

Rijgevaarlijke geneesmiddelen

eindelijk duidelijkheid?

R.A. Bredewoud^{)} Rijswijk 2009*

Inleiding

Het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) is een Zelfstandig Bestuursorgaan (ZBO) dat door de overheid is aangewezen om bepaalde wettelijke taken uit te voeren. Het CBR is zelf geen overheid, maar een stichting die zijn eigen inkomsten genereert uit door de Minister van Verkeer en Waterstaat goedgekeurde tarieven.

Het CBR is vooral bekend vanwege het toetsen van de rijvaardigheid: het rijexamen. Daarnaast beoordeelt de afdeling Medische Zaken van het CBR sinds 1951 de rijgeschiktheid: de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van motorvoertuigen. Bij gebleken geschiktheid geeft het CBR de zogenoemde *Verklaring van geschiktheid* af. De aanvraag voor deze verklaring geschiedt door het insturen van een formulier *Eigen verklaring*. De Eigen verklaring is een door de aanvrager in te vullen vragenlijst over voor het verkeer relevante aandoeningen, zo nodig aangevuld met het *Geneeskundig verslag* dat door een arts moet worden ingevuld. Het formulier Eigen verklaring is te koop op het gemeentehuis (prijs 2009: € 20,45).

Het Geneeskundig verslag, het verslag van een kleine ‘screening’ voor het rijbewijs door een arts, is nodig voor personen:

- Waar het rijbewijs afloopt op of na de dag waarop zij 70 worden (periodiek keuring van ouderen).
- Die een aanvraag doen voor een rijbewijs van groep 2, vrachtwagen en bus (periodieke keuring van beroepschauffeurs).

Rijvaardigheid en rijgeschiktheid zijn verschillende begrippen. Rijvaardigheid wordt aangeleerd en vervolgens getoetst op het theorie-examen en praktijkexamen. Rijgeschiktheid betreft de lichamelijke en/of geestelijke geschiktheid voor het besturen van motorvoertuigen. Beide begrippen zijn echter nauw met elkaar verbonden zijn. Een verminderde geschiktheid, door bijvoorbeeld een verminderd gezichtsvermogen of een beperkt gebruik van armen of benen, zal de rijvaardigheid negatief beïnvloeden. Daarnaast kunnen extra aangeleerde vaardigheden (bijvoorbeeld kijkstrategieën) een verminderde rijgeschiktheid bij gezichtsvelduitval compenseren.

**) R. A. Bredewoud studeerde in 1991 af als arts aan de Rijksuniversiteit Leiden en is sinds 1997 hoofd van de afdeling Medische Zaken van het CBR te Rijswijk.
Correspondentie: Postbus 3014, 2280 GA Rijswijk.*

Invloed op de rijvaardigheid

Bij het effect van geneesmiddelen op het rijgedrag wordt traditioneel gesproken van het beïnvloeden van de rijvaardigheid. Hoewel het daarbij dus eigenlijk gaat om een probleem van de rijgeschiktheid, met een indirect effect op de rijvaardigheid, zal voor de duidelijkheid in het vervolg hiervan gesproken worden van invloed op de rijvaardigheid. Of rijgevaarlijke geneesmiddelen.

Uit meerdere onderzoeken en publicaties is intussen wel gebleken dat bepaalde geneesmiddelen een negatieve invloed op de rijvaardigheid hebben. Dat gaat voornamelijk op voor middelen die een dempende of stimulerende werking op het centrale zenuwstelsel hebben. Maar ook geneesmiddelen die als bijwerking wazig zien, ernstige duizelingen of plotselinge slaapaanvallen hebben, kunnen de rijvaardigheid beïnvloeden.

Vast staat wel dat het effect op de rijvaardigheid van geneesmiddelen niet zo algemeen aanvaard is als dat van alcohol. Daarover bestaat sinds de publicaties van Borkenstein [1] eigenlijk geen discussie meer. Hij toonde aan dat het relatieve risico (RR) op een verkeersongeval bij een bloedalcoholpromillage tussen 0,5 en 0,8 al meer is dan 2 is en exponentieel stijgt bij toenemende alcoholpromillages tot een RR van minstens 20 bij 1,5 promille.

Dilemma

In tegenstelling tot genotmiddelen als alcohol en drugs worden geneesmiddelen meestal gebruikt in het kader van een noodzakelijke behandeling (geneesmiddelenmisbruik daarvan uitgezonderd). Dat maakt dat er bij het geven van een oordeel over de wenselijkheid van de gebruikte geneesmiddelen in het verkeer een dilemma ontstaat: wat is erger het middel of de kwaal?

Soms is het antwoord hierop vrij duidelijk, bijvoorbeeld voor anti-epileptica waarvan de Gezondheidsraad in 1994 al schreef: “De aandoening waarbij deze middelen worden toegepast vormt een meer wezenlijk probleem dan het geneesmiddel zelf”[2]. Aan de ander kant zijn er toch ook anti-epileptica die zeker bij de start van de behandeling de rijvaardigheid sterk negatief beïnvloeden, bijvoorbeeld fenobarbital.

Interessant in dit verband is de dissertatie van Judy Veldhuizen uit 2005 [3]. Zij toonde aan dat personen met chronische pijn slechter autorijden dan mensen zonder pijn. Als patiënten met chronische neuropatische pijn vervolgens met 25 mg amitriptyline werden behandeld, verslechterde hun rijvaardigheid significant. Echter na twee weken gebruik van het middel werd geen verslechterde rijvaardigheid meer gevonden ten opzichte van placebo.

Voor de meest voorgeschreven rijgevaarlijke geneesmiddelen, de slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen [4], is dat helaas niet zo duidelijk. Toen het dagblad Trouw enige jaren geleden naar aanleiding van de *Internationale dag voor de Geestelijke Gezondheidszorg* een artikel plaatste met de kop “Ouderen slikken zich suf”, werd de dag daarop in hetzelfde dagblad gereageerd door prof. Dr. S. Thomas, hoogleraar huisartsgeneeskunde te Rotterdam, onder de kop: “Laat ouderen toch lekker slikken”.

