de WGBO neergelegd. In bijlage 6 is een overzicht opgenomen van relevante uitspraken van het tuchtcollege met betrekking tot rijbewijskeuringen.

2 Zorgvuldigheidseisen rond de medische keuring en het rapport

Op grond van de jurisprudentie over (rijbewijs)keuringen is hieronder een overzicht opgenomen van de belangrijkste eisen die gelden voor het keuringsonderzoek en de rapportage aan de opdrachtgever. Deze eisen vormen een nadere invulling van de ‘zorg van een goed hulpverlener’ zoals opgenomen in de WGBO.

- De psychiater is bevoegd en deskundig op het gevraagde gebied.

3 Reglement houdende beschrijving van de werking van de medische registratie van het CBR (Reglement medische registratie CBR), per 1 juli 2005 van toepassing.

- De psychiater moet de patiënt zélf zien, spreken of onderzoeken; dit wordt slechts in uitzonderlijke gevallen niet noodzakelijk geacht door de (tucht)rechter.⁴
- De psychiater moet alvorens met het onderzoek te starten gerichte vragen van de opdrachtgever ontvangen hebben.
- De psychiater moet op inzichtelijke en begrijpelijke wijze de gronden aangeven waarop de conclusies van het rapport steunen.
- Die gronden moeten voldoende steunen op feiten, omstandigheden en bevindingen in het rapport.
- Die gronden moeten de conclusies van het rapport kunnen rechtvaardigen.
- De rapportage moet zich beperken tot informatie die relevant is voor het beantwoorden van de vragen (privacyeis); tevens moet de rapporteur zich beperken tot zijn deskundigheid; worden er vragen gesteld buiten de specifieke deskundigheid van de rapporteur, dan moet hij dat in het rapport aangeven en zich niet laten verleiden tot het geven van een oordeel of het trekken van conclusies ter zake.
- De psychiater moet een redelijke en billijke (algemeen aanvaarde) onderzoeksmethode hanteren om de voorgelegde vragen te kunnen beantwoorden; zo nodig moet hij (met toestemming van betrokkene) relevante gegevens opvragen bij de behandelend arts of bijvoorbeeld bij de werkgever/bedrijfsarts van betrokkene.
- De psychiater moet onafhankelijk (dus geen behandelend arts of psychotherapeut) en onbevooroordeeld zijn, dus bijvoorbeeld geen vooringenomen houding hebben ten aanzien van de gezondheidstoestand of een bepaald ziektebeeld of syndroom van de betrokkene. Ook onthoudt hij zich tegenover betrokkene van waardeoordelen over eventuele behandelaars en doet hij geen uitspraken over zijn vermoedens ten aanzien van de eindbeslissing van de opdrachtgever.

4 Voorbeelden daarvan zijn: een situatie waarin de betrokkene zelf medewerking weigert aan het opstellen van het rapport, terwijl op basis van observatie, kennisneming van zijn gedragingen en bestudering van andere hem betreffende gegevens toch een rapport kan worden opgemaakt. Een ander voorbeeld is: een expertise die niet meer inhield dan het beantwoorden van een zestal vragen aan de hand van de medische gegevens die op dat moment beschikbaar waren. De arts mocht in dat geval een rapport uitbrengen zonder betrokkene persoonlijk te onderzoeken. Een derde voorbeeld is het geval van een zenuwarts die op verzoek van de rechtbank een vrouw (betrokken bij een ongeval) moest onderzoeken; zij weigerde dat. In overleg met de rechtbank heeft de arts gerapporteerd zonder de vrouw zelf te hebben gezien, dus uitsluitend op basis van de stukken (medisch dossier). Volgens het Centraal Tuchtcollege is de hoofdregel dat een arts voor een expertise de betrokkene zelf ziet en/of spreekt en/of onderzoekt (2005).

Betrokkene heeft een aantal rechten die in de wGBO/WBP en in de jurisprudentie zijn vastgelegd, namelijk recht op inzage en kopie, recht op correctie en blokkeringsrecht.

2.1 Recht op inzage en kopie

Betrokkene kan een beroep doen op (in de wet vastgelegde ongeclausuleerde) inzage in het keuringsrapport. Ook kan hij om een kopie vragen. Voor afschriften (niet voor inzage) mag de psychiater een redelijke vergoeding vragen. In de praktijk wordt uitgegaan van een bedrag van maximaal € 4,50 per afschriftverzoek. Bij rapporten van meer dan 100 pagina's, of wanneer dure bewerkingen nodig zijn voor het maken van een afschrift, bedragen de kosten maximaal € 22,50.⁵

Het inzage- en kopierecht vormt bij keuringen onderdeel van het blokkeringsrecht (zie paragraaf 10.2.3). Bij inzage en afschrift geldt slechts één beperking. Deze kan aan de orde zijn als door het geven van inzage in, of een afschrift van bepaalde delen van het dossier de *privacy van een ander* wordt geschonden. Het kan dan gaan om gevoelige informatie (bijvoorbeeld over het niet innemen van voorgeschreven medicatie, verzwegen relevante afwijkingen of alcohol- of drugsproblematiek), die door een partner of familielid aan de psychiater is verstrekt omdat de patiënt zelf weigert deze informatie aan de arts te geven in het vertrouwen dat de patiënt daarvan niet op de hoogte zou worden gebracht. De gegevens kunnen op de patiënt of op henzelf betrekking hebben. De psychiater neemt deze informatie uiteraard alleen in het rapport op als deze voor het doel van de keuring relevant is. Om een beroep op deze beperking te kunnen doen, moet de arts desgevraagd kunnen motiveren welk belang van derden erdoor geschaad wordt als de patiënt inzage krijgt in het rapport of daarvan een kopie ontvangt, en hij moet motiveren waarom dit belang zwaarder weegt dan het belang van de patiënt. Een dergelijke situatie zou zich bijvoorbeeld kunnen voordoen bij of rond een heteroanamnese.

De vroeger wél erkende 'therapeutische exceptie' als grond om inzage te weigeren, vanwege een mogelijk ernstig nadeel voor de patiënt, en het in plaats daarvan informeren van de vertrouwensarts, is in 1995 bewust niet in de wGBO opgenomen. Het is dan ook geen legitieme grond voor weigering van inzage. Persoonlijke werkaantekeningen zijn uitgezonderd van het inzagerecht van de patiënt. Daarmee worden bedoeld tijdelijke geheugensteuntjes of aantekeningen van de psychiater, die hij gebruikt voor het maken van zijn keuringsrapport.

5 Zie voor een kostenoverzicht Bijlage 5 van de *Handleiding voor artsen. Privacywetgeving en het omgaan met patiëntgegevens* van de KNMG (2001).

2.2 Recht op correctie

Via het inzagerecht (op grond van WGBO/WBP) wordt betrokkene in staat gesteld onjuistheden van feitelijke aard in het rapport aan te geven, en deze onder de aandacht te brengen van de opdrachtgever door middel van een verwijzing in de oorspronkelijke tekst naar de correctie(s), die tot dat doel in een bijlage bij het rapport worden opgenomen. Het kan dan gaan om onjuiste geboortedata, verwijsdata, verkeerd gespelde namen of onjuiste uitslagen. 'Feitelijk van aard' betekent dat de onjuistheid moet kunnen worden aangetoond met behulp van andere documenten of gegevens. Het correctierecht houdt niet in dat wijzigingen kunnen worden aangebracht omdat betrokkene het niet eens is met een onderdeel van het rapport, of omdat hij een passage niet relevant vindt. Correctie heeft dus geen betrekking op het professionele oordeel en de conclusies die in het rapport vervat zijn. Zo nodig kan de betrokkene wel op eigen kosten om een herkeuring of om een tweede onderzoek in het kader van de Wegenverkeerswet (WvW) vragen.

Indien het CBR de psychiater later verzoekt het rapport aan te passen omdat gebleken is dat er kleine en uitsluitend feitelijke onjuistheden in het rapport staan, zonder dat dit consequenties heeft voor de keuringsuitslag, hoeft de psychiater betrokkene niet wederom op zijn rechten te wijzen. De psychiater hoeft het rapport dan niet opnieuw eerst aan betrokkene te sturen voordat hij het naar het CBR stuurt. Dat laatste is wel het geval indien het om belangrijke (inhoudelijke) aanpassingen gaat die consequenties hebben voor de conclusies in de rapportage.

2.3 Blokkeringsrecht

Betrokkene heeft ook een wettelijk blokkeringsrecht (bevestigd in onder meer de uitspraak van de Raad van State van 25 februari 2009 en de uitspraak van het Regionaal tuchtcollege Zwolle van 23 augustus 2007, zie bijlage 6).⁶ Dit houdt in dat betrokkene het recht heeft te beslissen óf hij als eerste persoonlijk (bijvoorbeeld in de spreekkamer, met daarbij een aantekening van de datum van inzage) dan wel schriftelijk (toezending per post of mail) kennis wil nemen van de inhoud van het gehele rapport of een deel daarvan. Tevens heeft hij het recht op basis van de verkregen inzage te besluiten dat het rapport niet ter kennis wordt gebracht van de opdrachtgever (blokkeringsrecht). Een termijn van tien dagen (zoals aangegeven in de informatieteksten in bijlage 7) om aan te geven of betrokkene gebruik wil maken van het blokkeringsrecht is als uitgangspunt voor het CBR redelijk, maar er kunnen redenen zijn om van deze termijn naar boven of beneden af te wijken. Bij overschrijding van de

6 Zie ook ingezonden brief van mr. R.S. Doppegieter 'De alcoholist en zijn blokkeringsrecht (2)' in Medisch Contact 2009;64:477.

termijn, zonder een verzoek tot uitstel, mag de psychiater het rapport in definitieve vorm uitbrengen. Dat moet wel duidelijk zijn voor betrokkene, bijvoorbeeld via de folder en/of expliciete waarschuwing als de betrokkene gebruikmaakt van zijn recht op inzage en voorafgaand aan het moment waarop het rapport verzonden wordt.

Met betrokkene kan niet afgesproken worden dat hij op voorhand, dus voordat het keuringsonderzoek plaatsvindt, afstand doet van zijn inzage- en blokkeringsrecht. Betrokkene kan wel tijdens of na het keuringsonderzoek aangeven van inzage en/of blokkering te willen afzien. De psychiater legt dat schriftelijk en gedateerd vast en laat betrokkene daarvoor tekenen. Maakt betrokkene gebruik van het blokkeringsrecht, dan mag het rapport aan niemand worden toegezonden. De psychiater meldt dan aan het CBR dat hij vanwege gebruikmaking van het blokkeringsrecht door betrokkene (of omdat hij bepaalde relevante – uiteraard niet nader te noemen – gegevens niet mocht gebruiken) geen rapportage kan uitbrengen. Het CBR kan zich dan geen oordeel vormen over de geschiktheid van betrokkene. In dat geval wordt ervan uitgegaan dat de inhoud van het keuringsrapport zou hebben geleid tot een ongeschiktheidsverklaring. Conform het bepaalde in paragraaf 8.8 van de Regeling eisen geschiktheid 2000 moet, als een persoon is gestopt met alcoholmisbruik, eerst een recidiefvrije periode van één jaar zijn verstreken voordat iemand weer geschikt kan worden geacht. Om die periode te kunnen vaststellen bij een nieuw keuringsonderzoek kan (alleen) de keurend arts gebruikmaken van de daarvoor relevante gegevens die hij heeft vastgelegd in een eerder door betrokkene geblokkeerd keuringsrapport. Bij een nieuwe keuring heeft betrokkene uiteraard opnieuw de mogelijkheid het keuringsrapport te blokkeren. In november 2010 heeft de minister naar aanleiding van de bovengenoemde uitspraak van de Raad van State van 25 februari 2009 het Reglement rijbewijzen aangepast. Het CBR had immers na blokkering wel de mogelijkheid het rijbewijs ongeldig te verklaren (binnen de Vorderingsprocedure) of een verklaring van geschiktheid te weigeren (binnen de Eigen-verklaringsprocedure), maar niet om de bepalingen met betrekking tot voornoemde periode van een jaar (zie Regeling eisen geschiktheid 2000) te hanteren. Daarom is in het aangepaste Reglement rijbewijzen bepaald dat na gebruikmaking van het blokkeringsrecht door betrokkene, gedurende een jaar na de datum van het keuringsonderzoek geen verklaring van geschiktheid in het rijbewijzenregister wordt geregistreerd. Hiermee wordt voorkomen dat het blokkeringsrecht wordt gebruikt om telkens opnieuw de procedure te starten door een eigen verklaring in te dienen net zolang tot er sprake is van een voor de betrokkene gunstig rapport. Na blokkering is er als het ware sprake van een ‘fictieve ongeschiktheidsverklaring’ met als gevolg dat het voor

de betrokkene geen zin heeft gedurende de periode van een jaar een verklaring van geschiktheid aan te vragen, aangezien die toch niet wordt geregistreerd.⁷

De hiervoor genoemde rechten kan betrokkene delegeren aan een ander, bijvoorbeeld aan een partner. In dat geval wordt aanbevolen dat de psychiater de vertegenwoordiger om een schriftelijke machtiging vraagt, waarin staat dat betrokkene hem heeft aangewezen als plaatsvervanger.

3 Bewaartermijn van keuringsrapporten en vernietigingsrecht

De algemene bewaartermijn van patiëntengegevens in de WGBO is vijftien jaar.⁸ Ten aanzien van keuringen wordt in art. 464 lid 2, onder a van de schakelbepaling in de WGBO, gesproken over 'bewaring zolang dat noodzakelijk is voor het doel van het keuringsonderzoek' (dat wil zeggen: onderzoeken van de rijvaardigheid en geschiktheid). De bewaartermijn kan daardoor afwijken van de reguliere termijn. Op het moment dat de psychiater de rapportage afrondt en aan het CBR stuurt, is zijn taak beëindigd. Het CBR neemt vervolgens het besluit of betrokkene zijn rijbewijs krijgt of behoudt. De psychiater wordt geadviseerd de keuringsgegevens te bewaren tot de beslissing van het CBR op basis van de keuringsrapportage onherroepelijk is geworden, dus tot het moment van afronding van de procedure van betrokkene bij het CBR, inclusief eventueel bezwaar en beroep. Dat kan van belang zijn voor het geval de psychiater later alsnog ter verantwoording wordt geroepen door betrokkene voor zijn handelswijze (zie paragraaf 10.4). Over deze gegevens zal de psychiater niet meer beschikken indien betrokkene in deze periode een beroep doet op zijn vernietigingsrecht. Bij voorkeur wordt een vernietigingsverzoek schriftelijk door de psychiater vastgelegd, voorzien van datum en handtekening van betrokkene. In dat geval zal een eventuele klacht overigens weinig kans van slagen hebben, omdat de psychiater niet of onvoldoende in staat zal zijn zich te verweren voor bijvoorbeeld een klachtencommissie of een tuchtcollege.

7 Zie Onderdeel A van de artikelsgewijze toelichting bij het Besluit van 14 oktober 2010 tot wijziging van het Reglement rijbewijzen, Staatsblad 2010, 741.

8 In het wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg is een bewaartermijn van 20 jaar, te rekenen vanaf de laatste wijziging van het dossier, opgenomen. Deze wet zal na inwerkingtreding – naar verwachting in 2012 – de WGBO op een aantal punten, waaronder deze bewaartermijn, aanvullen.

4 Recht om een klacht in te dienen

Betrokkene heeft het recht een klacht in te dienen tegen de psychiater als hij meent dat deze onzorgvuldig heeft gehandeld. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om onvoldoende of niet gericht onderzoek, om onzorgvuldige rapportage, op grond waarvan de psychiater tot zijn conclusies is gekomen, om het weigeren om de mogelijkheid te bieden tot inzage of blokkering, of om het verstrekken van informatie over de keuring aan derden die daarmee niets van doen hebben.

Betrokkene kan een klacht indienen bij de klachtencommissie waarbij de psychiater (op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, *wkcZ*) is aangesloten, bijvoorbeeld een regionale klachtencommissie. Het geniet de voorkeur dat betrokkene wordt gewezen op de mogelijkheid om eerst gebruik te maken van een meer laagdrempelige klachtenprocedure. Een (zwaardere) optie voor betrokkene is het indienen van een klacht tegen de psychiater bij het tuchtcollege voor de gezondheidszorg (op grond van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg, *Wet BIG*). De bevoegdheid om een klacht in te dienen bij het tuchtcollege verjaart na tien jaar, te rekenen vanaf het moment dat het betreffende handelen of nalaten aan de orde was. Bij de klachtencommissie is er geen beperking, maar de afhandeling zal bemoeilijkt worden als er al enige jaren verstreken zijn. Op het recht om bezwaar en beroep aan te tekenen bij het *CBR* wordt ingegaan in paragraaf 10.6.

5 Aansprakelijkstelling

Op grond van de *wGBO* is het mogelijk dat de psychiater aansprakelijk wordt gesteld als aangetoond kan worden dat betrokkene schade heeft geleden door de wijze waarop de rapportage en de conclusies tot stand zijn gekomen (betrokkene dient een claim in). Het komt in de praktijk vaak voor dat betrokkene eerst de weg via de klachtencommissie of het tuchtcollege bewandelt.

Aansprakelijkheid wordt niet beoordeeld door de tuchtrechter, maar door de civiele rechter. Voordat eventuele aansprakelijkheid kan worden gehonoreerd, moet er ten eerste altijd sprake zijn van aantoonbaar geleden schade, bijvoorbeeld in de vorm van behandelkosten, vervoerskosten, gederfde inkomsten, of gederfde levensvreugde, ten tweede van verwijtbaar handelen van de arts en ten derde van een causaal verband tussen het handelen van de arts en de geleden schade. Voor een goed verweer is een heldere rapportage (zie de eisen voor een zorgvuldige rapportage) belangrijk. De aansprakelijkheid van psychiaters kan ingevolge de *wGBO* niet worden beperkt of uitgesloten. Het is daarom nodig dat de psychiater

bij zijn aansprakelijkheidsverzekeraar nagaat of de keuringen die hij verricht onder de dekking van zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekering vallen. Datzelfde moet ook nagegaan worden met betrekking tot zijn rechtsbijstandsverzekering.

6 Recht om bezwaar en beroep aan te tekenen tegen het besluit van het CBR

Voor de volledigheid wordt hier ook het recht op het instellen van bezwaar en beroep tegen het CBR-besluit genoemd. Psychiaters staan daar verder buiten.

De Algemene wet bestuursrecht is op de vorderingsprocedure en de Eigen-verklaringsprocedure van toepassing. Dat betekent dat betrokkenen bezwaar en beroep kunnen aantekenen tegen de besluiten die door het CBR worden genomen.

Zodra een bezwaarschrift door het CBR is ontvangen, wordt betrokkene ook de mogelijkheid geboden om te verschijnen op een hoorzitting.

Dat is alleen anders indien zijn bezwaar kennelijk ongegrond is. Bij de beslissing van het CBR over zijn bezwaar wordt betrokkene gewezen op de mogelijkheid om in hoger beroep te gaan. Daarnaast kan hij tijdens een lopende bezwaarzaak een voorlopige voorziening bij de bestuursrechter aanvragen.

