

Rijgeschiktheid van personen met dementie

Een advies tot herziening van de regelgeving

Commissie Brouwer

Groningen, 7 februari 2008

1. Inhoudsopgave

1.	Inhoudsopgave	2
2.	Samenvatting	3
3.	Inleiding	4
	3.1 Het CBR	4
	3.2 De adviesaanvraag	5
4.	Huidige regeling ten aanzien van dementie	6
	4.1 De Regeling eisen geschiktheid 2000 over dementie	6
	4.2 Opmerkingen bij de huidige Regeling	7
	4.3 De Europese richtlijn betreffende het rijbewijs	8
5.	Dementie	9
	5.1 Definitie van dementie	9
	5.2 Prevalentie van dementie	10
6.	Ongevalsbetrokkenheid en rijgeschiktheid	11
	6.1 Ongevalsbetrokkenheid bij dementie	11
	6.1.1 Het ongevalsrisico bij dementie	12
	6.1.2 Het risico in perspectief	12
	6.1.3 Gevolgen van verschuiving in vervoerswijze	13
	6.1.4 Conclusies over ongevalsrisico bij dementie	13
	6.2 Rijgeschiktheid bij dementie	15
	6.2.1 Prestaties op testritten en hun relatie met andere gegevens	17
7.	Voorstel wijziging Regeling eisen geschiktheid 2000	18
8.	Implementatie	20
9.	Overige aanbevelingen	22
	9,1 Voorlichting en educatie	22
	9.2 Wetenschappelijk onderzoek	22
10.	Geraadpleegde literatuur	24
11.	Bijlagen	27
	A. De commissie	27
	B. De adviesaanvraag	28

2. Samenvatting

Het bestuur van de Stichting Alzheimer Nederland heeft de Minister van Verkeer en Waterstaat verzocht de eisen ten aanzien van autorijden bij dementie eventueel te herformuleren in het licht van nieuwe wetenschappelijke en medische ontwikkelingen. Volgens de huidige eisen is men bij dementie, ongeacht de ernst, ongeschikt voor alle rijbewijzen. In verband met dit verzoek heeft de minister het CBR verzocht een commissie van deskundigen samen te stellen.

De commissie stelt voor om bij lichte en zeer lichte vormen van dementie de rijgeschiktheid niet langer volledig uit te sluiten voor rijbewijzen van groep 1. Voor rijbewijzen van groep 2 stelt de commissie voor ongeschiktheid in alle gevallen van dementie te handhaven, evenals voor beroepsmatig gebruik van rijbewijzen van groep 1.

Ter uniformering van de manier om dementie en de ernst ervan vast te stellen stelt de commissie de Clinical Dementia Rating voor die een onderscheid maakt tussen ernstige,matige, lichte en zeer lichte dementie. Bij ernstige en matige dementie is men ongeschikt voor alle rijbewijzen.

Ter bepaling van de rijgeschiktheid bij lichte dementie wordt een rijtest (praktische rijgeschiktheid) afgenomen. De maximale duur van de geschiktheid is 1 jaar. Ter bepaling van de rijgeschiktheid bij zeer lichte dementie (CDR 0,5) wordt een rijtest afgenomen en wordt betrokkene verwezen voor een neuropsychologisch onderzoek. Afhankelijk van de uitkomst van rijtest en neuropsychologisch onderzoek wordt een maximale geschiktheidsduur van 3 jaar toegekend.

Aansluitend op het wijzigingsvoorstel doet de commissie enkele aanbevelingen over voorlichting en educatie alsmede over aan te raden wetenschappelijk onderzoek.

3. Inleiding

3.1 Het CBR

De Stichting Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (het CBR) is de bij wet aangewezen instantie voor het beoordelen van de rijvaardigheid en de rijgeschiktheid. Rijvaardigheid toetst het CBR op het theorie-examen en het praktijkexamen.

Met rijgeschiktheid wordt bedoeld de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van motorvoertuigen. Het CBR toetst de rijgeschiktheid aan de eisen die zijn neergelegd in een ministeriële regeling: de Regeling eisen geschiktheid 2000 (verder de Regeling). De Regeling heeft voor het CBR een bindend karakter (jurisprudentie van de Raad van State). De Regeling deelt rijbewijzen op grond van een Europese richtlijn in in twee groepen. Groep 1 (auto, motorfiets en auto met aanhanger) en groep 2 (vrachtauto, autobus en aanhanger achter beide). In het algemeen zijn de eisen voor groep 2 strenger dan die voor groep 1.

Het CBR beoordeelt de rijgeschiktheid op momenten die wettelijk verplicht zijn, zoals bij de aanvraag van een rijexamen en het vernieuwen van een rijbewijs boven de leeftijd van 70 jaar. Daarnaast is het voor een rijbewijsbezitter mogelijk op elk moment zijn of haar rijgeschiktheid te laten beoordelen als er zich wijzigingen in de medische situatie voordoen. Deze tussentijdse melding is niet verplicht, maar overgelaten aan het verantwoordelijkheidsgevoel van de rijbewijsbezitter.

Naast de beoordeling van de rijgeschiktheid op verzoek van de betrokkene (genaamd de Eigen verklaringprocedure, omdat betrokkene voor zijn aanvraag een formulier Eigen verklaring moet invullen) kent het CBR ook de Vorderingsprocedure. In de Vorderingsprocedure vordert het CBR dat een rijbewijsbezitter zich aan een onvrijwillige rijbewijskeuring onderwerpt. Het CBR start een Vorderingsprocedure op basis van een mededeling van de politie dat er twijfels zijn aan de rijgeschiktheid of op basis van door het CBR ontvangen medische informatie die een vermoeden van ongeschiktheid rechtvaardigt. Dat kan bijvoorbeeld informatie zijn van een behandelende arts die in gewetensnood zijn zwijgplicht doorbreekt.

In de Eigen verklaring procedure maakt het CBR gebruik van informatie van de keurend arts, die door de aanvrager zelf is uitgezocht en heeft het CBR het recht om naast deze informatie nader onderzoek te vragen door een door het CBR aangewezen specialist. In de Vorderingsprocedure stuurt het CBR de gevorderde altijd naar een medisch specialist. In beide procedures is het onderzoek naar de rijgeschiktheid ook uit te breiden met een rijtest op de weg: de rijtest praktische rijgeschiktheid (Bredewoud, 2006).

3.2 De adviesaanvraag

Het bestuur van de Stichting Alzheimer Nederland heeft de Minister van Verkeer en Waterstaat verzocht de eisen ten aanzien van autorijden bij dementie eventueel te herformuleren in het licht van nieuwe wetenschappelijke en medische ontwikkelingen. Daarop heeft de Minister het CBR verzocht een commissie te installeren die deze vraag moest onderzoeken. De adviesaanvraag aan de voorzitter van de 'Commissie Rijgeschiktheid van personen met dementie' is als bijlage B bij dit rapport opgenomen.

In de Regeling staat letterlijk dat er bij een vastgestelde diagnose 'dementie' altijd sprake is van ongeschiktheid (zie het volgende hoofdstuk). Door deze formulering is rijgeschiktheid volledig uitgesloten, ook in het geval van een vroege diagnose waarbij de cognitieve beperkingen in het dagelijks leven nog gering zijn.

Door verbeterde medische methoden kunnen diagnoses steeds vroeger gesteld worden. Dit is vooral van belang in verband met interventies om het verdere beloop van de aandoening te vertragen. De vroege labeling van een cognitieve achteruitgang als dementie leidt er toe dat mensen vroeger dan voorheen als ongeschikt voor het rijbewijs worden beschouwd, tenminste bij handhaving van de huidige formulering. Mogelijk blijken deze mensen wel rijgeschikt als er een op hun functioneren achter het stuur gerichte vorm van diagnostiek zou worden verricht. De laatste jaren is nogal wat literatuur verschenen die aanwijzingen in deze richting geeft (zie hoofdstuk 6).

Een verder probleem kan nog zijn dat de huidige regelgeving aanleiding geeft tot vermijden of afbreken van medisch onderzoek en begeleiding om het label dementie te ontlopen, dit vanwege het grote sociale en emotionele belang van het rijbewijs. Dit zou een zeer ongewenst gevolg zijn omdat de behandeling bij vroege dementie er juist op is gericht het ziektebeloop te vertragen en de zelfstandigheid -waaronder de verkeersdeelname- op peil te houden.

De vragen die de commissie zal trachten te beantwoorden zijn of dementie en rijgeschiktheid verenigbaar zijn en zo ja, onder welke voorwaarden. Afhankelijk van de antwoorden op deze vragen zullen voorstellen worden gedaan over een aanpassing van de Regeling.