Nu is deze laatste opmerking vanuit het perspectief van de verkeersveiligheid alleen te verdedigen als tijdens de behandeling wordt afgezien van het besturen van motorvoertuigen. Tenslotte is uit een Nederlands onderzoek gebleken dat gebruikers van benzodiazepinen een 1,5 maal zo grote kans op een verkeersongeval hebben [5], terwijl een recentere studie [6] spreekt van een relatief risico van 5 (95% betrouwbaarheidsinterval 1,82 – 14,04).

Een recente berekening toont aan dat er in 2006 in het verkeer ruim 70 doden vielen en 1600 mensen werden opgenomen in het ziekenhuis ten gevolge van rijgevaarlijke geneesmiddelen [7].

De keus tussen “slikken of autorijden” wordt vanwege de behoefte aan mobiliteit niet zo vaak gemaakt en dan is het dilemma rond middel en kwaal niet eenvoudig op te lossen. Uit een recent onderzoek van NIVEL komt het beeld naar voren dat gebruikers van rijgevaarlijke geneesmiddelen hun rijgedrag nauwelijks veranderen naar aanleiding van hun geneesmiddelengebruik [8].

Een mogelijke uitweg uit dit dilemma biedt het voorschrijven en gebruik van minder rijgevaarlijke alternatieven. Een nieuw probleem is dan weer dat het rijveilige alternatief soms duurder is dan de standaardmedicatie en mogelijk niet of slechts gedeeltelijk wordt vergoed door de zorgverzekeraar. En ook niet onbelangrijk is het feit dat bij voorschrijvers vaak niet bekend is welk middel een rijveiliger alternatief is. Dat er wel degelijk een keuze voor rijveiliger middelen mogelijk is bleek uit de dissertatie van M.W. van Laar in 2001 [9]. Zij toonde aan dat nieuwe kalmeringsmiddelen en antidepressiva op het gebied van de negatieve beïnvloeding van cognitieve en motorische functies doorgaans een verbetering zijn ten opzichte van de klassieke medicatie.

Beoordeling rijgeschiktheid

De aanvraag van een door het CBR afgegeven Verklaring van geschiktheid is in Nederland voor het personenautorijbewijs alleen wettelijk verplicht bij het aanvragen van een rijexamen en bij vernieuwing van het rijbewijs na de 70^e verjaardag. Voor vrachtwagen- en busrijbewijzen geldt sinds 1 januari 2005 een periodieke keuring om de 10 jaar.

Op bovengenoemde momenten kan het CBR geconfronteerd worden met het gebruik van geneesmiddelen die de rijvaardigheid negatief beïnvloeden. In 2007 vermelden ruim 9.300 aanvragers van een Verklaring van geschiktheid dat zij rijgevaarlijke geneesmiddelen gebruikten op een totaal van 336.000 aanvragen. In de groep 70 plussers die verplicht elke vijf jaar gekeurd worden waren dat er 4.600, slechts 3,4% van het totale aantal aanvragen van deze groep. Dat is veel minder dan op grond van het aantal gebruikte geneesmiddelen kan worden verwacht.

In 2007 verzocht het CBR ruim 2000 personen om in overleg met hun behandelaar over te gaan op een minder rijgevaarlijk middel. En weigerde het CBR in 157 gevallen de Verklaring van geschiktheid wegens gebruik van een rijgevaarlijk geneesmiddel, dat blijkbaar niet gestopt of vervangen kon worden.

De tweede manier waarop het CBR op de hoogte komt van geneesmiddelengebruik is als een bezitter van een geldig rijbewijs zich door het insturen van een Eigen verklaring vrijwillig bij het CBR meldt, de zogenoemde *tussentijdse melding*. Deze melding is in Nederland, in tegenstelling tot andere Europese landen zoals Finland, Zweden, België en Engeland [10], niet echt wettelijk verplicht. Het wordt overgelaten aan het verantwoordelijkheidsbesef van de rijbewijsbezitter (morele plicht). Dat die eigen verantwoordelijkheid wel serieus moet worden genomen blijkt uit een uitspraak van de strafrechter, die een bestuurder met “wegvallingen” wegens epilepsie veroordeelde tot een taakstraf, omdat hij ondanks dat gegeven was blijven autorijden zonder passende maatregelen te nemen en zodoende een ongeval veroorzaakte [11]. Overigens heeft een commissie van de Gezondheidsraad de Minister van Verkeer en Waterstaat ongevraagd geadviseerd een meldingsplicht van relevante medische aandoeningen voor de rijbewijsbezitter in te voeren [12]. Dit werd voornamelijk ingegeven vanwege de grote onduidelijkheid die er nu rond deze materie bestaat bij zowel behandelaar als patiënt, zeker wanneer ook de houding van de verzekeringsmaatschappij daarbij wordt betrokken. De Minister van Verkeer en Waterstaat heeft echter laten weten dat vanwege de moeilijke handhaafbaarheid er (voorlopig) geen meldplicht komt.

Bij de beoordeling van de rijgeschiktheid maakt het CBR gebruik van informatie van (huis)artsen, die een aantekening op de Eigen verklaring plaatsen waaruit de aard en de ernst van de aandoening blijkt die reden was om een of meer vragen met 'ja' te beantwoorden. Daarnaast kan het CBR de aanvrager verwijzen naar een medisch specialist. De kosten van dit onderzoek komen voor rekening van de aanvrager. Tenslotte is het mogelijk de aanvrager te onderwerpen aan een zogenaamde rijtest. Dit is geen rijexamen, maar een beoordeling van het veilig en verantwoord besturen van een motorvoertuig door de deskundige praktische rijgeschiktheid van het CBR en is gratis.

Wanneer er sprake is van rijgevaarlijke geneesmiddelen zijn alle drie genoemde informatiebronnen van belang. Soms is de informatie van een huisarts voldoende, echter in gevallen van psychiatrische ziektebeelden is meestal ook een keuring door een psychiater noodzakelijk. En in uitzonderingsgevallen kan ook het reactie- en concentratievermogen door middel van de rijtest met een deskundige van het CBR op de openbare weg worden getoetst, onder andere bij met psycho-stimulantia behandelde personen met ADHD (Attention deficit and hyper-activity disorder).

