

Medisch Werkdocument Gehandicaptenparkeerkaart



2022

INHOUDSOPGAVE

| | |
|--|----|
| INLEIDING | 5 |
| 1. ALGEMENE UITGANGSPUNTEN | 6 |
| 1.1 HOE KOMT HET MEDISCH ADVIES TOT STAND? | 6 |
| 1.2 HOE WORDT HET MEDISCH ADVIES OPGESTELD? | 8 |
| BELANGRIJKE THEMA'S | 9 |
| 2.1 LOOPBEPERKING | 9 |
| 2.3 ROLSTOELGEBONDENHEID | 10 |
| 2.4 CONTINUE BEGELEIDING | 11 |
| 2.5 KINDEREN | 12 |
| 2.5.1 Algemeen | 12 |
| 2.5.2 Loopvermogen..... | 12 |
| 2.5.3 Begeleidingsnoodzaak | 13 |
| 3. ANDERE BEPERKINGEN DAN LOOPBEPERKING | 14 |
| 3.1 Somatische stoornissen niet zijnde een loopbeperking | 14 |
| 3.2 Psychische beperkingen..... | 14 |
| 3.3 Beperkingen in- en uitstappen..... | 14 |
| 4. ANTI-REVALIDEREND EFFECT | 14 |
| 5. GELDIGHEIDSDUUR EN HERKEURING | 15 |
| MEEST VOORKOMENDE AANDOENINGEN | 16 |
| 6. GEWRICHTSAANDOENINGEN | 16 |
| 6.1 Artrose..... | 16 |
| 6.2 Reumatoïde artritis..... | 16 |
| 6.3 Jicht | 17 |
| 6.4 Secundaire artritis | 18 |
| 7. AANDOENINGEN VAN DE LUCHTWEGEN | 18 |
| 7.1 Astma | 18 |
| 7.2 COPD | 18 |
| 7.3 Interstitiële longziekten (ILD) | 21 |
| 8. HART- EN VAATAANDOENINGEN | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 8.1 Angina pectoris..... | 22 |
| 8.2 Hartfalen | 22 |
| 8.3 Claudicatio intermittens..... | 23 |
| 9. NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN | 24 |
| 9.1 Algemeen | 24 |
| 9.2 Ziekte van Parkinson | 25 |
| 9.3 Multiple Sclerose | 25 |
| 9.4 Spierziekten | 26 |
| 9.5 Status na CVA | 27 |
| 9.6 Rugklachten met pijn en spierzwakte in een been..... | 27 |
| 9.7 Dwarslaesie | 28 |
| 9.8 Neuropathie | 29 |
| 9.9 Dementie..... | 30 |
| 10. PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN..... | 31 |
| 10.1 Algemeen..... | 31 |
| 10.2 Angststoornissen | 31 |
| 10.3 Functioneel neurologische symptoomstoornissen..... | 31 |
| 10.4 Psychotische stoornissen | 32 |
| 11. NEUROBIOLOGISCHE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN..... | 34 |
| 11.1 Verstandelijke beperking..... | 34 |
| 11.2 Autismspectrumstoornis..... | 35 |
| 12. OVERIGE STOORNISSEN..... | 36 |
| 12.1 Fibromyalgie | 36 |
| 12.2 Somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten/aanhoudende lichamelijke klachten (SOLK/ALK)..... | 36 |
| 12.3 Chronische Vermoeidheidssyndroom (CVS)..... | 38 |
| 12.4 Veneuze ulcus..... | 38 |
| 12.5 Aspecifieke lage rugpijn..... | 39 |
| 12.6 Obesitas..... | 39 |
| 12.7 Long Covid | 40 |
| 12.8 Blindheid of slechtziendheid..... | 41 |
| BIJLAGE: Relevante jurisprudentie | 43 |

| | |
|---|----|
| Inleiding | 43 |
| B.1 Algemene regelgeving en richtlijnen | 44 |
| B.2 Richtlijnen inzake het medisch advies | 44 |
| B.3 Regelgeving inzake gehandicaptenparkeerkaart | 44 |
| B.4 Medisch advies | 45 |
| B.5 Gehandicaptenparkeerkaart, Algemeen | 48 |
| B.6 Adviserend arts | 48 |
| B.7 Loopbeperking | 50 |
| B.8 Gebruik loophulpmiddel | 50 |
| B.9 Rolstoelgebruik | 51 |
| B.10 Continue begeleiding | 51 |
| B.11 Beperkingen in- en uitstappen | 54 |
| B.12 Kinderen | 54 |
| B.13 Andere medische beperkingen dan loopbeperkingen | 54 |
| B.14 Anti revaliderend effect | 55 |
| B.15 Geldigheidsduur gehandicaptenparkeerkaart en herbeoordeling of herkeuring | 55 |

INLEIDING

Voor u ligt het Medisch Werkdocument Gehandicaptenparkeerkaart van de Vereniging Artsen Volksgezondheid. Dit is een praktische uitwerking van de Richtlijn Gehandicaptenparkeerkaart 2022.

Het Medisch Werkdocument is primair bedoeld voor een medisch adviseur die te maken heeft met onderzoek naar de noodzaak van een gehandicaptenparkeervoorziening. In het werkdocument wordt dieper ingegaan op de diverse onderdelen uit de Richtlijn Gehandicaptenparkeerkaart 2022, aan de hand van duidingen van beperkingen op basis van medische aandoeningen en jurisprudentie. De genoemde aandoeningen dienen als voorbeeld om een denkkader te verschaffen.

Er is geen wetenschappelijk onderzoek bekend naar loopafstand of continue begeleiding, althans in relatie tot de beoordeling gehandicaptenparkeerkaart. De beoordeling van de medische noodzaak voor een gehandicaptenparkeerkaart moet gebaseerd worden op feiten. Dit werkdocument is bedoeld als kader voor een arts om zorgvuldig een afweging te kunnen maken over de noodzaak van een gehandicaptenparkeerkaart bij de individuele situatie van de aanvrager.

Het concept van dit werkdocument werd voorgelegd aan de leden van de VAV tussen 25 maart en 25 mei 2022, en de reacties hierop zijn verwerkt in de gepubliceerde versie. Het werkdocument kan aangepast worden op basis van actuele medische inzichten of jurisprudentie, zodat het raadzaam is altijd deze meest recente versie op de website van de VAV te raadplegen.

De werkgroep Gehandicaptenparkeerkaart 2022

- H. Schenk, arts Maatschappij en Gezondheid
- A. de Wildt, arts Indicatie en Advies KNMG
- J. Tiessen, arts Maatschappij en Gezondheid
- Y. Doekes, arts

1. ALGEMENE UITGANGSPUNTEN

De richtlijn beoogt gelijke medische advisering in gelijke medische gevallen te bevorderen.

De adviserend arts dient dus naar gelijkheid te streven door de uitgangspunten van de Richtlijn toe te passen.

Hierbij wordt de medische situatie van de cliënt beoordeeld. De uitkomst van het advies is dus niet afhankelijk van de sociaal-maatschappelijke omstandigheden van de aanvrager.

De uitkomst van het advies mag niet afhankelijk zijn van welke adviserend arts de beoordeling doet. Een kleine individuele variatie is onvermijdelijk, aangezien geen beoordelaar of cliënt exact hetzelfde zijn. Echter de principes vanuit de Richtlijn zijn te allen tijde leidend.

In dit Werkdocument wordt niet meer uitgebreid ingegaan op procedures, zoals bij de eerdere Protocollen wel het geval was.

Zaken als aanvraagprocedures (dit is aan de gemeente), de manier waarop de gemeente de mogelijkheden inricht voor de aanvrager om een reactie te kunnen geven op het voorgenomen besluit (zie bijvoorbeeld [https://nl.wikipedia.org/wiki/Zienswijze_\(bestuursrecht\)](https://nl.wikipedia.org/wiki/Zienswijze_(bestuursrecht))) en sancties bij misbruik (bijvoorbeeld op grond van de Wegenverkeerswet) zijn weggelaten in dit werkdocument. Immers kan de regelgeving op dit gebied wisselend per gemeente of veranderlijk zijn, terwijl dit niet uitmaakt voor de medisch-inhoudelijke beoordeling van een GPK-aanvraag.

1.1 HOE KOMT HET MEDISCH ADVIES TOT STAND?

De arts die de beoordeling voor een parkeervoorziening doet komt via een spreekuurcontact of een huisbezoek tot een weloverwogen advies. Dit gebeurt door het stellen van gerichte vragen, het doen van observaties en zonodig het uitvoeren van gericht lichamelijk onderzoek. In een beperkt aantal situaties, bijvoorbeeld als face to face contact te belastend is voor de cliënt, of bij verlenging van een al lang bestaande situatie, waarbij de cliënt zelf actuele informatie heeft meegestuurd, kan soms worden volstaan met alleen telefonisch of schriftelijk contact.

De uitnodigingsbrief voor het spreekuur of het huisbezoek.

In de uitnodigingsbrief kan worden verzocht dat de cliënt zijn actuele medicatie toont (in het doosje van de apotheek) dan wel een actuele medicatielijst van de apotheek, als de cliënt daarover beschikt. In de uitnodigingsbrief dient aangekondigd te staan dat een beperkt en gericht lichamelijk onderzoek deel uit kan maken van de beoordeling.

Uitvoering spreekuur of huisbezoek

- Anamnese
 - Aanleiding aanvraag
 - Ervaren beperkingen met het lopen
 - Stel controlevragen, bijvoorbeeld: uitvoering ADL, huishouden, traplopen, boodschappen
 - Maak zo nodig gebruik van bv. Google Maps om een opgeven looproute objectief te kunnen meten
 - Kennisname van eventueel meegebrachte medische informatie
 - Actuele medicatie dan wel medicatielijst apotheek

- Lichamelijk onderzoek

- Observatie loop-/beweegpatroon
 - Beperkte looptest kan veel informatie geven.

Waar let je dan op? Zie bijvoorbeeld: Signaleren en interpreteren van afwijkend looppatroon in NTVG augustus 2018
<https://www.ntvg.nl/artikelen/signaleren-en-interpreteren-van-afwijkend-looppatroon> .
- Eventueel aanvullend gericht lichamelijk onderzoek
 - Vaststellen van stoornis(sen) en (loop)beperkingen
 - Bepalen van de loopafstand aan een stuk, met gebruikelijke loophulpmiddelen
 - Zijn er nog behandelmogelijkheden, zo ja welke
 - Wat is de prognose van de beperkingen
 - Beoordelen van mogelijk anti-revaliderend effect m.b.t. verstrekken van de GPK-voorziening
 - Is er wellicht sprake van een andere (ernstige) stoornis niet zijnde een loopbeperking op basis waarvan een GPK-voorziening overwogen moet worden in het kader van de zogenaamde hardheidsclausule
 - Is de situatie op basis van eigen onderzoek voldoende duidelijk of moet er aanvullende informatie bij behandelaars opgevraagd worden om de stoornis en beperkingen te objectiveren.
 - NB Bij het beperkte lichamelijk onderzoek op een GPK-spreekuur, indien daarvoor toestemming is verkregen van de cliënt, dient de cliënt zoveel als mogelijk, voor zover een goed onderzoek dat toelaat, de kleding aan te kunnen houden. In alle gevallen houdt de cliënt het ondergoed aan en worden er nimmer onderzoeken gedaan van mammae of in het genitale gebied. Ook al zullen dergelijke onderzoeken niet doorslaggevend zijn voor de verstrekking van een gehandicaptenparkeerkaart en zijn ze daarmee overbodig, wordt deze opmerking hier toch gemaakt gezien de kwetsbare situatie waarin de cliënt zich bevindt.

Opvragen aanvullende informatie

De adviserend arts heeft een onafhankelijke rol en zal de beoordeling zoveel als mogelijk moeten baseren op basis van: eigen observatie, anamnese en lichamelijk onderzoek. In sommige gevallen, bijvoorbeeld waar het gaat om aandoeningen die niet met dit onderzoek vast te stellen zijn, of waar het gaat om inschatting van de duur van een behandeltraject, zal nadere informatie worden opgevraagd worden bij een behandelaar.

Hierbij wordt gemotiveerd nadere informatie opgevraagd, waarbij de adviserend arts steeds zijn eigen onderzoeksbevindingen vermeldt. Er mag alleen informatie worden opgevraagd bij behandelaren, waarvoor de cliënt schriftelijk toestemming heeft gegeven. Daarnaast wordt in samenspraak met de cliënt op de toestemmingsverklaring globaal vermeldt over welke gezondheidsklachten en in welke context informatie wordt opgevraagd.

Voor de behandelaar moet duidelijk zijn voor welk doel de gegevens worden opgevraagd. Aan de behandelaar dienen alleen gerichte vragen te worden gesteld, gerelateerd aan de beperkingen die de cliënt aangeeft en aan het doel van de medische beoordeling, dus geen algemene open vragen als: “met welke aandoeningen is cliënt bij u bekend? “. Alleen feitelijke informatie die strikt noodzakelijk is voor de beoordeling en waarvan aard en omvang is gerelateerd aan het doel van het sociaal-medisch advies mag met een gerichte vraagstelling worden opgevraagd.

Zie <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/artseninfolijn/praktijkdilemmas-1/praktijkdilemma/mag-ik-informatie-verstrekken-aan-een-medisch-adviseur-van-een-verzekeringsmaatschappij.htm>

En <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/omgaan-met-medische-gegevens.htm>

1.2 HOE WORDT HET MEDISCH ADVIES OPGESTELD?

De adviserend arts vermeldt in het advies de methode van onderzoek en de eventuele bronnen en geconsulteerde personen waarop het advies is gebaseerd. In de conclusie van het advies beantwoordt de arts de vraagstelling en onderbouwt die in de beschouwing met feiten en omstandigheden en bevindingen waarop het advies berust.

Het medisch advies dient op een onbevooroordeelde, logische en inzichtelijke wijze te zijn opgesteld en toetsbaar te zijn onderbouwd. Dit betekent ook een onderzoek verantwoording van wat is geobserveerd, wat is onderzocht en welke behandelinformatie is betrokken bij het advies.

Een onvoldoende zorgvuldige onderbouwing, met name bij een negatief advies of als een eerder gegeven gehandicaptenparkeerkaart niet wordt verlengd, kan tot gevolg hebben dat de rechter besluit dat de gehandicaptenparkeerkaart niet afgewezen had mogen worden. Een onvolledige onderbouwing kan dus veel consequenties hebben. Tegelijkertijd moet er wel op gelet worden dat er niet onnodig (persoons-)informatie wordt doorgegeven aan de gemeente. Het is van belang om, indien aan de orde, bij de conclusie te benoemen en in het advies uit te leggen waarom een gehandicaptenparkeerkaart tijdelijk wordt geadviseerd, namelijk omdat er nog verbetering mogelijk is. Dit geeft bovendien extra ondersteuning als bij de volgende keuring wordt onderbouwd dat het dan beter gaat dan daarvoor, aangezien die mogelijkheid immers al was voorspeld.

In de rapportage naar de gemeente geldt conform de AVG het zogenaamde ‘zuinigheidsbeginsel’ waarbij niet meer persoonlijke informatie wordt verstrekt dan strikt noodzakelijk is voor de onderbouwing van het advies. Ook de wijze van noteren van geconsulteerde behandelaars dient zo terughoudend mogelijk te gebeuren, om de privacy van de cliënt te beschermen. Zo kan het zijn dat in overleg met de cliënt in het advies aan de gemeente niet de naam en/of functie van bepaalde behandelaars genoemd worden, waarbij dan volstaan wordt met het noemen van bijvoorbeeld “brief /overleg medisch specialist d.d. ...”. Hiernaast is de arts gehouden om een apart medisch dossier aan te leggen met uitgebreidere onderbouwing van het advies met medisch vertrouwelijke informatie die niet aan gemeentes verstrekt wordt. Deze informatie is eventueel wel beschikbaar voor betrokken cliënt.

