



Evaluatie van rijgeschiktheid in de huisartsenpraktijk en ontwerp van een beslishulp

Dr. De Locht Sara, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2021 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

ABSTRACT

Achtergrond

Huisartsen spelen een belangrijke rol in de rijgeschiktheidsevaluatie van hun patiënten. Toch ervaren ze een aantal drempels om de rijgeschiktheid met hun patiënten te bespreken. Een deel van deze drempels werd bestudeerd in landen waarbij de arts wettelijk verplicht is om zijn patiënt aan te geven wanneer deze blijft rijden tegen medisch advies. In België is de plicht van de arts beperkt tot het verstrekken van informatie. Daarnaast is de Belgische rijgeschiktheidsrichtlijn veel korter en minder concreet dan die van de meeste landen. Dit is de eerste studie die de attitudes en drempels van Vlaamse huisartsen onderzoekt in de evaluatie van de rijgeschiktheid.

Doel

In dit onderzoek werd nagegaan of potentieel rij-ongeschikte patiënten op de hoogte zijn van de rijvoorwaarden en door wie ze werden meegedeeld. Daarnaast werd onderzocht welke drempels huisartsen ervaren om de rijgeschiktheid met hun patiënten te bespreken. Als mogelijke oplossing voor deze drempels werd een online beslischulp ontworpen.

Methode

De bevraging werd uitgevoerd via twee elektronische vragenlijsten, één gericht aan huisartsen en de andere gericht aan personen met diabetes mellitus, slaapapneu, hartproblemen, epilepsie of inname van sedativa. De vragenlijsten werden verspreid via sociale media, nieuwsbrieven en affiches in de wachtzalen van enkele huisartsenpraktijken. De ontwikkeling van de beslischulp werd gebaseerd op de Belgische wetgeving inzake rijgeschiktheid, beschreven in het koninklijk besluit van 23 maart 1998.

Resultaten

De enquêtes werden volledig ingevuld door 97 huisartsen en 532 patiënten. De meeste patiënten werden geïnformeerd over hun rijgeschiktheid door de behandelende specialist (64.5%, n=345), slechts een klein deel werd ingelicht door zijn huisarts (12.7%, n=68). Een vierde van deze patiënten werd pas meer dan drie maanden na zijn diagnose op de hoogte gebracht van de aangepaste rijgeschiktheid. Van alle patiënten werd 17% (n=91) nooit geïnformeerd over de rijgeschiktheid; bij personen met slaapapneu en hartaandoeningen liep dit cijfer op tot meer dan 60%. Nochtans vonden vrijwel alle patiënten (96.2%, n=512) en nagenoeg alle huisartsen (94.8%, n=92) het onderwerp rijgeschiktheid belangrijk. Desondanks voelde slechts één op vijf huisartsen zich bekwaam om de rijgeschiktheid van zijn patiënten te evalueren. De belangrijkste drempels hiervoor waren de beperkte kennis en ervaring van huisartsen over de rijgeschiktheidsregels (86.7%, n=85), gebrek aan afgelijnde richtlijnen (67.3%, n=66), de beperkte tijd van de consultatie (54.1%, n=53), angst voor de negatieve gevolgen voor de patiënt (35.7%, n=35) en voor de negatieve impact op de arts-patiënt relatie (26.5%, n=26).

Conclusie

Personen met een medisch probleem worden onvoldoende ingelicht over de invloed van hun gezondheidsprobleem op de rijvaardigheid. Huisartsen voelen zich niet bekwaam om de rijgeschiktheid van hun patiënten te evalueren. De drempels die zij hierbij ervaren, kunnen voor een groot deel worden opgelost dankzij onze beslischulp.

INHOUD

ABSTRACT	3
INLEIDING	6
METHODE	7
Onderzoeksvragen	7
Enquête huisartsen	7
Enquête patiënten	7
Ontwerp van een beslishulp	7
Enquête patiënten	7
Kenmerken van de deelnemende patiënten.....	7
Voorlichting over rijgeschiktheid.....	8
Tijdstip van voorlichting over rijgeschiktheid.....	9
Bezit van een rijgeschiktheidsattest.....	9
De belangstelling van patiënten voor het thema rijgeschiktheid	10
Enquête huisartsen	10
Deelnemers	10
De evaluatie van de rijgeschiktheid door de huisarts	10
Bronnen die huisartsen gebruiken voor de rijgeschiktheidsevaluatie	11
Drempels om de rijgeschiktheid te bespreken.....	11
De belangstelling van huisartsen voor het thema rijgeschiktheid	12
DISCUSSIE	12
Voorlichting over rijgeschiktheid.....	12
Drempels om de rijgeschiktheid te bespreken.....	13
Een beslishulp als oplossing	14
LIMITATIES	14
CONCLUSIE	15
DANKWOORD	15

BRONNEN	16
bijlage 1: enquête huisartsen	17
bijlage 2: enquête patiënten	20
bijlage 3: affiche voor enquête patiënten	23
bijlage 4: informatie bij enquête huisartsen	24
bijlage 5: informatie bij enquête patiënten.....	25
bijlage 6: goedkeuring ethische commissie	26

INLEIDING

Huisartsen hebben de beste kennis over de medische achtergrond van hun patiënten. Ze kunnen goed inschatten welke activiteiten de patiënt al dan niet meer kan. Hierdoor spelen ze een belangrijke rol in het informeren en evalueren van de rijgeschiktheid van hun patiënten. Niettemin is deze taak voor de huisarts vaak moeilijk te realiseren omwille van verschillende factoren.

Eerdere studies hebben aangetoond dat artsen vaak een slechte kennis hebben over de medische beperkingen en de juridische implicaties op de rijgeschiktheid (1–4). Bovendien blijft het voor de meeste artsen onduidelijk welke tests ze moeten uitvoeren om te bepalen of iemand rijgeschikt is (2,5–7). Er bestaat discussie over de betrouwbaarheid en wetenschappelijkheid van de huidige richtlijnen in de meeste landen. Een deel van de richtlijnen zou slechts in beperkte mate evidence-based zijn en is voornamelijk samengesteld op basis van veronderstellingen eerder dan effectief wetenschappelijk bewijs (6). Het gebrek aan afgelijnde, klinisch toepasbare richtlijnen zorgt voor een grote variabiliteit in de evaluatie van rijgeschiktheid tussen artsen onderling. Zo zit er veel verschil in de aspecten van de anamnese en klinische testen die artsen gebruiken in hun evaluatie (5). Daarnaast hebben de demografische kenmerken, individuele ervaringen en bezorgdheden van de arts over hun patiënt een belangrijke invloed op hun keuze over de rijgeschiktheid (4,5). Artsen zijn er zich goed van bewust dat hun beslissing grote gevolgen heeft voor de levensstijl van hun patiënt. Stoppen met rijden leidt tot minder activiteiten buitenshuis, sociaal isolement en zelfs depressie (5,8). Een deel van de artsen geeft toe dat deze gevolgen hun keuze over de rijgeschiktheid beïnvloedt (2,5,8). Daarnaast heeft de beslissing om een patiënt rijongeschikt te verklaren een negatieve invloed op de arts-patiënt relatie (2,5,7,8). Een klein deel van de artsen heeft bovendien schrik voor de reactie van de patiënt of om de patiënt te verliezen aan een andere huisarts (5). Tot slot is de beperkte tijd van een consultatie en de lange duur van een rijgeschiktheidsevaluatie vaak een belemmerende factor voor de arts (9).

Daarnaast zijn er ook drempels voor de patiënten om de rijgeschiktheid met hun huisarts te bespreken. Patiënten onderschatten vaak de impact van hun aandoening op de rijvaardigheid. Daarnaast hebben ze angst om hun rijbewijs te verliezen wanneer ze hun klachten vertellen aan hun arts (9,10). In de studie van Dalrymple et al. verzwegen 18% van de personen met epilepsie een nieuwe epilepsieaanval voor zijn huisarts (10). Van diegenen met een nieuwe aanval in het voorbije jaar, had 40% zijn rijbewijs niet ingeleverd en slechts 25% bekende de aanval aan zijn huisarts. Toch heeft het verzwijgen van medische klachten grote gevolgen, zoals inadequate behandelingen en een slechte arts-patiënt relatie.

