

Conceptrichtlijnmodules Alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen

1e cyclus modulair onderhoud

INITIATIEF

Cluster Psychiatrie en Diagnostiek

IN SAMENWERKING MET

NVvP, MIND, KNMG, NHG, NIP, Stichting In liefde laten gaan, NVKC, CBR

MET ONDERSTEUNING VAN

Het Kennisinstituut van de Federatie voor Medisch Specialisten

FINANCIERING

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

10

15

20

25

30

35

40

45

50 **Alle rechten voorbehouden.**

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

55

Inhoudsopgave

	Startpagina Richtlijn Alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen.....	4
	<i>Verantwoording Richtlijn Alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen</i>	<i>5</i>
10	<i>Samenstelling van het cluster.....</i>	<i>5</i>
	<i>Belangenverklaringen</i>	<i>6</i>
	<i>Module 2 – Achtergrond en juridische basis van vraagstelling CBR bij alcoholmisbruik</i>	<i>10</i>
	<i>Module 7 - Laboratoriumonderzoek</i>	<i>17</i>
15	<i>Module 8 - Afweging van de onderzoeksbevindingen bij alcoholmisbruik</i>	<i>29</i>

5 Startpagina Richtlijn Alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen

Deze richtlijn valt onder het cluster Psychiatrie en diagnostiek.

10 **Waar gaat deze richtlijn over?**

Deze richtlijn betreft een herziening van de richtlijn diagnostiek van stoornissen in alcoholgebruik in het kader van CBR-keuringen uit 2020. Deze richtlijn voorziet psychiaters die een onderzoek naar rijgeschiktheid uitvoeren in opdracht van het CBR van informatie en een methode om tot een zorgvuldig klinisch oordeel te komen. In deze richtlijn staan de eisen die gesteld worden aan onderzoek en rapportage.

Met deze richtlijn wordt beoogd een belangrijke bijdrage te leveren aan zorgvuldig onderzoek naar rijgeschiktheid bij vermoeden van, aanwijzingen voor of een voorgeschiedenis van alcoholmisbruik. Dit om de verkeersveiligheid in Nederland te dienen.

20 Elke richtlijnmodule is geldig en daarmee leidend voor de praktijk vanaf de publicatiedatum van de betreffende module, zie ook het [Rapport 'Medisch Specialistische Richtlijnen 3.0'](#).

In de richtlijn komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Achtergrond en juridisch kader van vraagstelling CBR
- Juridisch kader
- Anamnese
- Psychiatrisch onderzoek
- Lichamelijk onderzoek
- Laboratoriumonderzoek
- Afweging van de onderzoeksbevindingen

Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is bedoeld voor psychiaters die onderzoek doen naar de rijgeschiktheid in het kader van alcoholmisbruik.

Voor patiënten

Een psychiater kan door het CBR gevraagd worden om een onderzoek naar rijgeschiktheid uit te voeren.

- Meer informatie over rijgeschiktheid is te vinden op de website van het CBR: <https://www.cbr.nl>
- Meer informatie over de gezondheidsverklaring is hier te vinden: <https://www.cbr.nl/nl/rijbewijs-houden/nl/gezondheidsverklaring.htm>

Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

Het initiatief voor deze richtlijn is afkomstig van Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De eerste versie van de richtlijn is verschenen in 2011. In 2020 volgde een tweede versie. Deze richtlijn is een update van de Richtlijn in 2020, opgesteld door een multidisciplinaire commissie.

Modulair onderhoud

Vanaf 2024 wordt de richtlijn modulair herzien door het cluster Psychiatrie en Diagnostiek. Onder de 'samenstelling van het cluster' (zie verantwoording) staat beschreven welke organisatie deelnemen aan het cluster. Meer informatie over werken in clusters en modulair onderhoud vindt u [hier](#).

5 Verantwoording Richtlijn Alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen

Voor meer details over de gebruikte richtlijnmethodologie verwijzen wij u naar de [Werkwijze](#).

10 Relevante informatie voor de ontwikkeling/herziening van deze richtlijnmodule is hieronder weergegeven.

Samenstelling van het cluster

15 Voor het ontwikkelen van de richtlijnmodule is in 2024 een multidisciplinaire cluster ingesteld. Het cluster Psychiatrie en Diagnostiek bestaat uit meerdere richtlijnen, bekijk [hier](#) de actuele clusterindeling. De stuurgroep bewaakt het proces van modulair onderhoud binnen het cluster. De expertisegroepsleden geven hun expertise in, indien nodig. De volgende personen uit het cluster zijn betrokken geweest bij de herziening van deze module:

Clusterstuurgroepleden

- 20 • Prof. dr. A.T.F. Beekman, psychiater, Amsterdam UMC, Amsterdam (NVvP)
- Dr. D.P. Ravelli, psychiater (NVvP)
- Dr. N.D. Veen, psychiater, ggz-Delftland, Delft (NVvP)
- Dr. T.J.M. Ingenhoven, psychiater (NVvP)
- Dr. S.M.P. van Veen, psychiater, Amsterdam UMC, Amsterdam (NVvP)
- 25 • Dr. S.J. Roza, psychiater, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam (NVvP)

Betrokken clusterexpertisegroepleden

- Dr. D.P. Ravelli, psychiater (NVvP) (coördinerend stuurgroeplid)
- Drs. F.J.M. Bergkamp, klinisch chemicus, Atalmedial (NVKC)
- 30 • Dr. J.P.M. Wielders, klinisch chemicus (senior lid, NVKC)
- Drs. E. van Pernis, manager bezwaar en beroep divisie rijgeschiktheid CBR
- Dr. L.H.J. Jacobs, klinisch chemicus, Meander Medisch Centrum (NVKC)
- Dr. J.M.W. van den Ouweland, klinisch chemicus, Dicoon (NVKC)

35 Met ondersteuning van

- Dr. L.C. Houtepen, adviseur. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Drs. B. Vogelaar, adviseur. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Drs. M. Lenaers, junior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

5 Belangenverklaringen

Een overzicht van de belangen van de clusterleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten via secretariaat@kennisinstituut.nl.

Clusterstuurgroepleden

10

Tabel 1 Gemelde (neven)functies en belangen stuurgroep

<i>Naam</i>	<i>Hoofdfunctie</i>	<i>Nevenwerkzaamheden</i>	<i>Persoonlijke financiële belangen</i>	<i>Persoonlijke relaties</i>	<i>Extern gefinancierd onderzoek</i>	<i>Intellectuele belangen en reputatie</i>	<i>Datum</i>	<i>Restrictie</i>
Sisco van Veen	Psychiater bij ggz ingeest en postdoctoraal onderzoeker bij het Amsterdam UMC en 113 zelfmoordpreventie.	* Bestuurslid ThaNet. * Podcastmaker bij Prelum uitgevers. * Dagvoorzitter bij BSL uitgevers.	Geen	Geen	Mijn onderzoek wordt mede gefinancierd door de NVVE en stichting VCVGZ. Voor de bestuursfunctie bij ThaNet ontvang het Amsterdam UMC vacatiegelden via het UMC Groningen vanuit min VWS. *NVVE: Persisterende doodswensen, projectleider. *Suicidaliteit bij mensen met een psychiatrische eutheanasiewens, projectleider	Geen	04-06-2024	Alle moduleteksten en aanbevelingen werden besproken in de stuurgroep onder voorzitterschap van Aartjan Beekman, alvorens ze zijn vastgesteld.
Natalie Veen	psychiater, opleider, GGZ Delfland	commissie lid geschillen commissie (onbezoldigd)	Geen	Geen	Geen	Geen	11-06-2024	Geen restricties
Theo Ingenhoven	Arkin, NPI, Amsterdam	ZZPer en docent bij RINO	Geen	Geen	Geen	Geen	22-11-2024	Geen restricties
Aartjan Beekman (voorzitter)	Amsterdam UMC hoogleraar psychiatrie	Raad van Toezicht Informatie Voorziening Zorg Raad van Toezicht NIVEL Stuurgroep landelijke agenda Suicidepreventie Diverse onderzoeksconsortia en gerelateerde stuurgroepn Referee voor diverse	Geen	Geen	De afgelopen drie jaar geen onderzoek gefinancierd door de farmaceutische industrie of door andere commerciële partijen.	Ik heb in het verleden verschillende functies gehad bij de NVvP – o.a. voorzitter geweest tussen 2012 en 2016.	22-07-2024	Geen restricties

		wetenschapopelijke bladen en onderzoeksorganisaties.						
Dick Ravelli	FMS	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	23-07-2024	Geen restricties
Sabine Roza	Psychiater, opleider Forensische Psychiatrie en directeur Zorg & Behandeling bij Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (onderdeel van Dienst Justitiële Inrichtingen, bij Ministerie van Justitie & Veiligheid): 36 uur / week (betaald), Universitair Hoofddocent Forensische Psychiatrie bij Erasmus MC: 8 uur per week (betaald)	Gerechtelijk deskundige in strafzaken Jeugd en strafzaken Volwassenen (binnen dienstverband NIFP en als zzp (betaald)	Geen	Geen	Financier 1: Stichting tot Steun VCVGZ: Niet-aangeboren hersenletsel bij forensisch-psychiatrische patienten. Financier 2: Stichting tot Steun VCVGZ: Sekseverschillen in delictgedrag, projectleider. raakt slechts indirect aan de richtlijn Psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken. Financier 3: ZonMW: Regionale kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag rotterdam-Rijnmond.	Uitsluitend t.a.v. de richtlijn Psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken is vanwege mijn forensisch-psychiatrische expertise en reputatie hiervan enig voordeel te verwachten.	15-08-2024	Geen restricties

5

Betrokken clusterexpertisegroepleden

Tabel 2 Gemelde (neven)functies en belangen expertisegroep

Naam	Hoofdfunctie	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Extern gefinancierd onderzoek	Intellectuele belangen en reputatie	Overige belangen	Datum	Restrictie
------	--------------	--------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------	-------------------------------------	------------------	-------	------------

Jos Wiolders	Geen werkgever meer wegens pensioen. Laatste functie van medisch manager lab Klinische Chemie, Meander Medisch Centrum, Amersfoort	Voorzitter WG CDT standaardisatie van de Int. Federation Clinical Chemistry. Onbetaalde wetenschappelijke nevenfunctie voor opgeteld ca 2 weken per jaar.	Geen financieel belang bij het effect van de Richtlijn op het gebruik van biomarkers CDT en GGT door laboratoria of opdrachtgevers (Psychiaters / CBR)	Geen familie of vrienden, collega's die een financieel belang hebben,	Niet van toepassing	Uitkomst richtlijn heeft geen effect, anders dan een bevestiging van bestaande expertise op dit gebied sinds de laatste 25 jaar.	Niet van toepassing	30-04-2025	
Ferry Bergkamp	Klinisch chemicus Atalmedail Amsterdam (betaald hoofdwerkzaamheden)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	06-06-2024	
Eveline van Pernis	Manager Bezwaar en Beroep, divisie Rijgeschiktheid, CBR	Geen	Geen	Geen	Geen	hooguit een vermelding van mijn naam bij publicatie, ik ervaar dit niet als intellectueel gewin.	Geen	05-11-2024	

Kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de Wkkgz

De kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de Wkkgz volgt na de commentaarfase.