De arts meldt aan het eind van het spreekuur de conclusie en de vervolprocedure aan de cliënt. Als er eerst nog medische informatie moet worden opgevraagd, meldt de arts de conclusie telefonisch, met name in het geval dat het een negatief advies wordt. De arts vraagt altijd aan cliënten of hij het advies mag doorsturen aan de gemeente of aan zijn opdrachtgever. In geval van een verwacht positief advies zal de cliënt hier (logischerwijs) mee instemmen.

In geval van een verwacht negatief advies, waar de cliënt het niet mee eens is, kan de cliënt vragen om eerste inzage van het conceptadvies en vervolgens verhinderen dat de informatie ter kennis van de gemeente of opdrachtgever wordt gebracht. Indien betrokkene gebruikmaakt van recht op eerste inzage dan stuurt de adviserend arts het conceptadvies met een begeleidende brief naar de betrokkene. In de brief geeft hij de betrokkene een redelijke termijn om te reageren. In de regel is een termijn van twee weken redelijk. Het conceptadvies vermeldt het besprokene (feiten en omstandigheden) en hoe de arts tot zijn advies is gekomen. Als de cliënt van mening is dat er iets in het conceptadvies ontbreekt of er feitelijk onjuist in staat beschreven, dan kan de cliënt vragen de feitelijke onjuistheden te corrigeren (correctierecht). Het correctierecht houdt niet in dat de betrokkene het recht heeft om het medisch inhoudelijke deel van het conceptadvies aan te passen.

Indien de cliënt wil verhinderen dat de informatie ter kennis van de gemeente of opdrachtgever wordt gebracht dan maakt hij gebruik van het blokkeringsrecht. Als de cliënt gebruikmaakt van het blokkeringsrecht, dan informeert de beoordelend arts de opdrachtgever daarover. Er is dan geen advies. De gemeente of opdrachtgever kan daaraan zijn eigen conclusies verbinden (voor inzagerecht, correctierecht en blokkeringsrecht zie WGBO en AVG).

De NVMSR (Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage) en de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) hebben respectievelijk de volgende Richtlijnen ontwikkeld waarin wordt omschreven waaraan medische rapportages dienen te voldoen:

Zie <https://nvmsr.nl/publicaties/> en <https://www.nvmsr.nl/wp-content/uploads/2015/02/Richtlijn-NVMSR-april-2016-pdf.pdf> en

<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/omgaan-met-medische-gegevens.htm>

2. UITGANGSPUNTEN BIJ DE BEOORDELING

- De adviserend arts stelt op basis van eigen onderzoek een loopafstand van minder dan 100 meter vast.
- De adviserend arts stelt op basis van eigen onderzoek een eventuele medische noodzaak voor continue begeleiding vast
- De adviserend arts beoordeelt de behandelmogelijkheden en prognose.
- De adviserend arts stelt de duur van de toekenning van een gehandicaptenparkeerkaart en de noodzaak van herbeoordeling vast op basis van de behandelmogelijkheden en prognose.

Bij in ernst wisselende beperkingen geldt dat de ernstige beperkingen in meer dan de helft van de tijd of in meer dan de helft van het aantal dagen van de week aanwezig moet zijn voordat de adviserend arts een voorziening kan overwegen.

BELANGRIJKE THEMA'S

2.1 LOOPBEPERKING

Het lopen kan fysiek beperkt zijn door een aantal factoren:

1. **Bewegingsbeperking**
2. **Pijn**
3. **Uithoudingsvermogen/energie**
4. **Instabiliteit**

Er zijn een aantal veel voorkomende aandoeningen die aanleiding kunnen geven voor een loopbeperking. Hieronder worden per bovengenoemd kopje voorbeelden gegeven van diverse aandoeningen met achtergrondinformatie welke de keuringsarts kan gebruiken bij het beoordelen van de loopafstand en het afwegen van het advies.

1. **Bewegingsbeperking**

Aandoeningen van het bewegingsapparaat, bijvoorbeeld schade aan botten, gewrichten, spieren of zenuwstelsel. Voor de duiding is van belang in welke mate deze aandoeningen beperkingen geven en in welke mate behandelingen kunnen leiden tot verbetering. Als een indicatie voor een gehandicaptenparkeerkaart wordt vastgesteld is dit met name een categorie voor een tijdelijke geldigheidsduur omdat verbetering van klachten in de toekomst door nieuwe behandelmogelijkheden, bijvoorbeeld in de vorm van nieuwe medicatie en ontwikkelingen in de orthopedie qua gewrichtsprotheses, niet uitgesloten kan worden.

2. Pijn

Pijn is moeilijk te meten, het is een subjectieve ervaring. Er kan niet gesteld worden dat lopen, zelfs bij gezonde mensen, altijd pijnvrij zou kunnen verlopen. Pijn is een eerste signaal van het lichaam dat er een grens bereikt gaat worden. Aan de andere kant is het leren omgaan met pijn (en vermoeidheid) vaak een revalidatiedoel in de zin van vinden van evenwicht tussen belasting en belastbaarheid. Bij sommige ziektebeelden wordt als revalidatiedoel geadviseerd om door de pijn heen te blijven lopen om het loopvermogen proberen te verbeteren, zoals bij claudicatio intermittens (perifeer arterieel vaatlijden). In dit soort situaties kan het te snel verstrekken van een gehandicaptenparkeerkaart anti-revaliderend werken.

3. Uithoudingsvermogen/energie

Aandoeningen op het gebied van uithoudingsvermogen hebben veelal een relatie met hart- en longfalen. Deze beperkingen zijn vaak goed meetbaar. Bij vergevorderde stadia zijn cliënten meestal gediagnosticeerd door de longarts met een stadiëring van bijvoorbeeld COPD GOLD/ABCD (kantelpunt bij GOLD 3 C of D) of door een cardioloog met een verminderde linkerventrikelfunctie (kantelpunt < 25 %). Ook een beperkte nierfunctie (< 20%) of dialyse kunnen aanleiding geven tot een forse beperkingen in het uithoudingsvermogen.

4. Instabiliteit

Instabiliteit als enkele beperking kan meestal opgelost worden met een loophulpmiddel en zal zelden leiden tot een loopbeperking van minder dan 100 meter. In combinatie met andere aandoeningen kan dat wel het geval zijn. Veel voorkomende aandoeningen zijn: CVA met hemibeeld, aandoeningen evenwichtsorgaan, ziekte van Parkinson, cerebellaire ataxie, spierziekten.

2.2 GEBRUIK LOOPHULPMIDDEL

Het zal zelden voorkomen dat de aanvrager wel gebruik kan maken van een loophulpmiddel maar deze niet in de auto kan doen of uit de auto kan halen. Er zijn veel soorten lichtgewicht en inklapbare loophulpmiddelen die vrij verkrijgbaar zijn. Als op enigerlei wijze het in- en uitklappen en/of het in- en uit de auto tillen op onoverkomelijke medische problemen stuit, dient dit zorgvuldig onderbouwd te worden door de adviserend arts. Te denken valt aan een invaliderende aandoening van armen of schouders of ernstige evenwichtsproblematiek.

2.3 ROLSTOELGEBONDENHEID

Met permanente rolstoelgebondenheid wordt bedoeld: continue volledige rolstoelgebondenheid.

De aanvrager hoeft in principe dus niet levenslang volledig rolstoelgebonden te zijn om in aanmerking te komen voor een GPK. Maar als te voorzien is dat de aanvrager langer dan een half jaar continue en volledig rolstoelgebonden zal zijn en slechts een kort stamoment heeft waarbij er hulp nodig is van een ander, is een GPK te overwegen.

In het geval van niet-permanent rolstoelgebonden zijn kan de cliënt bij langer durende beperkingen wel een beroep doen op de Wmo voor een rolstoel. Bij korte periodes kan zonder kosten via de zorgverzekeraar een transportrolstoel geleend worden bij een thuiszorgwinkel, soms is daarvoor een machtiging van een behandelend arts nodig.

Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/bewegingshulpmiddelen-zvw>

Aangezien de cliënt dus gebruik kan maken van een algemeen gebruikelijk loophulpmiddel dan wel een rolstoel vormt het niet-permanent rolstoel gebonden zijn in beginsel geen reden voor een GPK.

2.4 CONTINUE BEGELEIDING

Het aangewezen zijn op continue begeleiding kan worden afgeleid uit (een combinatie van) geobjectiveerde beperkingen zoals niet of zeer beperkt alleen (al dan niet zittend) kunnen wachten, het kunnen lopen van slechts een zeer geringe afstand, of er hulp nodig is bij in- en/of uitstappen en hulp bij voortbewegen.

In het algemeen wordt ervan uitgegaan dat het mogelijk is om, na het afzetten van een passagier, binnen 10 à 15 minuten de auto te parkeren en weer terug te lopen naar de plek waar de passagier is afgezet. Hieruit volgt dat onder continue begeleiding wordt verstaan dat de aanvrager op medische gronden ook niet langer dan zo'n 10 à 15 minuten (in een onbekende omgeving) alleen gelaten kan worden. Immers vermeldt de Regeling dat het moet gaan om personen die voor het vervoer van deur tot deur continue afhankelijk zijn van de hulp van de bestuurder. Als daarbij momenten zijn dat het vanuit medisch oogpunt verantwoord is om de persoon buitenshuis even alleen te laten, is de afhankelijkheid niet continue.

De medische gronden van continue begeleidingsafhankelijkheid dienen wel uitgevraagd en onderbouwd te worden. Soms is de aanvrager weliswaar zeer slecht ter been door bijvoorbeeld evenwichtsstoornissen, maar blijkt al uit de anamnese dat de aanvrager zelfstandig genoeg is om alleen te zitten wachten, bijvoorbeeld als de aanvrager adequaat reageert en zelfstandig gebruik maakt van een scootmobiel buitenshuis voor de boodschappen. Het moet dus gaan om een vorm van kwetsbaarheid die het medisch noodzakelijk maakt dat de persoon buitenshuis continu begeleid moet worden, ook bij het (zitten) wachten.

De beperkingen van de aanvrager moeten een gevolg zijn van een aandoening of gebrek. Sociaal-maatschappelijke omstandigheden zijn dus geen reden voor het verstrekken van een GPK. Dus het niet (meer) hebben van een rijbewijs of auto is geen reden om een GPK-B om te zetten in een GPK-P, wanneer die persoon niet continue afhankelijk is van hulp of begeleiding van de bestuurder van deur tot deur. Ook niet in het geval van (vrijwilligers)werk of wanneer de aanvrager woont in een gebied waar geen openbaar vervoer komt. De gehandicapte die minder dan 100 meter kan lopen maar na het uitstappen geen medische noodzaak voor begeleiding heeft, kan immers afgezet worden op de invalidenparkeerplaats, waarna de bestuurder de auto elders parkeert of doorrijdt.

2.5 KINDEREN

2.5.1 Algemeen

Allereerst geldt dat er vanuit het basisbeginsel moet worden gedacht dat kinderen, met maar ook zonder beperkingen, tot en met 11 jaar sowieso een fysiologische begeleidingsbehoefte hebben. Dit betekent dat een beperking in de loopafstand van minder dan 100 meter en een begeleidingsbehoefte op basis van een aandoening of gebrek, op deze leeftijd niet automatisch leidt tot een GPK-P. Voor het adviseren van een GPK-P volgt uit de Regeling artikel 1 b dat de persoon *ten gevolge van* een aandoening of gebrek een verminderde loopafstand en een begeleidingsbehoefte moet hebben. In het voorgaande Protocol Gehandicaptenparkeerkaart 2008 stond hierover al bij hoofdstuk 1.9.4. Continue begeleiding: "Hoewel dit in de Regeling niet expliciet wordt vermeld, mag naar mening van de werkgroep worden aangenomen dat ook de continue afhankelijkheid een uiting moet zijn van een aandoening of gebrek". Dit is dus niet nieuw en nog nooit door een rechter weersproken. Pas als sprake is van permanente rolstoelgebondenheid, en/of van een additieve begeleidingsbehoefte op medische gronden, dus een situatie als genoemd in de Regeling onder 1.d., komt bij kinderen vanaf 12 jaar een GPK-P in beeld.

2.5.2 Loopvermogen

Het loopvermogen van de cliënt wordt pas meegewogen vanaf de leeftijd van 3 jaar. Dit is wijziging ten opzichte van het protocol 2008 waarbij toen min of meer arbitrair vanaf de leeftijd van 2 jaar werd aangenomen. De onderbouwing van deze wijziging wordt hieronder uiteengezet.

Er mag redelijkerwijs vanuit gegaan worden dat ouders/begeleiders in het algemeen in staat zijn om een kind tot de leeftijd van 3 jaar in en uit de auto te tillen en te dragen of te vervoeren met een buggy.

De achtergrond van deze aanname is als volgt. Het gewicht van een kind van net 3 jaar is normaal gesproken maximaal 18,5 kilo. Er is een variatie in gewicht van mensen en jonge kinderen in Nederland, onder andere op basis van afkomst. Zie <https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/roadmaps/youth/groeydiagrammen-in-pdf-formaat/>. Wanneer naar de groep kinderen tussen de 0-4 jaar gekeken wordt zijn de kinderen met het relatief grootste gewicht de Nederlandse jongens. Zie <https://www.tno.nl/media/4753/njbx1.pdf>. Wanneer naar de bovenste standaarddeviatie gekeken wordt wat betreft lengte én gewicht op de grafieken is duidelijk dat een hoog-normaal gewicht van een relatief lang jongetje van precies 3 jaar net onder de 19 kilo is.

Vervolgens is gekeken naar het maximaal te tillen gewicht. Hierbij is uitgegaan van de Arbeidsomstandighedenwet, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0010346/2021-07-01> en het bijbehorende Arbeidsomstandighedenbesluit 5.1 hoofdstuk Fysieke belasting, zie <https://wetten.overheid.nl/BWBR0008498/2022-01-01#Hoofdstuk5>

De praktische invulling die hieraan gegeven wordt is te vinden op het Arboportaal: <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/tillen-en-dragen/wat-zegt-de-wet-over-tillen-en-dragen>

In de standaard van de NVAB, de Nederlands Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, wordt er van uitgegaan wordt dat het onder normale omstandigheden maximaal te tillen gewicht 25 kg is, zie https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/14-02-24_RL_TILLEN_DEF.pdf.

Uitgaande van de berekening via NIOSH-methode, zie <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/tillen-en-dragen/vraag-en-antwoord/hoeveel-mag-een-werknemer-tillen> is het maximum ongeveer 23 kilogram. Een gewicht van 18,5 kilo is echter nog ruim onder deze maximum norm, wat betekent dat aanvragen voor kinderen onder de 3 jaar in beginsel niet in behandeling genomen hoeven worden. Het gebruik van een transporthulpmiddel, zoals een buggy, mag bovendien als algemeen gebruikelijk beschouwd worden tot de leeftijd van drie jaar.

Wel kan het zijn dat er specifieke medische omstandigheden zijn waardoor de afstand buitenshuis tot het reisdoel zo kort mogelijk gehouden dient te worden, bijvoorbeeld bij een fysiek zeer grote kwetsbaarheid. Of als de ouders zelf substantiële beperkingen hebben, waardoor zij niet in staat zijn het kind over een langere afstand te verplaatsen (zonder dat zij zelf strikt genomen een loopafstand van minder dan 100 meter hebben). Ook kan er bijvoorbeeld sprake zijn van het moeten meedragen van zware medisch noodzakelijke hulpmiddelen, zoals volumineuze sondepompen of ademhaling ondersteunende apparatuur. Dit kunnen overwegingen zijn om alsnog een gehandicaptenparkeerkaart te verstrekken. De gemeente kan de aanvraag dan toch doorsturen aan de beoordelend arts en vragen deze aspecten mee te wegen in de beoordeling. Het niet hebben van een transportrolstoel/loophulpmiddel of deze niet willen gebruiken vormt net als bij volwassenen geen reden voor het toekennen van een gehandicaptenparkeerkaart.