De meerderheid van de literatuur over rijgeschiktheid komt uit Canada, Australië, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk. Hoewel veel overeenkomsten met het Belgisch systeem, bestaan er toch een aantal verschillen. In sommige van deze landen bestaat er een juridische plicht om patiënten aan te geven wanneer deze blijven rijden tegen medisch advies (2,5,8,11). In België is de plicht van de arts beperkt tot het verstrekken van informatie (12). Het inleveren van het rijbewijs en het op de hoogte brengen van de verzekeringsmaatschappij, is de verantwoordelijkheid van de patiënt. Daarnaast is de Belgische richtlijn inzake rijgeschiktheid, beschreven in het koninklijk besluit van 23 maart 1998, veel korter en minder concreet dan die van andere landen (13). Bovendien bestaat er in België geen leeftijdsgebonden keuring (14). Tot slot worden in België de onderzoeken naar medische rijgeschiktheid in de eerste plaats uitgevoerd door de behandelende arts (en dus geen arts in dienst bij de overheid of expertisecentra) (14). Deze factoren beïnvloeden de werkwijzen van Vlaamse huisartsen op een andere manier dan die van andere landen. Dit is de eerste studie die de attitudes en drempels in de rijgeschiktheidsevaluatie onderzoekt bij Vlaamse huisartsen.

De noodzaak aan een eenvoudige beslishulp werd reeds beschreven in de literatuur (2,4,6,7). Een eerdere studie heeft de meerwaarde van zo'n beslishulp voor rijgeschiktheid al bewezen (9). Helaas had deze tool een aantal beperkingen; er kon slechts één aandoening per keer worden geëvalueerd en

het bestond enkel in desktopapplicatie waardoor het niet online beschikbaar was voor andere huisartsen. Tot slot was de applicatie niet toegankelijk en niet gebruiksvriendelijk voor patiënten. Onze hypothese is dat de ontwikkeling van een beslishulp voor patiënten een grote meerwaarde zou betekenen in de geneeskunde en een groot deel van de bovenvermelde drempels kan oplossen.

METHODE

Onderzoeksvragen

Dit is een gemengde kwalitatieve en kwantitatieve studie. Er werd gezocht naar een antwoord op volgende vragen: 1. Zijn potentieel rij-ongeschikte patiënten op de hoogte van de rij-voorwaarden en door wie werd dit meegedeeld? 2. Welke drempels ervaren huisartsen om rijgeschiktheid met patiënten te bespreken?

Enquête huisartsen

De bevraging gebeurde d.m.v. een online vragenlijst, opgesteld via het programma Qualtrics, bestaande uit 11 vragen (zie **bijlage 1**). De enquête was volledig anoniem en bestond uit een combinatie van meerkeuzevragen, opinievragen via de Likert schaal en één open vraag (leeftijd). De enquête werd verspreid via sociale media en via de online nieuwsbrief van ICHOvzw.

Enquête patiënten

Deze bevraging gebeurde eveneens d.m.v. een online vragenlijst, via het programma Qualtrics, bestaande uit 16 meerkeuzevragen en één open vraag (leeftijd). De enquête was volledig anoniem (zie **bijlage 2**). Er werden vier medische aandoeningen gekozen met een hoge prevalentie en een belangrijke invloed op het rijgedrag: obstructief slaapapneu, epilepsie, hartziekten en diabetes mellitus. Ook inname van slaap- of kalmeermiddelen (sedativa) werd geïnccludeerd. De enquête werd verspreid via sociale media en via de nieuwsbrieven van de Diabetes Liga, de Epilepsie Liga en de Apneu Vereniging Vlaanderen. In de link bestemd voor de nieuwsbrief van de Apneu Vereniging Vlaanderen zat helaas een technisch probleem, waardoor de vragenlijst niet kon worden geopend. Patiënten werden tot slot ook gerekruteerd via affiches in de wachtkamers van enkele huisartsenpraktijken (zie **bijlage 3**). Hierbij kon de enquête ook op papier worden ingevuld en gedeponeerd in een dropbox.

Ontwerp van een beslishulp

De Belgische wetgeving, beschreven in het koninklijk besluit van 23 maart 1998, werd geanalyseerd en samengevat (13). Nadien werden de wetteksten verwerkt tot een online vragenlijst, via de software Typeform (15). De beslishulp zal online worden gezet op de website van gezondheid en wetenschap.

RESULTATEN

Enquête patiënten

Kenmerken van de deelnemende patiënten

De enquête werd door 609 patiënten ingevuld, 77 onvolledig ingevulde enquêtes werden geëxcludeerd, dit bracht het totaal op 532 volledige responsen. Van deze personen had 3.0% (n=16) een hartaandoening, 82.5% (n=439) diabetes mellitus, 7.7% (n=41) epilepsie, 4.0% (n=21) obstructief slaapapneu en 2.8% (n=15) gebruikte sedativa. **Tabel 1** toont de demografische eigenschappen van de deelnemende patiënten.

Tabel 1. Demografische eigenschappen van de deelnemende patiënten

		Totaal	Hartziekte	Diabetes	Epilepsie	Slaapapneu	Sedativa (*)
Patiënten	Aantal	532	16 (3.0%)	439 (82.5%)	41 (7.7%)	21 (4.0%)	15 (2.8%)
Leeftijd	Gemiddelde (SD)	53 (16.8)	60 (18)	55 (16.2)	36 (12.5)	52 (13.5)	39 (12.7)
Geslacht	Mannen	267 (50.2%)	8 (50.0%)	231 (52.6%)	10 (24.4%)	14 (66.7%)	4 (26.7%)
	Vrouwen	265 (49.8%)	8 (50.0%)	208 (47.4%)	31 (75.6%)	7 (33.3%)	11 (73.3%)
Opleiding	Lager onderwijs	21 (3.9%)	1 (6.3%)	20 (4.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Secundair onderwijs	228 (42.9%)	6 (37.5%)	197 (44.9%)	12 (29.3%)	7 (33.3%)	6 (40%)
	Hogeschool	196 (36.8%)	8 (50%)	156 (35.5%)	18 (43.9%)	5 (42.6%)	5 (33.3%)
	Universiteit	87 (16.4%)	1 (6.3%)	66 (15%)	11 (26.8%)	5 (23.8%)	4 (26.7%)

SD: standaarddeviatie

* Sedativa op voorschrift (81.3%, n=13): Zolpidem, Trazodon, Alprazolam, Lorazepam, Diazepam, Clonazepam, Quetiapine, Sertraline en Pregabaline. Sedativa vrij verkrijgbaar (18.8%, n=3): Valeriaan, Dormiplant® en Metasleep®.

Voorlichting over rijgeschiktheid

Op de vraag of ze geïnformeerd werden over de gevolgen van hun aandoening of medicatie op de rijgeschiktheid, antwoordde 83% van onze patiënten ja en 17% nee. De rijgeschiktheid werd in 64.5% (n=345) van de patiënten besproken door de specialist, in 12.7% (n=68) door de huisarts en in 5.8% (n=31) door iemand anders. 17% (n=91) werd niet ingelicht over de rijgeschiktheid. **Tabel 2** toont door wie patiënten werden geïnformeerd hun rijgeschiktheid, gerangschikt per aandoening.

Van de deelnemers met een hartaandoening, werd de meerderheid nooit ingelicht over de invloed van zijn aandoening op de rijgeschiktheid (71.4%, n=15). Deze personen leden aan een aritmie (n=5), een myocardinfarct (n=2), een hartklepafwijking (n=2), een congenitale hartaandoening (n=3), hartfalen (n=2) en een hartstilstand (n=1). Slechts 19% (n=4) van de mensen met een hartziekte werd ingelicht door de huisarts, deze personen leden aan een aritmie (n=2), een myocardinfarct (n=1) en hartfalen (n=1). De overige twee deelnemers (9.5%) werden ingelicht door de specialist, hiervan had één persoon een myocardinfarct doorgemaakt en de andere had een harttransplantatie ondergaan.