Tot slot is het nog van belang te vermelden dat de Europese richtlijn betreffende het rijbewijs (Richtlijn 91/439/EEG), welke het kader schept, waarbinnen de nationale regelingen vallen, zodanig geformuleerd is dat geschiktheid bij dementie niet wordt uitgesloten (zie het volgende hoofdstuk). Volgens de Europese richtlijn mogen individuele lidstaten wel strengere maar geen minder strenge regels formuleren.

4. Huidige regeling ten aanzien van dementie

4.1 De Regeling eisen geschiktheid 2000 over dementie:

Hoofdstuk 7. Neurologische aandoeningen

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 zenuw- 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.

Hoofdstuk 8. Psychiatrische stoornissen

8.6 Cognitieve stoornissen

Personen bij wie 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).

Bij een vastgestelde diagnose "dementie" is er altijd sprake van ongeschiktheid; bij twijfelgevallen of bij vermoeden van beginnende dementie is gericht specialistisch onderzoek aangeraden en dient in de beoordelingsprocedure een rijtest (via de desbetreffende deskundige van het CBR) te worden opgenomen.

Organische aandoeningen (bijvoorbeeld cerebrale vaatafwijkingen) die gepaard gaan met regelmatig terugkerende episoden van verwardheid en desoriëntatie maken de betrokkenen 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 geschikt worden.

4.2 Opmerkingen bij de huidige Regeling

In paragraaf 7.4 van de Regeling over staat impliciet dat rijgeschiktheid bij de ziekte van Alzheimer onder voorwaarden mogelijk is. Dit is in strijd met paragraaf 8.6 tenzij men de koppeling tussen ziekte van Alzheimer en dementie loslaat, dat wil zeggen accepteert dat er gevallen van de ziekte van Alzheimer zijn zonder dat er sprake is van dementie.

De ambigue formulering in de regeling kan leiden tot willekeur. In de huidige praktijk wordt soms impliciet de koppeling tussen ziekte van Alzheimer en dementie losgelaten via het gebruik van de diagnostische categorie "Mild Cognitive Impairment" (MCI) of door het vermijden van labeling in gevallen waarbij het alledaagse functioneren nog relatief ongestoord is, maar waarbij het testprofiel en de klachten passen bij een beginnend Alzheimer beeld. MCI is echter een nogal omstreden begrip en veel artsen en neuropsychologen zullen in vergelijkbare gevallen geneigd zijn wel de term dementie te gebruiken, soms om redenen die niets met de rijgeschiktheidsbeoordeling te maken hebben zoals het in aanmerking komen voor vergoeding van de behandeling met cholinesterase remmers.

In paragraaf 8.6 staat dat het CBR bij vermoeden van een beginnende dementie gericht specialistisch onderzoek kan laten uitvoeren en dat in elk geval in de beoordelingsprocedure een rijtest "praktische rijgeschiktheid" dient te worden opgenomen..

Het specialistisch onderzoek kan worden opgevat als een op het vaststellen van dementie gericht onderzoek met als uitkomst "ongeschikt" als het vermoeden van dementie wordt bevestigd. Als er nog getwijfeld moet worden aan de diagnose dementie, volgt de rijtest.

De in paragrafen 7.4 en 8.6 van de Regeling genoemde deskundige praktische rijgeschiktheid voert zijn onderzoek uit door het afnemen van een rijtest op de openbare weg. Deze rijtest verschilt van het reguliere rijexamen in die zin dat de nadruk minder ligt op "rijden volgens het boekje" maar vooral op veilige verkeersdeelname en het niet veroorzaken van hinder op de weg (artikel 5 WVV94). Tevens is de Nederlandse rijtest praktische rijgeschiktheid gericht op het exploreren van compensatiemogelijkheden, bijvoorbeeld advies over rijlessen technische aanpassingen en rijbewijsbeperkingen (de Vries, 2006).

4.3 De Europese richtlijn betreffende het rijbewijs

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 verbandhoudende 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.

5. Dementie

5.1 Definitie van dementie

Onder dementie wordt in het algemeen een combinatie van verschillende cognitieve functiebeperkingen verstaan van een zodanige ernst dat daardoor een significante verstoring van het normale sociale of beroepsmatige functioneren, optreedt en er een duidelijke verlaging is in vergelijking met het vroegere functieniveau (naar DSM-IV).

In de verdere uitwerking van bovengenoemde definitie wordt in DSM IV gesteld dat een geheugenstoornis tenminste deel uit moet maken van het beeld. Overige stoornissen kunnen de executieve functies (mentale traagheid, mentale rigiditeit), de persoonlijkheid (kritiekverlies, ontremdheid, apathie), de visueel-ruimtelijke functies ('agnosie'), de taal ('afasie') en de motorische handelingen ('apraxie') betreffen. Belangrijk is verder dat de cognitieve stoornissen niet uitsluitend optreden gedurende het verloop van een delirium. Tevens moet er sprake zijn van een medische oorzaak van de cognitieve stoornissen. Deze medische oorzaak bepaalt het type van de dementie.

Bij sommige vormen van dementie, bijvoorbeeld Frontotemporale Dementie (FTD) en Parkinsondementie (PDD), staat de geheugenstoornis niet voorop. Hier zijn de meest opvallende vroege kenmerken respectievelijk persoonlijkheidsverval en mentale traagheid. Deze functiebeperkingen zijn relevanter voor de rijgeschiktheid dan de geheugenstoornis (Miller et al., 1997; Heikkilä et al., 1998). Om beginnende vormen van FTD en PDD ook te kunnen incorporeren zal de commissie uitgaan van de eerder genoemde algemene definitie van dementie als een combinatie van ernstige cognitieve functiebeperkingen leidend tot ernstige beperkingen in sociale activiteiten, waarbij laatstgenoemde op een veel lager niveau verlopen dan voor de ziekte. Hoewel er dus sprake moet zijn van een medische oorzaak, is dementie in de eerste plaats een gedragsdiagnose gebaseerd op waargenomen ernstige functie- en activiteitsbeperkingen. Het wordt pas een medische diagnose als er een (vermoedelijke) oorzaak aan is toegekend. Er zijn zeer veel verschillende oorzaken van dementie en op grond hiervan en op grond van het beloop worden er veel verschillende subtypen onderscheiden.

De meest voorkomende subtypen zijn de ziekte van Alzheimer (AD; 60-70%), een langzaam verlopende progressieve vorm van hersenatrofie waarbij zenuwcellen in de cerebrale cortex teloorgaan als gevolg van het neerslaan van amyloid-eiwit op hun wanden (seniele plaques), en de vasculaire dementie (VaD; 10-15%) waarbij de oorzaak is gelegen in cerebrale vaataandoeningen. Andere relatief frequent voorkomende vormen van dementie zijn Dementie met Lewy Bodies (DLB), dementie bij de ziekte van Parkinson (PDD) en Frontotemporale Dementie (FTD). Bijzonder bij de laatstgenoemde vorm is dat deze zich –veel meer dan bij de andere genoemde vormen- manifesteert voor het 65^e levensjaar.

5.1 Prevalentie van dementie

Op basis van het ERGO¹ onderzoek van de Erasmus universiteit is de gestandaardiseerde prevalentie van dementie voor 2000 geschat op 6,7 per 1.000 mannen en 15,7 per 1.000 vrouwen, in absolute aantallen: 52.700 mannen en 126.400 vrouwen. Patiënten met dementie die langdurig zijn opgenomen in een verpleeghuis, zijn niet in ERGO onderzoek meegeteld. Het aantal dat zich op peildatum 1 januari 2000 in een verpleeghuis bevond (somatisch en psychogeriatrisch), wordt door de Gezondheidsraad berekend op 30.318 wat betekent dat bij 53% van de verpleeghuisbewoners in Nederland de diagnose dementie is gesteld. Uit het combineren van de ERGO- en verpleeghuiscijfers blijkt dat 18% van alle patiënten met dementie in een verpleeghuis verblijft, 17% in een verzorgingshuis en 65% zelfstandig woont (Gezondheidsraad, 2002). Het aantal personen met dementie neemt sterk toe met de leeftijd. De prevalentie van dementie zou iedere 5 jaar boven de 65 verdubbelen, van 1 procent op 65-jarige tot 30 procent op 90 jarige leeftijd (Hofman et al., 1991). Als uitvloeisel van de naoorlogse geboortegolf zal het aantal oude en zeer oude Nederlanders in de eerstvolgende decennia nog sterk toenemen. In 2004 was 14% van de bevolking ouder dan 65 (2,3 miljoen) en tegen 2040 zal het percentage 23 % (4,1 miljoen) zijn. Relatief de sterkste toename is te verwachten bij de oudere ouderen. Het CBS (2004) schat dat er in 2040 ruim twee miljoen mensen boven de 75 jaar in Nederland wonen. In de laatstgenoemde leeftijdscategorie is de prevalentie van dementie hoog. Op basis van alleen deze demografische ontwikkelingen verwacht de Gezondheidsraad (2002) dat het absolute aantal mensen met dementie in Nederland zal oplopen tot ongeveer 400.000 in 2050.