2.5.3 Begeleidingsnoodzaak

In zijn algemeenheid is het gebruikelijk dat kinderen tot de leeftijd van 12 jaar niet afgezet en alleen gelaten worden in een voor hen vreemde omgeving. Deze leeftijd wordt min of meer arbitrair aangenomen, op basis van maatschappelijke gebruiken, zoals dat het verkeersexamen in groep 7 wordt afgenomen. Ook heeft het CIZ bij de AWBZ-indicatiestelling steeds rekening gehouden met dat kinderen tot 12 jaar begeleiding van een volwassenen nodig hebben in het verkeer, wanneer zij van en naar school, activiteiten ter vervanging van school, of vrijetijdsbesteding gaan.

Zie <https://www.nationalehulpgids.nl/forms/ProtocolGebruikelijkeZorg.pdf>

Er is daarmee een vorm van continue begeleidingsbehoefte op basis van de jonge leeftijd. Een beperking op basis van de kalenderleeftijd is immers fysiologisch en geen medische beperking, aandoening of gebrek.

Het begeleidingscriterium dient dus pas vanaf de leeftijd van 12 jaar beoordeeld te worden, op basis van de ontwikkelingsleeftijd en niet op basis van de kalenderleeftijd. Zo zal een kind met een verstandelijke beperking zich trager ontwikkelen en op het 12^e jaar niet hetzelfde zelfstandigheidsniveau hebben als een kind zonder beperkingen.

Ofwel wanneer een persoon 12 jaar of ouder is, en (nog steeds) een begeleidingsbehoefte heeft op basis van een ontwikkelingsleeftijd van minder dan 12 jaar dan wel om andere medische redenen, dan bestaat er een op zichzelf staande begeleidingsbehoefte op medische gronden. Bijvoorbeeld een 40-jarige persoon met het syndroom van Down en een ontwikkelingsleeftijd van 7 jaar en een loopafstand van minder dan 100 m heeft dus een niet-leeftijdsgebonden medische beperking voor beide criteria. Te vergelijken met bijvoorbeeld een dementerende met een loopafstand van minder dan 100 meter.

Dit betekent ook dat kinderen tót 12 jaar, al dan niet met een ontwikkelingsachterstand bij een loopafstand van minder dan 100 meter, alleen in aanmerking komen voor een GPK-P bij de eerdergenoemde permanente rolstoelafhankelijkheid en/of een additieve begeleidingsbehoefte op medische gronden. Bij die additieve begeleidingsbehoefte op medische gronden kan bijvoorbeeld gedacht worden aan zeer ernstige gedragsstoornissen, in verband waarmee de afstand van de auto tot het vervoersdoel zoveel als mogelijk bekort moet worden. In alle andere gevallen kan de bestuurder elders parkeren, en kan het kind daar naar de rolstoel lopen om verder vervoerd te worden door de bestuurder; ook als het kind minder dan 100 meter kan lopen.

3. ANDERE BEPERKINGEN DAN LOOPBEPERKING

3.1 Somatische stoornissen niet zijnde een loopbeperking

Sommige somatische aandoeningen maken het sociaal onacceptabel lange afstanden af te leggen. Hierbij kan gedacht worden aan ernstige therapieresistente incontinentie voor waterdunne ontlasting, die niet afdoende met incontinentiemateriaal kan worden opgevangen. Of een noodzaak tot continue begeleiding vanwege doofblindheid, of vanwege zeer frequent optreden van epileptische insulten.

3.2 Psychische beperkingen

Sommige psychische stoornissen kunnen een belemmering vormen voor het afleggen van afstanden buitenshuis, zoals ernstige agorafobie, sociale fobie of een conversiestoornis, waarbij de cliënt neurologische en/of zintuiglijke symptomen ervaart.

Een andere situatie is een noodzaak tot continue begeleiding bij een persoon met een verstandelijke beperking die gepaard gaat met ernstige gedragsproblematiek. Of een neurocognitieve stoornis zoals dementie die gepaard gaat met ernstige gedragsproblemen. Of bijvoorbeeld zeer snelle overprikkeling bij een ernstige vorm van autisme. De verschillende vormen van gedragsproblematiek kunnen soms onveilige of onaanvaardbare situaties met zich meebrengen, waardoor de afstand zoveel als mogelijk moet worden bekort. Net als bij somatische aandoeningen moeten de diagnose en de (ernst van de) beperkingen vastgesteld zijn door deskundigen ter zake en moet vaststaan dat er niet afdoende verbetering te verwachten is door behandeling.

3.3 Beperkingen in- en uitstappen

Deze beperking wordt soms aangegeven door cliënten die een bewegingsbeperking hebben in heup en bekken of na een amputatie. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met dat de eerste eis voor een gehandicaptenparkeerkaart een loopbeperking is van minder dan 100 meter. Alleen een beperking met in- en uitstappen hoeft geen reden te zijn om een gehandicaptenparkeerkaart te verstrekken omdat betrokkene zijn auto ook iets verder weg kan parkeren bijvoorbeeld op een parkeerplaats parallel aan de weg. Als het om een bestuurderskaart gaat kan dan alleen een GPK-B overwogen worden mits de loopafstand minder dan 100 meter is. Als er om een passagierskaart gevraagd wordt kan immers de cliënt op een gehandicaptenparkeerplaats geholpen worden met in- en uitstappen en kan de bestuurder de auto elders parkeren.

Daarnaast moet het in geval van een bestuurderskaart om een ernstige beperking van de bestuurder gaan, waarbij er geen andere mogelijkheid tot in- en uitstappen is dan door het portier volledig open te zetten, waardoor de bestuurder is aangewezen op een extra brede parkeerplek (soms ook extra lang) zoals het geval is bij een gehandicaptenparkeerplaats.

4. ANTI-REVALIDEREND EFFECT

Wanneer tijdens het onderzoek blijkt dat betrokkene nog therapie of behandeling volgt waarbij er juist aandacht is voor meer bewegen en conditie opbouwen kan het verstrekken van een gehandicaptenparkeerkaart een anti-revaliderend effect hebben. Bijvoorbeeld kan het voorschrift van de vaatchirurg bij claudicatio intermittens zijn: looptraining en door de pijn heen lopen, of van de huisarts of orthopeed bij beginnende artrose: dagelijks bewegen. Of meer bewegen in het kader van gewichtsreductie of in het kader van bijvoorbeeld diabetes mellitus

type 2. Ook op psychisch gebied kan dit het geval zijn, zo kan bijvoorbeeld exposure geadviseerd zijn door de behandelaar in het geval van een sociale fobie. Meestal zal dit advies de cliënt ook wel bekend voorkomen omdat zijn of haar behandelaar dat ook genoemd heeft. Daarbij kan het ook zijn dat het lopen niet aaneengesloten maar wel in etappes meer dan 100 meter is. Ook deze beperking dient minimaal zes maanden aanwezig te zijn. Bij deze afweging dient echter wel overwogen te worden of met deze therapie de loopafstand boven de 100 meter uit zou kunnen komen. Vaak zal bij de behandelend specialist uitgevraagd moeten worden wat het behandeldoel is, het kan immers gaan om uitbreiding van de loopafstand maar ook om onderhoudsbehandeling. Zolang met behandeling verbetering (binnen zes maanden) te bereiken zou kunnen zijn, kan dus niet gesteld worden dat er een sprake is van een blijvende of langdurige (meer dan zes maanden) beperking. Als eerder dan zes maanden een verbetering wordt verwacht waarbij de persoon weer meer dan 100 meter zal kunnen afleggen, wordt geen gehandicaptenparkeerkaart afgegeven.

Gesproken wordt van een te verwachten verbetering door spontaan beloop dan wel na behandeling. Behandeling wordt als voorliggend beschouwd indien mogelijk. Voor invasieve behandelingen geldt alleen dat zij voorliggend zijn indien deze gepland staan. Met invasieve behandelingen worden ingrepen bedoeld die blijvende substantiële anatomische veranderingen aanbrengen in het lichaam; bijvoorbeeld een injectie doet dat niet maar een operatie waarbij een heupprothese wordt aangebracht wel. Er kunnen zwaarwegende medische redenen zijn om de behandeling uit te stellen. Niet-invasieve behandeling weigeren om sociaal-maatschappelijke (bijvoorbeeld geen geld hebben voor de eigen bijdrage) of religieuze redenen geldt niet als zwaarwegende reden; dit wordt beschouwd als eigen keuze.

5. GELDIGHEIDSDUUR EN HERKEURING

Als de cliënt een loopbeperking van minder dan 100 meter heeft op basis van een aandoening, die te verhelpen is met een operatieve ingreep, waarmee blijvende veranderingen worden aangebracht in het lichaam, is die ingreep niet voorliggend wanneer die niet gepland staat.

De geldigheidsduur van de af te geven gehandicaptenparkeerkaart hangt samen met het verwachte moment waarop de ingreep zal plaatsvinden, tenzij deze ingreep blijvend medisch gecontra-indiceerd is.

Als de cliënt zelf aangeeft nooit een ingreep te willen ondergaan, terwijl deze wel medisch geïndiceerd is, dan zal er een tijdelijke kaart afgegeven worden. Het is immers niet uitgesloten dat er in de toekomst alsnog overgegaan zal worden tot de ingreep.

Als er al een ingreep gepland staat, kan met inachtneming van de te verwachten revalidatieperiode, een tijdelijke gehandicaptenparkeerkaart overwogen worden als de periode waarin met minder dan 100 meter kan lopen langer dan een half jaar zal zijn.

MEEST VOORKOMENDE AANDOENINGEN

6. GEWRICHTSAANDOENINGEN

6.1 Artrose

Beschrijving:

Artrose is een veelvoorkomende degeneratieve gewrichtsaandoening, gekenmerkt door langzaam toenemend verlies van kraakbeen met daarbij ook veranderingen van het subchondraal bot en met botvorming aan de gewrichtsranden (osteofyten). Artrose komt vaak voor aan het heup- en kniegewricht. De klachten van artrose zijn: (start)pijn, (ochtend-/start-) stijfheid, spierzwakte, instabiliteit, bewegingsbeperking met soms kraken of blokkeren van het gewricht, soms ook een gewrichtsontsteking ('flaring'), standsafwijking en vermoeidheid. De klachten leiden tot langzaam toenemende problemen bij de dagelijkse activiteiten. Artrose is een klinische diagnose. Röntgenonderzoek komt pas in een late fase aan de orde. De behandeling bestaat uit voorlichting en advies, zo nodig oefentherapie (dagelijks zelf oefenen of onder leiding van een fysiotherapeut). Aan patiënten wordt een actieve leefstijl geadviseerd, die verder met pijnstillers en zo nodig gewichtsafname kan worden ondersteund. Een heup- of kniegewricht dat door artrose ernstig en blijvend is beschadigd kan meestal operatief worden vervangen door een kunstgewricht. Na een dergelijke operatieve behandeling is de pijn meestal sterk verminderd en de loopfunctie sterk verbeterd.

Zie bijvoorbeeld <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/niet-traumatische-knieklachten>

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Er is sprake van ernstige en blijvende gewrichtsschade van een heup- of kniegewricht door artrose (radiologisch aangetoond of onmiskenbaar uit lichamelijk onderzoek gebleken) en er heeft geen gewrichtsvervangende operatie plaatsgevonden.
- Er is sprake van ernstige beperkingen in mobiliteit en in het zelfstandig uitvoeren van normale dagelijkse activiteiten.
- Na een met succes uitgevoerde gewrichtsvervangende operatie is de pijn meestal sterk verminderd en de loopfunctie sterk verbeterd. Ná een dergelijke ingreep (of combinatie van ingrepen) is er meestal geen reden meer om een gehandicaptenparkeerkaart te verlengen.

6.2 Reumatoïde artritis

Beschrijving:

Reumatoïde artritis is een systemische, inflammatoire gewrichtsaandoening met een chronische steriele ontsteking van de synovia. Reumatoïde artritis berust op een auto-immuunproces waarvan de oorzaak onbekend is. Door de ontsteking ontstaat pijn en zwelling van de gewrichten, verdikt de synoviale membraan, wordt de hoeveelheid en samenstelling van de synoviale vloeistof beïnvloed en ontstaat schade aan het gewrichtskraakbeen en aan het onderliggende bot (erosies). Reumatoïde artritis treft vooral de kleine gewrichten, in de onderste extremiteiten vaak de metatarsofalangeale (MTP) gewrichten. De gewrichtsontsteking gaat bijna altijd gepaard met klassiek ontstekingsverschijnselen. Ook structuren rond de gewrichten kunnen meedoen, zoals peesscheden, peesaanhechtingen en slijmbeurzen. Andere organen, de huid (knobbelvorming), het hart, de longen en de ogen kunnen zijn aangedaan. Ook algemene verschijnselen zoals koorts, malaise, gewichtsverlies en anaemia komen voor. Het beloop van de aandoening verschilt per patiënt. Reumatoïde artritis met een chronisch progressief beloop kan leiden tot standsafwijkingen van gewrichten en ernstige lichamelijke beperkingen tot en met rolstoelafhankelijkheid.

Patiënten met reumatoïde artritis moeten zo vroeg mogelijk medicamenteus worden behandeld middels een treat-to-target strategie. Deze behandelwijze beoogt een geformuleerd doel: remissie of lage(re) ziekteactiviteit.

Het doel is te bereiken via systematische monitoring van de ziekteactiviteit en aanpassing van de medicatie. Monitoring van ziekteactiviteit van reumatoïde artritis gebeurt met de Disease Activity Score (DAS), een samengestelde gewrichtsscore waarmee de ziekteactiviteit wordt uitgedrukt met een getal tussen 0 en 10. DAS > 5.1 betekent hoge ziekteactiviteit, DAS < 3.2 lage ziekteactiviteit, DAS < 2.6 ziekteactiviteit ligt stil (remissie).

De behandeling van reumatoïde artritis wordt altijd gestart met een van de conventionele middelen, meestal methotrexaat (MTX) en soms gecombineerd met glucocorticoiden. Bij contra-indicatie voor methotrexaat zijn er alternatieve middelen beschikbaar. Zo snel mogelijk behandelen verbetert de prognose en geeft minder radiologisch aantoonbare gewrichtsschade. Bij meerdere patiënten kan remissie worden bereikt, afname van ziekteactiviteit en functieverlies. Daarom zal in het geval van reumatoïde artritis meestal, als er geen ernstige uitwendige blijvende standsafwijkingen aan bijvoorbeeld de voeten zijn, nadere informatie opgevraagd moeten worden bij de behandelend reumatoloog. Met name om te weten of er nog behandelopties zijn, en om te bepalen wat de termijn moet zijn van een eventueel af te geven gehandicaptenparkeerkaart.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- De diagnose moet zijn gesteld door een reumatoloog, zie https://www.nvr.nl/wp-content/uploads/2018/09/Richtlijndiagnostiekreumatoafdearthritis_FINAL-def.pdf
- De klachten, verschijnselen en onderzoeksgegevens passen bij reumatoïde artritis met ontstekingsverschijnselen van heup, knie-, enkel of voetgewrichten en van structuren rond de gewrichten en van betrokkenheid van mogelijke andere organen.
- Indien behandeling van reumatoïde artritis in een vroege fase is begonnen en indien zo nodig biologicals (bDMARDs) of een gelijkwaardige biosimilar zijn toegepast, dan is de prognose van reumatoïde artritis in 50 - 80% goed en hoeft de aandoening niet tot een ernstige loopbeperking te leiden.

