
**Rijgeschiktheid van mensen met
tumoren of doorbloedingsstoornissen
van de hersenen**

Gezondheidsraad

Health Council of the Netherlands

Aan de Minister van Verkeer en Waterstaat

Onderwerp : aanbieding advies
Uw kenmerk : DGP/VIU.00.02787
Ons kenmerk : -2204/PB/RA/626/1-A
Bijlagen : 1
Datum : 4 juli 2001

Mevrouw de minister,

Op 3 oktober 2000 verzocht u om advies over de geschiktheid voor het rijbewijs van mensen met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen.

Het advies 'Rijgeschiktheid van mensen met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen' dat de daartoe door mij ingestelde commissie heeft opgesteld bied ik u - gehoord de Beraadsgroep Geneeskunde en de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht - hierbij aan. Ik heb dit advies vandaag ook aangeboden aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



prof. dr JJ Sixma

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 75 20
email: GR@gr.nl

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
Telefax: (070) 340 75 23

Rijgeschiktheid van mensen met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen

aan:

de Minister van Verkeer en Waterstaat

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 2001/18, Den Haag, 4 juli 2001

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement “voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid” (art. 21 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer, Sociale Zaken & Werkgelegenheid, en Landbouw, Natuurbeheer & Visserij. De Raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinair samengestelde commissies van—op persoonlijke titel benoemde—Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad: Rijgeschiktheid van mensen met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001; publicatie nr 2001/18.

Preferred citation:

Health Council of the Netherlands: Medical fitness-to-drive of persons with tumours or cerebrovascular disease. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2001; publication no. 2001/18.

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN: 90-5549-383-X

Inhoud

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen 7

Executive summary 8

1 Inleiding 9

2 Achtergrondinformatie 11

2.1 Soorten rijbewijzen 11

2.2 Specialistisch rapport en rijtest 11

3 Behandeling bij hersentumoren en doorbloedingsstoornissen en beloop 13

3.1 Hersentumoren 13

3.2 Doorbloedingsstoornissen van de hersenen 14

4 Standpunt van de commissie 16

4.1 Risicobeoordeling 16

4.2 Hersentumoren (groep 1-rijbewijzen) 17

4.3 Doorbloedingsstoornissen van de hersenen (groep 1-rijbewijzen) 18

4.4 Tumoren en doorbloedingsstoornissen van de hersenen (groep 2-rijbewijzen) 19

5 Algemene regelgeving 20

5.1 Achtergrond 20

- 5.2 Situatie in andere landen 21
5.3 Overwegingen van de commissie 21

Literatuur 24

Bijlagen 26

- A De adviesaanvraag 27
B De commissie 29
C Regeling eisen geschiktheid 2000 30

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

Dit advies heeft betrekking op de medische geschiktheid van mensen met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer. Het betreft een voorstel tot wijziging van de huidige regels, de Regeling eisen geschiktheid 2000. Voor mensen met hersentumoren zijn de prognose en de aanwezigheid van functiestoornissen als criteria voor rijgeschiktheid gekozen. Voor mensen met doorbloedingsstoornissen zijn, naast de aanwezigheid van functiestoornissen, de herhalingskans en de kans op andere aandoeningen doorslaggevend voor het formuleren van het voorstel. Het voorstel leidt naar verwachting voor groep 1-rijbewijzen tot het vaker rijgeschikt verklaren van patiënten met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen. Voor groep 2-rijbewijzen is het voorstel in het algemeen iets ‘strenger’ dan de huidige regeling.

Het verdient overweging om de algemene regelgeving ten aanzien van de rijgeschiktheid aan te scherpen. Het advies bevat daartoe twee suggesties:

- een meldingsplicht voor de rijbewijsbezitter die een aandoening heeft gekregen die aanleiding geeft tot twijfel over de rijgeschiktheid
- verlaging van de leeftijd voor de geldigheidsduur van het rijbewijs, zonder tussentijdse medische toets, van 70 naar 60 jaar.

Executive summary

Health Council of the Netherlands: Medical fitness-to-drive of persons with tumours or cerebrovascular disease. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2001; publication no. 2001/18

This report relates to the medical fitness of people with tumours or cerebrovascular disease to drive motor vehicles. It proposes a change to the current rules, the *Regeling eisen geschiktheid 2000* (Fitness Criteria Regulations 2000). In the case of people with brain tumours the prognosis and any functional impairments are the criteria for fitness to drive. In the case of people with cerebrovascular disease the proposal is based on the risk of recurrence and the risk of other disorders, as well as any functional impairments. The proposal is likely to result in more patients with tumours or cerebrovascular disease being assessed as fit to drive on group 1 driving licences (cars and motorcycles); in the case of group 2 licences (heavy goods vehicles) it is generally somewhat more 'stringent' than the current rules.

It is worth considering amending the general regulations on people's fitness to drive, to make them more stringent. The report puts forward two suggestions:

- Driving licence holders should be obliged to notify the authorities if they contract a disorder that could affect their fitness to drive.
- The maximum age up to which driving licences remain valid without a further medical check-up should be reduced from 70 to 60.

Inleiding

In 1994 bracht de Gezondheidsraad een advies uit dat in 1995 heeft geleid tot de vaststelling van eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van motorrijtuigen (GR94, V&W95). In 2000 bracht de Raad opnieuw een advies uit, getiteld 'Rijgeschiktheid van personen met een geïmplanteerde cardioverter-defibrillator' (GR00). De aanbevelingen in dat advies zijn overgenomen in de Regeling eisen geschiktheid 2000 (V&W00).

Ook op het vlak van neurologische aandoeningen, in het bijzonder tumoren en doorbloedingsstoornissen van de hersenen zijn inmiddels nieuwe inzichten ontstaan. Volgens de huidige regels mogen mensen met een tumor of een doorbloedingsstoornis van de hersenen alleen na een operatie weer rijgeschikt worden verklaard (bijlage C). Inmiddels is het inzicht ontstaan dat operatie niet langer op geen enkele wijze van beslissende betekenis is voor de mate van rijgeschiktheid. Daarnaast worden steeds vaker ook andere behandelingsmethoden voor deze aandoeningen toegepast, zoals bestraling, chemotherapie en endovasculaire behandeling (is een minimaal-invasieve operatie). Vooral bij zeer langzaam groeiende tumoren kan het aangewezen zijn te wachten met behandeling tot zich progressie voordoet.

