
Medische rijgeschiktheid

Medische rijgeschiktheid

Advies van een commissie van de Gezondheidsraad

aan

de minister en de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

de minister van Verkeer en Waterstaat

Nr 1994/04 Den Haag, 26 mei 1994

Deze publikatie kan als volgt worden aangehaald: Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde. Medische rijgeschiktheid. Herziening advies 1985. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994; publikatie nr 1994/04.

Preferred citation: Health Council of The Netherlands. Advisory report on medical aspects of fitness-to-drive. The Hague: Health Council of the Netherlands, 1994; publication no. 1994/04.

auteursrecht voorbehouden.

all rights reserved

ISBN 90-5549-035-0

Inhoudsopgave

Samenvatting 8

Summary 9

-
- 1 Inleiding 10
 - 1.1 De adviesaanvraag 10
 - 1.2 Verantwoording van het advies 11
 - 2 De richtlijnen: algemene opmerkingen 12
 - 2.1 Soorten rijbewijzen 12
 - 2.2 De Geneeskundige CBR, het medisch onderzoek 12
 - 3 Stoornissen van het gezichtsorgaan 15
 - 3.1 Inleiding 15
 - 3.2 Gezichtsvermogen 15
 - 3.3 Beperkte geschiktheidstermijn 17
 - 3.4 Tijdelijke ongeschiktheid 18
 - 3.5 Rijtest 18
 - 3.6 Vernieuwing rijbewijs 18
 - 4 Stoornissen van gehoor en evenwicht 19
 - 4.1 Inleiding 19
-

- 4.2 Slechthorendheid en doofheid 19
- 4.3 Draaiduizeligheid of aanvallen van evenwichtsstoornis (zoals bij syndroom van Ménière) 20
- 4.4 Multidisciplinaire beoordeling 20

-
- 5 Inwendige ziekten 21
 - 5.1 Inleiding 21
 - 5.2 Diabetes mellitus 21
 - 5.3 Hypertensie 22
 - 5.4 Chronische nierinsufficiëntie 22
 - 5.5 Longziekten 23
 - 5.6 Bloedziekten 23
 - 5.7 Overige aandoeningen, orgaantransplantatie 23

-
- 6 Hart- en vaatziekten 25
 - 6.1 Inleiding 25
 - 6.2 Chronisch hartfalen 26
 - 6.3 Ischemische hartziekten 26
 - 6.4 Cardiomyopathie 27
 - 6.5 Klepafwijkingen (verworven of aangeboren, al dan niet een klepprothese) 27
 - 6.6 Aangeboren gebreken van hart en grote vaten 28
 - 6.7 Ritme- en geleidingsstoornissen 28
 - 6.8 Perifere vaatziekten 29
 - 6.9 Diversen 29

-
- 7 Neurologische aandoeningen 30
 - 7.1 Inleiding 30
 - 7.2 Epilepsie 30
 - 7.3 Bewustzijnsstoornissen (anders dan epilepsie) 33
 - 7.4 Min of meer progressieve, al of niet intermitterend verlopende ziektebeelden 33
 - 7.5 Hersentumoren 34
 - 7.6 Afwijkingen in de hersendoorbloeding 34
 - 7.7 Stationaire defecttoestanden 35

-
- 8 Psychiatrische stoornissen 36
 - 8.1 Inleiding 36
 - 8.2 Psychosen 37
 - 8.3 Stemmingsstoornissen 38
 - 8.4 Angststoornissen 38
 - 8.5 Dissociatieve stoornissen 38
-

8.6	Psycho-organische stoornissen	38
8.	Persoonlijkheidsstoornissen	39
8.8	Chronisch misbruik van alcohol of drugs	40
8.9	Verstandelijke handicap	40
<hr/>		
9	Lichamelijke handicaps	41
<hr/>		
10	Geneesmiddelen	43
10.1	Inleiding	43
10.2	Geneesmiddelen die de werking van het centrale zenuwstelsel beïnvloeden	44
10.3	Bloedsuikerverlagende geneesmiddelen	45
10.4	Anti-epileptica	45
10.5	Anticoagulantia	45
10.6	Antihistaminica	45
10.7	Antihypertensiva	46
10.8	Hormonen	46
10.9	Maag-darmmiddelen	46
10.10	Perifere analgetica en NSAID's	46
10.11	restgroepen: parasymphaticolytica, parasymphaticomimetica, sympaticolytica, sympaticomimetica	46
10.12	Chronisch misbruik van geneesmiddelen	47
<hr/>		
	Literatuur	48
<hr/>		
	Bijlagen	51
A	Samenstelling van de commissie	52
B	Totstandkoming van het advies	54
C	De adviesaanvraag	57
D	De Europese richtlijn	59

Samenvatting

In dit advies formuleert de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad (hierna genoemd: de 'commissie') richtlijnen voor de beoordeling van de medische geschiktheid tot deelname aan het gemotoriseerde verkeer. In het verleden heeft de Raad drie adviezen van deze strekking uitgebracht. Het voorliggende advies is in het bijzonder een herziening van het laatste (in 1985) verschenen document. De commissie heeft niet alleen de beschikbare literatuur geraadpleegd maar ook een groot aantal externe deskundigen. Tevens heeft zij rekening gehouden met buitenlandse richtlijnen en met de Europese richtlijn die binnen afzienbare tijd in Nederland van kracht wordt. Voor sommige onderdelen zijn de voorstellen van de commissie - gezien de huidige stand van wetenschap - echter soepeler dan die van laatstgenoemde richtlijn.

Er is naar gestreefd de richtlijnen zodanig duidelijk en specifiek te formuleren dat interpretatieverschillen tussen de keurende artsen zo veel mogelijk worden voorkomen.

Summary

of a report of a Standing committee of the Health Council of The Netherlands. Advisory report on medical aspects of fitness-to-drive. The Hague: Health Council of the Netherlands, 1994; publication no. 1994/04.

During the past thirty years the Health Council of the Netherlands issued several advisory reports on medical aspects of fitness-to-drive. This fourth document presents a revision of the 1985 advisory report. For that purpose the committee studied the relevant scientific literature and consulted a large number of medical experts in the field concerned. The European directive on medical fitness-to-drive, which in the near future will be implemented in the Netherlands, has also been considered by the committee. However, the committee has chosen, on the basis of scientific evidence, to formulate some parts of the guidelines proposed in this report less strictly than those given in the European directive.

The committee has attempted to phrase the guidelines in clear and specific terms, in order to minimize interpretational differences.

Inleiding

Voor u ligt het advies inzake de keuringsrichtlijnen voor de medische geschiktheid tot deelname aan het gemotoriseerde verkeer, uitgebracht door de Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad (zie bijlage A). De commissie heeft over specifieke onderwerpen ook deskundigen buiten haar gelederen geraadpleegd.

Dit is het vierde advies van de Gezondheidsraad over medische rijgeschiktheidscriteria. Het eerste verscheen in 1966, het tweede in 1971 en het derde in 1985 (GR66, GR71, GR85).

1.1 De adviesaanvraag

Bij brief van 31 mei 1990, kenmerk HGZ/HEB/U-1050, vroeg de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de voorzitter van de Gezondheidsraad wederom advies uit te brengen over de medische keuringsnormen voor het rijbewijs (zie bijlage C). Gezien de sedert het vorige advies (1985) verstreken tijd, verzocht de bewindsman de Gezondheidsraad de richtlijnen - zoals in dat advies gegeven - te willen toetsen aan de nu heersende inzichten, deze zo nodig te actualiseren en daarbij rekening te houden met de nieuwe Europese rijbewijsrichtlijn die binnen afzienbare tijd in ons land van kracht wordt. De bewindsman wees er bovendien op dat de huidige wettelijke normen interpretatieverschillen tussen de keurende artsen mogelijk maken, waardoor de gelijkheid van behandeling van aanvragers van rijbewijzen bemoeilijkt wordt. Hij verzocht daarom de geadviseerde normen zodanig duidelijk en specifiek te formuleren dat deze verschillen zoveel mogelijk worden voorkomen.

1.2 Verantwoording van het advies

Een internationaal probleem is, dat - afgezien van de invloed van alcoholgebruik - er nog altijd betrekkelijk weinig epidemiologische gegevens zijn over de relatie tussen de gezondheidstoestand van verkeersdeelnemers en het veroorzaken van verkeersongevallen. Het spreekt voor zich dat de ongevalskans kan toenemen door een verminderde lichamelijke of geestelijke conditie van degene die een motorvoertuig bestuurt. Ook is het duidelijk dat aandoeningen als blindheid of een ernstige geestesziekte iemand zonder meer ongeschikt maken voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer. Voor de meeste aandoeningen is echter nauwelijks aan te geven hoe groot de kans op ongelukken is bij verkeersdeelname. Uit diverse publikaties komen de laatste jaren wel aanwijzingen naar voren dat voor aandoeningen als suikerziekte en epilepsie deze kans kleiner lijkt te zijn dan altijd werd aangenomen (Han91, Fri92, Lan92). Hoe het ook zij, wat de 'stand van wetenschap' betreft is de beschikbare kennis op het gebied van de medische 'rijgeschiktheid' nog altijd mager te noemen. Naast bestudering van de relevante literatuur - waaronder ook buitenlandse richtlijnen - heeft de commissie zich daarom genoodzaakt gezien om een grote groep deskundigen te raadplegen en hun reacties zorgvuldig te wegen bij het opstellen van de richtlijnen in het voorliggende advies (zie bijlage B).

De richtlijnen: algemene opmerkingen

2.1 Soorten rijbewijzen

In de hierna volgende hoofdstukken geeft de commissie de richtlijnen voor het beoordelen van de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorvoertuigen. Zij hanteert daarbij de indeling in rijbewijsoorten (groep 1: personenauto's, motorrijwielen; groep 2: zware vrachtwagens, bussen) zoals aangegeven in de huidige Europese richtlijn (zie bijlage D).

In dit advies worden de begrippen 'rijgeschiktheid' en 'rijvaardigheid' gebruikt. Rijgeschiktheid heeft betrekking op de lichamelijke en geestelijke kwaliteiten op grond waarvan een persoon wel of niet, of voor een beperkte tijdsduur, geschikt is voor het besturen van een motorvoertuig; de vaststelling van de geschiktheid voor één of meer rijbewijscategorieën geschiedt door middel van afgifte (door de Geneeskundige CBR) van de Geneeskundige Verklaring (zie hierna). Rijvaardigheid heeft betrekking op de vereiste kennis en bekwaamheid voor het besturen van een motorvoertuig.

2.2 De Geneeskundige CBR, het medisch onderzoek

In 1951 is met de inwerkingtreding van het Wegenverkeersreglement (WVR) een geneeskundige aangewezen die belast is met de beoordeling van de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van onderscheiden categorieën motorvoertuigen waarvoor een rijbewijs is vereist. De taak en bevoegdheden van deze geneeskundige zijn omschreven in het Wegenverkeersreglement. Deze geneeskundige,

aangewezen door de minister van Verkeer en Waterstaat, is verbonden aan het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) te Rijswijk. Een van de taken (en tevens bevoegdheden) van de Geneeskundige CBR is het afgeven van de Geneeskundige Verklaring, één van de documenten die door de aanvrager (aanvraagster) van een rijbewijs bij zijn(haar)* aanvraag moet worden overgelegd. De Geneeskundige Verklaring geeft aan dat de betrokkene de lichamelijke en geestelijke geschiktheid bezit tot het besturen van motorvoertuigen van de erin vermelde categorie(ën). Deze verklaring wordt aangevraagd door middel van de zogenoemde Gezondheidsverklaring, de door de aanvrager in te vullen vragenlijst omtrent de medische geschiktheid. Wanneer één of meer vragen bevestigend wordt(en) beantwoord, moet op dit formulier een zogeheten *aantekening* worden gesteld van een arts, waaruit de aard, de oorzaak en de ernst van de afwijking blijken zonder een (definitieve) uitspraak omtrent de medische rijgeschiktheid. Volgens de huidige opvattingen dient deze arts niet de behandelend arts te zijn (zie KNMG92). Ook de commissie heeft deze mening (zie verder).