6.3 Jicht

Beschrijving:

Jichtarthritis (jicht) is een inflammatoire steriele gewrichtsontsteking die vaak recidiveert en een uiting is van een systemische metabole aandoening. Jichtarthritis wordt vastgesteld door het microscopisch aantonen van urinezuurkristallen in de gewrichtsvloeistof. Jicht uit zich als een acute monoarthritis met de klassieke ontstekingsverschijnselen, waarbij in 50 -70% van de gevallen het basisgewricht van de grote teen is aangedaan. Meer dan 50% van de patiënten met jicht heeft verhoogde bloeddruk, 30% cardiovasculaire aandoeningen en 25% een nierfunctiestoornis. Een aanval van jichtarthritis wordt behandeld met prednisolon, een NSAID of colchicine. Preventieve behandeling is met allopurinol.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Er is sprake van ernstige recidiverende ontsteking of ernstige blijvende gewrichtsschade van het metatarsale-I gewricht of een van de andere voet- of beengewrichten.
- Er is sprake van ernstige beperkingen in mobiliteit en in het zelfstandig uitvoeren van normale dagelijkse activiteiten.
- Beoordeel de behandelmogelijkheden en prognose:
 - Ernstige Jicht: aanvalsbehandeling (prednisolon, NSAID's, colchicine) én gelijktijdig preventieve behandeling (allopurinol) leidt niet tot afname van het aantal jichtaanvallen onder de zes per jaar.
- Stel de duur van de toekenning van een gehandicaptenparkeerkaart en de noodzaak van herbeoordeling vast op basis van de behandelmogelijkheden en prognose.

6.4 Secundaire artritis

Beschrijving:

Soms ontstaat een gewrichtsontsteking als gevolg van een andere, onderliggende aandoening, dit heet een secundaire artritis. Voorbeelden van secundaire artritis:

- Bij inflammatoire darmziekte (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa)
- Artritis psoriatica
- Reactieve artritis
- Septische artritis (bijvoorbeeld door bacteriëmie of schimmelinfectie)

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

De klachten, verschijnselen en onderzoekgegevens passen bij spondylartritis en/of perifere artritis van onderste extremiteiten en er is sprake van een chronisch ernstig beloop die tot ernstige misvorming, standsafwijking en loopbeperking aanleiding geeft.

7. AANDOENINGEN VAN DE LUCHTWEGEN

7.1 Astma

Beschrijving:

Astma kenmerkt zich door aanvalsgewijze (en reversibele) kortademigheid op basis van bronchiale hyperreactiviteit, al dan niet veroorzaakt door een allergie.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

Astma als enige diagnose is meestal geen indicatie voor een gehandicaptenparkeerkaart.

7.2 COPD

Beschrijving:

COPD is een verzamelnaam voor longaandoeningen die zich kenmerken door een niet of niet geheel reversibele luchtwegobstructie, zoals chronische bronchitis en longemfyseem. De obstructie is gewoonlijk progressief en wordt meestal geassocieerd met een abnormale ontstekingsreactie van de longen op prikkels van buitenaf, zoals roken of kleine gasdeeltjes. Er lijkt ook een genetische predispositie te zijn waarvan de Alpha-1-antitrypsine-deficiëntie het meest uitgesproken is. Naast longklachten veroorzaakt COPD bij een aantal patiënten ook systemische afwijkingen, zoals een verminderde spiermassa, gewichtsverlies en uiteindelijk pulmonale hypertensie. Genezing van COPD is niet mogelijk, maar de ziektelast kan door longrevalidatie wel verminderd worden en de progressie van de klachten is af te remmen. Toch ervaren mensen met COPD vaak een zware en in de tijd steeds toenemende ziektelast, waaronder ook moeheid ('fatigue') en bijvoorbeeld depressiviteit.

De ernst van de afwijkingen bij COPD wordt met spirometrieonderzoek (FEV1, FVC en FEV1/FVC) vastgesteld. De uitkomst van spirometrieonderzoek c.q. FEV1 vertelt maar een deel van het verhaal in COPD, het geeft geen informatie over:

- Mate van hyperinflatie
- Diffusiestoornis
- Perifere spierfunctie
- Voedingstoestand
- Cardiale status / comorbiditeit
- Invloed van psychosociaal functioneren
- Exacerbatiefrequentie

Aangezien de correlatie tussen FEV1 enerzijds en klachten/beperkingen anderzijds niet sterk is, moet ook naar de ernst van de symptomen en het aantal exacerbaties met ziekenhuisopname in het voorgaande jaar gekeken worden.

De ernst van de symptomen wordt beoordeeld met de modified Medical Research Council Dyspneu scale (mMRC schaal, zie tabel 2) of de COPD Assessment Test (CAT vragenlijst, zie tabel 3). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een lage score (0 of 1 op de mMRC, <10 op de CAT) en een hoge score (>1 mMRC of >9 CAT).

Het aantal exacerbaties in het voorgaande jaar is van belang: bij 1 exacerbatie die tot hospitalisatie leidde of bij minstens 2 exacerbaties zonder ziekenhuisopname in het voorgaande jaar worden de symptomen als ernstig beschouwd.

Het Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) is een samenwerkingsverband van artsen, specialisten en officiële instanties wereldwijd om de ziekte COPD (Chronisch Obstructief Longlijden) onder de aandacht te brengen en om de preventie en behandeling van deze ziekte te verbeteren. Het GOLD initiatief geeft richtlijnen uit voor de diagnose, behandeling en preventie van COPD. Voor de stadia van ernst van COPD 1 - 4 vastgesteld met spirometrie onderzoek, zie tabel 1.

In 2017 heeft GOLD de ABCD-assessment tool voor COPD verfijnd tot een gecombineerde beoordeling van de spirometrie uitkomsten, de ernst van symptomen en het aantal exacerbaties met of zonder ziekenhuisopname in het voorgaande jaar.

De gecombineerde beoordeling leidt tot de **nieuwe Gold classificatie**:

| | | | | | |
|-------------|---------------------|-----------|-------------------|----|--------------------------|
| GOLD klasse | 4 | C | D | >1 | Exacerbatie geschiedenis |
| | 3 | | | 1 | |
| | 2 | A | B | 0 | |
| | 1 | Symptomen | | | |
| | mMRC 0-1 CAT <10 | | mMRC >1 CAT >9 | | |

GOLD A en C hebben weinig symptomen, GOLD B en D hebben veel symptomen. GOLD A en B (0 of 1 exacerbatie) zijn laag risicopatiënten, GOLD C en D (2 of meer exacerbaties) zijn hoog risicopatiënten. Het hoogste risico is bepalend voor de nieuwe GOLD klasse. Bv. Gold 1 of 2 met 2 COPD exacerbaties met of zonder ziekenhuisopname in het voorgaande jaar valt in klasse GOLD C of D.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- **GOLD 4 D:** Zeer ernstige COPD (GOLD 4) met veel symptomen of 1 exacerbatie met ziekenhuisopname of met 2 of meer exacerbaties zonder ziekenhuisopname in het voorgaande jaar
- **GOLD 4 C:** Zeer ernstige COPD (GOLD 4) met weinig symptomen en met 1 exacerbatie met ziekenhuisopname of 2 of meer exacerbaties met of zonder ziekenhuisopname in het voorgaande jaar
- **GOLD 3 D:** Ernstige COPD (GOLD 3) met veel symptomen en 2 of meer exacerbaties in het voorgaande jaar
- **mMRC Dyspneu-Schaal:** 4 en 5

Tabel 1. GOLD-stadia n.a.v. spirometrieonderzoek.

| Stadia | Karakteristieken |
|---------------------------|---|
| GOLD 1: Mild COPD | FEV1/FVC < 70% FEV1 > of gelijk aan 80% voorspelde waarden |
| GOLD 2: Matig COPD | FEV1/FVC < 70% FEV1 tussen 50% en 80% voorspelde waarden |
| GOLD 3: Ernstig COPD | FEV1/FVC < 70% FEV1 tussen 30% en 50% voorspelde waarden |
| GOLD 4: Zeer ernstig COPD | FEV1/FVC < 70% FEV1 < 30% voorspelde waarden |

Tabel 2.

| mMRC Dyspneu-Schaal (modified Medical Research Council Dyspneu scale) |
|---|
| 0 Ik heb geen klachten van kortademigheid |
| 1 Ik heb klachten van kortademigheid na flinke inspanning . |
| 2 Ik heb klachten van kortademigheid bij bergop wandelen of als ik haast maak op een horizontale ondergrond |
| 3 Op grond van mijn kortademigheid loop ik op een horizontale ondergrond langzamer dan andere mensen van mijn leeftijd of ik moet stoppen om op adem te komen als ik in mijn eigen tempo op een horizontale ondergrond loop. |
| 4 Als ik op een horizontale ondergrond loop moet ik na enkele minuten stoppen om op adem te komen of nadat ik ongeveer 100 meter heb afgelegd. |
| 5 Ik ben te kortademig om buitenshuis te komen, of ik ben kortademig tijdens het aan- en uitkleden |

Tabel 3.

CAT Assessment (COPD Assessment Test).

How is your COPD?

For each item below, place a mark (✓) in the box that best describes your experience.

Example: I am very happy 0 1 2 3 4 5 I am very sad

| | | SCORE |
|---|---|---|
| I never cough | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | I cough all the time <input type="checkbox"/> |
| I have no phlegm (mucus) in my chest at all | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | My chest is completely full of phlegm (mucus) <input type="checkbox"/> |
| My chest does not feel tight at all | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | My chest feels very tight <input type="checkbox"/> |
| When I walk up a hill or one flight of stairs I am not breathless | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | When I walk up a hill or one flight of stairs I am very breathless <input type="checkbox"/> |
| I am not limited doing any activities at home | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | I am very limited doing activities at home <input type="checkbox"/> |
| I am confident leaving my home despite my lung condition | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | I am not at all confident leaving my home because of my lung condition <input type="checkbox"/> |
| I sleep soundly | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | I don't sleep soundly because of my lung condition <input type="checkbox"/> |
| I have lots of energy | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | I have no energy at all <input type="checkbox"/> |
| SCORE | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

7.3 Interstitiële longziekten (ILD)

Beschrijving:

De term interstitiële longziekten is een verzamelnaam voor meer dan honderd verschillende longaandoeningen in de ruimte tussen de longblaasjes en de bloedvaten, waarbij ook de bloedvaten, longblaasjes, longvliezen en de luchtwegen kunnen zijn aangedaan. Men spreekt ook wel van diffuse longziekten. Als door het ziekteproces het interstitium dikker wordt, dan raakt de gasuitwisseling verstoord.

De oorzaak van een interstitiële longziekte kan zijn een aangeboren afwijking, een auto-immuunziekte, medicijnen, bestraling, infecties, contact met (giftige) stoffen.

Klachten zijn kortademigheid, hoesten, verminderde conditie, pijn en vele andere mogelijke verschijnselen.

Onderzoek bestaat uit: bloedonderzoek, röntgenonderzoek of CT-scan, longfunctieonderzoek, bronchoscopie, biopsie, lavage. De resultaten van onderzoek worden vaak beoordeeld door een multidisciplinair team van verschillende specialismen. De aandoeningen zijn meestal progressief en de behandel mogelijkheden beperkt.

Enkele voorbeelden van Interstitiële longziekten zijn:

- Longfibrose
- Sarkoidose
- Alveolaire proteïnose (PAP)
- Extrinsieke allergische alveolitis (EAA)
- Langerhanscelhistiocytose (LCH)
- Lymfangioleiomyomatose (LAM)

8. HART- EN VAATAANDOENINGEN

8.1 Angina pectoris

Beschrijving:

Bij stabiele angina pectoris zijn er (pijn)klachten op de borst, die worden veroorzaakt door voorbijgaande ischemie van het myocard. De klachten worden uitgelokt door inspanning, kou, warmte, emoties of zware maaltijden en verdwijnen binnen 15 minuten in rust en/of binnen enkele minuten na het gebruik van sublinguaal toegediende nitraten (isosorbidedinitraat of nitroglycerine). Het klachtenpatroon treedt gedurende langere tijd bij herhaling op bij dezelfde mate van inspanning of bezigheid. De incidentie en prevalentie nemen sterk toe met de leeftijd.

Angina pectoris wordt naar het niveau van inspanning waarbij klachten optreden in klassen volgens de New York Heart Association (NYHA):

- Klasse 1: geen klachten of alleen klachten bij excessieve zware inspanning
- Klasse 2: in het dagelijks leven geen klachten, maar wel bij flinke inspanning
- Klasse 3: klachten bij normale dagelijkse activiteiten
- Klasse 4: klachten bij geringe inspanning en in rust

Bij instabiele angina pectoris of bij de instabiele fase na een acuut coronair syndroom zijn de klachten niet (meer) voorspelbaar.

Achtergrond:

- Praktische handleiding: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement> (2019)
- [Praktische handleiding: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/stabiele-angina-pectoris](https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/stabiele-angina-pectoris) (2019)
- <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diagnostiek-bij-angina-pectoris> (2019)

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Het onderzoek wijst op klachten bij normale dagelijkse activiteiten: ECG, NYHA klasse 3 en 4
- Klachten frequenter dan 1x per 2 weken.
- Klachten nemen alleen af met medicatie.
- Betrek het cardiovasculaire risico bij je overweging.
- In geval van (onbehandelbare of) langer dan 6 maanden bestaande instabiele angina pectoris of instabiele fase na een acuut coronair syndroom: overweeg een gehandicaptenparkeerkaart passagier.

8.2 Hartfalen

Beschrijving:

Bij hartfalen is er sprake van kortademigheid en vermoeidheid door een tekortschietende pompfunctie van het hart. Meestal zijn er ook tekenen van vochtretentie. Hartfalen kan acuut of geleidelijk ontstaan en tijdelijk of chronisch klachten geven. Een veel voorkomende oorzaak van systolische hartfalen is een hartinfarct. Langdurige hypertensie is vaak de oorzaak van diastolische hartfalen door verstijving van het hart. De prevalentie van hartfalen neemt sterk toe met de leeftijd. Er is sprake van hartfalen bij een systolische linkerventrikeldisfunctie (LVEF < 25%) of diastolische linkerventrikeldisfunctie (LVEF > 45%) of bij een combinatie van systolische en diastolische linkerventrikeldisfunctie. Bij hartfalen komen brain natriuretic peptide (BNP) en NT BPN-PRO vrij

doordat de hartspier lang onder hoge druk staat. Bij BNP > 100 pg/ml en NT BPN-PRO > 300 pg/ml is hartfalen waarschijnlijk.

Herstel van hartfalen kan optreden na de (sub)acute fase van een coronair syndroom, bij reversibele cardiomyopathieën en bij behandelbare klepgebreken en ritme- of geleidingsstoornissen. Chronisch hartfalen is meestal langzaam progressief maar kan ook (tijdelijk) stabiel zijn en acuut verergeren. Andere orgaanstoornissen komen in combinatie met hartfalen regelmatig voor en kunnen de diagnostiek en/of de behandeling van hartfalen bemoeilijken. Deze orgaanstoornissen zijn: hypertensie, diabetes mellitus, nierfunctiestoornis, COPD, anemie, cognitieve problematiek door verminderde cerebrale doorbloeding.

Chronisch hartfalen wordt naar het niveau van inspanningsvermogen ingedeeld in klassen volgens de New York Heart Association (NYHA):

- Klasse 1: geen beperking van het inspanningsvermogen; normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid, hartkloppingen of kortademigheid.
- Klasse 2: enige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen klachten maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, hartkloppingen of kortademigheid.
- Klasse 3: ernstige beperking van het inspanningsvermogen; in rust geen of weinig klachten, maar lichte lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, hartkloppingen of kortademigheid.
- Klasse 4: geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten; ook klachten in rust.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Geringe lichamelijke inspanning bij dagelijkse activiteiten veroorzaakt ernstige vermoeidheid en kortademigheid (NYHA klasse 3 en 4).
- Afwijkingen van ECG, ECHO, LVEF, laboratoriumwaarden (BNP en NT PRO-BPN).
- Beoordeel comorbiditeit.
- Betrek het cardiovasculaire risico bij je overweging.