Op 3 oktober 2000 vroeg de Minister van Verkeer en Waterstaat de Gezondheidsraad om advies over de medische rijgeschiktheid van mensen met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen (bijlage A).

Mede gezien de uitspraak van de Raad van State in een hoger-beroepszaak van een betrokkene met een niet geopereerde hersentumor (Raa00) verzocht de minister de pa-

ragrafen over hersentumoren en doorbloedingsstoornissen van de Regeling eisen geschiktheid 2000 (bijlage C) aan de huidige inzichten te toetsen en waar nodig te actualiseren.

Ter beantwoording van de adviesaanvraag installeerde de Voorzitter van de Gezondheidsraad op 12 maart 2001 de Commissie ‘Rijgeschiktheid bij hersentumoren of doorbloedingsstoornissen’ (bijlage B), hierna te noemen: de commissie.

Hoofdstuk 2 geeft achtergrondinformatie over de procedures bij het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) die voor het advies relevant zijn. In hoofdstuk 3 bespreekt de commissie kort de behandeling en het beloop van de aandoeningen waarover dit advies gaat. Hoofdstuk 4 bevat een voorstel voor de nieuwe geschiktheidseisen. De commissie besluit haar advies met overwegingen om de algemene regelgeving aan te scherpen.

Achtergrondinformatie

2.1 Soorten rijbewijzen

In de Regeling eisen geschiktheid 2000 worden rijbewijzen voor groep 1 en groep 2 onderscheiden (V&W00). Groep 1-rijbewijzen betreffen de rijbewijzen voor de besturing van personenauto's en motorrijwielen. Groep 2-rijbewijzen omvatten de rijbewijzen voor vrachtwagens en bussen.

2.2 Specialistisch rapport en rijtest

Als een rijbewijsbezitter een ziekte of aandoening heeft waarbij de rijgeschiktheid mogelijk in het geding kan zijn, is in sommige gevallen nader onderzoek vereist. De ziekten en aandoeningen waarvoor dit geldt, zijn weergegeven in de Regeling eisen geschiktheid 2000 (V&W00). Het nader onderzoek is van medische aard en vindt zijn weerslag in het zogenoemde specialistisch rapport. Dit rapport wordt opgesteld door een specialist die niet de behandelend arts van de patiënt is. Het CBR wijst de specialist aan. Eventueel vindt een rijtest plaats.

De commissie acht het voor de kwaliteit en de betrouwbaarheid van het specialistisch rapport van belang dat de behandelend arts bij het opstellen van het rapport wordt geraadpleegd. Van de aandoeningen die in dit advies centraal staan, geeft de keurende arts in het specialistisch rapport een beoordeling van de aard en de ernst en, in geval van een hersentumor, ook de prognose. Aandacht verdienen: bewustzijnsstoornissen, cognitieve stoornissen (vooral reactiesnelheid, aandacht en concentratie), neurologische

stoornissen van ledematen (vooral coördinatie en kracht) en visuele en andere zintuigfunctiestoornissen. Omdat handicapschalen of andere meetinstrumenten specifiek voor rijgeschiktheid niet voor handen zijn, heeft het specialistisch rapport niet tot doel de rijgeschiktheid vast te stellen. Het beoogt informatie te verschaffen op basis waarvan het CBR de rijgeschiktheid kan vaststellen of tot het afleggen van een rijtest kan adviseren. Als tot een rijtest wordt overgegaan, is de uitslag daarvan van doorslaggevende betekenis voor de rijgeschiktheid.

Een deskundige van het CBR neemt de rijtest af. Vooraf wordt bezien of aanpassingen aan de auto noodzakelijk zijn. Indien nodig wordt gebruikgemaakt van een speciale auto. De rijtest duurt 60 minuten waarvan minimaal 30 minuten rijtijd. Het CBR heeft voor de rijtest een uitvoerig protocol.

Behandeling bij hersentumoren en doorbloedingsstoornissen en beloop

De commissie spreekt – in navolging van de adviesaanvraag – over hersentumoren. Tenzij anders aangegeven bedoelt zij daarmee intracranieële tumoren. Naast goedaardige en kwaadaardige omvat deze groep ook tumoren van structuren die buiten de hersenen, maar binnen de schedel gelegen zijn.

De commissie acht het van belang kort aandacht te besteden aan de behandeling van mensen met hersentumoren en doorbloedingsstoornissen. Juist de zinsneden over behandeling leveren problemen op bij toepassing van de huidige regeling. Door het toenemend gebruik en de ontwikkeling van beeldvormende technieken kunnen tumoren en bloedvatmisvormingen vroeger ontdekt worden, in een stadium waarin zij (nog) geen aanleiding tot klachten geven. Dit kan gevolgen hebben voor het medisch handelen en ook voor de beoordeling van de rijgeschiktheid. Daarom gaat de commissie ook in op de behandeling van bij toeval vastgestelde afwijkingen.

3.1 Hersentumoren

Of een hersentumor goed- of kwaadaardig is, staat doorgaans pas vast na onderzoek van tumorweefsel. Hiervoor is het nemen van een biopt nodig. Soms blijft de operatieve ingreep hiertoe beperkt. Eigenlijk kan in dat geval niet van een behandeling worden gesproken. Daarvan is pas sprake als getracht wordt om langs chirurgische weg zo veel mogelijk tumorweefsel te verwijderen. De lokalisatie van de tumor kan hier beperkingen opleveren. Bij patiënten met een kwaadaardige primaire hersentumor is in de meeste gevallen, naast chirurgie, radiotherapie een onderdeel van de standaardbehandeling.

Chemotherapie wordt, vaak in experimentele vorm, bij een minderheid van de patiënten toegepast. Voor goedaardige tumoren is chirurgie doorgaans de aangewezen behandeling. Bij epileptische insulten (aanvallen van vallende ziekte) wordt in de regel direct medicamenteus behandeld. De behandeling van mensen met een toevallig ontdekte tumor is in principe dezelfde als bij symptomatische tumoren.