Tenslotte is het mogelijk dat de politie bij het CBR melding doet van een rijbewijsbezitter die is aangehouden onder invloed van drogerende stoffen of die zelf heeft aangegeven geneesmiddelen te hebben ingenomen die de rijvaardigheid beïnvloeden. Er volgt daarop een verplicht onderzoek naar de geschiktheid, opgelegd door de divisie Vorderingen van het CBR (de Vorderingsprocedure). Ook een behandelende arts of andere betrouwbare derde kan gebruik maken van de mogelijkheid om een patiënt aan te melden bij het CBR. Er volgt dan ook een Vorderingsprocedure met verplicht onderzoek naar de geschiktheid. Van deze mogelijkheid wordt vanwege het beroepsgeheim slechts sporadisch gebruik gemaakt (een enkele keer per week), maar het is gezien de daarvoor opgestelde vijf KNMG criteria, ontleend aan het Handboek Gezondheidsrecht van Prof. Dr. H.J.J. Leenen, niet helemaal verboden [13]. Aan vier criteria van deze vijf is in geval van vraagtekens rond het rijbewijs wel voldaan, alleen de vraag of de arts in gewetensnood is, kan alleen de arts zelf beantwoorden.

Wettelijke aspecten

Bij het beoordelen van de rijgeschiktheid beoordeelt het CBR in hoeverre de aanvrager voldoet de door de Minister van Verkeer en Waterstaat vastgestelde eisen betreffende de lichamelijke en geestelijke geschiktheid. Deze eisen zijn neergelegd in de bijlage bij de Regeling eisen geschiktheid 2000 en gepubliceerd in de Staatscourant [14]. Basis voor de Regeling eisen geschiktheid 2000 zijn meerdere rapporten van de Gezondheidsraad en andere deskundigen over dit thema. Als Bijlage 1 is hoofdstuk 10 'Geneesmiddelen' van genoemde Regeling opgenomen. Een volledige actuele versie van alle geldende eisen aan de rijgeschiktheid en ook de onderliggende rapporten van deskundigen zijn te downloaden van de website van het CBR (www.cbr.nl).

De eisen uit de Regeling eisen geschiktheid 2000 zijn voor het CBR een algemeen verbindend voorschrift, waarvan het CBR niet kan of mag afwijken. Daarover bestaat intussen vaste jurisprudentie, onder andere van de Raad van State [15].

Voor de lidstaten van de Europese Unie geldt dat nationale eisen aan de rijgeschiktheid moeten voldoen aan de minimumnormen zoals die zijn neergelegd in Annex III van de tweede Europese richtlijn betreffende het rijbewijs [16].

Voor rijgevaarlijke geneesmiddelen staat daar:

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.

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.

Voor het Nederlands strafrecht geldt het volgende. In artikel 8 lid 2 van de Wegenverkeerswet is voor alcohol opgenomen dat het de ervaren bestuurder verboden is een voertuig te besturen met een bloedalcoholpromillage van meer dan 0,5 of ademalcoholgehalte van meer dan 220 microgram per liter. Voor alle andere psychoactieve stoffen geldt onder lid 1 een meer algemene omschrijving:

“Het is een ieder verboden een voertuig te besturen onder zodanige invloed van een stof - waarvan de bestuurder weet of redelijkerwijs moet weten dat het gebruik ervan de rijvaardigheid kan verminderen- dat hij niet tot behoorlijk besturen in staat moet worden geacht”.

Deze algemene formulering leidt zelden tot een veroordeling. Daarom heeft voormalig Minister van Verkeer en Waterstaat Tineke Netelenbos al in 2000 de projectgroep ‘*Drugs en geneesmiddelen in het verkeer*’ gestart, die wetgeving moest voorbereiden die het gebruik van drugs en rijgevaarlijke geneesmiddelen strafbaar zou stellen. Tot op heden heeft dit echter niet geleid tot enige wijziging van de regelgeving. Minister Karla Peijs (Minister van Verkeer en Waterstaat 2003-2007) heeft aangegeven pas met wettelijke maatregelen te willen komen als er betrouwbare speekseltesters voor drugs of geneesmiddelen op de markt zijn. Het doen van een urinetest langs de weg, zoals dat in het buitenland gebeurt, is voor de Nederlandse agent geen haalbare kaart.

Intussen is er door de huidige Minister Eurlings in november 2008 het startsein gegeven voor een ‘pilot’ naar het screenen op drugsgebruik achter het stuur door middel van een speekseltest. Een vergelijkbare test voor bijvoorbeeld benzodiazepinen lijkt echter nog ver weg. De nu beschikbare testen leiden bijvoorbeeld tot een onderschatting van het aantal bestuurders onder invloed van benzodiazepinen (vals negatieven) [17]. Voor de aanpak geneesmiddelen in het verkeer is daarom gekozen voor adequate patiëntenvoorlichting en publiekscampagnes, waarvan wel gesteld wordt dat het effect groter zal zijn dan het aanscherpen van de verkeerswetgeving (stelling bij een proefschrift) [17].

Informatie aan gebruikers

Welke informatie was er eigenlijk voor arts en patiënt? De invloed die een geneesmiddel op de rijvaardigheid heeft wordt in een specifiek onderdeel van de bijsluiters toegelicht, maar hier betreft het meestal zeer algemene waarschuwingen. Die is er meer om de fabrikant in te dekken dan om duidelijke waarschuwingen te geven.

Daarnaast bestond het zogenaamd “zwaarwegend advies” van de KNMP en KNMG van 1973. Iedere arts zou op het recept van een rijgevaarlijk geneesmiddel aangeven als verkeersdeelname niet verantwoord was (d.c.p. = da cum prohibitione) en de apotheker zou vervolgens een rode sticker op de verpakking plakken met de tekst “*Bij gebruik geen voertuig besturen*”. Wanneer de arts niets op het recept vermeldde zou bij aflevering van rijgevaarlijke geneesmiddelen de gele sticker worden geplakt: “*Dit geneesmiddel kan de rijvaardigheid beïnvloeden*”.

De praktijk was al snel anders, want artsen gaven zelden iets aan op het recept en de gele sticker werd routinematig geplakt en werd in vaak vervangen door een automatisch geprinte tekst op het afleveretiket. De rode sticker verdween langzaam en toen het CBR in 1996 daarover en vraag opnam in het theorie-examen was er meteen forse kritiek. Welke rode sticker bedoelt het CBR? Die nooit geplakt wordt?