8.3 Claudicatio intermittens

Beschrijving:

Claudicatio intermittens is chronisch obstructief arterieel vaatlijden, ook wel Symptomatisch Perifeer Arterieel Vaatlijden (SPAV) genoemd of 'etalagebenen'. Klachten die wijzen op claudicatio intermittens zijn pijn, koude en vervelende sensaties in het been of bilregio bij inspanning en die afnemen in rust. Bijkomende aandoeningen en ongunstige omstandigheden zijn: roken, adipositas, bestaande hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, een chronische matige of ernstige nierfunctiestoornis, verhoogde cholesterol (>8 ml/l) en verhoogde bloeddruk. Onderzoek vindt plaats door het bepalen van de Enkel arm index (EAI), een looptest en/of teendrukmeting. De ernst van claudicatio intermittens en kritische ischemie wordt ingeschat volgens de classificatie van Rutherford en/of Fontaine.

Rutherford classificatie (gradering en categorie):

- Graad 0 categorie 0: asymptomatische vernauwing van beenvaten
- Graad 1 categorie 1: milde claudicatio intermittens
- Graad 1 categorie 2: matige claudicatio intermittens
- Graad 1 categorie 3: ernstige claudicatio intermittens
- Graad 2 categorie 4: pijn in rust
- Graad 3 categorie 5: beperkt weefselverlies, wonden genezen niet meer

Fontaine classificatie:

- Stadium 1: vernauwing van beenvaten maar nog geen typische klachten van claudicatio intermittens.
- Stadium 2: etalagebenen, pijn neemt af bij stilstaan. Afhankelijk van de loopafstand wordt onderscheid gemaakt tussen 2A en 2B. Bij een stadium 2A kan patiënt pijnvrij meer dan 100 meter lopen. Bij een stadium 2B treedt de pijn op voordat patiënt 100 meter gelopen heeft. De meerderheid van de patiënten blijft in stadium 2.
- Stadium 3: patiënt heeft ook in rust pijn in de benen en/of de voeten. De pijn vermindert wanneer men het been van het bed laat afhangen. De toevoer van zuurstof en voedingsstoffen komt in het getroffen been ernstig in het gedrang.
- Stadium 4: aan de getroffen voet komen niet genezende wonden, necrose of gangreen voor. Er bestaat gevaar voor amputatie.

De stadia 3 en 4 worden kritieke ischemie genoemd. Bij kritieke ischemie wordt een lage bloeddruk in de benen gemeten (minder dan 50 mm Hg t.b.v. de enkels en/of 30 mm Hg ter hoogte van de grote teen).

Behandeling vindt medicamenteus plaats met anticoagulantia, voorlichting over het cardiovasculair en looptraining. Indien noodzakelijk vindt invasieve behandeling plaats: dotteren, plaatsen van een stent, revascularisatie, c.q. bypassoperatie.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Het verstrekken van een kaart is niet anti-revaliderend.
- De onderzoeksgegevens wijzen op een ernstige vaatstoornis: Fontaine classificatie: stadium 2 B (pijn treedt op voordat 100 meter is gelopen) of Rutherford classificatie Graad 1 categorie 3 (ernstige claudicatio intermittens).
- Betrek het cardiovasculaire risico bij je overweging.
- In geval van kritieke ischemie: altijd positief advies voor een gehandicaptenparkeerkaart.

9. NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN

9.1 Algemeen

Beschrijving:

Neurologische aandoeningen zijn aandoeningen van het zenuwstelsel, die vele oorzaken kunnen hebben. De afwijkingen ontstaan door ziekten van het zenuwstelsel zelf (bijvoorbeeld een neurodegeneratieve aandoening), door secundaire oorzaken (zoals vaatziekten, trauma) of ziekten die het zenuwstelsel op pathologische wijze aansturen (bijvoorbeeld sommige endocrinologische ziekten). De afwijkingen kunnen zich voordoen op het niveau van het centraal zenuwstelsel, het perifere zenuwstelsel of het geleidingssysteem hiervan. De neurologische aandoeningen kunnen zich uiten in lichamelijke symptomen of psychische symptomen, of allebei. Gezien de aard van de stoornissen is er vaak geen sprake (meer) van rijgeschiktheid en zal de aanvraag dus meestal om een gehandicaptenparkeerkaart passagier gaan.

De lichamelijke stoornissen/symptomen kunnen zich uiten op het gebied van:

- Bewegingsstoornissen, zoals: verlamming (parese of paralyse), spasme, rigiditeit, hypertonie, hypotonie, ataxie, chorea, motorische tics. Voorbeelden waarbij dit voor kan komen zijn bijvoorbeeld: multiple sclerose, status na CVA, niet aangeboren hersenletsel, traumatische dwarslaesie, M.

Parkinson, ziekte van Huntington, aangeboren syndromen als hereditaire spastische parese, bepaalde spierziekten met een neurologische etiologie.

- Zintuiglijke stoornissen, zoals: gehoorstoornissen, visuele stoornissen, stoornissen in de pijn- en tastzin of proprioceptie. Voorbeelden zijn doof-blindheid en perifere neuropathie.
- Neurocognitieve stoornissen, met name stoornissen in het verwerken, opslaan en reproduceren van informatie, zoals: vergeetachtigheid, afasie, apraxie, verwardheid en oriëntatiestoornissen. Het bekendste voorbeeld is dementie.
- Veranderd bewustzijnsniveau, zoals: verlaagd bewustzijn/somnolentie, bijvoorbeeld door een metabole ziekte, of zoals met aanvallen kan voorkomen bij narcolepsie/kataplexie en epilepsie. Hierbij is niet persé de loopafstand beperkt maar kan continue begeleiding van deur tot deur nodig zijn. Of andere minder onder één noemer te vatten en vaak aanvalsgewijs optredende stoornissen zoals: clusterhoofdpijn of centraal neurologisch bepaalde evenwichtsstoornissen.

Met name de bewegingsstoornissen zijn vaak goed te testen op een spreekuur of huisbezoek door middel van observatie van het loop- en beweegpatroon en beknopt lichamelijk onderzoek.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Neem in overweging of er sprake is van blijvende en/of progressieve beperkingen.
- Als er sprake is van intermitterende beperkingen die meer dan 50% van de tijd aanwezig zijn, overweeg dan de impact op verplaatsingen en deelname aan de maatschappij
- Als er sprake is van forse beperkingen die leiden tot een loopafstand van minder dan 100 meter en minimaal een half jaar zullen aanhouden, maar ook kunnen verminderen, zoek dan de gemiddelde herstelprognose van de aandoening op en pas de duur van de gehandicaptenparkeerkaart daar op aan.

9.2 Ziekte van Parkinson

Beschrijving:

De ziekte van Parkinson is een neurodegeneratieve aandoening van de hersenen. De ziekte gaat gepaard met motorische symptomen zoals stijfheid, traagheid, tremor, klachten bij het lopen balanshouden en kan gepaard gaan met niet-motorische symptomen zoals cognitieve achteruitgang, stemmings- en angstklachten, slaapstoornissen en autonome dysfunctie. Het beloop is chronisch progressief. Tijdens het spreekuur kan door middel van de anamnese, observatie van het looppatroon, medicatiegebruik en lichamelijk onderzoek (tandradfenomeen of loden pijp fenomeen) de diagnose en ernst van de beperkingen worden vastgesteld.

Achtergrond:

- <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/ziekte-van-parkinson>
- https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/ziekte_van_parkinson/startpagina_ziekte_van_parkinson.htm

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Ernst van de motorische symptomen en niet-motorische symptomen.
- Eventueel opvragen medische informatie voor openstaande behandelopties
- Is het door bijkomende cognitieve problemen en kwetsbaarheid van de cliënt verantwoord om de cliënt alleen af te zetten bij bestemming en te laten wachten op de bestuurder?

9.3 Multiple Sclerose

Beschrijving:

Multiple sclerose (MS) is een aandoening van het centrale zenuwstelsel waarbij ontstekingscellen de zenuwbanen in hersenen en ruggenmerg aantasten. Verstoorde zenuwgeleiding leidt tot paresen, overwegend

van het spastische type, stoornissen van het gevoel, stoornissen van coördinatie en soms ook van het zien. MS kan een heel wisselend beloop hebben, van mild tot ernstig. In het begin is er vaak wisselende toename en weer afname van klachten (Relapsing-Remitting MS met 'schubs' – vooral als de ziekte begint op jongere leeftijd). Voor actieve Relapsing-Remitting MS zijn er ziektemodificerende middelen die het aantal actieve laesies beperken, de exacerbaties verminderen en toename van ziekte en invaliditeit op korte termijn tegengaan. Relapsing-Remitting MS kan overgaan in een benigne vorm en in een meer progressieve vorm zonder herstel (dit is vooraf niet te voorspellen). Als de eerste jaren zonder ernstige klachten verlopen is de kans groot dat de situatie tijdens de hierop volgende jaren hetzelfde blijft. De Relapsing-Remitting MS kan overgaan in Secundair Progressieve MS. De schubs nemen af en de neurologische uitval toe. De achteruitgang van mobiliteit kan vrij snel progressief verlopen maar zich ook over tientallen jaren uitspreiden. Typerend voor multiple sclerose is een versnelde uitputbaarheid van de spieren, waarna er een lange periode van rust nodig is voor krachtsherstel. Dit maakt dat een cliënt met gevorderd MS soms nog wel mobiel is, maar de spaarzame energie economisch over de dag moet verdelen om tot activiteiten te kunnen komen. Bij Primair Progressieve MS begint de ziekte meestal op wat oudere leeftijd met geleidelijke verslechtering, vooral van het lopen zonder verbeteringen. Bij langer bestaande MS kunnen cognitieve problemen (geheugen, concentratie en aandacht) ontstaan.

Achtergrond:

- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/multipele_sclerose/multipele_sclerose_startpagina.html

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Gezien het zeer verschillende beloop bij MS-patiënten is het vaak nodig om nadere informatie op te vragen bij de behandelend neuroloog.
- Gevoelsstoornissen: houd rekening met het feit dat bij milde gevoelsstoornissen en lichte paresthesieën de combinatie uiteindelijk zeer invaliderend kan zijn.
- Wanneer de cliënt zich in een rolstoel presenteert is het raadzaam toch het looppatroon te observeren als de cliënt aangeeft nog te kunnen lopen en de armen te onderzoeken op een knipmesfenomeen.

9.4 Spierziekten

Beschrijving:

Een dysfunctie van de spieren kan verschillende oorzaken hebben. Het kan een aandoening betreffen die gelegen is in het spierstelsel zelf, maar kan ook een aandoening zijn die als secundair effect spierzwakte tot gevolg heeft. Zoals bijvoorbeeld bij sommige zenuwaandoeningen of stofwisselingsziekten, al dan niet aangeboren.

De meest voorkomende beperking als gevolg van spierziekten is spierzwakte. Afhankelijk van de aandoeningen kunnen verschillende spieren aangedaan zijn. Zo zullen mensen met spierziekten waarbij de vooral onderste extremiteiten betrokken zijn, eerder in aanmerking komen voor een GPK. Maar ook aantasting van de rompspieren kan invaliderend zijn door verminderde rompbalans of verminderd vermogen tot ademhalingsexcursie.

Bijkomende coördinatiestoornissen kunnen de mobiliteitsproblemen versterken.

Er zijn vormen van spierzwakte die zich weer kunnen herstellen, zoals bijvoorbeeld in het geval van een Guillain-Barré of bij een ernstig vitamine B1 gebrek. Een aantal spierziekten zijn zeer langzaam progressief of worden op een gegeven moment stationair. Veel spierziekten zijn echter sneller progressief, zodat sommige cliënten voor een GPK-B in aanmerking komen maar anderen voor een GPK-P.

Uitgebreide informatie hierover is te vinden op de website van de patiëntenvereniging Spierziekten Nederland (voorheen VSN) <https://www.spierziekten.nl>. Ook de op eigen initiatief door een kinderneuroloog opgezette

website <https://www.kinderneurologie.eu/schieving.php> is zeer informatief. Overige professionele actuele informatie is te vinden op <https://www.spierziektencentrum.nl>.

Het Spierziekten Centrum Nederland is een samenwerkingsverband van artsen en onderzoekers uit alle universitaire medische centra die gespecialiseerd zijn in neuromusculaire aandoeningen.

Op de Richtlijnen database van de FMS zijn richtlijnen voor meerdere spierziekten te vinden.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Hou rekening met het feit dat van veel spierziekten verschillende subtypes bekend zijn die een verschillend beloop kennen, zoals bij HMSN.
- In geval van twijfel kan de wetenschap, dat de cliënt een met zekerheid snel progressieve aandoening heeft, de doorslag geven voor het toekennen van een gehandicaptenparkeerkaart.

9.5 Status na CVA

Beschrijving:

Een beroerte is een cerebrovasculair accident, door een hersenbloeding of een herseninfarct. Op het spreekuur zijn restverschijnselen in de vorm van een halfzijdige verlamming over het algemeen goed te objectiveren met lichamelijk onderzoek. Het meeste herstel vindt in de eerste dagen en weken plaats, maar tot een half jaar na het CVA kan nog herstel optreden, met een uitloop naar 2 jaar. Voor het adviseren van een GPK-P bij restverschijnselen na een CVA kan het dan ook van belang zijn de datum van het CVA te verifiëren bij de huisarts. Op het spreekuur zijn restverschijnselen in de vorm van een halfzijdige verlamming en spasticiteit over het algemeen goed te objectiveren met lichamelijk onderzoek. Bij een CVA kunnen ook neuropsychologische functiestoornissen optreden, die soms blijvend en ernstig zijn.

Zie ook <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/beroerte>

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Zelfs CVA's met veel uitval kunnen nagenoeg restloos herstellen. Een briefje van de huisarts met de vermelding "status na CVA met halfzijdige verlamming" zonder datum is daarom onvoldoende voor een positief advies GPK. Het onderzoek wordt dan gecompleteerd door bij voorbeeld gericht informatie op te vragen over de datum van het CVA en de aangetoonde restverschijnselen en indien aanwezig het meest recente verslag van een looptest.
- Bij recente CVA's is het verstandig om bij positief advies een tijdelijke kaart te adviseren pas na twee jaar kan een eindsituatie vastgesteld worden.
- In geval van een loopafstand van minder dan 100 meter en een bijkomende gemengde afasie is een GPK-P te overwegen.

9.6 Rugklachten met pijn en spierzwakte in een been

Beschrijving:

Er zijn vele oorzaken voor rugklachten, zoals een afwijkende stand van de wervelkolom, een verslapt spierkorset, en degeneratieve veranderingen zoals artrose, facethypertrofie (botwoekering), spondylolisthesis (wervelafglijding). Met name wanneer uittredende zenuwen gecompromitteerd raken kunnen daarbij naast het optreden van pijn ook de motorische functies aangedaan zijn.

De meest voorkomende oorzaken daarvan zijn de hernia en de wervelkanaalstenose. Bij de laatste is het wervelkanaal vernauwd, meestal als gevolg van botwoekering in reactie op artrose, maar de oorzaak kan bijvoorbeeld ook een tumor zijn. Een hernia nuclei pulposi is een uitstulping van de tussenwervelschijf. Deze kan

een uit het ruggenmerg uittredende zenuw raken of beklemmen, met pijn tot gevolg. Uitval kan ook voorkomen bij een hoger gelegen hernia. Overigens kunnen zenuwen ook bekneld raken door fibrosering (bindweefselvorming) in reactie op een operatie. Wanneer alleen pijn in een been op de voorgrond staat moet ook gedacht worden aan vaatlijden als oorzaak van de pijn (claudicatio intermittens in plaats van neurogene claudicatio).

De meeste rugklachten zijn, ook als zij veroorzaakt worden door een hernia, meestal over binnen 6 tot 12 weken, spontaan al dan niet met fysiotherapie. Zie ook de meest actuele richtlijn https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lumbosacraal_radiculair_syndroom_lrs/natuurlijk_beloop_hnp_bij_lrs.html. In beginsel zal er dus geen GPK afgegeven worden voor iemand die korter dan een half jaar mobiliteitsproblemen op basis van rugklachten heeft. Daarnaast is het gedoseerd in beweging blijven vrijwel altijd een belangrijke pijler van de behandeling, zodat ook bij langer bestaande rugklachten niet snel tot advisering van een GPK overgegaan zal worden. In het algemeen zal dit alleen voorkomen wanneer er daadwerkelijk uitval van de motorische functies is en deze naar verwachting zeer langdurig of blijvend is. Overigens kan uitval in de benen ook voorkomen bij een hoger gelegen hernia, zie https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cervicaal_radiculair_syndroom_tgv_chnp/cervicaal_radiculair_syndroom_startpagina.html.