De overlevingskans van patiënten met hersentumoren is sterk afhankelijk van het type tumor, maar ook sterk individueel bepaald. Daarom is een specialistisch rapport van belang bij de eerste stap van de beoordeling van de rijgeschiktheid.

3.2 Doorbloedingsstoornissen van de hersenen

Doorbloedingsstoornissen van de hersenen omvatten: beroerten (hersenvloeding of -infarct: cerebrovasculair accident, CVA), TIA's (*transient ischaemic attacks*), verwijdingen van een slagader (aneurysmata) en andere vaatmisvormingen. Bij een aneurysma van de hersenvaten dat gebloed heeft, kan de therapie bestaan uit een chirurgische afklemming van het aneurysma. Ook kan via een endovasculaire ingreep het aneurysma worden gevuld met metalen spiraaltjes (*coils*) of ander materiaal. De therapie bij andere vaatmisvormingen bestaat uit operatie, endovasculaire behandeling, bestraling of een combinatie daarvan. De uitkomst van recent onderzoek toont aan dat de grootte van een bij toeval ontdekt aneurysma sterk de bloedingskans bepaalt. Deze kans is per jaar slechts 0,05 procent bij een aneurysma kleiner dan tien millimeter en één procent voor grotere aneurysmata (Ano98). In sommige gevallen wordt bij de grotere, toevallig ontdekte aneurysmata operatief ingegrepen om barsten te voorkomen.

Kenmerkend voor een TIA is de tijdelijke aard van de neurologische uitvalsverschijnselen. In veel gevallen wordt wel therapie ingesteld, maar die is vooral gericht op het voorkomen van complicaties, zoals een beroerte of een hartinfarct.

Bij een beroerte is de bloedvoorziening zodanig gestoord dat schade aan het hersenweefsel is opgetreden, resulterend in blijvende al dan niet invaliderende neurologische uitvalsverschijnselen. De behandeling bij een beroerte is primair gericht op de acute gevolgen ervan. Daarnaast richt de behandeling zich, net als bij een TIA, op het voorkomen van een nieuwe beroerte of een hartinfarct. Zowel na een beroerte als een TIA is er een kans op een cardiovasculaire complicatie tussen de vijf en acht procent per jaar (Bur94, Han99, Lee00). Deze percentages gelden voor patiënten onder (medicamenteuze) behandeling. De commissie kent geen onderzoek naar de herhalingskans op langere termijn (na meer dan vijf jaar). Naar haar mening blijven de risico's op herhaling echter hoger dan bij de algemene bevolking.

Patiënten met een beroerte hebben naar schatting een kans van zes procent op één of meerdere aanvallen van epilepsie in het eerste jaar na een beroerte, daarna is die kans één tot twee procent per jaar (Bur97). Deze kans is echter drie procent tijdens de

eerste vijf jaar na een beroerte als alleen degenen die zes maanden erna onafhankelijk functioneerden (volgens de Oxford handicapschaal 0-2), in beschouwing werden genomen (Bur97).

Het herstel na een beroerte is sterk individueel bepaald. Hoewel de toestand van de meeste patiënten na zes maanden niet meer noemenswaardig verandert, kan het herstel in sommige gevallen doorgaan tot twee jaar na het optreden van de beroerte. Deze bevinding acht de commissie van belang bij het bepalen van de termijn van rijgeschiktheid. Een beroerte treedt niet ongemerkt op, zodat van toevalsbevindingen geen sprake kan zijn.

Standpunt van de commissie

4.1 Risicobeoordeling

De uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek laten zien dat, afgezien van het effect van alcoholgebruik, de medische conditie van bestuurders van motorvoertuigen geen belangrijke oorzaak is van ongevallensel bij andere verkeersdeelnemers. Uit Brits en Amerikaans onderzoek komt naar voren dat ongelukken bijna altijd zijn toe te schrijven aan menselijke fouten (ruwweg 95 procent) of tekortkomingen van het voertuig, de weg of de naaste omgeving (Pet96, Tay87, TFR98). Naast het gebruik van alcohol hangen de volgende factoren samen met een verhoogd ongevalrisico: jonge leeftijd, vermoeidheid, onaangepaste snelheid en wegtype (Pet96, TFR98). Vaak is sprake van verscheidene oorzaken tegelijkertijd.

In de jaren zestig bleek uit Brits onderzoek dat verkeersongevallen zelden een medische oorzaak hebben: ongeveer anderhalf keer per duizend ongevallen of vier per duizend *dodelijke* ongelukken (Gra68). In Zweden werd vastgesteld dat één op de duizend verkeersongevallen wordt veroorzaakt door een plotselinge aandoening bij de bestuurder van een motorvoertuig (Her66). Ander Europees onderzoek liet daarentegen zien dat anderhalf tot drie procent van de verkeersdoden een medische oorzaak heeft (Hal94).

Brits onderzoek naar ongevallen door het plotseling bezwijken achter het stuur (*collapse at the wheel*) had als uitkomst dat epilepsie in 37 procent, suikerziekte in 17, een hartaandoening in 8, een beroerte in 8 en onverklaarbare bewustzijnsdaling in 23 procent van de gevallen de waarschijnlijke oorzaak was (Tay87).

Hoewel er op dit vlak niet veel wetenschappelijk onderzoek is gedaan, lijkt een aandoening een relatief weinig voorkomende oorzaak van verkeersongevallen. Dit moet – hoewel hierover geen gegevens beschikbaar zijn – in nog sterkere mate gelden voor de neurologische afwijkingen die in dit advies aan de orde zijn.

Gezien het bovenstaande meent de commissie dat de kans op herhaling of op andere aandoeningen (epilepsie, epilepsie, hartinfarct) na doorbloedingsstoornissen van de hersenen in relatie tot het optreden van een verkeersongeval een aanvaardbaar risico vormt voor groep 1-rijbewijzen (hoofdstuk 3). Voor de rijgeschiktheidseisen is vooral de aard en de ernst van neurologische functiestoornissen van belang. Voor hersentumoren acht de commissie daarnaast de prognose van doorslaggevend belang voor de rijgeschiktheidseisen.