De deelnemers met diabetes mellitus werden voornamelijk ingelicht over hun rijgeschiktheid door de specialist (66.5%, n=294) en slechts in 14.0% (n=62) door de huisarts. Hoe consequent en door wie ze werden ingelicht, hing grotendeels af van het type behandeling. **Tabel 3** toont door wie de deelnemers met diabetes werden ingelicht over hun rijgeschiktheid, gerangschikt per behandeling.

De deelnemers met epilepsie werden bijna allemaal geïnformeerd over hun rijgeschiktheid door de specialist (92.7%, n=38). De drie personen die nooit werden geïnformeerd over de rijgeschiktheid, hadden alle drie al minstens drie epilepsieaanvallen gekregen in het verleden, bij twee hiervan was de laatste aanval al langer dan 5 jaar geleden en bij de andere was de laatste aanval 1-5 jaar geleden.

Tabel 2. Door wie werden de patiënten geïnformeerd over hun rijgeschiktheid?

	Totaal	Hartziekte	Diabetes	Sedativa	Epilepsie	Slaapapneu
Door de huisarts	12.7% (n=68)	12.5% (n=2)	14.0% (n=62)	20.0% (n=3)	0% (n=0)	4.8% (n=1)
Door de specialist	64.5% (n=345)	18.8% (n=3)	66.5% (n=294)	26.7% (n=4)	92.7% (n=38)	28.6% (n=6)
Door andere (*)	5.8% (n=31)	0% (n=0)	6.6% (n=29)	6.7% (n=1)	0% (n=0)	4.8% (n=1)
Niet geïnformeerd	17.0% (n=91)	68.8% (n=11)	12.9% (n=57)	46.7% (n=7)	7.3% (n=3)	61.9% (n=13)
Totaal	n=535	n=16	n=442	n=15	n=41	n=21

* Andere: diabetesverpleegkundige (n=20), diabetesliga (n=3), preventie-arts (n=2), media (n=1), wetenschappelijke vorming (n=1), literatuur (n=1), apotheek (n=1), internet (n=1) en ouders (n=1).

Tabel 3. Door wie werden de deelnemers met diabetes geïnformeerd over hun rijgeschiktheid?

	Totaal	Dieet/medicatie	Insuline: 1-2 inj/d	Insuline: ≥3 inj/d of pomp
Door de huisarts	14.0% (n=62)	29.8% (n=28)	26.5% (n=18)	5.7% (n=16)
Door de specialist	66.5% (n=294)	35.1% (n=33)	50.0% (n=34)	81.1% (n=227)
Door andere (*)	6.6% (n=29)	4.3% (n=4)	10.3% (n=7)	6.4% (n=18)
Niet geïnformeerd	12.9% (n=57)	30.9% (n=29)	13.2% (n=9)	6.8% (n=19)
Totaal	n=442	n=94	n=68	n=280

*Inj/d: injecties per dag. * Andere: diabetesverpleegkundige (n=20), diabetesliga (n=3), preventie-arts (n=2), media (n=1), wetenschappelijke vorming (n=1), literatuur (n=1) en ouders (n=1).*

Van de deelnemers met slaapapneu werd slecht een minderheid geïnformeerd over de gevolgen van zijn aandoening op de rijgeschiktheid (38.1%, n=8). Van diegenen die al langer dan een maand werden behandeld met Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), werd 56.3% (n=9) nooit ingelicht over de rijgeschiktheid, 40% (n=6) werd ingelicht door de behandelende specialist en 6.3% (n=1) door het internet. Ook de deelnemer die minder dan een maand geleden startte met CPAP, werd niet geïnformeerd. Van de vier personen die niet behandeld werden, werd er één geïnformeerd door de huisarts, de andere drie werden niet geïnformeerd over de rijgeschiktheid.

Tijdstip van voorlichting over rijgeschiktheid

De helft van al onze deelnemende patiënten werd op het correcte moment geïnformeerd over de rijgeschiktheid, ofwel op het moment van diagnose of opstart medicatie (45.5%, n=242), ofwel bij het behalen van het rijbewijs (5.5%, n=29). Van de 413 patiënten die effectief door de huisarts of specialist geïnformeerd werden over hun rijgeschiktheid, kwam 27.9% (n=114) dit pas te weten na meer dan drie maanden na diagnose, op initiatief van de arts (20.8%, n=86), of nadat de patiënt er zelf naar vroeg (6.8%, n=28), of na het veroorzaken van een verkeersongeval (n=1).

Bezit van een rijgeschiktheidsattest

Personen met epilepsie, diabetes, matig tot ernstige slaapapneu en de meeste hartaandoeningen, hebben een aangepast rijgeschiktheidsattest nodig. Van onze deelnemers met één van deze aandoeningen, had 61.5% (n= 318) een rijgeschiktheidsattest gekregen van de specialist, 12.7% (n=66) van de huisarts, 1.2% (n=6) via CARA en 1.9% (n=10) op een andere manier. De overige 22.6% (n=117) had geen rijgeschiktheidsattest: 14.9% (n=77) werd nooit op de hoogte gebracht over de noodzaak hiervan, bij 4.6% (n=24) werd dit wel besproken maar was het niet nodig en bij 3.1% (n=16) werd dit wel besproken maar had de persoon (nog) geen initiatief genomen om dit in orde te brengen. **Tabel 4** toont welke deelnemers een aangepast rijgeschiktheidsattest kregen en door wie, per aandoening.

Tabel 4. Kregen de patiënten een aangepast rijgeschiktheidsattest voor hun aandoening?

	Hartziekte	Diabetes	Epilepsie	Slaapapneu
Ja, via de huisarts	0% (n=0)	15.0% (n=66)	0% (n=0)	0% (n=0)
Ja, via de specialist	18.8% (n=3)	66.1% (n=290)	58.5% (n=24)	4.8% (n=1)
Ja, via CARA	0% (n=0)	0.9% (n=4)	4.9% (n=2)	0% (n=0)
Nee, dit was niet nodig volgens arts/CARA	12.5 % (n=2)	3.4% (n=15)	9.8% (n=4)	14.3% (n=3)
Nee, de patiënt heeft dit niet in orde gebracht	6.3% (n=1)	3.2% (n=14)	2.4% (n=1)	0% (n=0)
Nee, de patiënt werd hierover nooit geïnformeerd	62.5% (n=10)	9.6% (n=42)	22.0% (n=9)	76.2% (n=16)
Andere (*)	0% (n=0)	1.8% (n=8)	2.4% (n=1)	4.8% (n=1)
Totaal (n=517)	n=16	n=439	n=41	n=21

** Andere: via vragenlijst slaapapneu (n=1), via tijdschrift diabetes (n=1), via diabetesliga (n=1), in overleg met verzekeringsmaatschappij (n=1), onvoldoende gespecificeerd (n=6).*

De belangstelling van patiënten voor het thema rijgeschiktheid

De overgrote meerderheid van onze patiënten (96.2%, n=512) vond het belangrijk om door de arts geïnformeerd te worden over de invloed van zijn gezondheidsprobleem op de rijgeschiktheid. Van deze groep vond 66.5% (n=354) dit zeer belangrijk en 29.7% (n=158) vond dit belangrijk. Slechts 3.2% (n=17) van de deelnemende patiënten vond dit onbelangrijk en 0.6% (n=3) vond dit zeer onbelangrijk.

Enquête huisartsen

Deelnemers

De enquête werd door 110 huisartsen ingevuld, 13 onvolledig ingevulde enquêtes werden geëxcludeerd, dit bracht het totaal op 97 volledige responsen. Van de deelnemende huisartsen waren er 66.0% (n=64) huisartsen in opleiding (HAIO's) en 34.0% (n=33) afgestudeerde huisartsen. **Tabel 5** toont de demografische eigenschappen van de deelnemende huisartsen.