Naast observatie van het looppatroon kan een beperkt deel van het lichamelijk onderzoek uit de richtlijnen (<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/lumbosacraal-radiculair-syndroom> en https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lumbosacraal_radiculair_syndroom_lrs/anamnese_en_lichamelijk_onderzoek_bij_lrs.html) uitgevoerd worden op het spreekuur van de medisch adviseur. Het betreft met name observatie van hakken/tenen loop, het slaan van reflexen (kniepees, achillespees, voetzool), onderzoek van tonus, kracht en tastzin. Als een geschikte onderzoeksbank en voldoende privacy in de spreekkamer aanwezig is ook een observatie van de stand van de wervelkolom met meten van vinger-top-vloer-afstand, proef van Lasègue en gekruiste Lasègue, en onderzoek van flexie, endorotatie en exorotatie van de heupen mogelijk. Bij verdenking vaatlijden ook onderzoek van de voeten/onderbenen op kleur, temperatuur, trofische stoornissen en doorbloeding van de arteria tibialis posterior en dorsalis pedis.

In geval van persisterende rugklachten met uitstraling naar de benen is het eigenlijk altijd nodig aanvullend informatie op te vragen om een indruk te krijgen van de aard en ernst van de afwijkingen, de behandelbaarheid en prognose. Een verslag van een röntgenfoto voldoet niet, als er geen indicatie was voor het verrichten van een MRI dan mag worden aangenomen dat de problematiek niet ernstig genoeg geacht wordt en zal een GPK ook niet aan de orde zijn. In het geval dat de cliënt zelf geen MRI wil (bijvoorbeeld omdat hij zich toch niet wil laten opereren) zal er dus onvoldoende bewijs zijn. Ook een verslag van een fysiotherapeut voldoet dan niet, al kan dit wel meer inzicht geven in de ernst van de beperkingen en het beloop over een langere periode.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Uiteindelijk zal een op een MRI aangetoonde ernstige zenuwbeklemming doorslaggevend zijn voor het toekennen van een gehandicaptenparkeerkaart. Wanneer er een operatie-indicatie bestaat kan een GPK overwogen worden, maar voor korte duur. In principe is nadere informatie van de behandelend neuroloog en/of neurochirurg nodig bij de afweging.

9.7 Dwarslaesie

Beschrijving:

Een dwarslaesie is een ernstige beschadiging van het ruggenmerg, waarbij de zenuwbanen geheel (compleet) of gedeeltelijk (incompleet) doorbroken zijn. De oorzaken kunnen velerlei zijn, zoals een trauma, een tumor, een

vaatstoornis of overmatig gebruik van lachgas Er kan sprake zijn een geheel slappe verlamming maar er kan ook spasticiteit optreden.

Bij een dwarslaesie zal de cliënt zich meestal in een rolstoel presenteren. Deze observatie alleen is onvoldoende om een onvermogen tot lopen op te baseren, al is duidelijk dat observatie van het looppatroon in dit geval niet aangewezen is, tenzij de cliënt zelf aangeeft nog enige loopfunctie te hebben. Op het spreekuur zal de medisch adviseur kunnen constateren of er ook sprake is van een zeer aanzienlijke spieratrofie van de benen en eventueel spasme. Als dit niet evident het geval is, is het verstandig om medische informatie op te vragen ter bevestiging van de diagnose en de datum ervan. Dit om onderscheid te kunnen maken met een conversie of met een nagebootste stoornis, en om een inschatting te kunnen maken binnen welke periode er nog herstel mogelijk is na de dwarslaesie. Na een periode van twee jaar is geheel zeker dat geen noemenswaardig herstel meer zal optreden.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

Bij een uitbehandelde dwarslaesie zijn spontane verbeteringen niet meer mogelijk, wel zijn er technieken in ontwikkeling die lopen in de toekomst wellicht mogelijk maken, zoals het exoskelet. Een herbeoordeling op basis van dossieronderzoek om de 5 jaar is daarom aangewezen, tenzij de mogelijkheden van de cliënt beperkt lijken (bijkomende problematiek, hoge leeftijd enzovoorts).

9.8 Neuropathie

Beschrijving:

Neuropathie komt voor als een op zichzelf staande aandoening, zoals bij dunne vezelneuropathie of chronische idiopathische axonale polyneuropathie, maar kan ook secundair ontstaan, bijvoorbeeld in het kader van diabetes, als gevolg van gebruik van bepaalde cytostatica of in het geval van critical illness neuropathie.

Bij sommige ziekten vormt neuropathie een onderdeel van de aandoening zoals bij hereditaire motorische en sensorische neuropathie (HMSN). Neuropathie kan zich uiten in pijn, gevoelloosheid en/of verminderde positiezin. De mate van aanwezigheid van een of meerdere van deze symptomen bepaalt de mate van beperking. De diagnose wordt veelal gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, waarbij gekeken wordt naar de pijn-, tast-, vibratie- en positiezin en de reflexen in de voeten en de kracht in de onderbenen. Alleen bij twijfel over de oorzaak wordt aanvullend een EMG en laboratoriumonderzoek aangevraagd. Over het algemeen is pijn bij neuropathie moeilijk en niet volledig met pijnstilling te behandelen. Ook is een neuropathie zelden reversibel, en dan vaak slechts gedeeltelijk, zoals neuropathie in het kader van bijvoorbeeld een vitamine B12 tekort.

Zie voor de verschillende vormen van neuropathie, onderzoek en behandelopties de standaarden van de FMS https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/polyneuropathie/startpagina_-_polyneuropathie.html en https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/pijnlijke_diabetische_neuropathie_pdpn/startpagina_pijnlijke_diabetische_neuropathie.html

Voor een wat meer verdiepend artikel zie: <https://www.ntvg.nl/artikelen/richtlijn-polyneuropathie/volledig>

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Aanvullende medische informatie opvragen is aan te bevelen. Optimale therapie en bijvoorbeeld aangepast schoeisel kunnen de klachten doen verminderen; slechts bij een minderheid van de patiënten zal het loopvermogen zo ernstig aangetast zijn dat deze beperkt dient te worden tot maximaal 100 meter.

9.9 Dementie

Beschrijving:

De cognitieve stoornissen bij dementie kunnen van een dusdanige ernst of aard zijn, dat de cliënt niet meer alleen gelaten kan worden. Met name wanneer er dwaalgedrag is, maar ook bijvoorbeeld in geval van risicovolle gedragsstoornissen. Dementie kan ontstaan door verschillende aandoeningen. De meeste voorkomende zijn de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie. In mindere mate de ziekte van Korsakow, Frontotemporale dementie (FTD) en Lewy body dementie (LBD). Daarnaast kunnen vormen van dementie voorkomen in het kader van andere neurologische ziekten, zoals de ziekte van Huntington of Parkinson. Mensen met het syndroom van Down hebben een verhoogde kans op de ziekte van Alzheimer, die vaak al rond het 40^{ste} levensjaar ontstaat.

In deze situaties is er meestal geen sprake (meer) van rijgeschiktheid. Indien er dan een combinatie is met een fysieke beperking in de loopafstand van minder dan 100 meter aaneengesloten, kan een gehandicaptenparkeerkaart passagier overwogen worden.

Een deel van het onderzoek wat de huisarts uitvoert kan ook op een GPK-spreekuur worden uitgevoerd, zie <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/dementie#volledige-tekst-aanvullend-onderzoek>. Op het spreekuur kunnen soms typerende symptomen worden gezien, zoals een wat aarzelende gang of parkinsonisme, head turning sign, en vreemde antwoorden. Afhankelijk van de tijd die men heeft op een spreekuur kan een MMSE (Mini-mental state examination) afgenomen worden en kloktekentest, of bij laagopgeleide, laaggeletterde of anderstalige mensen een RUDAS (Rowland Universal Dementia Assessment Scale).

Zie de richtlijndatabase van de Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde, Verenso, <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijndatabase> en

<https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/dementie/startpagina - dementie.html>

Ook is informatie te vinden bij de richtlijn van de NHG <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/dementie>.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- De dementie moet minimaal vastgesteld zijn door de huisarts conform de NHG-standaard dementie of anders door een geriater of specialist ouderengeneeskunde. Gevorderde stadia van dementie zijn soms voldoende aannemelijk voor de medisch adviseur op het spreekuur middels observatie van de combinatie van cognitieve stoornissen met specifieke bewegingsstoornissen en habitus; in andere gevallen moet een bevestiging van de diagnose verkregen worden van de behandelsector.
- In geval van twijfel over de mate van begeleidingsbehoefte kan als het om een progressieve vorm van dementie gaat, dit doorslaggevend zijn voor het toekennen van een GPK-passagier.

10. PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN

10.1 Algemeen

Onder psychiatrische aandoeningen worden hier verstaan die psychische aandoeningen, waarbij een somatische etiologie niet is aangetoond en/of die zich nagenoeg alleen uiten in psychische symptomen.

Hieronder wordt dus om praktische redenen niet de volledige indeling van de DSM V gevolgd. Daarin worden immers ook aandoeningen vermeld waarvan de etiologie wel somatisch bepaald is, zoals bijvoorbeeld de meeste neurocognitieve stoornissen.

Psychiatrische aandoeningen die een beperking kunnen opleveren in het (zelfstandig) afleggen van een afstand buitenshuis betreffen onder andere de hieronder genoemde ziektebeelden.

10.2 Angststoornissen

Beschrijving:

De angststoornis kenmerkt zich door een onvermogen om zich door de openbare ruimte te bewegen (of hooguit 100 meter). De cliënt wordt dan bevangen door invaliderende paniekgevoelens.

Angststoornissen die nogal eens worden gepresenteerd als reden voor een aanvraag gehandicaptenparkeerkaart zijn agorafobie, sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis.

Zie ook <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/angststoornissen/angststoornissen - startpagina.html>

Bij de agorafobie (straatvrees) betreft het angst voor open ruimten en bij een sociale fobie het tegen kunnen komen van (veel) mensen. In het eerste geval is gebruikmaken van het openbaar vervoer soms mogelijk als alternatief (bijvoorbeeld als iemand een bushalte voor de deur heeft), in het laatste geval juist niet. Over het algemeen zal het een combinatie van deze twee zijn waarbij een GPK kan worden overwogen.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Er is sprake van een invaliderende en therapieresistente angststoornis waarvoor reeds meerdere behandelingen zijn doorlopen en waarvan zowel huisarts als tweedelijns behandelaar op de hoogte zijn.
- Van het afgeven van een (al dan niet tijdelijke) gehandicaptenparkeerkaart dient geen anti-revaliderend effect uit te gaan; afstemming met de behandelaar is hierbij aan te bevelen.

10.3 Functioneel neurologische symptoomstoornissen

Beschrijving:

Bij deze stoornis, ook wel conversiestoornis of somatische symptoomstoornis genoemd ervaart de cliënt lichamelijke beperkingen zonder een medisch substraat. Er zijn geen lichamelijke afwijkingen gevonden die de ervaren lichamelijke beperkingen kunnen verklaren of aannemelijk maken. De diagnose wordt dus gesteld bij uitsluiting van lichamelijke oorzaken.

De functionele neurologische symptoomstoornis betreft een veel voorkomende vorm van conversie waarbij neurologische uitval ervaren wordt, die continue of intermitterend aanwezig is of aanvalsgewijs kan optreden. Stoornissen waarvoor soms een gehandicaptenparkeerkaart wordt aangevraagd zijn:

- Gevoel van spierzwakte of compleet krachtsverlies in de benen. Hierbij ervaart de cliënt loopstoornissen of soms zelfs rolstoelafhankelijkheid. Bij beeldvormend onderzoek en weefselonderzoek worden geen afwijkingen gevonden. Bevestiging van de diagnose kan soms worden gevonden door reflexonderzoek waaronder de crossed extensor reflex. In extreme en chronische gevallen is er spieratrofie en zijn er soms contracturen opgetreden, waardoor er alsnog een bijkomende lichamelijke component is.
- Het ervaren van visusverlies. Hierbij zijn er geen verklarende afwijkingen aangetoond die de blindheid kunnen verklaren. Bevestiging dat het gaat om een neurologische symptoomstoornis kan blijken uit een EEG in combinatie met lichtflitsen. In het geval van conversieve blindheid worden als reactie hierop visual evoked potentials gezien, bij organische blindheid niet. In beginsel is, net als bij organische blindheid, dit overigens geen aanleiding voor een gehandicaptenparkeerkaart. Dit is alleen het geval als er bijkomende problematiek is die het loopvermogen ernstig heeft aangetast.
- Het ervaren van een op een epileptisch insult gelijkende aanval. Hiervoor worden in de literatuur verschillende benamingen gevonden worden: PPEA (psychogene pseudo-epileptische aanvallen), PNEA (psychogene niet-epileptische aanvallen) en PNES (psychogenic non-epileptic seizures). De diagnose wordt gesteld door middel van observatie (atypische presentatie), video-opnames en/of een EEG, waarbij er geen abnormale hersenactiviteit wordt gemeten tijdens een aanval. De patiënt komt soms met anti-epileptica op het spreekuur, waar bij nader inzien blijkt dat die niet (meer) worden voorgeschreven. De loopafstand is in beginsel niet beperkt. Alleen als er bijkomende problematiek is die het loopvermogen blijvend heeft verminderd valt een GPK-P te overwegen.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Er is sprake van een invaliderende en therapieresistent gebleken onvermogen tot (afstanden) lopen, waarvoor reeds meerdere behandelingen zijn doorlopen en waarvan zowel huisarts als tweedelijns behandelaar op de hoogte zijn.
- Van het afgeven van een (al dan niet tijdelijke) gehandicaptenparkeerkaart dient geen anti-revaliderend effect uit te gaan; afstemming met de behandelaar is hierbij aan te bevelen. Men dient terughoudend te zijn met het afgeven van tijdelijke kaarten daar deze voor de cliënt juist een bevestiging kunnen zijn van de beperkingen. Te overwegen valt bijvoorbeeld afgifte voor een jaar, ten behoeve van het bezoeken van een behandelaar van de stoornis.
- In overige gevallen is een 5-jaarlijkse herbeoordeling te adviseren: spontaal herstel is niet uitgesloten.

10.4 Psychotische stoornissen

Beschrijving:

Bij deze psychiatrische stoornissen hebben de cliënten een andere perceptie van de werkelijkheid. Ook in deze gevallen is de daadwerkelijke loopfunctie niet beperkt maar kan er een medische noodzaak tot continue begeleiding zijn. Dat is niet bij alle psychotische stoornissen het geval, er kan bijvoorbeeld ook sprake zijn van psychosegevoeligheid met slechts enkele malen een psychose, waarbij dus een eventuele noodzaak voor begeleiding zeer tijdelijk is. Het gaat meestal om chronische psychotische stoornissen (schizofrenie) of waanstoornissen. Er moet dan ook sprake zijn van gedragingen die (op straat) een gevaar opleveren voor de cliënt zelf of voor anderen, waardoor er een noodzaak tot begeleiding is. Als het risico door een begeleider onvoldoende door middel van mentaal of lichamelijk overwicht beperkt kan worden komt een gehandicaptenparkeerkaart in beeld. Dit komt op basis van alleen deze stoornis over het algemeen niet vaak voor. Bij psychiatrische stoornissen kan tijdens een spreekuur moeilijk vast te stellen zijn welke symptomen een rol spelen, zo dat daarbij vaak nadere medische informatie opgevraagd moet worden.