Voor groep 2-rijbewijzen ligt de afweging tussen de verkeersveiligheid en de genoemde risico's echter anders. De commissie acht de verantwoordelijkheid voor medepassagiers en medeweggebruikers en de tijdsbesteding achter het stuur van belang bij het vaststellen van de rijgeschiktheidseisen voor groep 2-rijbewijzen. De kans op herhaling of andere aandoeningen bij doorbloedingsstoornissen en op progressie bij hersentumoren zijn weliswaar in absolute zin niet zo hoog, maar de commissie acht veiligheid van de medepassagiers en medeweggebruikers van doorslaggevend belang. Dit komt tot uiting in de geschiktheidseisen voor groep 2-rijbewijzen (zie 4.4).

Het voorstel van de commissie (zie 4.2, 4.3 en 4.4) tot aanpassing van de Regeling eisen geschiktheid 2000 leidt naar verwachting voor groep 1-rijbewijzen tot het vaker rijgeschikt verklaren van patiënten met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen. Voor groep 2-rijbewijzen is het voorstel in het algemeen iets 'strenger' dan de huidige regeling.

De commissie meent dat ook strenge eisen gesteld moeten worden aan houders van een rijbewijs van groep 1 die dit rijbewijs beroepsmatig gebruiken (bijvoorbeeld taxi-chauffeurs, chauffeurs van busjes voor personenvervoer). Ook zij zitten velen uren achter het stuur en dragen grotere verantwoordelijkheden. De commissie is van oordeel dat aan hen in geval van tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen dezelfde eisen moeten worden gesteld als aan mensen met een groep 2-rijbewijs.

4.2 Hersentumoren (groep 1-rijbewijzen)

Naast het onderscheid tussen hersentumoren in strikte zin en buiten de hersenen gelegen intracraniële tumoren acht de commissie het al dan niet optreden van epilepsie van belang voor de bepaling van de rijgeschiktheid. Het onderstaande geldt ongeacht de behandeling.

- 1 Hersentumoren zonder epilepsie. Voor deze patiëntencategorie is een specialistisch rapport vereist. In geval van stoornissen van het gezichtsorgaan gelden de regels als in paragraaf 3 van de eisen geschiktheid (V&W00). Zijn er, blijkens het specialistische rapport, motorische of cognitieve stoornissen, dan is een rijtest noodzakelijk om de rijgeschiktheid vast te stellen voor een termijn van één jaar. Als een stabiel klinisch beeld is ontstaan met afwezigheid van functiestoornissen: rijgeschikt met een termijn van maximaal vijf jaar.
- 2 Buiten de hersenen gelegen intracraniële tumoren zonder epilepsie. Voor deze categorie is een specialistisch rapport vereist. Bij afwezigheid van functieverlies geldt: rijgeschikt met een termijn van maximaal vijf jaar. Zijn er, blijkens het specialistische rapport, motorische of cognitieve stoornissen, dan is een rijtest noodzakelijk om de rijgeschiktheid vast te stellen voor een termijn van maximaal vijf jaar. In geval van stoornissen van het gezichtsorgaan gelden de regels van paragraaf 3 van de eisen geschiktheid (V&W00).
- 3 Hersentumoren en buiten de hersenen gelegen intracraniële tumoren met epilepsie. Hier geldt naast het genoemde onder 1 en 2, : paragraaf 7.2 van de Regeling eisen geschiktheid (bijlage C).

4.3 Doorbloedingsstoornissen van de hersenen (groep 1-rijbewijzen)

4.3.1 *Toevallig ontdekte aneurysmata en andere misvormingen van de hersenvaten met kans op optreden van hersenbloedingen.*

Wegens de relatief geringe kans op bloedingen gelden geen beperkingen van de rijgeschiktheid. Na eventuele behandeling gelden dezelfde eisen als onder 4.3.2.

4.3.2 *Aneurysmata en andere misvormingen van de hersenvaten die zijn ontdekt na bloedingen*

Mensen met een aneurysma of een andere misvorming van de hersenvaten die gebloed heeft, zijn niet rijgeschiktheid tot aan behandeling. Zes maanden na behandeling is een specialistisch rapport vereist om functiestoornissen vast te stellen. Als er geen functiestoornissen zijn, geldt: rijgeschikt voor onbepaalde tijd. Bij functiestoornissen volgt de rijtest. Voor patiënten met epilepsie geldt ook paragraaf 7.2 (bijlage C).

4.3.3 *TIA*

Uit een TIA resulteren geen rijgeschiktheidsbeperkingen.

4.3.4 *Beroerte*

Na een beroerte is men rij-ongeschikt voor een half jaar. Na die termijn is een specialistisch rapport vereist. Als functiestoornissen aanwezig zijn volgt de rijtest. Bij afwezigheid van functiestoornissen geldt: rijgeschikt voor onbepaalde tijd. Voor patiënten met epilepsie geldt ook paragraaf 7.2 (bijlage C).

4.4 **Tumoren en doorbloedingsstoornissen van de hersenen (groep 2-rijbewijzen)**

4.4.1 *Hersentumoren*

Patiënten met een intracranieële tumor zijn ongeschikt voor rijbewijzen van groep 2. Een uitzondering hierop vormt de situatie waarin de tumor met succes curatief behandeld is blijkens het specialistisch rapport. In dit geval is bij resterende functiestoornissen een rijtest vereist. De termijn van rijgeschiktheid bedraagt maximaal drie jaar. Bij epilepsie: zie paragraaf 7.2 (bijlage C).

4.4.2 *Aneurysmata en andere misvormingen van de hersenvaten*

Voor mensen met een aneurysma of misvorming van de hersenvaten geldt:, ongeschikt voor rijbewijzen van groep 2. Na behandeling: rijgeschikt indien er na zes maanden geen functiestoornissen zijn blijkens het specialistisch rapport. Bij aanwezigheid van functiestoornissen na behandeling: ongeschikt voor rijbewijzen van groep 2 totdat de betrokkene vijf jaar vrij is van functiestoornissen blijkens het specialistisch rapport. Voor toevallig ontdekte onbehandelde aneurysmata kleiner dan 10 mm: rijgeschikt indien het specialistisch rapport gunstig is. De maximale geschiktheidstermijn is in beide gevallen drie jaar. Bij epilepsie: zie paragraaf 7.2 (bijlage C).

