

Toelichting op de OPS observatiemethode

De OPS is geen lijst met vragen die u aan de keurling stelt, maar een hulpmiddel om de keurling te observeren en te scoren op de drie gedragsdomeinen die vaak als eerste zijn aangedaan bij beginnende dementie (zie DSM IV). Het gaat daarbij om uw oordeel en niet de mening van de kandidaat. De vragen hebben betrekking op hoe de kandidaat tijdens de keuring op u overkomt.

Elk van de drie gedragsdomeinen van de OPS heeft drie items, die u door het beantwoorden van de gestelde vraag kunt u scoren met een 1, 2 of 3 al na gelang de aanwezigheid van het item. Voor ieder item wat duidelijk aanwezig is wordt een 1 gescoord, bij twijfel een 2 en bij afwezigheid een 3. Vervolgens telt u per gedragsdomein uw score per item op. De minimale score per gedragsdomein is dus een 3 (alle problemen aanwezig), de maximale is een 9 (geen problemen aanwezig).

Nadat u alle vragen van de OPS gescoord hebt, vermeldt u de score per gedragsdomein bij vraag B2 van het Geneeskundig verslag bij de Eigen verklaring. U doet dat door de letters O, P en S te noteren met daarachter de score. De minimale score is dus O3-P3-S3, de maximale score O9-P9-S9. Een mogelijke score van een keurling met problemen met praktische vaardigheden en aandacht is dus O8-P6-S9 en van één met vooral geheugenstoornissen O5-P7-S8.

U hoeft het formulier met de vragen van de OPS observatiemethode dus niet mee op te sturen naar het CBR, maar het mag wel. En hoewel u het verstrekte formulier dus bij elke keuring kunt gebruiken is het toch aan te raden voor elke keuring een aparte kopie te maken. Tijdens het onderzoek in Groningen waren namelijk 6% van de OPS scores foutief tot stand gekomen, waarbij optelfouten een belangrijke reden was.

Hieronder vindt u tenslotte enkele gedachten die uw collega's tijdens het onderzoek in Groningen bij het scoren van de verschillende vragen op weg hielpen. Uw eigen klinisch inzicht zal er ongetwijfeld nog meer opleveren.

Orientatie & geheugen (items: vergeetachtigheid, verwardheid, gestoorde oriëntatie)

1. Weet de kandidaat uw naam nog? Is de kandidaat een eerdere afspraak vergeten? Vertelt de kandidaat meerdere keren hetzelfde?
2. Weet de kandidaat waarom hij/ zij bij u is? Weet hij/ zij dat het over de geschiktheid voor het rijbewijs gaat of wordt er gesproken over niet relevante klachten (maag en darmen)?
3. Weet de kandidaat dag en datum? Weet hij/ zij hoe laat het is en waar de keuring plaatsvindt? Weet de kandidaat zijn/ haar leeftijd?

Praktische vaardigheden & aandacht (items: traagheid, moeite met praktische handelingen, verwaarlozing)

4. Duurt het voor uw gevoel lang voor de kandidaat antwoord geeft? Praat de kandidaat erg langzaam? Is de kandidaat traag in zijn handelen?
5. Heeft de kandidaat moeite met uit- of aandoen van kleding? Of met het plaatsnemen op een stoel of het pakken van het meegebrachte formulier?
6. Ziet de kandidaat er verzorgd uit? Zitten er knoopjes scheef en hoe zit het haar? Is er morsige kleding of heeft hij zich slecht geschoren?

Sociaal & persoonlijk functioneren (items: afleidbaarheid, inadequaat gedrag, verminderde zelfinschatting)

7. Kan de kandidaat u goed volgen? Springt de kandidaat van de hak op de tak als hij/ zij iets verteld?
8. Geeft de kandidaat correcte antwoorden? Is hij/ zij breedsprakig?
9. Beseft de kandidaat zijn eventuele functiestoornissen (bijv. visus)? Hoe denkt de kandidaat zelf over zijn geschiktheid voor het autorijden? Zijn er situaties waarin de kandidaat de auto minder of niet gebruikt?