Module 2 – Achtergrond en juridische basis van vraagstelling CBR bij alcoholmisbruik

Uitgangsvraag

- 5 Wat is de achtergrond en juridische basis van onderzoek naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen?

Aanbevelingen

Het is aan de psychiater, die door het CBR wordt gevraagd een onderzoek naar rijgeschiktheid uit te voeren, om op grond van ondergenoemde criteria, voor zichzelf te beoordelen of hij voldoende onafhankelijk, onpartijdig en deskundig is.

Met onafhankelijk en onpartijdig wordt in dit kader bedoeld:

1. De psychiater is niet de behandelend psychiater van betrokkene
2. De psychiater is niet in dienst van het CBR
3. De psychiater is niet onderworpen aan enige vorm van beïnvloeding of correctie van het oordeel vanuit het CBR
4. De psychiater heeft geen andere relatie met de betrokkene.

Volg de relevante (geaccrediteerde) nascholing(en), in het bijzonder de door het CBR jaarlijks georganiseerde en geaccrediteerde nascholing op dit gebied.

Streef ernaar een minimaal aantal onderzoeken per maand te verrichten. Zie hiervoor de [Beleidsregel 'Aanwijzing keurend medisch specialisten' van het CBR](#).

Volg de richtlijn [Medisch specialistische rapportage](#) in bestuurs- en civielrechtelijk verband (2024) van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage.

10 Achtergrond

Besturen van een voertuig onder invloed van alcohol verhoogt de kans op betrokkenheid bij verkeersongevallen. Conform de Richtlijn uit 2020 zijn van de 25.000 verkeersdoden per jaar in de Europese Unie naar schatting 5.000 doden het gevolg van alcohol. Dit verklaart waarom de Europese Unie en alle lidstaten zich intensief bezighouden met de verkeersveiligheid en het reguleren van alcoholgebruik door bestuurders. Zo gelden voor alle lidstaten dezelfde eisen voor het rijbewijs (Richtlijn 2006/126/EG van het Europees Parlement en de Raad van 20 december 2006 betreffende het rijbewijs). Voorts hebben alle lidstaten bij wet beperkingen gesteld aan de hoeveelheid alcohol die bestuurders van voertuigen mogen gebruiken. Deze wetgeving van de lidstaten richt zich op zowel de aanvragers van een rijbewijs als de bezitters van een rijbewijs, die onder invloed van alcohol worden aangehouden.

Search and select

- 25 Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse met PICO en GRADE beoordeling verricht, omdat het karakter van deze vraag zich niet goed leent voor beantwoording door middel van een systematische review van origineel wetenschappelijk onderzoek.

Methode

- 30 Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de commissie (zie literatuurlijst).

Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Wegenverkeerswet

- 5 In Nederland stelt de Wegenverkeerswet 1994 (Wvw) in artikel 111 dat een rijbewijs slechts wordt afgegeven door de RDW (voorheen: Rijksdienst voor het Wegverkeer) als de aanvrager beschikt over voldoende rijvaardigheid en geschiktheid.¹ Het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) toetst zowel de rijvaardigheid (theorie- en rijexamen) als de lichamelijke en geestelijke geschiktheid (rijgeschiktheid). Het CBR is, net als de RDW, een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) dat verantwoording aflegt aan de Minister van
- 10 Infrastructuur en Waterstaat. Dit laat onverlet dat indien het CBR besluit een aanvrager geen rijbewijs te verlenen dan wel een reeds verleend rijbewijs te schorsen of ongeldig te verklaren, de betrokkene tegen zo'n besluit bezwaar kan maken bij het CBR en, vervolgens, in beroep en hoger beroep kan gaan (bij de bestuursrechter).

15 Maatregelen

- Bestuurders die onder invloed van alcohol worden aangehouden, kunnen door de politie bij het CBR worden gemeld. Afhankelijk van het geconstateerde ademalcoholgehalte (AAG in microgram/ liter) of het bloedalcoholgehalte (BAG in promillage) en of het gaat om een beginnende bestuurder (rijbewijs minder dan vijf jaar in bezit) dan wel om een herhaling van
- 20 rijden onder invloed, kan het CBR verschillende bestuursrechtelijke maatregelen opleggen (zie tabel 1). Zo kan het CBR de bestuurder verplichten een cursus te volgen (de Educatieve Maatregel Alcohol & Verkeer (EMA) of de lichtere variant daarvan (LEMA)) of een onderzoek te laten ondergaan door een psychiater (zie www.cbr.nl). Dit alles naast de mogelijke strafrechtelijke maatregelen die vanuit justitie kunnen worden opgelegd. Omdat de door het
- 25 CBR opgelegde bestuursrechtelijke maatregelen volgens de rechter geen strafrechtelijke aanklacht (i.c. criminal charge) vormen, waardoor de betrokkene tweemaal voor hetzelfde feit zou worden bestraft, kunnen het CBR en justitie naast elkaar maatregelen opleggen bij rijden onder invloed van alcohol.²

- 30 Tabel 1 Geconstateerde Ademalcoholgehalte (AAG) en Bloedalcoholgehalte (BAG) en bestuursrechtelijke maatregelen CBR

Beginnende bestuurder	AAG (µg/liter lucht)	BAG (milligram/liter bloed)
LEMA	220 of meer	0,5 of meer
EMA	350 of meer	0,8 of meer
Psychiatrisch onderzoek	570 of meer	1,3 of meer
Ervaren bestuurder	AAG (µg/liter lucht)	BAG (milligram/liter bloed)
LEMA	350 of meer	0,8 of meer
EMA	435 of meer	1,0 of meer
Psychiatrisch onderzoek	785 of meer	1,8 of meer

- Personen van wie het CBR het rijbewijs ongeldig heeft verklaard na een onderzoek door een psychiater of door het weigeren mee te werken aan de opgelegde maatregel, worden,
- 35 wanneer zij weer in het bezit willen komen van een geldig rijbewijs, ook door het CBR verwezen voor een onderzoek door een psychiater. Naast diegenen die bij de aanvraag van

¹ Bij het brommerrijbewijs (AM) wordt alleen gesproken over voldoende rijvaardigheid.

² Zie bijv. ABRvS 20 juli 2016, ECLI:NL:RVS:2016:2016, ABRvS 28 juni 2017, ECLI:NL:RVS:2017:1711; ABRvS 20 december 2017, ECLI:NL:RVS:2017:3525 en ABRvS 19 december 2018, ECLI:NL:RVS:2018:4134.

een verklaring van geschiktheid hebben aangegeven de laatste vijf jaar overmatig alcohol gebruikt hebben.

Sinds 1 juni 2011 bestaat ook de zogenoemde 'recidiveregeling' (art 123b Wv), naast bovengenoemde bestuursrechtelijke maatregelen die het CBR kan opleggen, en de strafmaatregelen (boete, ontzegging, gevangenis) die de strafrechter kan opleggen. Op grond van deze regeling wordt het rijbewijs bij twee veroordelingen voor rijden onder invloed binnen vijf jaar (met een AAG van 570 µg/l of meer dan wel een BAG van 1,3 promille of meer) bij de tweede veroordeling of het niet meewerken aan een ademanalyse of bloedonderzoek van rechtswege volledig ongeldig. De betrokken persoon zal door middel van theorie- en praktijkexamen zijn rijbewijs opnieuw moeten zien te behalen. Daarbij dient hij ook een aanvraag voor een verklaring van geschiktheid in te dienen en kan het CBR de persoon naar een psychiater verwijzen.

15 Toetsing van rijgeschiktheid

Het CBR kent voor het toetsen van de rijgeschiktheid twee procedures:

1. Mededelingenprocedure: Voor personen met een geldig rijbewijs, die wegens een vermoeden van ongeschiktheid vanwege alcoholgebruik door de politie bij het CBR zijn gemeld door middel van een mededeling op grond van artikel 130 Wv. Criteria die tot zo'n vermoeden kunnen leiden, zijn neergelegd in de Regeling maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid 2011. Ontvangt het CBR een dergelijke mededeling dan kan het CBR de betrokkene voor onderzoek naar een psychiater verwijzen.
2. Gezondheidsverklaringsprocedure: Bij personen die voor de aanvraag van hun rijbewijs een verklaring van geschiktheid nodig hebben en bij het CBR bekend zijn met een stoornis in het alcoholgebruik in het verleden of dat zelf bij hun aanvraag hebben aangegeven, bijvoorbeeld omdat zij niet het risico wensen te lopen dat hun verzekeraar na betrokkenheid bij een verkeersongeval niet tot uitkering overgaat. Zij sturen een zogenoemde gezondheidsverklaring in en worden dan door het CBR verwezen naar een psychiater.

30 Normen

In beide gevallen is de vraag of de persoon in kwestie rijgeschikt is voor het besturen van motorvoertuigen. De normen waaraan het CBR de rijgeschiktheid toetst zijn neergelegd in de bijlage bij de Regeling eisen geschiktheid 2000. De normen in deze regeling komen tot stand op basis van adviezen van de Gezondheidsraad, externe deskundigen en de minimumnormen in Annex III van de Richtlijn 2006/126/EG van het Europees Parlement en de Raad van 20 december 2006 betreffende het rijbewijs (derde Europese richtlijn). Volgens vaste jurisprudentie van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State (ABRvS) zijn de normen in de Regeling eisen geschiktheid 2000 bindend.³ Het CBR kan en mag bij zijn besluiten daar niet van afwijken.

In hoofdstuk 8 van de Regeling eisen geschiktheid 2000 staan de normen bij het gebruik van alcohol. Deze norm is gebaseerd op een advies van de Gezondheidsraad uit 1994 (Gezondheidsraad, Medische Rijgeschiktheid. Herziening advies 1985, Den Haag: Gezondheidsraad, 1994). Paragraaf 8.8 van deze regeling stelt dat bij personen bij wie misbruik van psychoactieve middelen is vastgesteld, waaronder misbruik van alcohol, ongeschikt zijn voor ieder rijbewijs totdat aannemelijk en aantoonbaar is dat zij het misbruik

³ Vergl. ABRvS 28 december 2011, ECLI:NL: RVS:2011:BU9476 en ABRvS 11 maart 2015, ECLI:NL:RVS:2015:748

één jaar hebben gestaakt.⁴ Dat betekent dat als er sprake is van alcoholmisbruik, het rijbewijs door het CBR ongeldig wordt verklaard, dan wel er geen verklaring van geschiktheid wordt afgegeven en geen rijbewijs kan worden aangevraagd.

5 Aan te leveren stukken CBR

Voorafgaande aan een onderzoek levert het CBR aan de onderzoekend psychiater via een digitaal platform relevante informatie (onder andere samenvatting aanhoudingsgegevens, bestaande medische informatie, voorgaande rapporten, gevolgde EMA-cursus, contactgegevens). De psychiater heeft deze stukken voorafgaand aan het onderzoek nodig

10 om kennis te nemen van de vraagstelling, de situatie van betrokkene en om het onderzoek in te plannen.