4.4.3 *TIA en beroerte*

Na een TIA of beroerte geldt: ongeschikt voor rijbewijzen van groep 2, tenzij de betrokkene vijf jaar vrij is van functiestoornissen blijkens het specialistisch rapport. De maximale rijgeschiktheidstermijn is drie jaar. Bij epilepsie: zie paragraaf 7.2 (bijlage C).

Algemene regelgeving

5.1 Achtergrond

Voor het mogen besturen van een motorrijtuig is een rijbewijs vereist. Het bewijs garandeert een voldoende geachte mate van rijvaardigheid. Bij het aanvragen van een rijexamen bij het CBR moet de kandidaat een zogenoemde ‘eigen verklaring’ invullen over zijn gezondheid. Op grond van deze informatie kan het CBR de geestelijke en lichamelijke gesteldheid toetsen aan minimumeisen voor rijgeschiktheid.

In 1986 is de traditionele vijfjaarlijkse periodieke toetsing van de rijgeschiktheid in de vorm van een ‘eigen verklaring’ vervallen. Sindsdien is alleen bij de vernieuwing van het rijbewijs voor mensen vanaf 70 jaar een door het CBR afgegeven verklaring van geschiktheid vereist. Voor degenen die tussen het behalen van een rijbewijs en het bereiken van het 70ste jaar een relevante wijziging van hun gezondheid doormaken, is de vrijwillige ‘tussentijdse melding’ ingevoerd (artikel 17A van de toenmalige Wegenverkeerswet). Daarnaast bestaat de vorderingsprocedure van het rijbewijs, ingesteld voor personen die door verminderde geschiktheid negatief opvallen in het verkeer.

In 1990 deed de Commissie-Scherpenhuizen, die de ministeriële opdracht had om de effecten van de verlenging van de geldigheidsduur van het rijbewijs te evalueren, de aanbeveling om in de Wegenverkeerswet een verplichting op te nemen tot melding van relevante rijgeschiktheidsproblemen door de rijbewijsbezitter bij het CBR. Daarmee diende de vrijwillige melding te vervallen. Daarnaast achtte zij een strafsanctie ter effectivering ervan noodzakelijk (Sch90). Het advies van de Commissie-Scherpenhuizen is echter nooit opgevolgd.

Het CBR heeft geen goede ervaringen met de huidige regeling (persoonlijke mededeling RA Bredewoud, CBR). Het aantal rijbewijsbezitters dat zich jaarlijks meldt is veel lager dan op grond van kennis over het optreden van nieuwe ziektegevallen in de algemene bevolking verwacht mag worden. Alleen al het aantal nieuwe patiënten met suikerziekte (al dan niet een rijbewijs bezittend) bedraagt 37 500 per jaar (Ruw01). Daarentegen melden zich jaarlijks *in totaal* twee- tot drieduizend personen met twijfel over hun rijgeschiktheid. Bovendien vinden vrijwillige meldingen vaak plaats op oneigenlijke gronden. Patiënten worden soms door hun behandelend arts – ten onrechte – gewezen op het bestaan van een ‘wettelijke plicht’. Mensen die zich hebben laten verleiden tot een tussentijdse melding, terwijl achteraf blijkt dat dit niet wettelijk verplicht was, aanvaarden een voor hen ongunstige beslissing van het CBR over hun rijbewijs moeilijk, hoewel die beslissing in het belang van de verkeersveiligheid is. Dit ongenoegen wordt versterkt door de wetenschap dat anderen met relevante aandoeningen zich niet melden. Dit kan leiden tot klachtenprocedures en juridische procedures en maakt de voorlichting over rijgeschiktheid aan artsen en patiënten onduidelijk.

Artsen kunnen in een moeilijk parket verkeren als zij de rijgeschiktheid van een patiënt betwijfelen. Zij zijn niet verantwoordelijk voor een oordeel over de rijgeschiktheid en, maar hebben soms wel gereede twijfel op dit punt. Zij zijn kunnen de patiënt niet dwingen zich te melden bij het CBR. De verantwoordelijkheid voor melding ligt bij de patiënt zelf.

5.2 Situatie in andere landen

In veel landen zijn bezitters van een rijbewijs wettelijk verplicht om een wijziging in hun medische situatie te melden als die van invloed kan zijn op de rijgeschiktheid. Dit geldt onder meer voor België, Frankrijk, Griekenland, Monaco, Oostenrijk, en IJsland (CIE98). In het Verenigd Koninkrijk bestaat een systeem waarbij de behandelend arts de plicht heeft zijn patiënt te informeren dat deze relevante aandoeningen moet melden. Weigert de patiënt dit (wat daar een overtreding is), of begrijpt hij dit niet, bijvoorbeeld vanwege dementie of andere cognitieve stoornissen, dan is de arts verplicht te melden (GMC2000). Noorwegen en Zweden kennen geen meldingsplicht van de patiënt, maar wel van de behandelend arts. De behandelend arts dient rijgeschiktheidsproblemen van patiënten met een geldig rijbewijs direct bij de verantwoordelijke autoriteiten te melden (CIE98).

5.3 Overwegingen van de commissie

De commissie acht de huidige situatie niet optimaal voor de verkeersveiligheid en benadrukt de noodzaak voor aanscherping van de regelgeving. Niet alleen de veiligheid van

de rijbewijsbezitter met een verminderde rijgeschiktheid is in het geding, maar ook die van andere weggebruikers. Zij doelt hier op maatregelen voor alle ziekten en aandoeningen die de rijgeschiktheid nadelig kunnen beïnvloeden (V&W00), dus niet alleen de in dit advies behandelde tumoren en doorbloedingsstoornissen van de hersenen. De commissie ziet twee mogelijkheden om de situatie te verbeteren: een meldingsplicht van arts of patiënt en een verlaging van de leeftijd voor de geldigheidsduur van het rijbewijs, zonder tussentijdse medische toets, van 70 naar 60 jaar.

