

# Haalbaarheidsanalyse

## Adviesnota Herziening

### Rijgeschiktheid bij Psychose

**Door:** Trimbos-instituut (Ben Wijnen en Danielle van Duin)

**In opdracht van:** de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

**Financiering:** Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

**Datum:** januari 2021

## Inhoud

1. Inleiding
2. Belangrijkste wijzigingen in de adviesnota
3. Huidige situatie beoordeling rijgeschiktheid bij psychose
4. Verschuiving organisatie en randvoorwaarden nav wijzigingen
  - 4.1 verschuiving benodigde capaciteit
  - 4.2 verschuiving benodigde meetinstrumenten
  - 4.3 verschuiving benodigde expertise
  - 4.4 verschuiving maatschappelijk effect
5. Verschuiving kosten en baten - Budget Impact Analyse (BIA)
6. Samenvatting en conclusie Haalbaarheidsanalyse
7. Adviezen ter bevordering van haalbaarheid

## Bijlagen

1. Betrokken informanten en experts
2. Voorgestelde rapportage (adviesnota) van keuringsarts aan CBR
3. Methode en resultaten Budget Impact Analyse (BIA)
4. Implementatieplan - *in geval van bijstellen regeling rijgeschiktheid*

# Haalbaarheidsanalyse – Herziene Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose (RijP)

## 1. Inleiding

### *Achtergrond*

De *Adviesnota Herziening Rijgeschiktheid bij Psychose (RijP)* is een beoogd advies aan de Minister van Infrastructuur & Waterstaat, teneinde de wettelijke eisen bij psychose (Regeling eisen geschiktheid 2000) te wijzigen. De Minister legt dergelijke adviezen doorgaans voor aan de Gezondheidsraad. Het hoofddoel van de adviesnota is dus het informeren van de Gezondheidsraad en de minister, om te komen tot een besluit over eventuele aanpassing van wettelijke eisen voor rijgeschiktheid. Daarbij kan het advies (of een afgeleide daarvan) psychiaters, keuringsartsen en andere betrokkenen ondersteunen bij hun handelen met betrekking tot de beoordeling van rijgeschiktheid van mensen met een psychotische kwetsbaarheid, afgestemd op de huidige stand van zaken van de wetenschap en praktijk. De adviesnota moet dus niet gelezen worden als een richtlijn, maar als een onderbouwd advies. Eind 2018 is een herziene versie van de bestaande Adviesnota Rijgeschiktheid bij psychose (2016) ter autorisatie voorgelegd aan betrokken partijen. Zij hebben de adviesnota destijds bestuurlijk goedgekeurd, waarbij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) hun autorisatie gaf behoudens de uitvoering van een *haalbaarheidsanalyse* bij de adviesnota. Deze haalbaarheidsanalyse, uitgevoerd door het Trimbosinstituut, is daarbij een kleine aanvulling op de reeds eerder tot stand gekomen herziene adviesnota voor psychose.

### *De Haalbaarheidsanalyse*

Het doel van de haalbaarheidsanalyse is om na te gaan in hoeverre het bijstellen van de regeling rijgeschiktheid bij psychose, zoals beschreven in de opgeleverde adviesnota, toepasbaar is in de praktijk. De analyse doet geen uitspraak over de juistheid of onderbouwing van de inhoud van de adviesnota, maar enkel over de haalbaarheid ervan in de praktijk. Om hier een uitspraak over te kunnen doen, heeft het Trimbos-instituut op verschillende vlakken informatie verzameld:

1. wat de belangrijkste veranderingen in de herziene adviesnota (2018) zijn (paragraaf 2) ten opzichte van de huidige praktijk (paragraaf 3);
2. wat dit betekent qua organisatie en randvoorwaarden met betrekking tot benodigde capaciteit, scholing, tijd, wachttijd en meetinstrumenten (paragraaf 4);
3. wat de financiële consequenties zijn van de nieuwe werkwijze en opbrengst in kwaliteit van leven, met behulp van een budget impact analyse cq een BIA (paragraaf 5).

Voor het verzamelen van de informatie benodigd voor de analyse is gebruik gemaakt van:

- kennis en ervaring van informanten (medisch adviseur CBR en collega) en experts (keurende psychiater, leden werkgroep waaronder een cliëntvertegenwoordiger), betrokken bij de beoordeling van rijgeschiktheid bij psychose (zie bijlage 1);
- literatuuronderzoek;
- een feedback ronde vanuit een bredere groep experts (zie bijlage 1).

Het voorliggende rapport *Haalbaarheidsanalyse Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose* geeft een overzicht van de verzamelde informatie, de conclusie over de haalbaarheid en adviezen ter bevordering van deze haalbaarheid. In de bijlage is een implementatieplan opgenomen, met

adviezen ter bevordering van eventuele implementatie van de adviesnota. Dit plan wordt pas van toepassing indien de Gezondheidsraad besluit om de adviezen in de adviesnota over te nemen en de regeling rijgeschiktheid voor mensen met een psychose is bijgesteld.

## 2. Belangrijkste wijzigingen Adviesnota

In het kort komt het belangrijkste advies op het volgende neer: de oude criteria rijgeschiktheid in de REG2000 worden niet meer gezien als standaard uitgangspunt voor de bepaling van rijgeschiktheid, maar worden *meegenomen in een breder en meer persoonlijk perspectief van functioneren* (zie tabel 1)<sup>1</sup>. Hierin worden naast algemene diagnose gerichte criteria (zoals recidiefvrije periode en medicatiegebruik) ook gekeken naar persoonlijke kenmerken rond het cognitief en psychomotorisch functioneren (C), de stabiliteit van het functioneren (S), gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht (G). Nieuw is daarmee dat een inschatting wordt gemaakt van de persoonlijke kenmerken en dat wordt bepleit om als mensen aan de zogenoemde C,S,G kenmerken voldoen de reciefvrije termijn ook af kan nemen van 6 naar 2 maanden.

Tabel 1 Criteria voor het bepalen van rijgeschiktheid bij Psychose

	REG2000	Adviesnota Herziening Rijgeschiktheid bij Psychose
1	Recidiefvrije termijn van 6 maanden na een psychose <i>PLUS criterium 2 en 3</i>	Recidiefvrije termijn van 2 maanden na een psychose <i>PLUS criterium 2, 3 en 4</i>
2	Medicatiegebruik	Cognitief en psychomotorisch functioneren (C)
3	Aantal recidieven	Stabiliteit van functioneren (S)
4		Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht (G)

De belangrijkste redenen die de herziene adviesnota noemt voor een wijziging naar meer gepersonaliseerde beoordeling van rijgeschiktheid bij psychose zijn:

1. Bijna 1% van de algemene populatie heeft de klassieke diagnose schizofrenie, terwijl 4.3% een psychose spectrum diagnoses heeft. De lifetime prevalentie van psychotische symptomatologie is 17-18%. Deze cijfers maken duidelijk dat het van belang is te bepalen hoe men naar het individu kijkt (diagnose versus symptomen of zelfs kwetsbaarheden) en of men categoriaal of dimensioneel meet. De diversiteit in de groep mensen met psychotische symptomen is zo groot en de symptomen binnen de diagnose schizofrenie dermate variabel, dat er geen eenduidig en standaard criterium voor de gehele groep te bepalen is.
2. In de huidige REG2000 zijn nog steeds verschillen te onderscheiden in de rijgeschiktheids-criteria die aan de verschillende diagnoses worden verbonden. Zo verschilt bijvoorbeeld de termijn van niet-rijden voor relatief vergelijkbare diagnoses en ook de aanwezigheid van persoonlijke kenmerken als criterium.
3. De laatste jaren is er een *paradigmashift* gaande in de ggz, waarbij een gepersonaliseerde aanpak (personalized care) wordt voorgestaan. Vanuit een dimensioneel perspectief gaat het dan om aspecten binnen het spectrum van klachten waar een individu problemen ervaart en niet om het totale spectrum van de diagnose. Dat leidt tot een minder scherpe diagnostisch gerichte besluitvorming en een meer gepersonaliseerde aanpak van klachten.

<sup>1</sup> Meer informatie kunt u desgewenst vinden in de bijlagen onderaan dit rapport (Bijlage 2. "Rapportage van keurend arts aan CBR"), of in de autorisatieversie van de nieuwe Adviesnota Rijgeschiktheid bij psychose, welke is bijgevoegd bij dit rapport.

Een andere paradigmashift is dat psychose wat betreft rijvaardigheid vroeger kennelijk werd gezien als epilepsie waarbij er een (lange) aanvalsvrije periode nodig werd geacht (omdat er weer een nieuwe episode zou kunnen optreden). Nu verschuift dit naar enkele maanden symptomvrij, in feite alleen om zeker te weten dat de episode in remissie is, terwijl op de langere termijn de focus meer op cognitief functioneren en gezondheidsvaardigheden komt te liggen. In termen van de vergelijking met neurologische ziekten gaan psychotische stoornissen daarmee meer lijken op chronische neurologische stoornissen zoals Parkinson.

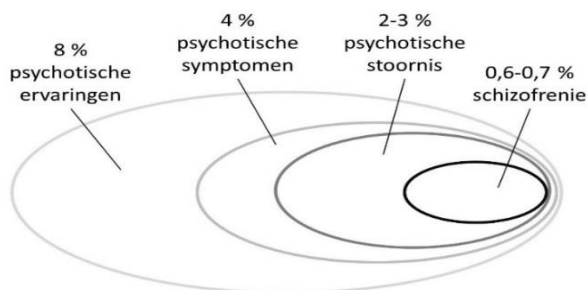
4. In de landen om ons heen hebben hierboven genoemde ontwikkelingen geleid tot een minder stringente regeling ten aanzien van recidiefvrije termijnen en weegt men meewerken aan het behandelplan mee als criterium.

### 3. Huidige situatie beoordeling rijgeschiktheid psychose (REG2000)

#### *Prevalentie*

Ongeveer 8% van de volwassen algemene bevolking heeft wel eens psychotische ervaringen gehad. Bij 4% gaat het om psychotische symptomen in combinatie met subjectief lijden en behoefte aan hulp. Dit betreft 680.000 personen die hier vroeg of laat mee te maken krijgen. Twee tot 3% van de algemene bevolking voldoet ooit in het leven aan de criteria voor een psychotische stoornis en 0,6-0,7% krijgt ooit de diagnose schizofrenie.

Het totale aantal patiënten die in behandeling zijn voor een psychotische stoornis in Nederland is niet precies bekend, maar wordt geschat tussen 120.000 en 150.000 mensen.<sup>2</sup>



*Figuur 1. Prevalentie van psychotische ervaringen, symptomen en psychotische stoornissen*

#### *Aantal keuringen*

In Nederland melden zich bij het CBR ongeveer 118.000 mensen per jaar voor een vernieuwing van een rijbewijs met termijnbeperking. Deze mensen zijn medisch bekend bij het CBR. Door de informanten werd geschat dat van deze mensen 1 op de 20 een keuring ondergaat vanwege een remissie in psychose. Globaal houdt dit in dat er Nederland per jaar ongeveer 5.900 mensen een keuring ondergaan vanwege een (remissie in) psychose. Dit is een globale schatting vanuit de informanten op het gebied van rijgeschiktheid.

