

## Inleiding

Het CBR loopt in de praktijk vast met de periodieke medische keuringen van mensen met bepaalde (chronische) aandoeningen en 75+ers. Er is een overleg gepland tussen CBR en enkele betrokken patiëntenverenigingen op 21 januari a.s. bij de Patiëntenfederatie om mee te denken en bij te dragen aan goede oplossingen. Voorafgaand aan dit overleg -onderstaand- een bijdrage namens de ApneuVereniging aan deze discussie met een achtergrondanalyse en constructieve voorstellen voor oplossingen. Deze zijn primair geëxpliciteerd vanuit de insteek slaapapneu. Diverse elementen zijn waarschijnlijk echter (deels) ook van toepassing op andere chronische ziekten met rijgeschiktheidsaspecten.

### **Probleemstelling**

Demografische veranderingen qua leeftijdsopbouw én ontwikkelingen in verloop en behandeling van chronische ziekten in Nederland zoals slaapapneu (maar bijvoorbeeld ook diabetes e.v.a.) veroorzaken een grote toename van het aantal mensen dat een periodieke rijbewijskeuring moet ondergaan. Kennelijk wordt daardoor de balans verstoord tussen het aantal mensen dat volgens de huidige CBR-formule een medische (her-)keuring moet ondergaan en de realiseerbare keuringscapaciteit met de beschikbare middelen bij het CBR.

## 1. Slaapapneu en rijgeschiktheid

### **Prevalentie**

Slaapapneu is chronische aandoening met nog maar een relatief kort erkende medische status. (Al is achteraf herkend dat ook Napoleon hieraan leed ©!). In 2010 werden er ca. 120.000 mensen in Nederland behandeld voor slaapapneu. Onderzoek in 2010 door de Universiteit Twente en de Stichting ApneuResearch (gelieerd aan de ApneuVereniging) onder een groep van 14.000 personen indicieerden dat *vier op de vijf* mensen, waarvan werd bij dit onderzoek werd vastgesteld dat ze daadwerkelijk slaapapneu hadden, dat voorafgaand aan dit onderzoek zelf niet wisten. Mede op grond van deze statistiek werd geconcludeerd dat het totaal aantal mensen dat zal lijden aan apneu in Nederland tenminste rond de 600.000+ zal liggen. De prevalentie in Nederland van slaapapneu komt daarmee op 3% van de bevolking. Dit is aan de onderkant van internationale cijfers uit de literatuur (3-6%).

In het afgelopen decennium is de landelijke diagnose capaciteit voor slaapapneu geleidelijk uitgebreid naar ca. 60.000 PSG/PG-onderzoeken per jaar. Uit het tweejaarlijkse onderzoek van de ApneuVereniging en onderzoeksbureau Kantar onder alle slaapklinieken- bleek dat er in het jaar 2018 ca. 40.000 nieuwe patiënten gediagnosticeerd werden met apneu. Inmiddels worden er ca. 300.000 mensen behandeld voor slaapapneu.

Recent zijn er nieuwe detectiemethoden voor slaapapneu in gebruik genomen die sneller en goedkoper kunnen worden ingezet dan de gouden diagnose standaard (klinische polysomnografie). Ook de bewustwording van slaapapneu bij het publiek is de laatste jaren aanmerkelijk toegenomen. Enkele zorgverzekeraars gaan in samenwerking met bedrijven proactief screenen op apneu onder risico-groepen als beroepschauffeurs, piloten, operators in grootindustrie e.a. Mede hierdoor zullen de aantallen patiënten die behandeld worden nog sterker toenemen.

N.B. Maatschappelijk gezien zijn de kosten van medische behandeling van slaapapneu vergaand ondergeschikt aan de kosten die langdurig onbehandelde apneu in de samenleving met zich meebrengt.

### **Risicobeoordeling slaapapneu op rijgeschiktheid**

Onbehandelde ernstige en matige slaapapneu patiënten kunnen onbedoeld overdag in slaap vallen en zijn daarmee een zekere risicofactor voor zichzelf en anderen in het verkeer en bij de uitoefening van 'gevaarlijke' beroepen. Met succes behandelde apneu patiënten daarentegen vormen ten opzichte van de doorsnee populatie geen verhoogd of zelfs een verlaagd risico op in slaap vallen overdag. Herhaalde onderzoeken van de ApneuVereniging en Kantar onder grote groepen apneupatiënten in Nederland (2019: n=5.315) geeft aan dat in hun perceptie de kwaliteit van leven en hun functioneren overdag door de apneubehandeling sterk is toegenomen (gemiddeld van 5 naar 8 op schaal 1-10).