Soms waren er kleine acties, zoals die van de Stichting Health Base uit Houten die in 1998 samen met het CBR naar 250 apothekers een informatiepakket stuurde met daarin een publieksfolder [18] en een standaardbrief voor de voorschrijvende huisartsen. In de brief werden de artsen een aantal aandachtspunten aangereikt en tevens een aantal rijveilige keuzemogelijkheden in het voorschrijven.

Classificatiesysteem

In Nederland wordt al ruim 25 jaar onderzoek gedaan naar en geschreven over de effecten van rijgevaarlijke geneesmiddelen op het rijgedrag. Bekende namen op dit gebied J.F. O’Hanlon, K. Brookhuis, J.J. de Gier, E.R. Volkerts, J.G. Ramaekers en bijvoorbeeld J.C. Verster met zijn dissertatie uit 2002 [19].

Het was Prof. Dr. O’Hanlon die begin jaren 80 een standaard ontwikkelde voor het testen van de effecten van geneesmiddelen op het rijgedrag [20]. Door middel van een camera in een geïnstrumenteerde auto werd het slingergedrag (‘stuuronvastheid’ in CBR jargon) van de bestuurder onder invloed van psycho-actieve middelen gemeten. Of beter gezegd: de mate van onder invloed zijn werd uitgedrukt in de Standaard Deviatie van de Laterale Positie (SDLP). De gedachte daarachter is dat een dempende stof tot vertraagde reactie leidt, waardoor een afwijking van de rechte lijn te laat wordt opgemerkt en waardoor vervolgens te sterk wordt gereageerd: men gaat slingeren. Omdat de SDLP al voor verschillende alcoholpromillages was bepaald [21] kon vervolgens het effect van en bepaald geneesmiddel worden vergeleken met het effect van de verschillende alcoholpromillages. Intussen wordt deze test beschouwd als een hoog gevalideerde en sensitieve test en is toegepast in meer dan 50 (inter)nationale studies bij zowel gezonde vrijwilligers als patiënten.

Al snel leidden de resultaten van onderzoeken naar het effect van geneesmiddelen op de SDLP tot de behoefte aan een genuanceerder classificatiesysteem, dan de bekende gele of rode sticker. Eind 1988 kreeg daarom het Instituut voor Geneesmiddelen, Veiligheid en Gedrag (IGVG) van de Universiteit van Maastricht het verzoek van de Ministers van WVC en Verkeer en Waterstaat om een nieuw classificatiesysteem te ontwikkelen. Dit leidde tot een rapport dat in 1991 het licht zag en het classificatiesysteem volgens Wolschrijn & de Gier

introduceerde [22]. In de voorgestelde classificatie worden rijgevaarlijke geneesmiddelen per middel en per dosis ingedeeld in drie hoofdgroepen, met daarnaast 7 subgroepen. Zie hiervoor tabel 1.

Tabel 1: Classificatiesysteem Wolschrijn & de Gier (1991)

CATEGORIE I	
Categorie I	Geneesmiddelen waarvan een negatieve invloed op de rijvaardigheid onwaarschijnlijk is. Onder verschillende experimentele omstandigheden is geen of slechts een verwaarloosbare beïnvloeding vastgesteld.
Categorie I*	Geneesmiddelen waarvan wordt aangenomen dat ze veilig zijn op grond van hun farmacologische profiel.
CATEGORIE II	
Categorie II.1	Geneesmiddelen die waarschijnlijk een lichte negatieve invloed op de rijvaardigheid kunnen veroorzaken. Er is in sommige experimentele omstandigheden enige negatieve beïnvloeding vastgesteld.
Categorie II.2	Geneesmiddelen die waarschijnlijk een matige negatieve invloed op de rijvaardigheid kunnen veroorzaken. Er is in meerdere experimentele omstandigheden een negatieve beïnvloeding vastgesteld.
Categorie II*	Geneesmiddelen waarvan een ernstige invloed op de rijvaardigheid onwaarschijnlijk is. Vanwege onvoldoende experimentele gegevens kan de mate (geen, licht, matig) niet worden vastgesteld.
CATEGORIE III	
Categorie III	Geneesmiddelen die waarschijnlijk een ernstige invloed op de rijvaardigheid kunnen veroorzaken. In meerdere experimentele omstandigheden is herhaalde malen een sterke negatieve beïnvloeding vastgesteld.
Categorie III*	Geneesmiddelen waarvan op grond van het farmacologische profiel of op grond van een beperkt aantal studies wordt aangenomen dat ze een gevaarlijke beïnvloeding van de rijvaardigheid kunnen veroorzaken.

In de studie van Wolschrijn zijn vervolgens ca. 45 internationale psychofarmacologen gevraagd om de bekendste rijgevaarlijke geneesmiddelen (benzodiazepinen, barbituraten, antidepressiva, bèta-blokkers, antihistaminica) in te delen volgens de voorgetelde classificatie. Als conclusie stellen de schrijvers dat het is aangetoond dat veel rijgevaarlijke geneesmiddelen kunnen worden geclassificeerd door een deskundigenpanel. Het daartoe ontworpen systeem wordt daarbij geaccepteerd, zowel door de deskundigen als de betrokken instanties. De classificatie kreeg zelfs de goedkeuring van de EC Drug Regulatory Authorities van de Europese gemeenschap. Maar met de uitkomsten ervan werd op het gebied van regelgeving in Nederland voorlopig niets gedaan [23].

BIVV

In België is eind jaren 90 de verkeerswetgeving aangepast en werd naast alcohol ook het gebruik van bepaalde drugs in het gemotoriseerde verkeer strafbaar. Er gingen geluiden op om ook het gebruik van bepaalde rijgevaarlijke geneesmiddelen strafbaar te stellen, maar dat was nog een brug te ver.

Op het gebied van de geneesmiddelen koos men in plaats van strafbaarstelling voor duidelijke informatie aan arts en apotheker. Het Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid te Brussel (BIVV) gaf daarop opdracht aan *The Toxicological Society of Belgium and Luxembourg* (BLT) om aan de hand van de classificatie van Wolschrijn & de Gier de in België voorgeschreven rijgevaarlijke geneesmiddelen in te delen. In 1999 kwam de BLT met een uitgebreide literatuurstudie, die door het BIVV werd uitgegeven [24]. Daarnaast gaf de BIVV een handzaam boekje uit met adviezen voor artsen en apothekers over de mate van beïnvloeding van de rijvaardigheid van 11 groepen geneesmiddelen. En hoewel de Belgische indeling, in tegenstelling tot de oorspronkelijke voorstellen van Wolschrijn en de Gier, slechts indeelt op stoffen en niet tevens op dosering, was het op dat moment het meest bruikbare document voor iedereen die een meer genuanceerd advies wil geven dan alleen “kan de rijvaardigheid eventueel beïnvloeden”. Ook het CBR gebruikte jarenlang- bij gebrek aan beter - deze ‘Belgische lijst’.