Alleen voor (potentiële) bestuurders van een motorvoertuig, ouder dan 70 jaar en aanvragers van een eerste rijbewijs van groep 2, vindt aanvullend een algemeen oriënterend medisch onderzoek plaats. Daarbij krijgt vooral het gezichtsvermogen, maar bijvoorbeeld ook de bloeddruk aandacht. De keurend arts dient na dit onderzoek een Geneeskundig Verslag in te vullen, waarin deze een oordeel geeft over de medische rijgeschiktheid, eventueel met het advies om bijzondere technische voorzieningen aan het motorvoertuig aan te brengen. Aan de hand van dit verslag beslist de Geneeskundige CBR uiteindelijk over de medische rijgeschiktheid van de betrokkene.

Mochten de antwoorden op de vragen van de Gezondheidsverklaring ofwel het Geneeskundig Verslag daartoe aanleiding geven, dan kan de Geneeskundige CBR gebruik maken van zijn bevoegdheid om de betrokkene nader te laten onderzoeken door een door hem aan te wijzen specialist op het betrokken vakgebied. Waar hierna sprake is van een *specialistisch rapport* verstaat de commissie daaronder het rapport dat de Geneeskundige CBR ontvangt van de onafhankelijke specialist naar wie hij de kandidaat heeft verwezen.

De commissie is van oordeel dat medisch onderzoek ten behoeve van de Geneeskundige Verklaring slechts dient te geschieden door een arts, die *niet* de behandelend arts van de te onderzoeken persoon is. Zij acht dit geboden gezien de bijzondere vertrouwensrelatie van de behandelend arts met de patiënt (keuringskandidaat). Het spreekt voor zich dat wanneer de medische beoordeling ongunstig is voor de aanspraken van de betrokkene, deze vertrouwensrelatie ernstig

* Gemakshalve gebruikt de commissie in de verdere tekst alleen de mannelijke vorm.

geschaad kan worden. Het nadeel van de keuring door een onafhankelijk arts is echter dat deze een oordeel tracht te vellen op grond van een momentopname en daarbij vooral zal moeten afgaan op de mededelingen van de keurling. Zorgvuldige raadpleging van de behandelende arts(en) - zoals huisarts of specialist - kan de kwaliteit en betrouwbaarheid van het medische oordeel van de keurende arts dan ook aanzienlijk verbeteren. De commissie is er daarom een voorstander van dat bij de keuring voor het rijbewijs (of bij de 'aantekening arts'), indien op medische gronden gewenst, zo mogelijk ook informatie bij de behandelende arts(en) wordt ingewonnen, hetgeen dan wel moet geschieden met *schriftelijke* toestemming van de keurling (gerichte machtiging). Eventueel rekening houdend met de gegevens die de behandelende arts(en) heeft (hebben) verstrekt, dient de keurend arts evenwel zijn oordeel zelfstandig en onafhankelijk te vellen.

Stoornissen van het gezichtsorgaan

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de commissie de rijgeschiktheidsrichtlijnen voor het gezichtsorgaan. De richtlijnen zijn voornamelijk gebaseerd op de zorgvuldige weging van reacties van geraadpleegde deskundigen. Daarnaast heeft de commissie rekening gehouden met de beschikbare literatuur (zie onder meer: MCAP85, Reu88, Zis89, Fu90, Gim91, CMA91, Wal91).

De hieronder voorgestelde eisen zijn voor enkele onderdelen soepeler dan die van de huidige Europese richtlijn (zie bijlage D). Dit geldt onder meer voor de gecorrigeerde visus en voor de brekingssterkte van brillen. De commissie ziet op grond van de huidige stand van wetenschap geen redenen om de desbetreffende eisen van de Europese richtlijn te onderschrijven. Zo is de laatste jaren de techniek van het vervaardigen van brilleglazen zodanig verbeterd dat correctie van grotere brekingsafwijkingen zonder hinderlijke randvertekening (en dus zonder nadelige gezichtsveldbeïnvloeding) mogelijk is.

3.2 Gezichtsvermogen

De hierna gegeven normen voor gecorrigeerde visus, brekingsafwijkingen (bril, contactlenzen), gezichtsvelden enzovoort gelden met inachtneming van het gestelde in paragraaf 3.3 t/m 3.6.

3.2.1 *Gecorrigeerde visus*

Voor rijbewijzen van groep 1 dient de - met bril, contactlenzen of intra-oculaire lenzen - gecorrigeerde visus bij het zien met één of beide ogen minstens 0,5 te bedragen.

Voor rijbewijzen van groep 2 dient de gecorrigeerde binoculaire gezichtsscherpte minstens 0,5 te bedragen; de keuringskandidaat moet daarbij met het minder goede oog een visus van minimaal 0,1 halen (het horizontale gezichtsveld van dit oog dient ongestoord te zijn; zie paragraaf 3.2.3). Het slechts kunnen zien met één oog (zie ook 3.4) is een uitsluitingsgrond voor rijbewijzen van groep 2; bij uitzondering kunnen personen met jarenlange rij-ervaring na verlies van (het gebruik van) één oog, na een tijdelijke ongeschiktheidsperiode (zie 3.4) en na een positieve rijtest (zie 3.5) geschikt worden verklaard.

3.2.2 *Brekingssterkte van brillen en contactlenzen; intra-oculaire lenzen*

Voor alle rijbewijzen geldt dat brilleglazen zijn toegestaan met een sterkte tot +10 dioptrieën en tot -15 dioptrieën; bij sterkere glazen bestaat te grote randvertekening, waardoor een beperking van het horizontale gezichtsveld optreedt. Contactlenzen met elke sterkte zijn toegestaan (zie ook 3.2.6), mits zij goed verdragen worden.

Intra-oculaire lenzen zijn voor alle rijbewijzen toegestaan als er zich geen problemen voordoen zoals het bestaan van dubbelbeelden, storende mediatroebelingen of een progressieve oogaandoening. Voorzichtigheid met de geschiktheidsbeoordeling is geboden bij personen met multifocale intra-oculaire lenzen, omdat bij dergelijke lenzen nogal eens hinderlijke strooilichteffecten kunnen optreden in schemerdonker.

3.2.3 *Gezichtsvelden*

Rijbewijzen van groep 1: het horizontale gezichtsveld - bij zien met één of beide ogen - moet minimaal 140 graden zijn.

Rijbewijzen van groep 2: het binoculaire horizontale gezichtsveld dient minstens 140 graden te zijn; heeft het minder goede oog een gecorrigeerde visus kleiner dan 0,5 (zie 3.2.1) dan dient dit oog een gezichtsveld te hebben van 80 graden temporaal en 60 graden nasaal.

Voor beide groepen rijbewijzen geldt dat het bestaan van afwijkingen in het horizontale gezichtsveld zoals *homonyme hemianopsie*, afwijkingen in andere meridianen, of de aanwezigheid van scotomen, beoordeling van de rijgeschiktheid in een gespecialiseerd, bij voorkeur academisch, oogheelkundig centrum noodzakelijk maakt. Deze personen kunnen in uitzonderingsgevallen geschikt worden verklaard

voor rijbewijzen van groep 1, evenwel op grond van een specialistisch rapport en na een positieve rijtest (zie 3.5).

3.2.4 *Kleurenzien*

Alle rijbewijzen: geen eisen.

3.2.5 *Schemerzien*

Het vermogen van het gezichtsorgaan om zich aan vermindering van de hoeveelheid licht aan te passen (donkeradaptatie) dient bij alle rijbewijscategorieën min of meer ongestoord te zijn.

Bij sterke twijfel zal nader onderzoek met een adaptometer in een gespecialiseerd, bij voorkeur academisch, oogheelkundig centrum moeten plaatsvinden: de maximaal toegestane afwijking bedraagt één log-eenheid. De rijgeschiktheidsbeoordeling kan voorts ondersteund worden door een rijtest (zie 3.5).

3.2.6 *Diversen*

Voor alle rijbewijscategorieën geldt dat er geen afwijkingen mogen bestaan als storende dubbelbeelden of - met betrekking tot verkeersdeelname - hinderlijke mediatroebelingen. Progressieve oogaandoeningen (zie 3.3) en onvoldoende met contactlenzen gecorrigeerde afakie leiden tot tijdelijke ongeschiktheid voor rijbewijzen van groep 1 en meestal tot ongeschiktheid voor rijbewijzen van groep 2. De rijgeschiktheidsbeoordeling voor deze laatste groep dient te geschieden op geleide van een oogartsrapport en een eventuele testrit (zie 3.5); bij goed gecorrigeerde afakie is de maximale geschiktheidstermijn voor groep 2 tien jaar.

3.3 **Beperkte geschiktheidstermijn**

Beperking van de geschiktheidstermijn voor één of meer rijbewijscategorieën, aan te geven door de keurend oogarts, is aangewezen bij onder meer de volgende progressieve, doorgaans bilaterale oogaandoeningen:

- cataract
- glaucoom met gezichtsveldbeperking (of het bestaan van grote scotomen)
- degeneratieve en vasculaire netvliesaanandoeningen
- progressief lijden van de nervus opticus.

3.4 Tijdelijke ongeschiktheid

Tijdelijke ongeschiktheid voor het besturen van een motorvoertuig treedt op bij plotseling verlies van (het gebruik van) één oog, dus ook bij storende diplopie waarbij afdekken van één oog noodzakelijk is.

De betrokkene kan na een aanpassingsperiode van ten minste drie maanden weer rijgeschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1; in uitzonderingsgevallen (zie 3.2.1) kan een persoon na genoemde aanpassingsperiode, na herkeuring en mede op grond van een rijtest afgenomen door een deskundige van het CBR (zie 3.5), weer rijgeschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 2.

3.5 Rijtest

Indien de Geneeskundige CBR voor een juiste oordeelsvorming een rijtest nodig acht, kan hij een deskundige op het gebied van de praktische rijgeschiktheid (van de desbetreffende afdeling van het CBR) inschakelen voor het afnemen ervan. Het CBR heeft voor de rijtest een uitvoerig protocol.

3.6 Vernieuwing rijbewijs

Voor beide groepen rijbewijzen geldt na het zeventigste jaar een geschiktheidstermijn van vijf jaar, indien er (blijkend uit de aantekening c.q. het verslag van de keurend arts) geen belangrijke afwijkingen zijn gevonden in visus of gezichtsvelden. Indien dit wel het geval is, is aanvullend onderzoek door een oogarts nodig (de geschiktheidstermijn is dan afhankelijk van het specialistisch rapport).

Stoornissen van gehoor en evenwicht

4.1 Inleiding

Op grond van de algemene reacties van geraadpleegde deskundigen en gezien de gegevens in de literatuur (zie onder meer MCAP85, CMA91) ziet de commissie geen redenen om de rijgeschiktheidsrichtlijnen op dit gebied - zoals gegeven in het Gezondheidsraadadvies van 1985 (GR85) - belangrijk te wijzigen. Hieronder geeft zij de richtlijnen die naar haar mening verantwoord zijn voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer. Uiteraard kan het geboden zijn om voor sommige subcategorieën beroepschauffeurs strengere eisen te stellen (zoals het niet toestaan van doofheid). Het aangeven van dergelijke specifieke, op de beroepsomstandigheden toegespitste, normen valt buiten de taakopdracht van de commissie.

4.2 Slechthorendheid en doofheid

Deze hoeven geen beletsel te zijn voor verkeersdeelname, mits visus, reactiesnelheid en beweeglijkheid van de halswervelkolom* normaal zijn.

Na *acuut* ontstaan van gehoorverlies of uitval van de evenwichtsfunctie dient men een aanpassingsperiode van minstens drie maanden in acht te nemen, waarin de

* Bij bewegingsbeperking van de betrokkene, met name van de cervicale wervelkolom, kan aanpassing van het voertuig door extra spiegels nodig zijn, te beoordelen door de Afdeling Aanpassingen van het CBR.

betrokkene als rij-ongeschikt moet worden beschouwd. Na afloop van deze periode moet de rijgeschiktheid beoordeeld worden aan de hand van de aantekening van de keurend arts.

4.3 Draaiduizeligheid of aanvallen van evenwichtsstoornis (zoals bij het syndroom van Ménière)

Deze maken een kandidaat vaak ongeschikt voor het besturen van motorrijtuigen. Na een klachtenvrije periode van drie maanden kan de betrokkene, aan de hand van de aantekening van de keurend arts, rijgeschikt worden verklaard voor een beperkte termijn. De duur van die termijn hangt mede af van de (vroegere) frequentie en de (on)voorspelbaarheid van de aanvallen, zulks ter beoordeling van de keurend arts (zie ook 4.4).