De OPS observatiemethode

Ontwikkeld door de afdeling Neuropsychologie van de Rijksuniversiteit Groningen en het CBR

Gedragdomein

Score

Oriëntatie & geheugen

	ja	twijfel	nee
1. Komt de kandidaat vergeetachtig over?	1	2	3
2. Maakt de kandidaat een verwarde indruk?	1	2	3
3. Heeft de kandidaat een gestoorde oriëntatie in tijd en/ of plaats?	1	2	3

de O-score:

Praktische vaardigheden & aandacht

	ja	twijfel	nee
4. Komt de kandidaat traag over?	1	2	3
5. Heeft de kandidaat moeite met het uitvoeren van dagelijkse praktische handelingen?	1	2	3
6. Verwaarloost de kandidaat zijn/ haar uiterlijk?	1	2	3

de P-score:

Sociaal & persoonlijk functioneren

	ja	twijfel	nee
7. Is de kandidaat snel afgeleid?	1	2	3
8. Gedraagt de kandidaat zich inadequaet in het persoonlijk contact?	1	2	3
9. Wijkt de zelfinschatting van de kandidaat af van uw eigen inschatting?	1	2	3

de S-score:

de OPS score: O _____ P _____ S _____

De OPS score vermelden bij vraag B2 van het Geneeskundig verslag

Het beoordelen van cognitieve functiestoornissen bij de rijbewijskeuring: de OPS

Frederic K. Withaar en Ruud A. Bredewoud

Inleiding

Het onderzoek

Op 30 maart van dit jaar (2000) promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen Frederic K. Withaar op "Divided Attention and Driving, the effects of aging and brain injury". Hoofdstuk 5 van haar proefschrift beschreef een onderzoek dat de afdeling Neuropsychologie van de Rijksuniversiteit Groningen, in samenwerking met het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR), de afgelopen jaren heeft uitgevoerd naar het autorijden van ouderen met cognitieve functiestoornissen.

Voor het onderzoek werden een aantal meetinstrumenten ontwikkeld, die in verschillende stadia van de beoordeling van geschiktheid voor het autorijden toegepast konden worden. Voor de keurend artsen werd bijvoorbeeld een observatie-instrument ontwikkeld om het cognitief functioneren van de keurling in kaart te brengen (zie Medisch Contact, jaargang 52, nummer 17, blz. 518). In dit artikel wordt een uitleg gegeven over het tot stand komen van het observatie-instrument voor de keurend artsen. Voorts worden resultaten gepresenteerd over de uitkomsten van de rijbewijskeuring met behulp van het instrument en wat de implicaties waren voor het rijbewijs. Tenslotte worden de resultaten van een enquête beschreven die aan alle betrokken keurend artsen is toegestuurd om de bruikbaarheid van het nieuwe instrument te kunnen beoordelen.

Cognitieve functies en autorijden

Steeds meer mensen blijven autorijden tot op hoge leeftijd. Dit is begrijpelijk omdat het hebben van een auto en een rijbewijs een actieve en onafhankelijke manier van leven geeft; mobiliteit is in onze maatschappij essentieel geworden. Met het ouder worden nemen echter de cognitieve functies die van belang zijn bij het autorijden, zoals de waarneming, reactiesnelheid en diverse aandachtsfuncties, af in effectiviteit. Daarentegen hebben oudere automobilisten veelal een jarenlange rijervaring en deze ervaring geeft hen de mogelijkheid om effectieve strategieën te gebruiken om te compenseren voor een eventuele achteruitgang in cognitief functioneren. Bovendien is het autorijden vaak een routinetaak geworden, waardoor er minder aanspraak op de cognitieve functies hoeft te worden gemaakt (Brouwer en Ponds, 1996). Met het ouder worden nemen echter ook een aantal leeftijdsgebonden ziekten toe, die de het verantwoord autorijden kunnen bedreigen, zoals bijvoorbeeld oogafwijkingen en dementie. Bij dementie is er sprake van een versnelde achteruitgang van het cognitief functioneren en de cognitieve functiestoornissen die daarmee gepaard gaan kunnen een veilige verkeersdeelname in de weg gaan staan. De huidige eisen aan de geschiktheid (Regeling eisen geschiktheid 2000, Staatscourant 99 van 23 mei 2000) stellen zelfs dat de diagnose dementie iemand ongeschikt maakt voor het rijbewijs.

Er is slechts beperkt onderzoek gedaan naar de relatie tussen cognitieve functiestoornissen en autorijden. De belangrijkste uitkomsten zijn dat oudere mensen met cognitieve functiestoornissen slechter presteren op diverse rijtaken dan gezonde ouderen.