Tabel 5. Demografische eigenschappen van de deelnemende huisartsen

		Totaal	HAIO	Afgestudeerd HA
Patiënten	Aantal	97	66.0% (n=64)	34.0% (n=33)
Leeftijd (jaren)	Gemiddelde (SD)	31 (8.9)	26 (1.8)	39 (10.9)
Geslacht	Mannen	29.9% (n=29)	32.8% (n=21)	24.2% (n=8)
	Vrouwen	70.1% (n=68)	67.2% (n=43)	75.8% (n=25)
Type praktijk (*)	Solo praktijk	16.5% (n=16)	20.3% (n=13)	9.1% (n=3)
	Duo praktijk	20.6% (n=20)	20.3% (n=13)	21.2% (n=7)
	Groepspraktijk	63.9% (n=62)	60.9% (n=39)	69.7% (n=23)
	WGC	3.1% (n=3)	3.1% (n=2)	3.0% (n=1)

HAIO: Huisarts In Opleiding, HA: huisarts, SD: standaarddeviatie, WGC: wijkgezondheidscentrum

* Type praktijk (meerdere antwoorden per arts mogelijk): solopraktijk: 1 arts exclusief HAIO's, duo praktijk: 2 artsen exclusief HAIO's, groepspraktijk: ≥ 3 artsen exclusief HAIO's.

De evaluatie van de rijgeschiktheid door de huisarts

Twee op drie huisartsen (HAIO's + afgestudeerde huisartsen) kregen in het voorbije jaar minstens één vraag van een patiënt over het thema rijgeschiktheid (67%, n=65). Hiervan kreeg 41.2% (n=40) van de huisartsen 1-2 vragen, 20.6% (n=20) van de huisartsen kreeg 3-4 vragen en 5.2% (n=5) van de huisartsen kreeg 5 of meer vragen over de rijgeschiktheid van zijn patiënten. 43.8% van de HAIO's (n=28) had in het voorbije jaar nog geen enkele vraag gekregen over rijgeschiktheid, terwijl dit bij de afgestudeerde huisartsen slechts 12.1% (n=4) was.

Twee op drie huisartsen (HAIO's + afgestudeerde huisartsen) hadden in het voorbije jaar ook minstens één keer zelf het onderwerp rijgeschiktheid aan bod gebracht bij een patiënt (65.0%, n=63). Hiervan had 27.8% (n=27) van de huisartsen 1-2 keer uit eigen initiatief gesproken over de rijgeschiktheid, 16.5% (n=16) van de huisartsen deed dit 3-4 keer en 20.6% (n=20) deed dit 5 keer of meer. Iets minder dan de helft van de HAIO's had in het voorbije jaar geen enkele keer uit eigen initiatief gesproken over de rijgeschiktheid van zijn patiënten (45.3%, n=29), terwijl dit bij de afgestudeerde huisartsen slechts 15.2% (n=5) was. **Tabel 6** toont aan in welke mate huisartsen geneigd zijn om de rijgeschiktheid van bepaalde aandoeningen meer of minder snel te bespreken met hun patiënten.

Wanneer de rijgeschiktheid met een patiënt werd besproken, noteerde 75.3% (n=73) van de huisartsen dit (bijna) altijd in het medisch patiëntendossier, terwijl 24.7% (n=24) van de huisartsen dit niet systematisch noteerde.

Tabel 6. Mate waarin huisartsen geneigd zijn om de rijgeschiktheid van onderstaande aandoeningen te bespreken met hun patiënt

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd	Totaal
Diabetes mellitus	8.3% (n=8)	27.8% (n=27)	24.7% (n=24)	23.7% (n=23)	15.5% (n=15)	n=97
Epilepsie	0% (n=0)	4.1% (n=4)	13.4% (n=13)	40.2% (n=39)	42.3% (n=41)	n=97
CVA	4.1% (n=4)	16.5% (n=16)	22.7% (n=22)	33.0% (n=32)	23.7% (n=23)	n=97
TIA	22.7% (n=22)	25.8% (n=25)	21.7% (n=21)	17.5% (n=17)	12.4% (n=12)	n=97
Depressie	58.8% (n=57)	29.9% (n=29)	8.3% (n=8)	1.0% (n=1)	2.1% (n=2)	n=97
Sedativa gebruik	6.2% (n=6)	16.5% (n=16)	22.7% (n=22)	32.0% (n=31)	22.7% (n=22)	n=97
Slaapapneu	25.8% (n=25)	30.9% (n=30)	24.7% (n=24)	12.4% (n=12)	6.2% (n=6)	n=97
Artrose van lidmaat	79.4% (n=77)	18.6% (n=18)	2.1% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	n=97
Hartfalen NYHA klasse 4	45.8% (n=44)	31.3% (n=30)	17.7% (n=17)	4.2% (n=4)	1.0% (n=1)	n=96
Myocardinfarct	40.2% (n=39)	30.9% (n=30)	17.5% (n=17)	8.3% (n=8)	3.1% (n=3)	n=97
BPPV/ neuritis vestibularis	26.8% (n=26)	28.9% (n=28)	13.4% (n=13)	21.7% (n=21)	9.3% (n=9)	n=97
Ernstige nierinsufficiëntie	70.1% (n=68)	27.8% (n=27)	2.1% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	n=97
Dementie	3.1% (n=3)	7.2% (n=7)	25.8% (n=25)	46.4% (n=45)	17.5% (n=17)	n=97
Overmatig alcoholgebruik	2.1% (n=2)	11.3% (n=11)	22.7% (n=22)	42.3% (n=41)	21.7% (n=21)	n=97

CVA: Cerebrovasculair Accident, TIA: Transient Ischemic Attack, NYHA: New York Heart Association, BPPV: Benigne Paroxismale Positioneringsvertigo

Een derde van de HAI0's (34.4%, n=22) en bijna twee derde van de afgestudeerde huisartsen (60.6%, n=20) hadden al ooit een patiënt die niet akkoord ging met de rijongeschiktheid en tegen medisch advies bleef rijden. Het ging hoofdzakelijk om personen met dementie (38.1%, n=16), ethylisme (33.3%, n=14), diabetes (19.1%, n=8), gebruik van psychofarmaca (19.1%, n=8) en na een CVA (14.3%, n=6).

Bronnen die huisartsen gebruiken voor de rijgeschiktheidsevaluatie

De huisartsen werden gevraagd om alle bronnen te noteren die ze gebruikten om de rijgeschiktheid van hun patiënten te evalueren. 65.0% (n=63) van de huisartsen maakte gebruik van de documenten van CARA, waaronder de rijgeschiktheidswetgeving beschreven in het koninklijk besluit van 23 maart 1998 (13). De helft van de huisartsen (50.5%, n=49) baseerde zich op de verslagen en het advies van de behandelende specialist van de patiënt. 36.1% (n=10) van de huisartsen zocht raad via Google, 10.3% vroeg persoonlijk advies aan CARA, 4.1% (n=4) informeerde zich over de rijgeschiktheid via de Diabetes Liga, 3.1% (n=3) vertrouwde op zijn eigen ervaringen en intuïtie, 2.1% (n=2) vroeg raad aan een collega huisarts of praktijkopleider (PO) en 2.1% (n=2) maakte gebruik van de evaluatiedocumenten voor rijgeschiktheid, geïntegreerd in het medisch elektronisch dossier.

Drempels om de rijgeschiktheid te bespreken

Slechts één op vijf huisartsen voelde zichzelf bekwaam om de rijgeschiktheid van zijn patiënten te evalueren. Geen enkele huisarts ging helemaal akkoord met de stelling 'ik vind mezelf bekwaam om de rijgeschiktheid van mijn patiënten te evalueren', 20.6% (n=20) van de huisartsen ging akkoord, 59.8% (n=58) ging niet akkoord en 19.6% (n=19) ging helemaal niet akkoord. De huisartsen ervaarden talrijke drempels in de rijgeschiktheidsevaluatie. **Tabel 7** toont welke factoren huisartsen belemmeren in de rijgeschiktheidsevaluatie van hun patiënten.

