

# COGNITIEVE STOORNISSEN EN HET RIJBEDIJWS

*R.A. Bredewoud\*) 2008*

## Inleiding

Het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) is vooral bekend als rijexameninstituut. Minder bekend is dat het CBR sinds 1951 ook de lichamelijke en geestelijke geschiktheid voor het besturen van motorvoertuigen (*rijgeschiktheid*) beoordeelt. De beoordeling van de rijgeschiktheid gebeurt op basis van de eisen in de bijlage bij de Regeling eisen geschiktheid 2000 [1,2,3,4]. De daarin door de Minister van Verkeer en Waterstaat vastgelegde eisen zijn gebaseerd op rapporten van de Gezondheidsraad [5, 6,7] en andere deskundigenpanels [8,9] en passen binnen de minimumnormen, zoals die zijn geformuleerd in de tweede Europese richtlijn betreffende het rijbewijs [10].

De vijf hoofdgebieden, waarop eisen aan het lichameijk en geestelijk functioneren zijn gesteld zijn: bewustzijnsstoornissen, waarnemingsstoornissen (vooral oogaandoeningen), locomotore stoornissen, cognitieve stoornissen en middel die de rijvaardigheid beïnvloeden. Voor wat betreft de rijgeschiktheid zijn rijbewijzen ingedeeld in twee groepen: groep 1 (auto en motorfiets) en groep 2 (vrachtauto en autobus), waarbij in het algemeen geldt dat de eisen voor groep 2 aanzienlijk strenger zijn dan die voor groep 1. De filosofie daarachter is dat het bij groep 1 vooral gaat om mobiliteit en dat daar het voordeel van de twijfel bij de rijbewijsbezitter moet liggen (ja, mits) en bij groep 2 om professionaliteit en veiligheid en bescherming van de maatschappij tegen verkeersveiligheidsrisico's de prioriteit heeft (nee, tenzij)

Een actuele versie van de regeling eisen geschiktheid 2000, inclusief alle wijzigingen, is te vinden op <http://www.cbr.nl/brochure.pp?id=43>.

## Beoordeling van de rijgeschiktheid van ouderen

Personen boven de 70 jaar moeten op het gemeentehuis bij de aanvraag van het rijbewijs een door het CBR afgegeven Verklaring van geschiktheid overleggen. De aanvraag van een Verklaring van geschiktheid geschiedt door het inzenden van een formulier Eigen verklaring met daarop 10 vragen over voor de verkeersveiligheid relevante aandoeningen en tevens moet het Geneeskundig verslag bij de Eigen verklaring worden ingevuld door een *arts*. Daarbij wordt in het Reglement rijbewijzen geen uitspraak gedaan over of dat de eigen behandelend (huis)arts mag zijn of niet. Gedragsregels van de artsorganisatie KNMG schrijven echter nog steeds voor dat behandelende artsen niet hun eigen patiënten behoren te keuren voor het rijbewijs. Daarover is in 1997 in het blad Medisch Contact nog een mededeling door het KNMG-secretariaat gedaan [11]. Het CBR begrijpt deze gedragsregel vanwege het belangenconflict dat kan optreden, maar zal keuringen door de behandelende arts meestal wel accepteren, mits die inhoudelijk van goede kwaliteit is. Onder de huidige verkeerswetgeving is het toch het CBR dat beslist over de rijgeschiktheid en geeft de keurende arts slechts advies. Het CBR verzoekt keurende artsen zelfs geen uitspraken te doen over uiteindelijk uitkomst van de procedure.

\*\*\*\*\*

*\*) Ruud Bredewoud is in 1991 als arts afgestudeerd aan de Rijksuniversiteit Leiden. Sinds 1997 is hij hoofd van de afdeling Medische Zaken van het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen. Correspondentieadres: Postbus 3014, 2280 GA Rijswijk*

In 2004 gaf het CBR bijna 137.000 Verklaringen van geschiktheid af aan personen van 70 jaar of ouder. Vanwege de vergrijzing zal dit aantal de komende jaren nog stijgen. Zijn er bij de keuring geen belemmeringen gevonden, dan krijgt de aanvrager een Verklaring van geschiktheid voor een termijn van vijf jaar. Zijn er twijfels over de toekomstige geschiktheid dan kan een beperkte termijn van één tot drie jaar worden vastgesteld.