6.1 Conclusies

Niveau n.v.t. Op de keuring zijn diverse wetten en regels van toepassing, zie hiervoor paragraaf 10.1. Deze stellen (privacy)eisen aan de wijze waarop de psychiater het onderzoek moet verrichten, aan de informatieplicht, de rechten van betrokkene en de bewaartermijn van keuringsgegevens.

WGBO

Niveau n.v.t. Uit de relevante jurisprudentie van de medische tuchtrechter rond (rijbewijs)keuringen zijn een aantal algemene zorgvuldigheidseisen af te leiden; zie hiervoor paragraaf 10.2 en bijlage 6. De psychiater neemt deze in acht.

WGBO

6.2 Aanbevelingen

- De psychiater stelt zich op de hoogte van de relevante wet- en regelgeving rond keuringsonderzoeken.
- De psychiater geeft betrokkene desgevraagd inzage in en een kopie van het keuringsrapport. Op verzoek van betrokkene neemt hij uitsluitend correcties van feitelijke aard op in een separate bijlage bij het rapport. Indien betrokkene van het blokkeringsrecht gebruikmaakt, blokkeert hij het doorgeven van zijn conclusies en de verzending van het rapport aan het CBR. Maakt betrokkene geen gebruik van inzage en/of blokkering dan legt de psychiater dat schriftelijk, gedateerd en getekend door betrokkene vast. De psychiater bewaart de keuringsgegevens tot het moment van afronding van de procedure van betrokkene bij het CBR.
- Betrokkene heeft het recht om een klacht in te dienen tegen de psychiater. Deze stelt zich op de hoogte van de wijze waarop betrokkene dit kan doen. Hij stelt zich toetsbaar op. Ook heeft betrokkene het recht van bezwaar en beroep tegen het besluit van het CBR. De psychiater stelt zich op de hoogte hoe hij betrokkene naar deze procedure kan verwijzen.
- De psychiater checkt of zijn beroepsaansprakelijkheid- en rechtsbijstandsverzekering voldoende dekking bieden voor zijn keuringsactiviteiten. Bij een klacht laat hij zich bij voorkeur ondersteunen door een ter zake deskundig jurist van of via zijn rechtsbijstandsverzekeraar. Bij een schadeclaim richt hij zich direct tot zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar.

Alle genoemde wetten zijn te vinden op: wetten.overheid.nl.

Literatuur

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington DC: APA, 1994.
- Arndt T. Carbohydrate-deficient transferrin as a marker of chronic alcohol abuse: A critical review of preanalysis, analysis, and interpretation. *Clin Chem* 2001;47:13-27.
- Arndt T, Meijden BB van der, Wielders JPM. Atypical serum transferrin isoform distribution in liver cirrhosis. *Clin Chim Acta* 2008;394:42-46.
- Bergström JP, Helander A. Influence of alcohol use, ethnicity, age, gender, BMI and smoking on the serum transferrin glycoform pattern: Implications for use of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) as alcohol biomarker. *Clin Chim Acta* 2008;388:59-67.
- Bortolotti F, De Paoli G, Tagliaro F. Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) as a marker of alcohol abuse: A critical review of the literature 2001–2005. *J Chrom Biomed* 2006;841:96-109.
- Boyer GL, Seckman CE, Welshman IR. Safety profile: fifteen years of clinical experience with ibuprofen. *Am J Med* 1984;77:25-34.
- Bradley KA, Bush KR, Davis TM, Dobie DJ, Burman ML, Rutter CM, et al. Binge drinking among female Veterans Affairs patients: prevalence and associated risks. *Psychol Addict Behav* 2001;15:297-305.
- Brigden ML, Graydon G. Macrocytosis in outpatients: a changing spectrum of etiologies. *Laboratory Hematology* 1997;3:104-9.
- Carrington Reid M, Fjellin DA, O'Connor PG. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Arch Intern Med* 1999;159:1681-9.
- CBR. Regeling eisen geschiktheid, 2000. Beschikbaar via: www.cbr.nl.
- CBR. Regeling maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid, 1996. Beschikbaar via: www.cbr.nl/brochure/VOWEB910.pdf.
- CBR. Reglement houdende beschrijving van de werking van de medische registratie van het CBR, 2005. Beschikbaar via: www.cbr.nl/Vademecum/index.asp?pageid=72.
- CBR. Reglement rijbewijzen, 2004, 2010. Zie bijlagen 4 en 5.
- Chalmers DM, Chanarin I, Macdermott S, Levi AJ. Sex-related differences in the haematological effects of excessive alcohol consumption *J Clin Pathology* 1980;33:3-7.
- Cohen JA, Kaplan MM. The SGOT/SGPT ratio – An indicator of alcoholic liver disease. *Dig Dis Sci* 1979;24:835-8.
- Conigliaro J, Kraemer K, McNeil M. Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000;13:106-14.

- Conigrave KM, Degenhardt LJ, Whitfield JB, Saunders JB, Helander A, Tabakoff B. CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: The WHO/ISBRA collaborative project. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:332-9.
- Cornell M. Detection of problem drinkers in general practice (proefschrift). Rijksuniversiteit van Limburg, Maastricht, 1994.
- Coulton S, Drummond C, James D, Godfrey C, Bland JM, Parrott S, et al.; Stepwise Research Team. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *BMJ* 2006;332:511-7.
- Daepfen J-B, Schoenfeld-Smith K, Smith TL, Schuckit MA. Characteristics of alcohol dependent subjects with very elevated levels of γ GT. *J Stud Alcohol* 1999;60:589-94.
- Delanghe JR, Helander A, Wielders JP, Pekelharing JM, Roth HJ, Schellenberg E, et al. *Clin Chem* 2007;53:1115-21.
- Doppegieter RS, Hermens MLM. Keuringen en psychiatrische rapportages, het inzage- en blokkeringsrecht van de patiënt. *De Psychiater* 2006;6:29-33.
- Doppegieter RS. De alcoholist en zijn blokkeringsrecht (2). *Med Contact* 2009;64:477.
- Doppegieter RS. Keuren of informeren, de rol van artsen bij het beoordelen van de rijgeschiktheid, *Med Contact* 2004;59:639-41.
- Dunbar JA, Ogston SA, Ritchie A, Devgun MS, Hagart J, Martin BT. Are problem drinkers dangerous drivers? *Brit Med J* 1985;290:827-9.
- Favrat B, Cuadro M del, Dovat M, Mangin P, Augsburg M. Biological markers of long-term alcohol consumption in alcoholised drivers. Beschikbaar via: www.icadts.org/T2004/pdfs/O8.pdf.
- Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2000;160:1977-89.
- Fleming MF, Anton RF, Spies CD. A review of genetic, biological, pharmacological, and clinical factors that affect carbohydrate-deficient transferrin levels. *Alcohol Clin & Exp Research* 2004;28:1347-55.
- Fortman CS. Serum 5'-nucleotidase in patients receiving anti-epileptic drugs. *Am J Clin Pathol* 1985;84:197-201.
- Frezza M, Pozzato G, Chiesa L, Terpin M, Barbone F, Di Padova C. Abnormal serum γ GT in alcoholics. Clues to its explanation. *Neth J Medicine* 1989;34:22-8.
- Giboney PT. Mildly elevated liver transaminasen levels in the asymptomatic patient. *Am Family Physician* 2005;71:1105-10.
- Giroud M, D'Athis P, Guard O, Soichot P, Dumas R. Evaluation of changes in gamma-glutamyltransferase in chronic treatment with antiepileptic agents. *Presse Med.* 1986;15:791-4.

- Gisolf J, Korzec S, Korzec A. Baysiaanse Alcoholisme Test. Een onderzoek naar de toepasbaarheid van de BAT als selectieinstrument in het kader van Regelingen maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid. Rapport in opdracht van V&W, Directoraat-generaal Personenvervoer, afdeling Wegen en verkeersveiligheid, 2006. Beschikbaar via: www.kortec.nl/papers/defRapport.pdf.
- Gonçales Júnior FL, Stucchi RS, Papaiordanou PM, Pavan MH, Gonçalves NS, Pinho JR. Elevated alanine aminotransferase (ALT) in blood donors: an assessment of the main associated conditions and its relationship to the development of hepatitis C. *Rev Ins Med* 1998;40:219-24.
- Hannuksela ML, Liisanantti MK, Nissinen AE, Savolainen MJ. Biochemical markers of alcoholism *Clin Chem Lab Med* 2007;45:953-61.
- Hasselblatt M, Martin F, Maul O, Ehrenreich H, Kernbach-Wighton G. Persistent macrocytosis following abstinence from chronic alcohol abuse. *JAMA* 2001;286:2946.
- Helander A, Husa A, Jeppsson J-O. Improved HPLC method for CDT in serum. *Clin Chem* 2003;49:1881-90.
- Hengeveld MW, Schudel WJS. Het psychiatrisch onderzoek. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.
- Hock B, Schwarz M, Domke I, Grunert VP, Wuertemberger M, Schiemann U, et al. Validity of CDT, γ GT and MCV as biomarkers for chronic alcohol abuse. *Addiction* 2005;100:1477-86.
- Jeppsson JO, Arndt T, Schellenberg F, Wiolders JP, Anton RF, Whitfield JB, et al.; International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine Working Group on Standardization of Carbohydrate-deficient Transferin (IFCC-WG-CDT). Towards standardization of CDT measurement. *I Clin Chem Lab Med* 2007;45:558-62.
- Jong M de. Verhoogde serumactiviteit van γ GT, niet altijd alcohol. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:807-8.
- Jurisprudentie van de Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. Beschikbaar via: www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl.
- Kazmierczak SC. Statistical techniques for evaluating the diagnostic utility of laboratory tests *Clin Chem Lab Med* 1999;37:1001-9.
- Keeffe EB, Sunderlan MC, Gabourel JD. Serum gamma-glutamyl transpeptidase activity in patients receiving chronic phenytoin therapy. *Dig Dis Sci* 1986;31:1056-61.
- KNMG. Gedragsregels voor artsen. Utrecht: KNMG, 2002. Beschikbaar via: www.artsennet.knmg.nl.
- KNMG. Privacywetgeving en het omgaan met patiëntgegevens. KNMG Handleiding voor artsen. Utrecht: KNMG, 2001. Beschikbaar via: www.artsennet.knmg.nl.
- KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht: KNMG, 2010. Beschikbaar via: www.artsennet.knmg.nl.

- Koch H, Meerkerk GJ, Zaat JO, Ham MF, Scholten RJ, Assendelft WJ. Accuracy of CDT in the detection of excessive alcohol consumption. A systematic review. *Alcohol Alcoholism* 2004;39:75-85.
- Koivisto H, Hietala J, Anttila P, Parkkila S, Niemelä O. Long-term ethanol consumption and macrocytosis: diagnostic and pathogenic implications *J Clin Lab Med* 2006;147:191-6.
- Korzec A, Bär M, Koeter MWJ, Kieviet W de. Diagnosing alcoholism in high risk drinking drivers: comparing different diagnostic procedures with estimated prevalence of hazardous alcohol use. *Alcohol and Alcoholism* 2001;36:594-602.
- Korzec A, Bruijn C de, Lambalgen M van. The Bayesian Alcoholism Test had better diagnostic properties for confirming diagnosis of hazardous and harmful alcohol use. *J Clin Epidemiol* 2005;58:1024-32.
- Korzec A, Kieviet W de. Diagnostiek van overmatig alcoholgebruik. Bayesiaanse formules of klinisch redeneren? *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:A438.
- Korzec A. Confirming alcoholism in drivers under influence (proefschrift). Amsterdam: Prometheus, 2004.
- Korzec S, Korzec A, Conigrave K, Gisolf J, Tabakoff B. Validation of the Bayesian Alcoholism Test compared to single biomarkers in detecting harmful drinking. *Alcohol & Alcoholism* 2009;44:398-402.
- Koster van Groos GAS. Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2001.
- Leidraad deskundigen in civiele zaken, Raad voor de rechtspraak, 2007 (Zie: www.rechtspraak.nl/NR/rdonlyres/5A7FAEC4-79CE-451F-A5AC-6BCAAA6F1021/0/Leidraad_deskundigen_WT.pdf).
- Limbeek J van, Alem V van, Wouters L. Vroege signalering van alcoholproblematiek in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1992;35:72-7.
- Limdi JK, Hyde GM. Evaluation of abnormal liver function tests. *Postgrad Med J* 2003;79:307-12.
- McQuade WH, Levy SM, Yanek LR, Davis SW, Liepman MR. Detecting symptoms of alcohol abuse in primary care settings. *Archives of Family Medicine* 2000;9:814-21.
- Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher P, Njoo K, Boomsma LJ. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik. *Huisarts Wet* 2005;48:284-95.
- Meerkerk G-J, Njoo KJ, Bongers IBM. The specificity of the CDT assay in general practice. *Alcoholism CER* 1998;22:908-13.
- Mekking-Pompen I, Ravelli DP, Nijman H. 'Onderzoek naar rijgeschiktheid door de psychiater na rijden onder invloed' Beschrijving van 101 overtreders en aanbevelingen voor preventie. *Tijdschr Psychiatrie* 2009;51:9-19.
- Mihás AA, Tavassoli M. Laboratory markers of ethanol intake and abuse: a critical appraisal. *Am J Med Sci* 1992;30:415-28.

- Mischke HD, Venneri RL. Reliability and validity of the MAST, Mortimer Fuilkins Questionnaire and CAGE in DWI Assessment. *Journal of studies on Alcohol* 1987;48:492-501.
- Mundle G, Ackermann K, Munkes J, Steinle D, Mann K. Influence of age, alcohol consumption and abstinence on the sensitivity of CDT, γ GT and MCV Alc. *Alcoholism* 1999;34:760-6.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. *Herziene Profielschets Psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2005.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. *Richtlijn psychiatrische rapportage (exclusief strafrechtelijke rapportage)*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2002.
- NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik M10, juni 1991.
- Nyblom H, Berggren U, Balldin J, Olsson R. High ALT/AST ratio may indicate advanced alcoholic liver disease rather than heavy drinking. *Alc Alcoholism* 2004;39:336-9.
- O'Connor N, Dargan PI, Jones AL. Hepatocellular damage from NSAID's Q J Med 2003;96:787-91.
- Oldenburg B, Berge Henegouwen GP van. Beleid bij verhoogde serumwaarden van aminotransferasen zonder symptomen, in het bijzonder bij non-alcoholische steatohepatitis *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:506-9.
- Oregon Health & Science University. Liver function tests recommendations for commonly used hepatotoxic agents. Beschikbaar via: www.ohsu.edu/medicine/residency/handouts/pharmpearls/Gastrointestinal/DrugsAndLFTsMonitoring.pdf
- Östrom M, Eriksson A. Single-vehicle crashes and alcohol: a retrospective study of passenger car fatalities in Northern Sweden. *Acc Anal Prev* 1993;25:171-6.
- Papoz L, Weill J, l'Hoste J, Chich Y, Got C, Goehrs Y. Biological markers of alcohol intake among 4796 subjects injured in accidents. *BMJ* 1986; 292, 1234-7.
- Pelt J van. False positive CDtect values in patiënts with low ferritin values *Clin Chemistry* 1998;44:2019-20.
- Penn R, Worthington DJ. Is serum γ GT a misleading test? *BMJ* 1983;286:531-5.
- Poikolainen K, Vartiainen E. Determinants of γ GT: positive interaction with alcohol and body mass negative association with coffee *Am J Epidemiology* 1997;146:1019-24.
- Poppelier A, Wiel A van de, Mheen D van de. *Overdaad schaadt: een inventarisatie van de lichamelijke gevolgen van sociaal geaccepteerd alcoholgebruik en binge-drinken*. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, 2002.
- Punt JMHM, Masseur WMM, Janssens PMW, Pelt J van. Over de betekenis van de %CDT-uitslag bij de beoordeling van het patroon van alcoholgebruik. *Ned Tijdschr Klin Chem* 2002;27:271-8.

- Robinson D, Whitehead TP. Effect of body mass and other factors on serum liver enzyme levels. *Ann Clin Biochem* 1989;26:393-400.
- Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365:519-30.
- Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwall P. *Clinical Epidemiology*. Boston: Little Brown and Company, 1991.
- Salaspuro M. Use of enzymes for the diagnosis of alcohol-related organ damage. *Enzyme* 1987;37: 87-107.
- Saunders JB, Lee NK. Hazardous alcohol use: its delineation as a sub-threshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Compr Psychiatry* 2000;41:95-103.
- Schellenberg F, Schwan R, Mennetrey L, Loiseaux MN, Pagès JC, Reynaud M. Dosis-effect relation between daily ethanol intake in the range 0-70 grams and % CDT value: validation of a cut-off value. *Alcohol Alcohol* 2005;40:531-4.
- Schwan R, Loiseaux MN, Schellenberg F, Albuissou E, Favre JD, Rigaud A, et al. Multicenter validation study of the %CDT TIA kit in alcohol abuse and alcohol dependence. *Alcoholism CER* 2004;28:1331-7.
- Seifert CE, Anderson DC. Acetaminophen usage patterns and concentrations of glutathion and gamma-glutamyl transferase in alcoholic subjects. *Pharmacotherapy* 2007;11:1473-82.
- Sharpe PC. Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Ann Clin Biochem* 2001;38:652-64.
- Smellie WSA, Forth J, Ryder SA. Best practice in primary care pathology Rev 5: Minor liver function tests abnormalities. *J Clin Pathol* 2006;59:1229-37.
- Sobell LC, Sobell MB. Timeline Followback: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. In: Litten RZ, Allen JP (eds.). *Measuring alcohol consumption: psychosocial and biological methods*. New Jersey: Humana Press, 1996, pp. 41-72.
- Sorbi D, Boynton J, Lindor KD. The ratio of ASAT to ALAT: potential value in differentiating nonalcoholic steatohepatitis from alcoholic liver disease *Am J Gastroenterology* 1999;94:1018-22.
- Stamm D, Hansert E, Feuerlein W. Detection and exclusion of alcoholism in men on the basis of clinical laboratory findings. *J Clin Chem Clin Biochem* 1984;22:79-96.
- Steffensen FH, Sørensen HT, Brock A, Vilstrup H, Lauritzen T. Alcohol consumption and serum liver-derived enzymes *Int J Epidemiology* 1997;26:92-9.
- Stibler H. Carbohydrate-deficient transferrin in serum, a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed 1991; 37: 2029 - 2037
- Tønnesen H, Hejberg L, Frobenius S, Andersen JA. Erythrocyte MCV – Correlation to drinking pattern in heavy alcoholics. *Acta Med Scand* 1986;219:515-8.