Ondanks het feit dat er een algemene samenhang wordt gevonden tussen cognitief functioneren en de kwaliteit van het autorijden, zijn de correlaties tussen testprestaties en rijgedrag zoals die in verschillende onderzoeken worden gevonden, variabel en vaak van matige sterkte (Lundberg et al., 1997).

Geschiktheid

Voor een goed begrip is van belang een onderscheid te maken tussen de termen (rij)geschiktheid en rijvaardigheid, die overigens beiden door het CBR getoetst worden. (Rij)geschiktheid heeft betrekking op de lichamelijke en geestelijke kwaliteiten op grond waarvan een persoon wel of niet in staat is een motorvoertuig veilig en verantwoord te besturen; rijvaardigheid heeft betrekking op de vereiste kennis en vaardigheden voor het besturen van een motorvoertuig en wordt getoetst op het bekende rijexamen.

De rijgeschiktheid wordt in Nederland bij de meeste rijbewijsbezitters getoetst op het moment van aanvragen van een rijexamen, vervolgens opnieuw bij het bereiken van de leeftijd van 70 jaar en daarna om de vijf jaar. Wanneer een rijbewijsbezitter van 70 jaar of ouder op het gemeentehuis zijn rijbewijs wil vernieuwen zal hij of zij naast de overige bescheiden (zoals nieuwe pasfoto's) ook een door het CBR afgeven Verklaring van geschiktheid moeten overleggen. Een dergelijke verklaring geeft het CBR af voor zover de aanvrager voldoet aan de eisen zoals die zijn neergelegd in de wettelijke Regeling eisen geschiktheid 2000.

Voor het aanvragen van een Verklaring van geschiktheid moet de aanvrager een formulier Eigen verklaring kopen, de vragen over de gezondheidstoestand daarop beantwoorden en vervolgens het Geneeskundig verslag bij de Eigen verklaring laten invullen door een arts, die de aanvrager (nog steeds) zelf mag uitzoeken. Daarvoor dient deze arts (vaak een huisarts) een zogenaamde rijbewijskeuring uit te voeren, waarbij zowel de lichamelijke als de geestelijke gesteldheid aandacht krijgen.

Het Geneeskundig verslag is voor het CBR een screeningsinstrument om onderscheid te kunnen maken tussen aanvragers die zonder meer een Verklaring van geschiktheid kunnen krijgen en aanvragers waarbij nader onderzoek noodzakelijk is. Noteert de keurend arts op het Geneeskundig verslag bijvoorbeeld gegevens die duiden op twijfel aan het cognitief functioneren, dan volgt eventueel een verwijzing naar een neuroloog of neuropsycholoog. Belangrijker is echter dat al deze aanvragers door middel van een testrit op de openbare weg met een deskundige van het CBR worden getoetst. De uitkomst van de beoordeling van de geschiktheid en het al dan niet verstrekken van een Verklaring van geschiktheid hangt af van de resultaten van deze rijtest. Het accent bij de testrit ligt overigens meer op wat iemand, eventueel met aanpassingen aan het voertuig, nog wel kan en niet op hij of zij niet meer kan.

Tenslotte dient te worden vermeld dat het CBR naast het weigeren van een Verklaring van geschiktheid ook de mogelijkheid heeft om de aanvrager beperkt geschikt te verklaren. Daarbij moet gedacht worden aan beperkte termijn van 1 tot 3 jaar (progressieve ziekten), maar ook aan beperkingen als automatische versnellingsbak of beperkt tot rijden in de eigen omgeving. Een dergelijke beperking tekent het CBR aan op de Verklaring van geschiktheid en die wordt op het gemeentehuis overgenomen op het rijbewijs.

Methode

Het Geneeskundig verslag

Tot op heden zijn er geen uniforme richtlijnen aanwezig hoe bij de rijbewijskeuring de cognitieve toestand van de keurling te beoordelen. Wel kent het genoemde Geneeskundig verslag een vraag (vraag B2) over het cognitief functioneren, namelijk "Hoe is de psychische toestand?". Deze algemene vraagstelling leidt in de praktijk tot een grote verscheidenheid aan wijzen van invullen en aan een verschil in inschatting tussen keurend artsen onderling. Een goed oordeel geven over de cognitieve toestand van een keurling wordt in de praktijk nog bemoeilijkt door het feit dat de arts de persoon in kwestie veelal nooit eerder heeft gezien. Het is namelijk een KNMG gedragsregel om voor het rijbewijs geen eigen patiënten te keuren. Omdat de huidige situatie nogal onbevredigend is, is gepoogd een observatiemethode te ontwikkelen die de keurend arts kan helpen bij de beoordeling van de psychische toestand van de keurling en derhalve het CBR daarover beter te informeren.