Daarnaast is het voor de onderzoekend psychiater vooraf kunnen inzien van het dossier en wetenschap hebben van de inhoud essentieel in verband met de persoonlijke veiligheid. Niet
15 alle onderzoeken kunnen in een solopraktijk (doorgaans aan huis) worden verricht gezien de semi-forensische inhoud die de casus soms heeft of gezien het gedrag van betrokkene bij voorgaande aanhoudingen of onderzoeken of een reeds bekende - in dit verband relevante - psychiatrische diagnose.

20 Specialistisch rapport

De Regeling eisen geschiktheid 2000 stelt dat voor de beoordeling een 'specialistisch rapport' is vereist, dat wil zeggen een rapport van een 'onafhankelijk specialist'. Hiermee wordt bedoeld op een rapport dat is opgesteld en ondertekend door een medisch specialist, waarbij het is toegestaan dat delen van het onderzoek onder supervisie en

25 verantwoordelijkheid van de specialist zijn uitgevoerd door een derde. Zie hiervoor ook de [Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband \(2024\)](#)

van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage. Dit betekent dat het onderzoek en de rapportage moet plaatsvinden door een psychiater. De psychiater kan hierbij ondersteund worden door een arts onder supervisie van deze psychiater. Ook in deze
30 situatie geldt dat er sprake dient te zijn van fysieke aanwezigheid van de betrokkene.

Aangezien in hoofdstuk 8 sprake is van 'Psychiatrische stoornissen' is een onafhankelijk psychiater de betreffende specialist, die door het CBR wordt aangewezen voor nader onderzoek. Met onafhankelijk wordt in dit kader bedoeld:

- 35
1. De psychiater is niet de behandelend psychiater van betrokkene,
 2. De psychiater is niet in dienst van het CBR,
 3. De psychiater is niet onderworpen aan enige vorm van beïnvloeding of correctie van het oordeel vanuit het CBR en
 4. De psychiater heeft geen andere relatie met de betrokkene.

40 Het CBR verzoekt de psychiater de persoon in kwestie te onderzoeken en zijn rijgeschiktheid te toetsen aan de normen in de bijlage bij de Regeling eisen geschiktheid 2000.

⁴ Regeling eisen geschiktheid 2000, paragraaf 8.8: "Voor de beoordeling of sprake is van misbruik van psychoactieve middelen is een specialistisch rapport vereist. Personen die misbruik maken van dergelijke middelen zijn zonder meer ongeschikt. Indien zij aannemelijk of aantoonbaar zijn gestopt met dit misbruik, dient een recidiefvrije periode van een jaar te zijn gepasseerd voordat zij door middel van een herkeuring - op basis van een specialistisch rapport geschikt - kunnen worden geacht. Een strenge opstelling van de keurend specialist is aangewezen, gezien de gevaren die het gebruik van deze middelen oplevert voor de verkeersveiligheid."

De door het CBR aangewezen psychiater moet voldoen aan de voorwaarden in de 'Beleidsregel keuring medisch specialisten' (Besluit Directie CBR)⁵, die ook te vinden zijn op de website van het CBR.⁶ De werkgroep wil de lezer erop attenderen dat in de loop van 2026 een revisie wordt gepubliceerd van deze beleidsregel. Voor psychiaters die nooit eerder onderzoek naar rijgeschiktheid hebben verricht, verlangt het CBR deelname aan een introductiecursus, alvorens ze een begin maken met het doen van onderzoek. Volgens de werkgroep verdient het aanbeveling dat de psychiater daarnaast de (geaccrediteerde) nascholingscursussen volgt, die onder andere door het CBR of de NVvP worden georganiseerd en een minimumaantal onderzoeken uitvoert om de deskundigheid op peil te houden. De werkgroep adviseert hierbij een minimumaantal van 10 tot 15 onderzoeken per maand, waarvan minimaal vijf onderzoeken in het kader van het Mededelingenprocedure.

Als de betrokken psychiater meent dat hij of zij niet 'onafhankelijk' is, dan wel indien niet wordt voldaan aan de eisen van onpartijdigheid en deskundigheid, dan wel indien er andere beletselen zijn voor het verrichten van een onderzoek, dient de betrokken psychiater zich niet beschikbaar te stellen. Het is aan de psychiater om zich van deze verantwoordelijkheid bewust te zijn en dit tijdig te melden, bij voorkeur uiteraard voordat het onderzoek bij betrokkene plaatsvindt.

De psychiater stelt op basis van het onderzoek een rapportage op en stuurt het rapport binnen de wettelijk vastgestelde termijn⁷ aan het CBR. Vervolgens beslist het CBR - eveneens binnen een wettelijk vastgestelde termijn⁸ - over het al dan niet ongeldig verklaren van het rijbewijs (in geval van een Mededelingenprocedure) dan wel over het al dan niet registreren van een verklaring van geschiktheid (in geval van de gezondheidsverklaringsprocedure).

Het onderzoek dat aan een specialistische rapportage voorafgaat vindt plaats in een juridische context. Dat impliceert dat er eisen gesteld worden aan het onderzoek, de rapportage en het naleven van de rechten van betrokkene (zie ook de module '[Juridisch kader](#)').

Volgens vaste rechtspraak is het aan het CBR om te bewijzen dat betrokkene niet (meer) rijgeschikt is.⁹ Het CBR zal aan een dergelijk besluit de conclusie van een onafhankelijk psychiater ten grondslag leggen, tenzij het CBR constateert dat het rapport van de psychiater niet aan de daaraan te stellen eisen voldoet (art. 3:2 Algemene wet bestuursrecht).¹⁰

Het onderzoek van de psychiater in het kader van de Mededelingenprocedure betreft het stellen van een deugdelijk onderbouwde conclusie over alcoholmisbruik in het kader van de Regeling eisen geschiktheid 2000. Het is aan het CBR om op basis van deze conclusie een besluit te nemen over de rijgeschiktheid.

⁵ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037647/2018-12-01>

⁶ <https://www.cbr.nl/nl/nl/voor-artsen/achtergrondinformatie/wet-en-regelgeving-rijgeschiktheid.htm>

⁷ Op het moment van het uitbrengen van deze Richtlijn is dit acht weken.

⁸ Op het moment van het uitbrengen van deze Richtlijn is dit vier weken.

⁹ Zie bijvoorbeeld ABRvS 25 januari 2017, ECLI:NL:RVS:2017:138 en ABRvS 19 april 2017, ECLI:NL:RVS:2017:1078.

¹⁰ Zie bijvoorbeeld ABRvS 8 november 2017, ECLI:NL:RVS:2017:3050 en ABRvS 9 mei 2018, ECLI:NL:RVS:2018:1552

5 Het oordeel en het advies van de psychiater in het kader van de gezondheidsverklaringsprocedure betreft het stellen van een deugdelijk onderbouwde conclusie over alcoholmisbruik in het kader van de Regeling eisen geschiktheid 2000 en het geven van een advies over een eventuele termijnbeperking. Ook hier is het voorbehouden aan het CBR om op basis van dit oordeel en advies een besluit te nemen over de rijgeschiktheid en de termijnbeperking.

10 Het CBR dient zich, indien het een advies aan zijn besluitvorming ten grondslag wil leggen, ingevolge artikel 3:2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), ervan te vergewissen dat dit advies - naar wijze van totstandkoming - zorgvuldig en naar inhoud inzichtelijk en concludent is. In het kader van deze vergewisplicht kan het CBR de onderzoekend psychiater om verduidelijking van conclusie of onderdelen daarvan vragen. Het CBR mag hierbij de psychiater niet beïnvloeden, deze moet immers onafhankelijk kunnen blijven.

15 Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van het bewijs kon niet worden vastgesteld.

Waarden en voorkeuren van cliënt (en eventueel hun naasten/verzorgers)

20 De achtergrond en juridische basis van het onderzoek naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen betreffen geen voorkeursgevoelige beslissing. Dit onderdeel van het evidence to decision framework is daarmee niet van toepassing binnen dit hoofdstuk.

Kostenaspecten

25 Kostenaspecten spelen bij de achtergrond en juridische basis van het onderzoek naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen geen rol die van invloed is op de aanbevolen testen.

Aanvaardbaarheid: Ethische aanvaardbaarheid en duurzaamheid

30 Ethische aspecten en duurzaamheid spelen bij de achtergrond en juridische basis van het onderzoek naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen geen rol die van invloed is op de aanbevolen testen.

Haalbaarheid

35 De werkgroep ziet behalve logistieke uitdagingen in sommige situaties geen belemmerende factoren. De werkgroep acht echter dat dit niet opweegt tegen de winst in kwaliteit.

Kennisvragen

Tijdens de ontwikkeling van de module Achtergrond en juridische basis van vraagstelling CBR bij alcoholmisbruik is gebleken dat er binnen deze module geen kennisvragen zijn.

5 Literatuur

Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband (2024),
Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage

Module 7 - Laboratoriumonderzoek

Uitgangsvraag

- 5 Wat is de diagnostische waarde en accuratesse van biomarkers bij het aantonen van alcoholmisbruik in het kader van onderzoek naar rijgeschiktheid en wat zijn de te hanteren beslisgrenzen?

Background (English)

- 10 Under Dutch regulations, laboratory testing that forms part of fitness-to-drive evaluations mandated by the Central Bureau of Driving Licenses (CBR) is ordered by a psychiatrist and carried out in medical laboratories that hold ISO 15189 accreditation (or an equivalent internationally recognised quality system) and participate in external quality-assessment schemes (EQAS). Such testing is intended to confirm or refute chronic excessive alcohol consumption and to provide objective evidence when a clinical interview or self-report may be unreliable; it is *not* designed to detect very recent drinking.
- 15 The serum biomarkers that currently add proven diagnostic value in this context are carbohydrate-deficient transferrin (CDTIFCC) and gamma-glutamyl-transferase (GGT). In 2020, mean corpuscular volume (MCV), aspartate-aminotransferase (AST), alanine-aminotransferase (ALT) and the associated haematology indices (haemoglobin, haematocrit, erythrocytes) were removed from the protocol: they provide no additional
- 20 diagnostic information beyond CDT and GGT and display low sensitivity and specificity for chronic alcohol misuse. For a single measurement the decisional limits are set at CDT > 2.0 % and GGT > 74 U/L in men or > 44 U/L in women. These cut-offs incorporate both analytical imprecision and
- 25 intra-individual biological variation so that, in a legal setting, a value above the threshold can be regarded as abnormal. At these thresholds CDT offers high specificity (> 90 %) but only moderate sensitivity; GGT is somewhat less specific and sensitive. Combining both markers therefore improves overall detection without materially increasing the false-positive rate. Direct alcohol biomarkers such as phosphatidylethanol (PEth) or ethyl-glucuronide (EtG) can
- 30 detect recent or chronic intake, but they lack harmonised cut-offs and widespread analytical availability and are not yet recommended for routine CBR evaluations. Interpretation must also consider pre-analytical stability, medication effects, liver disease, pregnancy, body-mass index and other potential confounders that may influence biomarker concentrations.