Zou een eventuele meldingsplicht moeten gelden voor de patiënt of voor de behandelend arts? De commissie meent dat een meldingsplicht voor de arts de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt negatief kan beïnvloeden en haaks staat op de beginselen van beroepsgeheim, zwijgplicht en verschoningsrecht (KNM95). Het is overigens onder zwaarwegende omstandigheden nu al mogelijk de zwijgplicht te doorbreken. De commissie kan zich voorstellen dat zo'n omstandigheid zich een enkele keer voordoet, vooral wanneer het groep 2-rijbewijzen betreft. Een meldingsplicht voor de rijbewijsbezitter zelf met daarin een adviserende rol van de behandelend arts ligt echter meer voor de hand. Dit houdt in dat de behandelend arts de meldingsplicht onder de aandacht brengt van een patiënt als deze hem raadpleegt wegens een aandoening die de verkeersveiligheid nadelig kan beïnvloeden. Dit past ook bij de plicht, voortvloeiend uit de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, om een patiënt volledig te informeren omtrent zijn ziekte. De verantwoordelijkheid voor melding bij het CBR blijft dan bij de patiënt. De commissie vindt het van belang dat zowel artsen als patiënten voldoende weten over welke aandoeningen gemeld moeten worden. Het betreft naar haar mening alle aandoeningen die in de Regeling eisen geschiktheid 2000 aanleiding geven tot twijfel over de rijgeschiktheid (V&W00). Deze regeling wordt regelmatig aangepast aan nieuwe inzichten.

Voorwaarde voor een meldingsplicht is naar de mening van de commissie dat sancties worden verbonden aan niet-nakoming ervan. Mogelijke problemen zijn te voorzien bij de handhaafbaarheid en de proportionaliteit van een wettelijke meldingsplicht. Voorstelbaar is dat een rechtszaak van een gedupeerde van een ongeluk veroorzaakt door een rijbewijsbezitter die zich had moeten melden, tot grote bekendheid van de meldingsplicht zal leiden. Dit zal naar verwachting van de commissie de handhaafbaarheid vergroten. Dit effect wordt nog versterkt als verzekeringsmaatschappijen consequenties trekken uit een meldingsplicht en wellicht geen of lagere schadevergoedingen uitkeren. Er kan twijfel bestaan over de proportionaliteit van een meldingsplicht ten opzichte van het aantal te voorkomen ongelukken. Onderzoek hiernaar, bijvoorbeeld in de landen waar een meldingsplicht geldt, is de commissie niet bekend. De commissie verwacht dat door methodologische problemen geen betrouwbare resultaten van dergelijk onderzoek beschikbaar zullen komen.

Een andere mogelijkheid om de huidige situatie te verbeteren ziet de commissie in verlaging van de leeftijd voor de geldigheidsduur van het rijbewijs, zonder tussentijdse medische toets, van 70 naar 60 jaar. Uit epidemiologisch onderzoek is bekend dat het aantal ziektegevallen die relevant zijn voor de rijgeschiktheid in de bevolking relatief laag is onder mensen beneden de 60 jaar (Nat01). Vanuit het perspectief van de volksgezondheid is er meer noodzaak om bij de oudere rijbewijsbezitter inzicht te hebben in de rijgeschiktheid. Door het invullen van een 'eigen verklaring' vanaf de leeftijd van 60 jaar ontstaat hierover duidelijkheid. Zowel de patiënt als het CBR krijgt dan inzicht in de aanwezigheid van een aandoening waarbij de rijgeschiktheid mogelijk in het geding is. Via een specialistisch rapport, eventueel aangevuld met een rijtest, kan dan worden voorzien in gelijke behandeling van betrokkenen.

Den Haag, 4 juli 2001,
voor de commissie

dr PMM Beemsterboer,
secretaris



prof. dr JJ Sixma,
voorzitter

Literatuur

-
- Ano98 Anoniem. Internationals Study of Unruptured Intracranial Aneurysms Investigators. Unruptured intracranial aneurysms: risk of rupture and risk of surgical intervention. *N Engl J Med* 1998; 339: 1725-33.
- Bur94 Burn J, Dennis M, Bamford J, e.a. Long-term risk of recurrent stroke after a first-ever stroke. The Oxfordshire community stroke project. *Stroke* 1994; 25: 333-7.
- Bur97 Burn J, Dennis M, Bamford J, e.a. Epileptic seizures after a first stroke: the Oxfordshire community stroke project. *Br Med J* 1997; 315: 1582-7.
- CIE98 CIECA (Commission Internationale des Examens de Conduite Automobile) CD-ROM. Guide on Driver Licensing. Brussel, 1998 (ISBN 90-76408-05-X)
- GMC00 General Medical Council. Confidentiality: Protecting and providing information, appendix 2: disclosure of information about patients to the Driver and Licensing Agency. General Medical Council 2000.
- GR94 Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde. Medische rijgeschiktheid. Herziening advies 1985. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994; publikatie nr 1994/04.
- GR00 Gezondheidsraad: Rijgeschiktheid van personen met een geïmplanteerde cardioverter- defibrillator. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000; publicatie nr 2000/02.
- Gra68 Grattan E, Jeffcoate GO. Medical factors and road accidents *Br Med J* 1968; 1: 75-79.
- Hal94 Halinen MO, Jaussi A. Fatal road accidents caused by sudden death of the driver in Finland and Vaud, Switzerland. *Eur Heart J* 1994; 15: 888-94.
- Han99 Hankey GJ, Warlow CP. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs and effects on individuals and populations. *Lancet* 1999; 354: 1457-63.
- Her66 Herner B, Smedby B, Ysander L. Sudden illness as a cause of motor vehicle accidents. *Br J Ind Med* 1966; 23: 37-41.
- KNM95 KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht: KNMG, 1995.
-

- KNM98 KNMG. Schending beroepsgeheim moet individuele afweging arts blijven. KNMG nieuwsbericht 1998, 14 september.
- Lee00 Lees KR, Bath PMW, Naylor AR. ABC of arterial and venous disease. Secondary prevention of transient ischaemic attack and stroke. Br Med J 2000; 320: 991-4.
- Nat01 RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 1,1, 23 mei 2001, Bilthoven, <http://www.nationaalkompas.nl>.
- Pet96 Petch MC. Arrhythmias, implantable devices and driving "The United Kingdom Advisory Panel Experience". In: Oto MA, red. Practice and progress in cardiac pacing and electrophysiology. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1996: 381-6.
- Raa00 Raad van State. Uitspraak op het hoger beroep van: JEC van Dijk, wonend te Amersfoort, appellant en de Stichting Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen, 199903906/1, 20 juni 2000.
- Ruw01 Ruwaard D. Prevalentie, incidentie en sterfte naar leeftijd en geslacht. In: RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM 2001, <http://www.nationaalkompas.nl/> Gezondheidstoestand/Ziekten en aandoeningen\Endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekte en immuniteitsstoornissen\ Suikerziekte.
- Sch90 Commissie 'Scherpenhuizen'. Advies van de commissie tot evaluatie van de geldigheidsduur van de rijbewijzen. Den Haag, 1990.
- Tay87 Taylor J. Medical fitness to drive. In: Harrington JM, red. Recent advances in occupational health. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987: 103.
- TFR98 Task Force Report. Driving and heart disease. Eur Heart J 1998; 19: 1165-77.
- V&W95 Minister van Verkeer en Waterstaat. Regeling eisen geschiktheid. Den Haag: Staatscourant 1995; (212), 1 november.
- V&W00 Minister van Verkeer en Waterstaat. Regeling eisen geschiktheid. Den Haag: Staatscourant 2000; (99), 23 mei.
-

-
- A De adviesaanvraag
-
- B De commissie
-
- C Regeling eisen geschiktheid 2000: (paragraaf 7.2, 7.5 en 7.6)

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 3 oktober 2000 schreef de Minister van Verkeer en Waterstaat de volgende brief (DGP/VI/U.00.02787) aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad:

In 1994 heeft de Gezondheidsraad op verzoek van de toenmalige Minister van Verkeer en Waterstaat en de toenmalige Staatssecretaris van (toen nog) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een advies uitgebracht over eisen betreffende de medische rijgeschiktheid. Het advies van de Gezondheidsraad heeft uiteindelijk in 1995 geleid tot de regeling van de Minister van Verkeer en Waterstaat houdende vaststelling van eisen met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen.

Sinds de totstandkoming van het advies heeft de medische wetenschap echter niet stilgestaan en zijn inzichten en standpunten betreffende de eisen aan de rijgeschiktheid gewijzigd. Dit leidde er toe dat op 5 augustus 1998 de Gezondheidsraad van mij een verzoek ontving om advies (brief kenmerk DGP/VV/822675) over de geschiktheid van dragers van een zogenaamde geïmplanteerde cardioverter-defibrillator. Op 26 januari 2000 verscheen vervolgens het Gezondheidsraadadvies 'Rijgeschiktheid van personen met een geïmplanteerde cardioverter-defibrillator' (ISBN: 90-5549-305-8), waarvan de aanbevelingen werden overgenomen in de bijlage bij de Regeling eisen geschiktheid 2000 van 18 mei 2000 (CDJZ/WBI/2000-612).

Een vergelijkbaar probleem dient zich nu aan voor de paragrafen 7.5 (Hersentumoren) en 7.6 (Afwijkingen in de hersendoorbloeding) van de bijlage behorende bij de Regeling eisen geschiktheid 2000. Deze paragrafen stellen dat personen met een hersentumor of een afwijking van een bloedvat van de hersenen, alleen na een operatie weer geschikt mogen worden verklaard voor het rijbewijs. Intussen bestaan er echter meerdere behandelingsmethoden (bijvoorbeeld chemotherapie en/of bestraling bij tumoren en embolisatie bij

bloedvatafwijkingen) en is het soms zelfs beter om af te zien van een operatie aan de hersenen en het be-
loop van de aandoening af te wachten.

Mede gezien de uitspraak van de Raad van State van 20 juni 2000 in een hoger-beroepszaak tegen het
CBR van een betrokkene met een niet-geopereerde hersentumor en de daaruit voortgevloeide aandacht van
de pers (als bijlage toegevoegd), verzoek ik hierbij de Raad de genoemde paragrafen 7.5 en 7.6 aan de thans
heersende inzichten te toetsen en waar nodig te actualiseren. Daarbij vraag ik u zo veel mogelijk rekening te
houden met het voorwerk dat op dit moment reeds gedaan is door een werkgroep onder leiding van dr
MCTFM de Krom, neuroloog in het Academisch Ziekenhuis te Maastricht.

Bij de adviesaanvraag van 5 augustus 1998 over de geschiktheid bij een geïmplanteerde cardioverter-defibril-
lator werd tevens de opvatting van de Raad gevraagd inzake de geschiktheid van insuline-afhankelijke diabe-
tici, met name voor de rijbewijzen van groep 2 (vrachtauto's en autobussen). Dit advies heb ik nog niet van
u mogen ontvangen. Aangezien dit onderwerp thans minder urgent is dan de problemen met de paragrafen
7.5 en 7.6 verzoek ik de Raad het uitbrengen van een advies over insulineafhankelijke diabetici te verschui-
ven naar latere datum en de vrijgekomen tijd aan te wenden voor een advies op niet al te lange termijn over
de genoemde paragrafen.

De Minister van Verkeer en Waterstaat,

w.g. T Netelenbos

De commissie

-
- prof. dr JJ Sixma, *voorzitter*
Voorzitter Gezondheidsraad
 - dr JJ Battermann
hoogleraar radiotherapie; Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - dr DA Bosch
hoogleraar neurochirurgie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - dr J Groeneweg
psycholoog/veiligheidsdeskundige; Universiteit Leiden
 - dr JJ Heimans
hoogleraar neuro-oncologie; VU medisch centrum, Amsterdam
 - dr LJ Kappelle
hoogleraar neurologie; Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - dr MCTFM de Krom
neuroloog; Academisch Ziekenhuis Maastricht
 - LMC Bedaux, *adviseur*
Ministerie Verkeer en Waterstaat, Den Haag
 - drs RA Bredewoud, *adviseur*
Stichting Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen, Rijswijk
 - dr GHM ten Velden, *adviseur*
Gezondheidsraad, Den Haag
 - dr PMM Beemsterboer, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag
-

Regeling eisen geschiktheid 2000:

epilepsie (paragraaf 7.2);
hersentumoren en afwijkingen in de hersendoorbloeding (paragraaf 7.5 en 7.6)

7.2 Epilepsie

Voor deze personen is altijd een specialistisch rapport vereist

7.2.1 *Rijbewijzen van groep 1*

A. Na een eerste epileptische aanval

Deze personen zijn ongeschikt gedurende zes maanden na de aanval.