Tabel 7. Factoren die huisartsen belemmeren in de rijgeschiktheidsevaluatie van hun patiënten

	Totaal (n=97)	HAIO (n=64)	Afgestudeerde HA (n=33)
Beperkte kennis of ervaring over de rijgeschiktheidsregels	86.7% (n=85)	92.2% (n=59)	76.5% (n=26)
Gebrek aan afgelijnde klinisch toepasbare richtlijnen	67.3% (n=66)	67.2% (n=43)	67.7% (n=23)
De beperkte tijd van de consultatie	54.1% (n=53)	51.6% (n=33)	58.8% (n=20)
Angst voor de negatieve gevolgen voor de patiënt	35.7% (n=35)	34.4% (n=22)	38.2% (n=13)
Onvoldoende onderzoeksmiddelen in de huisartspraktijk	33.7% (n=33)	37.5% (n=24)	26.5% (n=9)
Belemmering van de vertrouwensband met de patiënt	26.5% (n=26)	23.4% (n=15)	32.4% (n=11)
Angst voor de reactie van de patiënt / om de patiënt te verliezen	26.5% (n=26)	29.7% (n=19)	20.6% (n=7)
Er is geen nomenclatuurnummer voor rijgeschiktheidsbeoordelingen	5.1% (n=5)	3.1% (n=2)	8.8% (n=3)
Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt	5.1% (n=5)	4.7% (n=3)	5.9% (n=2)
Andere (*)	3.1% (n=3)	3.1% (n=2)	3.0% (n=1)

HAIO: Huisarts In Opleiding, HA: huisarts

* Andere factoren: patiënten komen vaak éénmalig bij mij als HAIO dus ik kan hun rijgeschiktheid onvoldoende inschatten (n=1), reden niet gespecificeerd (n=2)

De belangstelling van huisartsen voor het thema rijgeschiktheid

Bijna alle huisartsen (94.8%, n=92) vonden het onderwerp rijgeschiktheid belangrijk. 29.9% (n=29) ging helemaal akkoord met de stelling 'ik vind het thema rijgeschiktheid belangrijk in de huisartsenpraktijk', 65.0% (n=63) ging akkoord, 3.1% (n=3) ging niet akkoord en 2.1% (n=2) ging helemaal niet akkoord.

DISCUSSIE

Voorlichting over rijgeschiktheid

Uit dit onderzoek blijkt dat slechts één op vijf huisartsen zich voldoende bekwaam voelt om de rijgeschiktheid van zijn patiënten te evalueren. Dit probleem werd ook bevestigd door de patiënten in onze studie. Slechts een kleine minderheid van alle patiënten (12.7%) werd ingelicht door zijn huisarts over de rijgeschiktheid. Gelukkig nam een deel van de specialisten deze rol op zich. Bijna al onze deelnemers met epilepsie werden door de specialist geïnformeerd over de rijgeschiktheid en ook iets meer dan de helft van de personen met diabetes werd hiervan op de hoogte gebracht door de specialist. Maar wanneer een patiënt niet op raadpleging geraakt bij de specialist, verkleint de kans op voorlichting over de rijgeschiktheid aanzienlijk. Een mooi voorbeeld hiervan zijn onze deelnemers met diabetes in deze studie. Van onze deelnemers met diabetes die behandeld werden met drie of meer insuline-injecties per dag of een insulinepomp, werd 6.8% nooit ingelicht over de rijgeschiktheid. Van diegenen die behandeld werden met één of twee insuline-injecties per dag, werd 13.2% nooit geïnformeerd over zijn rijgeschiktheid. En van de deelnemers die werden behandeld met een dieet en/of medicatie (zonder insuline), liep dit op tot 30.9%. Personen met diabetes onder insulinetherapie zitten bijna steeds in een zorgtraject of diabetesconventie, terwijl diegenen met een medicamenteuze behandeling of dieet, zonder insuline, vooral opgevolgd worden door de huisarts. Het lijkt dus zo dat, wanneer de huisarts verantwoordelijk is voor de opvolging van iemand met diabetes, de voorlichting over de rijgeschiktheid het vaakst wordt vergeten. Anderzijds zouden we kunnen zeggen dat personen die insuline gebruiken nu eenmaal een groter risico lopen op een hypoglycemie en bijgevolg een verkeersongeval. En dat zij daarom dus beter geïnformeerd worden over de rijgeschiktheid, ten opzichte van personen zonder insulinetherapie. Helaas is dit een zwak argument, aangezien in België elke persoon met diabetes, ongeacht de behandeling, wettelijk verplicht is om een aangepast rijbewijs te bezitten (13). Dit betekent ook dat de behandelende arts wettelijk verplicht is om elke persoon met diabetes hierover te informeren en een aangepast rijgeschiktheidsattest mee te geven.

Wat betreft de andere aandoeningen in onze studie, zijn de cijfers nog slechter. Van onze deelnemers met slaapapneu, werd meer dan de helft nooit geïnformeerd over zijn rijgeschiktheid en driekwart van de personen met slaapapneu had geen aangepast rijbewijs. Nochtans werd de meerderheid van deze personen behandeld met CPAP, hetgeen suggereert dat ze lijden aan matige of ernstige slaapapneu en dus wettelijk verplicht zijn om een aangepast rijbewijs te bezitten (13,16-17). Twee op de drie deelnemers met een hartziekte werd nooit ingelicht over zijn rijgeschiktheid. En meer dan de helft van de personen met een hartziekte had geen aangepast rijbewijs, terwijl de meesten, juridische gezien, wel een rijgeschiktheidsattest zouden moeten krijgen (namelijk diegenen met een myocardinfarct, hartfalen, hartkleplijden, een hartstilstand en sommige vormen van congenitaal hartlijden en aritmie) (13). Personen die sederende medicatie gebruiken, hebben geen rijgeschiktheidsattest nodig, maar moeten wel ingelicht worden over de invloed van hun medicatie op de rijvaardigheid. In onze studie gebeurde dit bij amper de helft van onze deelnemers.

De bovenbeschreven resultaten van onze patiënten kwamen zeer goed overeen met de resultaten van de huisartsen. De meeste huisartsen hadden de gewoonte om de rijgeschiktheid bij personen met epilepsie systematisch te bespreken, terwijl bij slaapapneu de helft van de huisartsen dit onderwerp niet zou vermelden. Bij hartfalen of een myocardinfarct zou zelfs meer dan zeven op de tien huisartsen zelden of nooit over rijgeschiktheid spreken. Bij diabetes waren de meningen wat meer verdeeld; er waren ongeveer evenveel huisartsen die de rijgeschiktheid van diabetes vaak bespraken, als huisartsen die dit zelden bespraken. Sommige aandoeningen scoorden nog veel slechter. Bij ernstige nierinsufficiëntie of artrose van een lidmaat, zou 98% van de huisartsen zelden of nooit over rijgeschiktheid spreken. Ook bij personen met een depressie kwam dit onderwerp amper aan bod. Nochtans geldt ook voor deze gezondheidsproblemen (zeker in ernstige gevallen) een wettelijke plicht van de arts om de patiënt te informeren over zijn rijgeschiktheid.

Of de rijgeschiktheid al dan niet wordt besproken door de arts, hangt dus grotendeels af van de aandoening waaraan de patiënt lijdt. Maar over het algemeen kunnen we besluiten dat mensen met een gezondheidsprobleem onvoldoende geïnformeerd worden over hun rijgeschiktheid. En wanneer dit toch het geval is, gebeurt dit soms pas maanden of zelfs jaren na de diagnose. Nochtans vonden vrijwel alle deelnemende patiënten (96.2%) het belangrijk om ingelicht te worden over de invloed van hun aandoening of medicatie op de rijvaardigheid. Ook nagenoeg alle huisartsen (94.8%) vonden het onderwerp rijgeschiktheid belangrijk.

Drempels om de rijgeschiktheid te bespreken

Als er vanuit de patiënten en huisartsen zoveel belangstelling is voor het onderwerp rijgeschiktheid, hoe komt dan dat dit thema zo weinig aan bod komt in de huisartsenpraktijk? Huisartsen ondervinden een aantal drempels die hen tegenhouden om de rijgeschiktheid te bespreken met hun patiënten. De belangrijkste drempel, aangehaald door bijna alle huisartsen in onze studie, is de beperkte kennis en ervaring over de rijgeschiktheidsregels. Eén van de oorzaken hiervoor is het gebrek aan goede richtlijnen. Twee op drie huisartsen vonden dat er geen goede richtlijn bestond, die gemakkelijk kon worden toegepast op patiënten om te bepalen of ze mogen rijden of niet. De richtlijnen en bronnen die huisartsen het vaakst gebruikten (geordend van meest naar minst frequent), waren de documenten van CARA, waaronder het koninklijk besluit inzake rijgeschiktheid, advies van de specialist, Google, persoonlijk advies van CARA en de schema's van de diabetesliga. De beperkte tijd van de consultatie was ook een belangrijke drempel voor meer dan de helft van de huisartsen. Een derde van de huisartsen was terughoudend om de rijgeschiktheid te bespreken uit schrik voor de negatieve gevolgen voor de patiënt (bv. sociale isolatie) en omwille van gebrek aan onderzoeksmiddelen in de huisartsenpraktijk. Een kwart van de huisartsen wou de rijgeschiktheid liever niet bespreken uit schrik voor de reactie van de patiënt of voor de negatieve impact op de vertrouwensband met de patiënt.