35

Achtergrond (Nederlands)

Inleiding deelvraag 1 - Diagnostische waarde biomarkers alcoholmisbruik

- 40 Bij een vergelijking van biomarkers naar alcoholmisbruik moet gekeken worden naar de aanwezigheid van een causale directe relatie tussen de biomarker en alcoholinname. Het niveau van de biomarker in het bloed wordt dan vergeleken met zelf-gerapporteerde alcoholinname. Er zijn geen studies bekend waarbij aan grotere groepen gedocumenteerd verschillende hoeveelheden alcohol werd toegediend en vervolgens de respons werd gemeten.

45 Inleiding deelvraag 2 - Beslisgrenzen (afkappunten) voor CDT en GGT

Bij het gebruik van biomarkers is het noodzakelijk om klinische ijkpunten te definiëren. De psychiatrische criteria t.a.v. alcoholmisbruik zijn echter niet direct te vertalen naar een

corresponderend niveau van een biomarker. Als alternatief wordt daarom gekozen om de normale populatie vast te stellen plus de meetfout om met zekerheid vast te kunnen stellen wanneer iemand daarbuiten valt. Rekening houden met de meetfout gebeurt eveneens bij onderzoek naar aanwezigheid van alcohol of drugs in bloed.

5

Bij de medische interpretatie van laboratoriumonderzoek wordt een uitslag doorgaans vergeleken met een grenswaarde zoals de bovengrens van een 'referentiegebied'. Een referentie gebied (of referentie interval) werd vroeger ook het normaalwaarde gebied genoemd. Het referentiegebied wordt gedefinieerd als de centrale waarden die met 95% van de gezonde populatie corresponderen, d.w.z. 2,5% van de gezonden valt boven de bovengrens en 2,5% van de gezonden valt beneden de ondergrens. Gebruik van deze 95%-referentiegebied bovengrens, zonder rekening te houden met de meetfout, leidt tot een significant percentage fout positieven, hetgeen ongewenst is voor juridische of forensische zaken. Verder is de bovengrens van een normale populatie zeker niet hetzelfde als de ondergrens van een bewezen stoornis.

10

15

Daarom wordt gewerkt met een **afkappunt** (decisional cut-off) waarboven afwijkend alcoholgebruik zeer waarschijnlijk is. Dit afkappunt is afgeleid op basis van wetenschappelijk onderzoek en corrigeert voor zowel analytische als biologische variatie. Voor CDT is dit afkappunt vastgesteld op **> 2,0 %**; bij een eenmalige meting boven deze waarde kan met 95 % zekerheid worden gesteld dat de uitslag niet uit de normale populatie afkomstig is.

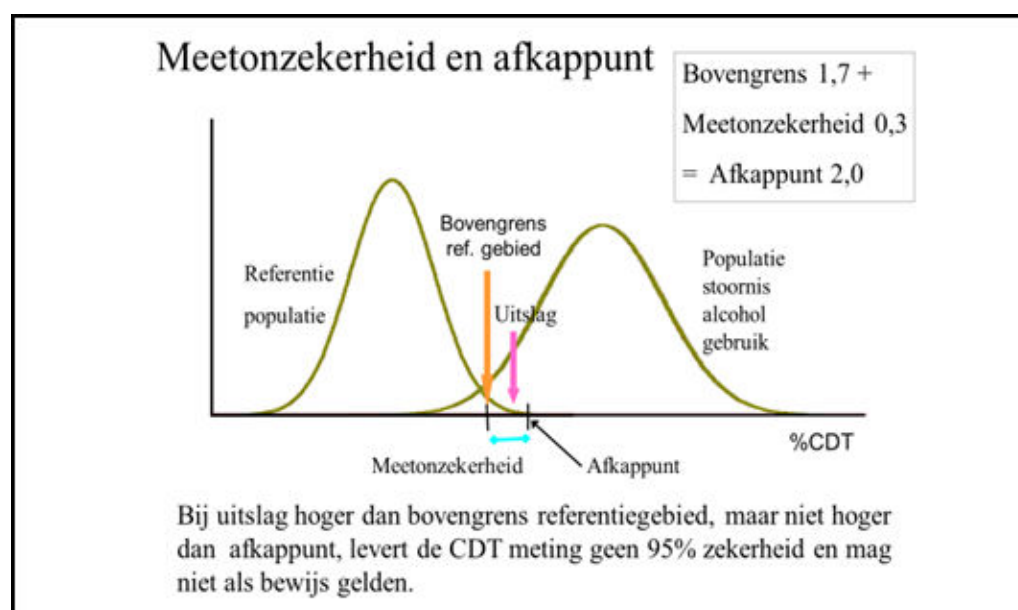
20

25

30

35

40



Figuur 6.1 Meetonzekerheid en afkappunt CDT

Bij interpretatie moet naast de biomarkerwaarde altijd rekening worden gehouden met eventuele verstoringe comorbiditeit (zie overwegingen onder deelvraag 1), alsook met monstertransport- en opslagcondities.

45

Het doel van het laboratoriumonderzoek in het kader van rijgeschiktheid is het met hoge mate van zekerheid aantonen of uitsluiten van chronisch overmatig alcoholgebruik; het onderzoek is niet bedoeld voor het aantonen van recent alcoholgebruik.

50

Inleiding deelvraag 3 - Wat is de diagnostische accuratesse van de biomarkers CDT en GGT?

- Uit deelvraag 1 is naar aanleiding van een systematische search in 2019 naar voren gekomen dat CDT en in mindere mate GGT de meest geschikte laboratoriumparameters zijn voor een beoordeling van alcoholmisbruik in het kader van onderzoek naar rijgeschiktheid (zie bijlage 5 'Literatuursamenvatting module 7 'Laboratoriumonderzoek' uit de richtlijn 2019). Hier gaan we nader in op de diagnostische accuratesse van deze biomarkers bij de in deze richtlijn voorgestelde afkappunten. MCV, ASAT en ALAT zijn niet meer vereist. Hiervoor verwijst de werkgroep naar de literatuursamenvatting en richtlijntekst uit 2019 (zie bijlage 5). Zelfgerapporteerde alcoholinname is onderhevig aan verschillende vormen van bias. In het kader van de literatuursamenvatting heeft de werkgroep echter moeten kiezen voor zelfgerapporteerde alcoholinname als referentiestandaard bij het beoordelen van de diagnostische accuratesse. Er is naar gestreefd om studies van voldoende power te includeren die zo dicht mogelijk bij de doelpopulatie komen.

15 Aanbevelingen

Deelvraag 1 Diagnostische waarde biomarkers alcoholmisbruik (vanuit de wettelijke kaders)

CDT en in mindere mate GGT zijn de meest geschikte laboratoriumparameters voor onderzoek naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen.

Het meten van CDT is geschikt om met hoge mate van zekerheid alcoholmisbruik aan te tonen in het kader van onderzoek naar rijgeschiktheid. Voor kwantitatief onderzoek en bij hogere prevalentie, zoals bij onderzoek naar rijgeschiktheid, scoort CDT in vergelijking met andere algemeen gebruikte laboratoriumtesten het beste voor het opsporen van alcoholmisbruik. Aan de CDT-uitslag moet daarom de meeste bewijswaarde worden toegekend.

Gebruik geen CDT bij personen met een transferrine variant. CDT kan niet betrouwbaar worden vastgesteld met behulp van HPLC/CE. Bij een variant kan er zo mogelijk op basis van een HPLC uitslag een schatting gemaakt worden van de gecorrigeerde CDT-waarden.

De werkgroep is van mening dat het meten van GGT bijdraagt aan het opsporen van alcoholmisbruik bij onderzoek naar rijgeschiktheid. Een solitair verhoogde GGT (boven het afkappunt) vormt alleen een aanwijzing voor alcoholmisbruik als andere mogelijke oorzaken, waaronder leverpathologie of enzyminductie, aannemelijk zijn uitgesloten.

Deelvraag 2: Beslisgrenzen (afkappunten) voor CDT en GGT

CDT

Een CDT uitslag moet als CDT_{IFCC} gerapporteerd worden. Op deze wijze krijgt de aanvrager een uitslag die gestandaardiseerd is op de officiële IFCC referentie methode.

Een CDT-uitslag groter dan 2,0% (het afkappunt), als enkelvoudige uitslag verkregen met een conform IFCC gestandaardiseerde methode of met de IFCC-referentiemethode, betekent een niet meer normale waarde, rekening houdend met de meetonzekerheid. Mits andere oorzaken aantoonbaar zijn uitgesloten kan een dergelijke CDT-uitslag **dienen als bewijs** voor alcoholmisbruik in de laatste weken.

Een uitslag hoger dan de bovengrens van het referentie interval (1,7%), maar lager of gelijk aan het afkappunt (2,0%) geldt **niet als aanwijzing of bewijs** voor alcoholmisbruik in de laatste weken.

GGT

Een GGT-uitslag groter dan 74 U/L voor mannen en groter dan 44 U/L voor vrouwen (de afkappunten), als enkelvoudige uitslag verkregen met de IFCC-methode bij 37°C of een daarop gestandaardiseerde methode, betekent een niet meer normale waarde, rekening houdend met de meetonzekerheid. Mits andere oorzaken aantoonbaar zijn uitgesloten, kan een dergelijke GGT-uitslag **dienen als aanwijzing** voor alcoholmisbruik.

Een uitslag hoger dan de bovengrens van het referentie interval (68 U/L voor mannen en 40 U/L voor vrouwen), maar lager of gelijk aan het afkappunt (74 U/L voor mannen en 44 U/L voor vrouwen) geldt **niet als aanwijzing** voor alcoholmisbruik in de laatste weken.

5 Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Bij de herziening van 2025 is een systematische literatuursearch uitgevoerd. Net als in 2019 is de kwaliteit van de gevonden evidence zeer laag, vooral door grote variatie in studieopzet (inclusiecriteria, populaties, zelfgerapporteerde referentiestandaarden en afkappunten). De werkgroep concludeert dat er geen doorslaggevend nieuw bewijs is en baseert de aanbevelingen voornamelijk op eerdere literatuur en expert opinion. Belangrijk is dat in 2024 de Joint Committee for Traceability in Laboratory Medicine (JCTLM) de IFCC_HPLC_referentiemethode voor CDT formeel erkend heeft. Resultaten die hiernaar zijn gestandaardiseerd worden gerapporteerd als CDTIFCC, met een bovengrens van 1,7 % en een afkappunt van 2,0 (Wiolders, 2025).

De nieuw toegevoegde aanbevelingen (m.b.t. transferrine variant) zijn geformuleerd op basis van expert opinie.

20 *Literatuursamenvatting 2019*

Vier studies die geïncludeerd werden in de literatuursamenvatting van 2019 rapporteerden een of meerdere diagnostische accuratesse uitkomstmaten voor CDT en GGT. Zowel CDT als GGT hadden een matig tot hoge AUC en een hoge specificiteit. De sensitiviteit was CDT was laag, en de sensitiviteit van GGT was laag tot matig (tabel 1). Zie voor meer details bijlage 5.