## Tussentijdse beoordeling

Bij rijbewijsbezitters kunnen zich ook problemen voordoen met de rijgeschiktheid, terwijl een eventuele keuring nog niet aan de orde is. Deze personen kunnen dan vrijwillig of onvrijwillig eerder door het CBR beoordeeld worden.

De *vrijwillige procedure* bestaat uit het uit eigen beweging aanvragen van een beoordeling van de gewijzigde medische situatie door het CBR. Deze melding is in Nederland, in tegenstelling tot enkele andere Europese landen zoals Finland, Zweden, Engeland, België en Oostenrijk [12], niet wettelijk verplicht, maar wordt overgelaten aan het verantwoordelijkheidsbesef van de rijbewijsbezitter. Overigens heeft een commissie van de Gezondheidsraad onlangs de Minister van Verkeer en Waterstaat wel geadviseerd een meldingsplicht van relevante medische aandoeningen voor de rijbewijsbezitter in te voeren [5]. In een brief aan de Tweede Kamer heeft de Minister in 2004 het voornemen geuit deze meldingsplicht ook daadwerkelijk in te voeren met als streefdatum 1 januari 2007 [13]. En ook vanuit de hoek van behandelaars klinkt het advies om bij dementie en andere aandoeningen in Nederland te komen tot een meldplicht bij het CBR voor de rijbewijsbezitter, maar ook voor de behandelende arts als het autorijden wordt voortgezet, terwijl dit niet meer verantwoord lijkt [14].

De *onvrijwillige procedure* wordt uitgevoerd door de divisie Vorderingen van het CBR. Deze vordert een onderzoek naar de rijgeschiktheid op basis van een ontvangen mededeling dat er een vermoeden bestaat dat de rijbewijsbezitter niet meer de rijgeschiktheid bezit. Een dergelijke mededeling kan worden gedaan door de politie, maar ook door de Directeur CBR. De Directeur CBR doet voornamelijk melding van vermoedens van ongeschiktheid op basis van medische informatie die het CBR van behandelende artsen of andere hulpverleners ontvangt. Dat zijn bijvoorbeeld huisartsen met een patiënt die dement wordt, maar ook oogartsen die een patiënt hebben met te weinig gezichtsvermogen, maar die het autorijden niet wil opgeven. Probleem bij het verstrekken van deze informatie door de behandelende arts is dat die daarbij zijn zwijgplicht moet doorbreken. Dit is nog altijd een moeilijk te nemen beslissing, 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 [15]. Veen en Bruins adviseren om patiënten die een 2 of 3 scoren op de Clinical Dementia Rating Scale (CDR) [16] en die een gevaar vormen voor zichzelf of anderen, bij het CBR te melden [17].

## Het doel van de rijbewijskeuring

Voor het beoordelen van de rijgeschiktheid maakt de medisch adviseur van het CBR gebruik van de rapportages die artsen verstrekken over de rijbewijskeuring. Het doel van de keuring voor het rijbewijs is tweeledig.

Ten eerste moeten die personen geïdentificeerd worden die niet meer voldoen aan de wettelijk vastgestelde eisen: het zogenaamde *afkeuringaspect*. Met het stijgen der jaren nemen onder andere stoornissen van het bewegingsapparaat, stoornissen van het gezichtsorgaan en cognitieve stoornissen toe en dat rechtvaardigt het stellen van een bepaalde leeftijd waarboven rijbewijsbezitters periodiek op het bestaan van functiestoornissen worden gescreend. In Nederland is deze leeftijd in 1986 gesteld op 70 jaar. Dat het aantal doden in het autoverkeer per gereden kilometer boven de leeftijd van 65 jaar scherp stijgt, ligt echter niet alleen aan de afgenomen lichamelijke en geestelijke functies, maar vooral ook aan de verhoogde fysieke kwetsbaarheid van ouderen. Vandaar dat het CBR de verplichte keuring vanaf de 70<sup>e</sup> verjaardag vooral ziet als een mogelijkheid om mensen te helpen en te adviseren om betere en veiliger automobilisten te worden, het *revalidatieaspect* van de keuring. De kwetsbare oudere zit, zolang het nog verantwoord is, veel veiliger in een moderne auto dan in een zogenaamde 'brommobiel' of op de fiets of bromfiets. Het is daarbij mogelijk de bestuurder te verplichten voortaan een bril te dragen of na het nemen van wat rijlessen over te gaan op een auto met automatische