4.4 Multidisciplinaire beoordeling

Het verdient aanbeveling om in moeilijke gevallen multidisciplinaire (oto-neuro-ofthalmologische) beoordeling van de rijgeschiktheid in een gespecialiseerd centrum te doen plaatsvinden.

Inwendige ziekten

5.1 Inleiding

Hieronder geeft de commissie de medische rijgeschiktheidsrichtlijnen voor inwendige ziekten. Behalve door weging van de reacties van geraadpleegde deskundigen en bestudering van de literatuur (MCAP85, Reu88, Rat89, Son89, Ste89, Rüb90, Han91, IVGV91, Wal91, Fri92, Lan92, Sau92) heeft zij zich bij de opstelling ervan tevens laten leiden door de Canadese richtlijnen op dit terrein (CMA91).

Voor de rijgeschiktheidsbeoordeling zijn van belang: de actuele lichamelijke conditie (al of geen klachten optredend bij deelname aan het verkeer), de 'medische' voorgeschiedenis en de prognose (kans op verergering van klachtenpatroon, kans op complicaties). Bij haar formuleringen heeft de commissie met deze aspecten - die uiteraard nogal kunnen verschillen per type aandoening - rekening gehouden.

5.2 Diabetes mellitus

5.2.1 Algemeen

Voor alle vormen van diabetes mellitus geldt dat personen bij wie plotseling en onverwacht bewustzijnsdalingen door hypoglycemie optreden, zonder meer ongeschikt zijn voor alle rijbewijscategorieën. Ook zijn in het algemeen die personen ongeschikt, bij wie de ziekte gepaard gaat met ernstige complicaties van ogen, zenuwstelsel of hart en bloedvaten.

Bij aanvragers van een (nieuw) rijbewijs die meer dan twintig jaar aan diabetes mellitus lijden is een oogheelkundig onderzoek aangewezen.

5.2.2 *Geen gebruik van insuline*

Diabetici die geen insuline gebruiken, met andere geneesmiddelen en/of dieet goed zijn ingesteld en vrij zijn van de genoemde complicaties, kunnen voor alle rijbewijzen worden goedgekeurd voor een termijn van maximaal vijf jaar.

5.2.3 *Gebruik van insuline*

Diabetici die insuline gebruiken, goed zijn ingesteld en vrij zijn van de genoemde complicaties, kunnen voor rijbewijzen van groep 1 worden goedgekeurd voor maximaal vijf jaar.

Voor rijbewijzen van groep 2 is steeds een specialistisch rapport vereist; de maximale geschiktheidstermijn is drie jaar.

5.3 **Hypertensie**

Als de keurende arts bij de keuring ernstige al dan niet vermoede hypertensie constateert, zal hij de betrokkene doorgaans voor behandeling verwijzen naar de huisarts. De keuring kan dan opnieuw plaatsvinden als behandeling is ingesteld of bijgesteld.

Voor personen die ondanks behandeling een hoge bloeddruk houden, te weten een diastolische druk die, bij herhaling gemeten, hoger is dan 115 mm Hg, geldt - gezien het risico op beschadiging van ogen, nieren, hart en hersenen - een beperkte geschiktheidstermijn: maximaal vijf jaar voor rijbewijzen van groep 1 en maximaal drie jaar, mede op grond van een specialistisch rapport, voor rijbewijzen van groep 2.

5.4 **Chronische nierinsufficiëntie**

Voor personen met een ernstig gestoorde nierfunctie (kreatinineklaring van minder dan 20 ml/minuut) is een specialistisch rapport vereist; het betreft zowel predialyse- als dialysepatiënten. Valt dit rapport gunstig uit, dan kunnen zij voor een beperkte termijn (maximaal vijf jaar) geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1. Voor niertransplantatie: zie paragraaf 5.7.2.

5.5 Longziekten

5.5.1 *Ernstige CARA (chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen)*

Respiratoire insufficiëntie bij geringe belasting: meestal ongeschikt voor alle rijbewijscategorieën. Het betreft in het algemeen patiënten met een Pco₂ hoger dan 55 mm Hg en een maximum ademminuutvolume van minder dan 20 liter.

5.5.2 *Astma bronchiale*

Voor personen met normale longfunctie en intermitterende perioden van bronchospasme gelden geen beperkingen.

5.6 Bloedziekten

5.6.1 *Ernstige bloedziekten*

Bij ernstige stollingsstoornissen of maligniteiten in een zodanig gevorderde fase dat gevaar voor de rijveiligheid ontstaat, dienen rijbewijzen niet te worden afgegeven of vernieuwd tenzij de aanvraag wordt gesteund door de aantekening van de keurend arts.

5.6.2 *Goed ingestelde hemofiliepatiënten*

Voor rijbewijzen van beide groepen kan met betrekking tot de rijgeschiktheidsbeoordeling worden volstaan met de aantekening van de keurend arts. De geschiktheidstermijn is vijf tot tien jaar.

5.7 Overige aandoeningen, orgaantransplantatie

5.7.1 *Complicaties bij ernstige aandoeningen*

Complicaties bij maligniteiten, endocrinopathieën, auto-immuunziekten enzovoort kunnen leiden tot ongeschiktheid. Afhankelijk van type pathologie, type patiënt, kwaliteit van behandeling en begeleiding dient de medische rijgeschiktheid individueel beoordeeld te worden.

5.7.2 *Orgaantransplantatie*

Na een geslaagde transplantatie van nier (zie 5.4), pancreas, lever, hart en/of long(en) is de geschiktheidstermijn eerst maximaal vijf jaar (bij rijbewijzen van groep 1 op geleide van de aantekening van de keurend arts; bij rijbewijzen van groep 2 is een specialistisch rapport nodig) en daarna onbeperkt tot het zeventigste jaar.

Hart- en vaatziekten

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de commissie de medische rijgeschiktheidsrichtlijnen voor aandoeningen van het hartvaatstelsel. Behalve door weging van de reacties van geraadpleegde deskundigen en bestudering van relevante literatuur (MCAP85, Reu88, Str91) heeft zij zich bij de opstelling ervan laten leiden door de Canadese richtlijnen op dit terrein (CMA91).

Voor de rijgeschiktheidsbeoordeling zijn (ook) bij hart- en vaatziekten van belang: de actuele lichamelijke conditie (al of geen klachten optredend bij deelname aan het verkeer), de voorgeschiedenis (aangeboren of verworven aandoening, status na operatie en dergelijke), en de prognose (kans op verergering van klachtenpatroon, kans op complicaties). Bij het formuleren van onderstaande richtlijnen heeft de commissie met deze aspecten - die nogal kunnen verschillen per type aandoening - rekening gehouden. Voor de indeling van klachten naar ernst volgt zij (zie ook CMA91) min of meer de classificatie van de New York Heart Association (NYHA).*

* NYHA klasse 1: geen klachten; NYHA klasse 2: lichte tot matige klachten (enige beperking van normale lichamelijke activiteit); NYHA klasse 3 en 4: ernstige klachten (aanzienlijke beperking van normale lichamelijke activiteit).

6.2 Chronisch hartfalen

Onvoldoende pompwerking van het hart (decompensatio cordis) kan berusten op een of meer oorzaken zoals aandoeningen genoemd in de hierna volgende paragrafen. Voor de specifieke criteria bij deze aandoeningen zij naar deze paragrafen verwezen. Is de oorzaak een andere dan hierna genoemd of is de oorzaak niet goed bekend, dan gelden in het algemeen de volgende richtlijnen.

Bij rijbewijzen van groep 1 is voor de rijgeschiktheidsbeoordeling de aantekening van de keurend arts doorgaans voldoende. Voor groep 2 is steeds een specialistisch rapport vereist.

Bij personen met lichte tot matige klachten bedraagt de maximale geschiktheidstermijn voor groep 1 vijf jaar; zij zijn in het algemeen ongeschikt voor rijbewijzen van groep 2.

Personen met ernstige klachten (NYHA klasse 3 en 4) zijn ongeschikt voor ieder rijbewijs.

Voor *transplantatie* van hart en/of long(en): zie paragraaf 5.7.2.

6.3 Ischemische hartziekten

Het gaat hierbij om alle personen met kransvatlijden, ongeacht of zij daarvoor in behandeling zijn (geweest) of in het verleden een ingreep hebben ondergaan zoals een coronaire-bypassoperatie of een dotterbehandeling (PTCA). Van belang voor de rijgeschiktheidsbeoordeling zijn het actuele klachtenpatroon - al dan niet bij gebruik van medicatie - en de prognose.

6.3.1 *Asymptomatisch kransvatlijden*

Het betreft personen bij wie aanwijzingen zijn gevonden - bijvoorbeeld bij een inspanningstest (elektrocardiogram) - voor het bestaan van kransvatlijden. In deze gevallen is steeds een specialistisch rapport vereist. De maximale geschiktheidstermijn bedraagt tien jaar.

6.3.2 *Chronische stabiele angina pectoris*

Bij rijbewijzen van groep 1 is voor de rijgeschiktheidsbeoordeling de aantekening van de keurend arts voldoende. Voor groep 2 is steeds een specialistisch rapport vereist.

Bij personen met lichte tot matige klachten bedraagt de maximale geschiktheidstermijn voor groep 1 vijf jaar; zij zijn in het algemeen ongeschikt voor rijbewijzen van groep 2.

Personen met ernstige klachten (NYHA klasse 3 en 4) zijn ongeschikt voor ieder rijbewijs.

6.3.3 *Instabiele angina pectoris*

Ongeschikt voor elk rijbewijs; in uitzonderingsgevallen voor beperkte termijn (een tot drie jaar) geschikt voor rijbewijzen van groep 1, afhankelijk van specialistisch rapport.

6.3.4 *Hartinfarct*

Personen die een hartinfarct hebben doorgemaakt zijn ten minste de eerste vier weken na het infarct rij-ongeschikt. Of en in hoeverre zij na deze periode rijgeschikt zijn, hangt af van het klachtenpatroon en van de prognose (zie ook vorige paragrafen).

6.4 **Cardiomyopathie**

Een specialistisch rapport is altijd vereist. Personen met beginnende cardiomyopathie kunnen met goede medicatie jaren gevrijwaard blijven van klachten. Bij goedkeuring (bij NYHA klasse 2 alleen voor rijbewijzen van groep 1; bij NYHA klasse 3 en 4 altijd ongeschikt) is de maximale geschiktheidstermijn vijf jaar voor groep 1 en drie jaar voor groep 2.

6.5 **Klepafwijkingen (verworven of aangeboren, al dan niet een klepprothese).**

De maximale geschiktheidstermijn voor beide groepen rijbewijzen is tien jaar. Bij personen met klachten is altijd een specialistisch rapport vereist.

Bij lichte tot matige klachten (NYHA klasse 2) is de maximale geschikheids-termijn voor groep 1 vijf jaar; deze personen zijn doorgaans ongeschikt voor rijbewijzen van groep 2.

Personen met ernstige klachten (NYHA klasse 3 en 4) zijn ongeschikt voor elk rijbewijs.

6.6 Aangeboren gebreken van hart en grote vaten

Het gaat hierbij om gebreken als septumdefecten, open Ductus Botalli, transpositie van de grote vaten en coarctatio aortae. Personen bij wie het defect in de jeugd operatief is gecorrigeerd kunnen op latere leeftijd (andere) cardiovasculaire complicaties krijgen zoals hypertensie, cardiomyopathie of ritmestoornissen. Zij dienen uiteraard beoordeeld te worden op hun actuele klachten, niet op de eerdere conditie. Afzonderlijke vermelding verdienen, de mate en vorm van 'shunting' (zie hierna).

Links-rechts shunt

Personen zonder klachten zijn geschikt voor beide groepen rijbewijzen zonder termijnbeperking.

Bij lichte klachten: geschikt voor groep 1 voor beperkte duur tot maximaal tien jaar; voor groep 2 is een specialistisch rapport vereist.