De OPS

Voor het systematisch in kaart brengen van het cognitief functioneren ontwikkelden de afdeling Neuropsychologie van de Rijksuniversiteit Groningen en het CBR een observatiemethode, die door de keurend arts gebruikt kan worden bij de rijbewijskeuring. De methode richt zich op drie gedragsdomeinen die vaak als eerste aangedaan zijn bij beginnende dementie (zie hiervoor de DSM-IV) en die tevens volgens de deskundigen van het CBR van belang zijn voor het autorijden. Het gaat hierbij dan ook niet om de gebruikelijke eerste tekenen van dementie, zoals geheugenproblemen en desoriëntatie, maar veel meer om problemen bij het soepel uitvoeren van praktische handelingen. De drie gedragsdomeinen zijn: Oriëntatie en geheugen (O), Praktische vaardigheden en aandacht (P) en Sociaal en persoonlijk functioneren (S), die gezamenlijk de OPS vormen.

De drie domeinen bevatten elk weer drie items die vragen naar gedragingen die een aanwijzing zijn voor onderliggende cognitieve functiestoornissen. Het O-domein bevat de items vergeetachtigheid, verwardheid en gestoorde oriëntatie in tijd en plaats.

Het P-domein bestaat uit de items traagheid, moeite met het uitvoeren van praktische handelingen en verwaarlozing van het uiterlijk.

En het S-domein heeft de items afleidbaarheid, inadequaat sociaal gedrag en verminderde zelfinschatting. Bij elk item worden voor de keurend arts voorbeeldvragen gegeven op grond waarvan hij of zij tot een oordeel kan komen. Voorbeelden van vragen bij items uit het O-domein zijn "Weet de kandidaat uw naam nog?" en "Weet de kandidaat welke dag en datum het vandaag is?". Voorbeelden bij items uit het P-domein zijn: "Is de kandidaat traag van begrip of in zijn handelen?" en "Heeft de kandidaat moeite met het uitdoen van zijn jas of op de stoel plaatsnemen of met het pakken en uitvouwen van een formulier?". En voorbeelden uit het S-domein: "Springt de kandidaat van de hak op de tak als hij iets vertelt?" en "Is de kandidaat zich bewust van eventuele functiestoornissen of beperkingen?". De voorbeeldvragen dienen als leidraad, maar iedere keurend arts kan natuurlijk zelf bepalen hoe hij tot een oordeel per gedragsitem komt.

De drie gedragsitems per domein worden beoordeeld op hun aanwezigheid bij de keurling. Voor ieder item wordt één punt gescoord indien het item (probleem) duidelijk aanwezig is, twee punten gescoord als het twijfelachtig is of er sprake is van het probleem, en drie punten als het probleem niet aanwezig is. De maximale score per domein is zodoende 9 (geen gedragsproblemen aanwezig) en de minimale score per domein is 3 (alle gedragsproblemen aanwezig). De totale OPS-score varieert dus tussen de minimale score van O3-P3-S3 (totaal 9) tot O9-P9-S9 (totaal 27).

Er werden vooraf cut-off scores vastgesteld, waaronder de kandidaat door het CBR zou worden doorverwezen voor een neuropsychologisch onderzoek en vervolgens uitgenodigd voor een testrit met de deskundige van het CBR. De huisartsen waren niet van deze cut-off scores op de hoogte. Er werd besloten tot strenge cut-off scores, aangezien alle items op de OPS klinisch relevante aanwijzingen voor beginnende dementie geven.