Meer informatie is ook te vinden in het specifieke gedeelte van deze database van de Nederlands Vereniging voor Psychiatrie, zie <https://richtlijndatabase.nl/nvvp>. Daarnaast er informatie te vinden bij de huisartsenstandaarden onder P. Psychische problemen, zie <https://richtlijnen.nhg.org>

Voor het schrijven van dit hoofdstuk werd verder gebruik gemaakt van het boek Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling, Franken/Muris/Denys, (Uitgeverij de Tijdstroom, tweede druk) en het Handboek DSM-5.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Zeer ernstig overlast gevend gedrag, of gedragsstoornissen die een gevaar opleveren voor zichzelf of anderen, waardoor het alleen buiten lopen niet verantwoord is. Als de cliënt ook moeilijk fysiek of verbaal in bedwang te houden is en/of de persoon heeft een bijkomende aandoening waardoor hij niet meer dan 100 meter achtereen kan lopen, is een gehandicaptenparkeerkaart te overwegen.
- Dit gedrag wordt niet alleen door de begeleiders aangegeven maar is ook gesignaleerd door huisarts en professionele zorgverleners. Daarnaast dient de stoornis te zijn vastgesteld door een psychiater.

11. NEUROBIOLOGISCHE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN

Een neurobiologische ontwikkelingsstoornis kenmerkt zich door een in de jeugd ontstane en soms progressieve afwijkende ontwikkeling van de hersenen, die beperkingen geeft in het functioneren op verstandelijk of sociaal vlak. De meest voorkomende zijn een verstandelijke beperking en autismespectrumstoornis.

11.1 Verstandelijke beperking

Beschrijving:

Of er een noodzaak is tot begeleiding hangt erg af van de mate van verstandelijke beperking en van eventueel bijkomende problematiek. De verstandelijke beperking moet zijn vastgesteld middels een erkende IQ-test waarbij rekening is gehouden met omstandigheden die het IQ kunnen drukken (zoals het gebruik van verdovende middelen).

Bij het beoordelen van een IQ-test dient de medisch adviseur het gehele rapport ter beschikking te hebben en alert te zijn op zaken die de resultaten van de test negatief hebben beïnvloed, zoals autisme. Bij autisme kan er sprake zijn van een disharmonisch profiel op een intelligentietest, waarbij het totaal IQ een verstandelijke beperking doet vermoeden, maar er geen sprake is van een verstandelijke beperking. Maar ook drugsgebruik of ernstige depressie kan het gemeten IQ negatief beïnvloeden en dus mogelijk zelfs (deels) reversibel zijn. Bij de beoordeling voor een gehandicaptenparkeerkaart uitgegaan moet worden van blijvende ernstige beperkingen in de intelligentie, als dit niet kan worden vastgesteld is er geen grond voor een gehandicaptenparkeerkaart.

In het algemeen kan iemand met een licht verstandelijke beperking zich goed alleen verplaatsen te voet of met openbaar vervoer, op bekende routes. Soms het nodig dat de route aangeleerd wordt waarna de cliënt dit zonder begeleiding kan. Over het algemeen hebben deze cliënten geen rijbewijs, al kan dat wel voorkomen. In combinatie met forse gedragsproblemen (al dan niet door bijkomende psychiatrische problematiek) kan continue begeleiding soms noodzakelijk zijn.

Als er sprake is van een matig ernstige tot diep verstandelijke beperking (totaal IQ, (TIQ) onder de 55) is het meestal niet verantwoord om alleen te reizen of alleen te wachten op een voor de cliënt onbekende locatie. Als er dan ook sprake is van een bijkomende forse loopbeperking, kan een gehandicaptenparkeerkaart passagier overwogen worden. Een andere aanleiding voor een gehandicaptenparkeerkaart kan onbehandelbare ernstige gedragsproblematiek zijn, waarbij de cliënt een gevaar is voor zichzelf of anderen. Bijvoorbeeld plotseling de straat oprennen, of andere mensen fysiek aanvallen. Indien de cliënt zeer sterk is (en dus ook veel meer dan 100 meter kan lopen) kan dit wel een reden zijn om de afstand op straat zo kort als mogelijk te houden.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Er is sprake van een aangetoonde verstandelijke beperking combinatie met bijkomende langdurige of blijvende lichamelijke problematiek die leidt tot een loopafstand van minder dan 100 meter en/of onbehandelbare gedragsstoornissen waardoor continue begeleiding noodzakelijk is en verblijf in de openbare ruimte beperkt dient te worden.
- De verstandelijke beperking is vastgesteld middels een valide IQ-test door een orthopedagoog, neuropsycholoog of GZ-psycholoog conform de vigerende richtlijnen.
- Gedragsproblematiek wordt niet alleen door de begeleiders aangegeven maar is ook gesignaleerd door huisarts en professionele zorgverleners. Daarnaast dient het afgeven van een GPK geen contra-therapeutisch effect te hebben.

11.2 Autismespectrumstoornis

Beschrijving:

Er zijn verschillende autismespectrumstoornissen die alle in meer of minder ernstige mate aanwezig kunnen zijn. Hiertoe worden het klassiek autisme gerekend, het syndroom van Asperger en PDD-NOS. De diagnose autisme wordt bij voorkeur gesteld na een uitvoerig multidisciplinair onderzoek door een team met een ruime ervaring op het gebied van autisme (bijvoorbeeld een regionaal autismeteam, een gespecialiseerd universitair Ambulatorium of een (academische) polikliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie).

Zie <https://www.nagv.nl/informatie/diagnostiek/wie-mogen-de-diagnose-autisme-stellen>.

Er kan sprake zijn van een sterk verhoogde prikkelgevoeligheid en rigiditeit in denkpatronen. Bij een intelligentietest bij mensen met autisme is er vaak sprake van een disharmonisch profiel, waardoor het totaal IQ niet betrouwbaar is en dus niet automatisch uitgegaan moet worden van een verstandelijke beperking wanneer het totaal IQ laag is. Het is niet aannemelijk dat een persoon met autisme die een rijbewijs heeft weten te behalen dermate snel en ernstig overprikkeld raakt dat deze geen 100 meter buitenshuis zou kunnen afleggen. Het zal dus gaan om mensen die continue begeleiding behoeven buitenshuis, en om andere redenen geen 100 meter kunnen lopen. Daarbij moet bedacht worden dat jonge cliënten zich nog kunnen ontwikkelen en vaardigheden kunnen aanleren tot jongvolwassen leeftijd.

Achtergrond:

- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/autismespectrumstoornis_bij_kinderen_jeugd/autismespectrumstoornis_-_startpagina.html
- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/autismespectrumstoornissen_bij_volwassenen/autismespectrumstoornissen_bij_volwassenen_-_start.html

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Naast een psychiater en GZ-psycholoog kan en mag ook een orthopedagoog-generalist de diagnose ASS stellen. Zij/hij heeft een 2-jarige postmasteropleiding gehad en is BIG-geregistreerd.
- Een diagnose autisme op papier is niet voldoende, het gaat uiteindelijk om het algeheel functioneren van een persoon. Er zal dus informatie moeten opgevraagd in de behandelsector over de adaptieve vermogens van de cliënt, en de diagnostiek moet zijn verricht door een ter zake deskundige volgens de binnen de beroepsgroep vigerende richtlijnen.

12. OVERIGE STOORNISSEN

12.1 Fibromyalgie

Beschrijving:

Fibromyalgie is een syndroom dat wordt gekenmerkt door langdurige pijnklachten en stijfheid in spieren en bindweefsel, vermoeidheid, slaapstoornissen en stemmingswisselingen, en dat leidt tot ernstige beperkingen bij de dagelijkse activiteiten. Bij fibromyalgie kunnen bij lichamelijk onderzoek trigger points worden gevonden bij peesaanhechtingen, maar bij overig medisch onderzoek geen verklarende afwijkingen worden vastgesteld. De diagnose fibromyalgie wordt gesteld op basis van de lokalisatie en het aantal pijnpunten in het lichaam, de duur van de klachten (> 3 maanden), het langdurige bestaan van de overige klachten en het uitsluiten van andere oorzaken van de klachten. Ernstige fibromyalgie kan tot een loopbeperking en beperking van het zelfstandig functioneren of maatschappelijk participeren leiden. Bij diagnostiek en behandeling van fibromyalgie is er aandacht voor vijf dimensies: somatisch, cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociaal (SGEGS).

Zie ook

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/somatisch_onvoldoende_lichamelijke_verklaarde_klachten/solk_diagnostiek.html

en

<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk#samenvatting-richtlijnen-diagnostiek>

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Een loopbeperking, minder dan 100 meter aaneengesloten ten gevolge van fibromyalgie, moet zijn aangetoond met een looptest.
- Wees terughoudend met een eindoordeel over de loopbeperking zolang bewezen werkzame therapieën niet zijn toegepast.
- Het syndroom is soms door een huisarts of een revalidatiearts vastgesteld, maar bij voorkeur door een reumatoloog
- Beoordeel het anti revaliderend effect.
- Wees duidelijk naar de betrokkene over de wijze van beoordeling en beargumenteer de bevindingen en het oordeel zorgvuldig in het advies.

12.2 Somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten/aanhoudende lichamelijke klachten (SOLK/ALK)

Beschrijving:

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK/ALK) zijn lichamelijke klachten waarbij, ondanks adequaat medische onderzoek, geen aandoening is gevonden die de klachten of de ernst van de klachten voldoende verklaart. SOLK/ALK is een werkhypothese gebaseerd op de (gerechtvaardigde) aanname dat somatische en psychische pathologie is uitgesloten.

Voorbeelden van uitingen van SOLK/ALK kunnen zijn: chronische vermoeidheid, chronische pijn aan het bewegingsapparaat, hoofdpijn, functionele neurologische motorische klachten (verlamming, bewegingsstoornis) en andere functioneel neurologische klachten (wegraking, blindheid, spraakstoornis), en symptomen als maagdarmlklachten, globusgevoel, klachten na whiplashtrauma, niet cardiale pijn op de borst, hartkloppingen en hyperventilatie, tinnitus. Gedachten over de klachten, de emoties en het gedrag dat het oproept en sociale

omstandigheden hebben invloed op de klachten. Bij het vermoeden op SOLK/ALK wordt daarom onderzocht op vijf klachtdimensies: somatische dimensie, cognitieve dimensie, emotionele dimensie, gedragsmatige dimensie en sociale dimensie (SCEGS-methode).

SOLK/ALK kunnen lichte, matige of ernstige last geven. Lichte of matige ernstige SOLK-klachten duren een paar weken tot enkele maanden en worden via de huisarts behandeld. Ernstige SOLK duren langer dan 3 maanden en geven 3 maal verhoogde kans op een depressieve stoornis en/of een angststoornis. Voor behandeling van ernstige SOLK vormt het bio-psykosociale model de basis. Het bio-psykosociale model gaat ervan uit dat de klachten beïnvloed worden door biologische, psychologische en sociale aspecten in samenhang met predisponerende, direct uitlokkende en onderhoudende factoren.

Adequate behandeling van ernstige SOLK kan plaatsvinden in een multidisciplinaire behandelsetting met fysiotherapie gecombineerd met aandacht voor psychosociale en psychische/psychiatrische klachten.

Bij ernstige SOLK zijn antidepressiva en Cognitieve Gedragsmatige Therapie (CGT) zinvolle behandelingen.

Achtergrond:

- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/somatisch_onvoldoende_lichamelijk_verklaarde_klachten/somatisch_onvoldoende_verklaard
- <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk>
- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/solk_bij_kinderen/definitie_solk_bij_kinderen.html
- <https://www.nvvp.net/website/patinten-informatie/aandoeningen-/onverklaarde-lichamelijke-klachten>

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Een loopbeperking, < 100 meter aaneengesloten ten gevolge van SOLK kan voorkomen en moet zijn aangetoond met een looptest.
- Wees terughoudend met een eindoordeel over de loopbeperking zolang bewezen werkzame therapieën niet zijn toegepast.
- Vraag altijd medische informatie op.
- Beoordeel het anti-revaliderend effect.
- Onderbouw met medische redenen of terecht (deels) is afgezien van een bewezen werkzame behandeling.
- Wees duidelijk naar de betrokkene over de wijze van beoordelen en beargumenteer de bevindingen en het oordeel zorgvuldig in het advies.

12.3 Chronische Vermoeidheidssyndroom (CVS)

Beschrijving:

Het chronische vermoeidheidssyndroom (CVS) is een klinisch geëvalueerde chronische vermoeidheid waarbij andere mogelijke oorzaken zijn uitgesloten. Van ernstige invaliderende vermoeidheid is sprake bij afname van > 50% van de dagelijkse activiteiten tot volledige bedlegerigheid.

CVS is een ziektebeeld waarvan in principe herstel of verbetering van het functioneren mogelijk is.

Behandeling van CVS is mogelijk met cognitieve gedragsmatige therapie (CGT), graded exercise therapie (GET), activering en pacing (APT), neurofeedback, mindfulness.

Achtergrond:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronisch_vermoeidheidssyndroom_cvs/definitie_van_cvs.html

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Een loopbeperking, < 100 meter aaneengesloten ten gevolge van CVS/ME moet zijn aangetoond met een looptest.
- Wees terughoudend met een eindoordeel over de loopbeperking zolang bewezen werkzame therapieën niet zijn toegepast.
- Beoordeel het anti-revaliderend effect.
- Wees duidelijk naar de betrokkene over de wijze van beoordeling en beargumenteer de bevindingen en het oordeel zorgvuldig in het advies.

12.4 Veneuze ulcus

Beschrijving:

Een veneus ulcus is een defect van de huid aan het onderbeen, meestal boven de mediale malleolus, ten gevolge van chronische veneuze insufficiëntie. Chronische veneuze insufficiëntie kan het gevolg zijn van insufficiëntie van zowel het oppervlakkige, het perforerende en het diepe veneuze systeem.

Door pijnklachten, vertraagde wondgenezing en comorbiditeit kan dit leiden tot een loopbeperking,

Risicofactoren geassocieerd met het ontstaan van veneuze ulcera zijn: diabetes mellitus, hartfalen, oedeem in de onderbenen, hypertensie, reumatoïde artritis, immobiliteit, varices, langdurig staan of huidaandoeningen. Kenmerken van het veneuze ulcus zijn: grillige wondrand, onwelriekende geur, 'pitting' oedeem, nachtelijke pijn, kramp, aanwezigheid van varices, hyperpigmentatie, atrofie blanche en induratie, zwaar gevoel bij stilstaan, afnemend bij lopen en jeuk.

Een veneus ulcus geneest relatief langzaam en neigt tot recidiveren, meestal in het eerste jaar na genezing.

Behandeling bestaat uit voorlichting, wondbehandeling, ambulante compressietherapie en lopen. Ambulante compressietherapie is van groot belang, het vermindert oedeem en het risico op recidief ulcus. Door lopen wordt de kuitspierpomp benut, de microcirculatie verbeterd en wondgenezing van het ulcus mogelijk.

Voorlichting heeft o.a. als doel een betrokkene te motiveren tot gezonde leefstijl en therapietrouw en tot behandeling(en) om onderliggende veneuze pathologie op te heffen, c.q. kans op recidief te verminderen.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Het veneuze ulcus is langer dan een jaar aanwezig of recidiveert ondanks adequate therapie.
- Beoordeel comorbiditeit: risicofactoren die worden geassocieerd met het ontstaan van veneuze ulcera of die behandeling belemmeren (Bv. arteriële vaatstoornissen van de benen).

- Beoordeel de therapietrouw.
- Betrek het cardiovasculaire risico bij je overweging.
- Beoordeel het anti revaliderend effect.
- Geef een positief advies de eerste keer nooit langer af dan voor de periode van 1-2 jaren.

12.5 Aspecifieke lage rugpijn

Beschrijving:

Aspecifieke lage rugpijn is pijn tussen de onderste ribben en bilplooï met een onverklaarbaar langdurig beloop en waarbij een specifieke oorzaak is uitgesloten. Psychische en sociale factoren spelen waarschijnlijk een rol bij het ontstaan van een chronisch beloop van aspecifieke lage rugpijn. Het gaat hierbij om angst voor pijn en bewegen, ongerustheid, passieve coping stijl en spanningen en depressieve klachten. Een chronisch beloop van aspecifieke rugpijn (> 3 maanden) kan met ernstige functionele beperkingen gepaard gaan.