Een beslishulp als oplossing

In deze studie werd een beslishulp ontwikkeld, gebaseerd op de Belgische verkeerswetgeving van het koninklijk besluit van 23 maart 1998 (13). De beslishulp bestaat uit een medische vragenlijst. Wanneer de vragenlijst doorlopen wordt, krijgt men gepersonaliseerd advies over de rijgeschiktheid, de geldigheidsduur hiervan en de eventuele noodzaak van een rijgeschiktheidsattest. De beslishulp kan online geraadpleegd worden via de website van Gezondheid en Wetenschap.

Het gebruik van onze beslishulp in de huisartsenpraktijk zou een groot deel van de bovenbeschreven drempels kunnen oplossen. Als een huisarts onvoldoende kennis heeft over de rijgeschiktheidsregels, kan hij de beslishulp samen met zijn patiënt doorlopen tijdens de raadpleging. De huisarts moet in dat geval geen voorafbestaande kennis hebben over de rijgeschiktheidsregels om gemakkelijk te weten te komen of zijn patiënt al dan niet mag rijden. Daarnaast voorkomt de beslishulp dat de huisarts onnodig veel tijd moet besteden in het ontleden van de lange, ingewikkelde teksten van de verkeerswet (13). En als er toch onvoldoende tijd is om de rijgeschiktheid te evalueren tijdens de raadpleging, kan men de link van de beslishulp meegeven aan de patiënt, die dit thuis kan doen. Huisartsen die de rijgeschiktheid niet bespreken uit angst voor de reacties van de patiënt of het beschadigen van de vertrouwensband, hebben ook baat bij zo'n beslishulp. De patiënt kan thuis de beslishulp anoniem invullen en vervolgens het rijgeschiktheidsadvies ontvangen via zijn computerscherm. Hierdoor wordt het advies geobjectiveerd in de ogen van de patiënt, waardoor het los komt uit de arts-patiëntrelatie en minder overkomt als 'het subjectieve, paternalistische advies' van de huisarts.

Dat huisartsen onvoldoende onderzoeksmiddelen bezitten om de rijgeschiktheid van hun patiënten te evalueren, is een drempel die niet kan worden opgelost door onze beslishulp. Ook het gebrek aan een duidelijke en afgelijnde richtlijn over rijgeschiktheid blijft een belangrijk knelpunt in Vlaanderen. De rijgeschiktheidsregels, beschreven in het koninklijk besluit, zijn vaag en vrij voor interpretatie. Ook hiervoor kan onze beslishulp geen oplossing bieden. Onze studie benadrukt de noodzaak aan herziening van het juridische kader inzake rijgeschiktheid.

LIMITATIES

De vragenlijsten in onze studie werden verspreid via sociale media en zullen vooral mensen bereiken die interesse hebben in het onderwerp rijgeschiktheid (selectiebias). De vragenlijst voor huisartsen werd via facebook verspreid door een jonge arts in opleiding. Hierdoor is de huisartsenpopulatie vrij jong en bestaat deze hoofdzakelijk uit HAIO's. De patiëntenpopulatie daarentegen, werd grotendeels bereikt via patiëntenverenigingen en zal dus een breder publiek van alle leeftijden bereiken. Dankzij de hulp van de diabetesliga was er een zeer grote respons van personen met diabetes. Hierdoor was er echter een groot overwicht aan deelnemers met diabetes ten opzichte van deelnemers met een andere aandoening. Dit, in combinatie met mogelijke selectiebias, zorgt ervoor dat de resultaten van dit onderzoek onvoldoende kunnen veralgemeend worden naar de volledige populatie.

Ook het programma waarin de beslishulp werd ontwikkeld heeft zijn beperkingen. Het creëren van meerdere antwoordopties per vraag was zeer omslachtig en gaf een te groot risico op fouten. Daarom kon men in onze beslishulp slechts één antwoordoptie per vraag aanduiden. Patiënten met meerdere aandoeningen binnen éénzelfde discipline (bv. voorkamerfibrillatie en hartfalen) zullen de beslishulp dus tweemaal achtereen moeten doorlopen of teruggaan naar de vorige vraag.

De rijgeschiktheidswetgeving, beschreven in het koninklijk besluit, is redelijk vaag en moeilijk te interpreteren (13). De omzetting van de rijgeschiktheidsregels naar het advies in onze beslishulp kan daardoor in zekere mate beïnvloed worden door de subjectieve interpretatie van de auteur en dient nog verder geëvalueerd te worden. Achteraan de beslishulp werd een evaluatieluik toegevoegd, zodat de beslishulp kan worden beoordeeld volgens nut, begrijpbaarheid en toepasbaarheid in de praktijk.

CONCLUSIE

Te weinig personen met een medisch probleem worden ingelicht over hun rijgeschiktheid door de arts. Of de rijgeschiktheid wordt besproken, hangt grotendeels af van de aandoening waaraan de persoon lijdt. Vooral huisartsen brengen het onderwerp rijgeschiktheid weinig aan bod. Vier op vijf huisartsen voelen zich niet bekwaam om de rijgeschiktheid van hun patiënten te evalueren. Een groot deel van de drempels die huisartsen ervaren in de rijgeschiktheidsevaluatie van hun patiënten, kan opgelost worden dankzij onze beslischulp. Verder onderzoek naar de bruikbaarheid van onze beslischulp in de praktijk is nodig.

DANKWOORD

Eerst en vooral wil ik mijn promotor, Prof. Birgitte Schoenmakers enorm bedanken voor de aangename begeleiding van mijn thesis en de snelle feedback. Graag wil ik Lotte Timmermans en Elisabeth Bosselaers bedanken voor de begeleiding bij het ontwikkelen van de beslischulp en om ervoor te zorgen dat deze op gezondheid en wetenschap werd geplaatst. Daarnaast bedank ik alle collega's van de huisartsenpraktijk Medivelt te Veltem, huisartsenpraktijk Lipsius en de universitaire huisartsen groepspraktijk te Leuven voor het ophangen van mijn affiche in de wachtzalen en daardoor de hulp bij het rekruteren van mijn patiënten. Tot slot ben ik zeer dankbaar voor de hulp van de Diabetes Liga, de Epilepsie Liga en de ApneuVereniging Vlaanderen, voor het delen van mijn enquête op sociale media en in de nieuwsbrieven.