Implementatie

In een straal van 40 kilometer rond de stad Groningen werden 296 huisartsen geïnformeerd over het onderzoek en werden verzocht bij elke rijbewijskeuring de OPS te gebruiken om de vraag B2 op het Geneeskundig verslag (over de psychische toestand) te beantwoorden en tevens om daarnaast hun OPS score te noteren op een apart OPS-formulier, dat separaat naar het CBR moest worden opgestuurd. Er werd gekozen voor de regio rond Groningen, omdat het eventuele neuropsychologisch onderzoek plaats zou vinden in het Academisch Ziekenhuis Groningen. De neuropsychologische testuitslagen hadden geen enkele invloed op de beslissing van het CBR over de geschiktheid voor het rijbewijs. De uitslag van de testrit met de (aanpassings)deskundige van het CBR was, zoals in de gewone procedure, bepalend voor de beslissing over de rijgeschiktheid en de deskundige was daarbij niet op de hoogte van de uitkomsten van het neuropsychologisch onderzoek.

Vooraf is het onderzoek ter beoordeling voorgelegd aan de Psychologisch Ethische Commissie van de Faculteit der Psychologische, Pedagogische en Sociologische Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen en aan de Commissie Wetenschappelijke Aangelegenheden. Alle kandidaten die werden doorverwezen voor neuro-psychologisch onderzoek, kregen informatie over het onderzoek en tekenden "informed consent". Als mensen niet wilden meedoen aan het onderzoek, had dit geen consequenties voor hun rijbewijs. Wel moesten deze mensen een testrit doen, op grond waarvan een beslissing werd genomen. De anonieme verwerking van de gegevens voor het wetenschappelijk onderzoek werd gegarandeerd.

Enquête

Na afloop van het onderzoek is een enquête verstuurd naar alle betrokken huisartsen om de bruikbaarheid van de OPS te beoordelen.

In de enquête werd gevraagd naar het gebruik van de OPS bij keuringen, de tijdsinvestering, de betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de vragen. Er werden 296 enquêtes verstuurd, waarvan er 138 (47%) werden geretourneerd.

Resultaten

Gebruik OPS

Van de 296 huisartsen die gevraagd waren aan het onderzoek mee te werken, hebben 171 huisartsen (58%) de OPS ook daadwerkelijk gebruikt. Redenen die werden aangegeven waarom de OPS niet werd gebruikt (n=47) waren: geen of nauwelijks rijbewijskeuringen gedaan (n=22; 47%), vergeten te gebruiken (n=23; 49%) en informatie over OPS niet gelezen of ontvangen.

Slechts twee respondenten vonden het niet zinvol de OPS te gebruiken. Als reden daarvoor gaven zij: de OPS kost te veel tijd en de OPS brengt geen voordeel.

In totaal hebben de 171 huisartsen die meededen aan het onderzoek bij 3191 rijbewijskeuringen de OPS gebruikt in een periode van 18 maanden (mei 1996 tot oktober 1997). Uit de enquête bleek dat artsen gemiddeld 21 keer de OPS gebruikten,

variërend van 1 keer tot 50 keer. Uit de separaat ingestuurde OPS-formulieren bleek dat 199 scores (6,2%) onvolledig of foutief (bijvoorbeeld optelfouten) tot stand waren gekomen. Deze scores zijn in de rest van de analyses buiten beschouwing gelaten, zodat 2992 rijbewijskeuringen overbleven.

De score

De meeste oudere automobilisten die kwamen voor een rijbewijskeuring waren mannen (n=2185; 73%). De helft woonde in een stad of drukke plaats (n=1415; 47%), de andere helft woonde in kleine dorpjes of op het platteland (n=1577; 53%). De gemiddelde leeftijd van de groep was 74,3 jaar (sd=5,02), variërend van 65 tot 94 jaar. De gemiddelde OPS-score voor de hele groep was 26,7 (sd=0,95). Dit betekent dat het overgrote deel van de kandidaten de maximale OPS score van 27 behaalde (n=2582; 86%). Deze indruk werd bevestigd door de reacties van de huisartsen via de enquête ("ik gebruik het alleen als ik iemand verdenk van dementie" en "het rendement was nihil, de slechtste score was 26 punten" of "bijna alle mensen kregen bij mij O9-P9-S9").

Van de 2992 geldige OPS-scores, waren er 111 (3,7%) waarbij de scores beneden de vastgestelde cut-off scores vielen.