- Üstün B, Compton W, Mager D, Babor T, Baiyewu O, Chatterij S, et al. WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:161-9.
- Verslype C. Evaluation of abnormal liver enzyme results in asymptomatic patients. *Act Clin Belg* 2004;59:285-9.
- Vinglis E. Are drinking-drivers alcoholics? A review of the literature. *Proceedings of the International Workshop: High Alcohol Consumers and Traffic*, 1989;28-30:165-82.
- Vinglis E. Drinking drivers and alcoholics: Are they from the same population? In: Smart RG, et al. (eds.) *Research advances in alcohol and drug problems*. New York: Plenum Press, 1983, pp. 299-342.
- Waller JA, Turkel HW. Alcoholism and traffic death. *New Engl J Med* 1966;275:532-6.
- Watkins PB, Kaplowitz N, Slattery JT. Aminotransferase elevations in healthy adults receiving 4 grams of acetaminophen daily: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:87-93.
- Werkgroep MDR. *Stoornissen in het gebruik van alcohol. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol: richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009.
- Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage. *Richtlijn medisch specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband*. Utrecht: WMSR/KNMG, 2008.
- Whitfield JB, Dy V, Madden PAF. Measuring carbohydrate-deficient transferrin by direct immunoassay: factors affecting diagnostic sensitivity for excessive alcohol intake. *Clin Chem* 2008;54:1158-65. Epub 2008 May 16.
- Wiel A van der, Wielders JPM. Biomarkers voor alcoholgebruik. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2009;153:B160.
- Wielders JPM, Bergkamp F, Pekelharing M. Correlation and performance of the Axis-Shield and the Dade-Behring N-Latex methods for %CDT in the follow-up of drunk-driving. Abstract. *Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk* 2008;33:71.
- Wielders JPM, Bergkamp FJM, Janssen MJW. *Geschiktheid van CDT analysemethoden ten behoeve van onderzoek naar chronisch overmatig alcohol gebruik. Richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde*. Utrecht: NVKC, 2008. www.nvkc.nl/kwaliteitsborging/documents/CDTRichtlijnNVKCdefinitief5november2008.pdf
- World Health Organization. *CIDI, versie 2.1* Geneve: WHO, 1997.
- World Health Organization. *ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneve: World Health Organization, 1992.

Wu A, Chanarin I, Levi AJ. Macrocytosis of chronic alcoholism. *Lancet* 1974;1:829-31.

Young DS. Effect of drugs on clinical laboratory tests. 3rd ed. Washington DC: AACC press, 1990.

Bijlage 1

Verklarende woordenlijst

Algemene termen

| | |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Betrokkene | De persoon ten aanzien van wie een vermoeden van rijongeschiktheid bestaat en die op basis daarvan een keuring dient te ondergaan. |
| CBR | Het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen is opdrachtgever van de psychiater voor het doen van een keuringsonderzoek in het kader van de diagnostiek van alcoholmisbruik ten behoeve van de Vorderingsprocedure en Eigen-verklaringsprocedure. |
| Eigen-verklaringsprocedure | Administratiefrechtelijke procedure beschreven in de artikelen 97-104 van het Reglement rijbewijzen. |
| Psychiater | Arts als psychiater geregistreerd in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG. |
| Vorderingsprocedure | Administratiefrechtelijke procedure zoals beschreven in de artikelen 130-134a van de Wegenverkeerswet 1994. |

Alcoholgerelateerde termen

| | |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alcohol-afhankelijkheid | Bij alcoholafhankelijkheid is er sprake van zucht, controleverlies en/of lichamelijke afhankelijkheid. Recent is in de Amerikaanse literatuur voorgesteld hiervoor weer de term 'verslaving' in te voeren. De MDRA beveelt aan de terminologie van de DSM-IV te volgen. In het kader van de onderhavige CBR-richtlijn zal het in de praktijk meestal gaan over misbruik. |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alcoholisme | <p>De term alcoholisme verwijst naar diverse stoornissen. Het geheel van stoornissen kan opgedeeld worden in twee, conceptueel overlappende domeinen.</p> <p>1 Het eerste domein omvat psychiatrische diagnoses en benadrukt verslaving, met inbegrip van sociale, psychologische en lichamelijke schade (= stoornissen in het gebruik van alcohol, ook wel <i>alcohol use disorders</i> of AUD genoemd). Momenteel zijn de twee belangrijkste diagnostische systemen waarmee stoornissen in het alcoholgebruik kunnen worden aangeduid, het DSM-systeem en het ICD-systeem. Beide systemen zijn nosologisch van aard, dat wil zeggen dat een aandoening wordt gedefinieerd aan de hand van een beperkt aantal karakteristieken, die bij de betreffende aandoening moeten voorkomen.</p> <p>2 Het tweede domein benadrukt drinkpatronen die riskant of gevaarlijk zijn voor de gezondheid (riskant en gevaarlijk alcoholgebruik). Een gebruik van vier tot acht alcoholenheden per dag wordt riskant genoemd, meer dan acht wordt schadelijk genoemd. Bij vrouwen is dit getal respectievelijk drie tot zes (riskant) en meer dan zes (schadelijk).</p> |
| Alcoholmisbruik | <p>Een patroon van gebruik dat leidt tot nadeel of schade op lichamelijk, geestelijk of sociaal gebied, zonder dat daarbij sprake is van zucht (<i>craving</i>), controleverlies of lichamelijke afhankelijkheid. Dit kan een voorstadium zijn van afhankelijkheid maar niet noodzakelijkerwijze. De term alcoholmisbruik lijkt de term 'schadelijk alcoholgebruik' uit de ICD-10 te overlappen, maar de drempel voor deze classificatie ligt hoger dan in de DSM-IV (bron MDRA).</p> |

| | |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Binge drinking | <p>Er is geen internationaal of wetenschappelijk geaccepteerde definitie van binge drinking. Volgens de British Medical Association verwees 'binge drinking' in het verleden naar een drinkpatroon waarbij een persoon herhaaldelijk en in een korte tijd dusdanige hoeveelheden alcohol dronk dat daaruit ernstige intoxicatie voortvloeide, waarbij gewone activiteiten en verplichtingen werden opgegeven. Er is geen consensus over het aantal consumpties dat nodig is voor binge drinking. De International Center for Alcohol Policies stelt dat een gebruikelijke drempel voor binge drinking gesteld wordt op vijf alcohol eenheden bij mannen en vier bij vrouwen. Het nadeel van deze drempel is dat daarmee een aanzienlijk deel van de bevolking (naar schatting 25%) aan die definitie van binge drinking zou voldoen. Bovendien raakt een niet onaanzienlijk aantal mensen niet ernstig geïntoxiceerd bij deze drempel. Volgens een Canadese richtlijn ligt de drempel bij acht alcohol eenheden. In definities uit de Verenigde Staten wordt de drempel gesteld op vijf alcohol eenheden. In Zweden is dit tien à twaalf alcohol eenheden per keer. Het lijkt verder van belang om bij binge drinking, naast sociale en psychologische schade, ook in aanmerking te nemen dat regelmatig binge drinking tot lichamelijke schade kan leiden. Ten slotte moet erop worden gewezen dat er binnen verschillende culturen geaccepteerde festiviteiten bestaan waarbij hoge alcoholinname een vast onderdeel is van die festiviteiten (carnaval, sportwedstrijden).</p> <p>Samenvattend kan binge drinking, gezien bovenstaande overwegingen, als volgt medisch worden gedefinieerd: herhaaldelijk acht of meer eenheden op één dag nuttigen, in een periode van zes maanden, waarbij gewone activiteiten en verplichtingen schade lijden, en/of aantoonbare lichamelijke schade ontstaat.</p> |
| Riskant gebruik | Langdurig (> 3 weken) gebruik van drie tot zes (bij vrouwen) of vier tot acht (bij mannen) of meer alcohol eenheden per dag. |
| Schadelijk gebruik | Langdurig (> 3 weken) gebruik van zes (bij vrouwen) of acht (bij mannen) of meer alcohol eenheden per dag. Tevens ICD 10-diagnose. |

Statistische termen

| | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AUC | <i>Area under the ROC-curve</i> . De maat voor de predictieve validiteit van een meetinstrument; hiermee wordt de nauwkeurigheid van een meetinstrument weergegeven; deze heeft een waarde tussen 0 en 1. Een AUC van 1 geeft een perfecte accuratesse weer. |
| Bayesiaans expertsysteem | Algoritme, waarbij op grond van de kennis van de conditionele relaties tussen ziekte en symptomen, en aan de hand van data die deze symptomen kwantificeren, de kans op de aanwezigheid van een ziekte wordt berekend. |
| Betrouwbaarheidsinterval | De maat voor de nauwkeurigheid van de in het onderzoek gevonden waarden. Hoe smaller het interval, des te nauwkeuriger is de schatting van het werkelijke effect. Het betrouwbaarheidsinterval of BI (ook wel <i>confidence interval</i> , CI) hangt af van de variabiliteit (standaarddeviatie) en de grootte van de steekproef; doorgaans wordt hiervoor het 95%-betrouwbaarheidsinterval genomen (95%-BI). |
| Diagnostisch venster | Periode dat een biochemische test of lichamelijk symptoom aanwezig blijft, ook al is de schadelijke agens niet meer aanwezig. In het kader van deze richtlijn: de duur dat een biochemische test afwijkend blijft na het stoppen met alcoholinname. |
| Fout-negatief | Ten onrechte negatief; met name van toepassing op een diagnostische test die negatief uitvalt ondanks de aanwezigheid van ziekte. |
| Fout-positief | Ten onrechte positief; met name van toepassing op een diagnostische test die positief uitvalt ondanks de afwezigheid van ziekte. |
| ROC-curve | <i>Receiver operating characteristic-curve</i> . Een roc-curve komt tot stand, als de sensitiviteit van de test op de y-as wordt uitgezet tegen de fout-positieven (1-specificiteit). De aldus tot stand gekomen grafiek geeft het vermogen weer van een diagnostische test om onderscheid te maken tussen personen met een bepaalde ziekte en personen zonder deze ziekte. De ROC-curve kan ook worden gebruikt om verschillende diagnostische testen te vergelijken, door middel van de zogeheten <i>area under the curve</i> (zie aldaar). |

| | |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sensitiviteit | Het percentage personen met een bepaalde ziekte dat door een test 'terecht' (dat wil zeggen ten opzichte van de gouden standaard) als ziek wordt geclassificeerd; dat wil zeggen: het percentage (van het aantal zieken) terecht-positieven. |
| Specificiteit | Het percentage personen zonder een bepaalde ziekte dat door een test 'terecht' (dat wil zeggen ten opzichte van de gouden standaard) als niet ziek wordt geclassificeerd; het percentage (van het aantal niet-zieken) terecht-negatieven. |
| Validiteit | De mate van waarschijnlijkheid waarmee de onderzoeksresultaten overeenkomen met de werkelijkheid van het fenomeen dat men onderzoekt. |
| Voorspellende waarde | De kans dat de uitslag van een test overeenstemt met de werkelijkheid; de kans dat een positieve testuitslag waar is, wordt de voorspellende waarde van een positieve test genoemd (bijvoorbeeld de diagnostische waarde van de aanwezigheid van een symptoom) of positief voorspellende waarde; de voorspellende waarde van een negatieve test is de kans dat een negatieve testuitslag waar is (bijvoorbeeld de diagnostische waarde van de afwezigheid van een symptoom) of negatief voorspellende waarde. |

Bijlage 2

Vragenlijsten

CIDI-vragenlijst

De vragen hebben betrekking op het laatste jaar voorafgaand aan de laatste aanhouding.

Bron: WHO. CIDI, versie 2.1 (World Health Organization, 1997).

- 1 Heeft u in de afgelopen twaalf maanden ten minste twaalf alcoholhoudende consumpties gebruikt? Tel het aantal glazen zoals op deze kaart is aangegeven. Zo nee, controleren: dús u heeft in de afgelopen twaalf maanden niet ten minste twaalf glazen gedronken, zelfs niet als u drinken op speciale gelegenheden of in vakanties meerekent?
- 2 Hoe vaak dronk u in de afgelopen twaalf maanden ten minste één glas? Was dat bijna elke dag? 3 of 4 dagen per week? 1 of 2 dagen per week? 1 tot 3 dagen per maand? Minder dan eens per maand?
- 3 Op de dagen dat u alcohol gebruikte in de afgelopen twaalf maanden, hoeveel glazen dronk u dan ongeveer gewoonlijk op één dag? A. Wanneer begon u voor het eerst te drinken? B. Wanneer dronk u voor het laatst?
- 4 Is er in de afgelopen twaalf maanden een periode geweest waarin uw alcoholgebruik of een kater herhaaldelijk uw werkzaamheden op school, op uw werk of thuis belemmerde(n)?
- 5 Is er in de afgelopen twaalf maanden een periode geweest waarin u regelmatig betrokken was bij vechtpartijen als u alcohol gebruikte? A. Kreeg u in de afgelopen twaalf maanden door uw alcoholgebruik herhaaldelijk problemen met familieleden of vrienden? B. Ging u door met het gebruik van alcohol terwijl u wist dat het voor u problemen in de omgang met andere mensen veroorzaakte?
- 6 Bent u in de afgelopen twaalf maanden opgepakt wegens verstoring van de openbare orde of wegens rijden onder invloed van alcohol?
- 7 Bent u in de afgelopen twaalf maanden vaak onder invloed van alcohol geweest in situaties waarin u gewond kon raken, zoals bij het fietsen, het besturen van een auto, het bedienen van een machine, of iets dergelijks?
- 8 Wanneer was de (eerste/laatste) keer dat?
- 9 Is er in de afgelopen twaalf maanden een periode geweest waarin u veel meer moest drinken dan daarvoor om het door u gewenste effect

- te bereiken? A. Merkte u in de afgelopen twaalf maanden dat dezelfde hoeveelheid alcohol minder effect op u had dan daarvoor?
- 10 Is er in de afgelopen twaalf maanden een periode geweest waarin u zo'n sterk verlangen of zo'n sterke drang had om te drinken dat u er geen weerstand aan kon bieden? A. Had u in de afgelopen twaalf maanden zo'n sterke behoefte aan alcohol dat u aan niets anders meer kon denken?
- 11 Is er in de afgelopen twaalf maanden een periode geweest waarin u vaak meer dronk dan u van plan was? A. Was er in de afgelopen twaalf maanden een periode waarin u vaak veel langer doordronk dan u van plan was?
- 12 Heeft u in de afgelopen twaalf maanden willen stoppen of minderen met drinken? A. Heeft u in de afgelopen twaalf maanden meer dan eens geprobeerd te stoppen of minderen en gemerkt dat dat niet lukte?
- 13 Was er in de afgelopen twaalf maanden een periode waarin u een groot deel van de tijd aan het drinken of aan het bijkomen van de effecten van alcohol besteedde?
- 14 Had het drinken in de afgelopen twaalf maanden tot gevolg dat u belangrijke activiteiten – zoals sporten, naar school of werk gaan, of omgaan met familie of vrienden – opgaf of sterk verminderde?
- 15 Ik ga u nu enkele vragen stellen over problemen die u in de afgelopen twaalf maanden gehad zou kunnen hebben nadat u stopte of minderde met drinken. Bijvoorbeeld: 1. In de eerste paar dagen trilden of beefden uw handen toen? 2. Had u toen meer slaapproblemen dan gewoonlijk? 3. Was u toen zenuwachtiger dan gewoonlijk? 4. Voelde u zich toen rustelozter dan gewoonlijk? 5. Zweette u toen? 6. Voelde u toen uw hart heel snel kloppen? 7. Was u toen misselijk of moest u overgeven? 8. Had u toen hoofdpijn? 9. Voelde u zich toen zwak? 10. Zag, hoorde of voelde u toen dingen die anderen niet konden zien, horen of voelen? B. Dronk u in de afgelopen twaalf maanden alcohol om deze problemen niet te krijgen (of om ze te laten verdwijnen)?
- 16 Heeft alcohol bij u ooit één van de medische problemen op deze kaart veroorzaakt, zoals: 1. een leverziekte of hepatitis; 2. een maagziekte of het opgeven van bloed; 3. een doof of tintelend gevoel in de voeten; 4. problemen met uw geheugen, ook als u niet dronk; 5. een ontsteking van de alvleesklier (pancreatitis); 6. een andere ziekte? Welke? A. Ging u in de afgelopen twaalf maanden door met het drinken van alcohol terwijl u wist dat dit bij u medische problemen veroorzaakte?
- 17 Ging u in de afgelopen twaalf maanden door met drinken terwijl u wist dat u aan een (andere) ernstige lichamelijke ziekte leed die verergerde door het gebruik van alcohol?
- 18 Heeft alcohol bij u ooit emotionele of psychische problemen, zoals

op deze kaart genoemd worden, veroorzaakt, problemen zoals: 1. ongeïnteresseerd zijn in uw dagelijkse bezigheden; 2. depressief zijn; 3. achterdochtig zijn of anderen niet vertrouwen; 4. het hebben van vreemde gedachten? A. Ging u in de afgelopen twaalf maanden door met het drinken van alcohol terwijl u wist dat u daar emotionele of psychische problemen door kreeg?

- 19 Hoe oud was u de (eerste/laatste) keer dat u drie of meer van deze problemen in hetzelfde jaar had ten gevolge van het drinken van alcohol?
- 20 Wanneer was de (eerste/laatste) keer dat u één van de problemen die u heeft genoemd had?

Cage-vragenlijst

- 1 Heeft u in de afgelopen twaalf maanden ooit gedacht dat u minder zou moeten drinken?
- 2 Heeft u in de afgelopen twaalf maanden zich ooit geërgerd aan kritiek van anderen op uw drinken?
- 3 Heeft u in de afgelopen twaalf maanden zich wel eens ziek of schuldig gevoeld door drinken?
- 4 Heeft u in de afgelopen twaalf maanden wel eens 's morgens vroeg gedronken om uw zenuwen te kalmeren of om een kater te bestrijden?

Bijlage 3

Format alcoholrapport in het kader van de Eigenverklaringsprocedure en de Vorderingsprocedure

Naam psychiater:

Adres:

Datum van de keuring:

Naam betrokkene:

Geboortedatum:

Adres:

Kandidaatnummer:

Inhoud

- 1 Vraagstelling en voorgeschiedenis
- 2 Anamnese (inclusief sociale context)
- 3 Psychiatrisch onderzoek
- 4 Lichamelijk onderzoek
- 5 Laboratoriumbloedonderzoek
- 6 DSM-IV-classificatie
- 7 Psychiatrische diagnose en conclusie

Met alcoholmisbruik wordt bedoeld 'alcoholmisbruik in ruime zin'. Onder 'alcoholmisbruik in ruime zin' wordt verstaan de psychiatrische diagnose, gebaseerd op alle klinisch relevante gegevens en/of de DSM-IV-TR-classificaties alcoholmisbruik en/of alcoholafhankelijkheid.