Rechts-links shunt (cyanose)

Voor alle categorieën is een specialistisch rapport vereist. Bij goedkeuring geldt een beperkte geschiktheidstermijn tot maximaal vijf jaar voor rijbewijzen van groep 1 en maximaal drie jaar voor rijbewijzen van groep 2.

6.7 Ritme- en geleidingsstoornissen

6.7.1 Ritmestoornissen

Als de keurling geen of slechts geringe klachten heeft, is deze geschikt voor rijbewijzen van groep 1 voor een termijn van maximaal tien jaar; voor groep 2 is een specialistisch rapport vereist.

Ernstige klachten (zoals duizeligheid of bewustzijnsstoornissen, of NYHA klasse 3 en 4) maken de keurling ongeschikt voor elk rijbewijs.

6.7.2 Geleidingsstoornissen

Het gaat hierbij om aandoeningen als sick-sinussyndroom, bifasciculair bundeltakblok, of een tweede- of derdegraads AV-blok. In deze gevallen is steeds een specialistisch rapport vereist; de maximale geschiktheidstermijn bedraagt tien jaar. Personen met ernstige klachten zijn ongeschikt voor elk rijbewijs.

6.7.3 *Pacemaker*

Beperking van de geschiktheidstermijn tot maximaal tien jaar. Voor rijbewijzen van groep 2 is een specialistisch rapport vereist.

6.7.4 *Automatische implanteerbare defibrillator*

Ongeschikt voor alle rijbewijzen.

6.8 **Perifere vaatziekten**

6.8.1 *Veneuze aandoeningen*

Personen met een ernstige vorm van diep veneuze trombose zijn in het algemeen ongeschikt voor elk rijbewijs; in ieder geval is een specialistisch rapport vereist. Bij alle andere aandoeningen in deze rubriek geldt geschiktheid voor beide groepen rijbewijzen, tenzij er sprake is van bijzondere complicaties (ter beoordeling van een specialist).

6.8.2 *Arteriële aandoeningen*

Het betreft hier aandoeningen als aneurysma aortae, uitgebreide arteriosclerose, ziekte van Raynaud, de ziekte van Buerger en scleroderma. Voor de rijgeschiktheidsbeoordeling kan volstaan worden met de aantekening van de keurend arts. Personen die - al dan niet na behandeling - geen of geringe klachten hebben kunnen worden goedgekeurd voor rijbewijzen van groep 1 met een maximale termijn van tien jaar, en voor rijbewijzen van groep 2 met een termijn van vijf tot tien jaar.

6.9 **Diversen**

6.9.1 *Onbegrepen, mogelijk circulatoir veroorzaakte syncope*

Personen met dergelijke klachten zijn ongeschikt voor alle rijbewijzen zo lang de diagnose onzeker is en er geen effectieve behandeling is ingesteld (of anderszins de klachten verdwijnen). Zie ook paragrafen 7.3 en 8.5.

Neurologische aandoeningen

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de commissie de medische rijgeschiktheidsrichtlijnen voor het onderwerp 'neurologie'. De richtlijnen zijn voornamelijk gebaseerd op de zorgvuldige weging van reacties van geraadpleegde deskundigen. Ook heeft de commissie relevante literatuur bestudeerd (zie onder meer: RSM82, MCAP85, Zom87, Dra88, Fri88, Luc88, Reu88, Con90, Beg91, Car91, CMA91, Han91, IVGV91, Kru91, MRC91, Reu91, Wal91, Son92, Dra93).

De hier voorgestelde eisen zijn voor het onderdeel 'epilepsie' (zie paragraaf 7.2) soepeler dan de eisen van de huidige Europese richtlijn (zie bijlage D). De commissie ziet op grond van de huidige stand van wetenschap geen redenen om de desbetreffende eisen van de Europese richtlijn te onderschrijven.

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 rij-ongeschikt gedurende zes maanden na de aanval.

Uitzonderingen:

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

B Meer dan één epileptische aanval in de voorgeschiedenis

Deze personen zijn rij-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 rijgeschiktheid: 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 rijgeschiktheid: 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 rijgeschiktheid: 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: individueel beoordelen; ten minste rij-ongeschikt gedurende een jaar na de laatste aanval.

* Epileptiforme EEG-afwijkingen: scherpe golven of pieken, of piekgolfcomplexen, die bij mensen met en zonder epilepsie kunnen voorkomen. Deze zijn niet bewijzend voor epilepsie, vandaar de naam; de kans op een tweede aanval is in aanwezigheid van deze EEG-verschijnselen echter veel groter dan bij personen zonder deze EEG-afwijkingen.

C **Geldigheidsduur van het rijbewijs**

De geldigheidsduur van het rijbewijs (rijgeschiktheidstermijn) 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 rijgeschiktheidstermijn (geldigheidsduur rijbewijs) van drie jaar, daarna vijf jaar en daarna tot het zeventigste jaar.

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: rij-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 rij-ongeschiktheid, ook niet gedurende het staken
- c wijziging van medicatie: rij-ongeschiktheid gedurende nul tot drie maanden (bij voorkeur te beoordelen na overleg met de behandelaar, zie paragraaf 2.2). Verdere geldigheidsduur rijbewijs; zie **C**.

7.2.2 *Rijbewijzen van groep 2*

A **Eerste epileptische aanval na het vierde levensjaar**

Voor deze personen gelden dezelfde regels als voor personen (hierna) bedoeld onder **C**.

Een uitzondering geldt wanneer het gaat om één epileptische aanval zonder duidelijke oorzaak en zonder EEG-afwijkingen in 'epileptische zin' in een standaard-, slaaponthoudings- en slaap-EEG* : deze personen zijn rij-ongeschikt gedurende twee jaar na de aanval.

* EEG-afwijkingen in epileptische zin: afwijkingen die in hoge mate correleren met epileptische aanvallen. Meestal betreft het reeksen gegeneraliseerde bilateraal synchrone piekgolfcomplexen (drie piekgolven per seconde, complex langer durend dan drie seconden). Voordat men van epileptische EEG-afwijkingen mag spreken, moet een klinisch correlerende manifestatie waarschijnlijk zijn gemaakt (bijvoorbeeld met een Corsi test).

B Laatste epileptische aanval voor het vijfde levensjaar

Voor deze personen geldt geen geschiktheidsbeperking.

C Epileptische aanvallen ook na het vierde levensjaar

Deze personen zijn permanent rij-ongeschikt.

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

D Geldigheidsduur van het rijbewijs

De geldigheidsduur (rijgeschiktheidstermijn) van rijbewijzen van groep 2 is eerst een jaar. Indien de betrokkene aanvalsvrij is gebleven, wordt de rijgeschiktheidsduur (geldigheidsduur rijbewijs) drie jaar en daarna telkens vijf jaar.

7.3 Bewustzijnsstoornissen (anders dan epilepsie)

Het gaat hierbij om aandoeningen als syncope, of bewustzijnsstoornissen bij ernstige hyperventilatie, narcolepsie, cataplexie of slaap-apnoesyndroom.

Personen met bewustzijnsstoornissen zijn voor alle rijbewijzen ongeschikt. Bij bewustzijnsstoornissen in de voorgeschiedenis en wanneer tevens uit de aantekening van de keurend arts blijkt dat nader specialistisch onderzoek niets heeft uitgewezen, is geen specialistisch onderzoek nodig. In alle andere gevallen is voor de geschiktheidsbeoordeling een specialistisch rapport vereist. De betrokkene kan geschikt zijn voor rijbewijzen van groep 1 als deze minstens één jaar vrij is van de bedoelde stoornissen. De geschiktheidstermijn is dan vijf tot tien jaar, afhankelijk van de ernst van het beeld (syncope en ernstige hyperventilatie: tien jaar; narcolepsie, cataplexie, slaap-apnoesyndroom: vijf jaar). Deze personen zijn ongeschikt voor rijbewijzen van groep 2, behalve wanneer de bewustzijnsstoornissen de laatste vijf jaar zijn uitgebleven; in dat geval geldt een geschiktheidstermijn van vijf jaar.

7.4 Min of meer progressieve, al of niet intermitterend verlopende ziektebeelden

Het betreft hier aandoeningen van de hersenen of het ruggemerg, zoals de ziekte van Parkinson, de ziekte van Alzheimer (zie voor dementie ook paragraaf 8.6), multiple

sclerose, cervicale myelopathie, en ernstige ziekten van perifere zenuwen en skeletspieren. De betrokkenen komen in de regel niet in aanmerking voor rijbewijzen van groep 2.

Voor de beoordeling van de geschiktheid voor rijbewijzen van groep 1 is een specialistisch rapport nodig (opgesteld door een deskundig neuroloog en eventueel een neuropsycholoog); bij cervicale myelopathie kan echter volstaan worden met de aantekening van de keurend arts. Voor een juiste oordeelsvorming dient ook een deskundige op het gebied van de praktische rijgeschiktheid van het CBR te worden geraadpleegd (uitvoering van een technisch onderzoek en/of een rijtest). De duur van de geschiktheidstermijn hangt af van de mate van progressie van de ziekte en de ernst van de verschijnselen, maar is hooguit 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 hypofyse- 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*

Bij doorbloedingsstoornissen zoals het vaker optreden van 'transient ischemic attacks' (TIA's), en na een hersenbloeding of een herseninfarct: ongeschikt voor alle rijbewijzen, tenzij de betrokkene één jaar (rijbewijzen van groep 1), respectievelijk vijf jaar (groep 2) vrij is van belangrijke neurologische verschijnselen en het specialistisch rapport gunstig is (voor epilepsie: zie paragraaf 7.2).

Uitzondering: een persoon die een enkele TIA heeft doorgemaakt is ten minste gedurende één maand na het begin van dit voorval rij-ongeschikt. Als na deze periode bij grondig neurologisch onderzoek geen beperkingen in lichamelijk functioneren of ongunstige neurologische verschijnselen aan het licht komen, kan de betrokkene weer rijgeschikt worden verklaard.

7.7 Stationaire defecttoestanden

Het gaat hierbij om trauma capitis met hersenletsel, traumatische dwarslesies, jeugdig verkregen spasticiteit, resttoestanden van hemiplegie, hyperkinetische syndromen en dergelijke.

De betrokkenen komen in de regel niet in aanmerking voor rijbewijzen van groep 2. Voor rijbewijzen van groep 1 is geen specialistisch onderzoek nodig, indien de aantekening van de keurend arts voldoende informatie bevat om de rijgeschiktheid te kunnen beoordelen. Is dit niet het geval dan is een specialistisch rapport aangewezen, opgesteld door een deskundig neuroloog (en eventueel een neuropsycholoog). Voor een juiste oordeelsvorming dient zo nodig ook een revalidatie-arts of een deskundige op het gebied van de praktische rijgeschiktheid van het CBR te worden geraadpleegd (uitvoering van een technisch onderzoek en/of een rijtest). De geschiktheidstermijn is maximaal tien jaar; bij twijfel over de rijgeschiktheid in de nabije toekomst is deze ten hoogste vijf jaar.

Psychiatrische stoornissen

8.1 Inleiding

Vermoedelijk komt het weinig voor dat mensen met ernstige actuele psychiatrische stoornissen (voor het eerst of opnieuw) een rijbewijs aanvragen onder spontane vermelding van hun problematiek. Mocht mede op grond van de Gezondheidsverklaring tijdens de keuring blijken dat er sprake is van recente of actuele stoornissen (gestoord bewustzijn, ernstig gestoord inzicht of gedrag, of zeer labiel affect), dan kan dit ertoe leiden dat de keurling - al dan niet tijdelijk - ongeschikt wordt verklaard. Vaststelling van psychiatrische problematiek is evenwel lang niet altijd een eenvoudige zaak (zie ook Zit93). Wanneer de keurende arts een sterk vermoeden heeft van het bestaan van dergelijke problematiek, maar geen zekerheid, dan moet hij een specialistisch rapport eisen.

Vaker zal er tijdens de keuring geen actuele psychiatrische problematiek aan het licht komen, maar wel een voorgeschiedenis op dit gebied. Naar de mening van de commissie is het, meer dan bij somatische aandoeningen, in deze gevallen gewenst dat de keurend arts - na verkregen *schriftelijke* toestemming van de keurling - informatie inwint bij de artsen die de persoon hebben behandeld of nog steeds behandelen.