25

Tabel 1. Resultaten literatuuranalyse 2019

	AUC	Specificiteit	Sensitiviteit
CDT	0.75 tot 0.83 ^{1, 2, 3, 4} (matig tot hoog)	0.91 tot 0.96 ^{1, 4}	0.36 tot 0.51 ^{1, 4}
GGT	0.61 tot 0.83 ^{1, 2, 3, 4} (matig tot hoog)	0.80 tot 0.81 ^{3, 4}	0.30 tot 0.66 ^{3, 4}
1 Bergström, 2008			
2 Kharbouche, 2012			
3 McDonald, 2013			
4 3 Pirro, 2011			

Literatuursamenvatting 2025

Drie studies uit de systematische search uitgevoerd in 2025 rapporteerden de diagnostische accuratesse van CDT: O'Flaherty (2022), Aboutara (2022), en Archer (2019), zie voor meer details bijlage 4. O'Flaherty gebruikte CE CDT met een afkapwaarde van 1.6%, Aboutara (2022) gebruikte CDT-HPLC met een afkapwaarde van 1.7%, en Archer (2019) gebruikte N-Latex CDT met een afkapwaarde van 2.5%. O'Flaherty (2022) en Archer (2019) bepaalden daarnaast de diagnostische accuratesse van GGT. De gebruikte afkapwaarden waren 73 IU/L voor mannen en 38 IU/L voor vrouwen (O'Flaherty, 2022), en 60 IU/L voor mannen en 40 IU/L voor vrouwen (Archer, 2019). Voor alle bepalingen werd zelf-gerapporteerde alcoholconsumptie als referentiestandaard gebruikt. In de studies werden de volgende waarden gevonden voor de diagnostische accuratesse uitkomstmaten:

- Specificiteit: 45.7% tot 99.5% (laag tot hoog) voor CDT en 91% voor GGT (hoog)
- AUC: 0.65 tot 0.71 voor CDT (matig) en 0.66 tot 0.75 voor GGT (matig)
- Sensitiviteit: 8.0% tot 87.5% voor CDT (laag tot hoog) en 18.2% tot 40.0% voor GGT (laag)
- Positief voorspellende waarde: 35.9% tot 55.2% voor CDT (laag) en 18.8% tot 35.1% voor GGT (laag)
- Negatief voorspellende waarde: 82.7% tot 94.5% voor CDT (hoog) en 80.6% tot 95.5% voor GGT (hoog)
- LR+: 1.6 tot 15.8 voor CDT (laag tot hoog) en 2.0 tot 3.7 voor GGT (matig)

- 5
- LR-: 0.9 tot 0.3 voor CDT (laag tot matig) en 0.9 tot 0.8 voor GGT (laag)

Deelvraag 1 - Diagnostische waarde biomarkers alcoholmisbruik

Area Under the Curve (AUC)

10 De gevonden AUC-waardes in de geïncludeerde studies in de literatuursamenvatting van 2019 ((Bergström, 2008; Kharbouche, 2012; McDonald, 2013; Pirro, 2011)) varieerden. Dit komt mede door verschillen in het uitgevoerde labonderzoek, populatie verschillen (populaties met continue verdeling versus bimodale of trimodale populaties), referentiemethode zoals een interview of alcoholdagboekje en gehanteerde definities van drinkgedrag. Ook is zelf-gerapporteerd drinkgedrag gevoelig voor het geven van sociaal

15 wenselijke antwoorden wat leidt tot rapportagebias. Toch wordt ervan uitgegaan dat ondanks een onderrapportage er wel onderscheid te maken is tussen mensen die heel veel drinken en mensen die weinig drinken.

20 Een AUC rond 0,6 of lager betekent ongeschiktheid van de marker, indien de studie correct is opgezet.

25 CDT bleek na literatuuronderzoek in de richtlijn uit 2020 binnen de groep CDT, MCV, GGT, ASAT, ALAT het meest geschikt om recidieven te voorspellen van alcoholgebruik door automobilisten (bijlage 4, Maenhout, 2014). De overige parameters scoorden nauwelijks beter dan willekeurig positief/negatief. In de algemene populatie en vergelijkende studies (op basis van ROC) met de traditionele biomarker GGT (en MCV of ASAT en ALAT) scoort CDT het beste, zoals onder meer uit de AUC-waarden blijkt (zie tabel 6.1). Vanaf 2008 is bij de standaardisatie van de methode nadrukkelijk gekozen voor de meting van de disialo-transferrine fractie. Die keuze en inzet van modernere methodes sindsdien verhoogde ook

30 de specificiteit.

35 Het gebruik van CDT metingen bij personen met een transferrinevariant wordt afgeraden, omdat het percentage CDT (%CDT) niet nauwkeurig bepaald kan worden met behulp van HPLC of CE. Bij het gebruik van de N-Latex-methode voor het bepalen van %CDT is de juistheid bij transferrinevarianten nog onvoldoende onderzocht en schattingen volstaan juridisch niet.

40 Aangezien er een gebrek is aan studies bij personen met een transferrinevariant, waarin CDT wordt gemeten met zowel CE, HPLC én N-Latex, wordt aanbevolen om in deze gevallen gebruik te maken van directe biomarkers zoals EtG (korte termijn alcoholgebruik) of PEth (lange termijn alcoholgebruik) met dien verstande dat hiervoor nog geen universeel geaccepteerde afkapwaarden beschikbaar zijn.

Comorbiditeit

45 De ideale biomarker wordt niet of nauwelijks beïnvloed door comorbiditeit. Vaak worden bij studies van biomarkers voor alcoholisme de populaties opgeschoond voor andere pathologie zoals diabetes, hetgeen ten opzichte van de algemene populaties de resultaten kan beïnvloeden.

Comorbiditeit CDT

50 Een licht verhoogde waarde van CDT kan ook voorkomen bij 'endstage' leverziekten, bij sterk verlaagde transferrineconcentraties (Latex methode), bij een levercarcinoom (Arndt, 2001; Fleming, 2004; Bortolotti, 2006; Bergström CCA, 2008) en in de tweede helft van de zwangerschap (Kenan, 2011; Gottgens, 2024). Bij studies met de N-Latex methode werd door

- 5 sommigen een verminderde respons voor CDT gemeld bij vrouwen (Whitfield, 2008, Kok, 2015), dat kan ook te maken hebben met onderrapportage van het alcoholgebruik. Leeftijd is ook genoemd als factor (jongere mensen verwerken alcohol sneller) of geslacht (vrouwen hebben een lagere respons dan mannen), echter in een uitgebreide studie met de HPLC-methode was er geen significant verschil aantoonbaar voor geslacht, leeftijd, roken of BMI
- 10 (Bergström, 2008) (zie ook bijlage 2). Het voedingspatroon, frequent voorkomende ziektebeelden en het gebruik van de meest voorkomende geneesmiddelen in de huisartsenpraktijk blijken geen effect op de CDT-bepaling te hebben (Meerkerk, 1998; Fleming, 2004).
- 15 **Comorbiditeit GGT**
De waarde van GGT in het bloed kan ook verhoogd zijn door andere oorzaken. Er is een breed scala van klinische aandoeningen, die leiden tot een significant verhoogde GGT-waarde. Daarnaast geven leefstijl of omgevingsfactoren als roken of contact met xenobiotica verhoogde GGT-waarden terwijl ruim gebruik van koffie de GGT-waarde weer aanzienlijk kan
- 20 doen dalen (zie ook bijlage 2). Tabel 6.3 biedt een overzicht van voornaamste oorzaken van een verhoogde GGT-waarde.

Tabel 6.3 Voornaamste oorzaken verhoogd GGT

Galweg obstructie (galstenen, leververvetting)
Enzym inductie (alcohol, geneesmiddelen en xenobiotica, zie onderaan deze tabel)
Hepatitis (viraal, toxisch, alcoholisch), mononucleosis infectiosa
Lever pathologie (cirrhose, tumor)
Pancreas pathologie
Chronische nierziekten
Cardiovasculaire ziekten (leverstuwings/hartfalen, post AMI, hypertensie)
Kanker (borst, prostaat, longen etc)
Diabetes
Colitis
Hemochromatose
Hodgkin & Non-Hodgkin
Orale anticonceptie

- 25 Enzyminductie leidt tot een maximaal twee a drievoudige GGT-verhoging ten opzichte van bovengrens normaal, naast alcohol moeten genoemd worden:
- Geneesmiddelen, waaronder barbituraten, psychofarmaca, statines, antidepressiva, fenytoïne, carbamazepine, rifampicine, antireumatica, MAO-remmers, anabole steroïden, thiazide diuretica, cytostatica, streptokinase, hoge paracetamol doses, NSAIDs, antibiotica, antifungica (voor een uitgebreide lijst raadpleeg Wu, 2006).
 - Xenobiotica, waaronder oplosmiddelen als tetra, pesticiden.
- 30

Populatie

- 35 Studies worden idealiter uitgevoerd in de algemene populatie of bij mensen die worden uitgenodigd voor onderzoek naar rijgeschiktheid. Bergström en McDonald komen met hun selectie uit de algemene populatie het dichtste bij de werkelijke populatie in het kader van onderzoek naar rijgeschiktheid. Waar mogelijk is gekeken naar de discriminatie tussen 'normaal' en 'at risk' gebruik.
- 40 Aanvullend zijn ook effecten bekend van kunstmatige bimodale of trimodale populatie mixen, die door de eigenschappen van de subpopulatie het discriminerend vermogen van de biomarkers onjuist kunnen beïnvloeden (Wolff; Wielders, 2024).

Nieuwe biomarkers

- 5 Naast de oude indirecte biomarkers als MCV, GGT, ASAT en ALAT (indirecte verhoging door cel schade of metabolisme storing na alcoholmisbruik) en de relatief nieuwe marker CDT trekken vooral de nieuwe directe biomarkers (alcohol metabolieten) in bloed, urine en haar-monsters de aandacht.
- 10 Voorbeelden van directe biomarkers zijn ethylglucuronide (EtG) in bloed en urine, fosfatidylethanol (PEth) in bloed en EtG of vetzure ethylesters (FAEES) in haar. Een technische belemmering is dat het meten van de nieuwste biomarkers gecompliceerd is en daardoor buiten het bereik van veel laboratoria valt. Eveneens belangrijk is dat voor onderzoek naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen (dus voor forensisch gebruik)
- 15 naast een goed gevalideerde methode ook terdege onderbouwde en geaccepteerde grenzen aanwezig moeten zijn. Aangezien dit nog niet het geval is, worden PEth, EtG in urine of haaranalyse buiten beschouwing gelaten in deze richtlijn (een korte toelichting wordt gegeven in bijlage 1). EtG in urine kan aanvullend bewijs opleveren voor alcoholgebruik in de voorafgaande 1-3 dagen. Dat is vooral forensisch van belang maar past niet direct bij het
- 20 huidige CBR beleid van toetsen op voortduren van chronisch gebruik. Haaranalyse is nog helemaal niet gestandaardiseerd en kan alleen werken voor inzichten over gebruik over langere perioden van weken-maanden. Voor PEth analyse in volbloed zijn er wel voorstellen maar nog geen consensus. Het meten van alcohol in bloed of in adem wordt niet ingezet bij onderzoek naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen en valt daarmee
- 25 buiten het bestek van deze richtlijn.