Dit betekent dat van de 120.000 tot 150.000 mensen met psychose gevoeligheid in zorg, maximaal 3,3% tot 4,2% per jaar een keuring krijgt (maximaal, want niet iedereen met psychosegevoeligheid is in zorg). Dit lijkt aardig overeen te komen met het beeld vanuit klinische expertise met de doelgroep.

<sup>2</sup> Delespaul, 2013.

Klinische experts geven aan dat veel mensen met psychose gevoeligheid geen auto bezitten en dat van de groep die autorijdt niet iedereen zich periodiek laat herkeuren. Men geeft aan dat dit ook vaak niet nodig is, zolang men zich aan de regels houdt en het rijbewijs niet is verlopen.

#### *Duur van de keuring*

Voor de keuring in de huidige situatie wordt gemiddeld 45 minuten gerekend voor de keuringsarts. Deze 45 minuten bestaat uit 30 minuten voor de keuring zelf (directe tijd) en 15 minuten voor het schrijven van de keuringsuitslag door de specialist (indirecte tijd). Voor het inschatten in hoeverre er sprake is van een recidiefvrije periode van 6 maanden en voor een overzicht van het medicatiegebruik, is daarbij regelmatig contact met de behandelaar nodig.

#### *Resultaat van de keuring*

De informanten en experts geven aan dat doorgaans 70% tot 80% een positieve keuring krijgt. De mensen die niet zoveel kans maken op een positieve keuring zullen zich niet snel melden, zo redeneren zij. De informanten en experts vinden het niet goed mogelijk om een schatting te geven van het percentage *fout-positieven* en het percentage *fout-negatieven* dat er doorgaans gemaakt wordt bij deze keuringen op rijgeschiktheid.

## 4. Nieuwe situatie – verschuiving organisatie en benodigde randvoorwaarden

### 4.1. Verschuiving in benodigde capaciteit

**Aantal keuringen** - Informanten verwachten een lichte stijging van het jaarlijkse aantal keuringen gerelateerd aan psychoses van 1-5%, als gevolg van de verkorting van: a) de recidiefvrije termijn van 6 naar 2 maanden die in de herziene adviesnota wordt aanbevolen; en b) de beoordeling van rijgeschiktheid daarnaast op meer individuele kenmerken (C,S,G criteria). Deze stijging zal echter niet hoog zijn, gezien het feit dat ook veel andere factoren meespelen in de overwegingen om al dan niet een keuring aan te vragen (kosten voor de aanvrager, duur geldigheid rijbewijs, wetgeving, eisen verzekering, invloed van behandelaar, etc).

#### *Consequenties voor de haalbaarheid:*

Uitgaande van een jaarlijks aantal van 5.900 keuringen gerelateerd aan psychose, zullen er jaarlijks naar schatting 59 tot 295 meer psychose gerelateerde keuringen worden uitgevoerd.

**Duur van de keuring** - In de adviesnota wordt een meer individuele beoordeling van rijgeschiktheid op maat aanbevolen, waarbij door de keuringsarts een beoordeling wordt gegeven van:

- het cognitief en psychomotorisch functioneren (C);
- de stabiliteit van functioneren (S);
- gezondheidsvaardigheden en inzicht (G).

De keuringsarts wordt gevraagd hiervoor een rapportage in te vullen (zie bijlage 2: formulier Beoordeling Rijgeschiktheid), die waarschijnlijk wat meer tijd vraagt dan het invullen van de huidige rapportage.

Bij cliënten waarbij de keuringsarts o.b.v. het gesprek/observatie twijfel heeft over het *cognitief en psychometrische functioneren (C)*, kan hij optioneel aanvullende informatie aanvragen bij:

- a. *de behandelend arts*, in de vorm van:
- gegevens uit het Neuro Psychologisch Onderzoek (NPO); of
  - een ingevulde vragenlijst als de World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS), waarmee het cognitief functioneren en het functioneren in het dagelijks leven in kaart kan worden gebracht.
- b. *het Centraal Bureau Rijgeschiktheidsbewijzen (CBR)*, in de vorm van een rijtest.
- Het inzetten van een rijtest is in de huidige situatie ook al mogelijk, maar wordt zeer weinig aangevraagd. De rijtest kan worden ingezet bij cognitieve (en visuele, motorisch) stoornissen. Echter, bij personen met psychose wordt in de huidige situatie zelden expliciet aandacht gegeven aan het cognitief en psychomotorisch functioneren.

Voor het bepalen van de *gezondheidsvaardigheden (G)* dient voor alle cliënten die nog in behandeling zijn (kosteloos) een signaleringsplan en/of WRAP (Wellness and Recovery Action Plan) opgevraagd te worden bij de behandelend arts. Bij cliënten die niet (meer) in behandeling zijn, is deze inschatting meer gericht op klinische beoordeling door de keuringsarts. Bij cliënten die in behandeling zijn bij een Vroege Interventie Psychose team (VIP-team), is voor een groot deel van deze groep (ruim driekwart) een signaleringsplan (en/of WRAP) beschikbaar. Bij cliënten die in behandeling zijn bij een Functioneel Assertive Community Treatment team (FACT team) is een dergelijk signaleringsplan en/of WRAP voor een veel kleiner deel van de groep beschikbaar (ongeveer een kwart tot de helft). Deze zal dan binnen deze behandelsetting alsnog gemaakt moeten worden.

#### *Consequenties voor de haalbaarheid:*

- Als gevolg van deze structurele (veelal) uitgebreidere aanpak werd door de informanten verwacht dat, vooral voor cliënten waarbij obv het gesprek twijfel bestaat over het beoordelen van de C,S,G criteria, de keuring voor de keuringsarts gemiddeld zo'n 10-15 min *langer zal duren (dit staat gelijk aan 1 extra toeslag)*.
- Het opvragen van aanvullende informatie vanuit NPO, WHODAS, signaleringsplan en/of WRAP zal mogelijk de *doorlooptijd* van de keuringsprocedure enigszins verlengen.
- De huidige formulering van de adviesnota, die aangeeft dat voor *alle* cliënten een signaleringsplan of WRAP opgevraagd moet worden, kan een knelpunt vormen voor cliënten in de FACT teams. Verderop in dit rapport volgt de aanbeveling om deze formulering aan te passen in de adviesnota.

***Benodigd aantal beroepsgroepen*** - Het benodigd aantal beroepsgroepen neemt naar verwachting niet toe vanwege de nieuwe aanbevelingen in de adviesnota. In de herziene adviesnota is in alle gevallen de keuringsarts betrokken, indien nodig de behandelend arts en in enkele gevallen een rij-instructeur. Dit is in de huidige situatie ook het geval.

#### ***Benodigde capaciteit professionals***

- *Keuringsarts* - In de huidige situatie is de benodigde capaciteit geschat op 554 dagen keuringsarts (5.900 x 45 minuten) per jaar. Vanwege de verwachte lichte stijging in het aantal keuringen en de geschatte extra benodigde duur, vindt er een stijging van benodigde capaciteit van de keuringsarts plaats naar een totaal aantal van 745 dagen (5.959 x 60 minuten) tot 775 dagen (6.195 x 60 minuten) per jaar.

- *Behandelend arts* - de informanten kunnen geen schatting geven van een eventuele toename van benodigde capaciteit van de behandelend arts. Het aanvragen van aanvullende gegevens bij twijfel over het cognitief functioneren of het opvragen een verklaring over de ernst en aard van de aandoening was eerder ook een optie en is niet verplicht. De aanwezigheid van een signaleringsplan of WRAP wordt gezien als reguliere goede zorg voor deze doelgroep.
- *DPR (Deskundige Praktische Rijgeschiktheid)* - de informanten verwachten slechts een geringe stijging in het aantal aangevraagde rijtesten en daarmee de benodigde capaciteit van rijinstructeurs. Naar verwachting zal bij een klein deel van de cliënten (circa 15 %) twijfel bestaan over het cognitief functioneren, aangezien mensen met een beperkt cognitief functioneren niet snel investeren in de procedure. Wanneer er mogelijk toch sprake is van cognitieve problemen komen deze deels tijdens het gesprek naar voren. In de gevallen waar ook na het gesprek twijfel blijft bestaan, kan de keuringsarts kiezen voor het inzetten van gegevens uit het NPO, de WHODAS of een rijtest. Deze laatste optie zal naar verwachting minder dan 5% van de cliënten betreffen.

#### *Consequenties voor de haalbaarheid:*

- Mogelijk zal de wachttijd voor een keuring enigszins oplopen vanwege de toename in benodigde capaciteit van keuringsartsen (medisch specialisten). Echter informanten geven aan dat de huidige wachttijd rond keuringen vooral wordt bepaald door *de afhandeling* van keuringen bij het CBR.

## 4.2. Verschuiving in benodigde meetinstrumenten

***Frequentie benodigde meetinstrumenten*** - Er wordt door de informanten een zeer geringe verhoogde frequentie van de inzet van een rijtest of neuropsychologisch onderzoek verwacht (zie ook hierboven). Naar verwachting zal bij twijfel over cognitief functioneren vaker een WHODAS worden ingevuld door de cliënt in samenspraak met de keuringsarts dan dat een rijtest of NPO wordt aangevraagd. Dit omdat invullen van de WHODAS een minder tijdrovende procedure is, welke in de adviesnota als pragmatisch alternatief wordt aanbevolen.

### ***Toepasbaarheid benodigde meetinstrumenten***

- *NPO* - In de adviesnota wordt aangegeven dat voor cliënten waarbij de keuringsarts o.b.v. het gesprek/observatie twijfel heeft over het *cognitief en psychometrische functioneren* de gegevens van het Neuro Psychologisch Onderzoek (NPO) kunnen worden opgevraagd bij de behandelend arts. Deze NPO gegevens zijn in de minderheid van de patiënten beschikbaar. Wanneer men in de klinische praktijk een NPO aanvraagt, is hier doorgaans een wachttijd van 6 maanden voor. Wanneer het NPO reeds is uitgevoerd zijn de gegevens 2 jaar geldig. Wanneer geen NPO gegevens beschikbaar zijn kan men (in geval van twijfel n.a.v. het gesprek/observatie) gebruik maken van de WHODAS of een rijtest.
- *WHODAS* - De World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) is een vragenlijst die op zes domeinen van het functioneren (bijv. begrijpen en communiceren, bewegen en zich verplaatsen) meet of er sprake is van een beperking (Üstün, Kostanjsek, Chatterji, & Rehm, 2010). De adviesnota geeft aan dat de WHODAS kan worden ingezet als *zelfrapportage* instrument, waarbij de cliënt de vragenlijst invult in samenspraak met de keuringsarts. De zelfbeoordelingsversie van de WHODAS 2.0 is een van de meetinstrumenten die



is opgenomen in deel III van de DSM-5, in een Nederlandse vertaling. Online is de zelfbeoordeling versie gratis te downloaden via: <https://www.opleiding-medische-basiskennis.nl/wp-content/uploads/2017/08/Vragenlijst-WHODAS-2.0.pdf>.