De in dit hoofdstuk voorgestelde richtlijnen hebben voornamelijk betrekking op de deze situatie: een voorgeschiedenis van psychiatrische problematiek. Bij de beoordeling van die voorgeschiedenis is van belang: het ziektebeloop (de betrokkene zal bij voorkeur minstens een tot twee jaar vrij moeten zijn van recidieven, afhankelijk van de ernst van de aandoening), de (on)voorspelbaarheid van uitingen van de

aandoening, het ziekte-inzicht en de therapietrouw van de betrokkene. Als de aandoening een reversibele organische stoornis tot grondslag had (heeft), dan kan de keurling na herstel in de regel goedgekeurd worden. Is of was een reversibele organische stoornis niet in het geding, dan doet zich de vraag voor of er restverschijnselen zijn, of dat er kans is op een recidief dat de verkeersveiligheid in gevaar kan brengen. Beantwoording van die vraag vergt in het algemeen een specialistisch rapport.

De commissie formuleert hieronder de richtlijnen voor de meest relevante groepen van psychiatrische stoornissen. De richtlijnen zijn voornamelijk tot stand gekomen door de zorgvuldige weging van reacties van geraadpleegde deskundigen. Daarnaast heeft de commissie rekening gehouden met de relevante literatuur (zie onder meer: Bor74, Hon80, WHO81, Dun85, MCAP85, Drö86, Zom87, Dra88, Dun88, Fri88, Luc88, Reu88, Zit88a, Zit88b, Car91, CMA91, IVGV91, Reu91, Wal91, RCP93, Wyl93).

8.2 Psychosen

8.2.1 Schizofrenie

Regelmatige psychotische episodens waardoor een duidelijke defecttoestand is ontstaan, maken de betrokkene ongeschikt voor elk rijbewijs. Als er sprake is van een geslaagde behandeling (twee jaar recidiefvrij, een zekere mate van ziekte-inzicht) en de defecttoestand hooguit licht van aard is, hoeft er geen reden te zijn om de keurling zonder meer ongeschikt te verklaren voor het rijbewijs. Wel is dan steeds een specialistisch rapport vereist. Bij een gunstig rapport bedraagt de maximale geschiktheidstermijn vijf jaar; deze personen zullen in het algemeen alleen geschikt zijn voor rijbewijzen van groep 1.

Personen die voor de behandeling van hun aandoening een hoge dosering neuroleptica nodig hebben, zijn in het algemeen ongeschikt voor het rijbewijs.

8.2.2 Waanstoornissen

Mensen met ernstige waanstoornissen zijn ongeschikt voor alle rijbewijzen. Bij lichtere stoornissen - indien er geen aanwijzingen zijn voor onberekenbaar of agressief gedrag en er bij behandeling geen hoge dosering psychofarmaca nodig is - kunnen personen geschikt zijn voor het rijbewijs; zij zullen in het algemeen alleen geschikt zijn voor rijbewijzen van groep 1.

8.3 Stemmingsstoornissen

Voor personen met een bipolaire stoornis die therapeutisch goed zijn ingesteld (regelmatige controle, recidievrije periode van minstens een jaar) en een redelijk ziekte-inzicht hebben, hoeven in beginsel geen beperkingen aan de rijgeschiktheid te worden gesteld; indien behandeling onvoldoende effect sorteert, is beperking van de geschiktheidstermijn geboden (maximale geschiktheidsduur tien jaar).

Mensen met regelmatig terugkerende manische episoden (cave maniakale toestanden met ontremming) zijn in het algemeen ongeschikt zijn voor het rijbewijs.

Hetzelfde geldt voor mensen met een geregeld optredende psychotische depressie.

Ook mensen die voor hun aandoening hoge doses sederende psychofarmaca nodig hebben, zijn in de regel ongeschikt voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer.

8.4 Angststoornissen

Fobische reacties kunnen in bepaalde gevallen, afhankelijk van de aard van de fobie, een duidelijke belemmering vormen voor het besturen van een motorvoertuig, maar geven in de regel geen reden voor ongeschiktheidsverklaring. Echter, mensen die regelmatig therapieresistente paniekaanvallen vertonen, zijn in het algemeen ongeschikt voor het rijbewijs; bij twijfel is een specialistisch rapport vereist.

Personen die ter bestrijding van een angststoornis hoge doses psychofarmaca (benzodiazepinen) gebruiken, zijn ongeschikt voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer.

8.5 Dissociatieve stoornissen

De meeste personen met deze stoornissen zullen een nauwelijks verminderde rijgeschiktheid vertonen. Wel zijn mensen die bij herhaling last hebben van een 'psychogene fugue' of een ernstige trance in het verkeer danwel een redelijke kans hebben op het doormaken daarvan, ongeschikt voor het rijbewijs.

Voor het algemene beleid bij *bewustzijnsstoornissen*, zie ook vorig hoofdstuk: paragraaf 7.3.

8.6 Psycho-organische stoornissen

Indien een persoon na een hersenaandoening is hersteld en de psychische toestand goed is, is er geen reden tot ongeschiktheid.

Personen bij wie, als gevolg van een chronische progressieve hersenziekte, het psychisch functioneren gestoord is geraakt (zoals een gestoord oordeel- en kritiekvermogen, gestoorde oriëntatie, geheugenstoornissen) zijn meestal ongeschikt voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer. Eventuele tijdelijke geschiktheid - zulks ter beoordeling in een specialistisch onderzoek - hangt af van de mate van progressie van de ziekte en de ernst van de verschijnselen, maar is hooguit vijf jaar (zie ook vorig hoofdstuk: paragraaf 7.4). Als de aandoening zich niet doorzet, dan is voor de beoordeling van de rijgeschiktheid van belang in welke mate er psychische defecttoestanden resterend (aan te geven in het specialistisch rapport).

Bij een vastgestelde diagnose 'dementie' is er altijd sprake van ongeschiktheid; bij twijfelgevallen of bij vermoeden van beginnende dementie is gericht specialistisch onderzoek geboden en is het raadzaam om in de beoordelingsprocedure het uitvoeren van een rijtest (via de desbetreffende deskundige van het CBR) op te nemen.

Organische aandoeningen (bijvoorbeeld cerebrale vaatafwijkingen) die gepaard gaan met regelmatig terugkerende episoden van verwardheid en desoriëntatie maken de betrokkene ongeschikt voor het rijbewijs, tenzij deze verschijnselen alleen optreden bij intercurrente lichamelijke ziekten. Wat dit laatste betreft is in gunstige gevallen, na herstel van de bijkomende ziekte, goedkeuring mogelijk, zo nodig met een beperkte geschiktheidstermijn.

Bij reversibele oorzaken van psycho-organische stoornissen kan de betrokkene psychisch herstellen en weer rijgeschikt worden.

8.7 Persoonlijkheidsstoornissen

Personen die op grond van stoornissen in hun persoonlijkheid grote aanpassingsmoeilijkheden hebben met betrekking tot de eisen van de maatschappij, zullen in de regel ook in het verkeer onaangepaste gedragingen vertonen, waardoor zij ongeschikt kunnen zijn voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer. Mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen zijn daarom ongeschikt voor elk rijbewijs, wanneer zij duidelijk blijken te hebben gegeven (bijvoorbeeld in de vorm van grove verkeersovertredingen of -delicten) van:

- gebrek aan sociale verantwoordelijkheid of gebrekkig geweten
- miskenning van de risico's van rijden onder invloed van alcohol of andere gedragsbeïnvloedende middelen (zie ook paragraaf 8.8).

Bij twijfel is een specialistisch rapport geboden.

8.8 Chronisch misbruik van alcohol of drugs

Voor personen met een voorgeschiedenis van 'probleemgedrag' als gevolg van inname van alcohol of drugs* is voor alle rijbewijzen een specialistisch rapport vereist. Zij zijn zonder meer ongeschikt zolang niet aannemelijk of aantoonbaar is (bij voorkeur blijkend uit een behandelingsverslag dat met schriftelijke toestemming van de betrokkene is verkregen) dat zij met misbruik van het middel zijn gestopt. Is dat laatste het geval dan dient een recidiefvrije periode van minstens één jaar te zijn gepasseerd voordat herkeuring, op basis van een specialistisch rapport, zinvol is. Het al dan niet bestaan van defecttoestanden is dan een belangrijk punt van overweging.

Een strenge opstelling van de keurend arts is aangewezen, gezien de gevaren die gebruik van alcohol en drugs opleveren voor de verkeersveiligheid. Ook de verkeerswetgeving stelt op dit punt duidelijke grenzen (zie artikel 26 lid 1 en 2 van de Wegenverkeerswet).

8.9 Verstandelijke handicap

Als zwakbegaafden in staat zijn het praktische en theoretische rijexamen met succes af te leggen, kunnen zij geschikt worden verklaard voor rijbewijzen van groep 1 en bij uitzondering voor één van de categorieën van groep 2.

* Elk middel dat om zijn psycho-actieve eigenschappen wordt ingenomen, dus ook soft drugs.

Lichamelijke handicaps

De rijgeschiktheid van personen met een lichamelijke handicap* wordt in eerste instantie beoordeeld door de Geneeskundige CBR op basis van de aantekening van de keurende arts op de Gezondheidsverklaring en de eventueel reeds beschikbare overige gegevens (bijvoorbeeld een specialistisch rapport). Zo nodig, dat wil zeggen afhankelijk van de aard, de ernst en de oorzaak van de handicap, zal de geneeskundige CBR, met schriftelijke toestemming van de betrokkene, nadere informatie (bij keurend of behandelend arts) inwinnen over het motorisch functioneren van de betrokkene. Daarbij is het ook van belang inzicht te krijgen in de prognose van de eventueel onderliggende aandoening. Vaak zal daarvoor consultering van een neuroloog of een revalidatie-arts (afhankelijk van de oorzaak en de aard van de handicap) nodig zijn.

In de tweede plaats kan de Geneeskundige CBR een beoordeling vragen door een deskundige op het gebied van de praktische rijgeschiktheid van het CBR. Deze deskundige adviseert de Geneeskundige CBR - veelal na uitvoering van een technisch onderzoek of een rijtest - over de mogelijkheden van de aanvrager van het rijbewijs om, zo nodig met aanpassingen aan het voertuig, een motorvoertuig te besturen.

* Onder lichamelijke handicap verstaat de commissie ook een zodanige lichaamsbouw of -omvang dat de betrokkene onvoldoende in staat is de handelingen te verrichten die van een bestuurder van een motorvoertuig worden vereist.

Bij twijfel over de rijgeschiktheid van de betrokkene in de nabije toekomst dient een beperkte geschiktheidstermijn voor de desbetreffende rijbewijscategorie te worden gehanteerd. De Geneeskundige CBR kan dan tijdig de rijgeschiktheid opnieuw bezien.

Geneesmiddelen

10.1 Inleiding

Voor de beoordeling van de rijgeschiktheid is het van belang te weten in hoeverre degene die - voor het eerst of opnieuw - een rijbewijs aanvraagt zeer regelmatig gebruik maakt van middelen die de rijvaardigheid nadelig kunnen beïnvloeden.

Uit verschillende onderzoeken en publikaties komt naar voren dat bepaalde geneesmiddelen een duidelijk nadelige invloed kunnen hebben op de rijvaardigheid (Ske79, Hon80, War81, Drö86, Reu88, Zit88a, Zit88b, CMA91, IGVG91, Wyl93). Vooral van geneesmiddelen die een dempende of stimulerende werking hebben op het centrale zenuwstelsel, zoals hypnotica en sedativa (met name barbituraten en benzodiazepinen), neuroleptica, antidepressiva, anxiolytica en psychostimulantia, maar ook bepaalde antihistaminica is duidelijk gebleken dat zij 'rijgevaarlijk' kunnen zijn. Bij toepassing van deze middelen gaat het voor een deel om personen die onder psychiatrische behandeling zijn. Daarnaast worden verschillende van deze middelen (tranquillizers, slaapmiddelen) op grote schaal in de algemene praktijk aangewend ter verlichting van dagelijkse klachten als allergie, slapeloosheid, angst, spanningen en depressie.