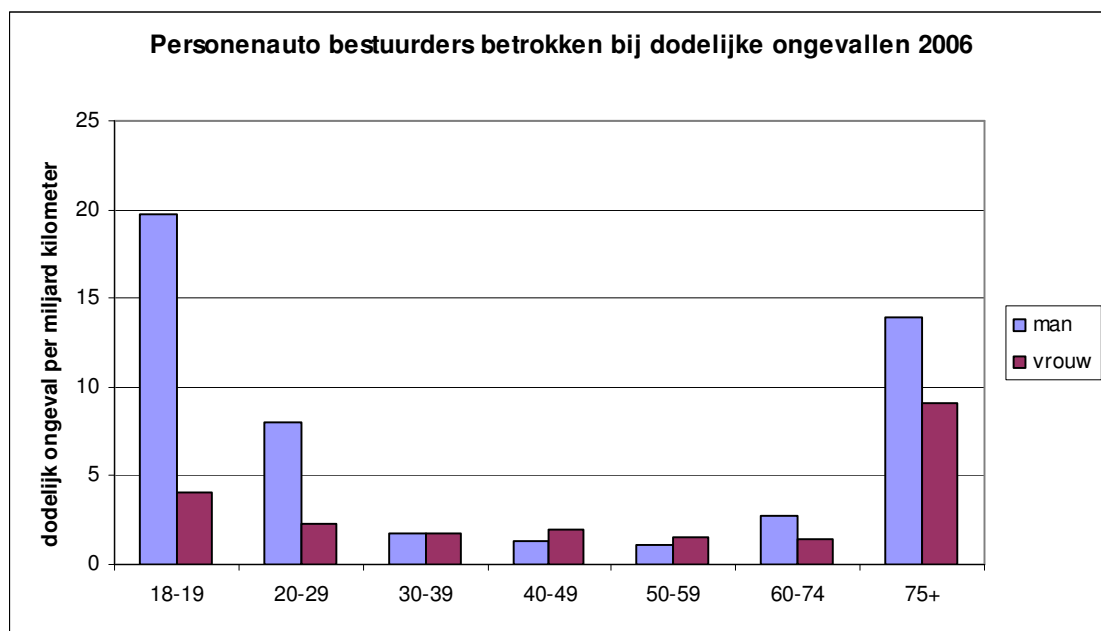
¹ Lange J de (Trimbos-instituut), Gijsen R (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Hoe vaak komt dementie voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Dementie, 16 mei 2003.

6. Ongevalsbetrokkenheid en rijgeschiktheid

6.1 Ongevalsbetrokkenheid bij dementie

Onderzoek naar ongevalsbetrokkenheid bij dementie lijkt voor de hand te liggen maar kent ernstige methodologische problemen zoals het geringe voorkomen van ongevallen en hun meervoudige determinatie (Klebensberg, 1982). Verder worden ongevallen vaak erg onbetrouwbaar geregistreerd, met name ongevallen met minder ernstige afloop. Ongevallen met ernstige afloop worden vaak wel goed geregistreerd maar een ernstige afloop treedt eerder op bij een zwakke lichamelijke gezondheidstoestand. Daardoor zullen oudere ouderen, een categorie waartoe mensen met lichte dementie vaak zullen behoren, altijd overgerepresenteerd zijn in dergelijke statistieken (zie figuur 1).

Ook is vaak erg weinig bekend over de medische aandoeningen en functiebeperkingen van de bestuurders, hoogstens de diagnose en niet de ernst van de aandoening. Dementie is een progressieve aandoening met afnemende verkeersparticipatie bij toenemende ernst. Hoewel bij gevorderde dementie de verkeersdeelname per afgelegde kilometer erg gevaarlijk kan zijn, wordt het aantal ongevallen sterk beperkt door het geringe kilometrage (Brown & Ott, 2004; Ott et al, 2008). Ongevalsstatistieken alleen kunnen dus moeilijk gebruikt worden om de geschiktheid of ongeschiktheid van demente automobilisten aan te tonen.



Figuur 1 Personenautobestuurders betrokken bij dodelijke ongevallen naar leeftijd per miljard kilometer (SWOV gebaseerd op BRON en OVG/MON (AVV))

Dementie is een ouderdomsziekte. Bij beantwoording van de vraag of en in welke mate dementie tot een verhoogde onveiligheid leidt, is dus van belang te

weten in hoeverre de verhoogde ongevalskans samenhangt met de leeftijd van de bestuurder en om hier voor te controleren. Zoals figuur 1 illustreert, hebben ouderen ongeacht hun cognitieve toestand een hogere kans op overlijden als gevolg van een verkeersongeval. Deze verhoogde betrokkenheid bij dodelijke ongevallen wordt in belangrijke mate bepaald door de grotere lichamelijke kwetsbaarheid van ouderen, vooral van de leeftijdsgroep 75+. (Evans, 1988, 2005). Deze kwetsbaarheid houdt in dat ouderen in geval van krachtsinwerking van dezelfde grootte, eerder overlijden dan jongere volwassen automobilisten. In de hierna besproken ongevalstudies is voor dit leeftijdeffect gecontroleerd.

6.1.1 Het ongevalsrisico bij dementie

Ongevalstudies wijzen uit dat automobilisten die vallen in de categorie cognitieve stoornissen ten gevolge van veroudering een hoger relatief risico hebben dan vergelijkbare automobilisten zonder deze aandoening (zie tabel 1). Een relatief risico groter dan 1 geeft aan dat een sprake is van een verhoogd risico.

	Relatief risico	95% betrouwbaarheidsinterval	Aantal studies
Cognitieve beperkingen/ dementie	1.35	(1,12 - 2,10)	11
Alzheimer	2,06	(1,11 - 3,82)	6

Tabel 1: relatieve risico's en betrouwbaarheidsintervallen. Gebaseerd op Vaa (2003).

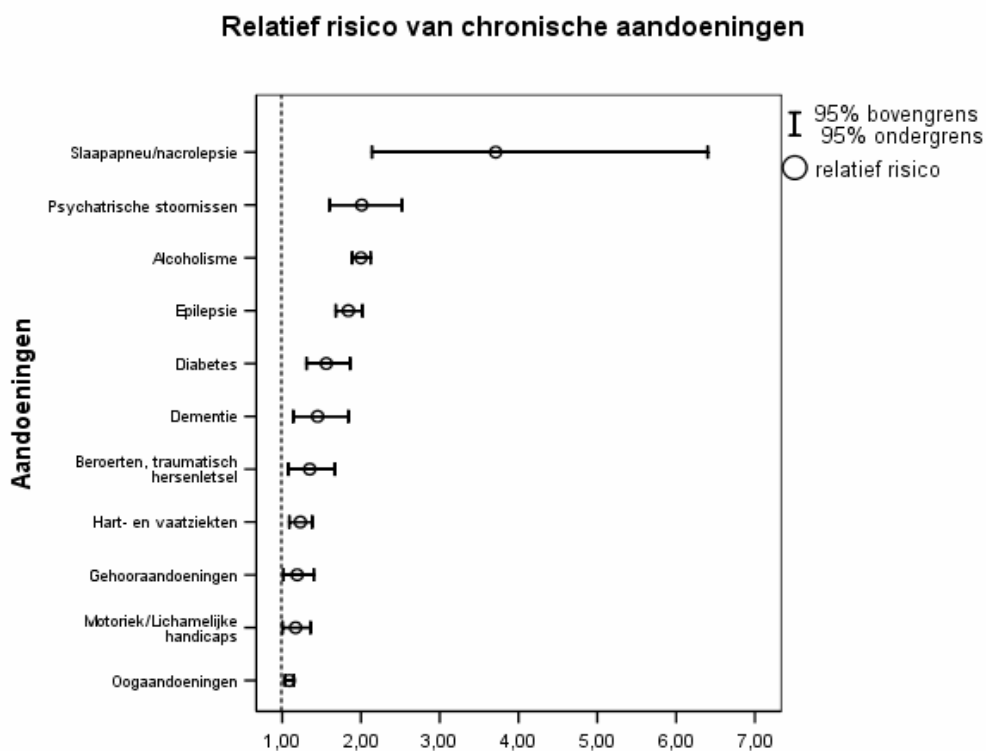
Deze conclusie is getrokken in het door de Europese Commissie gesteunde IMMORTAL project op basis van een meta-analyse op 17 case-control studies (Vaa, 2003). Maar zoals de onderzoekers terecht opmerken, is in de beschikbare studies slechts een ruwe indicatie mogelijk van de invloed van de ernst van de aandoening op het ongevalsrisico. Vrijwel geen enkele studie heeft rekening kunnen houden met het kilometrage van de bestuurders, niet in de case-groep en ook niet in de controlegroep. Bij voortgaande ernst van de dementie gaan mensen gemiddeld steeds minder rijden (zie b.v. Brown & Ott, 2004). Per afgelegde afstand is het relatieve risico voor mensen met een ernstiger vorm van dementie daardoor zeer waarschijnlijk hoger dan tabel 1 suggereert.