ICADTS

De International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety (ICADTS) is een onafhankelijke non-profit organisatie, die ten doel heeft morbiditeit en mortaliteit door gebruik van alcohol en/of drugs in het verkeer te verminderen. De ICADTS heeft verschillende “Working Groups”, waaronder één voor rijgevaarlijke geneesmiddelen. In 2001 verscheen er van deze Working Group een rapport met richtlijnen voor het geven van informatie bij voorschrijven en afleveren van rijgevaarlijke geneesmiddelen [25]. Tevens werden middelen genoemd die voor verschillende indicaties een rijveilige keuze zouden zijn. In 2007 kwam ICADTS met een update, die nu niet alleen de rijveilige middelen noemde, maar ook een indeling in drie categorieën van rijgevaarlijke geneesmiddelen bevatte [26]. Deze classificatie kwam tot stand in als een compromis tussen de al gepubliceerde classificaties in België, Spanje en Frankrijk, zonder dat opnieuw de bestaande literatuur werd bekeken. Dat betekende dat een aantal middelen veel strenger werden ingedeeld dan in bijvoorbeeld de Belgische classificatie. Dat ICADTS geen literatuurstudie deed werd ingegeven door het gegeven dat er sinds 2006 een Europees project genaamd DRUID op dit onderwerp bezig is en dat ICADTS een update zal doen als daarvan de gegevens beschikbaar komen.

Om de bewustwording bij het publiek te vergroten is ICADTS er een voorstander van om de effecten van rijgevaarlijke geneesmiddelen te vergelijken met die van alcohol. Voor de eenvoud kiest ICADTS slechts voor de drie hoofdcategorieën uit de oorspronkelijke indeling van Wolschrijn en de Gier en koppelt die aan de volgende BAC's (bloed alcohol concentratie). Zie daarvoor tabel 2.

Tabel 2: Classificatiesysteem ICADTS

Categorie	Omschrijving	vergelijkbare BAC
I	geen of weinig negatieve invloed	< 0,5 promille
II	lichte tot matig negatieve invloed	0,5- 0,8 promille
III	ernstige of potentieel gevaarlijke invloed	> 0,8 promille

Voor de drie categorieën rijgevaarlijke geneesmiddelen gelden verschillende adviezen voor de gebruiker die zijn samengevat in tabel 3:

Tabel 3: Adviezen voor patiënten bij gebruik rijgevaarlijke geneesmiddelen

Categorie	Advies voor de gebruiker
Categorie I	adviseer de patiënt om in geval van bijwerkingen die de rijvaardigheid beïnvloeden geen auto te besturen
Categorie II	adviseer de patiënt over de mogelijke bijwerkingen die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden en ontraad de patiënt gedurende de aangegeven periode te gaan autorijden
Categorie III	ontraad de patiënt nadrukkelijk auto te rijden

Nederlandse indeling

Duidelijk mag zijn dat ook Nederland dringend behoefte kreeg aan een verantwoorde indeling van rijgevaarlijke geneesmiddelen, bijvoorkeur volgens de categorieën van Wolschrijn & De Gier. Strafrechtelijke aanpak van rijgevaarlijke geneesmiddelen zou er voorlopig niet komen en het Ministerie van Verkeer en Waterstaat zette vervolgens in op voorlichting. Dat goede voorlichting heel goed mogelijk is bewezen de in 2007 afgestudeerde farmaceutisch consulenten Dorien Wansink en Marloes Tuinman. Onderdeel van hun afstudeeropdracht was het samenstellen van een FPZ-handboek, waarin in beschreven wordt op welke wijze de apotheek voorlichting kan geven over het gekozen onderwerp “Gevaar op de weg: Geneesmiddelen en verkeersdeelname” [27]. Zij kregen daarvoor de eerste ‘Numerando Farmacie Award’ van Nederland

Samen met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport riep het Ministerie van Verkeer en Waterstaat de Projectgroep ‘Voorlichting Rijgevaarlijke Geneesmiddelen’ in het leven. Deze projectgroep stelde zich ten doel gesteld eind 2008 met een voorlichtingscampagne te komen voor het publiek, hetgeen is geschied. Kern van de campagne was : “als je vragen hebt hoe rijveilig jouw geneesmiddel is, vraag het je arts of apotheker”.

Daarom was het tevens nodig voorschrijvende artsen en apothekers te voorzien van een onderbouwde classificatie van alle rijgevaarlijke geneesmiddelen. Het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) werd door de Projectgroep gevraagd met de ICADTS-classificatie een indeling van de in Nederland voorgeschreven rijgevaarlijke geneesmiddelen te verzorgen. KNMP/WINAp heeft daarop op basis van beschikbare literatuur een zo genuanceerd mogelijke indeling te maken, waarbij dosering en duur van het gebruik werden meegenomen. Het werk van KNMP/WINAp leidde tot twee resultaten. Een standaard voor voorschrijver en apotheker met alles wat daar bij hoort: aanpassing van de contra-indicatie in computersystemen, een website (www.geneesmiddeleninhetverkeer.nl), een FTO-module en een LESA [28].

En ook een advies aan de Minister van Verkeer en Waterstaat om de Regeling eisen geschiktheid 2000 in overeenstemming te brengen met de huidige kennis en geen discrepantie te laten bestaan tussen de af te geven adviezen van behandelaars en de door het CBR gehanteerde eisen [29]. Een discrepantie zou het ongewenste effect kunnen hebben dat een arts of apotheker de patiënt inlicht dat het voorgeschreven geneesmiddel in principe veilig is en dat het CBR vervolgens deze persoon ongeschikt verklaart voor het besturen van een

motorvoertuig. Het advies is door de Minister overgenomen en hoofdstuk 10 van de bijlage bij de Regeling eisen geschiktheid 2000 geheel is vervolgens geheel herzien [30].

Een bijzondere rol kregen de anti-epileptica fenobarbital, primidon en fenytoïne. Deze middelen werden op basis van de wetenschappelijke informatie ingedeeld in klasse III: niet autorijden. Al heel snel kwam daarop een reactie van uit behandelaars en patiëntenvereniging. Er werd beweerd dat nog duizenden mensen deze middelen gebruikten en dat overzetten op een ander middel vrijwel nooit een optie is. En tevens dat de negatieve effecten op de rijvaardigheid bij langdurig gebruik zouden verdwijnen. Behalve een brief daarover aan de Minister van Verkeer en waterstaat van de Nederlandse Liga tegen epilepsie leidde dit tevens tot Kamervragen en negatieve krantenkoppen. WINAp boog zich vervolgens nogmaals over de literatuur en schreef de Minister dat uit enkele kwalitatief mindere onderzoeken kon worden gehaald dat na een jaar de negatieve effecten op de rijvaardigheid niet meer aantoonbaar zijn. De Minister van Verkeer en Waterstaat paste daarop de regeling eisen geschiktheid aan in die zin dat klasse III anti-epileptica zijn toegestaan nadat zij één jaar zijn gebruikt [31].

Rijveilige alternatieven

In indeling waarbij er ook geneesmiddelen zijn die vallen in categorie III 'niet rijden' geeft natuurlijk discussie, want niet mogen autorijden is een bericht wat geen patiënt wil horen. Toch hoeft het oordeel over de rijvaardigheid niet altijd zo resoluut te zijn, omdat er vaak rijveiligere alternatieven zijn. Zie bijvoorbeeld onderstaande tabel 3 met -mogelijk gedateerde- adviezen uit 2001 [32].

Voor een up to date advies is er de website www.geneesmiddeleninhetverkeer.nl

Tabel 3: Rijveilige adviezen 2001

Hypnotica

Middelen die 10 uur na inname rijveilig zijn:

- temazepam 10 mg
- lormetazepam 1 mg
- zolpidem 10 mg

Anxiolytica

Rijveilig is alleen buspiron 10 mg 2 dd.

Omdat dit middel niet direct werkzaam is kan de eerste twee weken een combinatie met oxazepam 10 mg 3 dd worden gegeven, waarbij verkeersdeelname gedurende deze twee weken is af te raden.

Antidepressiva

Rijveilig zijn:

- fluoxetine 20 mg 1 dd
- moclobemide 200 mg 2 dd
- paroxetine 20 mg 1 dd

Anti-histaminica

Rijveilig zijn:

- ebastine 20 mg
- loratidine 10 mg 1dd
- fexofenadine 60 mg 2 dd of 120 mg 1 dd

WGBO

In het merendeel van de gevallen waarbij verkeersdeelname onder invloed van rijgevaarlijke geneesmiddelen aan de orde is, ontrekt zich dat aan een oordeel van het CBR. In de spreekkamer zal de vraag “dokter, mag ik met dit middel autorijden?” zich echter regelmatig voordoen.

Op grond van de WGBO heeft de arts informatieplicht, ook over de rijvaardigheid bij gebruik van rijgevaarlijke geneesmiddelen. De arts moet informeren, begeleiden en adviseren [33]. Schriftelijke vastlegging daarvan beschouwt de tuchtrechter standaard als vereiste.

Met de recente indeling van KNMP/WINAp is veel eenvoudiger en beter onderbouwt in welke categorie een voorgeschreven geneesmiddel valt en wat het bijbehorend advies aan de patiënt moet zijn. Voorheen was dat toch echt een zeer vaag terrein.

Maar dat wil niet zeggen dat alles nu altijd simpel en duidelijk is. Hoe om te gaan met gebruik van twee geneesmiddelen die in klasse II vallen? Wat moet het advies zijn bij een dosering die wat hoger is dan dosering die in klasse II valt? Arts zijn is (en blijft) een verantwoordelijk vak, waarvoor je je altijd moet kunnen verantwoorden en zekerheid bestaat helaas niet. Maar dat is ook de charme.

Pogingen om alle verantwoordelijkheid naar het CBR af te schuiven zijn ook niet altijd even geslaagd. Wanneer de inzet namelijk niet meer is dan even de goedkeuring van het CBR vragen, kan een ongeldig verklaring van het rijbewijs wel eens heel ongewenst en pijnlijk zijn, zowel voor de rijbewijsbezitter als de arts die er op aandrong het CBR in te schakelen. Tenslotte vragen sommigen zich af of de Regeling eisen geschiktheid 2000, die primair voor het CBR werd opgesteld, wel bruikbaar is in andere situaties, waarbij niet direct sprake is van een keuring [34]. Wie het weet mag het zeggen.

Referenties

1. Borkenstein RF et al. The role of the drinking driver in traffic accidents (the Grand Rapids Study). 2nd edition. Blutalcohol 1974 (11), Supp. 1.
2. Gezondheidsraad. Medische Rijgeschiktheid. Herziening advies 1985. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994.
3. Veldhuizen J. Effects of pain and its pharmacological treatment on driving ability and cognition. Utrecht: Proefschrift Universiteit Utrecht, 2005.
4. Volgens de GIP Databank werden in 2007 ruim 3 miljoen recepten voor oxazepam uitgeschreven en 2,7 miljoen voor temazepam.
5. Heerings RMC. Geneesmiddelen als determinant van ongevallen. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 1994.
6. Movig KLL, Mathijssen MPM, Nagel PHA, Van Egmond T, De Gier, JJ, Leufkens HGM, Egberts ACG. Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents. Accident Analysis and Prevention 2004; 36: 631.
7. Piletje op? Laat je rijden. Plus Magazine 2008 nr 10: 29.
8. Vervloet M, De Jong j, Van Dijk L. Rijgevaarlijke geneesmiddelen en verkeersdeelname: meningen van consumenten en professionals. Utrecht: NIVEL, 2006. ISBN 90-0000-000-0
9. Laar MW. Cognitive and psychomotor effects of anxiolytic and antidepressant medications: comparing the old and the new. Utrecht: Proefschrift Universiteit Utrecht, 2001
10. CIECA. Guide on Driver Licensing (CD-ROM) Brussel : CIECA, 2001. ISBN 90-76408-10-6.
11. Rechtbank Middelburg. Uitspraak LJN: BA2323.Middelburg, 4 april 2007.
12. Gezondheidsraad. Rijgeschiktheid van mensen met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001
13. KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Versie 3.0. Utrecht: KNMG, 2003.
14. Minister van Verkeer en Waterstaat. Regeling eisen geschiktheid 2000. Staatscourant 2000, 99
15. Raad van State. Uitspraak 2003.01515/1. Den Haag, 6 augustus 2003.
16. Europese Gemeenschappen: Richtlijn van de Raad van 29 juli 1991 betreffende het rijbewijs (91/439/EEG). Brussel: Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen, 1991; nummer L 237

17. Smink, DE. Benzodizepines and traffic safety. Groningen: Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 2008.
18. Tanja heeft niet gedronken, maar is wel onder invloed. Folder uitgegeven door de Stichting Health Base in samenwerking met de medische afdeling van het CBR. Houten: Health Base, 1998
19. Verster JC. Measurement of the effects of psychoactive drugs on driving ability and related psychological processes. Utrecht: Proefschrift Universiteit Utrecht, 2002.
20. O'Hanlon JF, Haak TW, Blaauw GJ, Riemersma JBJ. Diazepam impairs lateral position control in highway driving. *Science* 1982; 217: 79.
21. Louwerens JW et al. De invloed van verschillende bloedspiegels alcohol op objectief meetbare aspecten van het feitelijk rijgedrag. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1985.
22. Wolschrijn H, De Gier JJ, De Smet PAGM. Drugs and driving: a new categorization system for drugs affecting psychomotor performance. Maastricht: Universiteit Limburg, 1991.
23. De Gier JJ. Drugs and driving research: application of results by drug regulatory authorities. *Human Psychopharmacol* 1998; 13: 133.
24. BIVV. Invloed van geneesmiddelen op de rijvaardigheid – Literatuurstudie. Brussel :BIVV,1999.
25. ICADTS. Prescribing and dispensing guidelines for medical drugs affecting driving performance. ICADTS, 2001. ISBN 90-802908-3-1
26. ICADTS: ICADTS List version June 26th 2007. Categorization system for medicinal drugs affecting driving performance; ICADTS; 2007
27. Wansink D, Tuinman, M. Rijadvies bij medicijngebruik schiet tekort. *Pharmaceutisch Weekblad* 2007; 31 augustus 2007: 12-15.
28. Faber E et al. LESA Geneesmiddelen en Verkeersveiligheid. *Huisarts en Wetenschap* 2008, 51: S1.
29. Commissie KNMP/WINAp. Rijgeschiktheid bij gebruik van rijgevaarlijke geneesmiddelen. Rijswijk: CBR, 2008.
30. Minister van Verkeer en Waterstaat. Wijziging Regeling eisen geschiktheid 2000. *Staatscourant* 2008, 218.
31. Minister van Verkeer en Waterstaat. Wijziging Regeling eisen geschiktheid 2000 met betrekking tot de geschiktheid tot het besturen van motorrijtuigen bij epilepsie. *Staatscourant* 2009, 72.
32. De Gier JJ. Residu-effecten van slaapmiddelen op de rijprestatie. Patiënt geholpen met bruikbare aanwijzingen. *Pharmaceutisch Weekblad* 2001; 49:1845
33. Doppegieter RMS. Keuren of informeren. *Medisch Contact* 2004; 16: 639.
34. Glaser JP, Vleugels CMM. Wel of niet autorijden? *Medisch Contact* 2002, 17:659.

BIJLAGE 1

Regeling eisen geschiktheid 2000

Hoofdstuk 10. Geneesmiddelen

10.1. Inleiding

Voor de beoordeling van de geschiktheid is het ook van belang in hoeverre de aanvrager gebruik maakt van geneesmiddelen die de rijvaardigheid negatief kunnen beïnvloeden. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat bepaalde geneesmiddelen een ongewenste nadelige invloed hebben op de rijvaardigheid. Dit geldt vooral voor geneesmiddelen die een dempende of stimulerende werking hebben op het centrale zenuwstelsel, maar ook voor geneesmiddelen die als bijwerking duizeligheid, plotselinge slaapaanvallen of wazig zien, hebben.

Wanneer in dit hoofdstuk sprake is van geneesmiddelen met geen of weinig negatieve invloed (categorie I), licht tot matig negatieve invloed (categorie II) of een ernstige of potentieel gevaarlijke invloed (categorie III) op de rijvaardigheid, dan wordt daarmee verwezen naar de internationaal aanvaarde indeling (ICADTS-classificatie) van rijgevaarlijke geneesmiddelen in de categorieën I tot en met III.

Categorie	Omschrijving effect	vergelijkbaar
I	geen of weinig negatieve invloed	< 0,5 promille
II	licht tot matig negatieve invloed	0,5- 0,8 promille
III	ernstige of potentieel gevaarlijke invloed	> 0,8 promille

Geneesmiddelen dienen te worden beoordeeld aan de hand van de aandoening waarvoor zij worden voorgeschreven. Eenzelfde middel kan bijvoorbeeld voor de behandeling van een depressie in een andere categorie vallen dan voor neuropathische pijn. Onder andere door een lagere dosering. Bij de beoordeling van de geschiktheid is tevens van belang of er meerdere geneesmiddelen met een negatieve invloed op de rijvaardigheid worden gebruikt. Tenslotte is het zo dat de aandoening waarvoor het middel wordt voorgeschreven vaak een meer wezenlijk probleem voor de geschiktheid vormt dan het middel zelf. Bij de beoordeling van de geschiktheid zal de betreffende paragraaf over de aandoening daarom moeten worden meegenomen.

10.2. Geneesmiddelen bij psychotische stoornissen

Personen die antipsychotica gebruiken met een ernstige of potentieel gevaarlijke invloed op de rijvaardigheid (categorie III) zijn ongeschikt. Personen die - in een therapeutische dosis - antipsychotica gebruiken die geen tot matig negatieve invloed hebben op de rijvaardigheid (categorie I en II), kunnen geschikt worden verklaard. Voor middelen uit categorie II geldt dat er enkele dagen na de start van de behandeling ongeschiktheid is.