Enige jaren geleden heeft in ons land de SWOV (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid) in samenwerking met het Verkeerskundig Studiecentrum van de Rijksuniversiteit Groningen onderzoek verricht naar geneesmiddelengebruik en verkeersveiligheid; daarnaast heeft het Instituut voor Geneesmiddelen, Veiligheid en Gedrag (Rijksuniversiteit van Limburg) op grond van

een opdracht van het Ministerie van WVC en van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat het rapport 'Drugs & Driving' uitgebracht, waarin op grond van de beoordeling van een grote groep geraadpleegde deskundigen, de mogelijke invloed van geneesmiddelen op de rijvaardigheid is aangegeven (zie IGVG91). De geneesmiddelen zijn daarbij ingedeeld in zeven gevarenklassen; ook is gekeken naar de gedragsbeïnvloedende werking van geneesmiddelen bij verschillende doseringen. Bij de opstelling van de hierna volgende richtlijnen is tevens met deze studies rekening gehouden.

In hoeverre iemand door het gebruik van geneesmiddelen al dan niet (tijdelijk) ongeschikt is voor het besturen van een motorvoertuig kan individueel sterk verschillen. Daarbij spelen een rol: de individuele gevoeligheid voor het geneesmiddel (bij oudere mensen hebben geneesmiddelen vaak een veel sterker effect door verminderde lever- of nierfunctie); het gebruik van meer middelen tegelijkertijd (sommige middelen kunnen elkaars werking of nadelige invloed aanzienlijk versterken; ook is alcoholgebruik extra rijgevaarlijk in combinatie met bepaalde geneesmiddelen, vooral barbituraten en bezodiazepinen, maar ook met andere psycho-actieve middelen); therapietrouw en ziekte-inzicht van de betrokkene (het gaat daarbij om de nauwkeurigheid waarmee deze de voorschriften opvolgt). Bij de beoordeling van de rijgeschiktheid zal de keurende arts voor zo ver mogelijk met deze factoren rekening moeten houden.

10.2 Geneesmiddelen die de werking van het centrale zenuwstelsel beïnvloeden

Omdat deze middelen vaak ook worden toegepast bij personen die onder psychiatrische behandeling zijn of zijn geweest, verwijst de commissie in eerste instantie naar hoofdstuk 8.

10.2.1 *Antidepressiva, neuroleptica*

Personen die langdurig of zeer regelmatig behandeld worden met een hoge dosering van deze middelen, zijn in het algemeen ongeschikt voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer. Zie ook paragrafen 8.2, 8.3 en 8.4.

10.2.2 *Stimulantia*

De werkzaamheid en bijwerkingen van deze middelen op lange termijn zijn doorgaans niet goed te voorspellen. Het gaat daarbij om veranderingen in stemming of gedrag,

zoals ernstige vormen van depressie of vermoeidheid. Behandeling met deze middelen maakt iemand daarom ongeschikt voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer.

10.2.3 *Hypnotica ,sedativa, anxiolytica*

Personen die behandeld worden met barbituraten zijn ongeschikt voor het besturen van een motorvoertuig.

Ook personen die behandeld worden met hoge doses bezodiazepinen zijn ongeschikt. Alleen bij een niet hoge dosering en wanneer het gaat om benzodiazepinen die voor zo ver bekend weinig of geen invloed hebben op de rijvaardigheid (voor een overzicht, zie: IGVG91), kunnen personen rijgeschikt worden verklaard.

10.3 **Bloedsuikerverlagende geneesmiddelen**

Zie paragraaf 5.2.

10.4 **Anti-epileptica**

De aandoening waarbij deze middelen worden toegepast vormt een meer wezenlijk probleem dan het geneesmiddel zelf. Afhankelijk van de dosering is een dergelijk geneesmiddel daarom meestal als niet 'rijgevaarlijk' te beschouwen. Zie verder paragraaf 7.2.

10.5 **Anticoagulantia**

Personen behandeld met deze middelen zijn - mede gezien de gebruikelijke strikte controle via de trombosediensten in ons land - geschikt voor alle rijbewijscategorieën.

10.6 **Antihistaminica**

De vroeger veel toegepaste H1-blokkerende middelen hebben vaak een duidelijk sederende werking; personen die (nog) behandeld worden met deze middelen zijn in het algemeen ongeschikt voor alle categorieën, tenzij het specialistisch rapport gunstig is

Tegenwoordig zijn antihistaminica beschikbaar die geen sedatieve werking hebben (zoals astemizol, cetirizine, mequitazine en loratadine); bij gebruik van dergelijke middelen geldt geen geschiktheidsbeperking.

10.7 Antihypertensiva

Betablokkers en middelen uit de hydralazinegroep hebben in het algemeen geen nadelige invloed op de rijvaardigheid. Adrenerge neuronblokkers en antihypertensiva als methyldopa en clonidine kunnen de rijvaardigheid wel nadelig beïnvloeden.

10.8 Hormonen

Behandeling met corticosteroiden, bijvoorbeeld bij personen met ernstige vormen van astma bronchiale waarbij behandeling met sympaticomimetica en andere middelen onvoldoende werkzaam is, vormt geen reden voor ongeschiktheid voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer. Ook vormt de gecombineerde behandeling met corticosteroiden en cytostatica op zich geen reden tot ongeschiktheid.

10.9 Maag-darmmiddelen

Zowel behandeling met middelen die de peristaltiek bevorderen, of de tonus normaliseren als behandeling met middelen die de peristaltiek remmen, vormen geen reden tot ongeschiktheid. Dit geldt ook voor het gebruik van geneesmiddelen ter behandeling bij maagzweren.

10.10 Perifere analgetica en NSAID's

Gebruik van deze middelen vormen in het algemeen geen reden tot rij-ongeschiktheid.

Personen die behandeld worden met dextropropoxyfeen of glafenine zijn echter niet geschikt voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer; dit, wegens vaak optredende slaperigheid en sufheid.

Personen die behandeling ondergaan met morfine-preparaten, ook wanneer het gaat om zogeheten slow-release geneesmiddelen, zijn ongeschikt voor het besturen van een motorvoertuig.

10.11 Restgroepen: parasymphaticolytica, parasymphaticomimetica, sympaticolytica, sympaticomimetica

Op zich vormen deze geneesmiddelen meestal geen reden tot rij-ongeschiktheid; wel kan uiteraard de aandoening waarvoor deze middelen worden toegepast, een persoon ongeschikt maken voor een of meer rijbewijscategorieën. Zo is bij de ziekte van

Parkinson niet de medicatie maar de neurologische toestand van de patiënt bepalend voor de eventuele geschiktheid voor het rijbewijs.

10.12 Chronisch misbruik van geneesmiddelen

Personen met 'probleemgedrag' door chronisch misbruik van geneesmiddelen (zoals slaapmiddelen, tranquilizers, amfetaminen en dergelijke) zijn ongeschikt voor deelname aan het gemotoriseerde verkeer (zie ook hoofdstuk 8).

Den Haag, 26 mei 1994,
voor de commissie,

dr GHM ten velden
secretaris

mw prof dr E Borst-Eilers
voorzitter

Literatuur

-
- Beg91 Beghi E, First seizure trial group Italy. A randomized clinical trial on the efficacy and safety of treatment of the first tonic-clonic seizure. *Neurology* 1991; 41 (3 suppl 1): 364.
- Bor74 Borkenstein RF, Crowther RF, Shumate RP, e.a. The role of the drinking driver in traffic accidents. *Blutalkohol* 1974; 11 (suppl 1): 1-131.
- Car91 Carr D, Schmader K, Bergman MSW, e.a. A multidisciplinary approach in the evaluation of demented drivers referred to geriatric assessment centers. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 1132-6.
- CMA91 Canadian Medical Association. Physicians' guide to driver examination. Ottawa: Canadian Medical Association, 1991.
- Con90 Constantinou JE, Gubbay SS. Epileptic seizures at the wheel. *J Epilepsy* 1990; 3: 201-5.
- Dra88 Drachman DA. Who may drive? Who may not? Who shall decide? *Ann Neurol* 1988; 24: 787-88.
- Dra93 Drachman DA, Swearer JM. Driving and Alzheimer's disease: the risk of crashes. *Neurology* 1993; 43: 2448-56.
- Drö86 Dröes JTPM. Depotneuroleptica. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 2251-5.
- Dun85 Dunbar JA, Ogston SA, Ritchie A, e.a. Are problem drinkers dangerous drinkers? An investigation of arrest for drinking and driving, serum gamma-glutamyltranspeptidase activities, blood alcohol concentrations, and road accidents: the Tayside Safe Driving Project. *Br Med J* 1985; 290: 827-30.
- Dun88 Dunbar JA, Penttilä A, Pikkarainen J. Drinking and driving: choosing the legal limits. *Br Med J* 1988; 295: 1458-60.
- EG91 De Raad van de Europese Gemeenschappen. Minimumnormen inzake lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van een motorrijtuig. Richtlijn van de Raad van 29 juli 1991 betreffende het rijbewijs (91/439/EEG). *Publikatiebl Eur Gemeenschappen* 1991; 34: Nr L 237/20-5.
-

- Fri88 Friedland RP, Koss E, Kumar A, e.a. Motor vehicle crashes in dementia of the Alzheimer type. *Ann Neurol* 1988; 24: 782-6.
- Fri92 Frier BM. Driving and diabetics. *Br Med J* 1992; 305: 1238-9.
- Fu90 Fu ERY, Yong VSH. Multifocal intraocular lens: a new development in aphakic visual rehabilitation. *Ann Ac Med* 1990; 19: 817-9.
- Gim91 Gimbel HV, Sanders DR, Gold Raanan M. Visual and refractive results of multifocal intraocular lenses. *Ophthalmol* 1991; 98: 881-8.
- GR66 Gezondheidsraad. Rapport inzake medische geschiktheid tot het besturen van motorvoertuigen. Den Haag: Gezondheidsraad, 1966; (Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid 1966/10).
- GR71 Gezondheidsraad. Commissie Herziening Richtlijnen Geneeskundige CBR. Advies Herziening richtlijnen Geneeskundige CBR. Den Haag: Gezondheidsraad, 1971; (Verslagen en Rapporten 1973/3).
- GR85 Gezondheidsraad. Advies inzake herziening richtlijnen lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorvoertuigen. Den Haag: Gezondheidsraad, 1985; publikatie nr 1985-10.
- Han91 Hansotia P, Broste SK. The effect of epilepsy or diabetes mellitus on the risk of automobile accidents. *N Engl J Med* 1991; 324: 22-6.
- Hon80 Honkanen R, Ertama L, Linnoila M, e.a. Role of drugs in traffic accidents. *Br Med J* 1980; 281: 1309-12.
- IGVG91 Instituut voor geneesmiddelen, veiligheid en gedrag. Drugs and driving. A new categorization system for drugs affecting psychomotor performance. Maastricht: Institute for drugs, safety and behavior, 1991.
- KNMG92 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst (KNMG). Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht: KNMG, 1992.
- Kru91 Krumholz A, Fisher RS, Lesser RP, e.a. Driving and epilepsy. A review and reappraisal. *JAMA* 1991; 265: 622-6.
- Lan92 Langens FNM, Bakker H, Erkelens DW. Diabetici, geen gevaar op de weg. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 1712-6.
- Luc88 Lucas-Blaustein MJ, Filipp L, Dungan C, e.a. Driving in patients with dementia. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 1087-91.
- MCAP85 The Medical Commission on Accident Prevention. Medical aspects of fitness to drive. A guide for medical practitioners. Londen: HMSO, 1985.
- MRC91 MRC antiepileptic withdrawal study-group. Randomized study of antiepileptic drug withdrawal in patients in remission. *Lancet* 1991; i: 1175-80.
- Rat89 Ratner RE, Whitehouse FW. Motor vehicles, hypoglycemia, and diabetic drivers. *Diabetes Care*, 1989; 12: 217-22.
- RCP93 The Royal College of Psychiatrists. Psychiatric standards of fitness to drive large goods vehicles (LGVs) and passenger carrying vehicles (PCVs). *Psych Bull* 1993; 17: 631-2.
- Reu88 Reuben DB, Silliman RA, Traines M. The aging driver. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 1135-42.
- Reu91 Reuben DB. Dementia and driving. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 1137-8.
- RSM82 The Royal Society of Medicine. Driving and epilepsy. Londen: Royal Society of Medicine, 1991; (International congress and symposium series, rapport nr 60).
- Rüb90 Rübsaam CJ. Zijn diabetici een gevaar op de weg? *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1812-3.
-