Wat betreft de invloed van de ernst baseren we ons op meerdere studies die aangeven dat in geval van Alzheimer Dementie het ongevalsrisico van diegenen die blijven rijden, drie jaar na constateren van de ziekte sterk begint toe te nemen (zie Brown & Ott, 2004 voor een overzicht van deze studies).

6.1.2 Het risico in perspectief

Aan het verkeer deelnemen gaat gepaard met risico's en die zijn niet geheel uit te sluiten. Verkeer is inherent onveilig vanwege de grote potentiële botskrachten

aan de ene kant en de kwetsbaarheid van de mens aan de andere kant; kleine fouten kunnen leiden tot ongevallen met ernstig letsel. Dat geldt voor alle groepen verkeersdeelnemers. Er zijn echter groepen autobestuurders die door mentale en of fysieke beperkingen een groter risico lopen om bij een ernstig ongeval betrokken te raken. De vraag is hoe het risico van dementie zich verhoudt tot het risico van andere aandoeningen. Figuur 2 die gebaseerd is op gegevens uit bovengenoemd IMMORTAL project, geeft een overzicht van het relatieve risico (kans om als bestuurder betrokken te raken bij een ongeval met ernstig letsel) van een groot aantal aandoeningen. Uit de grafiek blijkt dat het risico van dementie zich in de middencategorie bevindt.



Figuur 2 : Het relatieve risico van dementie in vergelijking tot andere aandoeningen (>1 is verhoogd risico in vergelijking tot bestuurders zonder de aandoening.) bron: gebaseerd op Vaa, 2003.

6.1.3 Gevolgen van een verschuiving in vervoerswijze

Naast de verschillen in risico's die samenhangen met verschillende aandoeningen zijn ook de verschillen in risico die samenhangen met de keuze van vervoerswijze van belang. Tabel 2 illustreert dat autorijden een relatief veilige wijze is om zelfstandig aan het verkeer deel te nemen. Als we aannemen dat de behoefte aan zelfstandige verkeersdeelname bij intrekking van een rijbewijs hetzelfde blijft, kan een verschuiving optreden van automobilititeit naar fiets- en voetgangermobiliteit met een toename van overlijdensrisico als gevolg.

	Lopen	Fietsen	Autorijden	Totale verkeersdeelname
30-49 jaar	18	7	2	4
60-64 jaar	29	18	3	5
65-74 jaar	44	37	6	10
≥ 75 jaar	191	174	22	39
Alle leeftijden	32	14	4	6

Tabel 2. Overlijdensrisico naar leeftijdsgroep en vervoerswijze: verkeersdoden per miljard afgelegde kilometers, 1999-2003 (Bron: SWOV/Adviesdienst Verkeer en Vervoer, CBS).

6.1.4 Conclusies over ongevalsrisico bij dementie

- Dementie is een aandoening die vooral ouderen boven de 75 jaar treft. Het hoge letselrisico van deze leeftijdsgroep wordt vooral door hun lichamelijke kwetsbaarheid bepaald.
- Rekening houdend met de lichamelijke kwetsbaarheid, laten case-control studies zien, dat het relatieve ongevalsrisico van dementie - afhankelijk van de ernst van de aandoening - tussen de 1,35 en 2,06 ligt.
- Vergeleken met andere aandoeningen, ligt het relatieve risico van dementie in de middencategorie. Hierbij is niet gecontroleerd voor afgelegde afstand.
- Ongeschikt verklaren voor het rijbewijs brengt mogelijk verschuivingen in mobiliteit te weeg naar meer te voet en per fiets afgelegde kilometers, wat een verhoogd overlijdensrisico met zich mee brengt. Mede op grond hiervan dient onterechte afkeuring te worden vermeden.

6.2 Rijgeschiktheid bij dementie

Om rijgeschikt te zijn moet iemand in voldoende mate over lichamelijke en geestelijke functies beschikken en niet lijden aan bepaalde ziekten en aandoeningen. Het betreft functies en aandoeningen waarvan wordt gedacht dat ze invloed hebben op de veiligheid van de rijprestatie (Brouwer, 2005).

Historisch gezien ligt de basis van de rijgeschiktheidsbeoordeling in het medisch onderzoek, met name diagnose-georiënteerd.

Als een ziekte of aandoening op onvoorspelbare momenten bewustzijnsverlies kan veroorzaken zoals bij epilepsie, is medisch onderzoek nog steeds de standaard. De rijgeschiktheid wordt dan in essentie bepaald op grond van de kans dat bewustzijnsverlies optreedt. Ook bij ernstige psychiatrische stoornissen zoals alcoholisme en psychotische stoornissen is medisch (psychiatrisch) onderzoek nog steeds de standaard. Net als bij epilepsie is in dit geval is niet de maximale rijprestatie die iemand kan bereiken bepalend, maar de kans dat er een niet met het autorijden verenigbare mentale toestand (b.v. dronkenschap of achtervolgingswaan) optreedt.

Echter bij ziekten en aandoeningen waarbij voortdurend een lager maximaal prestatieniveau bestaat ten aanzien van een of meer lichamelijke of cognitieve functies, zoals b.v. na traumatisch hersenletsel of na een beroerte, is er gaandeweg een verschuiving opgetreden naar prestatiemetingen, in de vorm van een rijtest praktische rijgeschiktheid en/of een (neuro)psychologisch onderzoek. De reden voor deze verschuiving is gelegen in het feit dat de nadelige invloeden van een medische aandoening of functiebeperking op de rijprestatie van persoon tot persoon flink kunnen verschillen, mede afhankelijk van hulpmiddelen, rijervaring en compensatiestrategieën (Brouwer, 2002). Ook bij de rijgeschiktheidsbeoordeling van ouderen met cognitieve stoornissen is deze verschuiving opgetreden. In 2006 steeg het aantal getritten praktische rijgeschiktheid met 9 %, vooral door de vergrijzing (CBR, 2007). Nationaal en internationaal wordt toenemend waarde gehecht aan een testrit op de openbare weg bij de rijgeschiktheidsbeoordeling van ouderen (Richtlijn Diagnostiek en Medicamenteuze Behandeling bij Dementie, 2005; Driver Rehabilitation and Community Mobility, 2006; Breen, Breen, Moore, Breen and O'Neill, 2007; Ott et al, 2008) .