- *Formulier Beoordeling rijgeschiktheid (zie bijlage 2)* - De adviesnota maakt als geheel aannemelijk dat de drie genoemde aspecten (C,S,G) bepalend zijn voor de rijgeschiktheid. Echter het is onduidelijk wanneer welk niveau van beperkingen van toepassing is in de driedeling van beoordelingscategorieën (ernstig, matig, laag) van het beoordelingsformulier en wat de daarbij behorende overwegingen zijn. De adviesnota geeft hierbij aan dat het gaat om een *klinisch oordeel*, waarbij observaties, instrumenten en overwegingen worden vermeld die gebruikt kunnen worden om een zo goed mogelijke inschatting te maken.
- *ICADTS classificatie* - Voor het beoordelen van rijgeschiktheid bij medicijngebruik beveelt de Adviesnota het gebruik van de ICADTS classificatie van geneesmiddelen aan. Deze classificatie wordt in de huidige situatie al gebruikt voor keuringen.

#### *Consequenties voor de haalbaarheid:*

- De aanbeveling om de *zelfrapportage* versie van de WHODAS in te zetten maakt toepasbaarheid in termen van benodigde tijd van de keurende arts groter, hoewel het proces van de keuring wel wat vertraagd kan worden door een dergelijke extra administratieve handeling. Garantie van betrouwbaarheid bij zelfrapportage op een instrument als de WHODAS is moeilijk te geven. Hetzelfde geldt echter voor scoring door professionals. Deze of een vergelijkbare vragenlijst is een gestructureerde aanvulling van de klinische indruk in het gesprek en vergroot daarmee de betrouwbaarheid van het oordeel.
- Bij twijfel over het cognitief functioneren kan een cliënt worden afgekeurd. Gebruik van gegevens uit een WHODAS (of in sommige gevallen vanuit het NPO of een rijtest) kan daarmee in de toekomst in enkele gevallen het risico op het onterecht niet toekennen van een rijbewijs voorkomen.
- Voor de verschillende C, S, G criteria binnen het 'Formulier Beoordeling Rijgeschiktheid' (zie bijlage 2) lijkt het nodig om nader uit te werken wanneer welk niveau van beperkingen van toepassing is in de driedeling van beoordelingscategorieën (ernstig, matig, laag), met de daarbij behorende overwegingen. Verderop in het rapport volgt de aanbeveling om deze uitwerking in de adviesnota toe te voegen.

#### 4.3. Verschuiving in benodigde expertise

- NPO - voor de neuropsycholoog in de behandelende instelling is het goed om te weten welke cognitieve en psychomotorische functies met name van belang zijn bij de rijgeschiktheid. Voor keurende artsen is het belangrijk om te weten hoe zij deze gegevens moeten interpreteren.
- *WHODAS* - de website van de DSM-5 geeft aan dat iedereen die de WHODAS 2.0 wil afnemen, de handleiding dient te lezen en de daarin vermelde oefeningen te doen. Een Nederlandstalige training is in ontwikkeling bij de Parnassiagroep. Contactpersoon voor de Nederlandse versie is dr. Daphne van Hoeken, [d.vanhoeken@parnassiagroep.nl](mailto:d.vanhoeken@parnassiagroep.nl).
- *Formulier Beoordeling Rijgeschiktheid (bijlage 2)*: voor keuringsartsen is het belangrijk dat zij weten hoe ze de vernieuwde individuele aspecten voor het bepalen van de rijgeschiktheid (C,S,G) kunnen beoordelen, en wanneer welk niveau van beperkingen van toepassing is in de driedeling van beoordelingscategorieën (ernstig, matig, laag). Ook moeten zij weten hoe ze deze inschatting

kunnen maken in gesprek en observatie, en op welke manier zij de genoemde instrumenten als NPO, rijtest, WHODAS, signaleringsplan en WRAP hierbij kunnen inzetten. Hiervoor lijkt minimaal voorlichting en mogelijk training voor keuringsartsen nodig.

#### 4.3. Verschuiving in maatschappelijk effect

Op basis van literatuur en de adviescommissie zijn de volgende mogelijke *baten* van de herziene adviesnota geïdentificeerd:

- Het naleven van de rechten van mensen met een beperking
- Verhoogde kwaliteit van leven door toegenomen mobiliteit bij personen die eerder rijgeschikt worden bevonden doordat het aantal keuringen stijgt.
- Toegenomen productiviteit als gevolg van het beschikken over een rijbewijs bij personen die voorheen (nog) niet in aanmerking zouden komen voor een rijbewijs.

Anderzijds kunnen er *kosten* ontstaan wanneer op basis van de keuring wordt besloten om iemand wel of geen rijbewijs toe te kennen terwijl een andere keuze beter was geweest:

- Verminderde kwaliteit van leven en een daling in de productiviteit door het onterecht niet toekennen van een rijbewijs.
- Een verhoogde kans op het betrokken raken bij een auto-ongeluk als gevolg van de onterechte toekenning van rijbevoegdheid.
- Kosten van een klachtenprocedure tegen de staat ten gevolge van het schenden van de rechten van mensen met een beperking.

### 5. Budget Impact Analyse (BIA) - verschuiving financiële kosten en batens

Als onderdeel van de haalbaarheidsanalyse van de herziene Adviesnota Rijgeschiktheid bij psychose is een BIA uitgevoerd om inzichtelijk te maken welke (extra) kosten gemoeid zijn bij het landelijk uitrollen van de adviesnota. Omdat het aannemelijk is dat het invoeren van de adviesnota gepaard gaat met effecten op de populatie van personen met een psychose is daarnaast ook gekeken naar mogelijke batens (bijv. verhoogde mobiliteit van mensen die eerder weer beschikking hebben over het rijbewijs) en naar overige kosten (bijv. kosten van doorverwijzing naar hulpverleners) die mogelijk door de adviezen in de herziene nota worden geïnduceerd.

Het doel van deze BIA was dan ook om de extra geïnduceerde kosten in kaart te brengen en daarnaast een uitspraak te doen over overige geïnduceerde batens en kosten als gevolg van de adviezen in de nota. In **Bijlage 3** is een gedetailleerde beschrijving opgenomen van de toegepaste methode en resultaten van deze BIA.

*Hieronder volgt een samenvatting van de resultaten en de conclusie.*

#### 5.1. Samenvatting resultaten BIA

Een sterkere focus op cognitief functioneren en het functioneren in de praktijk van het dagelijks leven zou ook kunnen leiden tot een toename in het aantal rijtesten. Uit cijfers van het CBR blijkt dat

er in 2018 22.400 rijtesten zijn uitgevoerd. De kosten voor een rijtest zijn €220 (prijsindex 2020). Een stijging van 1% resulteert in een toename van de totale kosten van €49.280<sup>3</sup>

Uitgaande van de 118.000 keuringen die worden uitgevoerd vanwege enigerlei problematiek en de schattingen van de informanten dat 1 op de 20 gerelateerd is aan psychose, komt het totaalaantal keuringen per jaar in de huidige situatie op 5.900. Een toename in de duur van een keuring van 15 minuten per keuring (omdat het NZa-tarief enkel per 15 min wordt berekend), gegeven het huidige NZa-tarief van €161,50 (per keuring van 45 minuten, prijsindex 2020) zal leiden tot een tarief van €215,30 per keuring in de nieuwe situatie. Als we vervolgens uitgaan van een stijging in het aantal keuringen van 1% tot 5% doordat mensen in de nieuwe situatie eerder gekeurd kunnen worden (afgaande op de expert input), zal het benodigde budget voor het keuren van de rijgeschiktheid voor de extra keuringen van mensen met psychose toenemen met naar schatting €12.703 tot €63.514 per jaar<sup>4</sup>. Daarbij komen nog de kosten van de verlengde keuringstijd voor de mensen die onder de huidige situatie ook al gekeurd zouden worden, dit komt neer op een budget van  $5.900 * (\text{€}215,30 - \text{€}161,47) = \text{€}53,85 = \text{€}317.420$ . De totale stijging in budget van de herziene adviesnota komt daarmee op €379.403 (1% stijging in aantal keuringen) tot €430.214 (5% stijging in het aantal keuringen) per jaar.

Gegeven een stijging van de keuringskosten in de nieuwe situatie van €430.214, moet de nieuwe situatie leiden tot maximaal  $\text{€}430.214 / \text{€}1.669 = \sim 258$  onterecht geschikte personen om meerwaarde te bieden. Uit dezelfde redenering volgt dan dat de nieuwe situatie moet leiden tot maximaal  $\text{€}430.214 / \text{€}2.500 = \sim 172$  onterecht ongeschikte personen om meerwaarde te bieden. Dit komt neer op een vermindering in de kans op een onterecht geschikte beoordeling van één per 24 beoordelingen ( $6.195/258 = \sim 24$ ) en een vermindering in de kans op een onterecht ongeschikte beoordeling van één per 36 ( $6.195/153 = \sim 36$ ). Wanneer deze kans hoger of lager wordt stijgt of daalt de kans dat de invoering van de adviezen in de herziene nota resulteert in netto baten (zie Figuur 2), waarbij een lagere kans op een foutieve beoordeling resulteert in hogere baten voor de maatschappij.

**Tabel 1 Hypothetische doorrekening van mogelijke effecten als gevolg van de adviezen in de herziene nota.**

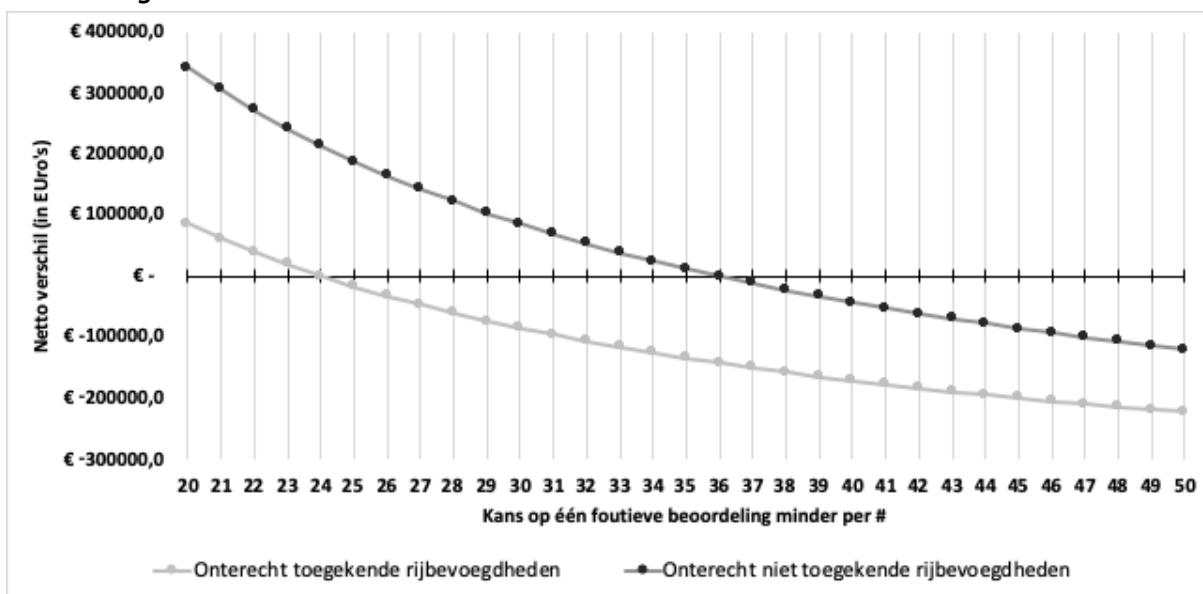
Parameters	Waarde	Bron
Aantal keuringen per jaar	5.900 per jaar	Meeting experts en informanten
Stijging in aantal keuringen per jaar als gevolg van adviesnota	5% per jaar	Aanname meeting experts en informanten
Stijging in aantal rijtesten per jaar als gevolg van adviesnota	1% per jaar (of 2,5 in een alternatief scenario)	Aanname meeting experts en informanten
Aantal rijtesten per jaar	22.400	Aanname meeting experts en informanten
Aantal keuringen per jaar in nieuwe situatie	6.195 per jaar	NVT
QALY-winst bij verkrijgen rijbewijs	0.05 per jaar	Versteegh et al. (2016)
Waarde van één QALY	€50.000	Zorginstituut Nederland

<sup>3</sup>  $22.400 * 0.01 * \text{€}220 = \text{€}49.280$

<sup>4</sup> Totale budget impact berekend als volgt:  $(5.900 * 0.01\%) * (\text{€}161,5 * 1,5 = 215,30) = \text{€}12.703$  per jaar en  $(5.900 * 0.05\%) * (\text{€}161,5 * 1,5 = 215,30) = \text{€}63.514$  per jaar

Totale maatschappelijke kosten verkeersongevallen per jaar (2015)	14 miljard	SWOV <sup>5</sup>
Personen met een rijbewijs in NL (2015)	10.986.066	CBS
Verhoogd relatief risico op ongeluk bij psychose	1,31	Ravera et al. (2011)
<b>Gemiddelde verlies in baten en kosten</b>		
- Per onterecht ongeschikt bevonden patiënt (verlies in mobiliteit)	0.05 * €50.000 = €2.500, waarbij aangenomen wordt dat het 0.05 verlies in kwaliteit van leven geldt voor een heel jaar (en mensen dus geen herkeuring ondergaan binnen een jaar).	
- Door onterecht geschikt (door ongevallen)	De gemiddelde kosten per inwoner met een rijbewijs zijn €1.274 <sup>6</sup> . Gegeven de verhoogde relatief risico op ongeluk bij psychose komt dat neer op €1.669.	
<b>Maximale foutmarge voor positief nettoresultaat</b>		
Totale keuringskosten huidige situatie	5.900 * <u>€161,50</u> = €952.850	
Totale keuringskosten nieuwe situatie	<u>6.195 * €215,30 = €1.333.784</u>	
	Extra rijtesten: 22.400 * 0.01 * €220 = €49.280	
	<u>Totaal: €1.333.784 + €49.280 = €1.383.064</u>	
	Verskil €430.214	
<b>Berekening benodigde daling in de kans op een foutieve beoordeling per keuring</b>		
Gegeven een stijging van de keuringskosten in de nieuwe situatie van €430.214, moet de nieuwe situatie leiden tot maximaal €430.214/€1.669 = ~258 onterecht geschikte personen om meerwaarde te bieden. Uit dezelfde redenering volgt dan dat de nieuwe situatie moet leiden tot maximaal €430.214/€2.500 = ~172 onterecht ongeschikte personen om meerwaarde te bieden. Dit komt neer op een vermindering in de kans op een onterecht geschikte beoordeling van één per 24 beoordelingen (6.195/258 = ~24) en een vermindering in de kans op een onterecht ongeschikte beoordeling van één per 36 ((6.195/153 = ~36).		

**Figuur 2. Verschil in Euro's als gevolg van een toe- of afname van de kans op foutieve beoordelingen in de nieuwe situatie**



<sup>5</sup> Zie: <https://www.swov.nl/feiten-cijfers/factsheet/kosten-van-verkeersongevallen>

<sup>6</sup> Berekend door de totale kosten per jaar te delen door het aantal rijbewijzen in Nederland = €14 miljard/€10.986.066 = €1.274

## 5.2. Conclusie BIA

Het is op dit moment onduidelijk of een verlaging in de kans op een foutieve beoordeling van één foutieve beoordeling per 24 of 36 keuringen een realistisch aantal is.

Afgaande op de tendens in de discussies in de expertmeetings lijkt het een realistisch aantal. Dit omdat het percentage van de keuringen waarbij iemand ten onrechte als rijgeschikt wordt beoordeeld als “laag” werd ingeschat door de informanten, evenals het percentage van de keuringen waarbij iemand ten onrechte als niet rijbevoegd wordt beoordeeld (uit de expertmeetings kwam naar voren dat er bij twijfel af en toe voor de veilige keuze gekozen wordt maar dat het percentage “laag” is).

Lange-termijn monitoring is nodig om meer zekerheid te verkrijgen over de waarschijnlijkheid dat de implementatie van de adviesnota kosteneffectief is.

## 6. Samenvatting en conclusie Haalbaarheidsanalyse

In de herziene adviesnota worden de oude criteria rijgeschiktheid in de REG2000 niet meer gezien als standaard uitgangspunt voor de bepaling van rijgeschiktheid, maar worden deze *meegenomen in een breder en meer persoonlijk perspectief van functioneren* (zie tabel 1).

Tabel 1 Criteria voor het bepalen van rijgeschiktheid bij Psychose

	REG2000	Adviesnota Herziening Rijgeschiktheid bij Psychose
1	Recidiefvrije termijn van 6 maanden na een psychose <i>PLUS criterium 2 en 3</i>	Recidiefvrije termijn van 2 maanden na een psychose <i>PLUS criterium 2, 3 en 4</i>
2	Medicatiegebruik	Cognitief en psychomotorisch functioneren (C)
3	Aantal recidieven	Stabiliteit van functioneren (S)
4		Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht (G)

Om te bepalen hoe haalbaar de uitvoering van deze nieuwe criteria is, hebben we een analyse gemaakt van verschuivingen in: de benodigde capaciteit, de benodigde meetinstrumenten, de benodigde expertise, het maatschappelijk effect, de kosten voor inzet van extra keuringsartsen en de mogelijke baten welke gepaard gaan met toepassing van de adviezen.

Aangezien de informanten weinig input konden geven op de vraag of de kosten voor de aanvragers van een keuring zullen stijgen en of de benodigde capaciteit van behandelend artsen zal stijgen, zijn deze mogelijke verschuivingen niet meegenomen. Omdat het niet goed mogelijk was om een schatting te geven van het percentage *fout-positieven* en *fout-negatieven* dat er doorgaans gemaakt wordt bij deze keuringen, is dit percentage als variabel aspect meegewogen in de BIA en niet als absolute inschatting als onderdeel van de haalbaarheid.

### **Samenvattend:**

De *benodigde capaciteit van keuringsartsen* voor psychose gerelateerde keuringen zal naar verwachting stijgen van 554 dagen per jaar naar 745 dagen tot 775 dagen per jaar, als gevolg van 59 tot 295 meer verwachte keuringen per jaar en een verhoogde duur van de keuring van gemiddeld 15 min. Wanneer de benodigde capaciteit onverhoopt niet tijdig kan worden ingezet, zal naar verwachting *de wachttijd* voor een keuring oplopen. Op het totale aantal van 118.000 keuringen per

jaar zal dit naar verhouding geen aanzienlijk verschil maken, ook omdat de wachttijd vooral wordt bepaald door de *afhandeling* van keuringen bij het CBR.

Het aantal geadviseerde *meetinstrumenten* voor het beoordelen van de nieuwe criteria neemt enigszins toe (met name WHODAS, Formulier Beoordeling Rijgeschiktheid, rijtest en NPO). Inzet van deze meetinstrumenten is niet verplicht en de frequentie van inzet van NPO en rijtest zal naar verwachting niet hoog zijn. In twijfelgevallen kan inzet van de instrumenten mogelijk leiden tot een lager percentage fout-negatieven. De beschikbaarheid van de instrumenten is voldoende, behalve voor het NPO. Inzet van de WHODAS zelfrapportage-lijst kan mogelijk leiden tot een vertraging vanwege administratieve handeling.

Om de nieuwe individuele criteria van rijgeschiktheid (C,S,G) goed te kunnen beoordelen zal *aanvullende expertise* nodig zijn rond: de relatie tussen cognitieve en psychomotorische vaardigheden en rijgeschiktheid (neuropsychologen en keuringsartsen); afname/interpretatie van de WHODAS (keuringsartsen); en criteria en afkappunten voor beoordeling van de vernieuwde individuele aspecten in het Formulier Beoordeling Rijgeschiktheid.

De nieuwe criteria kunnen mogelijk leiden tot een verschuiving in *maatschappelijk effect*, met enerzijds kans op een verhoogde kwaliteit van leven en productiviteit bij een verhoogd aantal keuringen en beschikking over rijbewijs, en anderzijds kans op een verlaagde kwaliteit van leven en productiviteit vanwege

Voor het bepalen van *de kosteneffectiviteit* van de herziene adviesnota zal in de praktijk moeten blijken tot welke verschuiving in het percentage *fout-positieven* en *fout-negatieven* de nieuwe criteria gaan leiden. Gegeven een stijging van de keuringskosten in de nieuwe situatie van €430.214,= per jaar, is een verlaging nodig van één foutieve beoordeling minder per 24 of 36 keuringen om toepassing van de nieuwe adviesnota kosteneffectief te laten zijn. Wanneer we rekenen met een stijging van 2,5% in het aantal rijtesten, zal dit leiden tot een stijging van de keuringskosten in de nieuwe situatie van €504.134. In dat geval moet de nieuwe situatie leiden tot maximaal één per 21 of 31 keuringen om toepassing van de nieuwe adviesnota kosteneffectief te laten zijn. Afgaande op de tendens in de discussies in de expertmeetings lijkt het vooralsnog een realistisch aantal.

Hieronder volgt een beknopt overzicht van de haalbaarheid per aspect van de keuring:

<b>Aspect van keuring</b>	<b>Verschuiving</b>	<b>Haalbaarheid</b>
<b>Aantal keuringen</b>	jaarlijks 59 tot 295 meer keuringen	voldoende
<b>Duur van de keuring</b>	toename één extra toeslag (10-15 min)	voldoende
<b>Benodigde capaciteit</b>	jaarlijks 191-220 dgn. meer keuringsarts	voldoende
	jaarlijkse inzet behandelend arts	niet goed in te schatten
	jaarlijkse toename inzet rijinstructeurs gering	goed
<b>Meetinstrumenten</b>	benodigd opvragen WRAP, NPO, WHODAS	formulering aanpassen
	beoordeling C,S,G criteria door keuringsarts	verder uitwerken
<b>Expertise</b>	training benodigd voor beoordelen C,S,G criteria en WHODAS	voldoende
<b>Budget - impact</b>	Stijging keuringskosten € 430.214,= moet leiden tot een verlaging in de kans op een foutieve beoordeling van één foutieve beoordeling per 24 of 36 keuringen.	monitoring nodig voor meer zekerheid over vraag of implementatie adviesnota kosteneffectief

## Conclusie

Vanuit de voorliggende Haalbaarheidsanalyse zien we geen onoverkomelijke barrières voor toepassing van de meer persoonlijke criteria voor beoordeling van rijgeschiktheid bij psychose, zoals voorgesteld in de herziene adviesnota. Wanneer onderstaande adviezen worden doorgevoerd, dan lijkt toepassing van de herziene adviesnota voldoende haalbaar. Op basis van deze analyse adviseren we de Minister van Infrastructuur & Waterstaat om de huidige regelgeving (Regeling eisen geschiktheid 2000) te veranderen waarbij de oude criteria worden meegenomen in een breder perspectief (omschreven in de C, S, G criteria).

## 7. Adviezen ter bevordering van haalbaarheid Adviesnota

Ter bevordering van de haalbaarheid van de herziende adviesnota worden de volgende activiteiten geadviseerd (vanuit bovenstaande analyse en de schriftelijke commentaarronde):

- Voor de verschillend C, S, G criteria binnen het Formulier Beoordeling Rijgeschiktheid nader uitwerken wanneer welk niveau van beperkingen van toepassing is in de driedeling van beoordelingscategorieën (ernstig, matig, laag) met de daarbij behorende overwegingen. Deze uitwerking vervolgens voorleggen in de autorisatiefase van de haalbaarheidsanalyse.
- In de adviesnota of een bijbehorende bijlage meer concreet en eenduidig formuleren in welke specifieke gevallen al dan niet een WHODAS, NPO en/of rijtest ingezet dient te worden. Welke cognitieve vaardigheden (C) zijn cruciaal voor de rijgeschiktheid en wanneer zijn nadere gegevens nodig.

In de adviesnota:

- Aanpassen van de aanbeveling dat voor het bepalen van de gezondheidsvaardigheden (G) voor *alle* cliënten die nog in behandeling zijn een signaleringsplan en/of WRAP opgevraagd dient te worden bij de behandelend arts. Om de gemiddelde doorlooptijd van de keuringen niet te lang te laten oplopen, dient dit enkel voorgeschreven te worden *bij duidelijke twijfel* over de gezondheidsvaardigheden van de cliënt (inclusief concrete beschrijving waar deze twijfel op kan berusten).
- Aanpassen van de aanbeveling dat het ministerie in samenwerking met het CBR en beroepsvereniging moet onderzoeken welke opties er bestaan om de (her)keuringen van de patiënt met een psychotische stoornis deels te laten dekken door zorgverzekeraars. Deze aanbeveling kan gewijzigd worden naar de aanbeveling dat wordt onderzocht in hoeverre kosten voor (her)keuringen vergoed kunnen worden vanuit WMO-financiering (want betreft participatie van burgers met een mogelijke handicap).
- Aangeven dat wanneer een keuringsarts informatie nodig heeft van een behandelend arts, ook de betreffende huisarts kan worden gevraagd (bijvoorbeeld wanneer er geen behandelend psychiater meer in beeld is na herstel van een psychose).
- Een tekst opnemen met als strekking dat er sprake is van een paradigma shift: psychose werd wat betreft rijvaardigheid vroeger kennelijk gezien als epilepsie waarbij er een (lange)

aanvalsvrije periode nodig werd geacht (omdat er weer een nieuwe episode zou kunnen optreden). Nu verschuift dit naar enkele maanden symptoomvrij, in feite alleen om zeker te weten dat de episode in remissie is, terwijl op de langere termijn de focus meer op cognitief functioneren en gezondheidsvaardigheden komt te liggen. In termen van de vergelijking met neurologische ziekten gaan psychotische stoornissen daarmee meer lijken op chronische neurologische stoornissen zoals Parkinson.

- De aanbeveling van de Drivesec test (rij-simulator) van 30 minuten achterwege laten als onderdeel van het onderzoek. Vanwege de geringe bekendheid met de test in het veld en matige beschikbaarheid kan niet worden verwacht dat deze op grote schaal ingezet kan gaan worden.

Mits aan bovenstaande randvoorwaardelijke activiteiten kan worden voldaan, lijkt de toepasbaarheid van de herziene Adviesnota voldoende.

#### *Implementatieplan*

Indien de gezondheidsraad besluit de adviezen in de herziene adviesnota rijgeschiktheid bij psychose (2018) over te nemen en de regeling daadwerkelijk wordt aangepast, is het van belang dat wordt gekeken hoe de aangepaste regeling zo goed mogelijk kan worden geïmplementeerd. Daartoe is in de bijlage bij deze haalbaarheidsanalyse een *Implementatieplan herziene adviesnota rijgeschiktheid bij psychose* opgenomen, met daarin enkele aanbevolen implementatieactiviteiten om de toepasbaarheid van de herziene adviezen in die fase te vergroten.



## Bijlage 1. Betrokken informanten en experts Haalbaarheidsanalyse RIJP

### *Aanwezigen twee bijeenkomsten met informanten en experts*

- Maurice Timmermans, Keuringsarts en psychiater
- Matthijs van Boxtel, Anoiksis
- Wiebo Brouwer, NIP
- Bo Havermans, CBR (*informant*)
- Ruud Bredewoud, CBR (*informant*)
- Ben Wijnen, Trimbos-instituut (*economisch analist*)
- Daniëlle van Duin, Trimbos-instituut (*projectleider*)

Ook Cisca Joldersma was als opdrachtgever (vanuit de NVvP) aanwezig bij deze bijeenkomsten

### *Schriftelijke feedbackronde informanten en experts*

- Werkgroep Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose
- Werkgroep Levende richtlijn Psychosespectrum
- Matthijs van Boxtel, Anoiksis
- Bo Havermans, CBR (*informant*)
- Ruud Bredewoud, CBR (*informant*)
- Maurice Timmermans, Keuringsarts en psychiater

### *Schriftelijke commentaarronde Haalbaarheidsanalyse*

- *Anoiksis*
- *Ypsilon*
- *NVvP*
- *NIP*
- *V&VN*
- *NHG*
- *CBR (het CBR heeft de vraag uitgezet bij keuringsartsen/psychiaters)*
- *Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat*
- *Netwerk Vroege Psychose (NVP)*
- *Werkgroep Levende richtlijn Psychosespectrum*

## Bijlage 2 – Rapportage van keuringsarts aan CBR

### Rapportage van keuringsarts aan CBR en voorgestelde besluitvorming CBR-arts

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

## Formulier Beoordeling Functioneren in verband met Gezondheidsverklaring CBR

Naam cliënt: Dhr/mw					Adres:
					Telefoonnummer:
Geboortedatum:					BSN nummer:
Onderzoeksdatum:					
Onderzoeker:					BIG registratienummer:
Instelling:					Adres instelling:
					Telefoonnummer:
Diagnose:					Medicatie:
Hoe beoordeelt u het Cognitief en Psychomotorisch Functioneren 1= zeer laag tot laag 2= laag tot laag gemiddeld 3= laag gemiddeld en hoger 0= geen informatie	1	2	3	0	Dit oordeel is gebaseerd op:
Hoe beoordeelt u de Stabiliteit van het Functioneren 1= laag 2= moeilijk in te schatten 3= hoog 0= geen informatie	1	2	3	0	Dit oordeel is gebaseerd op:
Hoe beoordeelt u de Gezondheidsvaardigheden en het Ziekte-inzicht 1= laag 2= matig 3= hoog 0= geen informatie	1	2	3	0	Dit oordeel is gebaseerd op:

Handtekening:

<p>Advisering van keurend arts aan CBR en voorgestelde besluitvorming door de CBR-arts. De perioden waarna herhaling van het onderzoek wordt geadviseerd zijn als voorbeeld bedoeld en kunnen nader bepaald worden afhankelijk van het toestandbeeld.</p>							
CSG 111	Ongeschikt		CSG 121	Ongeschikt		CSG 131	Ongeschikt
CSG 112	Ongeschikt		CSG 122	Ongeschikt;		CSG 132	Ongeschikt;
CSG 113	Ongeschikt;		CSG 123	Ongeschikt;		CSG 133	Testrit praktische rijgeschiktheid; termijnbeperking
CSG 211	Ongeschikt		CSG 221	Ongeschikt		CSG 231	Ongeschikt
CSG 212	Ongeschikt;		CSG 222	Ongeschikt;		CSG 232	Rijgeschikt, alleen privégebruik, geen termijnbeperking
CSG 213	Ongeschikt;		CSG 223	Testrit praktische rijgeschiktheid; termijnbeperking		CSG 233	Rijgeschikt, privégebruik en beperkt beroepsmatig gebruik, geen termijnbeperking
CSG 311	Ongeschikt;		CSG 321	Ongeschikt		CSG 331	Rijgeschikt, privegebruik
CSG 312	Ongeschikt;		CSG 322	Ongeschikt;		CSG 332	Rijgeschikt, privégebruik beperkt beroepsmatig gebruik, geen termijnbeperking
CSG 313	Ongeschikt;		CSG 323	Rijgeschikt met beperking van termijn		CSG 333	Rijgeschikt alle rijbewijzen, geen termijnbeperking

## Budget Impact Analyse en strategische verkenning kosten en baten adviesnota rijgeschiktheid psychose

### Inleiding

De Budget Impact Analyse (BIA) is een generieke methode met als doel in kaart te brengen welk effect het aanbieden van een bepaalde maatregel heeft op beschikbare budgets (Sullivan et al., 2014). Bij een BIA staan daarmee voornamelijk de kosten van het aanbieden van (nieuwe) maatregel(en) centraal.

Als onderdeel van de haalbaarheidsanalyse van de herziene Adviesnota rijgeschiktheid bij psychose is een BIA uitgevoerd om inzichtelijk te maken welke (extra) kosten gemoeid zijn bij het landelijk uitrollen van de adviesnota. Omdat het aannemelijk is dat het invoeren van de adviesnota gepaard gaat met effecten op de populatie van personen met een psychose is daarnaast ook gekeken naar mogelijke baten (bijv. verhoogde mobiliteit van mensen die eerder weer beschikking hebben over het rijbewijs) en naar overige kosten (bijv. kosten van doorverwijzing naar hulpverleners) die mogelijk door de adviezen in de herziene nota worden geïnduceerd.

Het doel van deze BIA was dan ook om de extra geïnduceerde kosten in kaart te brengen en daarnaast een uitspraak te doen over overige geïnduceerde baten en kosten als gevolg van de adviezen in de nota.

### Methode

Om inzicht te krijgen in de verschillende baten en kosten is gebruik gemaakt van twee bronnen, namelijk wetenschappelijke literatuur aangevuld met expert opinion. Allereerst zijn relevante baten en kosten in kaart gebracht aan de hand van literatuur en expert opinion. Vervolgens is gekeken welke van deze baten en kosten gekwantificeerd konden worden op basis van wetenschappelijke evidentie. Wanneer wetenschappelijke evidentie ontbrak is gevraagd of informanten een inschatting konden maken van de waarde van de desbetreffende input parameter.

### Expertmeetings

Vanwege het sterke nationale karakter van de beleidsmaatregel waar de adviesnota betrekking op heeft, is een brede adviescommissie samengesteld uit een vertegenwoordiger van het Centraal Bureau voor Rijgeschiktheidsbewijzen (CBR), een patiëntvertegenwoordiger, keuringsartsen, en richtlijnontwikkelaars, welke op twee aparte momenten feedback hebben gegeven op de input parameters die noodzakelijk waren voor de BIA en de strategische verkenning.

### Budget impact analyse

Er zijn geen nationale of internationale wetenschappelijke studies geïdentificeerd die een uitspraak doen over de verwachte impact op benodigde budgets als gevolg van het invoeren van de aanpassingen zoals voorgesteld in de herziene adviesnota. De BIA is daarom voor een groot deel gebaseerd op inschattingen die gemaakt zijn door de experts in de adviescommissie.

Omdat een BIA kijkt naar de *verschillen* in kosten (en effecten) van een beleidsmaatregel ten opzichte van de huidige situatie, begint de analyse met het in kaart brengen van de veranderingen die verwacht worden in het kader van het nieuwe beleid op het gebied van rijgeschiktheid psychose.

## Resultaten

### Aanbiedingskosten

De impact op de aanbiedingskosten is opgebouwd uit het verwachte verschil in het aantal keuringen, een toename in het aantal rijtesten, en het verwachte verschil in de duur van elke keuring. Op beide aspecten verwachtten de informanten een impact:

- *Het aantal keuringen:* In Nederland melden zich bij het CBR ongeveer 118.000 mensen per jaar voor een vernieuwing van een rijbewijs met termijnbeperking. Deze mensen zijn medisch bekend bij het CBR. Door de informanten werd geschat dat van deze mensen 1 op de 20 een keuring ondergaat vanwege een remissie in psychose. Globaal houdt dit in dat er Nederland per jaar ongeveer 5.900 mensen een keuring ondergaan vanwege een (remissie in) psychose. Als gevolg van de verkorting van de recidiefvrije termijn van 6 naar 2 maanden die in de herziene adviesnota wordt aanbevolen, verwachten informanten een stijging van het jaarlijkse aantal keuringen gerelateerd aan psychoses van 1-5%. Er werd geen verhoogd aantal in aanvullende testen (bijv. rijtest of neuropsychologisch onderzoek) verwacht. Dit omdat er geen rijtest bestaat specifiek voor psychotische klachten en een neuropsychologisch onderzoek vaak niet geïndiceerd wordt door een keuringsarts. *Duur van de keuring:* In de adviesnota wordt gesproken van het structureel beoordelen van het cognitief functioneren en het functioneren in de praktijk van het dagelijks leven door middel van het gebruik van de World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS), een vragenlijst die op zes domeinen (bijv. begrijpen en communiceren, bewegen en zich verplaatsen) van het functioneren meet of er sprake is van een beperking (Üstün, Kostanjsek, Chatterji, & Rehm, 2010). Als gevolg van deze structurele (wellicht uitgebreidere) aanpak werd door de informanten verwacht dat de keuring zo'n 10-15 min langer zal duren. Voor de keuring in de huidige situatie wordt 45 minuten gerekend. Deze 45 minuten bestaat uit 30 minuten voor de keuring zelf (directe tijd) en 15 minuten voor het schrijven van de keuringsuitslag door de specialist (indirecte tijd).
- *Toename in het aantal rijtesten:* Een sterkere focus op cognitief functioneren en het functioneren in de praktijk van het dagelijks leven zou ook kunnen leiden tot een toename in het aantal rijtesten. Uit cijfers van het CBR blijkt dat er in 2018 22.400 rijtesten zijn uitgevoerd. De kosten voor een rijtest zijn €220<sup>7</sup> (prijsindex 2020). Een stijging van 1% resulteert in een toename van de totale kosten van €49.280<sup>8</sup>

Uitgaande van de 118.000 keuringen die worden uitgevoerd vanwege enigerlei problematiek en de schattingen van de informanten dat 1 op de 20 gerelateerd is aan psychose, komt het totaal aantal keuringen per jaar in de huidige situatie op 5.900. Een toename in de duur van een keuring van 15 minuten per keuring (omdat het NZa-tarief enkel per 15 min wordt berekend), gegeven het huidige NZa-tarief van €161,50 (per keuring van 45 minuten, prijsindex 2020) zal leiden tot een tarief van €215,30 per keuring in de nieuwe situatie. Als we vervolgens uitgaan van een stijging in het aantal

---

<sup>7</sup> Op basis van persoonlijke communicatie

<sup>8</sup>  $22.400 * 0.01 * €220 = €49.280$

keuringen van 1% tot 5% doordat mensen in de nieuwe situatie eerder gekeurd kunnen worden (afgaande op de expert input), zal het benodigde budget voor het keuren van de rijgeschiktheid voor de extra keuringen van mensen met psychose toenemen met naar schatting €12.703 tot €63.514 per jaar<sup>9</sup>. Daarbij komen nog de kosten van de verlengde keuringstijd voor de mensen die onder de huidige situatie ook al gekeurd zouden worden, dit komt neer op een budget van  $5.900 * (€215,30 - €161,47) = €53,85 = €317.420$ . De totale stijging in budget van de herziene adviesnota komt daarmee op €379.403 (1% stijging in aantal keuringen) tot €430.214 (5% stijging in het aantal keuringen) per jaar.

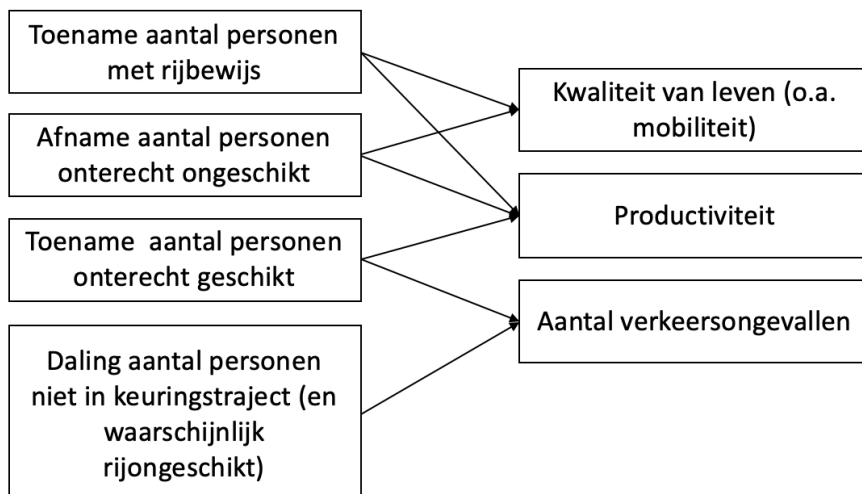
*Mogelijke effecten en daaruit voortvloeiende baten en kosten*

Het aanpassen van de beoordeling van rijgeschiktheid bij psychose zou zowel positieve als negatieve effecten teweeg kunnen brengen. Er zijn in de literatuur geen studies gevonden die direct wetenschappelijke evidentie gaven voor het optreden van dergelijke effecten. Echter, vanuit de literatuur kan deels worden afgeleid wat effecten zouden kunnen zijn van de implementatie van de adviesnota. Op basis van literatuur en de adviescommissie zijn de volgende mogelijke baten geïdentificeerd (zie rechterkant Figuur 1):

- Verhoogde kwaliteit van leven door toegenomen mobiliteit bij personen die eerder rijgeschikt worden bevonden doordat het aantal keuringen stijgt.
- Toegenomen productiviteit als gevolg van het beschikken over een rijbewijs bij personen die voorheen (nog) niet in aanmerking zouden komen voor een rijbewijs.

Anderzijds kunnen er kosten ontstaan wanneer op basis van de keuring wordt besloten om iemand wel of geen rijbewijs toe te kennen terwijl een andere keuze beter was geweest:

- Verminderde kwaliteit van leven en een daling in de productiviteit door het onterecht niet toekennen van een rijbewijs.
- Een verhoogde kans op het betrokken raken bij een auto-ongeluk als gevolg van de onterechte toekenning van rijbevoegdheid.



*Figuur 1 Boomdiagram m.b.t. mogelijke effectpaden (links) en effecten (rechts) als gevolg van de herzien adviesnota rijgeschiktheid bij psychose (uiteindelijk niet allemaal gekwantificeerd)*

<sup>9</sup> Totale budget impact berekend als volgt:  $(5.900 * 0.01%) * (€161,5 * 1,5 = 215,30) = €12.703$  per jaar en  $(5.900 * 0.05%) * (€161,5 * 1,5 = 215,30) = €63.514$  per jaar

In de nieuwe situatie zullen meer mensen worden gekeurd (zoals hierboven aangegeven), maar er zullen mogelijk ook een ander soort mensen gekeurd worden. Dit omdat in de nieuwe situatie mensen mogelijk eerder (korter na de psychotische episode) worden gekeurd dan in de oude situatie. Om bovenstaande mogelijke effecten door te kunnen rekenen is informatie benodigd over de toename of afname in het aantal:

- Terecht toegekende rijbevoegdheden: personen die rijbevoegd zouden moeten zijn en ook als zodanig worden beoordeeld bij de keuring;
- Terecht niet toegekende rijbevoegdheden: personen die *niet* rijbevoegd zouden moeten zijn en ook als zodanig worden beoordeeld bij de keuring;
- Onterecht toegekende rijbevoegdheden: personen die *niet* rijbevoegd zouden moeten zijn, maar *wel* hun rijbevoegdheid krijgen toegekend op basis van de keuring;
- Onterecht niet toegekende rijbevoegdheden: personen die *wel* rijbevoegd zouden moeten zijn, maar *geen* rijbevoegdheid krijgen toegekend op basis van de keuring.

De informanten konden geen inschatting geven van de mate waarin in de huidige situatie de rijbevoegdheid terecht en onterecht, wel en niet wordt toegekend. Ook voor de nieuwe situatie konden zij geen schattingen geven. In deze budget impact analyse onderzoeken we daarom in welke mate deze bovenstaande categorieën zouden moeten veranderen, zodanig dat de additionele investering in de uitgebreidere keuring (en het grotere aantal), kan worden beschouwd als kosteneffectief. De aanname die we hierbij maken is dat de uitgebreidere keuring zal leiden tot een *daling* in het aantal *onterechte toegekende* en het aantal *onterecht niet toegekende* rijbevoegdheden (de zogenaamde false positives en false negatives). Om te kunnen bepalen *hoeveel* deze zouden moeten dalen, zodanig dat het implementeren van de adviesnota naar verwachting kosteneffectief is, moeten eerst de kosten in kaart gebracht worden die naar verwachting gepaard gaan met deze beide type fouten:

- *Een daling in het aantal onterecht niet toegekende rijbevoegdheden* leidt naar verwachting tot een toename in kwaliteit van leven. Uit Versteegh et al. (2016) valt op te maken wat de effecten zijn van mobiliteit op kwaliteit van leven (Versteegh et al., 2016). Wanneer we aannemen dat het verkrijgen van een rijbewijs resulteert in een verhoging van de mobiliteit met één punt (op een schaal van vijf zoals gemeten met de EuroQol-5D in de studie van Versteegh et al. 2016), komt dat overeen met een kwaliteit van leven toename van  $0.05^{10}$  per jaar. Om tot een schatting van het effect van de herziene adviesnota op de kwaliteit van leven te komen (uitgedrukt in quality-adjusted life years; QALYs) is gebruikt gemaakt van deze toename in kwaliteit van leven, ook wel utiliteit genoemd (zoals gerapporteerd in Versteegh et al. 2016). Een utiliteit is een generieke effectmaat die de kwaliteit van een bepaalde gezondheidstoestand weergeeft op een schaal van 0 (dood) tot 1 (perfecte gezondheid). Als iemand bijvoorbeeld vijf jaar langer blijft leven met een utiliteit (waarde van die jaren) van 0,5 dan verwerft deze patiënt 2,5 QALYs, namelijk  $5 \times 0,5$ . Vervolgens zijn de gewonnen QALYs om te rekenen naar Euro's, omdat er in Nederland (door Zorginstituut Nederland) afspraken zijn gemaakt m.b.t. de waarde van één QALY. Zorginstituut Nederland hanteert een waardering voor een toename in QALY die afhankelijk is van de ziektelast van

---

<sup>10</sup> Berekend als  $0.203$  (de volledige vermindering in utiliteit als gevolg van mobiliteit zoals gevonden in Versteegh et al. 2016)/4 (omdat er vier gradaties/levels zijn in de mate waarin de mobiliteit van een persoon kan verminderen) =  $0.05075$ .



een persoon, variërend van 80.000 euro per QALY voor de groep met de zwaarste ziektelast, 50.000 euro per QALY voor de groep met ‘middelmatige’ ziektelast tot 20.000 euro per QALY voor de groep met de laagste ziektelast (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006; Zorginstituut Nederland, 2015). Gegeven de impact die psychose heeft op het dagelijkse leven van de persoon en zijn/haar omgeving is gekozen om te rekenen met een waarde van de QALYs van €50.000.

- Een daling in het aantal onterecht toegekende rijbevoegdheden leidt naar verwachting tot een verlaagde kans op ongevallen en daarmee een verlaging van het brede scala aan negatieve effecten die geassocieerd zijn met ongevallen. Er lijkt een voorzichtige toename in de kans op een verkeersongeluk bij personen die een psychose hebben gehad. De studie van Ravera et al. (2011) schatte het relatief risico op 1.31 (met een breed betrouwbaarheidsinterval van 0.71 – 2.42) (Ravera, van Rein, De Gier, & de Jong-van den Berg, 2011).

Om een doorrekening te maken van de mogelijke baten en kosten die gerelateerd kunnen worden aan de herziene adviesnota moeten een aantal aannames gemaakt worden voor parameters die niet of deels door de informanten of literatuur geïnformeerd konden worden (zie tabel 1).

Tabel 1 Hypothetische doorrekening van mogelijke effecten als gevolg van de adviezen in de herziene nota.

Parameters	Waarde	Bron
Aantal keuringen per jaar	5.900 per jaar	Expertmeeting
Stijging in aantal keuringen per jaar als gevolg van adviesnota	5% per jaar	Expertmeeting aannahme
Stijging in aantal rijtesten per jaar als gevolg van adviesnota	1% per jaar (of 2,5 in een alternatief scenario)	Expertmeeting aannahme
Aantal rijtesten per jaar	22.400	Expertmeeting aannahme
Aantal keuringen per jaar in nieuwe situatie	6.195 per jaar	NVT
QALY-winst bij verkrijgen rijbewijs	0.05 per jaar	Versteegh et al. (2016)
Waarde van één QALY	€50.000	Zorginstituut Nederland
Totale maatschappelijke kosten verkeersongevallen per jaar (2015)	14 miljard	SWOV <sup>11</sup>
Personen met een rijbewijs in NL (2015)	10.986.066	CBS
Verhoogd relatief risico op ongeluk bij psychose	1,31	Ravera et al. (2011)
<b>Gemiddelde verlies in baten en kosten</b>		
- Per onterecht ongeschikt bevonden patiënt (verlies in mobiliteit)	0.05 * €50.000 = €2.500, waarbij aangenomen wordt dat het 0.05 verlies in kwaliteit van leven geldt voor een heel jaar (en mensen dus geen herkeuring ondergaan binnen een jaar).	

<sup>11</sup> Zie: <https://www.swov.nl/feiten-cijfers/factsheet/kosten-van-verkeersongevallen>

- Door onterrecht geschikt (door ongevallen) De gemiddelde kosten per inwoner met een rijbewijs zijn €1.274<sup>12</sup>. Gegeven de verhoogde relatief risico op ongeluk bij psychose komt dat neer op €1.669.

**Maximale foutmarge voor positief nettoresultaat**

Totale keuringskosten huidige situatie  $5.900 * \underline{\text{€}161,50} = \text{€}952.850$

Totale keuringskosten nieuwe situatie  $6.195 * \text{€}215,30 = \text{€}1.333.784$

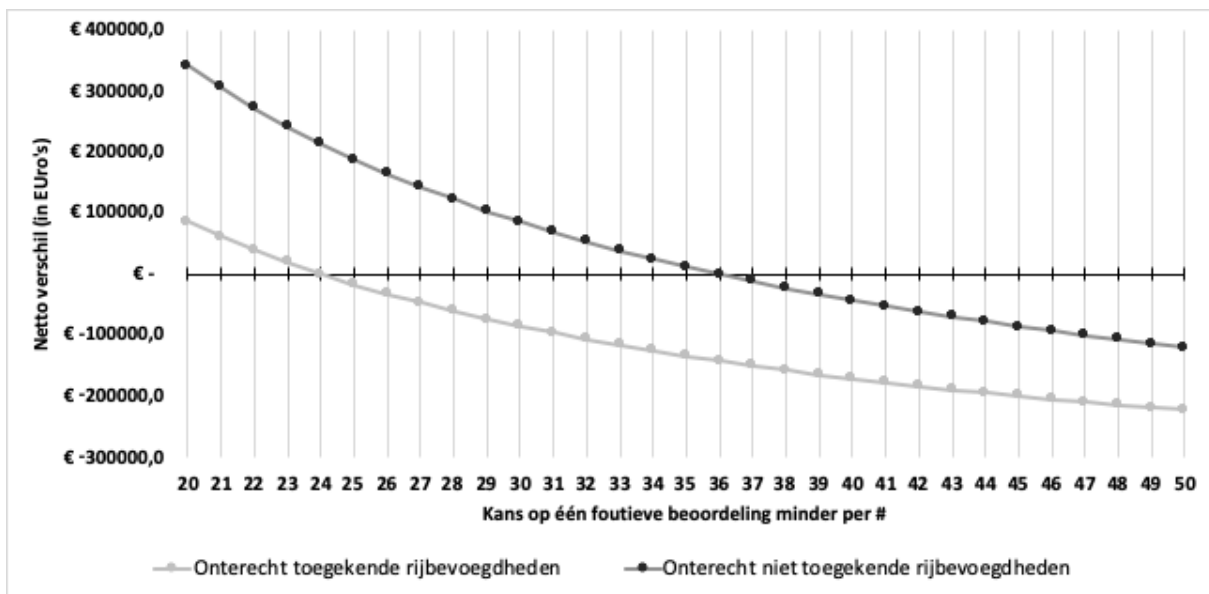
Extra rijtesten:  $22.400 * 0,01 * \text{€}220 = \text{€}49.280$

Totaal:  $\text{€}1.333.784 + \text{€}49.280 = \text{€}1.383.064$

Verskil  $\text{€}430.214$

**Berekening benodigde daling in de kans op een foutieve beoordeling per keuring**

Gegeven een stijging van de keuringskosten in de nieuwe situatie van €430.214, moet de nieuwe situatie leiden tot maximaal  $\text{€}430.214/\text{€}1.669 = \sim 258$  onterrecht geschikte personen om meerwaarde te bieden. Uit dezelfde redenering volgt dan dat de nieuwe situatie moet leiden tot maximaal  $\text{€}430.214/\text{€}2.500 = \sim 172$  onterrecht ongeschikte personen om meerwaarde te bieden. Dit komt neer op een vermindering in de kans op een onterrecht geschikte beoordeling van één per 24 beoordelingen ( $6.195/258 = \sim 24$ ) en een vermindering in de kans op een onterrecht ongeschikte beoordeling van één per 36 ( $6.195/153 = \sim 36$ ).



Figuur 2 Verschil in Euro's als gevolg van een toe- of afname van de kans op foutieve beoordelingen in de nieuwe situatie

Met behulp van de informatie uit tabel 1 is berekend dat de kosten per onterrecht ongeschikt bevonden mensen €2.500 zijn, namelijk  $0,05$  (verlies in kwaliteit van leven) \* €50.000 (maximale bereidheid te betalen voor een QALY in Nederland) = €2.500. Vervolgens kan ook in kaart worden gebracht wat de kosten zijn van iemand die onterrecht rijbevoegd wordt verklaard (en daardoor een

<sup>12</sup> Berekend door de totale kosten per jaar te delen door het aantal rijbewijzen in Nederland = €14 miljard/€10.986.066 = €1.274

verhoogd risico op ongevallen heeft). Deze kosten kunnen worden geschat aan de hand van de totale maatschappelijke kosten van verkeersongevallen per jaar in Nederland en het totaal aantal personen met een rijbewijs in Nederland. De gemiddelde kosten per inwoner met een rijbewijs komen hierdoor op €1.274. Gegeven het verhoogde relatief risico op een ongeluk met een motorvoertuig bij psychose (een relatief risico van 1,31) komt dat neer op ( $€1.274 * 1,31 =$ ) €1.669 per persoon met psychose.

Gegeven een stijging van de keuringskosten in de nieuwe situatie van €430.214, moet de nieuwe situatie leiden tot maximaal  $€430.214/€1.669 = \sim 258$  onterecht geschikte personen om meerwaarde te bieden. Uit dezelfde redenering volgt dan dat de nieuwe situatie moet leiden tot maximaal  $€430.214/€2.500 = \sim 172$  onterecht ongeschikte personen om meerwaarde te bieden. Dit komt neer op een vermindering in de kans op een onterecht geschikte beoordeling van één per 24 beoordelingen ( $6.195/258 = \sim 24$ ) en een vermindering in de kans op een onterecht ongeschikte beoordeling van één per 36 ( $6.195/153 = \sim 36$ ). De schatting van het aantal extra rijtesten (1% stijging) zou een onderschatting kunnen zijn. Immers, we weten niet wat de daadwerkelijke impact zal zijn van de nieuwe adviesnota op de praktijk. Wanneer we rekenen met een stijging van 2,5% in het aantal rijtesten, zal dit leiden tot een stijging van de keuringskosten in de nieuwe situatie van €504.134. In dat geval moet de nieuwe situatie leiden tot maximaal  $€504.134/€1.669 = \sim 303$  onterecht geschikte personen om meerwaarde te bieden en tot maximaal  $€504.134/€2.500 = \sim 202$  onterecht ongeschikte personen om meerwaarde te bieden. Dit komt neer op een vermindering in de kans op een onterecht geschikte beoordeling van één per 21 beoordelingen ( $6.195/303 = \sim 21$ ) en een vermindering in de kans op een onterecht ongeschikte beoordeling van één per 31 ( $6.195/202 = \sim 31$ ). Wanneer deze kans hoger of lager wordt stijgt of daalt de kans dat de invoering van de adviezen in de herziene nota resulteert in netto baten (zie Figuur 2), waarbij een lagere kans op een foutieve beoordeling resulteert in hogere baten voor de maatschappij.

## Conclusie

Het is op dit moment onduidelijk of een verlaging in de kans op een foutieve beoordeling van één foutieve beoordeling per 24 of 36 keuringen een realistisch aantal is. Afgaande op de tendens in de discussies in de expertmeetings lijkt het een realistisch aantal. Dit omdat het percentage van de keuringen waarbij iemand ten onrechte als rijgeschikt wordt beoordeeld als “laag” werd ingeschat door de informanten evenals het percentage van de keuringen waarbij iemand ten onrechte als niet rijbevoegd wordt beoordeeld (uit de expertmeetings kwam naar voren dat er bij twijfel af en toe voor de veilige keuze gekozen wordt maar dat het percentage “laag” is). Lange-termijn monitoring is nodig om meer zekerheid te verkrijgen over de waarschijnlijkheid dat de implementatie van de adviesnota kosteneffectief is.

## Referenties

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2006). Zinnige en duurzame zorg [Sensible and sustainable care]. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg Zoetermeer.
- Ravera, S., van Rein, N., De Gier, J. J., & de Jong-van den Berg, L. T. (2011). Road traffic accidents and psychotropic medication use in the Netherlands: a case-control study. *British journal of clinical pharmacology*, 72(3), 505-513.
- Sullivan, S. D., Mauskopf, J. A., Augustovski, F., Caro, J. J., Lee, K. M., Minchin, M., . . . Shau, W.-Y. (2014). Budget impact analysis—principles of good practice: report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II Task Force. *Value in health*, 17(1), 5-14.

- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*: World Health Organization.
- Versteegh, M. M., Vermeulen, K. M., Evers, S. M., de Wit, G. A., Prenger, R., & Stolk, E. A. (2016). Dutch tariff for the five-level version of EQ-5D. *Value in health, 19*(4), 343-352.
- Zorginstituut Nederland. (2015). Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. *Diemen: Zorginstituut Nederland*.

# **Implementatieplan Herziene Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose**

**Door:** Trimbos-instituut (Ben Wijnen en Danielle van Duin)

**In opdracht van:** de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

**Datum:** januari 2021

## 1. Inleiding

### *Haalbaarheidsanalyse*

Eind 2018 is een herziene versie van de bestaande *Adviesnota Rijgeschiktheid bij psychose* (2016) ter autorisatie voorgelegd aan betrokken partijen. Zij hebben de adviesnota destijds bestuurlijk goedgekeurd, waarbij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) hun autorisatie gaf behoudens de uitvoering van een *haalbaarheidsanalyse* bij de adviesnota. Doel van deze haalbaarheidsanalyse is om na te gaan in hoeverre het bijstellen van de regeling rijgeschiktheid bij psychose, zoals beschreven in de opgeleverde adviesnota, toepasbaar is in de praktijk.

### *Implementatieplan*

Indien de Gezondheidsraad besluit de adviezen in de herziene adviesnota rijgeschiktheid bij psychose (2018) over te nemen en de regeling daadwerkelijk wordt bijgesteld, is het van belang dat wordt gekeken hoe de aangepaste regeling zo goed mogelijk kan worden geïmplementeerd. Daartoe is als bijlage bij de haalbaarheidsanalyse dit *Implementatieplan herziene adviesnota rijgeschiktheid bij psychose* opgenomen. Hierin geven we enkele aanbevelingen die bijdragen aan een betere implementatie van de herziene adviesnota.

In dit implementatieplan wordt eerst de methode van dataverzameling beschreven. Vervolgens worden de gewenste veranderingen kort beschreven, samen met de implementatie adviezen en de praktische beschikbaarheid van materialen voor implementatie.

## 2. Methode

Voor het verzamelen van de informatie in de *Haalbaarheidsanalyse Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose* is gebruik gemaakt van: a) twee bijeenkomsten met informaten en experts; b) literatuuronderzoek; c) een feedbackronde vanuit een bredere groep informaten en experts; en d) een commentaarronde van betrokken partijen.

## 3. Implementatie

### 3.1 Gewenste verandering

Het bestaande beleid voor het beoordelen van rijgeschiktheid bij psychose is opgenomen in de REG 2000. Dit beleid is gebaseerd op de adviesnota uit 2016, welke werd opgesteld in opdracht van de NVvP. In het kort komen de belangrijkste veranderingen geadviseerd in de herziene *Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose* ten opzichte van de huidige afspraken in de REG2000 op het volgende neer: de oude criteria rijgeschiktheid in de REG2000 worden niet meer gezien als standaard uitgangspunt voor de bepaling van rijgeschiktheid, maar worden meegenomen in een breder en meer persoonlijk perspectief van functioneren (zie tabel 1)<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Meer informatie kunt u desgewenst vinden in de bijlagen onderaan het Rapport Haalbaarheidsanalyse Adviesnota Rijgeschiktheid bij psychose (Bijlage 2. "Rapportage van keurend arts aan CBR"), of in de autorisatieversie van de nieuwe Adviesnota Rijgeschiktheid bij psychose, welke is bijgevoegd bij dit implementatieplan.

Meer concreet bestonden de oude criteria uit het beoordelen van de recidievrij periode (heeft de betrokken aanvragen de afgelopen 6 maanden een psychose doorgemaakt), het medicatiegebruik en eventuele bijwerkingen daarvan en het aantal eerdere recidieven van een psychotische periode. Met de nieuwe criteria wordt in kaart gebracht of er de afgelopen 2 maanden al dan niet sprake was van een psychotische periode en wordt daarnaast gekeken naar medicatiegebruik en naar persoonlijke kenmerken op het gebied van cognitief en psychomotorisch functioneren (C), stabiliteit van functioneren in het heden en verleden (S) en gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht (G).

Tabel 1 Criteria voor het bepalen van rijgeschiktheid bij Psychose

	REG2000	Adviesnota Herziening Rijgeschiktheid bij Psychose
1	Recidievrije termijn van 6 maanden na een psychose <i>PLUS criterium 2 en 3</i>	Recidievrije termijn van 2 maanden na een psychose <i>PLUS criterium 2, 3 en 4</i>
2	Medicatiegebruik	Cognitief en psychomotorisch functioneren (C)
3	Aantal recidieven	Stabiliteit van functioneren (S)
4		Gezondheidsvaardigheden en ziekte-inzicht (G)

### 3.2 Conclusie haalbaarheidsanalyse

Vanuit de Haalbaarheidsanalyse zien we geen onoverkomelijke barrières voor toepassing van de meer persoonlijke criteria voor beoordeling van rijgeschiktheid bij psychose, zoals voorgesteld in de herziene adviesnota. Aangezien enkele adviezen in de adviesnota nog niet concreet genoeg zijn om in de praktijk mee te werken, geeft de haalbaarheidsanalyse enkele aanbevelingen voor uitwerking en aanpassing hiervan. Wanneer de werkgroep akkoord is met deze aanbevelingen en de aanpassingen worden doorgevoerd, lijkt toepassing van de herziene adviesnota voldoende haalbaar. Als eerste stap daartoe heeft de werkgroep RIJP de RUBRICS ontwikkeld (zie bijlage).

### 3.3 Implementatie adviezen

Indien de gezondheidsraad besluit de adviezen in de herziene adviesnota rijgeschiktheid bij psychose (2018) over te nemen en de regeling daadwerkelijk wordt aangepast, bevelen we de volgende implementatie activiteiten aan om de toepassing te bevorderen:

- Opzetten van nader onderzoek naar de afneembaarheid, acceptatie en betrouwbaarheid van de C,S,G methode en verschillende manieren om de C,S,G score te bepalen, zowel in het geval van toepassing door de behandelend arts/psycholoog als van toepassing door een onafhankelijk arts of psycholoog. Hierbij dient nagegaan te worden in hoeverre de testversie van de RUBRICS (welke is ontwikkeld o.b.v. de haalbaarheidsanalyse en commentaarronde) verder doorontwikkeld dient te worden.
- Voorlichten van behandelend artsen over de relevantie en noodzaak van de beoordeling van rijgeschiktheid bij de doelgroep, over de nieuwe criteria welke meer handvatten bieden om het thema bespreekbaar te maken, en op welke manier het thema een plek dient te krijgen in het signaleringsplan en/of de WRAP. Hierbij ook aandacht besteden aan het op uniforme wijze invullen van de verklaring over de aard en ernst van de aandoening van de cliënt.
- Organiseren dat keuringsartsen de (bestaande) training volgen voor het afnemen c.q. interpreteren van de WHODAS (de gratis Engelstalige online versie of de Nederlandse versie).
- Ontwikkelen van een training voor keuringsartsen voor het betrouwbaar inschatten van de individuele beoordelingscriteria in de adviesnota (C,S,G) en het invullen van het beoordelings-

formulier. Hierbij dient gebruik gemaakt te worden van de hierboven genoemde uitwerking van de C,S,G criteria en hoe men tot een oordeel of score komt ten aanzien van deze criteria (de ontwikkelde RUBRICS - zie bijlage).

- Organiseren van voldoende capaciteit keuringsartsen, om de stijging in benodigde capaciteit voor deze doelgroep te ondervangen en een toename in wachttijd te voorkomen. Hierbij lijkt inzet van zelfstandige psychiaters het meest haalbaar, of psychiaters die elders werken en deze activiteiten daarnaast uitvoeren. Daarbij lijkt ook van belang om meer specifiek op onderwerp gerichte psychiaters te werven. Dit omdat bijv. zowel alcohol als drugs als psychose allen een steeds specifiekere expertise vereisen met alle evenzovele uitgebreide en lastiger wordende juridische consequenties.
- Uitvoeren van lange-termijn monitoring om meer zekerheid te verkrijgen over de uitvoerbaarheid en de waarschijnlijkheid dat de implementatie van de herziene Adviesnota Rijgeschiktheid bij Psychose kosteneffectief is.