BRONNEN

1. Kelly R, Warke T, Steele I. Medical restrictions to driving: the awareness of patients and doctors. *Postgrad Med J* 1999;75:537–9.
2. Marshall SC, Gilbert N. Saskatchewan physicians' attitudes and knowledge regarding assessment of medical fitness to drive. *Cmaj*. 1999;160(12):1701–4.
3. Hobman JW, Southern SJ. Upper limb splints and the right to drive-who decides? *Br J Plast Surg*. 2004;57(4):354–7.
4. A. borskiewicz, J. De Lepeleire, F. Heyvaert FM. Ziekte en rijgeschiktheid. 2009;1–53.
5. Wilson LR, Kirby NH. Individual differences in South Australian general practitioners' knowledge, procedures and opinions of the assessment of older drivers. *Australas J Ageing*. 2008;27(3):121–5.
6. Salmi LR, Leproust S, Helmer C, Lagarde E. Assessing fitness to drive in the elderly and those with medical conditions: Guidelines should specify methods and evidence. *Inj Prev*. 2014;20(3):210–2.
7. Hillary R. Bogner, MD, MSCE, Joseph B. Straton, MD, Joseph J. Gallo, MD, MPH GW, Rebok, PhD, and Penelope M. Keyl P. The role of physicians in assessing older drivers: barriers, opportunities, and strategies. *board Pr*. 2008;23(1):1–7.
8. Molnar FJ, Byszewski AM, Marshall SC, Man-Son-Hing M. In-office evaluation of medical fitness to drive. Practical approaches for assessing older people. *Can Fam Physician*. 2005;51(MAR.):372–9.
9. De Winter D, De Lepeleire J. Rijgeschiktheid in de huisartsenpraktijk. Masterproef Huisartsgeneeskunde KU Leuven. 2014.
10. Dalrymple J, Appleby J. Cross sectional study of reporting of epileptic seizures to general practitioners. *Br Med J*. 2000;320(7227):94–7.
11. Puvanachandra N, Kang CY, Kirwan JF, Jeffrey MN. How good are we at advising appropriate patients with glaucoma to inform the DVLA? A closed audit loop. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2008;28(4):313–6.
12. Activiteiten M. Orde van geneesheren. *Tijdschr van Natl raad*. 2006;142 (september 2013): 11–3.
13. Koninklijk besluit van 23 maart 1998 betreffende het rijbewijs, bijlage 6. Minimumnormen en attestaten inzake de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van een motorvoertuig. <https://www.vias.be/storage/main/kb-230398-bijlage-6.pdf>
14. Elffers Felix, A. Vergelijking buitenlandse stelsels medische rijgeschiktheid. Deelstudie 2: stelselherziening medische rijgeschiktheid. 2020.
15. Typeform: People-Friendly Forms and Surveys. <https://www.typeform.com/>
16. Giles T, Lasserson T, Smith B, et al. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006; 3.
17. Slaapapneusyndroom bij volwassenen | Ebpracticenet. <https://ebpnet.be/nl/ebsources/320?searchTerm=slaapapneu>

bijlage 1: enquête huisartsen

1. ____ Bent u HAIO of afgestudeerd huisarts?

- ☐ HAIO
- ☐ Afgestudeerd huisarts

2. ____ Wat is uw leeftijd?.....

3. ____ Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

4. ____ In wat voor soort praktijk bent u actief? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Solo praktijk (exclusief HAIO's)
- ☐ Duo praktijk (exclusief HAIO's)
- ☐ Groepspraktijk (≥ 3 artsen, exclusief HAIO's)
- ☐ Wijkgezondheidscentrum

5. ____ Hoe vaak heeft u het voorbije jaar een vraag gekregen van uw patiënt over het onderwerp rij(on)geschiktheid? Bij welke aandoening(en) kwam dit voor?

- ☐ Geen enkele keer
- ☐ 1-2 keer
- ☐ 3-4 keer
- ☐ ≥ 5 keer

Bij welke aandoening(en)?.....

6. ____ Hoe vaak hebt u het voorbije jaar uit eigen initiatief het onderwerp rij(on)geschiktheid aan bod gebracht? Bij welke aandoening(en) kwam dit voor?

- ☐ Geen enkele keer
- ☐ 1-2 keer
- ☐ 3-4 keer
- ☐ ≥ 5 keer

Bij welke aandoening(en)?.....

7. ____ Geef bij elke aandoening aan in welke mate u meer of minder geneigd om de rijgeschiktheid te bespreken met de patiënt?

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Diabetes mellitus	O	O	O	O	O
Epilepsie	O	O	O	O	O
CVA	O	O	O	O	O
TIA	O	O	O	O	O
Depressie	O	O	O	O	O
Slaap- of kalmeermiddelen	O	O	O	O	O
Slaapapneu	O	O	O	O	O
Atrose van een lidmaat	O	O	O	O	O
Hartfalen NYHA 4	O	O	O	O	O
Myocardinfarct	O	O	O	O	O
Neuritis vestibularis/BPPV	O	O	O	O	O
Nierinsufficiëntie	O	O	O	O	O
Dementie	O	O	O	O	O
Overmatig alcoholgebruik	O	O	O	O	O

8. ____ Welke bronnen gebruikt u voor het bepalen van de rijgeschiktheid van uw patiënt? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Documenten CARA/VIAS (www.vias.be/nl/particulieren/cara/voor-artsen)
- ☐ Google
- ☐ Persoonlijk advies van de specialist (bv via telefonisch contact)
- ☐ Persoonlijk advies van CARA/VIAS (bv via telefonisch contact)
- ☐ Andere (graag specificeren):.....

9. ____ Geef uw mening bij elk van de volgende stellingen.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
a) Ik vind het onderwerp rijgeschiktheid belangrijk in de huisartspraktijk	O	O	O	O
b) Ik vind mezelf bekwaam om de rijgeschiktheid van mijn patiënten te evalueren	O	O	O	O
d) Wanneer ik de rijgeschiktheid met mijn patiënten bespreek, noteer ik dit steeds in het medisch dossier.	O	O	O	O

10. ____ Welke factoren belemmeren u in de evaluatie van de rijgeschiktheid van uw patiënt? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ De beperkte tijd van de consultatie
- ☐ Mijn beperkte kennis/ ervaring over het onderwerp
- ☐ Gebrek aan afgelijnde klinisch toepasbare richtlijnen
- ☐ Onvoldoende onderzoeksmiddelen beschikbaar in de huisartspraktijk
- ☐ Het belemmert mijn vertrouwensband met mijn patiënt
- ☐ Angst voor de reactie van de patiënt/ angst om de patiënt te verliezen
- ☐ Angst voor de negatieve gevolgen voor de patiënt (sociale isolatie, etc.)
- ☐ Er bestaat geen nomenclatuurnummer voor de rijgeschiktheidsevaluatie
- ☐ Het is de verantwoordelijkheid van de patiënt
- ☐ Ik vind het onderwerp rijgeschiktheid niet belangrijk genoeg
- ☐ Andere (graag specificeren):.....

11. ____ Heeft u ooit al een patiënt gehad die die zich niet neerlegde bij de rij-ongeschiktheid en verder bleef rijden tegen medisch advies?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

Bij welke aandoening(en)?.....

bijlage 2: enquête patiënten

1. ____ Wat is uw geslacht? *
 - ☐ Man
 - ☐ Vrouw
2. ____ Wat is uw leeftijd? *
3. ____ Wat is uw hoogst behaalde diploma? *
 - ☐ Lager onderwijs
 - ☐ Secundair onderwijs (middelbaar)
 - ☐ Hogeschool (bachelor diploma)
 - ☐ Universiteit (masterdiploma)
4. ____ Aan welk van onderstaande aandoeningen lijdt u? *
 - ☐ Hartaandoening (*ga hierna rechtstreeks naar vraag 5*)
 - ☐ Suikerziekte (*ga hierna rechtstreeks naar vraag 6 en 7*)
 - ☐ Gebruik van slaap- of kalmeermiddelen (*ga hierna rechtstreeks naar vraag 8*)
 - ☐ Epilepsie (*ga hierna rechtstreeks naar vraag 9 en 10*)
 - ☐ Slaapapneu (*ga hierna rechtstreeks naar vraag 11*)
5. ____ Aan welke hartaandoening lijdt u? (*ga hierna rechtstreeks naar vraag 12*)
 - ☐ Hartritmestoornis
 - ☐ Hartfalen
 - ☐ Aangeboren hartafwijking
 - ☐ Hartinfarct in het verleden
 - ☐ Andere (graag specificeren):
6. ____ Welke behandeling krijgt u voor uw suikerziekte? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
 - ☐ Enkel dieet en lichaamsbeweging
 - ☐ Bloedsuikerverlagende medicijnen
 - ☐ 1 of 2 insuline-injecties per dag
 - ☐ 3 of meer insuline-injecties per dag of een insulinepomp
7. ____ Heeft u ooit een diabetescomplicaties gehad? (*meerdere antwoorden mogelijk, ga hierna rechtstreeks naar vraag 12*)
 - ☐ aantasting van de nieren
 - ☐ aantasting van de ogen
 - ☐ aantasting van de zenuwen
 - ☐ aantasting van de bloedvaten
 - ☐ voetproblemen
 - ☐ Ernstige hypoglycemie (zwart voor ogen, bewustzijnsverlies, etc)