Deelvraag 2 - Beslisgrenzen (afkappunten) voor CDT en GGT

Overwegingen bij CDT

- Sinds 2019 zijn de resultaten van alle in Nederland toegelaten methoden gestandaardiseerd, dat wil zeggen herleidbaar naar de IFCC HPLC referentiemethode en leveren daardoor, voor
- 30 hetzelfde monster, vergelijkbare resultaten. De NVKC hanteert de aanbevolen IFCC-bovengrens van het 95% referentiegebied (Schellenberg, 2017) van 1,7% voor de HPLC-referentiemethode, de meetonzekerheid van 0,3 procentpunt en het afkappunt (beslisgrens) van 2,0% voor forensisch gebruik, waaronder begrepen onderzoek naar rijgeschiktheid. Het
- 35 afkappunt 2,0% is dus de hoogste waarde die nog voor kan komen bij de normale populatie, rekening houdend met de meetonzekerheid.

- Bij twijfel of bij dispuut van een uitslag gevonden met een commerciële methode, moet de IFCC-referentiemethode (HPLC volgens Helander, 2003) worden ingezet. De uitslag van de
- 40 referentiemethode is doorslaggevend. Rapportage van CDT-resultaten met de IFCC-referentiemethode of met een daarop gestandaardiseerde commerciële methode is herkenbaar door gebruik van de aanduiding CDT_{IFCC}. Met de introductie van de CDT_{IFCC} is het gebruiken van methode afhankelijke bovengrenzen en afkappunten verleden tijd geworden. De IFCC-standaardisatie, de bijbehorende bovengrens en het afkappunt zijn met ingang van
- 45 2019 overgenomen door het CBR (zie brief CBR aan laboratoria d.d. 14 december 2018). Daarmee ligt vast dat sensitiviteit, specificiteit en diagnostische accuratesse gekoppeld moet zijn aan een CDT_{IFCC} afkappunt van 2,0%. Het hoogste internationale orgaan voor referentiemethoden en methode standaardisatie JCTLM heeft begin 2024 de IFCC HPLC methode als referentie methode erkend.

50

Overwegingen bij GGT

- De GGT-activiteit in serum of plasma wordt gemeten met een colorimetrische methode en glutamyl-carboxy p-nitroanalide als substraat. Aanbevolen wordt de IFCC-methode bij 37°C, dan wel een methode die hiertegen is gestandaardiseerd. Ingevroren monsters zijn een jaar
- 55 stabiel bij -20°C.

5

Wat betreft beslisgrenzen wordt voor GGT uitgegaan van de bovengrens van normaal volgens internationaal IFCC-referentiegebieden onderzoek. Daar bovenop komt voor forensisch gebruik, waaronder inbegrepen onderzoek naar rijgeschiktheid, een gepubliceerde marge voor de meetonzekerheid. Voor de IFCC-methode, uitgevoerd bij 37°C is uitgegaan van internationaal referentie-interval onderzoek (Ceriotti, 2010) plus de meetonzekerheid (9% volgens Zhou, 2018). Ceriotti (2010) vond een referentie interval van 12-68 U/L voor mannen, met 9% meetonzekerheid erbij wordt het afkappunt dan 74 U/L. Voor vrouwen werd een referentie interval van 6-40 U/L gevonden, met 9% meetonzekerheid erbij opgeteld wordt het afkappunt dan 44 U/L.

15

Deelvraag 3 - Wat is de diagnostische accuratesse van de biomarkers CDT en GGT?

Doel bij onderzoek naar rijgeschiktheid is om met grote mate van zekerheid chronisch overmatig gebruik aan te tonen of uit te sluiten. Bij dergelijke forensische metingen is het van belang om het aantal fout-positieven laag te houden. Zowel voor GGT als voor CDT zijn de diagnostische prestaties bij de in deze richtlijn aanbevolen afkappunten zodanig dat er sprake is van een hoge specificiteit en een lage sensitiviteit¹¹.

20

(Evidence to decision framework)

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun naasten/verzorgers)

25

Het type laboratoriumonderzoek wat wordt uitgevoerd betreft geen voorkeursgevoelige beslissing. Dit onderdeel van het evidence to decision framework is daarmee niet van toepassing binnen dit hoofdstuk.

Kostenaspecten

30

Kostenaspecten spelen bij laboratoriumonderzoek naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheid geen rol die van invloed is op de aanbevolen testen. De kosten van het laboratoriumonderzoek met testen zoals GGT en CDT zijn daarnaast verwaarloosbaar ten opzichte van de overige kosten bij rijgeschiktheidskeuringen. PEth wordt wegens gebrek aan standaardisering niet aanbevolen door de werkgroep, echter merkt de werkgroep op dat de kosten voor PEth significant hoger zijn.

35

Aanvaardbaarheid: Ethische aanvaardbaarheid en duurzaamheid

Ethische aspecten en duurzaamheid spelen bij laboratoriumonderzoek naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheid geen rol die van invloed is op de aanbevolen testen.

40

Haalbaarheid

Het is niet de verwachting dat de aanbevelingen tot een toename van het aantal jaarlijkse testen zal leiden. Het beslag op middelen en menskracht lijkt gezien de verwachte gezondheidswinst aanvaardbaar. De diagnostiek is over het algemeen al standaard zorg in

¹¹ De sensitiviteit van een test is het percentage terecht positieve uitslagen onder personen die alcohol misbruiken. De specificiteit van een test is het percentage terecht negatieve testuitslagen onder de personen die geen alcohol misbruiken. Hoe hoger de specificiteit is, hoe beter de test mensen die geen alcohol misbruiken als negatief aanwijst. Een test met lage specificiteit geeft aan veel gezonde/normale deelnemers een afwijkende/te hoge uitslag. Bij onderzoek naar rijgeschiktheid zou dat betekenen dat veel verkeersdeelnemers onterecht de conclusie alcoholmisbruik zouden krijgen, hetgeen ongewenst is. Daarom is het afkappunt verhoogd om de kans op dergelijke fout positieve uitslagen laag te houden.

- 5 de praktijk. De werkgroep voorziet daarom geen belemmeringen rondom praktische, technische, juridische en logistieke aspecten.

Kennisvragen

Europees, multi center:

- Effect transferrine varianten op CDT resultaat bepaald m.b.v. HPLC, CE en N-latex
- Bepalen van optimale cut-off voor gebruik van ETG in urine en Peth in bloed voor detecteren overmatig alcohol gebruik in een multi center studie
- Standaardisatie en validatie voor Peth en Etg. Daarna is nog erkenning bij IFCC en JCTLM gewenst

5

10

Literatuur

- Aboutara N, Müller A, Jungen H, Szewczyk A, van R  th V, Bertram F, P  schel K, Heinrich F, Iwersen-Bergmann S. Investigating the use of PEth, CDT and MCV to evaluate alcohol consumption in a cohort of homeless individuals- A comparison of different alcohol biomarkers. *Forensic Sci Int.* 2022 Feb;331:111147. doi: 10.1016/j.forsciint.2021.111147. Epub 2021 Dec 10. PMID: 34920332.
- Archer M, Kampman O, Bloigu A, Bloigu R, Luoto K, Kultti J, H  m  l  inen M, Moilanen E, Leinonen E, Niemel   O. Assessment of alcohol consumption in depression follow-up using self-reports and blood measures including inflammatory biomarkers. *Alcohol Alcohol.* 2019 May 1;54(3):243-250. doi: 10.1093/alcalc/agz002. PMID: 30809628.
- Bergstr  m JP, Helander A. Clinical characteristics of carbohydrate-deficient transferrin (%disialotransferrin) measured by HPLC: sensitivity, specificity, gender effects, and relationship with other alcohol biomarkers. *Alcohol Alcohol.* 2008 Jul-Aug;43(4):436-41. doi: 10.1093/alcalc/agn017. Epub 2008 Apr 14. PMID: 18411243.
- G  ttgens EL, Haverkate L, Langelaan M, Lunshof S, Joosen AMCP, van Gammeren AJ, Remijn JA, Ermens AAM, Jacobs LHJ. Defining trimester-specific reference intervals for carbohydrate deficient transferrin in pregnant women. *Clin Chim Acta.* 2024 Feb 1;554:117748. doi: 10.1016/j.cca.2023.117748. Epub 2023 Dec 28. PMID: 38158004.
- Kenan N, Larsson A, Axelsson O, Helander A. Changes in transferrin glycosylation during pregnancy may lead to false-positive carbohydrate-deficient transferrin (CDT) results in testing for riskful alcohol consumption. *Clin Chim Acta.* 2011 Jan 14;412(1-2):129-33.
- Kharbouche H, Faouzi M, Sanchez N, Daepfen JB, Augsburg M, Mangin P, Staub C, Sporkert F. Diagnostic performance of ethyl glucuronide in hair for the investigation of alcohol drinking behavior: a comparison with traditional biomarkers. *Int J Legal Med.* 2012 Mar;126(2):243-50. doi: 10.1007/s00414-011-0619-9. Epub 2011 Sep 11. PMID: 21910015.
- McDonald H, Borinskya S, Kiryanov N, Gil A, Helander A, Leon DA. Comparative performance of biomarkers of alcohol consumption in a population sample of working-aged men in Russia: the Izhevsk Family Study. *Addiction.* 2013 Sep;108(9):1579-89. doi: 10.1111/add.12251. Epub 2013 Jul 5. PMID: 23692391; PMCID: PMC3992900.
- O'Flaherty R, Simon   , Alonso-Sampedro M, S  nchez-Bat  n S, Fern  ndez-Merino C, Gude F, Saldo   R, Gonz  lez-Quintela A. Changes in Serum N-Glycome for Risk Drinkers: A Comparison with Standard Markers for Alcohol Abuse in Men and Women. *Biomolecules.* 2022 Feb 1;12(2):241. doi: 10.3390/biom12020241. PMID: 35204742; PMCID: PMC8961540.
- Pirro V, Valente V, Oliveri P, De Bernardis A, Salomone A, Vincenti M. Chemometric evaluation of nine alcohol biomarkers in a large population of clinically-classified subjects: pre-eminence of ethyl glucuronide concentration in hair for confirmatory classification. *Anal Bioanal Chem.* 2011 Oct;401(7):2153-64. doi: 10.1007/s00216-011-5314-7. Epub 2011 Sep 4. PMID: 21901464.
- Wielders J, Helander A, Deenmamode J, Weykamp C, Schellenberg F; IFCC Working Group CDT (December 2024). Biomarkers for Harmful Alcohol Use should be Reliable, Standardised, and Traceable: Only the CDT reference method has been approved by JCTLM and IFCC. *EJIFCC.* 2025 Feb 28;36(1):3-6. PMID: 40061061; PMCID: PMC11886621.

Module 8 - Afweging van de onderzoeksbevindingen bij alcoholmisbruik

Uitgangsvraag

- 5 Hoe worden de onderzoeksbevindingen door de psychiater afgewogen om alcoholmisbruik aan te tonen in het kader van onderzoek naar rijgeschiktheidskeuringen?

Aanbevelingen

Zorg in de rapportage dat het vaststellen van alcoholmisbruik gebaseerd is op een onderzoek dat ten minste bestaat uit:

- Gegevens vanuit de aanhoudings- en/of eventuele voorgeschiedenis (in het kader van rijgeschiktheid);
- De anamnese;
- Het psychiatrisch onderzoek;
- Het lichamelijk onderzoek;
- Het laboratoriumonderzoek;
- Eventueel benodigde aanvullende informatie

Zorg er als beoordelend psychiater voor dat de laboratoriumuitslagen bekend zijn tijdens het onderzoek.

Zorg voor een zorgvuldige onderbouwing van de diagnose 'alcoholmisbruik conform DSM 5' danwel de diagnose 'alcoholmisbruik op grond van alle klinische gegevens'. Daarbij dient de conclusie alcoholmisbruik goed en specifiek op de casus van toepassing te zijn, en te zijn onderbouwd zonder dat er ruimte is voor andere interpretaties of te vage algemeenheden.

Vermeld in geval van een diagnose alcoholmisbruik in het kader van de Mededelingenprocedure of er sprake is van een stopdatum.

Vermeld in geval van een diagnose alcoholmisbruik in het kader van de gezondheidsverklaringprocedure of er sprake dient te zijn van een termijnbeperking.

Achtergrond

- 10 Besturen van een voertuig onder invloed van alcohol verhoogt de kans op betrokkenheid bij verkeersongevallen. Het aantal doden en gewonden in Nederland als gevolg van alcoholgebruik in het verkeer is niet precies vast te stellen, omdat er niet altijd op alcohol wordt getest (SWOV, 2023). In 2015 vielen er in Nederland ongeveer 75 tot
- 15 140 verkeersdoden als gevolg van alcoholgebruik (SWOV, 2016). In totaal vielen er in 2024 675 verkeersdoden in Nederland, wat een lichte daling is ten opzichte van 2023. Van de 25.000 verkeersdoden per jaar in de Europese Unie zijn naar schatting 5.000 doden het gevolg van alcohol. Dit verklaart waarom de Europese Unie en alle lidstaten zich intensief bezighouden met de verkeersveiligheid en het reguleren van alcoholgebruik door bestuurders. Zo gelden voor alle lidstaten dezelfde eisen voor het rijbewijs (Richtlijn
- 20 2006/126/EG van het Europees Parlement en de Raad van 20 december 2006 betreffende het rijbewijs). Voorts hebben alle lidstaten bij wet beperkingen gesteld aan de hoeveelheid alcohol die bestuurders van voertuigen mogen gebruiken. Deze wetgeving van de lidstaten richt zich op zowel de aanvragers van een rijbewijs als de bezitters van een rijbewijs, die onder invloed van alcohol worden aangehouden.
- 25

Search and select

Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse met PICO en GRADE beoordeling verricht, omdat het karakter van deze vraag zich niet goed leent voor beantwoording door middel van een systematische review van origineel wetenschappelijk onderzoek.

Methode

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de commissie (zie literatuurlijst).

Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

1. Gegevens vanuit het keuringsverzoek

a. De voorgeschiedenis van de aanhouding(en)

In de afweging hier telt onder andere mee of betrokkene al eerder - kort of langer tevoren - één of meerdere keren is aangehouden met alcohol in het verkeer. Zo ja, met welk(e) promillage(s). Twee (of meer) aanhoudingen binnen een jaar vormen een zeer zwaarwegende factor: hier is sprake van het gevaarscriterium in de DSM 5. Had betrokkende al een (L)EMA-cursus gedaan voorafgaande aan de aanhouding? Is er al eerder een onderzoek naar alcoholmisbruik in het kader van een rijgeschiktheidskeuring geweest en, zo ja, wat waren de feiten daarin en wat was de uitslag daarvan; zit betrokkene reeds in een termijnbeperkingsperiode?

b. De aanhouding zelf

Naast het promillage en de eventuele verdere gegevens zoals deze door het CBR zijn aangeleverd, worden uit de anamnese gegevens verkregen: het verhaal van betrokkene over de aanhouding, de omstandigheden, het voorafgaande alcoholgebruik. Hierbij is van belang hoe deze gegevens zich tot elkaar verhouden tot de overige gegevens uit het onderzoek; geloofwaardigheid, verantwoordelijkheidsgevoel en **consistentie van het betoog** van betrokkene spelen immers alle een belangrijke rol. Als er inconsistenties tussen de gegevens zijn dan dienen die geleid te hebben tot -face-to face- confrontaties en heldere conclusies daarop gebaseerd.

Indien sprake is van een onderzoek in het kader van een gezondheidsverklaring zal de nadruk niet direct liggen op voorafgaande aanhouding(en) maar op het alcoholgebruik in de vereiste recidiefvrije periode van een of drie jaar; ook zal in dat geval een onderbouwd advies moeten worden gegeven over een eventuele termijnbeperking (zie de module '[Anamnese](#)').

2. De anamnese

a. De speciële alcoholanamnese van betrokkene over de periode voorafgaande aan de aanhouding

Voor de DSM-5 wordt in de rapportage - per definitie - een aan de aanhouding voorafgaande periode van één jaar gehanteerd. Voor de overige delen van de anamnese baseert de psychiater zich op lifetime gegevens. Uiteraard is van groot belang of sprake is van overmatig drankgebruik in de periode voorafgaand aan de aanhouding.

b. De alcoholanamnese van betrokkene over de periode ná de aanhouding

Het betreft hier de periode tussen de aanhouding en het onderzoek, dat meestal enkele maanden later dan de aanhouding plaatsvindt. Hier gaat het om te bepalen of volgens betrokkene sprake is van het stoppen van het overmatig drankgebruik, indien sprake was van alcoholmisbruik ten tijde of voorafgaand aan de laatste aanhouding. Ook hier is weer van

belang of de verkregen gegevens consistent en geloofwaardig zijn in het licht van de overige bevindingen van het onderzoek, in het bijzonder de bevindingen bij lichamelijk en laboratoriumonderzoek. Bij inconsistenties moet betrokkene daar tijdens het onderzoek mee worden geconfronteerd; vandaar dat het van belang is dat ten tijde van het onderzoek de laboratoriumuitslagen bekend zijn. Het mag niet zo zijn dat het onderzoek en de bloedafname op dezelfde dag door de psychiater worden gepland aangezien dan de labuitslagen niet bekend zijn tijdens het onderzoek en een eventuele confrontatie ermee niet face-to face- kan plaatsvinden. Als die uitslagen niet beschikbaar zijn tijdens het onderzoek dan dient -in geval van afwijkingen) een eventuele confrontatie alsnog plaats te vinden; het onderzoek is immers onaf zonder die confrontatie en daaruit volgende conclusie(s).

c. De psychiatrische anamnese

Komen er uit de psychiatrische anamnese feiten naar voren die aanleiding kunnen geven tot alcoholmisbruik? Of zijn er psychische klachten die het gevolg daarvan kunnen zijn? Of zijn er (al eerder bestaande) psychische klachten waarbij overmatig alcoholgebruik schadelijk of onderhoudend kan zijn. Is er een psychiatrische diagnose bij betrokkene bekend of te vermoeden? Is er sprake van drugsgebruik? De combinatie van alcohol- en drugsgebruik verdient eventueel (in elk geval anamnestic en laboratorium) aanvullend onderzoek, en mogelijk zelfs een aparte paragraaf in de rapportage.

d. Somatische anamnese

Komen er uit de somatische anamnese feiten die aanwijzingen vormen voor alcoholmisbruik? Is er sprake van (al eerder bestaande) lichamelijke klachten waarbij overmatig alcoholgebruik schadelijk kan zijn voor de lichamelijke toestand van betrokkene? Is er een (al eerder bestaande) lichamelijke ziekte met een relatie tot overmatig alcoholgebruik, waarmee in de beoordeling rekening moet worden gehouden of waarover nadere informatie opgevraagd dient te worden?

e. Medicatie

- Is er sprake van medicijngebruik waardoor de combinatie met alcohol niet aangewezen is of het gebruik van al dan niet overmatige hoeveelheden alcohol de gezondheid schaadt of kan schaden?
- Heeft de betrokkene een advies van de huis- of behandelend arts gehad om geen alcohol te gebruiken? Zie voor medicijngebruik dat effect kan hebben op het ingezette laboratoriumonderzoek module 7 'Laboratoriumonderzoek'.

f. Biografische anamnese

Komen er uit de biografische anamnese items naar voren die te maken kunnen hebben met alcoholgebruik. Is er familiale belasting voor alcoholmisbruik?

g. Sociale anamnese

Komen er uit de sociale anamnese (opleiding, werk, relaties, financiën, huisvesting) factoren die in combinatie met overmatig alcoholgebruik schadelijk zijn of problemen hebben opgeleverd?

h. DSM-5 criteria aangaande de periode van een jaar voorafgaande aan de aanhouding

De onderzoekend psychiater gaat in het onderzoek expliciet de DSM-5 items na en geeft daarvan blijk in de rapportage en beoordeelt of er sprake is van een stoornis in het gebruik van alcohol volgens de criteria van de DSM-5 en tot een classificatie binnen het DSM-systeem leidt.

De conclusie uit dit item is: al dan niet een stoornis in het gebruik van middelen op grond van de DSM-5 (alcohol) en zo ja, uitgedrukt in de mate van ernst:

Geen: 0 tot 1 symptoom

Licht: 2 tot 3 symptomen

5 *Matig: 4 tot 5 symptomen*

Ernstig: 6 of meer symptomen

Zoals beschreven in de inleiding en de module '[Anamnese](#)' behoeven de vaststelling alcoholmisbruik (op grond van alle gegevens) en de classificatie niet altijd overeen te komen.

10 Dit omdat de beoordeling van de vaststelling van alcoholmisbruik in het kader van onderzoek naar de rijgeschiktheid meer omvat dan alleen gericht op een DSM-classificatie. Dit betekent dat de psychiater op grond van zorgvuldig onderzoek, tot het oordeel alcoholmisbruik kan komen, terwijl de optelsom van de DSM-5 criteria onvoldoende is voor de classificatie 'stoornis in het gebruik van alcohol'. In dat geval kan sprake zijn van 'alcoholmisbruik op
15 grond van alle klinische gegevens'

3. Psychiatrisch onderzoek

In de module '[Anamnese](#)' is beschreven welke items de psychiater nagaat tijdens het psychiatrisch onderzoek. Naast de gebruikelijke items zoals vermeld, wordt in het bijzonder
20 aandacht besteed aan de consistentie en geloofwaardigheid van de anamnese, de attitude van betrokkene ten aanzien van de aanhouding(en) en diens houding ten opzichte van het alcoholgebruik voorafgaande aan en volgend op de aanhouding(en), de beheersing van het alcoholgebruik, besef en inzicht in de risico's van alcoholgebruik en het verantwoordelijkheidsgevoel. De focus is hier (uiteraard) een inschatting van het risico op
25 herhaling van alcoholmisbruik in combinatie met verkeersdeelname.