transmissie. Dit laatste biedt niet alleen een oplossing voor personen met een lichamelijke handicap, maar ook voor personen met cognitieve stoornissen of visuele stoornissen, die zo meer tijd krijgen voor verkeerswaarneming. Genoemde beperkingen, als het dragen van een bril of een automatische versnellingsbak, maar ook vele andere, worden vervolgens door middel van een code [18] vermeld op het rijbewijs.

## Inhoud van de keuring

In het Geneeskundig verslag bij de Eigen verklaring wordt de arts gevraagd de bloeddrukwaarden te noteren, de gezichtsscherpte op te meten zonder en met eventuele correctie, de urine of het bloed op glucose te controleren, beperkingen in het gebruik van nek, rug en ledematen vast te stellen en zich een oordeel te vormen over de lichamelijke en psychische conditie.

Voor het vaststellen van de psychische gesteldheid zijn meerdere instrumenten beschikbaar, zoals de Mini Mental State Examination [19] of de OLD[20]. In samenwerking met een promovendus aan de Rijksuniversiteit Groningen heeft het CBR ook een instrument ontwikkeld dat de keurend arts kan helpen zich een oordeel te vormen over het cognitief functioneren: de OPS-methode[21]. De OPS-score is een observatieschaal, waarmee op de drie domeinen die het eerst zijn aangedaan bij cognitieve achteruitgang, namelijk 'Orientation and memory', 'Praxis and attention' en 'Social interaction', gescoord moet worden. Is de score beneden een bepaalde waarde, dan zal het CBR de persoon nader onderzoeken door middel van een rijtest. Uit de ervaringen, opgedaan bij het gebruik van de OPS-methode door huisartsen, bleek dat 4% van de gekeurde ouderen onder de grenswaarde scoorde en vervolgens een rijtest kreeg. Dat is vele malen hoger dan het aantal ouderen dat, volgens de cijfers van het CBR, zonder gebruik van deze methode een rijtest wegens cognitieve stoornissen zou moeten ondergaan [22] en dat maakt dat het CBR een voorstander is van gebruik van deze methode. Een informatiepakket over de OPS-methode is op te vragen bij het secretariaat Medische Zaken, Postbus 3014 te 2280 GA Rijswijk. De OPS methode wordt ook geadviseerd in de nieuwste CBO richtlijn bij dementie [23].

Naast de screenende keuring kan het CBR de aanvrager op indicatie voor nader specialistisch onderzoek doorverwijzen. Voor de groep van 70 jaar en ouder betreft dit vooral aanvullend oogheelkundig onderzoek. In 2007 werden ruim 38.000 personen uit deze leeftijdscategorie naar de oogarts doorgestuurd.

## Praktische rijgeschiktheid

De deskundige praktische rijgeschiktheid is een medewerker van het CBR die gespecialiseerd is in het doen van een technisch onderzoek naar de beperkingen van de aanvrager, het vaststellen van de benodigde aanpassingen die de beperkingen kunnen compenseren en de beoordeling van de rijgeschiktheid in de praktijk door middel van een rijtest. Hij wordt vooral ingeschakeld wanneer er vanwege een lichamelijke handicap mogelijk technische aanpassingen aan het motorvoertuig nodig zijn. Maar steeds vaker ook bij bepaalde aandoeningen waarbij er naast de informatie van de keurend arts ook behoefte is aan informatie uit de praktijk. Het gaat dan vaak om stoornissen in het gezichtsvermogen of cognitieve stoornissen.

In een advies aan de Minister van Verkeer en Waterstaat heeft de Gezondheidsraad over de rijtest het volgende gezegd: *“Omdat handicapschalen of andere meetinstrumenten specifiek voor de rijgeschiktheid niet voor handen zijn, heeft het specialistische rapport niet tot doel de rijgeschiktheid vast te stellen. Het beoogt informatie te verschaffen op basis waarvan het CBR de rijgeschiktheid kan vaststellen of tot het afleggen van een rijtest kan adviseren. Als tot een rijtest wordt overgegaan, is de uitslag daarvan van doorslaggevende betekenis voor de rijgeschiktheid”* (2001).

De rijtest wordt afgenomen conform het protocol rijtesten van het CBR. Als het verantwoord is wordt de rijtest afgenomen in de eigen auto. Als echter uit de medische rapportage blijkt dat er mogelijk gevaarlijke situaties kunnen ontstaan of als er aanpassingen van het voertuig nodig zijn, dan wordt de rijtest afgenomen in een (aangepaste) lesauto.

Het CBR neemt de rijtesten af vanaf de vele oproepcentra voor het rijexamen en vanuit een aantal revalidatiecentra. Er is dus altijd een gelegenheid die niet te ver uit de buurt van de woonomgeving van betrokkene ligt.

In veel gevallen is er sprake van een combinatie van problemen, vooral bij bejaarde rijbewijsbezitters. De beste manier om te testen of het nog verantwoord is om zelfstandig auto te rijden is volgens het CBR nog altijd de rijtest op de openbare weg. Het accent ligt daarbij op wat iemand - al dan niet met aanpassingen aan het voertuig- nog kan en niet op wat hij niet meer kan. Om dit goed te kunnen beoordelen zal meestal een uitgebreide rijtest nodig zijn waarin ook moeilijke situaties voorkomen. Het verkeer wijzigt zo snel en onverwacht dat iedere deelnemer daar adequaat op moet kunnen reageren. Nu is het niet zo dat alle rijexameneisen onverkort worden toegepast bij deze rijtesten: de deskundige praktische rijgeschiktheid beoordeelt vooral of op een veilige en verantwoorde manier aan het verkeer wordt deelgenomen.

Als de eerste rijtest onvoldoende is kan de deskundige praktische rijgeschiktheid adviseren om een aantal rijlessen te gaan volgen, al dan niet in een aangepaste lesauto om te leren de beperkingen te compenseren. De basiscompensatie die veel wordt toegepast is overgang van een schakelauto naar een automaat. Ook al heeft iemand op het eerste gezicht geen lichamelijke problemen met het bedienen van een schakelauto, dan valt het regelmatig op hoe de kwaliteit van het rijden verbetert als overgegaan wordt op een automatische versnellingsbak. Het schakelen en koppelen kost kennelijk toch zoveel aandacht dat de verkeersdeelname daardoor negatief wordt beïnvloed.

Aan de rijtest met de deskundige praktische rijgeschiktheid zijn naast de kosten van de aanschaf van de Eigen verklaring en de eventuele medische keuring geen extra kosten verbonden. Als de rijtest echter afgenomen moet worden in een lesauto komen de kosten van de eventuele lessen en het huren van de lesauto voor het afleggen van de rijtest voor rekening van de aanvrager.

De intentie van de medische afdeling van het CBR is altijd geweest om mensen met een ziekte of handicap zoveel mogelijk in staat te stellen zelfstandig een auto te besturen, voor zover daarbij de verkeersveiligheid natuurlijk niet in het geding komt. Gelukkig zijn er in deze tijd veel technische mogelijkheden om een auto zodanig aan te passen dat iemand met een handicap deze nog veilig en verantwoord kan besturen. Bij cognitieve stoornissen zal het echter nodig zijn eerst een uitgebreide rijtest af te nemen om te beoordelen of betrokkene nog het vermogen bezit om adequaat te reageren, om zich voldoende te oriënteren, om verkeerssituaties in te schatten en het eigen functioneren kritisch te beoordelen, zodat hij geen gevaar voor zichzelf en de medeweggebruikers zal veroorzaken.

## **De eisen aan de rijgeschiktheid bij cognitieve stoornissen**

De eisen aan de rijgeschiktheid bij cognitieve stoornissen worden in de Regeling eisen geschiktheid 2000 omschreven in paragraaf 8.6:

*“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 betrokkene ongeschikt voor het rijbewijs, tenzij de 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.”*

Deze normen betekenen dat het CBR personen met vastgestelde dementie niet mag goedkeuren voor het rijbewijs. Een norm die ook overgekomen is in de NHG-Standaard voor dementie. Daarvan mag

en kan het CBR op basis van uitspraken van de Raad van State ook niet afwijken. De Regeling eisen geschiktheid 2000 is een bindend voorschrift [24].

## Discussie

De geldende minimumnormen betreffende cognitieve stoornissen stellen dat iemand waarbij de “diagnose” dementie is geteld ongeschikt is voor het rijbewijs. Alleen in die gevallen waar er twijfel is, bijvoorbeeld bij wat enigszins omstreden term MCI (Mild Cognitive Impairment), is een onderzoek en een rijtest toegestaan.

Deze eisen zijn gebaseerd op het advies van de Gezondheidsraad van 1994. De tekst van dit advies is ontstaan tussen 1990 en 1994. Het is daarom niet onjuist om aan te nemen dat deze teksten langzamerhand gedateerd raken.

Op zichzelf heeft de tekst al een vreemde constructie dat er gesproken wordt van de “diagnose” dementie. Het is beter te spreken van dementie als een syndroom, dat veroorzaakt wordt door verschillende diagnoses [25], zoals der ziekte van Alzheimer (77%), vasculaire problemen (11%) of een combinatie van deze twee (7%). Omdat de ziekte van Alzheimer de belangrijkste reden voor dementie is, is de waarschijnlijke reden waarom gekozen is voor deze term. Zeker ten tijde van het verschijnen van het advies van de Gezondheidsraad was de ziekte van Alzheimer met zekerheid alleen post mortem is vast te stellen.

De DSM-IV definitie van dementie is bij normaal bewustzijn aanwezig zijn van geheugenstoornissen in combinatie met andere cognitieve stoornissen en/of gedragsveranderingen, in die mate dat zij het sociaal of beroepsmatig functioneren nadelig beïnvloeden.

Toepassen van deze definitie biedt wat ruimte voor personen met de (waarschijnlijkheids)diagnose ziekte van Alzheimer, waarbij de symptomen het sociaal functioneren nog niet nadelig beïnvloeden. Er is dan *per definitie* nog geen sprake van dementie en dus ook niet van absolute ongeschiktheid voor het rijbewijs. Voor deze groep patiënten is de laatste jaren de term Mild Cognitive Impairment (MCI) populair geworden [26].

Sinds het opstellen van de eisen voor het gemotoriseerde verkeer bij cognitieve stoornissen in het begin van de jaren 90 en nu is er veel veranderd. Er wordt veel eerder de diagnose gesteld, wat betekent dat steeds meer mensen steeds eerder hun rijbewijs dreigen te verliezen, maar ook de ideeën over welke mate van dementie inderdaad een gevaar voor de verkeersveiligheid betekent zijn ongetwijfeld gewijzigd. Consensusrichtlijnen van een Internationale Werkgroep [27] stellen bijvoorbeeld voor om bij milde dementie (CDR 1) een rijtest te doen en het verbod op autorijden pas toe te passen bij ernstiger vormen van dementie (CDR 2 en 3).

Bovenstaande heeft geleid tot actie van uit de Stichting Alzheimer Nederland. De stichting heeft de Minister van Verkeer en Waterstaat een brief geschreven met het verzoek de huidige eisen bij dementie te bezien en aan te passen aan de huidige stand van zaken. De Minister heeft daaraan gehoor gegeven door het CBR te vragen een deskundigencommissie te formeren die de Minister hierover kan adviseren. Op 9 november 2006 heeft het hoofd Medische Zaken van het CBR een deskundigencommissie geïnstalleerd en begin 2008 heeft die een advies aan de Minister van Verkeer en Waterstaat uitgebracht.

Het wachten is nu op het oordeel van de Minister en een publicatie van overgenomen wijzigingen in de Staatscourant.

## Literatuur

1. Minister van Verkeer en Waterstaat. Regeling eisen geschiktheid 2000. Staatscourant 2000; nummer 99 ([www.overheid.nl/op](http://www.overheid.nl/op)).
2. Minister van Verkeer en Waterstaat: Wijziging Regeling eisen geschiktheid 2000. Staatscourant 2002, nummer 20 ([www.overheid.nl/op](http://www.overheid.nl/op)).
3. Minister van Verkeer en Waterstaat. Wijziging Regeling eisen geschiktheid 2000. Staatscourant 2004; nummer 50 ([www.overheid.nl/op](http://www.overheid.nl/op)).
4. Minister van Verkeer en Waterstaat. Wijziging Regeling eisen geschiktheid 2000. Staatscourant 2004; nummer 106 ([www.overheid.nl/op](http://www.overheid.nl/op)).

5. Medische Rijgeschiktheid. Herziening advies 1985.  
Advies van de Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde.  
Den Haag: Gezondheidsraad, 1994; publicatienummer 1994/04 van 26 mei 1994.
6. Rijgeschiktheid van personen met een geïmplanteerde cardioverter-defibrillator.  
Den Haag; Gezondheidsraad, 2000; publicatienummer 2000/02 ([www.gr.nl](http://www.gr.nl)).
7. Rijgeschiktheid van mensen met tumoren of doorbloedingsstoornissen van de hersenen.  
Den Haag: Gezondheidsraad, 2001; publicatienummer 2001/18 ([www.gr.nl](http://www.gr.nl))
8. Commissie Buitelaar. Rijgeschiktheid van mensen met ADHD, die behandeld worden met methylfenidaat. Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen, 2003 ([www.cbr.nl](http://www.cbr.nl))
9. Commissie Schalijs. Rijgeschiktheid van personen met een ICD. Een advies tot herziening van de regelgeving. Rijswijk: Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen, 2004 ([www.cbr.nl](http://www.cbr.nl))
10. 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.
11. KNMG: Mededeling KNMG-secretariaat: Geen rijbewijskeuringen door de eigen huisarts.  
Medisch Contact 1997; 52 (25): 807.
12. CIECA: Guide on Driver Licensing (CD-ROM 3rd edition).  
Brussel: CIECA (Commission Internationale des Examens de Conduite Automobile), 2001.
13. Brief van Minister Peijs aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 29 juni 2004.
14. Van den Ham PJ, Scheltens Ph. Dementie en autorijden.  
Tijdschrift voor neurologie en neurochirurgie 2004; 3: 108-111.
15. KNMG: Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens versie 3.0.
16. Morris JC. The clinical dementia rating scale (CDR): current version and scoring rules.  
Neurology 1993; 43: 2412-2414.
17. Veen C, Bruyns E. De rijgeschiktheid van ouderen met cognitieve problemen. Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie. 1999; 30: 153-157.
18. Minister van Verkeer en Waterstaat: Wijziging Regeling coderingen beperkingen rijbevoegdheid. Staatscourant 2003, nummer 188 ([www.overheid.nl/op](http://www.overheid.nl/op)).
19. Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie (tweede herziening). Huisarts en Wetenschap 2003; 13:754-767.
20. Hopman-Rock M, Tak ECPM, Staats PGM, Jonker C, Wind AW. Signalering van beginnende Alzheimer-dementie in de huisartspraktijk. Ontwikkeling en validering van de Observatie Lijst voor vroege symptomen van Dementie (OLD). Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie 2001; 32:74-81.
21. Withaar FK, Divided attention and driving. The effects of aging on the brain.Groningen 2000: proefschrift RUG, hoofdstuk 5. ISBN 90-367-1207-6.
22. Withaar FK, Bredewoud RA. Rijbewijskeuring bij ouderen. Medisch contact 2000; 41: 1439-1414.
23. Nederlandse vereniging voor klinische geriatrie. CBO Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie.Utrecht: NVKG 2005. ISBN 90-8523-093-4.
24. Raad van State. Uitspraak 2003 01515/1. Den Haag 6 augustus 2003.
25. Schölzel-Dorenbos C. Prioriteit voor dementie. Medisch contact 2003; 43: 1655-1675.
26. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. Journal of Internal Medicine 2004; 256: 183-194.
27. Lundberg C , Johansson K, Ball K et al. Dementia and driving: an attempt at consensus. Alzheimer disease and associated disorders 1997; 11: 28-37.