8. ____ Welke slaap- of kalmeermiddelen neemt u? *(ga hierna rechtstreeks naar vraag 12)*
- ☐ Slaap- of kalmeermiddelen op natuurlijke basis (bv sedistress, zaffranax, sleepyl - graag specificeren):.....
 - ☐ Slaap- of kalmeermiddelen op voorschrift (bv. zolpidem, temesta, xanax, valium - graag specificeren):.....
9. ____ Hoeveel epilepsieaanvallen heeft u in totaal gehad?
- ☐ 1 aanval
 - ☐ 2 aanvallen
 - ☐ 3 aanvallen of meer
10. ____ Wanneer was uw laatste epilepsieaanval? *(ga hierna rechtstreeks naar vraag 12)*
- ☐ Minder dan 3 maand geleden
 - ☐ 3-12 maand geleden
 - ☐ 1-5 jaar geleden
 - ☐ Meer dan 5 jaar geleden
11. ____ Hoe lang bent u in behandeling voor uw slaapapneu (met zuurstofmasker)?
- ☐ Ik ben niet in behandeling -> waarom niet?
 - ☐ Minder dan 1 maand
 - ☐ Meer dan 1 maand
12. ____ Wie heeft uw diagnose gesteld? Of wie heeft uw slaap/kalmeermiddel voorgeschreven? *
- ☐ De huisarts
 - ☐ De specialist
 - ☐ Andere (graag specificeren):
13. ____ Bent u op de hoogte gebracht van de mogelijke gevaren van uw aandoening of geneesmiddel op het verkeer en uw rijgeschiktheid? *
- ☐ Ja, door de huisarts
 - ☐ Ja, door de specialist
 - ☐ Ja, door iemand anders (graag specificeren):.....
 - ☐ Nee, ik ben niet op de hoogte gebracht
14. ____ Wanneer bent u op de hoogte gebracht van deze gevaren in het verkeer en uw rijgeschiktheid? *
- ☐ Op het moment van uw diagnose of opstart slaap/kalmeermiddel
 - ☐ Meer dan 3 maand na uw diagnose of opstart slaap/kalmeermiddel nadat ik hier zelf achter vroeg
 - ☐ Meer dan 3 maand na de diagnose of opstart slaap/kalmeermiddel, op initiatief van de arts
 - ☐ Ik ben nooit op de hoogte gebracht
 - ☐ Andere (graag specificeren):.....

15. ____ Heeft u een aangepast rijgeschiktheidsattest (gehad) voor uw aandoening? *
- ☐ Ja, via de huisarts
 - ☐ Ja, via de specialist
 - ☐ Ja, via CARA
 - ☐ Nee, dit is wel besproken, maar zou niet nodig zijn volgens de arts/CARA
 - ☐ Nee, dit is wel besproken, maar ik heb zelf geen verder initiatief genomen om dit in orde te brengen
 - ☐ Nee, ik ben hiervan nooit op de hoogte gebracht door mijn arts
 - ☐ Andere (graag specificeren):.....
16. ____ Rijdt u momenteel nog zelf in het verkeer? *
- ☐ Ja
 - ☐ Ja, mits aanpassingen (bijvoorbeeld niet 's nachts, enkel in de buurt van mijn huis, etc.)
(graag specificeren):.....
 - ☐ Nee
17. ____ Vind u het belangrijk dat u door uw huisarts wordt ingelicht over de invloed van uw medische aandoening/medicatie op de rijvaardigheid? *
- ☐ Zeer belangrijk
 - ☐ Belangrijk
 - ☐ Onbelangrijk
 - ☐ Zeer onbelangrijk

HEEFT U ÉÉN VAN ONDERSTAANDE AANDOENINGEN?



SUIKERZIEKTE

SLAAPAPNEU

EPILEPSIE

HARTZIEKTE

**SLAAP- OF
KALMEERMIDDELEN**

DOE NU MEE AAN EEN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK OVER
RIJGESCHIKTHEID BIJ MEDISCHE AANDOENINGEN EN GENEESMIDDELENGEBRUIK

Wie zoeken wij?

- Mannen en vrouwen ≥ 18 jaar
- Met een rijbewijs B (personenauto)
- Diagnose van slaapapneu, epilepsie, hartziekte, suikerziekte
- Of frequent gebruik van slaap- of kalmeermiddelen (min 1x/week)

Wat moet u doen?

- Vul een korte anonieme enquête in (max 3 minuten)
- Open de link of scan de QR-code om naar de online enquête te gaan

Wat onderzoeken we?

- Zijn patiënten met een medische aandoening op de hoogte zijn van de rijvoorwaarden en door wie ze werden meegedeeld?
- Welke drempels ervaren huisartsen om rijgeschiktheid met patiënten te bespreken?
- We zullen ook een beslishulpmiddel ontwikkelen waarmee u gemakkelijk te weten kan komen of u mag rijden of niet.

Ethische commissie

- Deze studie is goedgekeurd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven (MP017032)

https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_etVGeflFx0NB2WV



bijlage 4: informatie bij enquête huisartsen

Beste collega-huisarts,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de evaluatie van de rijgeschiktheid van patiënten in de huisartsenpraktijk.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie onderzoekt of potentieel rij-ongeschikte patiënten op de hoogte zijn van de rij-voorwaarden, en door wie deze voorwaarden werden meegedeeld aan de patiënt. Daarnaast trachten we te weten te komen welke drempels huisartsen ervaren om rijgeschiktheid met patiënten te bespreken.

Aan deze studie zullen ≥ 50 huisartsen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u **een huisarts in opleiding (HAIO), OF afgestudeerd huisarts zijn.**

Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer **2 minuten** van uw tijd in beslag nemen en is **volledig anoniem**.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u draagt wel bij aan de wetenschap en geneeskunde.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers
- Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))
- Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker dr. De Locht Sara via het e-mailadres sara.delocht@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker prof. dr. Birgitte Schoenmakers via e-mail birgitte.schoenmakers@kuleuven.be

bijlage 5: informatie bij enquête patiënten

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de evaluatie van de rijgeschiktheid van patiënten in de huisartsenpraktijk.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie onderzoekt of potentieel rij-ongeschikte patiënten op de hoogte zijn van de rijvoorwaarden, en door wie deze voorwaarden werden meegedeeld aan de patiënt. We trachten een algemeen beeld te krijgen van de mate waarin de huisartsen patiënten met een medische aandoening informeren over de risico's in het verkeer ten gevolge van deze aandoening.

Aan deze studie zullen ≥ 50 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u in bezit zijn van een **rijbewijs B (personenauto)** **EN lijden aan één van onderstaande aandoeningen:**

- **suikerziekte (diabetes mellitus type 1 of 2)**
- **slaapapneu**
- **epilepsie**
- **hartaandoening (bv doorgemaakt hartinfarct, hartfalen, ritmestoornis, hartklep-probleem, etc.)**
- **inname van slaap- of kalmeermiddelen**

Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer **3 minuten** van uw tijd in beslag nemen en is **volledig anoniem**.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in. U heeft zelf geen voordeel van de deelname aan dit onderzoek, u draagt wel bij aan de wetenschap en in bijzonder de huisartsgeneeskunde.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

Deze studie opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.

- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.
- Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))
- Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker dr. De Locht Sara via het e-mailadres sara.delocht@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker prof. dr. Birgitte Schoenmakers via e-mail birgitte.schoenmakers@kuleuven.be

bijlage 6: goedkeuring ethische commissie



GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERENGSTRAAT 49, O&N II – BUS 700
3000 LEUVEN



[English version below.](#)

Ons kenmerk: MP017032

Uw kenmerk: Masterproef studie: Rijgeschiktheid in de huisartsenpraktijk: een observationele studie en ontwerp van een online beschikbare hulpmiddel

Leuven, 09-02-2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers

Geachte Sara De Locht

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 09-02-2021

(Goedkeuring) Het betreft een prospectieve studie bestaande uit twee enquêtes (één afgenomen bij huisartsen, één bij patiënten) in verband met rijgeschiktheid en het advies van de arts hierin. Enquêtes verlo

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 30-01-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels

Voorzitter

Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven