



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

---

## Dementie

# Inhoudsopgave

Dementie	1
Inhoudsopgave	2
Besluitvorming bij dementie	3
Rijgeschiktheid bij dementie	4

## Besluitvorming bij dementie

Deze module is onderverdeeld in de volgende submodules:

- Wilsbekwaamheid medische besluitvorming
- Gezamenlijke besluitvorming (shared decision making en advance care planning)
- Rijgeschiktheid bij dementie
- Einde van leven

### Verantwoording

Laatst beoordeeld : 17-09-2021

Laatst geautoriseerd : 27-01-2021

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen-database.

# Rijgeschiktheid bij dementie

## Uitgangsvraag

Rijgeschiktheid bij dementie

## Aanbeveling

Bij de klinische verdenking op (of aangetoonde) cognitieve stoornissen en de wens tot zelfstandig gebruik van een auto, dient een specialistisch onderzoek naar rijgeschiktheid te worden uitgevoerd onder regie van het CBR en volgens de laatst geldende regelgeving. Dit dient te worden opgestart door de patiënt (insturen eigen verklaring), of bij gevaar door de behandelend arts (via direct contact met CBR).

Het CBR bepaalt of een patiënt met een zeer lichte of lichte ernst van dementie (CDR 0,5 en CDR 1) nog rijgeschikt verklaard kan worden, bij een verder gevorderde dementie (CDR>1) is dit niet meer mogelijk.

Bij een eventuele melding aan het CBR van het vermoeden van afname van de rijgeschiktheid door dementie, bij een patiënt die geen eigen verklaring wenst in te sturen, dient de behandelend arts actief een afweging te maken tussen het belang van de medische geheimhouding en het belang van veiligheid van de patiënt, zijn rijders en de overige weggebruikers. Hierna kan de arts eventueel overgaan tot directe melding bij het CBR.

Het starten van een keuringsprocedure van rijgeschiktheid is een voor de patiënt en familie zeer belastend onderzoek met mogelijk verstrekkende gevolgen, zoals het intrekken van het rijbewijs. De begeleiding moet hierop zijn afgestemd en worden uitgevoerd door professionals met ervaring hierin. Een deel van de belasting, zowel emotioneel als qua kosten en tijd, kan worden weggenomen als de behandelend specialist bereid is het CBR te informeren. Als de specialist een duidelijk verslag van de objectieve bevindingen en vaststellen van de CDR meestuurt met de eigen verklaring, kan het onafhankelijk onderzoek door de dementiespecialist komen te vervallen. Het CBR kan dan direct overgaan tot de rijtest praktische rijgeschiktheid.

Artsen die regelmatig betrokken zijn bij behandeling van patiënten met een dementie en zeker wanneer zij betrokken zijn bij de beoordeling van rijgeschiktheid, dienen de nationale wet- en regelgeving op dit terrein te volgen.

## Overwegingen

De arts die een leeftijdsgerelateerde rijbewijskeuring doet (>70 jaar), is nu niet verplicht de cognitieve functies te onderzoeken. Wel moet een vraag over het psychisch functioneren op het keuringsformulier worden beantwoord. Onderzoek van Withaar toonde de winst aan van het invoeren van een cognitieve screeningstest bij beantwoording van deze vraag (Withaar, 2011). In dit onderzoek is de zogenoemde OPS-screening (Oriëntatie, Praxis en Sociale interactie) gevalideerd en onderzocht op de diagnostische opbrengst bij de beoordeling van rijgeschiktheid. Het verdient in ieder geval aanbeveling bij deze reguliere keuring systematisch aandacht te besteden aan de cognitieve vaardigheden, met de OPS. Wanneer er verdenking bestaat op cognitieve stoornissen of dementie, zal de keurend arts dit in zijn

rapportage dienen op te nemen. Wanneer op het keuringsformulier wordt vermeld dat patiënt lijdt aan een dementie, zal dit in principe leiden tot het benaderen van patiënt door het CBR via de bovenstaande procedure.

Veel patiënten met een dementie stoppen met rijden, al dan niet door drang of dwang van de familie, voordat er sprake is van een matige tot gevorderde dementie (Fitten, 1995). Het stoppen of intrekken van het rijbewijs heeft echter vaak belangrijke gevolgen voor het autonomiegevoel en kan daardoor negatieve emotionele gevolgen hebben voor de patiënt. Het kan er ook toe leiden dat patiënten weigeren te stoppen met autorijden (Wild, 2003; White, 1999). Het hele proces waarin dit gebeurt, vraagt om intensieve begeleiding. Er zijn tot op heden echter geen interventieonderzoeken uitgevoerd op dit terrein.

De rol van de familie en/of vertegenwoordigers vraagt aparte aandacht. Vaak gebeurt het nog dat, na moeizame discussies, de autosleutels worden ingenomen of de auto onklaar wordt gemaakt door de familie, om daarmee het gevaar voor de patiënt en voor de omgeving af te wenden. Door goed samenspel van mantelzorgers en hulpverleners kan dit meestal worden voorkomen. Onzorgvuldigheid in dit proces kan heftige emoties van de patiënt uitlokken, soms gepaard gaand met agressie, die in het proces van verlies en rouw vaak op de familie worden gericht. Ondersteuning van zowel patiënt als familie door professionals met kennis en ervaring op dit gebied in het proces van de beoordeling van rijgeschiktheid is wenselijk.

## Onderbouwing

### Achtergrond

Bij de diagnostiek van dementie en het vaststellen van de functionele mogelijkheden van de patiënt is het vaststellen van de rijgeschiktheid voor vrijwel alle personen die zelf autorijden van groot belang.

Alle ziekten die dementie veroorzaken, beïnvloeden het vermogen auto te rijden op een eigen wijze. In deze richtlijnmodule wordt weergegeven met welke elementen rekening moet worden gehouden bij het uitvoeren van een eerste beoordeling van rijgeschiktheid en het vervolgens maken van beleid en het begeleiden van de patiënt en familie dienaangaande. De uiteindelijke besluitvorming hierover wordt slechts voor een deel bepaald door medische overwegingen en is feitelijk bepaald door de Nederlandse wet- en regelgeving. Deze regelgeving is gebaseerd op een medisch advies aan de Minister van Infrastructuur en Milieu (Commissie Brouwer. Rijgeschiktheid van personen met dementie. Een advies tot herziening van de regelgeving. Groningen, 7 februari 2008. [www.cbr.nl](http://www.cbr.nl))

Voor de rijgeschiktheid is de bijlage bij de Regeling eisen Rijgeschiktheid 2000 bepalend. Deze is in 2010 herzien voor wat betreft autorijden bij dementie (zie tekst regelgeving of website Overheid (Regeling eisen geschiktheid 2000; BWBR0011362)).

### Begrippen

Voor het goede begrip is het noodzakelijk eerst enkele termen te definiëren.

De termen rijvaardigheid en rijgeschiktheid worden vaak door elkaar gebruikt, maar hebben een verschillende betekenis.

- *rijvaardigheid* wordt getoetst op het theoretisch en praktisch rijexamen en moet worden aangeleerd;
- *rijgeschiktheid* heeft betrekking op de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van

motorvoertuigen.

Verminderde rijgeschiktheid maakt het onmogelijk de rijvaardigheid aan te leren of doet de rijvaardigheid afnemen. Verminderde rijgeschiktheid kan soms door verbeteren van de rijvaardigheid worden gecompenseerd: rijlessen, kijktraining enzovoort. De Divisie Rijgeschiktheid van het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) ([www.cbr.nl](http://www.cbr.nl)) mag wel een rijtest naar de rijgeschiktheid afnemen (de zogeheten: rijtest praktische rijgeschiktheid), maar geen oordeel vellen over de rijvaardigheid.

Rijgeschiktheid kan worden verleend voor personenauto's en motorrijwielen (zogenaamde voertuigen van groep één) en vrachtwagens en bussen (dat wil zeggen voertuigen van groep twee). De regelgeving maakt verschil in de rijgeschiktheid van beide groepen en is meestal strenger voor groep twee rijbewijzen. (zie: tekst regelgeving).

Wij volstaan hier met een samenvatting van de op dit moment geldende Regeling eisen geschiktheid 2000 en de overige elementen van diagnostiek en begeleiding voor zover die rechtstreeks van belang zijn voor de medisch specialist die zich bezighoudt met patiënten met cognitieve stoornissen en dementie. Wij vonden het niet zinvol het wetenschappelijk bewijs uitgebreid samen te vatten dat recent is verkregen op dit gebied, aangezien dit vooral betekenis kan hebben voor eventuele aanpassing van de regelgeving, waar de arts geen directe stem in heeft.

## Samenvatting literatuur

### Wetenschappelijk onderzoek Rijgeschiktheid

Het autorijden is in onze samenleving van groot belang voor de sociale mobiliteit en autonomie van mensen en daarmee voor hun welzijn en kwaliteit van leven. Dit geldt ook voor personen met cognitieve stoornissen (Traffic Injury Prevention, 2008). Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat dementie (in Nederland) geen belangrijke factor is in de veiligheid op de openbare weg (Brouwer, 2010). Uit onderzoek is aannemelijk geworden dat personen met een lichte tot zeer lichte vorm van dementie nog steeds in staat zijn om veilig auto te rijden (Ott, 2008; Drachman, 1993; Carr, 2000). Dit is, samen met de trend van het steeds vroegere vaststellen van diagnoses bij cognitieve stoornissen de reden geweest voor versoepeling van de regelgeving (tot 2010 was bij het vaststellen van dementie de bestuurder niet meer rijgeschiktheid).

Het is bij vaststelling en monitoring van rijgeschiktheid voorts van belang te weten dat ouderen en met name oudere mannen de neiging hebben hun rijgeschiktheid beter in te schatten dan blijkt uit objectief testonderzoek en daardoor langer door te rijden dan volgens de regelgeving verantwoord is (Foley, 2000). Vandaar dat parallel aan de vernieuwde regelgeving er een vierjarig onderzoek loopt (FitCi), dat een samenwerkingsverband is tussen Rijksuniversiteit Groningen, UMCG, SWOV en CBR. Gezocht wordt naar een zo goed mogelijke wijze van periodieke monitoring van de rijgeschiktheid en de ontwikkeling van testonderzoek voor toetsing van de theoretische rijkennis en de praktische rijgeschiktheid.

## Samenvatting regelgeving

Volgens de thans geldende regelgeving mogen personen met een MCI en zeer lichte tot lichte vorm van dementie blijven autorijden, mits zij hiertoe door het CBR, op basis van een positieve rijtest, worden goedgekeurd.

Centraal staat hierbij de beoordeling van de ernst van dementie volgens de Clinical Dementia Rating (CDR), op dit moment het best gevalideerde instrument voor de ernst van dementie (Olde Rikkert, 2011).

De CDR stadiaert dementie ernst op basis van geheugenfunctie en zelfstandigheid in het dagelijks leven van 0 (geen cognitieve stoornissen), via 0,5 (zeer lichte), 1 (lichte stoornissen), 2 (matig ernstige stoornissen), tot 3 (ernstige stoornissen).

Personen met MCI en dementie met een CDR van 0,5 of 1 kunnen door het CBR een verklaring van geschiktheid krijgen voor een personenauto of motor voor maximaal één jaar, waarbij het gebruik van het rijbewijs wordt beperkt tot privé gebruik. Voorwaarde is een goed afgelegde rijtest praktisch geschiktheid met de deskundige van het CBR en dus niet met een rijsschool.

In uitzonderingsgevallen kan na een zeer positieve rijtest nog een neuropsychologisch onderzoek worden ondergaan en zou mogelijk een verklaring van geschiktheid voor drie jaar kunnen volgen. In de praktijk wordt daar vrijwel geen gebruik van gemaakt (schriftelijke mededeling CBR).

Personen bij wie een dementie is vastgesteld, ook van zeer lichte ernst (CDR=0,5), zijn niet meer rijgeschikt voor het rijden in bussen of vrachtauto's.

Op dit moment is nog onbekend hoe personen met een lichte ernst van dementie het beste klinisch en neuropsychologisch gemonitord moeten worden om het beloop van de dementie, gelet op de rijgeschiktheid goed te volgen. Het CBR neemt hierin de leiding door een beperkte verklaring van geschiktheid af te geven hetgeen leidt tot periodieke vervolgkeuringen. Natuurlijk kan na het jaar ook besloten worden geen nieuwe verklaring van geschiktheid aan te vragen en te stoppen met autorijden.

De technische procedure die beschrijft hoe te handelen ten aanzien van het advies over rijgeschiktheid bij dementie staat beschreven op de websites van het CBR en Alzheimer Nederland. In essentie is van belang dat de medicus een eerste inschatting maakt van eventueel gevaar. Dreigt er gevaar voor de patiënt zelf, zijn naasten, of andere weggebruikers, dan kan de arts wanneer het gevaar voor de weggebruikers belangrijk genoeg is, daarvoor zijn zwijgplicht doorbreken en zelf het CBR benaderen. Er volgt dan een onvrijwillig, dwingend opgelegd onderzoek, de zogenoemde Vorderingsprocedure. Het doen van een mededeling van een vermoeden van ongeschiktheid door de behandelaar kan alleen gemotiveerd en schriftelijk (Postbus 3014, 2280 GA Rijswijk) en kan niet anoniem.

Dit vraagt echter wel uiterste zorgvuldigheid van de arts, die alle andere wegen (bijvoorbeeld gesprek met familie en huisarts) eerst uitgeprobeerd moet hebben (zie ook Medisch Contact voor juridische achtergrondinformatie)

Is er geen gevaar, maar is het wel van belang een en ander nader te onderzoeken, dan is de beste optie de patiënt en/of familie te motiveren een zogenaamde eigen verklaring van het CBR in te laten vullen. Vervolgens zal het CBR contact opnemen om een keuring door een dementiespecialist (ter bepaling van de

CDR) en de rijtest praktische rijgeschiktheid te laten verrichten.

### Medicatiegebruik

Bij gebruik van galantamine, rivastigmine en memantine wordt verkeersdeelname de eerste dagen af geraden in verband met (tijdelijke) bijwerkingen zoals slaperigheid. Bij andere veel door ouderen gebruikte geneesmiddelen (neuroleptica, benzodiazepines) wordt "de gele sticker" geplakt of een gelijklopende waarschuwing op het etiket gezet. De KNMP heeft een boekje uitgegeven over geneesmiddelen en rijvaardigheid. Een nuttige website over dit onderwerp is 'Geneesmiddelen in het verkeer' van het Instituut voor verantwoord medicijngebruik.

### Verantwoording

Laatst beoordeeld : 17-09-2021

Laatst geautoriseerd : 01-10-2014

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen-database.

### Referenties

Brouwer WH. Autorijden bij dementia en cognitieve functiebeperkingen. In: Handboek Ouderenpsychiatrie (Eds. R. van der Mast, T. Heeren, M. Kat, M. Stek, M. Vandenbulcke en F. Verhey). De tijdstroom: Utrecht, 2010.

Carr DB, Duchek J, Morris JC. Characteristics of motor vehicle crashes of drivers with dementia of the Alzheimer type. J Am Geriatr Soc 2000;48:18-22.

Drachman DA, Swearer JM. Driving and Alzheimers disease: the risk of crashes. Neurology 1993;43:2448-56.

Fitten LJ, Oerryman KM, Wilkinson CJ, et al. Alzheimer and vascular dementias and driving. JAMA 1995;273:1360-5.

Foley DJ, Masaki KH, Ross GW, et al. Driving cessation in older men with incident dementia. J Am Geriatr Soc 2000;48:928-30.

Olde Rikkert MG, Tona KD, Janssen L, et al. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2011;26:357-65

Ott BR, Heindel WC., Papandonatos GD., et al. A longitudinal study of drivers with Alzheimer disease. Neurology, 2008;70:1171-1178.

Traffic Injury Prevention, 9, 2008. Special issue on driving and driving licensing.

White S, O'Neill D. Health and relicensing policies for older drivers in the European Union. Gerontology 1999;46:146-52.

Wild K, Cotrell V. Identifying driving impairment in Alzheimer disease: a comparison of self and observer reports versus driving evaluation. Alz Dis Ass Disord 2003;17:27-34.

Withaar FK, Brouwer WH, Zomer AH van, et al. Autorijden bij ouderen met cognitieve functiestoornissen: medische keuring en rijtest. Tijdschr Gerontol Geriatr 2001;32:160-4.