- Sau92 Saunders CJP. Driving and diabetes mellitus. *Br Med J* 1992; 305: 1265.
- Ske79 Skegg DCG, Richards SM, Doll R. Minor tranquilizers and road accidents. *Br Med J* 1979; 1: 917-9.
- Son89 Songer ThJ. Drivers with diabetes innocent until proven guilty. *Diabetes Care*, 1989; 12: 233-4.
- Son92 Sonnen AEH. The risk of driving for people with epilepsy. Utrecht: Nederlandse Liga tegen Epilepsie, 1992.
- Ste89 Stevens AB, Roberts M, McKane R, e.a. Motor vehicle driving among diabetics taking insulin and non-diabetics. *Br Med J* 1989; 299: 591-5.
- Str91 Strickberger SA, Cantillon CO, Friedman PL. When should patients with lethal ventricular arrhythmia resume driving? *Ann Intern Med* 1991; 115: 560-3.
- Wal91 Waller JA. Health status and motor vehicle crashes. *N Engl J Med* 1991; 324: 54-5.
- War81 Warren R, Simpson, Hilchie J, e.a. Drugs detected in fatally injured drivers in the province of Ontario. *Alcohol Drugs Traffic Saf* 1981; 1: 203- 18.
- WHO81 WHO. The influence of alcohol and drugs on driving. Report on a WHO ad hoc technical group. Copenhagen: WHO/ROE, 1981.
- Wyl93 Wylie KR, Thompson DJ, Wildgust HJ. Effects of depot neuroleptics on driving performance in chronic schizophrenic patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 910-3.
- Zis89 Zisser HC, Guyton DL. Photographic simulation of image quality through bifocal intraocular lenses. *Am J Ophtalmol* 1989; 108: 324-7.
- Zit88a Zitman FG. Neuroleptica bij angst, depressiviteit en onbegrepen lichamelijke klachten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 1380-3.
- Zit88b Zitman FG. Kort- en langwerkende benzodiazepinen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 1917-21.
- Zit93 Zitman FG. Kan de psychiater rijvaardigheid voorspellen? *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 2067-8.
- Zom87 Zomeren AH van, Brouwer WH, Minderhoud JM. Acquired brain damage and driving: a review. *Arch Phys Med Rehabil* 1987; 68: 697-705.

A Samenstelling van de commissie

B Totstandkoming van het advies

C De adviesaanvraag

D De Europese richtlijn

Bijlagen

Samenstelling van de commissie

De Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad (in dit advies aangeduid als 'de commissie') is als volgt samengesteld:

- prof dr E Borst-Eilers, *voorzitter*,
vice-voorzitter van de Gezondheidsraad
 - prof dr HKA Visser, *vice-voorzitter*,
Erasmus Universiteit Rotterdam
 - prof dr J Bennebroek Gravenhorst,
Rijksuniversiteit Leiden
 - prof dr JE Blanpain,
Universiteit van Leuven
 - prof dr LHDJ Booij,
Katholieke Universiteit Nijmegen
 - prof dr FJ Cleton,
Rijksuniversiteit Leiden
 - prof dr H van Crevel
Universiteit van Amsterdam
 - prof dr JM Greep,
Teikiyo Medical Centre Holland, Maastricht
 - prof dr J Huisman, emeritus,
Erasmus Universiteit Rotterdam
-

- drs FrCA Jaspers,
Academisch Ziekenhuis Groningen
- prof dr RAP Koene,
Katholieke Universiteit Nijmegen
- prof dr Sj van der Linden,
Rijksuniversiteit Limburg
- prof dr AE Meinders,
Rijksuniversiteit Leiden
- prof dr JC Molenaar,
Erasmus Universiteit Rotterdam
- dr JM Pekelharing,
Diagnostisch Centrum Stichting Samenwerkende Delftse Ziekenhuizen
- prof dr FFH Rutten,
Erasmus Universiteit Rotterdam
- prof dr P Schnabel,
Public School of Health, Utrecht
- prof dr ir JM Thijssen,
Katholieke Univeriteit Nijmegen
- drs J Verhoeff, *adviseur*,
Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, Rijswijk
- prof dr PFGM van Waes,
Rijksuniversiteit Utrecht
- prof dr T van de Werf,
Katholieke Universiteit Nijmegen
- dr Yvonne A van Duivenboden, *secretaris*,
Gezondheidsraad
- dr GHM ten Velden, secretaris voor het onderhavige advies,
Gezondheidsraad

Totstandkoming van het advies

Voor het opstellen van het advies heeft de commissie de volgende externe deskundigen geraadpleegd:

Oogheelkunde

- prof dr AC Breebaart,
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- prof dr WA Houtman,
St Radboudziekenhuis, Groningen
- prof dr PTVM de Jong,
Academisch Ziekenhuis Rotterdam

Inwendige geneeskunde

- dr E van Ballegooie,
Ziekenhuis De Weezenlanden, Zwolle
 - dr JK Boeijjinga,
Medisch Centrum Amsterdam
 - prof dr DW Erkelens,
Academisch Ziekenhuis Utrecht
-

- dr RH Kauffmann,
Ziekenhuis Leyenburg, Den Haag
- drs RM Kurk,
Zeewolde
- prof dr W Weimar,
Academisch Ziekenhuis Rotterdam

Cardiologie

- drs RJJ Claessens,
Groot Ziekengasthuis, 's-Hertogenbosch
- dr HA Holtkamp,
Sophia Ziekenhuis, Zwolle
- dr RW Koster,
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- prof dr FWA Verheugt,
Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit, Amsterdam
- drs JCL Wesdorp,
Spaarne Ziekenhuis, Heemstede

Neurologie

- dr JHM van Eck,
Diakonessenhuis, Groningen
- dr C Jonker,
Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit, Amsterdam
- prof dr JC Koetsier,
Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit, Amsterdam
- drs OG Mulder,
Instituut voor Epilepsiebestrijding "Meer en Bosch", Heemstede
- drs AEH Sonnen,
dr Hans Bergerkliniek, Breda

Psychiatrie

- dr JA Hartzuiker,
Den Haag
 - drs A Korzec,
Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
-

- drs HV Warnaar,
Amsterdam

Geneesmiddelen

- prof dr AF Cohen,
Centrum voor Humaan Geneesmiddelenonderzoek, Leiden
- dr M Danhof,
Rijksuniversiteit Leiden
- prof dr FJW Gribnau,
Academisch Ziekenhuis Nijmegen
- dr A van der Kuy,
Maria Ziekenhuis, Tilburg
- prof dr FA Nelemans,
Stichting Therapeutische Evaluatie Geneesmiddelen, Duivendrecht

Algemeen

- drs J Dogger,
Nederlandse Spoorwegen, Utrecht
- drs HH Warmink,
Geneeskundige CBR, Rijswijk

De commissie is hen zeer erkentelijk.

Secretaris voor de opstelling van het advies is dr GHM ten Velden, secretaris bij de Gezondheidsraad.

Redactionele bijdragen: drs AB Leussink.

De commissie werd secretariael ondersteund door mw MH Kouwenberg-Rietbroek.

De adviesaanvraag

In een brief van 31 mei 1990, nr HGZ/HEB/U-1050, verzocht de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Gezondheidsraad advies uit te brengen met betrekking tot de medische normen rijbewijs. De brief luidde als volgt:

Hierbij vraag ik uw aandacht voor het volgende.

Zoals u bekend is worden voor de afgifte van rijbewijzen medische normen gehanteerd. Deze normen zijn sinds 1984 wettelijk vastgesteld in het besluit van de Staatssecretaris van Verkeer en Waterstaat van 30 december 1983, nr. A 28336 CAW (Stcrt. 1983, nr. 254).

Deze normen berusten gedeels op een advies van de Gezondheidsraad dat is uitgebracht in 1973, met enige aanpassingen op grond van de destijds in werking getreden eerste Europese rijbewijsrichtlijnen (80/1263 EG).

In mei 1985 heeft de Gezondheidsraad op verzoek van de toenmalige Staatssecretaris wederom een advies over de rijgeschiktheidsnormen uitgebracht. De wettelijke normen zijn naar aanleiding daarvan nog niet aangepast. Dit is veroorzaakt doordat de wetgevingsprioriteiten voor een aanpassing van de rijgeschiktheidsnormen te weinig ruimte lieten. Ik moge u in dit verband de decentralisatie en de verlenging van de geldigheidsduur van de rijbewijzen in herinnering brengen.

Inmiddels is het Ministerie van Verkeer en Waterstaat nu toe aan de onderwerpen die een regeling bij formele wet behoeven, zoals de medische rijgeschiktheidsnormen en de bijbehorende medische toetsingsprocedure. Omdat sinds het advies van de Gezondheidsraad van 1985 enige jaren zijn verstreken zal ik het op prijs stellen dat het advies door de Gezondheidsraad wordt getoetst aan de thans heersende

inzichten en dit advies zonodig te actualiseren. Daarbij zou tevens rekening kunnen worden gehouden met de nieuwe Europese rijbewijsrichtlijn die waarschijnlijk binnen afzienbare tijd van kracht wordt. In overweging dient te worden genomen dat de huidige wettelijke normen interpretatieverschillen tussen de keurende artsen mogelijk maken, waardoor de gelijkheid van behandeling van aanvragers van rijbewijzen bemoeilijkt wordt. Daarom verzoek ik u uw geadviseerde normen zodanig duidelijk en specifiek te formuleren dat deze verschillen zoveel mogelijk worden voorkomen.

De Minister van Verkeer en Waterstaat zou het daarbij op prijs stellen, indien de geneeskundige van het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen en de medische adviseur verbonden aan de Hoofdafdeling Verkeersveiligheid van dat departement aan het overleg van uw Raad te dezen zouden kunnen deelnemen.

Ik zou het zeer op prijs stellen wanneer het advies in 1990 zou kunnen gereedkomen.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

w.g. Hans J. Simons

Bijlage **D**

De Europese richtlijn*

* Richtlijn van 29 juli 1991 betreffende het rijbewijs (91/439/EEG).

MINIMUMNORMEN INZAKE LICHAAMELIJKE EN GEESTELIJKE GESCHIKTHEID VOOR HET BESTUREN VAN EEN MOTORRIJTUIG

DEFINITIES

1. In het kader van deze bijlage worden de bestuurders in twee groepen ingedeeld, namelijk:
 - 1.1. *Groep 1:*
bestuurders van voertuigen van de categorieën A, B en B + E, en van de subcategorieën A1 en B1.
 - 1.2. *Groep 2:*
bestuurders van voertuigen van de categorieën C, C + E, D, D + E en van de subcategorieën C1, C1 + E, D1 en D1 + E.
- 1.3. In de nationale wetgeving kunnen bepalingen worden opgenomen om de voor de bestuurders van groep 2 bestemde bepalingen van deze bijlage toe te passen op de bestuurders van voertuigen van categorie B die hun rijbewijs voor de uitoefening van hun beroep gebruiken (taxi's, ziekenauto's, enz.).
2. Naar analogie hiervan worden de aanvragers van een rijbewijs of verlenging van een rijbewijs ingedeeld in de groep waartoe zij behoren, nadat het rijbewijs is afgegeven of verlengd.

MEDISCHE ONDERZOEKEN

3. *Groep 1*
De aanvragers moeten een medisch onderzoek ondergaan, indien bij het vervullen van de vereiste formaliteiten of tijdens het examen dat zij moeten afleggen voor het verkrijgen van een rijbewijs, blijkt dat zij één of meer van de in deze bijlage vermelde lichamelijke of geestelijke gebreken hebben.
4. *Groep 2*
De aanvragers moeten een medisch onderzoek ondergaan vóór de eerste afgifte van een rijbewijs; vervolgens dienen de bestuurders de periodieke onderzoeken te ondergaan die de nationale wetgeving voorschrijft.
5. De Lid-Staten kunnen voor de afgifte of verlenging van een rijbewijs strengere normen vaststellen dan de in deze bijlage vervatte normen.