4. Lichamelijk onderzoek

Lichamelijk onderzoek kan aanwijzingen opleveren voor alcoholmisbruik (zie de module '[Lichamelijk onderzoek](#)'): uiterlijke kenmerken van betrokkene, maar ook bijvoorbeeld een
30 vergrote lever en een hoge bloeddruk. Voor de juiste interpretatie van de uit de genoemde delen van het onderzoek verkregen gegevens kunnen lengte en gewicht en al dan niet dagelijks nicotinegebruik van belang zijn.

35 Mochten er uit het lichamelijk onderzoek feiten of bevindingen komen die een mogelijk of duidelijk gezondheidsrisico voor betrokkene betreffen en verdere actie behoeven kan betrokkene geadviseerd worden hierover contact op te nemen met de huisarts; uiteraard is dat vervolgens de primaire verantwoordelijkheid van betrokkene.

5. Laboratoriumonderzoek

40 In de module '[Laboratorium onderzoek](#)' is beschreven dat de psychiater CDT en GGT laat bepalen door het laboratorium. De uitslagen moeten gezien de confrontatie-eisen tijdens het onderzoek aanwezig zijn; althans er moet aantoonbaar naar gestreefd zijn. Dat betekent dus dat bloedafname niet tijdens het onderzoek mag worden gepland (hoe 'sympatiek' dat ook lijkt voor de betrokkene). En als de uitslagen er niet zijn tijdens het onderzoek zal zeker
45 achteraf confrontatie moeten plaatsvinden als de uitslagen daar ook maar enigszins aanleiding toe geven.

50 Naast de correcte interpretatie van de uitslagen gaat het vervolgens om de weging van deze gegevens in het licht van de overige onderzoeksgegevens. Hierbij spelen consistentie en geloofwaardigheid van de anamnese een rol, met name natuurlijk als de laboratoriumuitslagen wijzen op alcoholmisbruik en in de anamnese overmatig

alcoholgebruik wordt ontkend. Hierbij dient opgemerkt te worden dat daar waar afwijkende laboratoriumresultaten een aanwijzing of sterke aanduiding kunnen vormen voor alcoholmisbruik de omgekeerde redenering voorzichtig gehanteerd moet worden. Niet-afwijkende laboratoriumresultaten pleiten niet altijd tegen het vaststellen van alcoholmisbruik omdat een periode van minimaal een week alcohol abstinentie (voorafgaand aan de bloedafname) kan leiden tot normalisering van de waarden.¹²

De betrokkene dient - zoals gezegd – tijdens het onderzoek door de psychiater geconfronteerd te kunnen worden met afwijkende uitslagen, het resultaat van die confrontatie kan nieuwe gegevens opleveren. Ook kunnen anamnestiche of via de behandelend arts van betrokkene verkregen gegevens over een bestaande lichamelijke ziekte van belang zijn die mogelijk afwijkende laboratoriumuitslagen kunnen verklaren.

Mochten er uit het laboratoriumonderzoek feiten of bevindingen komen die een mogelijk of duidelijk gezondheidsrisico voor betrokkene betreffen en verdere actie behoeven behoort betrokkene geadviseerd te worden hierover contact op te nemen met de huisarts; uiteraard is dat vervolgens de primaire verantwoordelijkheid van betrokkene.

6. Aanvullend onderzoek

Indien daar aanleiding toe is kan de onderzoekend psychiater aanvullend onderzoek gelasten of aanvullende informatie opvragen.

Zo kan bijvoorbeeld een hetero-anamnese gevraagd worden van een familielid. De onderzoekend psychiater kan, aan de hand van een gerichte vraagstelling, ook aanvullende informatie opvragen (mondeling of schriftelijk) van de huisarts, een specialist (bijvoorbeeld bij leverziekte), een instelling voor verslavingszorg (bijvoorbeeld in geval van een behandeling wegens alcoholmisbruik), een behandelend psycholoog of psychiater indien daar sprake van is of indien daar aanleiding toe is.

Een neuro-psychologisch onderzoek kan worden gevraagd indien bijvoorbeeld aan de verstandelijke vermogens van betrokkene wordt getwijfeld of er aanwijzingen zijn voor cognitieve defecten (bijvoorbeeld de ziekte van Korsakov) of andere psychische aandoeningen.

Uiteraard kan het opvragen van informatie of gelasten van nader onderzoek uitsluitend gebeuren met toestemming van betrokkene, terwijl het weigeren daaraan mee te werken gevolgen kan hebben voor het oordeel of het advies.

Indien betrokkene onvoldoende meewerkt aan het onderzoek zal het CBR in het algemeen tot een negatief oordeel besluiten. Het CBR neemt dan een besluit tot ongeldigverklaring van het rijbewijs vanwege het niet voldoende meewerken aan het onderzoek (mededelingsprocedure) of gaat niet over tot afgifte van een verklaring van Geschiktheid (in de gezondheidsverklaringsprocedure) omdat er geen volledige rapportage aangeleverd wordt.

Samenvattend

Voor het vaststellen van alcoholmisbruik, zoals in de wet bedoeld (en eventueel een advies van de onderzoekend psychiater over de rijgeschiktheid van de betrokkene vanwege alcoholmisbruik) is een compleet onderzoek nodig in fysieke aanwezigheid van de

¹² ABRvS 24 april 2019, ECLI:NL:RVS:2019:1339

betrokkene (dus niet met beeldbellen/telefonisch). Dat onderzoek bestaat uit een aantal onderdelen. Zoals in deze module inzichtelijk is gemaakt wordt het oordeel overalcoholmisbruik gebaseerd op een afweging van de bevindingen van deze onderdelen. De conclusie 'alcoholmisbruik op grond van alle klinische gegevens' en/of 'alcoholmisbruik conform de DSM 5' is daarbij het resultaat van de totaal-overweging waarbij de afzonderlijke gegevens steeds in het licht van andere gegevens zijn afgewogen en gezien.

5

Er zijn situaties waarin alcoholmisbruik duidelijk is, maar in bepaalde cases zal het beeld niet direct duidelijk zijn. Dan is er geen zwart/wit situatie en zal de psychiater zijn oordeel moeten baseren op feiten en bevindingen die aan beide kanten van de overwegingsbalans gewicht leggen. In dit kader is een recente uitspraak van de Raad van State van belang: De afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State is van oordeel dat voor het vaststellen van alcoholmisbruik minstens twee omstandigheden moeten worden aangewezen.¹³

10

Al met al: zorgvuldig onderzoek, het wegen van bevindingen, het in samenhang beschouwen ervan, veel en regelmatige ervaring en een strenge opstelling en beoordeling zijn dan de noodzakelijke ingrediënten. In het belang van de verkeersveiligheid voor allen, is de focus van het onderzoek het risico op herhaling van overmatig alcoholgebruik tijdens verkeersdeelname bij de betrokkene, blijkend uit minstens twee ondersteunende omstandigheden.¹⁴

15

20

Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van het bewijs kon niet worden vastgesteld.

25

Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun naasten/verzorgers)

De afweging van onderzoeksbevindingen naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen betreffen geen voorkeursgevoelige beslissing. Dit oordeel is louter aan de psychiater. Dit onderdeel van het evidence to decision framework is daarmee niet van toepassing binnen dit hoofdstuk.

30

Kostenaspecten

Kostenaspecten spelen bij de afweging van onderzoeksbevindingen naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen geen rol die van invloed is op deze afweging.

35

Aanvaardbaarheid: Ethische aanvaardbaarheid en duurzaamheid

Ethische aspecten en duurzaamheid spelen bij de afweging van onderzoeksbevindingen naar alcoholmisbruik in het kader van rijgeschiktheidskeuringen geen rol die van invloed is op deze afweging.

¹³ Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State 12 juni 2019, zaaknr. 201803925/1/A2, ECLI: NL:RVS: 2019:1893

¹⁴ ABRvS 24 april 2019, ECLI:NL:RVS:2019:1339.

Voorbeeld 1: enkel het feit van een verhoogd promillage bij een eenmalige aanhouding is niet genoeg voor een conclusie alcoholmisbruik maar als er sprake is van persistentie en/of specifieke afwijkingen bij laboratorium-onderzoek zijn er twee (of meer) omstandigheden.

Voorbeeld 2: een aanhouding wegens het rijden onder invloed nadat eerder EMA is opgelegd vormt op zichzelf onvoldoende grond voor de conclusie alcoholmisbruik. Er moeten ondersteunende elementen zijn.

- Een belangrijke ethische kanttekening die de werkgroep hierbij wil plaatsen is dat de onderzoekend psychiater zich houdt aan de algemeen geldende normen en waarden zoals toegepast in de medisch specialistische rapportage (en de daartoe leidende onderzoeken) in het algemeen (zie ook, richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Medisch Specialist, 2024). Hierin staat onder andere dat het resultaat van de confrontaties met betrokkene naar aanleiding van conflicterende gegevens moet worden vermeld, zie onder.
- 5

Confrontatie met betrokkene in het kader van de rijgeschiktheidskeuringen is zeker nodig als:

1. Er een discrepantie is tussen de anamnese met betrekking tot het alcoholgebruik voorafgaande aan de aanhouding en het vastgestelde promillage;
2. Er een discrepantie is tussen het vastgestelde promillage en het effect van alcohol op betrokkene (B) ten tijde van de aanhouding: is deze discrepantie te verklaren door tolerantie voor alcohol? (Zo ja, dan dient de vraag te worden beantwoord hoe deze tolerantie is ontstaan?);
3. Er een discrepantie is tussen de eventueel vastgestelde tolerantie voor alcohol en het reguliere alcoholgebruik van B?;
4. Er een discrepantie is tussen het effect van alcohol op B tijdens aanhouding en het anamnestic reguliere alcoholgebruik van B, of;
5. Er een discrepantie is tussen afwijkende laboratoriumuitslagen en het anamnestic reguliere alcoholgebruik van B.

10 Haalbaarheid

Mogelijk zullen de aanbevelingen leiden tot logistieke uitdagingen, zoals de planning van het laboratoriumonderzoek dat bekend is voordat de daadwerkelijke beoordeling van de psychiater plaatsvindt. De werkgroep achter echter dit niet opweegt tegen de winst in kwaliteit.

15

Kennisvragen

Tijdens de ontwikkeling van deze module is gebleken dat er binnen deze module geen kennisvragen zijn.

Literatuur

SWOV (2016). In 2015 75 tot 140 verkeersdoden als gevolg van alcohol. SWOV. Geraadpleegd 28-05-2021 op <https://www.swov.nl/nieuws/2015-75-tot-140-verkeersdoden-alsgevolg-van-alcohol>.

SWOV (2023). *Rijden onder invloed van alcohol*. SWOV-factsheet, september 2023. SWOV, Den Haag.