In reactie op de alarmerende artikelen van Friedland (1988) en Lucas-Blaustein (1988) over ongevalsbetrokkenheid van personen met dementie is er internationaal uitgebreid discussie geweest in hoeverre dementie en rijgeschiktheid verenigbaar zijn. Dit heeft aanleiding gegeven tot een aantal consensusartikelen en literatuurreviews (o.a. Lundberg et al., 1997; zie Brown & Ott, 2004 voor een overzicht). De auteurs zijn het er over eens dat matige en ernstige dementie ongeschiktheid impliceren, maar tevens is er vrij algemene consensus over dat sommige mensen met een lichte vorm van dementie nog wel rijgeschikt kunnen zijn (zie Dubinsky, Stein & Lyons, 2001 voor een strengere opvatting). Met rijgeschikt wordt bedoeld veilig en voldoende vlot auto kunnen rijden. De empirische onderbouwing hiervan is gelegen in onderzoek naar prestaties in officiële testritten (praktische rijgeschiktheid) op de openbare

weg (bijv. Tallman, 1992; Withaar, 2000; Ott et al, 2008). Dergelijke bevindingen hebben tot de opvatting geleid dat de bepalende factor in het wegnemen van het rijbewijs gelegen zou moeten zijn in de prestaties op de weg (zie b.v. Lundberg et al., 1997; Gezondheidsraad, 2001; Bredewoud, 2006; Ott et al., 2008). Hieronder zal gepoogd worden een schatting te geven van het percentage mensen met een lichte vorm van dementie dat volgens expertbeoordelingen van testritten op de weg nog rijgeschikt is. In een Amerikaans onderzoek beschrijven Brown, Ott, Papandonatos, Yunxia Sui, Ready & Morris (2005) de resultaten van een testrit op de openbare weg bij 25 gezonde ouderen (gemiddelde leeftijd 72,4 jaar) en 17 mensen met een CDR beoordeling van 1 (lichte dementie; gemiddelde leeftijd 73,2 jaar). In de laatstgenoemde groep reden 7 mensen (41%) veilig en 4 mensen (24 %) onveilig. Bij de overige 6 (35%) was de prestatie marginaal. Van de gezonde ouderen reden 21 (84%) veilig en was de prestatie van 4 (16%) marginaal). Naast de CDR1 groep onderzochten ze ook nog 33 mensen met een CDR beoordeling van 0,5 (zeer lichte dementie; gemiddelde leeftijd 77,1 jaar). In deze groep reed 46% veilig en 15% onveilig. De prestatie van de resterende 39 % werd als marginaal beoordeeld. In een Engels onderzoek beschrijven Lincoln, Radford, Lee and Reay (2006) de resultaten van een testrit op de openbare weg afgenomen bij 37 mensen met een lichte vorm van dementie (mediane MMSE score 23; mediane leeftijd 73 jaar). Van de patiënten reed 46 % zeker veilig en 11 % zeker onveilig. De overige 43 % ontvingen tussenliggende beoordelingen (27% waarschijnlijk veilig; 16 % waarschijnlijk onveilig). Met dezelfde testritprocedure werd de rijprestatie van 84% van 31 gezonde ouderen als zeker veilig beoordeeld. De beste schatting voor de Nederlandse situatie is gebaseerd op onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen in samenwerking met het CBR (Withaar, 2000; Withaar et al., 2001). In een steekproef van 79 ouderen (gemiddelde leeftijd 78,5; gemiddelde MMSE score 23,3) waarbij artsen bij de rijbewijskeuring (beginnende) cognitieve beperkingen vermoedden en die vervolgens een rijtest praktische rijgeschiktheid van het CBR ondergingen, werden 21 mensen bij de testrit volledig afgekeurd (27 %), kregen 13 mensen (16 %) een in tijd en/of omstandigheden beperkt rijbewijs en werden 45 personen (57%) geschikt verklaard voor een periode van 5 jaar². Oorspronkelijk bestond de steekproef uit 111 mensen. Tweeëndertig mensen zagen van hun rijbewijs af toen ze hoorden dat hun rijgeschiktheid verder onderzocht zou worden. Het is aannemelijk dat laatstgenoemde deelgroep voornamelijk uit ongeschikte bestuurders bestond. Samenvattend kan ten aanzien van de via testritten op de openbare weg bepaalde rijgeschiktheid van mensen met een lichte vorm van dementie geschat worden dat zo'n 40-50 % nog aan alle eisen voldoet. Daarnaast is er een groep van 20-30 % die in beperkte mate rijgeschikt is en een groep van zo'n 30 % die

² In het licht van de progressieve aard van dementie, lijkt de periode van 5 jaar lang. Bij dit onderzoek was er echter geen diagnose dementie gesteld; de testrit was gebaseerd op een vermoeden van cognitieve stoornissen. Volgens de huidige inzichten kan bij een dementiediagnose nooit een langere geschiktheidsduur dan 3 jaar worden gegeven. Afhankelijk van de toestand, de diagnose en de verwachte progressie zal in veel gevallen een kortere duur moeten worden aangehouden.

volledig ongeschikt is. De buitenlandse gegevens suggereren dat de eisen die in de betreffende testritten gesteld werden niet erg hoog waren omdat de prestaties van gezonde ouderen in deze testritten behoorlijk goed waren. Van de Nederlandse testritten praktische rijgeschiktheid zijn bij ons weten geen gegevens bij gezonde ouderen bekend.

6.2.1 Prestaties op testritten en hun relatie met andere gegevens

Binnen de groep mensen die van een lichte vorm van dementie verdacht worden is de exacte score op instrumenten voor dementie screening zoals de MMSE en CST een slechte voorspeller van hun praktische rijgeschiktheid.

Neuropsychologisch onderzoek doet het wat beter, met name onderzoek van de visuele aandacht en visuo-spatiële functies, echter (nog) onvoldoende om uitsluitend daarop het oordeel over de rijgeschiktheid op te baseren (b.v. Lundberg et al., 1997; Withaar Brouwer & van Zomeren, 2000; Brown and Ott, 2004; Reger et al, 2004; Lincoln et al., 2006; Breen et al., 2007). Wel kan volgens de consensusstandpunten het neuropsychologisch onderzoek worden gebruikt als screening om te bepalen wie een testrit zou moeten ondergaan of als aanvulling op de rijtest.

Voor de inschatting van de waarde van voorspellingen is de samenstelling van de steekproef natuurlijk van groot belang (Reger et al., 2004). Tallman (1992) merkte in dit verband het volgende op: "Thus, what is (needed) are tests that are correlated with driving abilities *within* a mildly impaired group of individuals (p. 117)." Een verder punt van aandacht betreft de betrouwbaarheid en validiteit van de testritscores (Withaar et al., 2000; Reger et al, 2004). Een speciaal punt met betrekking tot de betrouwbaarheid betreft verschillen tussen beoordelaars en testsituaties, b.v. in de eigen omgeving of in een onbekende omgeving en in de eigen auto of in een leswagen met dubbele bediening. Lundberg (2003) liet zien dat bij ouderen die verdacht worden van dementie de overgang van de eigen auto naar een lesauto een forse daling in het aantal goedgekeurde kandidaten opleverde. Er is nog geen systematisch onderzoek naar deze fenomenen gedaan.

In een recente prospectieve studie aan de Rijksuniversiteit Groningen werd een representatieve steekproef getrokken uit de populatie van ouderen die in het kader van een rijgeschiktheidskeuring door een huisarts verdacht worden van cognitieve stoornissen, met name een vermoeden van beginnende dementie. Dit is te beschouwen als een voorbeeld van een "mildly impaired group" waar Tallman op doelde. Met behulp van een speciaal op rijgeschiktheid gefocuste neuropsychologische testbatterij kon 80 % van de uitslagen van de testrit praktische rijgeschiktheid van het CBR correct voorspeld worden (Withaar, 2000). Het betrof hier een testrit bij een regionaal kantoor van het CBR in de eigen auto van de kandidaat, steeds afgenomen door dezelfde deskundige, die niet op de hoogte was van de uitslag van het neuropsychologisch onderzoek.

7. Voorstel tot wijziging van de Regeling

Op basis van de wetenschappelijke literatuur en de daarmee samenhangende internationaal gedragen consensus over mogelijke rijgeschiktheid bij (zeer) lichte dementie en op basis van gegevens over de ongevalsbetrokkenheid en rijtestprestaties bij dementie, stelt de commissie voor paragraaf 7.4 en 8.6 van de Regeling zodanig aan te passen dat bij (zeer)lichte vormen van dementie de rijgeschiktheid niet helemaal wordt uitgesloten.

Op grond van het recht op gelijke behandeling wordt voorgesteld om de manier waarop de ernst van dementie wordt vastgesteld te specificeren. Het voorstel van de commissie is om hiervoor de CDR te kiezen. CDR is een afkorting voor "Clinical Dementia Rating", een gestructureerde klinische onderzoeksmethode waarbij de patiënt en een naast familielid worden ondervraagd (Morris, 1993). Voordelen van deze methode zijn dat de score wat minder door de geheugen- en oriëntatieprestaties gedomineerd wordt dan bij gangbare instrumenten voor de dementiescreening zoals de MMSE of CST, en dat het functioneren in het alledaagse leven een belangrijke rol speelt. Een verder voordeel van de CDR is de grote internationale bekendheid en acceptatie, ook in de context van de beoordeling van rijgeschiktheid (zie bijv. Lundberg et al. 1997, Brown & Ott, 2004 en Ott et al, 2008).