- 1 *Vraagstelling en voorgeschiedenis*
Conclusie: wel / geen aanwijzingen voor alcoholmisbruik
- 2 *Anamnese*
Conclusie: wel / geen aanwijzingen voor alcoholmisbruik
- 3 *Psychiatrisch onderzoek*
Conclusie: wel/geen aanwijzingen voor alcoholmisbruik
- 4 *Lichamelijk onderzoek*
– algemeen intern onderzoek.
Conclusie: wel/geen aanwijzingen voor alcoholmisbruik

5 *Laboratoriumbloedonderzoek (dd)*

| | |
|-------------|---------------------|
| MCV | fl |
| Erytrocyten | 10 ¹² /l |
| Hb | mmol/l |
| Ht | l/l |
| γ-GT | U/l |
| ASAT | U/L |
| ALAT | U/L |
| CDT-methode | % |

Conclusie: wel/geen aanwijzingen voor alcoholmisbruik

6 *DSM-IV-TR-classificatie*

Conclusie: wel/geen aanwijzingen voor alcoholmisbruik

7 *Psychiatrische diagnose en conclusie*

Conclusie: wel / geen alcoholmisbruik

Wel / niet gestopt met alcoholmisbruik

Advies aan de medisch adviseur van het CBR*

ongeschikt

geschikt met termijnbeperking 1 / 3 / 5/ 10 jaar

geschikt zonder termijnbeperking

....., psychiater

* Op grond van artikel 102 Reglement rijbewijzen moet de aangewezen keurend arts het CBR schriftelijk meedelen of de aanvrager naar zijn/haar oordeel voldoet aan de in de Regeling eisen geschiktheid 2000 neergelegde eisen en zo ja, of er redelijke grond bestaat voor een termijnbeperking aan de geschiktheid.

Bijlage 4

Wettekst Vorderingsprocedure (artikelen 130-134a Wegenverkeerswet en artikelen 131-143 Reglement rijbewijzen)

§ 9. Maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid (uit Wegenverkeerswet)

Artikel 130

- 1 Indien bij de bij algemene maatregel van bestuur aangewezen personen een vermoeden bestaat dat de houder van een rijbewijs niet langer beschikt over de rijvaardigheid dan wel over de lichamelijke of geestelijke geschiktheid, vereist voor het besturen van een of meer categorieën van motorrijtuigen waarvoor dat rijbewijs is afgegeven, doen zij daarvan zo spoedig mogelijk schriftelijk mededeling aan het CBR onder vermelding van de feiten en omstandigheden die aan het vermoeden ten grondslag liggen. Bij ministeriële regeling worden de feiten en omstandigheden aangewezen die aan het vermoeden ten grondslag dienen te liggen en worden ter zake van de uitoefening van deze bevoegdheid nadere regels vastgesteld.
- 2 Op de eerste vordering van de in artikel 159, onderdeel a, bedoelde personen is de bestuurder van een motorrijtuig, ten aanzien van wie een vermoeden als bedoeld in het eerste lid bestaat, verplicht tot overgifte van het hem afgegeven rijbewijs.
- 3 De in het tweede lid bedoelde vordering wordt gedaan indien de betrokken bestuurder de veiligheid op de weg zodanig in gevaar kan brengen dat hem met onmiddellijke ingang de bevoegdheid dient te worden ontnomen langer als bestuurder van een of meer categorieën van motorrijtuigen, waarvoor het rijbewijs is afgegeven, aan het verkeer deel te nemen. Bij ministeriële regeling worden de gevallen aangewezen waarin daarvan sprake is. Het ingevorderde rijbewijs wordt gelijktijdig met de schriftelijke mededeling, bedoeld in het eerste lid, aan het CBR toegezonden.
- 4 In geval van toepassing van het tweede lid kan het motorrijtuig, voor zover geen andere bestuurder beschikbaar is of de bestuurder niet aanstands voldoet aan de vordering, onder toezicht of, voor zover degene die de vordering heeft gedaan, zulks nodig oordeelt, in bewaring worden gesteld. In het laatste geval zijn de artikelen 170, tweede lid, tweede en derde volzin, vierde en vijfde lid, 171,

172 en 173, eerste lid, van deze wet en de artikelen 4:116, 4:118 tot en met 4:124, 5:10, 5:25, eerste en zesde lid, 5:29, tweede en derde lid, 5:30, eerste, tweede, vierde en vijfde lid, van de Algemene wet bestuursrecht van overeenkomstige toepassing. Teruggave van het motorrijtuig vindt slechts plaats, indien aan de vordering is voldaan.

- 5 Voor de toepassing van het eerste, tweede en derde lid wordt onder rijbewijs mede verstaan een rijbewijs, afgegeven door het daartoe bevoegde gezag buiten Nederland, waarvan de houder in Nederland woonachtig is.

Artikel 131

- 1 Indien een schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 130, eerste lid, is gedaan, besluit het CBR in de bij ministeriële regeling aangewezen gevallen dat betrokkene zich dient te onderwerpen aan een onderzoek naar zijn rijvaardigheid of geschiktheid. Het besluit wordt zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van de mededeling genomen. De kosten verbonden aan het onderzoek, waarvan de hoogte bij ministeriële regeling wordt vastgesteld, komen in de bij ministeriële regeling genoemde gevallen voor rekening van de betrokkene.
- 2 Het CBR bepaalt de aard van het onderzoek en bepaalt door welke deskundige of deskundigen het onderzoek zal worden verricht.
- 3 Bij het besluit, bedoeld in het eerste lid,
 - a. wordt in de gevallen, bedoeld in artikel 130, derde lid, de geldigheid van het rijbewijs van betrokkene voor een of meer categorieën van motorrijtuigen geschorst tot de dag waarop het in artikel 134, vierde lid, bedoelde besluit van kracht wordt;
 - b. wordt, indien de geldigheid van het rijbewijs van betrokkene overeenkomstig onderdeel **a** wordt geschorst en diens rijbewijs niet overeenkomstig , derde lid, is ingevorderd, bepaald dat betrokkene zijn rijbewijs dient in te leveren;
 - c. wordt, indien de geldigheid van het rijbewijs van betrokkene niet overeenkomstig onderdeel **a** wordt geschorst, doch het rijbewijs wel overeenkomstig artikel 130, tweede lid, is ingevorderd, bepaald dat het rijbewijs onverwijld aan betrokkene wordt teruggegeven.
- 4 Indien een schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 130, eerste lid, is gedaan, legt het CBR in de bij ministeriële regeling aangewezen gevallen betrokkene overeenkomstig bij algemene maatregel van bestuur vastgestelde regels de verplichting op zich binnen een daarbij vastgestelde termijn te onderwerpen aan educatieve maatregelen ter bevordering van de rijvaardigheid of geschiktheid. De aan deze maatregelen verbonden kosten, waarvan de hoogte wordt vastgesteld bij ministeriële regeling, komen ten laste van betrokkene. Indien het

- rijbewijs overeenkomstig artikel 130, tweede lid, is ingevorderd, wordt het onverwijld aan betrokkene teruggegeven.
- 5 Het CBR stelt de aard van de educatieve maatregelen vast en wijst een of meer tot toepassing van die maatregelen bevoegde deskundigen aan.
 - 6 Bij ministeriële regeling worden nadere regels vastgesteld ter uitvoering van het eerste en het vijfde lid.
 - 7 Voor de toepassing van het derde lid, onderdelen a, b en c, het vierde lid en het vijfde lid wordt onder rijbewijs mede verstaan een rijbewijs, afgegeven door het daartoe bevoegde gezag buiten Nederland, waarvan de houder in Nederland woonachtig is.

Artikel 132

- 1 Degene die zich ingevolge het in artikel 131, eerste lid, bedoelde besluit dient te onderwerpen aan een onderzoek is, behoudens bij algemene maatregel van bestuur vastgestelde uitzonderingen, verplicht de daartoe vereiste medewerking te verlenen. Gelijke verplichting bestaat voor degene die zich ingevolge artikel 131, vierde lid, of artikel 134, vierde lid, dient te onderwerpen aan educatieve maatregelen ter bevordering van de rijvaardigheid of geschiktheid.
- 2 Bij gebreke van de in het eerste lid bedoelde medewerking besluit het CBR onverwijld tot ongeldigverklaring van het rijbewijs van de houder. Het CBR bepaalt daarbij op welke categorie of categorieën van motorrijtuigen waarvoor het rijbewijs is afgegeven, de ongeldigverklaring betrekking heeft. Het niet voldoen van de kosten van de bij ministeriële regeling aangewezen educatieve maatregelen ter bevordering van de rijvaardigheid of geschiktheid binnen de termijn die is vastgesteld bij het besluit waarbij de verplichting tot het zich onderwerpen aan die maatregelen is opgelegd, wordt als het niet verlenen van de vereiste medewerking aangemerkt. Hetzelfde geldt voor het niet-betalen van kosten verbonden aan het op grond van artikel 131, eerste lid, opgelegde onderzoek, die op grond van artikel 131, eerste lid, voor rekening komen van de betrokkene.
- 3 Het CBR doet van het besluit mededeling aan bij algemene maatregel van bestuur aangewezen personen of instanties.
- 4 De ongeldigverklaring is van kracht met ingang van de zevende dag na die waarop het besluit tot ongeldigverklaring aan de houder van het rijbewijs is bekend gemaakt.
- 5 De houder van het ongeldig verklaarde rijbewijs dient dat rijbewijs, zodra de ongeldigverklaring van kracht is geworden, in te leveren bij:
 - a. het CBR indien het ongeldig is verklaard voor alle categorieën waarvoor het is afgegeven;

- b. degene die is belast met de afgifte van rijbewijzen indien het niet voor alle categorieën waarvoor het is afgegeven, ongeldig is verklaard dan wel indien de ongeldigverklaring betrekking heeft op een deel van de geldigheidsduur.
- 6 Indien het rijbewijs dat voor ongeldigverklaring op grond van het tweede lid in aanmerking komt, zijn geldigheid heeft verloren door het verstrijken van de geldigheidsduur, plaatst het CBR een aantekening in het rijbewijzenregister waaruit blijkt dat de houder bij de aanvraag van een nieuw rijbewijs op de bij algemene maatregel van bestuur vastgestelde wijze dient aan te tonen dat hij, al naar gelang de aard van het onderzoek waarop het in artikel 131, eerste lid, bedoelde besluit betrekking heeft, beschikt over de rijvaardigheid dan wel de lichamelijke en geestelijke geschiktheid die is vereist voor het besturen van motorrijtuigen van de categorie of categorieën waarop dat besluit betrekking heeft.
- 7 Voor de toepassing van het tweede, vijfde en zesde lid wordt onder rijbewijs mede verstaan een rijbewijs, afgegeven door het daartoe bevoegde gezag buiten Nederland, waarvan de houder in Nederland woonachtig is.

Artikel 133

- 1 Het onderzoek kan in gedeelten plaatsvinden. Tijd en plaats van het onderzoek worden overeenkomstig bij algemene maatregel van bestuur vastgestelde regels vastgesteld.
- 2 Het onderzoek vangt zo spoedig mogelijk aan.
- 3 De bevindingen van het onderzoek worden door de deskundige of deskundigen zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk acht weken na aanvang van het onderzoek dan wel van het eerste gedeelte daarvan, schriftelijk medegedeeld aan het CBR.
- 4 Het CBR kan in bijzondere gevallen toestaan dat door de deskundige of deskundigen van de in het derde lid genoemde termijn wordt afgeweken.

Artikel 134

- 1 Het CBR stelt zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van de bevindingen van de deskundige of deskundigen, de uitslag van het onderzoek vast. Van deze uitslag doet het CBR mededeling aan betrokkene. Indien een of meer deskundigen bij hun bevindingen hebben aangetekend dat inzage daarvan naar hun oordeel kennelijk ernstig nadeel voor betrokkene zou opleveren, deelt het CBR de bevindingen schriftelijk mede aan de door betrokkene aangewezen vertrouwensarts.

- 2 Het CBR besluit tot ongeldigverklaring van het rijbewijs indien de uitslag van het onderzoek daartoe aanleiding geeft. Bij ministeriële regeling worden de gevallen aangewezen waarin daarvan sprake is.
- 3 Indien het CBR voornemens is het rijbewijs ongeldig te verklaren, deelt het dit mede aan de houder, tevens onder mededeling van de bevoegdheid van betrokkene om binnen twee weken een tweede onderzoek te verlangen. De aan dit tweede onderzoek verbonden kosten, waarvan de hoogte bij ministeriële regeling wordt vastgesteld, komen ten laste van betrokkene. De artikelen 132 en 133 alsmede het eerste en het vierde lid van dit artikel zijn van overeenkomstige toepassing.
- 4 Indien het CBR besluit dat het rijbewijs van de houder ongeldig wordt verklaard, wordt daarbij bepaald op welk deel van de geldigheidsduur alsmede op welke categorie of categorieën van motorrijtuigen waarvoor het rijbewijs is afgegeven de ongeldigverklaring betrekking heeft. Artikel 132, vierde en vijfde lid, is van toepassing.
- 5 Indien de uitslag van het onderzoek aanleiding geeft tot ongeldigverklaring van het rijbewijs van betrokkene, plaatst het CBR, indien dat rijbewijs zijn geldigheid heeft verloren door het verstrijken van de geldigheidsduur, een aantekening in het rijbewijsregister waaruit blijkt dat de houder bij de aanvraag van een nieuw rijbewijs op de bij algemene maatregel van bestuur vastgestelde wijze dient aan te tonen dat hij, al naar gelang de aard van het onderzoek, beschikt over de lichamelijke en geestelijke geschiktheid dan wel de rijvaardigheid die is vereist voor het besturen van motorrijtuigen van de categorie of categorieën waarop het onderzoek betrekking had.
- 6 Indien bij een op grond van het in artikel 131, eerste lid, bedoelde besluit gevorderd onderzoek naar de geschiktheid is gebleken dat de resterende geldigheidsduur van het rijbewijs korter is dan de termijn waarvoor de houder blijkens de uitslag van het onderzoek naar verwachting geschikt zal zijn voor het besturen van motorrijtuigen, plaatst het CBR een aantekening in het rijbewijsregister waaruit blijkt dat de houder bij de aanvraag van een nieuw rijbewijs op de bij algemene maatregel van bestuur vastgestelde wijze dient aan te tonen dat hij beschikt over de lichamelijke en geestelijke geschiktheid die is vereist voor het besturen van motorrijtuigen van de categorie of categorieën waarop het onderzoek betrekking heeft.
- 7 Indien het CBR het rijbewijs niet ongeldig verklaart, legt het in bij ministeriële regeling vastgestelde gevallen aan betrokkene overeenkomstig bij algemene maatregel van bestuur vastgestelde regels de verplichting op zich binnen een daarbij vastgestelde termijn te onderwerpen aan educatieve maatregelen ter bevordering van de rijvaardigheid of geschiktheid. De aan deze maatregelen verbonden

kosten, waarvan de hoogte wordt vastgesteld bij ministeriële regeling, komen ten laste van betrokkene. Indien het rijbewijs overeenkomstig artikel 130, tweede lid, is ingevorderd, wordt het onverwijld aan betrokkene teruggegeven.

- 8 Het CBR stelt de aard van de educatieve maatregelen vast en wijst een of meer tot toepassing van die maatregelen bevoegde deskundigen aan.
- 9 Bij ministeriële regeling worden nadere regels vastgesteld ter uitvoering van het derde, het vierde en het zevende lid.
- 10 Voor de toepassing van dit artikel wordt onder rijbewijs mede verstaan een rijbewijs, afgegeven door het daartoe bevoegde gezag buiten Nederland, waarvan de houder in Nederland woonachtig is.

Artikel 134a

Voor zover dit noodzakelijk is voor de toepassing van deze paragraaf verwerkt het CBR persoonsgegevens betreffende iemands rijvaardigheid en gezondheid.

Hoofdstuk VI. Maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid (uit Reglementen rijbewijzen)

Artikel 131

Tot het doen van de schriftelijke mededeling, bedoeld in artikel 130, eerste lid, van de Wegenverkeerswet zijn bevoegd:

- a de korpschef, bedoeld in artikel 24, onderscheidenlijk artikel 38 van de Politiewet 1993 en de door hem voor dit doel aangewezen plaatsvervangers;
- b de commandant, bedoeld in artikel 6, derde lid, van de Politiewet 1993 en de door hem voor dit doel aangewezen plaatsvervangers;
- c de betrokken officier van justitie;
- d de directeur van het cbr.

Artikel 131a

Bij de uitvoering van de maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid raadpleegt het CBR de in de gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens ingeschreven persoonsgegevens van betrokkene.

Artikel 132

- 1 Zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van de in artikel 130, eerste lid, van de wet bedoelde mededeling legt het CBR in de bij ministeriële regeling aangegeven gevallen betrokkene de verplichting op zich te onderwerpen aan een educatieve maatregel of maatregelen. Zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen vier

weken na ontvangst van de volledige betaling van de kosten van de educatieve maatregel of maatregelen stelt het CBR het tijdstip waarop en de plaats waar betrokkene de opgelegde educatieve maatregel of maatregelen dient te ondergaan, vast. Het wijst daarbij tevens de tot toepassing van die maatregel of maatregelen bevoegde deskundigen aan.

- 2 Indien betrokkene niet op de vastgestelde tijd en plaats aanwezig is, worden zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van het afwezigheidsbericht tijd en plaats waarop betrokkene de hem opgelegde educatieve maatregelen dient te ondergaan, door het CBR opnieuw vastgesteld, tenzij naar het oordeel van het CBR geen sprake is van een geldige reden van verhindering.
- 3 Indien betrokkene niet op de vastgestelde tijd en plaats aanwezig is zonder dat van een geldige reden van verhindering blijkt, wordt daarvan door de aangewezen deskundige of deskundigen onverwijld mededeling gedaan aan het CBR.
- 4 De bevindingen van de met de toepassing van de educatieve maatregelen belaste deskundige of deskundigen worden zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier weken aan het CBR medegedeeld. Het CBR stelt op basis van die bevindingen zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier weken na de ontvangst ervan, vast of betrokkene aan de hem opgelegde verplichtingen heeft voldaan.

Artikel 133

- 1 Tijdstip en plaats van het in artikel 131 van de wet bedoelde onderzoek naar de rijvaardigheid of geschiktheid of, indien het onderzoek in gedeelten plaatsvindt, van die gedeelten, worden door het CBR vastgesteld:
 - a. in de in artikel 131, eerste lid, van de wet bedoelde gevallen zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van de volledige betaling van de kosten van het onderzoek, in die gevallen waarin betaling voor rekening van betrokkene komt;
 - b. in de overige gevallen zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen vier weken na het besluit als bedoeld in artikel 131, eerste lid, van de wet.
- 2 Indien betrokkene niet op de voor het onderzoek vastgestelde tijd en plaats aanwezig is, worden zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van het afwezigheidsbericht tijd en plaats van het onderzoek door het CBR opnieuw vastgesteld tenzij naar het oordeel van het CBR geen sprake is van een geldige reden van verhindering.
- 3 Indien betrokkene niet op de vastgestelde tijd en plaats aanwezig is zonder dat van een geldige reden van verhindering blijkt, wordt daarvan door de aangewezen deskundige of deskundigen onverwijld mededeling gedaan aan het CBR.

Artikel 134

- 1 Het in artikel 131 van de wet bedoelde onderzoek naar de rijvaardigheid omvat een theorie-gedeelte en een praktijk-gedeelte.
- 2 Indien het onderzoek betrekking heeft op meerdere rijbewijscategorieën, wordt de kennis van de theorie van alle categorieën gezamenlijk onderzocht.
- 3 Het praktijk-gedeelte bestaat uit een rijproef voor elk van de categorieën waarop het onderzoek betrekking heeft.
- 4 Indien het onderzoek betrekking heeft op een of meer van de rijbewijscategorieën AM, A, B, C, C1, D, D1 en E dan wel mede op een of meer van die rijbewijscategorieën, bestaat het praktijk-gedeelte in afwijking van het derde lid uit een of meerdere rijproeven, afgenomen overeenkomstig artikel 135.
- 5 Bij ministeriële regeling worden richtlijnen vastgesteld omtrent de wijze van beoordelen van de rijvaardigheid van betrokkene.

Artikel 134a

Indien het in artikel 131 van de wet bedoelde onderzoek naar de rijvaardigheid een onderzoek betreft op basis van feiten of omstandigheden die het rijgedrag betreffen, dan bestaat het onderzoek alleen uit een praktijkonderzoek. Artikel 134, derde tot en met vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 135

- 1 Indien het onderzoek betrekking heeft op de rijbewijscategorieën B, C, C1, D, D1 en E, wordt eerst een rijproef voor de categorie E bij C afgenomen. Indien betrokkene blijktens die rijproef aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt aangenomen dat hij mede voldoet aan de eisen voor de categorieën C, E bij C1, C1, E bij D, D, E bij D1, D1, E bij B en B.
- 2 Indien betrokkene blijktens de rijproef voor de categorie E bij C niet aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt een rijproef voor de categorie C afgenomen. Indien betrokkene blijktens die rijproef aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt aangenomen dat hij mede voldoet aan de eisen voor de categorieën E bij C1, C1, E bij D, D, E bij B en B.
- 3 Indien betrokkene blijktens de rijproef voor de categorie C niet aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt een rijproef voor de categorie E bij D afgenomen. Indien betrokkene blijktens die rijproef aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt aangenomen dat hij mede voldoet aan de eisen voor de categorieën D, E bij D1, D1, E bij B en B.

- 4 Indien betrokkene blijktens de rijproef voor de categorie E bij D niet aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt een rijproef voor de categorie D afgenomen. Indien betrokkene blijktens die rijproef aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt aangenomen dat hij mede voldoet aan de eisen voor de categorieën E bij D1, D1, E bij B en B.
- 5 Indien betrokkene blijktens de rijproef voor de categorie D niet aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt een rijproef voor de categorie E bij C1 afgenomen. Indien betrokkene blijktens die rijproef aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt aangenomen dat hij mede voldoet aan de eisen voor de categorie E bij D1, D1, E bij B en B.
- 6 Indien betrokkene blijktens de rijproef voor de categorie E bij C1 niet aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt een rijproef voor de categorie C1 afgenomen. Indien betrokkene blijktens die rijproef aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt aangenomen dat hij mede voldoet aan de eisen voor de categorie E bij D1, D1, E bij B en B.
- 7 Indien betrokkene blijktens de rijproef voor de categorie C1 niet aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt een rijproef voor de categorie E bij D1 afgenomen. Indien betrokkene blijktens die rijproef aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt aangenomen dat hij mede voldoet aan de eisen voor de categorie D1, E bij B en B.
- 8 Indien betrokkene blijktens de rijproef voor de categorie E bij D1 niet aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt een rijproef voor de categorie D1 afgenomen. Indien betrokkene blijktens die rijproef aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt aangenomen dat hij mede voldoet aan de eisen voor de categorie E bij B en B.
- 9 Indien betrokkene blijktens de rijproef voor de categorie D1 niet aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt een rijproef voor de categorie E bij B afgenomen. Indien betrokkene blijktens die rijproef aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt aangenomen dat hij mede voldoet aan de eisen voor de categorie B.
- 10 Indien betrokkene blijktens de rijproef voor de categorie E bij B niet aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt een rijproef voor de categorie B afgenomen.
- 11 Indien betrokkene blijktens de rijproef voor categorie A of blijktens een rijproef op grond van een van de voorgaande leden niet aan de voor die categorie gestelde eisen voldoet, wordt een rijproef afgenomen voor de categorie AM.

Artikel 136

- 1 Het in artikel 131 van de wet bedoelde onderzoek naar de rijvaardigheid vindt plaats aan de hand van de bij ministeriële regeling ter uitvoering van de artikelen 60a tot en met 64, 69a en 70 vastgestelde eisen met betrekking tot de rijvaardigheid.
- 2 In afwijking van het eerste lid vindt het in artikel 134a bedoelde onderzoek plaats aan de hand van de bij ministeriële regeling ter uitvoering van de artikelen 60a tot en met 64, 69a en 70 vastgestelde eisen met betrekking tot het onderdeel rijgedrag.

Artikel 137

- 1 De rijproef wordt afgelegd met een motorrijtuig dan wel een samenstel van trekkend motorrijtuig en aanhangwagen van de rijbewijscategorie waarop het onderzoek betrekking heeft. De artikelen 69b en 71 tot en met 81 zijn van overeenkomstige toepassing.
- 2 Het motorrijtuig dan wel het samenstel van trekkend motorrijtuig en aanhangwagen, waarmee de rijproef wordt afgelegd, dient naar het oordeel van het CBR daartoe geschikt te zijn.

Artikel 138

De duur van de rijproef bedraagt voor de rijbewijscategorieën AM, A, B en E bij B ten minste 35 minuten en voor de rijbewijscategorieën C, D, E bij C en E bij D ten minste 60 minuten.

Artikel 139

De rijproef kan binnen de voorgeschreven tijd worden gestaakt, indien betrokkene naar het oordeel van de deskundige of deskundigen door zijn wijze van rijden de veiligheid op de weg in gevaar brengt. Indien het onderzoek naar de rijvaardigheid betrekking heeft op de rijbewijscategorie A, kan de rijproef eveneens binnen de voorgeschreven tijd worden gestaakt, indien betrokkene naar het oordeel van de deskundige of deskundigen de bijzondere verrichtingen niet op juiste en veilige wijze uitvoert.

Artikel 140

Indien betrokkene bij een rijproef blijkt aan de eisen te voldoen doch bij het theorie-gedeelte wordt afgewezen, wordt hij in de gelegenheid gesteld binnen zes weken na het onderzoek aan een nieuw onderzoek voor dit theorie-gedeelte deel te nemen.

Artikel 141

- 1 Het CBR deelt de uitslag van het onderzoek en het naar aanleiding daarvan door hem genomen besluit mede aan degene die de in artikel 130 van de wet bedoelde mededeling heeft gedaan.
- 2 Indien de uitslag van het onderzoek inhoudt dat betrokkene niet de rijvaardigheid bezit voor een of meer categorieën motorrijtuigen die in de vordering zijn vermeld, deelt het cbr de uitslag van het onderzoek en het naar aanleiding daarvan door hem genomen besluit tevens mede aan:
 - a. degene die het rijbewijs heeft afgegeven, indien het ongeldig is verklaard voor alle categorieën waarvoor het is afgegeven;
 - b. degene die is belast met de afgifte van rijbewijzen, indien het niet voor alle categorieën waarvoor het is afgegeven, ongeldig is verklaard dan wel indien de ongeldigverklaring betrekking heeft op een deel van de geldigheidsduur.

Artikel 142

Het in artikel 131 van de wet bedoelde onderzoek naar de geschiktheid vindt plaats aan de hand van de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid en mag slechts betreffen:

- a indien betrokkene de leeftijd van 70 jaren nog niet heeft bereikt, de punten waaromtrent in de eigen verklaring vragen zijn gesteld;
- b indien betrokkene de leeftijd van 70 jaren heeft bereikt, bovendien de punten waaromtrent in het geneeskundig verslag vragen zijn gesteld.

Artikel 143

- 1 Het CBR deelt de uitslag van het onderzoek en het naar aanleiding daarvan door hem genomen besluit mede aan degene die de in artikel 130 van de wet bedoelde mededeling heeft gedaan.
- 2 Indien de uitslag van het onderzoek inhoudt dat betrokkene niet voldoet aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van een of meer categorieën van motorrijtuigen of dat er redelijke grond bestaat voor de verwachting dat betrokkene slechts aan die eisen voldoet voor een termijn die korter is dan de tijdsduur waarvoor het rijbewijs op het tijdstip van het onderzoek nog geldig is, deelt het cbr de uitslag van het onderzoek en het naar aanleiding daarvan door hem genomen besluit tevens mede aan degene die is belast met de afgifte van rijbewijzen.

Bijlage 5

Wettekst van de Eigen-verklaringsprocedure (artikelen 97-104a Reglement rijbewijzen)

Artikel 97

- 1 Verklaringen van geschiktheid worden op aanvraag en tegen betaling van het daarvoor vastgestelde tarief door het CBR in het rijbewijzenregister geregistreerd ten behoeve van een ieder die voldoet aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen. Het CBR doet van deze registratie mededeling aan de aanvrager.
- 2 In afwijking van het eerste lid wordt ten behoeve van degene wiens rijbewijs op grond van artikel 132, tweede lid, van de wet ongeldig is verklaard wegens het niet-verlenen van de vereiste medewerking aan de hem opgelegde verplichting zich te onderwerpen aan een educatieve maatregel ter bevordering van de geschiktheid, gedurende een periode van ten hoogste drie jaren na de ongeldigverklaring van het rijbewijs geen verklaring van geschiktheid in het rijbewijzenregister geregistreerd zo lang hij niet alsnog aan die verplichting heeft voldaan.
- 3 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing in de gevallen waarin de kosten van het onderzoek voor rekening komen van de betrokken rijbewijshouder en het rijbewijs ongeldig is verklaard wegens het niet-verlenen van de vereiste medewerking aan de hem opgelegde verplichting zich te onderwerpen aan een onderzoek naar zijn geschiktheid.

Artikel 98

Het voor de aanvraag van verklaringen van geschiktheid verschuldigde tarief wordt vastgesteld door het CBR onder goedkeuring van Onze Minister. Het tarief dient door de aanvrager te worden voldaan door aankoop van een aanvraagformulier volgens door het CBR vastgesteld model door het verschuldigde bedrag over te maken op een door het CBR aangewezen bankrekening.

Artikel 99 [Vervallen per 01-10-2006]

Artikel 100

- 1 Bij de aanvraag dienen te worden overgelegd:
 - a. een niet langer dan twee weken voor de aanvraag getekende, volledig ingevulde eigen verklaring volgens door het CBR vastgesteld model;
 - b.
 - I. indien aan de aanvrager in Nederland de status van diplomatiek of consulair ambtenaar is toegekend of de aanvrager behoort tot het gezin van een persoon aan wie in Nederland de status van diplomatiek of consulair ambtenaar is toegekend, een door Onze Minister van Buitenlandse Zaken afgegeven verklaring waaruit zulks blijkt;
 - II. indien de aanvrager lid is van een in het kader van het op 19 juni 1951 te Londen gesloten Verdrag tussen de Staten die partij zijn bij het Noord-Atlantisch Verdrag, nopens de rechtspositie van hun krijgsmachten, in Nederland geleverde krijgsmacht, lid is van de tot die krijgsmacht behorende civiele dienst of behoort tot het gezin van een lid van een krijgsmacht als hiervoor bedoeld of tot het gezin van een tot de civiele dienst van zodanige krijgsmacht behorende persoon, een door de betrokken basiscommandant ondertekende verklaring waaruit zulks blijkt;
 - III. indien de aanvrager niet in Nederland woonachtig is, enig bewijsstuk betreffende de woonplaats en de datum en plaats van geboorte van de aanvrager.
- 2 Indien een of meer van de op de eigen verklaring gestelde vragen betreffende de lichamelijke en geestelijke geschiktheid van de aanvrager bevestigend worden beantwoord, dient op de eigen verklaring een aantekening van een arts te zijn gesteld waaruit de aard en de ernst van de afwijking blijken.
- 3 Indien de aanvraag betrekking heeft op:
 - a. de afgifte van een rijbewijs aan een aanvrager die de leeftijd van 70 jaren heeft bereikt,
 - b. de afgifte van een rijbewijs aan een aanvrager die de leeftijd van 65 jaren heeft bereikt en die in het bezit is van een rijbewijs waarvan de geldigheidsduur verstrijkt op of na de dag waarop de aanvrager de leeftijd van 70 jaren bereikt, dan wel
 - c. de afgifte van een rijbewijs dat geldig is voor een of meer van de rijbewijscategorieën C, C1, D, D1, E bij C, E bij C1, E bij D of E bij D1, dient bij de aanvraag tevens een niet langer dan twee weken voor de aanvraag getekend, geneeskundig verslag volgens door het CBR vastgesteld model te worden overgelegd. Het geneeskundig verslag dient

- in de gevallen, bedoeld onder a en b, te zijn opgemaakt door een arts en dient in het geval, bedoeld onder c, te zijn opgemaakt door een door het CBR aangewezen arts.
- 4 Het eerste lid, onderdeel *b*, geldt niet indien de aanvraag van een verklaring van geschiktheid gelijktijdig met de aanvraag van een verklaring van rijvaardigheid wordt ingediend.
 - 5 Voor de toepassing van het derde lid wordt met een geneeskundig verslag als daar bedoeld gelijkgesteld een niet langer dan twee weken voor de aanvraag afgegeven, door een arts opgemaakt, rapport van een niet in het kader van de aanvraag van een rijbewijs verrichte keuring waarbij de aanvrager is gekeurd op eisen die ten minste gelijkwaardig zijn aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen van de rijbewijscategorie of rijbewijscategorieën waarop de aanvraag betrekking heeft, welk rapport ten minste dezelfde gegevens bevat als een geneeskundig verslag.
 - 6 Bij de aanvraag van een verklaring van geschiktheid raadpleegt het CBR de in de gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens ingeschreven persoonsgegevens van de aanvrager.

Artikel 101

- 1 Het CBR is bevoegd te vorderen dat de aanvrager zich op eigen kosten laat keuren door een of meer door het CBR aangewezen artsen of andere deskundigen dan wel dat de aanvrager zich onderwerpt aan een technisch onderzoek, verricht door een door het CBR aangewezen deskundige, of aan een rijproef, afgenomen door een door het CBR aangewezen deskundige, indien:
 - a. de door de aanvrager overgelegde eigen verklaring dan wel, indien een geneeskundig verslag wordt vereist, het geneeskundig verslag daartoe aanleiding geeft;
 - b. het CBR beschikt over gegevens met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid van de aanvrager, die het vermoeden rechtvaardigen dat de aanvrager niet voldoet aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen ten aanzien van de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen van de rijbewijscategorie of rijbewijscategorieën waarop de aanvraag betrekking heeft;
 - c. tijdens het praktijk-examen het vermoeden is gerezen dat de aanvrager niet voldoet aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen ten aanzien van de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen van de rijbewijscategorie of rijbewijscategorieën waarvoor het praktijk-examen wordt afgelegd.

- 2 De in het eerste lid bedoelde keuring mag slechts betreffen:
 - a. de punten waaromtrent in de eigen verklaring vragen zijn gesteld;
 - b. bovendien de punten waaromtrent in het geneeskundig verslag vragen zijn gesteld, indien de aanvraag betrekking heeft op:
 - I. de afgifte van een rijbewijs aan een aanvrager die de leeftijd van 70 jaren heeft bereikt;
 - II. de afgifte van een rijbewijs aan een aanvrager die de leeftijd van 65 jaren heeft bereikt en die in het bezit is van een rijbewijs waarvan de geldigheidsduur verstrijkt op of na de dag waarop de aanvrager de leeftijd van 70 jaren bereikt;
 - III. de afgifte van een rijbewijs dat geldig is voor een of meer van de rijbewijscategorieën C, C1, D, D1, E bij C, E bij C1, E bij D of E bij D1.
- 3 Het in het eerste lid, aanhef, bedoelde technisch onderzoek en de daar bedoelde rijproef mogen slechts betrekking hebben op de bij ministeriële regeling aangewezen punten van onderzoek.

Artikel 102

- 1 Door de aangewezen arts of artsen wordt aan het CBR schriftelijk medegedeeld voor welke rijbewijscategorie of rijbewijscategorieën de aanvrager naar zijn of naar hun oordeel voldoet aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid en voor welke rijbewijscategorie of rijbewijscategorieën hij aan die eisen niet voldoet.
- 2 Indien naar het oordeel van de aangewezen arts of artsen redelijke grond bestaat voor de verwachting dat de aanvrager slechts aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voldoet voor een daarbij te bepalen termijn die korter is dan de in artikel 122, eerste lid, van de wet voorziene geldigheidsduur, wordt zulks door hem of door hen schriftelijk medegedeeld aan het CBR onder vermelding van de termijn waarvoor de aanvrager naar zijn of naar hun oordeel aan die eisen voldoet.

Artikel 103

- 1 Indien de aanvrager naar het oordeel van het CBR voldoet aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen ten aanzien van de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen van de rijbewijscategorie of rijbewijscategorieën waarop de aanvraag betrekking heeft, registreert het in het rijbewijzenregister ten behoeve van de aanvrager voor die categorie of categorieën een verklaring van geschiktheid.
- 2 Indien naar het oordeel van het CBR redelijke grond bestaat voor de verwachting dat de aanvrager slechts aan de bij ministeriële regeling

- vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voldoet voor een daarbij te bepalen termijn die korter is dan de in artikel 122, eerste lid, van de wet voorziene geldigheidsduur, registreert het CBR die termijn in het rijbewijzenregister.
- 3 Indien de aanvrager naar het oordeel van het CBR aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen ten aanzien van de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen van de rijbewijscategorie of rijbewijscategorieën waarop de aanvraag betrekking heeft, slechts kan voldoen indien het door hem te besturen motorrijtuig aan bepaalde eisen voldoet dan wel indien de aanvrager bij het besturen gebruik maakt van kunst- of hulpmiddelen, is het, ten einde de aard van de mogelijke aanpassingen aan het motorrijtuig of van de door de aanvrager te gebruiken kunst- of hulpmiddelen vast te stellen, bevoegd technisch onderzoek te verrichten of te doen verrichten dan wel van de aanvrager te vorderen dat deze zich onderwerpt aan een rijproef.
 - 4 Indien de aanvrager naar het oordeel van het CBR aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen van de rijbewijscategorie of rijbewijscategorieën waarop de aanvraag betrekking heeft, slechts voldoet indien het door hem te besturen motorrijtuig aan bepaalde eisen voldoet dan wel indien de aanvrager bij het besturen gebruik maakt van kunst- of hulpmiddelen, registreert het CBR de noodzakelijk geachte aanpassingen aan het motorrijtuig dan wel de door de bestuurder te gebruiken kunst- of hulpmiddelen in het rijbewijzenregister door middel van een bij ministeriële regeling vastgestelde codering.
 - 5 Indien de aanvrager naar het oordeel van het CBR aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen van de rijbewijscategorie of rijbewijscategorieën waarop de aanvraag betrekking heeft, slechts voldoet indien hij het motorrijtuig bestuurt binnen een geografisch beperkt gebied, registreert het CBR dat gebied in het rijbewijzenregister door middel van een bij ministeriële regeling vastgestelde codering.
 - 6 Indien de aanvrager naar het oordeel van het CBR aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen slechts voldoet indien hij het door hem te besturen motorrijtuig gebruikt voor privé doeleinden, registreert het CBR die beperking in het rijbewijzenregister door middel van een bij ministeriële regeling vastgestelde codering.

Artikel 104

- 1 Indien de aanvrager van een verklaring van geschiktheid een mededeling heeft ontvangen dat geen verklaring van geschiktheid in het rijbewijsregister wordt geregistreerd, dat een verklaring van geschiktheid wordt geregistreerd voor minder categorieën dan waarop de aanvraag betrekking heeft, of dat in het rijbewijsregister een termijn als bedoeld in artikel 103, tweede lid, dan wel een gecodeerde aanduiding als bedoeld in artikel 103, vierde, vijfde of zesde lid, is geregistreerd, kan hij binnen vier weken na ontvangst daarvan het CBR verzoeken een of meer artsen aan te wijzen voor een keuring of herkeuring op zijn eigen kosten.
- 2 Het CBR wijst een of meer artsen aan en geeft van die aanwijzing kennis aan de aanvrager en aan de aangewezen arts of artsen.
- 3 De aanvrager geeft de aangewezen arts of artsen inzage van de in het eerste lid bedoelde mededeling.
- 4 Door de aangewezen arts of artsen wordt aan het CBR schriftelijk medegedeeld voor welke rijbewijscategorie of rijbewijscategorieën de aanvrager naar zijn of naar hun oordeel voldoet aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid en voor welke categorie of categorieën hij aan die eisen niet voldoet. Indien naar het oordeel van de aangewezen arts of artsen redelijke grond bestaat voor de verwachting dat de aanvrager slechts aan de bij ministeriële regeling vastgestelde eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voldoet voor een daarbij te bepalen termijn die korter is dan de in artikel 122, eerste lid, van de wet voorziene geldigheidsduur, wordt zulks door hem of door hen schriftelijk medegedeeld aan het CBR onder vermelding van de termijn waarvoor de aanvrager naar zijn of naar hun oordeel aan die eisen voldoet. Artikel 103 is verder van toepassing.
- 5 Een op grond van artikel 103 geregistreerde verklaring van geschiktheid vervalt door een mededeling als bedoeld in het vierde lid.

Artikel 104a [Vervallen per 01-10-2006]

Bijlage 6

Relevante uitspraken van de Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg rond (rijbewijs)keuringen in de periode 1990-2009

Onderstaande uitspraken geven inzicht in de wijze waarop de tuchtrechter het medisch handelen van artsen, betrokken bij rijbewijskeuringen toetst. Met name het gebrek aan onderbouwing van de conclusies in de rapportage is een veel voorkomende (en vaak gehonoreerde) klacht. Ook wordt het inzage- en blokkeringsrecht bij rijbewijskeuringen (in de meest recente uitspraken) aan de orde gesteld. De uitspraak van de Raad van State van 25 februari 2009 is relevant geweest voor de standpuntbepaling van de Commissie rond het blokkeringsrecht (zie hoofdstuk 10, paragraaf 2.3).

Raad van State 25 februari 2009

In deze zaak heeft het CBR het rijbewijs van betrokkene ongeldig verklaard. Daartegen heeft deze bezwaar gemaakt. Het CBR heeft dit bezwaar vervolgens ongegrond verklaard. Betrokkene heeft de zaak voorgelegd aan de Rechtbank Roermond die de rechtsgevolgen van het besluit van het CBR (ongeldigverklaring rijbewijs) in stand heeft gelaten. Tegen deze uitspraak heeft betrokkene hoger beroep ingesteld bij de Raad van State. De Raad van State overweegt het volgende:

‘Ingevolge artikel 7:446, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek (hierna: het BW), voor zover thans van belang, is de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling de overeenkomst waarbij een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, de hulpverlener, zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde.

Ingevolge het vierde lid is *geen* behandelingsovereenkomst aanwezig, indien het handelingen betreft ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden.

Ingevolge artikel 7:464, eerste lid, zijn, indien in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst handelingen op het gebied van de geneeskunst worden verricht, afdeling 5 alsmede de artikelen 404, 405, tweede lid, en 406 van afdeling 1 van titel 7 van het BW van overeenkomstige toepassing voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet. Ingevolge het tweede lid, aanhef en onder b, wordt, indien het handelingen betreft als omschreven in artikel 7:446, vierde lid, de persoon op wie het onderzoek betrekking heeft in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen. Indien die wens is geuit en de handelingen niet worden verricht in verband met een tot stand gekomen arbeidsverhouding of burgerrechtelijke verzekering dan wel een opleiding waartoe de betrokkene reeds is toegelaten, wordt bedoelde persoon tevens in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij van de uitslag en de gevolgtrekking als eerste kennis wenst te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan. Het door de psychiaters in opdracht van het CBR verrichte onderzoek dient te worden aangemerkt als 'een handeling ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen' zoals bedoeld in artikel 7:446, vierde lid, van het BW. Het betreft hier de aanspraak van betrokkene op zijn rijbewijs. Ingevolge artikel 7:464, tweede lid, aanhef en onder b, van het BW kwam aan betrokkene het in dit artikel genoemde inzage- en blokkeringsrecht toe. Het oordeel van de rechtbank dat de aard van de rechtsbetrekking zich verzet tegen de toepassing van dit blokkeringsrecht, waarmee de rechtbank heeft verwezen naar de clausulering van het eerste lid van artikel 7:464 van het BW, berust op een *onjuiste* rechtsopvatting. Zoals de Hoge Raad in zijn beschikking van 26 maart 2004 in zaak nr. R03/045 HR (LJN AO1330) heeft overwogen, is artikel 7:464, tweede lid, van het BW blijkens de wetsgeschiedenis bedoeld als een *specifieke regeling* met betrekking tot keuringen verricht in opdracht van een ander dan de gekeurde. *Geen grond bestaat deze bepaling uit te leggen in samenhang met het bepaalde in het eerste lid. Gelet hierop kan aan de door het CBR genoemde uitspraak van het Centraal Tuchtcollege van 30 oktober 2008 (zie de uitspraak hieronder) niet de door het CBR gewenste betekenis worden gehecht.*

De Rechtbank heeft de rechtsgevolgen van het door haar vernietigde besluit van 13 november 2007 in stand gelaten, omdat zij van oordeel was dat het CBR zich terecht op het standpunt heeft gesteld dat in deze zaak de aard van de rechtsbetrekking zich tegen de toepassing van het blokkeringsrecht verzet. Uit hetgeen hiervoor is overwogen, volgt dat dit oordeel in rechte *geen* stand kan houden. De Raad van State ziet echter

aanleiding te onderzoeken of de rechtsgevolgen van het vernietigde besluit op bezwaar op andere gronden in stand kunnen blijven. Ter zitting heeft het CBR gesteld dat, indien een betrokkene met een beroep op het blokkeringsrecht het CBR verhindert van de uitslag van het psychiatrisch onderzoek kennis te nemen, dit dient te worden aangemerkt als het niet verlenen van de vereiste medewerking aan een onderzoek naar de geschiktheid, als bedoeld in artikel 132, eerste lid, van de WVW 1994. Ingevolge het tweede lid van dit artikel besluit het CBR bij gebrek aan medewerking tot ongeldig verklaring van het rijbewijs. Deze uitleg van artikel 132, eerste lid, van de WVW 1994 is naar het oordeel van de Raad van State *niet onjuist*. Dit betekent dat, indien betrokkene met een beroep op zijn blokkeringsrecht het CBR zou verhinderen van de uitslag van het psychiatrisch onderzoek kennis te nemen, het CBR gehouden is zijn rijbewijs ongeldig te verklaren. *Overigens is de Afdeling van oordeel dat het wenselijk is dat betrokkene op die consequentie wordt gewezen.*

Voor het geval betrokkene geen gebruik zou wensen te maken van zijn blokkeringsrecht, dient beoordeeld te worden of het door de psychiaters verrichte onderzoek voldoende grondslag biedt voor het oordeel dat betrokkene niet voldoet aan de eisen van geschiktheid voor het besturen van een of meer categorieën van motorrijtuigen. De omstandigheid dat betrokkene ten onrechte niet in de gelegenheid is gesteld, met betrekking tot de uitslag van het psychiatrisch onderzoek zijn rechten ingevolge artikel 7:464, tweede lid, aanhef en onder b, van het BW uit te oefenen, staat er niet aan in de weg dat dit onderzoek, na het herstel van dit gebrek en indien van het blokkeringsrecht geen gebruik wordt gemaakt, gebruikt wordt bij de beoordeling of sprake is van misbruik van drugs, zoals bedoeld in paragraaf 8.8. van de Bijlage bij de Regeling eisen geschiktheid 2000. Betrokkene heeft in bezwaar, beroep en hoger beroep zijn bezwaren tegen dit onderzoek voldoende naar voren kunnen brengen. Onder drugsmisbruik in ruime zin wordt verstaan de psychiatrische diagnose, gebaseerd op alle relevante gegevens en/of de DSM-IV-TR classificatie drugsmisbruik en/of afhankelijkheid van drugs. In een geval waarin deze psychiatrische diagnose is gesteld, bestaat slechts aanleiding om de ongeldig verklaring van het rijbewijs niet in stand te laten, indien de psychiatrische rapportage naar inhoud of wijze van totstandkoming *gebreken* vertoont, inhoudelijk tegenstrijdig of anderszins niet concludent is, zodanig dat het CBR zich daarop niet heeft mogen baseren. Niet gebleken is dat dit het geval is. In de rapportage wordt vermeld dat in de urine van betrokkene sporen van cannabis zijn aangetroffen, dat hij ten tijde van de aanhouding iedere dag cannabis gebruikte, dat hij soms stiekem gebruikte en dat hij zichzelf als gewoontegebruiker beschouwde. Betrokkene heeft geen contra-expertise overgelegd. Gelet hierop heeft het

CBR zich in redelijkheid op het standpunt kunnen stellen dat sprake is van misbruik van drugs, zoals bedoeld in paragraaf 8.8 van de Bijlage bij de Regeling eisen geschiktheid 2000.’

Conclusie: de Raad van State oordeelt dus dat het inzage- en blokkeringsrecht wél van toepassing is bij rijbewijskeuringen. De rechtsgevolgen van het besluit van het CBR en van de uitspraak van de Rechtbank Roermond (ongeldigverklaring van het rijbewijs) worden wel in stand gelaten, maar dan op andere gronden (volgens de rechtbank is er sprake van misbruik van drugs, zoals bedoeld in paragraaf 8.8 van de Bijlage bij de Regeling eisen geschiktheid 2000).

Centraal Tuchtcollege 30 oktober 2008

Deze zaak geeft informatie over het inzage- en blokkeringsrecht bij rijbewijskeuringen. De klacht is beoordeeld in twee instanties; op 23 augustus 2007 door het Regionaal Tuchtcollege Zwolle, dat de klacht gegrond achtte. De aangeklaagde psychiater kreeg een waarschuwing en is in hoger beroep gegaan. Hierop heeft het Centraal Tuchtcollege op 30 oktober 2009 uitspraak gedaan en geoordeeld dat de klacht ongegrond was. Beide uitspraken worden besproken.

In deze zaak ging het om een psychiater die bij klager een psychiatrisch onderzoek verrichtte in het kader van de beoordeling door het CBR met de vraag of aan klager een verklaring van geschiktheid om motorrijtuigen te besturen kan worden verstrekt. Klager was zes jaar eerder aangehouden wegens rijden onder invloed van alcohol. Zijn ademalcoholgehalte was toen 780 ug/l. Hij heeft daarom in 2000 verplicht deelgenomen aan een driedaagse EMA-cursus, gericht op voorlichting en gedragsverandering ten aanzien van alcohol en verkeer. In 2002 werd klager weer aangehouden (gehalte 922 ug/l) en moest zich onderwerpen aan een onderzoek. Omdat klager zich onttrok aan de keuring, werd zijn rijbewijs ongeldig verklaard. Eind 2004 heeft hij een Eigen verklaring ingevuld waarna hij door het CBR werd verwezen naar de psychiater. Bij het onderzoek is een CDT-bepaling gedaan. Bij de bloedsuitslagen is vervolgens naast de aangevraagde CDT-bepaling (2,4) ook een tweede bepaling (6,6) – een maand eerder door de huisarts aangevraagd – vermeld. De normaalwaarde is maximaal 2,6. De psychiater heeft dit gegeven ongevraagd ontvangen. De arts heeft beide gegevens verwerkt in zijn rapport aan het CBR. Het CBR heeft op geleide van de rapportage geen verklaring van geschiktheid verstrekt en heeft het bezwaar van klager daartegen ongegrond verklaard. Ook in de administratieve procedure bij de rechtbank en Raad van State is de klacht ongegrond verklaard.

Het belangrijkste verwijt van klager in deze zaak is dat de psychiater ten onrechte verkregen persoonlijke gegevens aan het CBR heeft toegestuurd. Ook zou de psychiater niet deskundig zijn met betrekking tot ex-polio-

patiënten. Dit laatste wordt door het college afgewezen omdat de klacht geen steun vindt in feiten.

De psychiater legt ter zitting uit hoe hij in het bezit is gekomen van de CDT-waarde: de uitslag van het labonderzoek is opgenomen in het computersysteem van het ziekenhuis waarnaar klager door de psychiater was verwezen voor bepaling van de bloedwaarden. In datzelfde systeem is ook de CDT-waarde opgeslagen die op de tweede datum is bepaald omdat die bepaling in hetzelfde lab is verricht. Als gevolg daarvan heeft het lab beide waarden op één uitslagenformulier vermeld en aan de psychiater gestuurd. Het college is van oordeel dat dat niet duidt op onrechtmatig verkregen gegevens, maar geeft de psychiater de aanbeveling voortaan op het aanvraagformulier voor het lab te vermelden dat het om een keuring gaat.

Ten aanzien van de CDT-waarden bevestigt de psychiater dat de hoge waarde doorslaggevend is geweest voor de uitkomst van zijn rapport, gelet op de specificiteit van de CDT-bepaling voor alcoholmisbruik. Hij heeft klager niet aangeboden de uitkomst van zijn onderzoek te bespreken voordat hij zijn rapport aan het CBR zou zenden. Het college wijst op het ingevolge de WGBO vastgelegde *inzage- en blokkeringsrecht* van betrokkene dat van toepassing is bij rijbewijskeuringen zoals hier is verricht. De psychiater had klager daarop moeten wijzen of had in ieder geval moeten nagaan of klager hiermee bekend was en of hij er gebruik van wilde maken. Omdat de toepasselijkheid van deze rechten bij rijbewijskeuringen (nog) niet van algemene bekendheid zal zijn bij geneeskundigen, rekent het college dit de psychiater niet zwaar aan. Anders is dat ten aanzien van het ontbreken van besef dat hij in overleg met klager had moeten treden over het gebruik van de hoge CDT-waarde als cruciaal gegeven in zijn rapport. Door dit niet te bespreken is klager de mogelijkheid ontnomen het gebruik van dat gegeven te blokkeren. De psychiater had – als hij dit cruciale gegeven van klager niet mocht gebruiken – ook aan het CBR kunnen melden dat hij, omdat hij bepaalde gegevens niet mocht gebruiken, geen rapport kon uitbrengen. De psychiater krijgt een waarschuwing. De uitspraak wordt gepubliceerd met als doel meer bekendheid te geven over de toepasselijkheid van het inzage- en blokkeringsrecht bij rijbewijskeuringen.

In hoger beroep oordeelt het Centraal Tuchtcollege anders dan het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal College oordeelt als volgt. De psychiatrische rapportage van de psychiater is met name gebaseerd op de beide laboratoriumuitslagen (een CDT-waarde van 6,6% op 27 april 2005 en een CDT-waarde van 2,4% op 25 mei 2005). De laatstgenoemde waarde had de psychiater zelf aangevraagd maar de eerder op 27 april 2005 bepaalde hogere waarde kreeg hij ongevraagd onder ogen. De psychiater heeft in zijn rapportage aan het CBR van zijn kennis van deze

waarde gebruikgemaakt. Hij heeft niet tevoren aan klager de gelegenheid gegeven om zijn rapportage te blokkeren. Volgens het college is dit echter niet aan te merken als een tuchtrechtelijk verwijtbaar nalaten omdat het allesoverheersende belang dat met deze rapportage gemoeid is, te weten de *publieke veiligheid*, met zich brengt dat de aard van de rechtsbetrekking tussen CBR, rapporteur en de persoon over wie gerapporteerd wordt, een blokkeringsrecht uitsluit. Ten overvloede wijst het Centraal Tuchtcollege erop, dat op dit publiekrechtelijk terrein het *inzage- en correctierecht* wel onverlet blijft. De psychiater heeft hieraan geen inhoud gegeven, maar dat is onvoldoende voor oplegging van een tuchtrechtelijke maatregel, mede gelet op de onduidelijke en gecompliceerde wijze waarop de wettelijke bepaling van artikel 7: 464 BW waarin het blokkeringsrecht is opgenomen (deels) in werking is getreden. Het college komt tot het oordeel dat de klacht (alsnog) ongegrond is. Ook deze uitspraak wordt gepubliceerd in diverse (medische) tijdschriften.

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 21 maart 2006

Het inzage- en blokkeringsrecht was al eerder aan de orde geweest in deze klacht tegen een psychiater. Klaagster had een verzoek ingediend bij het CBR om een verklaring van geschiktheid te krijgen voor het rijden in een aangepaste auto in verband met een handicap aan haar been. Daarvoor had zij een Eigen verklaring ingevuld. Omdat deze niet volledig was, is deze teruggestuurd naar de huisarts van klagster die tevens keurend arts was. De medisch adviseur van het CBR achtte vervolgens nader onderzoek door een psychiater noodzakelijk. In zijn rapport concludeert hij dat er aanwijzingen zijn voor alcoholmisbruik (heden) en een TS in het verleden. Klaagster krijgt geen Verklaring van geschiktheid. Zij gaat daartegen in bezwaar en vraagt om afschrift van de medische gegevens waarop de psychiater zijn rapport had gebaseerd. De psychiater heeft de gegevens vernietigd. Klaagster verwijt de psychiater dat de brieven voor de oproep van de keuring bedreigend van taal waren, dat zijn rapportage onzorgvuldig was, dat hij de gegevens ten onrechte had vernietigd en haar heeft belet het inzage- en blokkeringsrecht uit te oefenen en ten slotte dat hij in het rapport dat aan de medisch adviseur is gestuurd, wijzigingen heeft aangebracht. Het tuchtcollege oordeelt dat de uitnodigingsbrieven zakelijk van toon zijn en onverbloemd de voorwaarden beschrijven waaraan de gekeurde moet voldoen bij het onderzoek. Deze kunnen de toets der kritiek doorstaan omdat het hier om een keuringsonderzoek gaat en niet om hulpverlening. Ook het rapport voldoet volgens het college aan de zorgvuldigheidscriteria conform de Richtlijn psychiatrische rapportage van de NVVP (zie de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege Den Haag van 3 juni 2003 in deze bijlage). Het tuchtcollege is voorts van mening dat de psychiater de gegevens niet hoefde te bewaren omdat hij

deze in het rapport had verwerkt en niet aannemelijk is geworden dat het hier om ‘werkaantekeningen’ ging. Volgens art. 464 lid 2 aanhef en sub a WGBO hoeven de gegevens slechts worden bewaard zolang dat noodzakelijk is in verband met het onderzoek. Die noodzaak deed zich hier niet voor. Het inzage- en blokkeringsrecht werd, vanwege de ter zake genomen Koninklijke Besluiten van 13 maart 2000 en 22 maart 2005 rond de reikwijdte en inwerkingtreding van het blokkeringsrecht, niet van toepassing geacht op keuringen in een publiekrechtelijk kader, waaronder de rijbewijskeuring door het college wordt gerekend. Het college neemt het onderdeel van de *KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens* (2003), waarin (in 12.2) een algemeen inzage- en blokkeringsrecht bij keuringen wordt aangenomen, niet over omdat naar het oordeel van het college het blokkeringsrecht hier volgens de (ingewikkelde) wettelijke regelgeving (nog) niet van toepassing is. Miskenning van een blokkeringsrecht door de psychiater kan volgens het college dan ook niet worden aangenomen. Het feit dat de psychiater ter zitting blijf heeft gegeven in te zien dat hij een aantal woorden niet had mogen wijzigen in de rapportage aan de medisch adviseur doet het college besluiten de klacht als ongegrond af te wijzen. De uitspraak is kritisch ontvangen; zie onder andere Doppegieter, 2009.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag 3 juni 2003

In deze zaak ging het om de zoon van klagster die geen verklaring van geschiktheid voor het besturen van vrachtwagens (rijbewijs C) had gekregen. Ook zijn rijbewijs B is ongeldig verklaard op grond van vermeend alcoholmisbruik. De man gebruikte tweemaal per maand softdrugs en had dat in de Eigen verklaring eerlijk opgebiecht, waarna het ‘onderzoeksballetje’ is gaan rollen. Klagster is van mening dat de arts, die de rijgeschiktheid beoordeelt van mensen die na een ongeschiktheidverklaring door de medisch adviseur van het CBR een herkeuring hebben aangevraagd, op onjuiste gronden dit besluit heeft genomen. Dit doet de arts op basis van de rapportage die is opgemaakt door de keuringsartsen die het CBR heeft ingeschakeld. Naast de aangeklaagde arts waren er nog vier andere artsen bij de beoordeling betrokken (psychiater die het geneeskundig verslag had gemaakt, de zenuwarts die een rapport had gemaakt, de medisch adviseur die betrokkene ongeschikt had verklaard en de psychiater die het herkeuringsrapport had opgesteld). Klagster vindt dat de uitslag van het laboratoriumonderzoek (CDT-waarde), het rapport van de psychiater en de Eigen verklaring niet consistent zijn en dat alcoholmisbruik niet is aangetoond. Het tuchtcollege oordeelt de klacht gegrond. Het college oordeelt het volgende. Als algemeen uitgangspunt geldt dat het rapport dat een arts maakt van een door hem uitgevoerd onderzoek aan de

volgende eisen moet voldoen, wil van een vakkundig en zorgvuldig rapport kunnen worden gesproken.

- In het rapport moet op inzichtelijke en consistente wijze worden uiteengezet op welke gronden de conclusie van het rapport steunt.
- De in die uiteenzetting genoemde gronden moeten aantoonbaar voldoende steun vinden in feiten, omstandigheden en bevindingen vermeld in het rapport.
- Bedoelde gronden moeten de daaruit getrokken conclusie kunnen rechtvaardigen.

Het rapport van de psychiater voldoet niet aan deze eisen. De conclusie van zijn rapport vindt geen steun in het verslag van het psychiatrisch en lichamelijk onderzoek. Deze vindt evenmin steun in de Eigen verklaring die betrokkene heeft ingevuld en de aantekening die de psychiater daaronder heeft gemaakt. De zenuwarts heeft wel de diagnose misbruik van alcohol volgens de DSM-IV-criteria gesteld, maar het rapport geeft geen inzicht in de grondslag van deze diagnose.

De aangeklaagde arts die het rapport van de psychiater op consistentie diende te beoordelen, had de conclusie niet zonder meer mogen overnemen. De psychiater krijgt een waarschuwing.

Toelichting

In de periode 1993-1995 heeft de tuchtrechter een aantal uitspraken gedaan over rijbewijskeuringen en dan met name over het keuringsonderzoek na rijden onder invloed in het kader van (toen) artikel 18 WvW (nu artikelen 8 en 130-134a ev. WvW). Deze uitspraken geven inzicht in de wijze waarop de tuchtrechter het medisch handelen van artsen, betrokken bij rijbewijskeuringen, toetst met als oogmerk het bewaken van de kwaliteit van het professioneel handelen.

Centraal Tuchtcollege 6 juni 1995

Een arts wordt gevraagd een keuring te verrichten in het kader van de vorderingsprocedure ingevolge art. 18 WvW (oud) naar de geschiktheid voor het besturen van een auto na rijden onder invloed. In het keuringsverslag concludeert de arts samenvattend, dat klager enkele malen is aangehouden wegens rijden onder invloed van alcohol, dat hij niet geheel open is, zijn drankgebruik bagatelliseert, hij eerdere overtredingen annuleert en weinig introspectie heeft. Om deze reden wordt hij niet geacht aan het verkeer deel te nemen. Het tuchtcollege in eerste aanleg vindt de klacht, namelijk dat het rapport geen medische/psychiatrische overwegingen bevat die voldoende grondslag vormen om klager ongeschikt te achten voor het besturen van een auto, gegrond. De arts gaat in beroep tegen de opgelegde waarschuwing.

Het Centraal College noemt op identieke wijze de drie eisen die in de uitspraak van juni 2003 hierboven zijn genoemd. Het rapport van de arts voldoet niet aan die eisen. Voor de eerdergenoemde constatering bevat het rapport volgens het college geen aanknopingspunten. Zo is uit het rapport geenszins op te maken hoeveel klager de laatste jaren heeft gedronken. Bovendien is het volgens het college onjuist dat de arts bij een medisch onderzoek ingevolge art. 18 WvW (oud) uitgaat van een *vermoeden* van ongeschiktheid tot besturen. Omdat de arts daarvan wel is uitgegaan, heeft het door hem verrichte onderzoek daarom al niet voldaan aan de daaraan te stellen eisen van objectiviteit. Het beroep van de arts wordt afgewezen.

Centraal Tuchtcollege 19 januari 1995 (2 uitspraken)

Ook hier betreft het klachten tegen artsen die betrokken zijn geweest bij rijbewijskeuringen. Het handelt wederom om keuringen op grond van de vorderingsprocedure ex art. 18 WvW (oud). De eerste zaak betreft een arts die betrokkene op grond van zijn onderzoek ongeschikt acht. Het tuchtcollege in eerste aanleg heeft de klacht gegrond verklaard en de arts een waarschuwing opgelegd. Het Centraal College bevestigt deze beslissing. In de tweede zaak gaat het om een psychiater/neuroloog die in dezelfde casus tevens tot de conclusie komt dat betrokkene ongeschikt is. Het tuchtcollege in eerste aanleg heeft de klacht als ongegrond afgewezen. In hoger beroep heeft de arts echter een waarschuwing gekregen. In beide uitspraken brengt het Centraal College nogmaals naar voren dat een oordeel over de toekomstige rijgeschiktheid gebaseerd moet zijn op een deugdelijke medisch wetenschappelijke onderbouwing. Het Centraal College noemt ook hier de drie eisen die ook in de uitspraak van juni 2003 zijn genoemd. Het rapport van de artsen voldoet niet aan die eisen. In de eerste casus is het college van oordeel dat het gevonden cholesterolgehalte, noch een 'koorddansersgang' met een afwijking naar links, noch beide bevindingen in onderling verband aanleiding kunnen geven tot de conclusie dat klager geleidelijk aan te veel drinkt. Ook voor het overige bevat het rapport onvoldoende aanknopingspunten voor deze constatering.

In de tweede casus zijn die aanknopingspunten ook niet gevonden voor de conclusie dat klager gebrekkig inzicht heeft in de gevaren van alcohol. Niet is duidelijk gemaakt op welke feiten en bevindingen de constatering is gebaseerd dat er sprake is van een matheid en vlakheid gepaard gaande met een gebrekkig inzicht in de gevaren van alcohol met een neiging de zaak te bagatelliseren en te verdoezelen, ondanks het toegeven van het alcoholmisbruik in het verleden.

Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 21 maart 1994

Het betreft hier een klacht van betrokkene die een onderzoek moet ondergaan ingevolge art. 18 Wvw (oud). Klager verwijt de neuroloog dat deze hem ten onrechte rijongeschikt heeft bevonden. Hij meende dat de conclusie van het rapport onvoldoende feitelijk was onderbouwd en de arts gebruik heeft gemaakt van informatie over klager afkomstig van de internist, zonder dat klager daarvoor toestemming heeft gegeven. Ten aanzien van dat laatste overweegt het regionaal tuchtcollege dat klager zich daartegen niet kan verzetten omdat het hier om informatie gaat waartegen klager niet eerder bezwaar heeft gemaakt. Ten aanzien van de onderbouwing van het rapport overweegt het college dat de arts weliswaar een uitvoerig lichamelijk onderzoek bij klager heeft verricht, maar dat het onderzoek onvoldoende aanknopingspunten biedt voor de conclusie dat klager ten tijde van het onderzoek ongeschikt was voor het besturen van alle categorieën motorrijtuigen. Die conclusie heeft de arts vrijwel uitsluitend gebaseerd op het verleden van klager en niet op de actuele situatie. Aan de eisen van deugdelijkheid en zorgvuldigheid is niet voldaan omdat de medische gegevens onvoldoende steun gaven aan zijn stellige conclusie. De arts krijgt een waarschuwing.

Centraal Tuchtcollege 28 oktober 1993 en 21 oktober 1993

Deze uitspraak betreft de advisering door een internist aan het Ministerie van Verkeer en Waterstaat. Op grond van een aantal keuringsrapporten concludeerde deze tot geschiktheid voor het besturen van een auto voor een periode van drie jaar. In de tweede casus komt de keurend zenuwarts tot de conclusie dat er sprake is van ongeschiktheid tot het besturen van een motorvoertuig. In beide zaken had het tuchtcollege in eerste aanleg de klachten afgewezen, maar in hoger beroep komt het Centraal Tuchtcollege tot een ander oordeel: beide artsen krijgen een waarschuwing. In beide uitspraken komt naar voren dat een oordeel over de toekomstige rijgeschiktheid gebaseerd moet zijn op een deugdelijke medisch-wetenschappelijke onderbouwing. Artsen moeten zich dan ook niet laten verleiden tot uitspraken die niet met medische argumenten kunnen worden ondersteund. Het advies van de KNMG in een commentaar bij deze uitspraken luidde dan ook dat artsen zich uiterst terughoudend moeten opstellen bij het doen van uitspraken omtrent de *toekomstige* rijgeschiktheid en dat het tot stand komen van een protocol voor keuringen na rijden onder invloed noodzakelijk is. Als belangrijk uitgangspunt zal daarbij moeten gelden dat de keuring wordt afgesloten met een diagnose en *niet* met een oordeel. In dit verband is van belang te melden dat naar aanleiding van deze uitspraken in het keuringsformulier in het kader van de Vorderingsprocedure dat medio negentiger jaren

van de vorige eeuw in gebruik raakte, de vraag of betrokkene geschikt is tot het besturen van een motorvoertuig niet langer gesteld wordt. De psychiater dient alleen een verslag van de medische bevindingen te maken, waarbij hij zich moet beperken tot het stellen van een medische diagnose. *Geen oordeel dus.* De samenvatting en conclusie ten aanzien van de (on)geschiktheid uit het oude formulier zijn daarmee komen te vervallen. Ten slotte nog een aantal oudere uitspraken die met name relevant zijn met betrekking tot het verrichte onderzoek en de onderbouwing van de conclusies.

Regionaal Tuchtcollege Den Haag 20 juni 1990

Een arts wordt gevraagd een keuring te verrichten in het kader van de vorderingsprocedure. Het onderzoek dient om vast te stellen of het bij klaagster geconstateerde te hoge bloedalcoholpromillage slechts een incident was, of dat daaraan verderstrekkende betekenis moest worden toegekend. In het keuringsverslag concludeert de arts samenvattend dat klaagster een verhoogde tensie had, een lever van 'vier vingers', dat zij iets onzeker was bij het staan en dat zij van onvermogen blijk gaf om de realiteit te herkennen of te praten over het kritisch alcoholgehalte van het bloed. Naar aanleiding van het verwijt van klaagster dat het rapport van de arts warrig was, het onderzoek geen aanwijzingen gaf dat zij dronk en de conclusie van de arts dat klaagster ongeschikt is voor het besturen van een auto niet door de feiten wordt gedragen, oordeelt het tuchtcollege dat het onderzoek van de arts onvoldoende is geweest. Er was onvoldoende indicatie om te concluderen dat klaagster ongeschikt was om in de toekomst een motorvoertuig te besturen. Voorts oordeelt het college dat de arts, gezien zijn bevindingen met betrekking tot de lever, klaagster daarop had moeten wijzen en haar had moeten adviseren ter objectivering daarvan haar huisarts te raadplegen.

Het college vraagt zich voorts – ten overvloede – af of de beperkte keuringsprocedure in het algemeen wel verantwoord is om een prognose te geven zoals de arts is gevraagd.

Regionaal Tuchtcollege Eindhoven 16 december 1991

Het betreft hier een klacht tegen een neuroloog die onvoldoende eigen onderzoek en een slechte onderbouwing van het gegeven advies wordt verweten. De arts had zonder toestemming van betrokkene oude keuringsgegevens ingezien. Wat was de casus?

Klaagster lijdt aan myasthenia gravis. Voor de verlenging van haar rijbewijs was een keuring door een neuroloog noodzakelijk. Daartoe wordt de beklagde neuroloog aangewezen, die klaagster in september 1990 voor onderzoek en anamnese ziet. Beklaagde meldt klaagster dat hij bij haar

behandelend neuroloog inlichtingen zal inwinnen. Hij laat dat echter na, maar gaat in plaats daarvan af op de bevindingen van een onderzoek door zijn associé in maart 1985.

Hij concludeert ten aanzien van de rijgeschiktheid van klaagster op grond van zijn eigen bevindingen en die van zijn associé uit 1985, dat klaagster geschikt is voor rijbewijs B/E, met uitzondering van periodes met krachtsverlies. Hij stelt voor dat klaagster een automaat met stuurbevoegdheid zal gebruiken. Uit een tweede onderzoek door een andere neuroloog blijkt echter dat klaagster geen bijzondere voorzieningen behoeft, waarna zij uiteindelijk na twee rijproeven een rijbewijs zonder bijzondere voorzieningen verkrijgt. Klaagster verwijt de neuroloog lichtvaardig met haar belangen te zijn omgesprongen door zonder voldoende onderzoek te adviseren tot voorzieningen in haar auto. Het college acht de klacht gegrond. Het acht het onderzoek van de neuroloog volstrekt onvoldoende. Hij had bovendien niet mogen afgaan op de bevindingen van zijn associé uit 1985, terwijl het onderzoek zich richtte op de toestand van klaagster in 1990.

Bijlage 7

Voorbeeld informatieset over rechten en plichten betrokkene (gekeurde)

Inhoud:

- Informatiebrief Eigen-verklaringprocedure en Vorderingsprocedure
- Blokkeringsformulier en aanbiedingsbrief bij keuringsrapport Eigen-verklaringprocedure en Vorderingsprocedure

Informatie over uw rechten en plichten rond het keuringsonderzoek in het kader van de rijvaardigheid (de zogeheten Eigen-verklaringsprocedure van het CBR).

U hebt een keuringsonderzoek gehad naar de rijgeschiktheid in het kader van de Eigen-verklaringsprocedure van het CBR. Het onderzoek werd gedaan door ...

De keuring bestond uit een bloed- en/of urineonderzoek, een lichamelijk en een psychiatrisch onderzoek.

In deze brief vindt u informatie over uw rechten en plichten ten aanzien van het keuringsonderzoek.

Legitimatiebewijs en informatie over het onderzoek

De keurend arts heeft u voorafgaand aan het onderzoek gevraagd naar een legitimatiebewijs, zoals een geldig paspoort of identiteitskaart. Dit is van belang voor het vaststellen van uw *identiteit*. In het keuringsrapport zal de keurend arts aangeven hoe u zich heeft gelegitimeerd.

Recht op inzage en blokkering van het keuringsrapport

U mag de keurend arts vragen inzage te krijgen in het keuringsrapport om na te gaan of u een beroep wilt doen op het blokkeringsrecht.

Dit recht houdt in dat u, naast het recht om de conclusies van het keuringsonderzoek te vernemen, kunt aangeven dat u niet wilt dat het rapport aan het CBR wordt gestuurd.

Maakt u gebruik van het blokkeringsrecht, dan geeft de keurend arts schriftelijk aan het CBR door dat u geen toestemming geeft voor het versturen van het keuringsrapport. Alleen uw persoonsgegevens zoals naam, adres en woonplaats en het ingevulde Blokkeringsformulier worden aan het CBR gestuurd. Het rapport wordt dan dus aan niemand verstuurd. Het CBR kan in dat geval geen besluit nemen over uw rijgeschiktheid. Dit betekent dat het CBR op grond van het door de Minister aangepaste

Reglement rijbewijzen gedurende een jaar na de datum van het keuringsonderzoek geen verklaring van geschiktheid aan u kan afgeven. U mag pas weer rijden indien u na die periode opnieuw rijgeschikt wordt bevonden.

U vindt het blokkeringsformulier bijgesloten. U wordt verzocht hierop aan te geven of u wel of niet gebruik wilt maken van het blokkeringsrecht.

Binnen maximaal 10 dagen na de verzendingsdatum die op het rapport staat, moet u aan de keurend arts, **schriftelijk en per aangetekende post**, laten weten **óf** u gebruik wilt maken van het blokkeringsrecht. In de **bijgaande brief bij het keuringsrapport** staat waar u het formulier naartoe moet sturen. Zorg daarbij dat de gegevens die u moet invullen kloppen.

Reageert u niet binnen deze termijn, dan moet de keurend arts ervan uitgaan dat u geen bezwaar heeft tegen toezending van het rapport en de conclusies aan het CBR. Het rapport wordt dan aan het CBR gestuurd. Eventuele *feitelijke* onjuistheden in het rapport, bijvoorbeeld een onjuiste (geboorte)datum of naam kunt u op het Blokkeringsformulier aangeven. Deze correcties worden dan met het rapport meegestuurd naar het CBR. Voor de goede orde: dit betekent niet dat u wijzigingen kunt aanbrengen omdat u het niet eens bent met een onderdeel van het rapport of omdat u een passage niet relevant vindt.