### Beoordelingsprocedure slaapapneu door CBR

De wetgever heeft aan het CBR opdrachten verstrekt om 'rijgeschiktheid te toetsen. Het betreft zowel op vaardigheid om te gaan met voertuigen in het verkeer (rechtstreeks beoordeeld door CBR-examinator) als op medische beperkingen daarbij (getrapt via eigen verklaring, externe keuringsartsen en een eindbeoordeling via een administratieve procedure door CBR-medisch specialisten). Er wordt onderscheid gemaakt tussen personen rijbewijzen A, B en de professionele rijbewijzen C, D)

De huidige CBR-procedure laat de in aantal en potentieel gevaar belangrijkste risicogroep "onbehandelde mensen met de slaapapneu" vergaand buiten beschouwing en richt zich nagenoeg geheel op reeds 'bekende' apneu patiënten, onder meer met frequente periodieke medische controles. Bij deze controle staat de beoordeling door een erkende slaapspecialist centraal. In de praktijk van alledag zijn echter verreweg de meeste mensen die na een aangeslagen therapie langdurig (vaak levenslang) dagelijks apneuhulpmiddelen gebruiken niet langer onder behandeling van een slaapspecialist. Het is niet nodig voor de goed ingestelde patiënt. Periodieke hercontroles voor iedereen met apneu door een specialist zouden een onevenredig groot deel van de beschikbare capaciteit onttrekken die nodig is voor de veel belangrijkere eerste diagnoses en nabehandeling van eventuele probleemgevallen. Langdurige specialistische behandeling bij slaapapneu (als chronische aandoening) is voorts niet gebruikelijk vanwege noodzakelijke kostenbeheersing in de zorg, werkt dus uit oogpunt van verkeersveiligheid contraproductief en is daarom ook uit maatschappelijke invalshoek ongewenst.

De huidige, overigens vrij ruim gestelde CBR-grens van AHI = 15 staat in de nieuwe [2018] slaapapneu richtlijn onder druk. Daarbij komt dat een slaapspecialist geen instrumenten heeft om bij een ingestelde patiënt de slaperigheid overdag rechtstreeks te meten. De specialist moet nu meer af gaan op de verklaringen daarover van de patiënt zelf over zijn daadwerkelijke ervaringen daarmee. Maar een patiënt die bijvoorbeeld een cpap therapie volgt, ziet zelf wel iedere ochtend exact hoe lang en hoe effectief de behandeling tijdens de nacht heeft gewerkt.

In Nederland zijn er voor de grote rijbewijzen C, E (bus, vrachtwagen) drie regelmatig terugkerende verplichtingen gesteld ten aanzien van de (verlenging) van de rijbevoegdheid/rijgeschiktheid.

- (1) Geldig rijbewijs
- (2) Code 95 bepaling betreffende rijervaring/nascholing
- (3) Eigen medische verklaring/medische keuring.

Een veelgehoorde klacht is dat deze drie stappen niet altijd synchroon lopen.

In België gelden minder strenge beperkingen voor rijbevoegdheid van slaapapneu patiënten dan in Nederland. Men is daar weer na een effectieve behandeling van 1 maand (rijbewijs categorie A, B) resp. 2 maanden (categorie C, E) weer rijbevoegd, eenmalig voor twee jaar, daarna voor 5 jaar.

Ook in Duitsland gelden ruimere voorwaarden. Rijbewijzen in cat. A, B zijn 15 jaar geldig, Rijbewijzen cat. C, D moeten om de 5 jaar worden vernieuwd.

## **2. Omgevingsontwikkelingen algemeen**

Een groot deel van de medische gerichte activiteiten van het CBR zijn gericht op chronische aandoeningen met een risico op abnormaal ernstig verlies van reactievermogen met het oogmerk de risico's voor verkeersdeelnemers op ongevallen te beperken. Periodieke (her-)keuringen per jaar of per drie jaar zijn echter momentopnamen en maken het een relatief grofmazig instrument.