Vanwege het progressieve karakter van veel vormen van dementie wordt voorgesteld expliciet een maximale geldigheidsduur van de beoordeling op te nemen, namelijk maximaal 3 jaar in het geval van zeer lichte dementie (CDR 0,5) en 1 jaar in het geval van lichte dementie (CDR 1)³. Ook wordt voorgesteld expliciet aan te geven dat bij dementie de eventuele geschiktheid zich uitsluitend beperkt tot privégebruik van groep 1 rijbewijzen. Voor het beroepsmatig gebruik van groep 1 rijbewijzen (taxi, ambulance, schoolbusjes enz.) geldt ongeschiktheid.

Een laatste voorgestelde wijziging betreft een nadere specificatie van het gericht specialistisch onderzoek in het geval van zeer lichte dementie (CDR 0,5). Om in dit geval de geldigheidsduur van de geschiktheid te kunnen vaststellen en te kunnen adviseren over eventuele rijbewijsaanpassingen, wordt in aansluiting op de rijtest een neuropsychologisch onderzoek naar de aard en ernst van voor het autorijden relevante beperkingen vereist.

³ De minimale geldigheidsduur die gebruikt zou kunnen worden is 6 maanden Omdat uit hun longitudinale onderzoek blijkt dat de rijgeschiktheid vrij snel kan verslechteren bij patienten met dementie, vinden Ott et al (2008) het redelijk om in het geval van dementie de rijgeschiktheid elke zes maanden na te gaan. In hun artikel kan echter ook gevonden worden dat de kans om bij CDR1 in de eerstvolgende 3 jaren ongeschikt te worden, 3½ keer hoger is dan bij CDR 0,5 en dat maar 1 van de 19 mensen met CDR 0,5 die 18 maanden na de bepaling van de CDR een rijtest deden, echt onveilig was gaan rijden (zie hun "table 4").

De nieuwe formulering van paragraaf 8.6 wordt dan als volgt:

8.6 Cognitieve stoornissen

8.6.1 Dementie

Bij onderstaande formuleringen ten aanzien van de ernst van dementie is uitgegaan van het gebruik van de Clinical Dementia Rating (Morris, 1993) waarvan een Nederlandstalige versie bestaat (CDR0,5: zeer licht; CDR1: licht; CDR2: matig; CDR3: ernstig).

Bij alle vormen en ernstgraden van dementie is er sprake van ongeschiktheid voor rijbewijzen van groep 2 en voor het beroepsmatig gebruik van groep 1 rijbewijzen (taxi, ambulance, schoolbusjes enz.)

Voor privé gebruik van groep 1 rijbewijzen geldt het volgende:

- Ter bepaling van de rijgeschiktheid bij lichte dementie (CDR 1) wordt een rijtest afgenomen. De maximale duur van de geschiktheid is 1 jaar ;
- Ter bepaling van de rijgeschiktheid bij zeer lichte dementie (CDR 0,5) wordt een rijtest afgenomen en wordt betrokkene verwezen voor een neuropsychologisch onderzoek. Afhankelijk van de uitkomst van de rijtest en het neuropsychologisch onderzoek wordt een maximale geschiktheidsduur van 3 jaar toegekend.

8.6.2 Overige cognitieve stoornissen

Personen bij wie 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).

Organische aandoeningen (bijvoorbeeld cerebrale vaatafwijkingen) die gepaard gaan met regelmatig terugkerende episoden van verwardheid en desoriëntatie maken de betrokkenen 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 geschikt worden.

8. Implementatie

Uit het huidige verbod op autorijden als de diagnose dementie is gesteld, kan zeker niet worden afgeleid dat momenteel in Nederland mensen met een dementie niet autorijden. Naar onze waarneming vertellen artsen en paramedici die betrokken zijn bij de zorg aan demente patiënten en hun naasten lang niet altijd dat de demente patiënt moet stoppen met autorijden. Wellicht zal dit grotendeels het gevolg zijn van een beperkte kennis van de Regeling. Daarnaast kan de ambigue formulering waarbij verschillende interpretaties mogelijk zijn (zie hoofdstuk 3) een rol spelen. Niemand vindt het fijn om een negatief bericht zoals het verlies van de rijgeschiktheid over te brengen, laat staan om zo'n bericht te krijgen. Dus misschien moeten we in het licht van de huidige wetenschappelijke inzichten over rijgeschiktheid bij (zeer) lichte vormen van dementie in een aantal gevallen achteraf blij zijn met het negeren van de regels. Anderzijds zijn door het negeren van de regels ongetwijfeld onveilige verkeerssituaties en ongevallen ontstaan die voorkomen waren als ongeschikte demente bestuurders tijdig hun rijbewijs was ontnomen.

De voorstellen tot wijziging van de regeling die nu wij doen, kunnen – als ze worden overgenomen – de situatie aanzienlijk verbeteren. De Regeling sluit dan aan bij de meest gehoorde mening in de ouderenzorg namelijk dat er gegronde reden tot zorg is over de rijgeschiktheid bij dementie, maar dat het bij (zeer) lichte dementie wel eens mee kan vallen, en in elk geval dat de rijgeschiktheid dan nader onderzocht moet worden door een deskundige. Wij vermoeden daarom dat het draagvlak voor de door ons voorgestelde regelwijziging groot is.

Volgens de aangepaste regeling is nader onderzoek van de rijgeschiktheid geïndiceerd als er een vermoeden is van dementie. Zo'n vermoeden zal bij het CBR meestal gewekt worden via een aantekening van een keurend arts bij de Eigen verklaring bij de aanvraag voor het vernieuwen van het rijbewijs boven de leeftijd van 70 jaar. Tevens zal het CBR Eigen verklaringen met medische aantekeningen ontvangen in verband met (vrijwillige) tussentijdse meldingen. Tevens kan vermoeden van dementie ten grondslag liggen aan vorderingsprocedures (zie ook 3.1).

Volgens de aangepaste regeling zal het CBR bij vermoeden van dementie de betreffende persoon naar een specialist moeten sturen om de ernst van de eventuele dementie volgens de CDR vast te stellen⁴.

- Als de uitkomst van dit onderzoek is dat er sprake is van matige of ernstige dementie (CDR2 of CDR3), zal het CBR de persoon ongeschikt verklaren voor alle rijbewijzen.
- Als de uitkomst van het specialistisch onderzoek is dat er sprake is van lichte dementie (CDR 1), zal een rijtest worden afgenomen. Afhankelijk

⁴ In het geval van vrijwillige tussentijdse melding naar aanleiding van een dementiediagnose is vaak al een recente CDR bepaling en een recent neuropsychologisch onderzoek gedaan. In dit geval zal de procedure versneld kunnen worden als uit de aantekening van de arts bij de Eigen verklaring blijkt dat die gegevens aanwezig zijn en waar ze zijn op te vragen.

- van de prestatie op de rijtest wordt een maximale rijgeschiktheidsduur van 1 jaar toegekend, uitsluitend voor het privégebruik van groep 1 rijbewijzen.
- Als de uitkomst van het specialistisch onderzoek is dat er sprake is van een zeer lichte vorm van dementie (CDR 0,5) zal een rijtest worden afgenomen en zal betrokkene worden verwezen voor een neuropsychologisch onderzoek. Afhankelijk van de uitkomst van de rijtest en het neuropsychologisch onderzoek wordt een maximale rijgeschiktheidsduur van 3 jaar toegekend, uitsluitend voor het privégebruik van groep 1 rijbewijzen.
 - Als de uitkomst van het specialistisch onderzoek is dat er geen aanwijzingen zijn voor dementie, zal de aanvraag voor rijbewijsverlenging van de betreffende persoon worden behandeld zoals deze behandeld zou zijn als er geen sprake was van vermoeden van dementie.

9. Overige aanbevelingen

9.1 Voorlichting

Ons voorstel is om voor het van kracht worden van de aangepaste regeling een voorlichtingscampagne voor artsen en psychologen op te zetten. Met name zullen deze professionals moeten leren om in het geval van het stellen van een diagnose “dementie” de patiënt en diens familie op de hoogte te stellen van de gevolgen voor de rijgeschiktheid.

Dit op de hoogte stellen zou kunnen bestaan uit het uitreiken van een nieuw te ontwerpen formulier met adviezen aan patiënt en familie.

In het geval van een (zeer) lichte vorm van dementie wordt de patiënt aangeraden zich bij het CBR te melden (tussentijdse melding via een Eigen verklaring). De arts of psycholoog die de diagnose stelt wordt dan geacht de ernst en aard van de dementie kort te beschrijven (b.v. CDR1, waarschijnlijk ziekte van Alzheimer)⁵. In het geval dat er sprake is van een matige of ernstige dementie wordt expliciet tegen de patient en diens familie gezegd dat de patient officieel ongeschikt is om auto te rijden en dit staat ook duidelijk beschreven in het bovengenoemde nieuw te ontwerpen formulier met adviezen.