Uitzonderingen:

- a epileptische aanval zonder duidelijke oorzaak met een elektro-encefalogram (EEG) zonder 'epileptiforme afwijkingen': ongeschikt gedurende drie maanden na de aanval;
- b epileptische aanval bij een onderliggend progressief neurologisch lijden: individueel beoordelen, maar minstens ongeschikt gedurende zes maanden na de aanval

B. Meer dan één epileptische aanval in de voorgeschiedenis

Deze personen zijn ongeschikt gedurende een jaar na de laatste aanval.

Uitzonderingen:

- a indien blijkt dat gedurende een jaar de aanvallen uitsluitend in de slaap zijn opgetreden, geldt een beperkte geschiktheid: zie subparagraaf C;
 - b indien, zonder aanvallen in de anamnese, gedurende drie maanden alleen myoclonieën zijn opgetreden, die geen invloed hebben op het rijgedrag, geldt een beperkte geschiktheid: zie subparagraaf C;
-

- c indien, zonder aanvallen in de anamnese, gedurende drie maanden alleen eenvoudige partiële aanvallen zijn opgetreden, die geen invloed hebben op het rijgedrag, geldt een beperkte geschiktheid: zie subparagraaf C;
- d indien bij sporadische aanvallen het interval tussen de laatste en voorlaatste aanval groter is dan twee jaar: richtlijn zoals bij eerste epileptische aanval (zie subparagraaf A);
- e epilepsie bij progressief neurologisch lijden dan wel onbehandelde epilepsie: individueel beoordelen; ten minste ongeschikt gedurende een jaar na de laatste aanval.

C. Geldigheidsduur van het rijbewijs

De geldigheidsduur van het rijbewijs (geschiktheidstermijn) van hen die onder A of B zijn goedgekeurd, is de eerste keer een jaar. Indien de betrokkene aanvalsvrij is gebleven of indien in gevallen genoemd onder subparagrafen Ba, Bb, of Bc de aard van de aanvallen niet is veranderd, geldt een geschiktheidstermijn (geldigheidsduur rijbewijs) van drie jaar, daarna vijf jaar en daarna onbeperkt.

D. Staken of wijzigen van medicatie

Het volgende onderscheid kan worden gemaakt:

- a Het staken van de medicatie na een aanvalsvrije periode van minder dan drie jaar: ongeschiktheid gedurende het staken en gedurende drie maanden erna. Daarna: oorspronkelijke geldigheidsduur van het rijbewijs (zie C);
- b medicatie staken na een aanvalsvrije periode van drie jaar of meer: geen ongeschiktheid, ook niet gedurende het staken;
- c wijziging van medicatie: ongeschiktheid gedurende nul tot drie maanden (bij voorkeur te beoordelen na overleg met de behandelaar). Verdere geldigheidsduur rijbewijs: zie C.

7.2.2 Rijbewijzen van groep 2

A. Na een eerste aanval

Deze personen zijn permanent ongeschikt. Een uitzondering geldt wanneer het gaat om één epileptische aanval, die niet wordt behandeld met medicijnen, zonder duidelijke oorzaak en zonder EEG-afwijkingen in 'epileptische zin' in een standaard-, slaaponthoudings- en slaap-EEG: deze personen zijn ongeschikt gedurende twee jaar na de aanval.

B. Na meer dan een aanval

Deze personen zijn permanent ongeschikt. Een uitzondering geldt voor personen bij wie de medicatie is gestaakt en bij wie een standaard-, slaaponthoudings- en slaap-EEG na het staken van de medicatie geen afwijkingen 'in epileptische zin' vertonen. Na staken van de medicatie is de ongeschiktheidstermijn vijf jaar.

C. Geldigheidsduur van het rijbewijs

De geldigheidsduur (geschiktheidstermijn) van rijbewijzen van groep 2 is eerst één jaar. Indien de betrokke-

ne aanvalsvrij is gebleven, wordt de geschiktheidsduur (geldigheidsduur rijbewijs) drie jaar en daarna telkens vijf jaar.

7.5 Hersentumoren

Voorafgaand aan de eventuele operatie: ongeschikt voor alle rijbewijzen. Dit geldt ook voor de periode na de operatie, tenzij de betrokkene één jaar vrij is van belangrijke neurologische verschijnselen en het specialistisch rapport gunstig is (voor epilepsie: zie paragraaf 7.2). Als er sprake is van hypofysetumoren of andere basale tumoren, moet het specialistisch rapport (ook) ingaan op de gezichtsscherpte en de grootte van de gezichtsvelden.

7.6 Afwijkingen in de hersendoorbloeding

7.6.1 *Aneurysmata en andere anomalieën van de hersenvaten met kans op optreden van hersenbloedingen*

Voorafgaand aan de eventuele operatie: ongeschikt voor alle rijbewijzen. Dit geldt ook voor de periode na de operatie, tenzij de betrokkene één jaar vrij is van belangrijke neurologische verschijnselen en het specialistisch rapport gunstig is (voor epilepsie: zie paragraaf 7.2).

7.6.2 *Doorbloedingsstoornissen van de hersenen*

A. Het vaker optreden van 'transient ischemic attacks' (TIA's)

Ongeschikt voor alle rijbewijzen, tenzij betrokkene één jaar (rijbewijzen van groep 1), respectievelijk vijf jaar (groep 2) vrij is van belangrijke neurologische verschijnselen en het specialistisch rapport gunstig is.

Uitzondering: een persoon die een enkele TIA of RIND heeft doorgemaakt is ten minste gedurende één maand na het begin van dit voorval ongeschikt.

B. Na een hersenbloeding of herseninfarct (CVA)

Ongeschikt voor alle rijbewijzen. Voor rijbewijzen van groep 1 geschikt te achten na een periode van een jaar. Uitzondering: als betrokkene nauwelijks restverschijnselen heeft en de rijtest met de deskundige van het CBR positief uitvalt.

Voor rijbewijzen van groep 2 geschikt te achten na een periode van vijf jaar, mits het neurologisch rapport gunstig is.

Voor epileptische insulten: zie paragraaf 7.2.