Van de groep van 111 mensen, waren 93 man (84%) en 18 vrouw (16%). 48 kandidaten (44%) kwamen uit een stad of drukke plaats, 63 (56%) woonden op het platteland of in kleine dorpjes. De gemiddelde leeftijd van de groep was 78,2 jaar (sd=5,49) en de gemiddelde OPS-score was 23,2 (sd=2,5). De groep van 111 mensen die werd doorverwezen voor nader onderzoek bestond uit significant meer mannen ($\chi^2=6,96$; $p=0,008$) en was significant ouder ($t=8,40$; $p<0,001$) vergeleken met de gehele groep van 2992 mensen die tijdens de onderzoeksperiode werd gekeurd.

Gevolgen voor het rijbewijs

Van de 111 kandidaten met een OPS-score beneden de vastgestelde cut-off waren er 32 (29%) die vrijwillig stopten met de aanvraagprocedure. Dit hield in dat zij geen Verklaring van geschiktheid ontvingen en ook geen rijbewijs kregen. Vijftien mensen daarvan (14%) besloten de procedure te stoppen nadat ze een oproep van het CBR voor nader neuropsychologisch onderzoek hadden gekregen, en nog eens vijf mensen (5%) besloten na het neuropsychologisch onderzoek af te zien van een testrit. Vier mensen hebben niet meegedaan aan het neuro-psychologisch onderzoek, maar hebben wel een testrit gedaan.

In totaal waren er 79 mensen (71%) die een testrit hebben afgelegd. Van deze 79 mensen waren er 21 die na de testrit door het CBR ongeschikt werden verklaard voor het besturen van motorvoertuigen, geen Verklaring van geschiktheid ontvingen en daarom ook geen rijbewijs kregen.

Bij dertien mensen (16%) besloot het CBR tot het afgeven van een Verklaring van geschiktheid met beperkingen zoals een beperkte termijn, alleen nog in de eigen omgeving rijden, alleen overdag rijden, of alleen met een "automaat" rijden. Het CBR verstrekke aan 45 mensen een onbeperkte Verklaring van geschiktheid en zij kregen dus een nieuw rijbewijs voor periode van vijf jaar.

Tabel 1: gegevens over rijgeschiktheid en het rijbewijs voor de mensen met een OPS-score beneden de cut-off (n=111; 3,7% van het totaal)

Uitkomst aanvraagprocedure	Frequentie (percentage)	Rijbewijs
zag af van procedure	32 (29%)	Nee
ongeschikt verklaard	21 (19%)	Nee
beperkt geschikt verklaard	13 (12%)	Ja
onbeperkt geschikt verklaard	45 (40%)	Ja

De enquête

Van de 138 respondenten (47% van alle verstuurde enquêtes) hadden 91 huisartsen (66%) ervaring met de OPS. Daarvan gebruikten er 64 (70%) ten tijde van de enquête nog steeds de OPS, 27 huisartsen (30%) waren hier inmiddels mee gestopt. Redenen hiervoor waren: geen nieuwe OPS-formulieren meer ontvangen, administratief omslachtig om in te vullen of gebruik ervan alleen bij vermoedens van dementie, maar niet voor de routine rijbewijskeuring.

De gemiddelde tijdsduur om de OPS in te vullen was 2 minuten, variërend van een halve minuut tot 12 minuten. Van de respondenten kon 70% de OPS binnen 2 minuten invullen en slechts 3% had langer dan 5 minuten nodig. De vraag "Wijkt de zelfinschatting van de kandidaat af van uw inschatting?" kostte over het algemeen de meeste tijd en moeite om in te vullen. De vraag "Verwaarloost de kandidaat zijn uiterlijk?" kostte over het algemeen de minste tijd en moeite. In vergelijking met de vorige methode die de respondenten hanteerden, kostte het invullen van de OPS in de meeste gevallen evenveel of zelfs minder tijd (n=54; 59%).

Van de respondenten gaven er 28 (31%) aan meer tijd nodig te hebben.

Het grootste deel van de respondenten (n=61; 67%) gaf aan de OPS-methode betrouwbaarder te vinden dan de voorheen door hen gebruikte methode. Voor 20 artsen (22%) was er geen verschil. Niemand van de respondenten vond de betrouwbaarheid minder geworden.