9.2 Nader wetenschappelijk onderzoek

Op papier is de voorgestelde wijziging van de Regeling een verruiming van de mogelijkheden maar in de praktijk kan deze verruiming er toe leiden dat veel meer dan nu bij mensen met lichte vormen van dementie expliciet zal worden onderzocht of ze rijgeschikt zijn. Dit zal zeker het geval zijn als de wijziging van de Regeling expliciet onder de aandacht wordt gebracht van de ouderenzorg en als duidelijke richtlijnen worden gegeven over de manier waarop de patiënt en zijn familie moet worden gewezen op de mogelijkheid van een rijgeschiktheidsonderzoek. Het is dan ook van groot belang dat de procedure die wordt gebruikt voor de rijgeschiktheidsbeoordeling voldoet aan maatschappelijke en wetenschappelijke eisen zoals eerlijkheid (gelijke behandeling), rekening houden met relevante individuele verschillen, hoge validiteit en hoge betrouwbaarheid. Omdat autorijden heel erg belangrijk is voor de zelfstandigheid en het welbevinden van ouderen en omdat autorijden in vergelijking tot andere zelfstandige vervoerswijzen relatief veilig is, moeten aan de procedure hoge eisen gesteld worden ten aanzien van de specificiteit; dat wil zeggen de kans dat iemand ten onrechte ongeschikt wordt verklaard, moet zeer klein zijn. Bovendien moet de procedure voldoende sensitief zijn, dat wil zeggen de kans moet groot zijn dat automobilisten die door hun aandoening gevaarlijk en/of hinderlijk rijgedrag zullen vertonen, worden opgespoord.

⁵ En eventueel of er een recent neuropsychologisch onderzoeksrapport beschikbaar is; zie ook voetnoot 4 op pagina 20.

In het algemeen kan voor het onderzoek naar de rijgeschiktheid een z.g. cascadesysteem worden aangeraden (Withaar, Brouwer & van Zomeren, 2000). Op het hoogste niveau van de cascade worden via screening de gevallen uitgeselecteerd die nader onderzoek op een volgend lager niveau vereisen. In het geval van lichte dementie is de verplichte keuring bij verlenging van het rijbewijs boven de 70 te beschouwen als het hoogste niveau van de cascade. Bij deze keuring kan via cognitieve screening met behulp van de door het CBR aangeraden gedragsobservatielijst OPS (Bredewoud, 2006) of een dementiescreeningstest zoals de CST of MMSE de verdenking van dementie ontstaan. Het tweede niveau van de cascade betreft dan de feitelijke bepaling van de aanwezigheid en ernst van de dementie met behulp van de CDR. Het derde niveau van de cascade betreft de eigenlijke bepaling van de rijgeschiktheid op grond van een rijtest alleen of in combinatie met een neuropsychologisch onderzoek bij lichte resp. zeer lichte dementie. Er wordt aangeraden op korte termijn onderzoek te doen over de effectiviteit van de bovengenoemde screeningsinstrumenten bij de verplichte keuring bij de verlenging van het rijbewijs boven de 70 jaar in relatie tot de uitkomsten van de onderzoeken verderop. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen leiden tot een verdere standaardisering en verbetering van de procedure. Er wordt tevens aangeraden onderzoek te doen over de effectiviteit en validiteit van het specialistisch onderzoek. De consensus in de internationale literatuur is momenteel dat een testrit op de openbare weg de beste manier is om in deze populatie de rijgeschiktheid te bepalen. De theoretische en empirische onderbouwing van de consensusopvatting is echter fragmentarisch, wat toepassing op grote schaal juridisch en maatschappelijk kwetsbaar maakt. Om die reden wordt voorgesteld op korte termijn een landelijk onderzoek te starten om uitgaande van het beste uit praktijk en wetenschap te komen tot een officieel erkende Nederlandse rijgeschiktheidstest bij cognitieve stoornissen die voldoet aan de eisen van de "Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN)" van het "Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)" met betrekking tot het uitgangspunt van testconstructie, de kwaliteit van het testmateriaal, de kwaliteit van de handleiding, normen, betrouwbaarheid, conceptuele validiteit en criterium-validiteit (Beoordelingssysteem voor de Kwaliteit van Tests, 2004). Het onderzoek betreft zowel testritonderdelen (rijsimulator en openbare weg) als onderdelen van het verkeersneuropsychologisch onderzoek. De verdere uitwerking van het onderzoeksvoorstel zal plaats vinden in het landelijk onderzoekplatform oudere automobilisten (participanten in elk geval SWOV, CBR en UMCG).

10. Geraadpleegde literatuur

- Beoordelingssysteem voor de Kwaliteit van Tests, versie augustus 2004 (2004)
Amsterdam: COTAN, Commissie Testaangelegenheden Nederland van het Nederlands Instituut van Psychologen /NIP.
- Breen, D.A., Breen, D.P., Moore, J.W., Breen, P.A. & O'Neill, D. (2007) Driving and dementia. *British Medical Journal*, 334, p. 1365-1369.
- Bredewoud, R. (2006) Cognitieve Stoornissen en het Rijbewijs. Voordracht in het kader van de Geriatriedagen op 9 en 10 februari 2006 te Veldhoven.
- Brouwer, W.H. (2002) Attention and driving, a cognitive neuropsychological approach. In P. Zimmermann and M. Leclercq. *Applied Neuropsychology of Attention*. p. 223-248. Hove (UK): Psychology Press.
- Brouwer, W.H. (2005) *Rijgeschiktheid in de marges van ruimte en tijd*. Inaugurele rede 5 april 2005. © W.H. Brouwer, Groningen.
- Brouwer, W.H. (2006) Rijgeschiktheid van ouderen met neuropsychologische functiebeperkingen. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 2006/2, p. 2-15
- Brown, L.B. & Ott, B.R. (2004) Driving and dementia: A review of the literature. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 17. p. 232-240.
- Brown, L.B., Ott, B.R., Papandonatos, G.D., Yunxia Sui, Ready, R.E. & Morris, J.C. (2005) Prediction of on-road driving performance in patients with early Alzheimer's Disease. *JAGS*, 53, p. 94-98.
- CBS (2004) *Bevolkingsprognose 2004 -2050: maximaal 17 miljoen inwoners*. (Auteur: Andries de Jong). Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBR (2007) Jaarverslag 2006: vernieuwen voor betaalbare kwaliteit. Rijswijk: Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen.
- Coleman Bryer, R., Rapport, P. & Hanks, R.A. (2006) Determining fitness to drive: neuropsychological and psychological considerations. In: J.M. Pellerito, Jr. (ed.) *Driver Rehabilitation and Community Mobility*, p. 165-184. St Louis, Missouri: Elsevier Mosby
- Driver Rehabilitation and Community Mobility* (2006) edited by J.M. Pellerito, Jr. St Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- De Vries, Jos (2007) *Ingezonden mededeling over de rijtest*. Door Jos de Vries, Manager Autoaanpassingen en Rijtesten bij de Medische Afdeling van het CBR toegestuurd aan de commissie.
- Dubinsky, R.M., Stein, A.C. & Lyons, K. (2001) Practice parameter: risk of driving and Alzheimer's disease 9an evidence based review). *Neurology*, 54, p. 2205-2211.
- Evans, L. (2004) *Traffic safety*. Bloomfield Hills, Michigan: Science Serving Society.
- Evans, L. (1988) Risk of fatality from physical trauma versus sex and age. *Journal of Trauma*, 28, p. 368-378.
- Friedland, E.P., Koss, E., Kumar, A. et al (1988) Motor vehicle crashes in dementia of the Alzheimer type. *Annals of Neurology*, 24, p. 782-786.