10.3. Geneesmiddelen bij stemmingstoornissen

Personen die antidepressiva gebruiken met een ernstige of potentieel gevaarlijke invloed op de rijvaardigheid (categorie III) zijn ongeschikt. Personen die - in een therapeutische dosis - antidepressiva gebruiken die geen tot matig negatieve invloed hebben op de rijvaardigheid (categorie I en II), kunnen geschikt worden verklaard. Voor middelen uit categorie II geldt dat er een week na de start van de behandeling ongeschiktheid is.

Personen die lithiumzouten gebruiken, met een licht tot matig negatieve invloed op de rijvaardigheid (categorie II), kunnen geschikt worden verklaard. Na de start van de behandeling is er een week ongeschiktheid.

10.4. Psychostimulantia

Hieronder vallen de groep amfetamines (o.a. dexamfetamine, amfetamine en methylfenidaat) en de groep overige psychostimulantia (modafinil).

Gebruik van deze geneesmiddelen maakt iemand ongeschikt. Een uitzondering is mogelijk voor zover psychostimulantia in therapeutische dosering gebruikt worden voor de behandeling van ADHD bij volwassenen, narcolepsie of pathologische hypersomnolentie. Wanneer er geen rijgevaarlijke bijwerkingen zijn, bestaat er in die gevallen geschiktheid.

10.5. Hypnotica, sedativa, anxiolytica

Personen die behandeld worden met barbituraten zijn ongeschikt.

Personen die benzodiazepinen gebruiken met een ernstige of potentieel gevaarlijke invloed op de rijvaardigheid (categorie III) zijn ongeschikt. Personen die - in een therapeutische dosis - benzodiazepinen gebruiken die geen tot matig negatieve invloed hebben op de rijvaardigheid (categorie I en II), kunnen geschikt worden verklaard. Voor middelen uit categorie II geldt dat er bij chronisch gebruik een week na de start van de behandeling ongeschiktheid is.

10.6. Antidiabetica

Hoewel deze geneesmiddelen hypoglykemieën kunnen veroorzaken, die kunnen leiden tot acute ongeschiktheid, hebben zij een gunstig effect op het onderliggende ziektebeeld.

10.7. Anti-epileptica

De aandoening waarbij deze geneesmiddelen worden toegepast (epilepsie) vormt meestal een meer wezenlijk probleem voor de geschiktheid dan de effecten van het geneesmiddel zelf.

Personen die behandeld worden met anti-epileptica die een ernstige of potentieel gevaarlijke invloed op de rijvaardigheid hebben (categorie III), zijn ongeschikt totdat de anti-epileptica ten minste gedurende een periode van één jaar zijn gebruikt.

10.8. Anticoagulantia

Personen die worden behandeld met deze geneesmiddelen kunnen geschikt worden verklaard.

10.9. Antihistaminica

Bij de beoordeling moet onderscheid gemaakt worden tussen antihistaminica van de eerste generatie (klassieke, sederende antihistaminica), en antihistaminica van de tweede generatie (niet-sederende antihistaminica).

Sederende antihistaminica hebben een matig negatieve tot ernstige of potentieel gevaarlijke invloed op de rijvaardigheid (categorie II en III). Personen die behandeld worden met antihistaminica met een ernstige of potentieel gevaarlijke invloed (categorie III) zijn ongeschikt.

De tweede generatie antihistaminica hebben geen tot weinig negatieve invloed op de rijvaardigheid (categorie I). Personen die met deze geneesmiddelen worden behandeld, zijn geschikt, mits er geen rijgevaarlijke bijwerkingen optreden.

10.10. Antihypertensiva

Antihypertensiva hebben in een therapeutische dosis geen negatieve invloed op de rijvaardigheid. Centraal aangrijpende antihypertensiva, zoals methyldopa en clonidine, kunnen sedatie geven en de rijvaardigheid negatief beïnvloeden.

10.11. Corticosteroiden

Behandeling met corticosteroiden, bijvoorbeeld bij personen met astma, vormt geen reden voor ongeschiktheid.

10.12. Maag-darmmiddelen

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

10.13. Analgetica

Gebruik van paracetamol en NSAID's vormt in het algemeen geen reden tot ongeschiktheid. Een langdurige behandeling met stabiele doses van opioïden heeft geen negatieve invloed op de rijvaardigheid. Personen die behandeling ondergaan met opioïden zijn ongeschikt gedurende de eerste twee weken van de behandeling. Uitzondering geldt voor codeïne in een dosis tot en met 20 mg per dag, mits er geen (rijgevaarlijke) bijwerkingen optreden. Een aantal antidepressiva en anti-epileptica die voor neuropathische pijn worden voorgeschreven, zijn in de therapeutische dosis geen probleem voor de geschiktheid.

10.14 Geneesmiddelen tegen migraine en clusterhoofdpijn

Het hoofdpijnmiddel pizotifeen heeft een licht tot matig negatieve invloed op de rijvaardigheid (categorie II). Na start van de behandeling is er enkele dagen ongeschiktheid.

10.15. Parasympaticolytica, parasympaticomimetica, sympaticolytica, sympaticomimetica

Op zichzelf vormen deze geneesmiddelen meestal geen reden tot ongeschiktheid.

10.16. Parkinsonmiddelen

Parkinsonmiddelen (dopamine-agonisten of parasympaticolytica) hebben geen tot een matig negatieve invloed op de rijvaardigheid (categorie I of II).

Personen die behandeld worden met dopamine-agonisten zijn ongeschikt nadat een slaapaanval is opgetreden. Als na bijstelling van de therapie de slaapaanvallen wegblijven, kunnen zij weer geschikt worden verklaard.

10.17. Cytostatica/oncolytica

Zolang bij gebruik van oncolytica rijgevaarlijke bijwerkingen zoals slaperigheid, sedatie of vertigo optreden is er ongeschiktheid.

10.18. Vertigomiddelen

Vertigomiddelen (cinnarizine, flunarizine, piracetam) hebben een licht tot matig negatieve invloed op de rijvaardigheid (categorie II). Na start van de behandeling is er enkele dagen ongeschiktheid.

10.19. Misbruik van geneesmiddelen

Personen waar sprake is van misbruik van geneesmiddelen, zoals benzodiazepinen, amfetamines en opioïden, zijn ongeschikt (zie ook paragraaf 8.8).