Over de vraag welk OPS- item het meest relevant was liepen de meningen uiteen. De meesten gaven aan de drie vragen "Heeft de kandidaat een gestoorde oriëntatie in tijd en/ of plaats?" (10%), "Heeft de kandidaat moeite met het uitvoeren van dagelijkse praktische handelingen?" (11%), "Wijkt de zelfinschatting van de kandidaat af van uw inschatting?" (12%) het meest relevant te vinden. Niemand vond de vraag "Is de kandidaat snel afgeleid?" zeer relevant en de meeste respondenten gaven aan de vraag "Verwaarloost de kandidaat zijn uiterlijk?" het minst relevant te vinden.

Het grootste deel van de respondenten was positief over de bruikbaarheid van de OPS. 77 artsen (85%) gaven aan de bruikbaarheid goed tot zeer goed te vinden. Slechts 8 artsen (9%) vonden de OPS matig tot slecht bruikbaar. De voorbeeldvragen werden eveneens als bruikbaar beoordeeld. 75 artsen (82%) vonden de voorbeeldvragen goed tot zeer goed bruikbaar, slechts 9% vond de voorbeeldvragen matig bruikbaar. 63% (67 respondenten) gaf aan de OPS-methode bruikbaar te vinden dan de vorige methode. Bij een kwart van de respondenten was er geen verschil in bruikbaarheid tussen de OPS en de vorige methode. Niemand vond de OPS minder bruikbaar dan een voorheen gebruikte methode. Drie-kwart van de respondenten (n=67; 74%) gaf de voorkeur aan de OPS-methode boven de huidige vraag over de psychische toestand van het Geneeskundige verslag. 14% zei geen voorkeur te hebben voor een van beide methoden. Niemand vindt de OPS een slechtere methode dan de huidige vraag op het keuringsformulier.

Een meerderheid van de respondenten (65%) gaf aan niet vaker of minder vaak te twijfelen aan iemands cognitieve toestand dan voor het gebruik van de OPS. Zo'n 21% twijfelt nu wel vaker aan het cognitief functioneren van de kandidaat, en 7% twijfelt nu minder vaak aan de mentale toestand van de keurling. Een meerderheid (55%) gaf aan met de OPS niet meer gedragingen die een aanwijzing kunnen zijn voor cognitieve achteruitgang te signaleren dan met de voorheen gebruikte methode. Een derde van de respondenten signaleerde met de OPS wel meer gedragsproblemen. De redenen die hiervoor genoemd werden waren dat de vragen van de OPS structuur bieden en systematisch een aantal domeinen beoordelen. Een aantal artsen gaf aan nu bewuster en meer gedifferentieerd naar iemands cognitief functioneren te kijken. Verschillende artsen gaven aan met de OPS meer systematisch op tekenen van traagheid en onhandigheid en desoriëntatie te letten dan voorheen.

Discussie

De OPS is ontwikkeld als een observatie-instrument om tijdens de rijbewijskeuring cognitieve functiestoornissen in kaart te brengen.

De gedragsdomeinen van de OPS zijn gebaseerd op de DSM-IV criteria voor dementie en zijn geselecteerd vanwege hun klinische relevantie voor onderliggend cognitief verval en vanwege hun relevantie voor het autorijden. De items van de OPS leiden de keurend arts systematisch langs een aantal gedragskenmerken, die van belang zijn bij het beoordelen van iemands cognitieve toestand. Het invullen van de OPS hindert het keuringsproces slechts weinig, aangezien de items grotendeels beoordeeld kunnen worden in de gangbare arts-keurling interactie. De OPS benadrukt vooral de domeinen "praktische vaardigheden en aandacht" en "sociaal en persoonlijk functioneren" vanwege de relevantie voor het autorijden. Deze aspecten van cognitieve achteruitgang worden niet beoordeeld bij andere screeningsinstrumenten zoals de CST en de MMSE, die zich met name richten op geheugen en oriëntatie.

De OPS is bij ruim 3000 rijbewijskeuringen gebruikt. Het overgrote deel van de keurlingen behaalde een voldoende score op de OPS. Bij slechts 4% waren er aanwijzingen voor gedragsproblemen die indicatief zijn voor onderliggend cognitief verval. Van deze 4% kon uiteindelijk 40% een onbeperkt rijbewijs en 12% een beperkt rijbewijs. De resterende 48% kreeg niet opnieuw een rijbewijs, ofwel omdat de kandidaten zelf stopten met de keuringsprocedure, ofwel omdat zij de afsluitende testrit met onvoldoende resultaat hadden afgelegd.