- Gezondheidsraad, 2001 *Rijgeschiktheid van Mensen met Tumoren of Doorbloedingsstoornissen van de Hersenen*. Publicatienr 2001.18.
- Gezondheidsraad, 2002. *Dementie*. Publicatienr. 2002/04.
- Heikkilä, V.M., Turkka, J., Korpelainen, J., Kallanranta, T.& Summala, H. (1998). Decreased driving ability in people with Parkinson's Disease. *J. Neurol. Neurosurgery and. Psychiatry*, 64, p. 325-330
- Hofman, A., Rocca, W.A., Brayne, C. et al. (1991) The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *International Journal of Epidemiology*, 20, p. 736-748.
- Kleibelsberg, D. (1982) *Verkehrspsychologie*. Berlin: Springer.
- Lincoln, N.B., Radford, K.A., Lee, E. & Reay, A.C. (2006) The assessment of fitness to drive in people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, p. 1044-1051.
- Lucas-Blaustein, M.J., Filipp, L., Dungan, C. & Tune, L. (1988) Driving in patients with dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 36, p. 1087-1091.
- Lundberg, C. (2003) *Older Drivers with Cognitive Impairment*. Stockholm: Karolinska Institutet ; Doctoral dissertation
- Lundberg, C., Johansson, K., Ball, K., Bjerre, B., Braekhus, A., Brouwer, W.H. et al. (1997) Dementia and driving - an attempt at concensus. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11 , p. 28-37.
- Miller B.L., Darby A., Benson D.F., Cummings J.L., Miller M.H. (1997) Aggressive, socially disruptive and antisocial behaviour associated with fronto-temporal dementia. *British Journal of Psychiatry* ,170, p. 150-154.
- Morris, J.C. (1993) The clinical dementia rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43, p. 2412-2414.
- Ott, B.R., Heindel, W.C., Papadonatos, G.D., Festa, E.K., Davis, J.D., Daiello, L.A.& Morris, J.C. (2008) A longitudinal study of drivers with Alzheimer disease. *Neurology*, January 23 e-Pub ahead of print at www.neurology.org.
- Regeling Eisen Geschiktheid 2000* (2004) Rijswijk: Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen, Afdeling Medische Zaken, augustus 2004. Zie ook: <http://rijbewijs.cbr.nl/>
- Reger, M.A., Welsh, R.K., Watson, G.S. et al. (2004) The relationship between neuropsychological functioning and driving ability in dementia: a meta analysis. *Neuropsychology*, 18, p. 85-93.
- Richtlijn 91/439/EEG van de Raad van 29 juli 1991 betreffende het Rijbewijs (1991).
- Richtlijn Diagnostiek en Medicamenteuze Behandeling van Dementie (2005) CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.
- Tallman, K. S. (1992). *Driving performance in mild dementia*. Doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia..
- Vaa, T. (2003) Impairments, diseases, age and their relative risks of accident involvement: results from a meta-analysis. Deliverable R1.1. IMMORTAL (European Research project: Impaired motorists, methods of roadside testing and assessment for licensing.

- Withaar, F.K. (2000) *Divided Attention and Driving: The Effects of Aging and Brain Injury*. Rijksuniversiteit Groningen, dissertatie, maart 2000.
- Withaar, F.K., Brouwer, W.H. & Van Zomeren, A.H. (2000) Fitness to drive in older drivers with cognitive impairment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, p. 480-490.
- Withaar, F.K., Brouwer, W.H., Van Zomeren, A.H. & Deelman, B.G (2001) Autorijden bij ouderen met cognitieve functiestoornissen: medische keuring en rijtest. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 32, p. 160-164.

11. Bijlagen

BIJLAGE A: de commissie

Samenstelling van de commissie:

Dhr. prof dr. W.H.Brouwer, neuropsycholoog. (voorzitter
UMCG, afdeling Neurologie, Groningen)

Mevr. drs J.G. Eerenberg, neuroloog.
Geheugenpolikliniek TweeSteden ziekenhuis, Tilburg

Dhr. dr. F.E. de Leeuw, neuroloog.
UMC St Radboud, Alzheimer Centrum Nijmegen, afdeling Neurologie, Nijmegen.

Dhr. dr. R.W.H.M. Ponds, neuropsycholoog.
Mondriaan Zorggroep, Maastricht en Academisch Ziekenhuis, Maastricht

Dhr. prof. dr. Ph. Scheltens, neuroloog,
VUMC Alzheimercentrum, Amsterdam

Mw. Drs D.A.M. Twisk, verkeerspsycholoog.
Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid, Leidschendam

Adviseurs:

Dhr. drs. R.A. Bredewoud, arts.
Hoofd Medische Zaken, CBR, Rijswijk

Dhr. Drs. J. van der Vlist, stafmedewerker.
Afdeling Verkeersveiligheid, Ministerie Van Verkeer en Waterstaat, Den Haag.

BIJLAGE B: de adviesaanvraag

Hooggeleerde heer Brouwer,

De Minister van Verkeer en Waterstaat heeft van de Stichting Alzheimer Nederland een brief ontvangen met het verzoek om de paragraaf 8.6 van de Regeling eisen geschiktheid 2000⁶ – betreffende de normen bij dementie- in het licht van de laatste ontwikkelingen in de geneeskunde opnieuw te bezien en eventueel te wijzigen. Het verbod om een motorvoertuig te besturen bij een gestelde diagnose ‘dementie’ zou door de huidige vroegdiagnostiek tot ongewenste afkeuringen voor het rijbewijs leiden. Met name van personen die slechts zeer lichte klachten hebben en mogelijk nog goed in staat zijn tot veilig en verantwoord besturen.

De Minister heeft positief op deze brief gereageerd en het CBR verzocht over te commissie van deskundigen samen te stellen die zich over de rijgeschiktheid bij (beginnende) dementie kan buigen, een verzoek waaraan ik graag gehoor geef. Het deskundigenadvies waarop de huidige regeling zich baseert dateert tenslotte al weer van 1994.⁷

Bij dezen wil ik u – gezien uw expertise als hoogleraar Verkeersgeneeskunde- verzoeken als voorzitter van een ‘Commissie Rijgeschiktheid van personen met dementie’ op te treden en andere deskundige leden te benaderen met het verzoek in deze commissie plaats te nemen. Voor de commissie gelden de instellingsvoorwaarden zoals ook de Gezondheidsraad die hanteert voor dergelijke commissies en die u in de bijlage bij deze brief aantreft.

Bij het samenstellen van een commissie verzoek ik u vriendelijk met het volgende rekening te houden. Als adviseurs van de commissie moeten worden uitgenodigd de heer drs. J.H.M. van der Vlist (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, Den Haag) en de heer drs. R.A. Bredewoud (CBR, Rijswijk).

Daarnaast heeft de Minister voorgesteld om Prof. Dr. Ph. Scheltens (VUMC, Amsterdam) te benaderen als lid van de commissie. Het CBR stelt als kandidaat-leden voor mevrouw J.G. Eerenberg (Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg) en Prof. Dr. M.G.M. Olde Rikkert (UMC St. Radboud, Nijmegen). Als secretaris van de commissie kan misschien de heer drs. P.J van den Ham optreden, die in het verleden interesse heeft getoond voor het onderwerp autorijden bij dementie.

De vraagstelling aan de commissie is om de huidige normen bij dementie (paragraaf 8.6 van de Regeling eisen geschiktheid 2000) aan de huidige inzichten te toetsen en waar nodig te actualiseren. De Minister van Verkeer en Waterstaat heeft daarbij gewezen op

⁶ Staatscourant 2000, 99

⁷ Medische Rijgeschiktheid. Herziening advies 1985. Advies van de Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde.

Den Haag: Gezondheidsraad, 1994; publicatienummer 1994/04 van 26 mei 1994

een artikel uit het Tijdschrift voor Neurologie en Neurochirurgie⁸. In dit artikel adviseren de auteurs dat bestuurders met een lichte vorm van dementie (CDR1) via een rijtest de mogelijkheid moeten krijgen om aan te tonen dat zij nog geschikt zijn. Ik verzoek u met dit advies, dat is gebaseerd op een consensus van een Europese werkgroep⁹, in uw overwegingen rekening te houden. Gezien het belang van mobiliteit voor ouderen met lichte cognitieve stoornissen en de toenemende vergrijzing heeft de Minister aangedrongen op enige voortvarendheid. Vandaar mij verzoek aan u om zo mogelijk voor het einde van 2006 met een advies te komen.

Zodra u de samenstelling van de commissie rond hebt verneem ik dat graag van u, zodat ik de Minister van Verkeer en Waterstaat kan informeren en ik het hoofd medisch zaken van het CBR, de heer Bredewoud kan vragen de commissie te installeren. Voor eventuele vragen kunt u te allen tijde met hem contact opnemen.

Hoogachtend,

Mr. F.C.A. Meijer
Algemeen directeur CBR
Rijswijk, 24 juli 2006

⁸ Scheltens PH, Van den Ham PJ. Dementie en autorijden. Tijdschrift voor Neurologie en Neurochirurgie 2004, 3: 108-111

⁹ Lundberg C, Johansson K, Ball K et al. Dementia and driving: an attempt at consensus. Alzheimer disease and associated disorders 1997; 11: 28-37.