Herkeuring

Bent u het niet eens bent met de uitslag van de keuring, dan hebt u op grond van de Eigen-verklaringsprocedure het recht, binnen 4 weken nadat u het besluit **van het CBR** tot weigering van een verklaring van geschiktheid heeft ontvangen, om een herkeuring te vragen. Let op: dit geldt niet wanneer u gebruik heeft gemaakt van uw blokkeringsrecht, want in dat geval kan het CBR geen verklaring van geschiktheid aan u afgeven (zie hierboven). Het verzoek om herkeuring moet u indienen bij het CBR, niet bij de keurend arts. Na de herkeuring neemt het CBR een beslissing op basis van beide onderzoeken. De kosten van zowel het eerste onderzoek als de herkeuring komen voor uw rekening.

Ten aanzien van de herkeuring geldt eenzelfde procedure als voor het eerste onderzoek (uitleg onderzoek, rechten etc.). Het CBR informeert u hierover.

Bewaartermijn van keuringsgegevens

De keurend arts bewaart de keuringsgegevens tot de beslissing van het CBR onherroepelijk is geworden, dus tot het moment van de afronding van uw procedure bij het CBR.

Als u gebruikmaakt van blokkering en het rapport dus niet aan het CBR wordt gestuurd, dan worden de keuringsgegevens vernietigd door de keurend arts.

Recht om bezwaar en beroep aan te tekenen tegen het besluit van het CBR

U heeft het recht om bezwaar en beroep aan te tekenen tegen het officiële besluit van het CBR over al dan niet geldigheid van uw rijbewijs. Alle besluiten die worden genomen en voor bezwaar en beroep vatbaar zijn, worden door het CBR aan betrokkenen bekendgemaakt.

De keurend arts staat daar verder buiten. Meer informatie over het CBR kunt u vinden op www.cbr.nl.

Vertegenwoordiging

De hiervoor genoemde rechten kunt u delegeren aan een ander, bijvoorbeeld uw partner. In dat geval vraagt de keurend arts de persoon die u vertegenwoordigt om een schriftelijke machtiging. Daarin moet dan staan dat u hem of haar heeft aangewezen als uw plaatsvervanger. Voor de duidelijkheid: u dient wel altijd zélf op de keuring te verschijnen.

Bijlagen:

- Blokkeringsformulier
- Aanbiedingsbrief bij keuringsrapport

Blokkeringsformulier keuringsrapport in het kader van de Eigen-verklaringsprocedure van het CBR

Ondergetekende heeft onlangs een keuringsonderzoek gehad naar de rijgeschiktheid in het kader van de Eigen-verklaringsprocedure van het CBR. De keuring is uitgevoerd door ... Ondergetekende heeft een informatiefolder ontvangen over zijn/haar rechten en plichten rond het keuringsonderzoek. Daarin is o.a. aangegeven dat hij/zij recht heeft op inzage in het keuringsrapport en op blokkering van toezending van de keuringsuitslag aan het CBR.

Hierbij geeft ondergetekende aan:*

- gebruik te willen maken van zijn/haar recht op blokkering van de keuringsuitslag aan het CBR; de keurende psychiater zal het rapport **niet** aan het CBR sturen (dit betekent dat het CBR geen besluit kan nemen over uw rijgeschiktheid en op grond van het door de Minister aangepaste *Reglement rijbewijzen* gedurende een jaar na de datum van het keuringsonderzoek geen verklaring van geschiktheid aan u kan afgeven; u mag pas weer rijden indien u opnieuw rijgeschikt wordt bevonden);
- geen** gebruik te willen maken van zijn/haar blokkeringsrecht; de keurend arts zal het keuringsrapport aan het CBR sturen.

*Aankruisen wat van toepassing is

Naam

(in blokletters)

Geboortedatum

Kenmerk

(staat vermeld bij de persoonsgegevens in het rapport)

Plaats

Datum

Handtekening

Ruimte voor eventuele feitelijke correcties zoals onjuiste persoonsgegevens:

Dit formulier opsturen naar:

Aanbiedingsbrief bij keuringsrapport Eigen-verklaringsprocedure

AANTEKENEN

Persoonlijk en vertrouwelijk

«de» «mv» «voorl» «naam»

«adres»

«postcode» «plaats»

datum

Betreft: keuringsonderzoek rijvaardigheid

Geachte «mv» «naam»,

Onlangs bent u gekeurd in het kader van het onderzoek naar uw rijgeschiktheid in het kader van de Eigen-verklaringsprocedure van het CBR. Bijgaand vindt u het keuringsrapport en de conclusies van het onderzoek. In de bijgevoegde Informatiefolder wordt u geïnformeerd over uw recht op inzage in de keuringsgegevens en eventuele blokkering van het doorgeven van de uitslag aan het CBR.

U wordt vriendelijk maar dringend verzocht uiterlijk binnen 10 dagen na de bovengenoemde datum van verzending van het rapport schriftelijk en per aangetekende post (adres: ...) te laten weten óf u gebruik wilt maken van uw blokkeringsrecht. Daarvoor verzoek ik u het bijgesloten Blokkeringsformulier te gebruiken.

Als u niet binnen deze termijn reageert zonder dat u mij een goed gemotiveerd verzoek tot uitstel heeft gestuurd, dan zal ik ervan uitgaan dat u geen bezwaar heeft tegen toezending van het bijgesloten rapport en de conclusies aan het CBR. Het rapport en de conclusies worden dan aan het CBR verzonden. Geeft u binnen deze termijn aan, dat u niet wilt dat de uitslag van de keuring aan het CBR wordt doorgegeven – dus dat u gebruik wilt maken van uw blokkeringsrecht – dan zal de keurend arts het CBR schriftelijk laten weten dat u geen toestemming geeft voor het versturen van het keuringsrapport. Alleen uw persoonsgegevens zoals naam, adres en woonplaats en het ingevulde Blokkeringformulier worden aan het CBR gestuurd. Het rapport wordt dan dus aan niemand verstuurd. Het CBR kan in dat geval geen besluit nemen over uw rijgeschiktheid. In dat geval wordt ervan uitgegaan dat de inhoud van het keuringsrapport zou hebben geleid tot een ongeschiktheidsverklaring. In het in november

2010 aangepaste *Reglement rijbewijzen* heeft de minister bepaald, dat na gebruikmaking van het blokkeringsrecht door betrokkene, gedurende *een jaar* na de datum van het keuringsonderzoek geen verklaring van geschiktheid in het rijbewijzenregister wordt geregistreerd. Hiermee wordt volgens de toelichting bij het aangepaste Reglement voorkomen, dat het blokkeringsrecht wordt gebruikt om telkens opnieuw de procedure te starten door een eigen verklaring in te dienen tot er sprake is van een voor de betrokkene gunstig rapport. Dit betekent dat het CBR gedurende een jaar na de datum van het keuringsonderzoek geen verklaring van geschiktheid aan u kan afgeven en gedurende dat jaar geen verklaring van geschiktheid in het rijbewijzenregister wordt geregistreerd. U mag pas weer rijden indien u na die periode opnieuw rijgeschikt wordt bevonden.

Eventuele *feitelijke* onjuistheden in het rapport, bijvoorbeeld een onjuiste (geboorte)datum of naam kunt u op het Blokkeringsformulier aangeven. Deze correcties worden dan met het rapport meegestuurd naar het CBR. Voor de goede orde: dit betekent niet dat u wijzigingen kunt aanbrengen omdat u het niet eens bent met een onderdeel van het rapport of omdat u een passage niet relevant vindt.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.
Voor eventuele vragen kunt u contact opnemen met

Met vriendelijke groet,

Bijlagen:

- Keuringsrapport
- Informatiefolder
- Blokkeringsformulier

Informatie over uw rechten en plichten rond het keuringsonderzoek in het kader van de geschiktheid om een motorvoertuig te besturen (de zogeheten Vorderingsprocedure van het CBR)

U hebt een keuringsonderzoek gehad naar de rijgeschiktheid in het kader van de Vorderingsprocedure van het CBR. Het onderzoek werd gedaan door ...

De keuring bestond uit een bloed- en/of urineonderzoek, een lichamenlijk en een psychiatrisch onderzoek.

In deze brief vindt u informatie over uw rechten en plichten ten aanzien van het keuringsonderzoek.

Legitimatiebewijs en informatie over het onderzoek

De keurend arts heeft u voorafgaand aan het onderzoek gevraagd naar een legitimatiebewijs, zoals een geldig paspoort of identiteitskaart. Dit is van belang voor het vaststellen van uw *identiteit*. In het keuringsrapport zal de keurend arts aangeven hoe u zich heeft gelegitimeerd.

Recht op inzage en blokkering van het keuringsrapport

U mag de keurend arts vragen inzage te krijgen in het keuringsrapport om na te gaan of u een beroep wilt doen op het blokkeringsrecht.

Dit recht houdt in dat u, naast het recht om de conclusies van het keuringsonderzoek te vernemen, kunt aangeven dat u niet wilt dat het rapport aan het CBR wordt gestuurd.

Maakt u gebruik van het blokkeringsrecht, dan geeft de keurend arts schriftelijk aan het CBR door dat u geen toestemming geeft voor het versturen van het keuringsrapport. Alleen uw persoonsgegevens zoals naam, adres en woonplaats en het ingevulde Blokkeringsformulier worden aan het CBR gestuurd. Het rapport wordt dan dus aan niemand verstuurd. Het CBR kan in dat geval geen besluit nemen over uw rijgeschiktheid. In dat geval wordt ervan uitgegaan dat de inhoud van het keuringsrapport zou hebben geleid tot een ongeschiktheidsverklaring. Dit betekent dat het CBR op grond van het aangepaste *Reglement rijbewijzen* gedurende een jaar na de datum van het keuringsonderzoek uw rijbewijs ongeldig zal verklaren vanwege het niet meewerken aan het onderzoek. U mag pas weer rijden indien u na die periode opnieuw rijgeschikt wordt bevonden.

U vindt het Blokkeringsformulier bijgesloten. U wordt verzocht hierop aan te geven of u wel of niet gebruik wilt maken van het blokkeringsrecht.

Binnen maximaal 10 dagen na de verzendingsdatum die op het rapport staat, moet u aan de keurend arts, **schriftelijk en per aangetekende post**, laten weten óf u gebruik wilt maken van het blokkeringsrecht. In de **bijgaande brief bij het keuringsrapport** staat waar u het formulier naartoe moet sturen. Zorg daarbij dat de gegevens die u moet invullen kloppen.

Reageert u niet binnen deze termijn, dan moet de keurend arts ervan uitgaan dat u geen bezwaar heeft tegen toezending van het rapport en de conclusies aan het CBR. Het rapport wordt dan aan het CBR gestuurd. Eventuele *feitelijke* onjuistheden in het rapport, bijvoorbeeld een onjuiste (geboorte)datum of naam kunt u op het Blokkeringsformulier aangeven. Deze correcties worden dan met het rapport meegestuurd naar het CBR. Voor de goede orde: dit betekent niet dat u wijzigingen kunt aanbrengen omdat u het niet eens bent met een onderdeel van het rapport of omdat u een passage niet relevant vindt.

Herkeuring

Bent u het niet eens met de uitslag van de keuring, dan heeft u op grond van de Vorderingsprocedure het recht binnen 2 weken nadat u het voorlopig besluit **van het CBR** tot ongeldig verklaring van het rijbewijs heeft ontvangen, om een tweede onderzoek (herkeuring) te vragen. Let op: dit geldt niet wanneer u gebruik heeft gemaakt van uw blokkeringsrecht, want in dat geval zal het CBR uw rijbewijs ongeldig verklaren (zie hierboven). Een verzoek om een tweede onderzoek moet u indienen bij het CBR, niet bij de keurend arts. Na het tweede onderzoek neemt het CBR een beslissing op basis van beide onderzoeken. Ook de kosten van het tweede onderzoek komen voor uw rekening.

Ten aanzien van de herkeuring geldt eenzelfde procedure als voor het eerste onderzoek (uitleg onderzoek, rechten etc.). Het CBR informeert u hierover.

Bewaartermijn van keuringsgegevens

De keurend arts bewaart de keuringsgegevens tot de beslissing van het CBR onherroepelijk is geworden, dus tot het moment van de afronding van uw procedure bij het CBR.

Als u gebruikmaakt van blokkering en het rapport dus niet aan het CBR wordt gestuurd, dan worden de keuringsgegevens vernietigd door de keurend arts.

Recht om bezwaar en beroep aan te tekenen tegen het besluit van het CBR

U heeft het recht om bezwaar en beroep aan te tekenen tegen het officiële besluit van het CBR over al dan niet geldigheid van uw rijbewijs. Alle besluiten die worden genomen en voor bezwaar en beroep vatbaar zijn, worden door het CBR aan betrokkenen bekendgemaakt.

De keurend arts staat daar verder buiten. Meer informatie over het CBR kunt u vinden op www.cbr.nl.

Vertegenwoordiging

De hiervoor genoemde rechten kunt u delegeren aan een ander, bijvoorbeeld uw partner. In dat geval vraagt de keurend arts de persoon die u vertegenwoordigt om een schriftelijke machtiging. Daarin moet dan staan dat u hem of haar heeft aangewezen als uw plaatsvervanger. Voor de duidelijkheid: u dient wel altijd zélf op de keuring te verschijnen.

Bijlagen:

- Blokkeringsformulier
- Aanbiedingsbrief bij keuringsrapport

Blokkeringsformulier keuringsrapport in het kader van de Vorderingsprocedure van het CBR

Ondergetekende heeft onlangs een keuringsonderzoek gehad naar de rijgeschiktheid in het kader van de Vorderingsprocedure van het CBR. De keuring is uitgevoerd door Ondergetekende heeft een informatiefolder ontvangen over zijn/haar rechten en plichten rond het keuringsonderzoek. Daarin is o.a. aangegeven dat hij/zij recht heeft op inzage in het keuringsrapport en op blokkering van toezending van de keuringsuitslag aan het CBR.

Hierbij geeft ondergetekende aan:*

- gebruik te willen maken van zijn/haar recht op blokkering van de keuringsuitslag aan het CBR; De keurende psychiater zal het rapport **niet** aan het CBR sturen (in dat geval wordt ervan uitgegaan dat de inhoud van het keuringsrapport zou hebben geleid tot een ongeschiktheidsverklaring; dit betekent dat het CBR op grond van het door de Minister aangepaste *Reglement rijbewijzen* gedurende een jaar na de datum van het keuringsonderzoek geen verklaring van geschiktheid aan u kan afgeven; uw rijbewijs is daarmee ongeldig totdat u, na die periode mogelijk opnieuw rijgeschikt wordt bevonden);
- geen** gebruik te willen maken van zijn/haar blokkeringsrecht; de keurende arts zal het keuringsrapport aan het CBR sturen.

*Aankruisen wat van toepassing is

Naam

(in blokletters)

Geboortedatum

Kenmerk

(staat vermeld bij de persoonsgegevens in het rapport)

Plaats

Datum

Handtekening

Ruimte voor eventuele feitelijke correcties zoals onjuiste persoonsgegevens:

Dit formulier opsturen naar:

Aanbiedingsbrief bij keuringsrapport Vorderingsprocedure

AANTEKENEN

Persoonlijk en vertrouwelijk

«de» «mv» «voorl» «naam»

«adres»

«postcode» «plaats»

Datum:

Betreft: keuringsonderzoek rijgeschiktheid in het kader van de Vorderingsprocedure

Geachte «mv» «naam»,

Onlangs bent u gekeurd in het kader van het onderzoek naar de geschiktheid om een motorvoertuig te besturen (de Vorderingsprocedure van het CBR). Bijgaand vindt u het keuringsrapport en de conclusies van het onderzoek. In de bijgevoegde Informatiefolder wordt u geïnformeerd over uw recht op inzage in de keuringsgegevens en eventuele blokkering van het doorgeven van de uitslag aan het CBR.

U wordt vriendelijk maar dringend verzocht uiterlijk binnen 10 dagen na de bovengenoemde datum van verzending van het rapport schriftelijk en per aangetekende post (adres:...) te laten weten óf u gebruik wilt maken van uw blokkeringsrecht. Daarvoor verzoek ik u het bijgesloten Blokkeringsformulier te gebruiken.

Als u niet binnen deze termijn reageert zonder dat u mij een goed gemotiveerd verzoek tot uitstel heeft gestuurd, dan zal ik ervan uitgaan dat u geen bezwaar heeft tegen toezending van het bijgesloten rapport en de conclusies aan het CBR. Het rapport en de conclusies worden dan aan het CBR verzonden. Geeft u binnen deze termijn aan, dat u niet wilt dat de uitslag van de keuring aan het CBR wordt doorgegeven – dus dat u gebruik wilt maken van uw blokkeringsrecht – dan zal de keurende psychiater het CBR schriftelijk laten weten dat u geen toestemming geeft voor het versturen van het keuringsrapport. Alleen uw persoonsgegevens zoals naam, adres en woonplaats en het ingevulde Blokkeringsformulier worden aan het CBR gestuurd. Het rapport wordt dan dus aan niemand verstuurd. Het CBR kan in dat geval geen besluit nemen over uw rijgeschiktheid. In dat geval wordt ervan uitgegaan dat de inhoud van het keuringsrapport

zou hebben geleid tot een ongeschiktheidsverklaring. In het in november 2010 aangepaste *Reglement rijbewijzen* heeft de minister bepaald, dat na gebruikmaking van het blokkeringsrecht door betrokkene, gedurende *een jaar* na de datum van het keuringsonderzoek geen verklaring van geschiktheid in het rijbewijzenregister wordt geregistreerd. Hiermee wordt volgens de toelichting bij het aangepaste Reglement voorkomen dat het blokkeringsrecht wordt gebruikt om telkens opnieuw de procedure te starten door een eigen verklaring in te dienen tot er sprake is van een voor de betrokkene gunstig rapport. Dit betekent dat het CBR gedurende een jaar na de datum van het keuringsonderzoek uw rijbewijs ongeldig zal verklaren vanwege het niet meewerken aan het onderzoek. Uw rijbewijs is daarmee ongeldig totdat u, na die periode mogelijk opnieuw rijgeschikt wordt bevonden.

Eventuele *feitelijke* onjuistheden in het rapport, bijvoorbeeld een onjuiste (geboorte)datum of naam kunt u op het Blokkeringsformulier aangeven. Deze correcties worden dan met het rapport meegestuurd naar het CBR. Voor de goede orde: dit betekent niet dat u wijzigingen kunt aanbrengen omdat u het niet eens bent met een onderdeel van het rapport of omdat u een passage niet relevant vindt.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Voor eventuele vragen kunt u contact opnemen met...

Met vriendelijke groet,

Bijlagen:

- Keuringsrapport
- Informatiefolder
- Blokkeringsformulier