De artsen die met de OPS hebben gewerkt zijn overwegend positief tot zeer positief over de OPS als observatiemethode.

De OPS is relatief eenvoudig en snel in te vullen (gemiddeld twee minuten) en wordt over het algemeen als betrouwbaar en goed bruikbaar beoordeeld.

Natuurlijk is enige voorzichtigheid geboden in het waarderen van de OPS als screeningsinstrument voor de praktijk van de rijbewijskeuring. Er zijn op dit moment geen verdere gegevens bekend over de validiteit van het instrument. Zo zijn er bijvoorbeeld geen gegevens over prestaties in een testrit van aanvragers met OPS-scores boven de cut-off score.

Toch kan er op grond van de huidige resultaten een voorzichtige schatting gemaakt worden met betrek-

king tot de praktische consequenties van een algemeen gebruik van de OPS voor het hele land. In 1997 werden er bijvoorbeeld in Nederland bijna 110.000 rijbewijskeuringen verricht van automobilisten van 70 jaar en ouder. Door de gevonden resultaten uit het onderzoek te generaliseren naar dit aantal zouden er ongeveer 4500 mensen, wegens twijfel aan hun cognitief functioneren, zijn uitgenodigd voor een testrit. Van deze 4500 mensen zouden er dan ongeveer 1400 vrijwillig zijn gestopt en 900 personen zouden door het CBR ongeschikt zijn verklaard. Dit betekent dat in dat jaar totaal circa 2300 mensen wegens cognitieve problemen geen nieuw rijbewijs zouden hebben gekregen.

In werkelijkheid werden er in 1997 door het CBR slechts zo'n 700 testritten gedaan bij mensen met cognitieve problemen en in dit getal zijn ook mensen opgenomen die jonger zijn dan 70 jaar, maar door een hersenaandoening (bijvoorbeeld traumatisch hersenletsel of een hersenbloeding) vrijwillig een testrit hebben aangevraagd. Van deze 700 mensen hebben er ongeveer 300 geen rijbewijs meer gekregen. Het verschil tussen 300 (inclusief de jongere kandidaten met andere aandoeningen) en 2300 betekent dat er jaarlijks ongeveer 2000 mensen zijn die in het huidige systeem hun rijbewijs kunnen vernieuwen, terwijl zij geen rijbewijs meer zouden hebben gekregen als ze met de OPS beoordeeld zouden zijn. Ondanks het lage percentage (4%) van mensen met een OPSscore beneden de cut-off blijkt dus dat er aanzienlijk meer mensen doorverwezen zouden worden voor een testrit dan nu het geval is en vervolgens dat er veel meer ongeschikte personen van de weg zouden worden gehaald. Vanuit het aspect van de verkeersveiligheid is dat natuurlijk een enorme stap vooruit.

Vandaar dat het CBR, gezien de resultaten, er een warm voorstander van is dat keurende artsen het OPS-instrument gaan gebruiken bij hun rijbewijskeuringen en de score noteren bij de betreffende vraag (B2) van het Geneeskundige verslag. Zolang daar geen wettelijke plicht toe bestaat zal dat op vrijwillige basis moeten gebeuren, maar de positieve ervaringen van de keurend artsen die de methode tijdens het onderzoek gebruikten en de gevolgen ervan voor de verkeersveiligheid zijn voorlopig reden genoeg. Elke keurend arts die geïnteresseerd is geraakt in het instrument OPS kan daarover een informatiepakket aanvragen bij de afdeling Medische Zaken op het CBR hoofdkantoor, Postbus 3014, 2280 GA te Rijswijk.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken alle huisartsen die enthousiast hebben meegewerkt aan het onderzoek en de enquête en vooral Sander Bison, de aanpassingsdeskundige van het CBR die alle testritten heeft gedaan, voor al zijn extra inspanningen en geduld.

Vervolgens Eric Kalter voor zijn assistentie in het ontwikkelen en introduceren van de OPS, Ed Grünwald en Geoffrey Boxhoorn voor hun administratieve en praktische ondersteuning, en Romy van den Heuvel voor het ontwikkelen van de enquête en het analyseren van de resultaten daarvan (allen CBR).

Dit onderzoek werd gefinancierd door de Stichting Gedragwetenschappen van de Nederlandse Vereniging voor Wetenschappelijk Onderzoek NWO (project nummer 575-64-050)