Moderne personenauto's en andere voertuigen worden al volop uitgerust met voorzieningen die automatisch ingrijpen bij onbedoelde veranderingen van rijbaan, onvoldoende afstand houden van voorliggers, door tijdig stoppen voor obstakels etc. Ook zijn er daadwerkelijk instrumenten beschikbaar die door gezichtsherkenning effectief reageren op bestuurders die dreigen in slaap te vallen of hun concentratie te verliezen, of dat nu een medische reden heeft of door afleiding of onoplettendheid om welke reden dan ook. Om nog niet te spreken over automatisch rijdende auto's die nu al in een gevorderd proefstadium verkeren. Deze kosteneffectieve ontwikkelingen die zich in snel tempo doorzetten zijn -real time- continu tijdens het rijden actief en zullen binnen zeer afzienbare tijd daardoor een veel groter en breder effect hebben op de verkeersveiligheid dan de huidige momentopnamen van de periodieke CBR (her-)keuringen op de onderhavige chronische aandoeningen.

### 3. Conclusies en aanbevelingen

- 3.1. Gezien voorgaand genoemde ontwikkelingen wat demografie in prevalentie van chronische aandoeningen en verdere omgevingsontwikkelingen betreft, is het maatschappelijk stellig weinig effectief om in een ongewijzigd beleid alleen de CBR-capaciteit voor beoordeling van medische keuringen uit te breiden door het onttrekken van die gekwalificeerde medici aan de directe zorg, die om dezelfde redenen ook al onder grote en door vergrijzing verder toenemende maatschappelijke druk staat.
- 3.2. In een langetermijnvisie heeft het wellicht zin te overwegen het hele instrument van indirecte medische keuringen in het licht van de genoemde ontwikkelingen (mogelijk per aandoening) terug te brengen tot een eigen verklaring. (Dit zou voor alle onderhavige chronische aandoeningen apart bekeken moeten worden). Wellicht is hiervoor een wetswijziging nodig.
- 3.3. Als effectieve oplossing op korte termijn voor slaapapneu (maar andere chronische aandoeningen wellicht niet uitgezonderd) stellen wij onderstaande regeling voor die een viervoudige 'winst' kan opleveren, voor zowel (1) de huidige CBR-problematiek, voor de (2) verkeersveiligheid in het algemeen, (3) voor chronische patiënten individueel en (4) wat de maatschappelijke kosten betreft. Deze regeling houdt in...

#### Stap 1

Ga -net als nu- uit van de eigen medische verklaring volgens de huidige procedures.

#### Stap 2

Wacht -net als nu- voor categorieën A, B op een verslag door de actief behandelende slaapgeneeskundige specialist na een diagnose dat de patiënt effectief een voorgeschreven therapie volgt en weer rijgeschikt is. *Het risico wordt ook tijdens deze instellingsfase al verminderd. "Een gewaarschuwd mens telt voor twee".*

Voor de rijbewijzen in categorie C (risico voor vele andere personen in hetzelfde voertuig) en D (voertuigen met groot impactrisico) kan eenmalig een rijbeperking tijdens de instelfase opportuun zijn.

#### Stap 3

Geef daarna een rijbewijs af voor de dezelfde periode als gebruikelijk is voor de betreffende rijbewijzen zónder een medische aandoening. *Dit verlaagt de drempel om de aandoening te melden bij de medische verklaring en bevordert de tijdige diagnose. Een enkele extra momentopname tussen twee rijbewijsverleningen in voegt weinig extra zekerheid toe.*

- Dus voor categorieën A, B voor 10 of 5 jaar.
- Voor cat. C en D voor 5 jaar.
- Synchroniseer de tijdstippen voor de medische verklaring met Code 95 verklaring, en verlenging rijbewijs tot een (1) enkele integrale procedure.

#### Stap 4

Herhaal deze stappen in dezelfde frequentie als de gebruikelijke verlengingen

#### *Voorts:*

Bekijk alle voor rijgeschiktheid in aanmerking komende chronische aandoeningen op dezelfde wijze. Begin met de meest voorkomende aandoeningen vanwege de statistisch grotere effecten.