GEZICHTSVERMOGEN

6. Iedere aanvrager van een rijbewijs dient de nodige onderzoeken te ondergaan om vast te stellen of hij beschikt over voldoende gezichtsscherpte voor het besturen van motorvoertuigen. Indien daarover twijfel bestaat, moet hij door een bevoegde medische instantie worden onderzocht. Bij dat onderzoek moet vooral gelet worden op de gezichtsscherpte, het gezichtsveld, het gezichtsvermogen in het schemerdonker en progressieve oogziekten.

Intraoculaire lenzen worden in het kader van deze bijlage niet als corrigerende lenzen beschouwd.

Groep 1

- 6.1. Iedere aanvrager van een rijbewijs of verlenging van een rijbewijs dient, zo nodig met optische correctie, een binoculaire gezichtsscherpte te hebben van ten minste 0,5. Het rijbewijs mag niet worden afgegeven of verlengd, indien bij het medische onderzoek blijkt dat het horizontale gezichtsveld kleiner is dan 120°, behalve in uitzonderingsgevallen op grond van een gunstig medisch advies en een positieve praktische test, of indien blijkt dat het gezichtsvermogen van de betrokkene op een zodanige andere wijze is aangetast dat hij niet veilig kan rijden. Indien een progressieve oogziekte wordt ontdekt of gemeld, kan het rijbewijs worden afgegeven of verlengd mits de aanvrager zich periodiek door een bevoegde medische instantie laat onderzoeken.
- 6.2. Iedere aanvrager van een rijbewijs of verlenging van een rijbewijs die het gezichtsvermogen van een oog volledig is kwijtgeraakt of die, bij voorbeeld in geval van diplopie, slechts één oog gebruikt, dient een gezichtsscherpte, zo nodig met optische correctie, van ten minste 0,6 te hebben. De bevoegde medische instantie dient daarbij te verklaren dat dit monoculaire zien al zolang bestaat dat de betrokkene zich daaraan heeft aangepast, en dat het gezichtsveld van het oog normaal is.

Groep 2

- 6.3. Iedere aanvrager van een rijbewijs of verlenging van een rijbewijs dient, zo nodig met optische correctie, te beschikken over een gezichtsscherpte van minstens 0,8 voor het beste oog en 0,5 voor het minder goede oog. Indien de waarden 0,8 en 0,5 met een optische correctie worden bereikt, dient de ongecorrigeerde gezichtsscherpte voor elk van beide ogen niet minder dan 0,05 te bedragen of dient de correctie van de minimale gezichtsscherpte (0,8 en 0,5) te zijn verkregen door brillenglazen die niet sterker mogen zijn dan ± 4 dioptrieën, of door contactlenzen (niet gecorrigeerd gezichtsvermogen = 0,05). De correctie moet goed worden verdragen. Het rijbewijs mag niet worden afgegeven of verlengd, indien de aanvrager of bestuurder geen normaal binoculair gezichtsveld heeft of aan diplopie lijdt.

GEHOOR

7. Onder voorbehoud van het advies van de bevoegde medische instanties kan het rijbewijs voor iedere aanvrager of bestuurder van groep 2 worden afgegeven of verlengd; bij het medische onderzoek wordt met name rekening gehouden met de mogelijkheden van compensatie.

MOTORISCH GEHANDICAPTEN

8. Het rijbewijs mag niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder aan motorische aandoeningen of afwijkingen lijdt waardoor het besturen van een motorvoertuig gevaar oplevert.

Groep 1

- 8.1. Een rijbewijs met eventueel beperkende voorwaarde mag, nadat daarover door een bevoegde medische instantie advies is uitgebracht, worden afgegeven aan aanvragers of bestuurders die lichamelijk gehandicapt zijn. Dat advies moet gebaseerd zijn op een medische beoordeling van de betreffende aandoening of afwijking en zo nodig op een praktische test; daarin moet ook worden aangegeven hoe het voertuig moet worden aangepast en of de bestuurder orthopedische apparatuur nodig heeft. Uit het onderzoek naar de rijvaardigheid en het rijgedrag moet echter blijken dat die apparatuur geen gevaar voor het rijden oplevert.
- 8.2. Het rijbewijs mag worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager aan een progressieve aandoening lijdt, mits aan de hand van periodieke controles wordt geverifieerd of de betrokkene nog in staat is zijn voertuig volkomen veilig te besturen.
Een rijbewijs mag zodra de handicap zich heeft gestabiliseerd zonder geregelde medische controle worden afgegeven of verlengd.

Groep 2

- 8.3. De bevoegde medische instantie dient naar behoren rekening te houden met de extra risico's en gevaren in verband met het besturen van de voertuigen die aan de definitie van deze groep beantwoorden.

HART- EN VAATZIEKTEN

9. Aandoeningen die aanvragers van een rijbewijs of verlenging van een rijbewijs vatbaar maken voor acute stoornissen aan het cardiovasculaire systeem met acute beschadiging van de hersenfunctie, leveren gevaar voor de verkeersveiligheid op.

Groep 1

- 9.1. Het rijbewijs mag niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager aan ernstige aritmie lijdt.
- 9.2. Het rijbewijs mag worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder een pacemaker heeft, onder voorbehoud van een officieel medisch advies en geregelde medische controle.
- 9.3. Of een rijbewijs mag worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder een te hoge of de lage bloeddruk heeft, wordt beoordeeld aan de hand van de andere gegevens van het onderzoek, de eventueel daarmee verband houdende complicaties en het gevaar dat deze voor de verkeersveiligheid kan opleveren.
- 9.4. In het algemeen mag het rijbewijs niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder lijdt aan benauwdheid tijdens rust of bij opwindning. Voor de afgifte of verlenging van een rijbewijs indien de aanvrager of bestuurder aan een hartinfarct heeft geleden, is een officieel medisch advies en zo nodig een geregelde medische controle vereist.

Groep 2

- 9.5. De bevoegde medische instantie houdt naar behoren rekening met de extra risico's en gevaren in verband met het besturen van voertuigen die aan de definitie van deze groep beantwoorden.

DIABETES MELLITUS

10. Het rijbewijs mag worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder aan diabetes mellitus lijdt, onder voorbehoud van een officieel medisch advies en een geregelde specifieke medische controle.

Groep 2

- 10.1. Rijbewijzen mogen niet worden afgegeven of verlengd indien de tot deze groep behorende aanvrager of bestuurder aan diabetes mellitus lijdt die met insuline moet worden behandeld, tenzij in zeer uitzonderlijke gevallen, op grond van een officieel medisch advies en onder voorbehoud van een geregelde medische controle.

NEUROLOGISCHE ZIEKTEN

11. Rijbewijzen mogen niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder lijdt aan een ernstige neurologische aandoening, tenzij de aanvraag door een officieel medisch advies wordt ondersteund.

Daartoe worden neurologische stoornissen ten gevolge van aandoeningen of operaties van het centrale of perifere zenuwstelsel die door sensorïele of motorische defecten en evenwichts- en coördinatiestoornissen tot uiting komen, beoordeeld op grond van het effect daarvan en de kans op progressie. Aan de afgifte of verlenging van het rijbewijs kan in die gevallen de voorwaarde worden verbonden dat er periodiek onderzoek moet plaatsvinden, indien er kans op progressie bestaat.

12. Epileptische aanvallen en andere acute bewustzijnsstoornissen vormen een ernstig gevaar voor de verkeersveiligheid, wanneer zij zich tijdens het besturen van een motorvoertuig voordoen.

Groep 1

- 12.1. Rijbewijzen mogen worden afgegeven of verlengd onder voorbehoud van een onderzoek door een bevoegde medische instantie en een geregelde medische controle. De bevoegde medische instantie beoordeelt de epilepsie of andere bewustzijnsstoornissen, de klinische vorm en het verloop van de ziekte (bij voorbeeld geen aanvallen in de laatste twee jaren), de gevolgde behandeling en de resultaten daarvan.

Groep 2

- 12.2. Rijbewijzen mogen niet worden afgegeven of verlengd, indien de aanvrager of bestuurder aan epileptische aanvallen of andere acute bewustzijnsstoornissen lijdt of daarvoor vatbaar is.

PSYCHISCHE AANDOENINGEN

Groep 1

- 13.1. Rijbewijzen mogen niet worden afgegeven of verlengd, indien de aanvrager of bestuurder lijdt aan:
- congenitale of door ziekten, trauma's of neurochirurgische ingrepen ontstane ernstige psychische aandoeningen;
 - ernstige mentale retardatie;
 - ernstige uit het verouderingsproces voortvloeiende gedragsstoornissen of ernstige met de individuele psychische gesteldheid verband houdende stoornissen van het oordeels- en aanpassingsvermogen of gedragsstoornissen,
- tenzij de aanvraag door een officieel medisch advies wordt ondersteund en de betrokkene zo nodig geregeld medisch wordt gecontroleerd.

Groep 2

- 13.2. De bevoegde medische instantie houdt naar behoren rekening met de extra risico's en gevaren in verband met het besturen van voertuigen die aan de definitie van deze groep beantwoorden.

ALCOHOL

14. Alcoholgebruik vormt een groot gevaar voor de verkeersveiligheid. Gezien de ernst van het probleem, dient de medicus grote waakzaamheid aan de dag te leggen.

Groep 1

- 14.1. Rijbewijzen mogen niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder aan alcohol verslaafd is of niet kan afzien van alcoholgebruik wanneer hij aan het verkeer deelneemt.
- Rijbewijzen mogen worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder aan alcohol verslaafd is geweest, na een periode van bewezen onthouding en onder voorbehoud van een officieel medisch advies en geregelde medische controle.

Groep 2

- 14.2. De bevoegde medische instantie houdt naar behoren rekening met de extra risico's en gevaren in verband met het besturen van voertuigen die aan de definitie van deze groep beantwoorden.

VERDOVENDE MIDDELEN EN GENEESMIDDELEN

15. Misbruik

Rijbewijzen mogen niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder verslaafd is aan psychotrope stoffen of zonder daaraan verslaafd te zijn die stoffen overmatig gebruikt, ongeacht de categorie van het aangevraagde rijbewijs.

Regelmatig gebruik

Groep 1

- 15.1. Rijbewijzen mogen niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder regelmatig, in welke vorm dan ook, psychotrope stoffen gebruikt die van nadelige invloed op de rijvaardigheid kunnen zijn, indien dusdanige hoeveelheden worden gebruikt dat het rijgedrag daardoor ongunstig wordt beïnvloed. Hetzelfde geldt voor alle andere geneesmiddelen of geneesmiddelencombinaties die de rijvaardigheid beïnvloeden.

Groep 2

- 15.2. De bevoegde medische instantie houdt naar behoren rekening met de extra risico's en gevaren in verband met het besturen van voertuigen die aan de definitie van deze groep beantwoorden.

NIERAANDOENINGEN

Groep 1

- 16.1. Rijbewijzen mogen worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder aan ernstige nierinsufficiëntie lijdt, op voorwaarde dat een officieel medisch advies wordt verstrekt en de betrokkene geregeld medisch wordt onderzocht.

Groep 2

- 16.2. Rijbewijzen mogen niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder aan ernstige irreversibele nierinsufficiëntie lijdt, tenzij in uitzonderingsgevallen op grond van een officieel medisch advies en geregelde medische controle.

DIVERSE BEPALINGEN

Groep 1

- 17.1. Rijbewijzen mogen worden afgegeven of verlengd indien het een aanvrager of bestuurder betreft met getransplanteerde organen of artificiële implantaten die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, onder voorbehoud van een officieel medisch advies en zo nodig een geregeld medisch onderzoek.

Groep 2

- 17.2. De bevoegde medische instantie houdt naar behoren rekening met de extra risico's en gevaren in verband met het besturen van voertuigen die aan de definitie van deze groep beantwoorden.

18. In het algemeen mogen rijbewijzen niet worden afgegeven of verlengd indien de aanvrager of bestuurder aan een niet in de voorgaande alinea's vermelde aandoening lijdt die aanleiding kan vormen tot lichamelijke klachten, waardoor bij het besturen van een motorvoertuig de verkeersveiligheid in gevaar komt, tenzij de aanvraag door een officieel medisch advies wordt ondersteund en de betrokkene, zo nodig, geregeld medisch wordt onderzocht.