De behandeling van aspecifieke lage rugpijn richt zich in de eerste plaats op zoveel mogelijk normaal in beweging en aan het werk blijven. Indien dit geen verbetering geeft kan oefentherapie, gedragsmatige behandeling of multidisciplinaire revalidatie toegepast worden.

Aangezien het advies bij aspecifieke rugklachten is om zo veel als mogelijk in beweging te blijven, zal alleen deze klacht niet leiden tot een GPK, maar kan het wel een rol spelen bij comorbiditeit.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- Een loopbeperking < 100 meter aaneengesloten ten gevolge van chronische en therapieresistente aspecifieke lage rugpijn zal niet vaak voorkomen en moet zijn aangetoond met een looptest.
- Wees terughoudend met een eindoordeel over de loopbeperking zolang bewezen werkzame therapieën niet zijn toegepast.
- Beoordeel het anti revaliderend effect.
- Wees duidelijk naar de betrokkene over de wijze van beoordeling en beargumenteer de bevindingen en het oordeel zorgvuldig in het advies.

12.6 Obesitas

Beschrijving:

Obesitas is ernstig overgewicht, veroorzaakt door een chronische somatische ziekte maar meestal door overmatige intake en/of bewegingsarmoede. Obesitas kan leiden tot sterk verhoogde gezondheidsrisico's met klachten zoals kortademigheid bij inspanning, pijn in knie of heup door overbelasting of slijtage, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en slaapapneu. Ook kunnen onderliggende psychische problemen (depressie, eetstoornis, sociale fobie) overgewicht in de hand werken en in stand houden.

Obesitas kan worden vastgesteld door het lichaamsgewicht (kg) te delen door de lichaamslengte in het kwadraat (m²). De uitkomst (Body Mass Index – BMI) is een maat voor de ernst van het overgewicht. Bij een BMI van meer dan 25 is er sprake van overgewicht, bij een BMI boven de 30 van ernstig overgewicht (obesitas). Bij een BMI van boven 40 spreekt men van morbide obesitas. Ook kan obesitas vastgesteld worden met de middelomtrek. Voor middelomtrek gelden etniciteit specifieke waarden. De combinatie van BMI en middelomtrek wordt als bepalend beschouwd voor het risico op hart- en vaatziekten. Zie bijvoorbeeld <https://nvdiestist.nl/nieuws/meet-de-middelomtrek-bij-obesitas/>.

Het behandelbeleid voor obesitas in de 1^e lijn bestaat uit voorlichting en waar nodig leefstijlinterventie. Goede voeding, voldoende bewegen, ontspanning en slapen, zo nodig met professionele hulp. Behandelaren en diëtisten stimuleren deze patiëntengroep in principe om meer te bewegen; zie de huisartsenstandaard Obesitas <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/obesitas>. Ook wordt dit geadviseerd in het kader van een eventuele bariatrische chirurgische interventie; zie: https://richtlijnen database.nl/richtlijn/chirurgische_behandeling_van_obesitas/leefstijltraject_rondom_een_m_etabole_chirurgie_bij_behandeling_van_obesitas.html. Hierbij wordt verwezen naar de gecombineerde leefstijlinterventie programma's, zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-zvw> .

Obesitas vormt als enkele diagnose, ook bij de morbide vorm, in beginsel geen reden voor het verstrekken van een gehandicaptenparkeerkaart, omdat het (juist) niet gecontra-indiceerd is om te lopen en conditie op te bouwen. Bij een positief advies zal er dan ook vrijwel altijd sprake zijn van vorm van co-morbiditeit, waardoor betrokkene in een vicieuze cirkel zit: bijvoorbeeld er is sprake van gonartrose, waarvan betrokkene relatief veel pijn heeft door het overgewicht en dus minder mogelijkheden heeft tot sporten, terwijl anderzijds hetzelfde overgewicht een contra-indicatie vormt voor operatie. Hierbij moet bedacht worden dat een staande knie-foto, waarop alleen een versmalde gewrichtsspleet te zien is, bij ernstig overgewicht een gevolg van zwaartekracht is. Dit wijst dus niet op degeneratie en vormt daarmee geen reden voor een GPK; er is dan geen contra-indicatie voor lopen. Een zeer hoge leeftijd in combinatie met ernstig overgewicht kan wel een overweging zijn tot het adviseren van een GPK; door veroudering kunnen gegeneraliseerde lichte degeneratieve afwijkingen ontstaan, zoals een licht verminderde hart- of longfunctie of verspreide artroseklachten, zonder dat dit aangetoond is met aanvullend beeldvormend onderzoek. Het beleid van de behandelend arts met betrekking tot bestrijding van het overgewicht of voorkomen van meer overgewicht dient hierin meegewogen te worden.

Leidraad bij de afweging van een positief advies:

- In het algemeen is (morbide) obesitas zonder onderliggende aandoening geen reden voor een loopafstand beperking van aaneengesloten 100 meter.
- Beoordeel de ernst van de beperkingen en de behandelmogelijkheden van de onderliggende aandoening
- Beoordeel de ernst van de beperkingen die veroorzaakt worden door de comorbiditeit
- Betrek het cardiovasculaire risico bij je overweging.

12.7 Long Covid

Beschrijving

Long Covid is een syndroom dat voortgekomen is uit de COVID-19 pandemie in de jaren 2020 – 2022. Het betreft een langdurig klachtenpatroon gerelateerd aan de gevolgen van een COVID-19 infectie, waarbij ook wel van Post-Covid gesproken wordt. Er is gebleken dat naast (ernstige) acute complicaties van longfalen er ook sprake kan zijn van langdurige (> 4 weken) aanhoudende klachten van vermoeidheid, verminderde inspanningstolerantie, dyspneu, spierzwakte, reuk- of smaakstoornissen, cognitieve klachten en angst en slaapproblemen.

Ongeveer de helft van de patiënten is na 3 maanden weer klachtenvrij, de rest kan er veel langer klachten aan overhouden. Er is nog niet voldoende bekend over de precieze prevalentie en etiologie, er lopen nog verschillende onderzoeken. De kans is groot dat de klachten < 6 maanden na COVID-19 spontaan herstellen en dat patiënten bijvoorbeeld hun werk weer kunnen hervatten.

Voor patiënten die langer dan 6 maanden klachten houden is multidisciplinaire revalidatie behandeling aangewezen. Soms zijn de klachten zo beperkend dat dit een grote impact heeft op dagelijkse bezigheden of werkzaamheden.

Dagelijks blijven bewegen is een belangrijk onderdeel van de behandeling voor het bereiken van zowel fysiek als mentaal herstel. Bij medisch specialistische revalidatie (MSR) wordt vaak gesuperviseerde fysieke training toegepast samen met dieetadviezen en mentale coaching. Prognose en herstelmogelijkheden zijn mede afhankelijk van bestaande co-morbiditeit (vooral pulmonaal en cardiaal).

Zie

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/paramedische-herstelzorg-na-covid-19> en

<https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/covid-19/startpagina - langdurige klachten en revalidatie na covid-19.html>

Leidraad bij het afwegen van een positief advies:

- De werkwijze is grotendeels conform de beoordeling van de loopbeperking en/of de begeleidingsnoodzaak bij long- en hart- en vaatstoornissen. Wel dient bij Long Covid expliciet rekening gehouden te worden met herstel van een groot deel van de klachten binnen de periode van 3 – 6 maanden na infectie.
- Schenk aandacht aan het mogelijk anti-revaliderende effect van het verstekken van een GPK. Vaak is daarvoor overleg met de behandelaar noodzakelijk.
- Het is verstandig om te adviseren een kaart tijdelijk te verstrekken en die na een jaar te laten herbeoordelen.

12.8 Blindheid of slechtziendheid

Beschrijving

Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO) zijn er drie niveau's van blindheid:

1. Totaal blind: Geheel geen lichtwaarneming
2. Blind: De gezichtsscherpte is maximaal 2%. Dat is ongeveer het kunnen tellen van opgestoken vingers op 1 meter afstand.
3. Maatschappelijk blind: De gezichtsscherpte is tussen de 2 en 5 %. Er kan nog wel licht en omtrek van mensen en voorwerpen gezien worden. Of de persoon kan wel scherp zien, maar heeft een gezichtsveld van minder dan 10%.

Bij een visus tussen de 5 en 10% wordt gesproken van ernstige slechtziendheid, bij een visus tussen de 10 en 30% van slechtziendheid.

De oorzaak van de visusproblematiek kan gelegen zijn in het netvlies, maar ook bijvoorbeeld bij ernstige corneabeschadigingen kunnen leiden tot verminderd zicht, of de oorzaak zit in de visuele hersenschors of geleidende oogzenuw.

Leidraad bij het afwegen van een positief advies:

Blindheid of ernstige slechtziendheid leidt in zichzelf niet tot een gehandicaptenparkeerkaart passagier. Er moet immers minimaal ook voldaan worden aan het criterium van een loopafstand die minder is dan 100

meter. Als er daarbij aantoonbare beperkingen zijn waardoor ook de in- en uitstap bij de auto dusdanige problemen oplevert, dat de breedte van een gehandicaptenparkeerplaats noodzakelijk is, kan een gehandicaptenparkeerkaart passagier worden overwogen. De combinatie van én ernstige slechtziendheid tot blindheid én een loopafstand van minder dan 100 meter wordt een te grote kwetsbaarheid geacht waardoor de cliënt niet geacht wordt alleen te kunnen zitten wachten totdat de bestuurder de auto heeft geparkeerd. Indien er sprake is van een (zeer) beperkte visus, kan er een medische noodzaak zijn voor (continue) begeleiding.

BIJLAGE: RELEVANTE JURISPRUDENTIE

Inleiding

In dit Werkdocument wordt niet meer uitgebreid ingegaan op procedures, zoals bij de eerdere Protocollen wel het geval was.

Immers kunnen de procedures wisselend per gemeente of veranderlijk zijn, terwijl dit niet uitmaakt voor de medisch-inhoudelijke beoordeling van een GPK-aanvraag. Zaken als de manier waarop de gemeente de aanvraagprocedures inricht en de mogelijkheden voor de aanvrager om een reactie te kunnen geven op het voorgenomen besluit (zie bijvoorbeeld [https://nl.wikipedia.org/wiki/Zienswijze_\(bestuursrecht\)](https://nl.wikipedia.org/wiki/Zienswijze_(bestuursrecht))) en sancties bij misbruik (bijvoorbeeld op grond van de Wegenverkeerswet) zijn weggelaten in dit werkdocument.

In zijn algemeenheid is het wel van belang voor de keurend arts om globaal op de hoogte te zijn van de standaardprocedures. De medisch adviseur adviseert de gemeente in opdracht van de gemeente, de gemeente neemt het besluit. De gemeente kan eerst nog het voorgenomen besluit voorleggen aan de cliënt, die daarop zijn zienswijze kan geven. Indien de gemeente van deze mogelijkheid gebruik maakt, kan de gemeente de zienswijze vervolgens weer voorleggen aan de medisch adviseur, met de vraag of dit aanleiding geeft om het advies aan te passen, zo ja of dan een nieuw advies verstuurd wordt. Vervolgens neemt de gemeente het besluit en zet dit om in een beschikking.

De cliënt kan tegen deze beschikking in bezwaar gaan bij de gemeente. Een bezwaarprocedure verloopt altijd via de gemeente; er kan geen bezwaar ingediend worden bij de keurende instantie of arts. De cliënt kan dan middels het bezwaarschrift gericht aan de gemeente de eventuele aanmerkingen op (de uitkomst van) het medisch advies kenbaar maken. Als het bezwaar de medische advisering betreft, legt de gemeente het bezwaar weer voor aan een medisch adviseur. De keuze is aan de gemeente of dit bij dezelfde instantie of dat zij deze voorlegt aan een ander onafhankelijk medisch adviesbureau. Als het bezwaar voorgelegd wordt aan dezelfde instantie voor wie de arts werkte die bij het primair advies was betrokken, verdient het de voorkeur om het bezwaar zo mogelijk wel voor te leggen aan een andere medisch adviseur van diezelfde instantie. Hiermee is de bezwaarbehandeling min of meer ook een second opinion wat de rechtszekerheid van de cliënt bevordert.

De gemeente neemt dan opnieuw een besluit op basis van de bevindingen in bezwaar. Hiertegen kan de cliënt nog in beroep gaan, nu bij de voorzieningenrechter. Los van deze procedures kan een verzekerde zoals altijd bij arts-cliënt contacten een klacht indienen, waarbij het meestal om bejegening gaat. De klacht kan ingediend worden bij de gemeente (die de klacht dan doorzet naar de adviserende instantie), en/of bij de adviserende instantie, en/of bij de tuchtrechter.

In deze bijlage wordt ingegaan op de regelgeving en jurisprudentie over medische advisering met betrekking tot voorzieningen in het algemeen, en over medische advisering voor een gehandicaptenparkeerkaart in het bijzonder.

Naast de geldende regelgeving worden voorbeelden vanuit de jurisprudentie op dit gebied besproken. Vrijwel al deze voorbeelden betreffen sociaal medische advisering inzake gehandicaptenparkeerkaarten, waar het soms gaat om de te volgen procedure of onderzoeksmethode, soms gaat om medisch inhoudelijke kwesties, en soms gaat om een tuchtklacht. Hieronder is zoveel als mogelijk de volgorde van het medisch werkdocument gevolgd.

B.1 Algemene regelgeving en richtlijnen

Algemene en praktische informatie omtrent het aanvragen en gebruik van een gehandicaptenparkeerkaart is onder andere te vinden op de website van de Rijksoverheid:

- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verkeersregels/vraag-en-antwoord/hoe-vraag-ik-een-gehandicaptenparkeerkaart-aan>
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verkeersregels/vraag-en-antwoord/waar-mag-ik-met-een-gehandicaptenparkeerkaart-parkeren>
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verkeersregels/vraag-en-antwoord/in-welke-landen-is-de-gehandicaptenparkeerkaart-geldig>
- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/08/23/gehandicaptenparkeerkaart>
- Algemene wet bestuursrecht <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005537/2020-07-01>
Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) :
https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2018-09-19#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5
- Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), zie
https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/sites/default/files/atoms/files/verordening_2016_-_679_definitief.pdf over o.a. het recht op inzage, artikel 15
- Zie ook: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-patient-en-privacy/rechten-bij-een-medische-behandeling/rechten-en-plichten-bij-medische-behandeling>
- <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/tuchtrecht.htm>
- <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/tuchtrecht.htm>
- <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/rechten-van-de-patient.htm>

B.2 Richtlijnen inzake het medisch advies

- KNMG gedragsregels van artsen <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragsregels-van-artsen.htm>
- KNMG Richtlijn omgaan met medische gegevens, in <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medisch-dossier-beroepsgeheim.htm> en <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/knmg-richtlijnen-aangepast-aan-avg.htm>
- Oordeel medische (on)geschiktheid ten aanzien van voorzieningen is niet aan de behandelend arts <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/geneeskundige-verklaring.htm> en <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/huisarts-gaat-niet-over-gehandicaptenparkeerkaart.htm>
- Zinvol ter bestudering: Richtlijn Medisch specialistische rapportage <https://www.nvmsr.nl/wp-content/uploads/2015/02/Richtlijn-NVMSR-april-2016-pdf.pdf>

B.3 Regelgeving inzake gehandicaptenparkeerkaart

- Wegenverkeerswet 1994 <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006622/2020-07-01>
- Besluit administratieve bepalingen inzake het wegverkeer (BABW), hoofdstuk 4, artikel 49-55; <https://wetten.overheid.nl/BWBR0004826/2020-01-01>
- Regeling Gehandicaptenparkeerkaart 1 oktober 2001 <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012625/2013-01-01>

De Regeling vindt zijn oorsprong in de Aanbeveling van de Europese Unie uit 4 juni 1998, dat mensen met een handicap hiervoor in aanmerking moeten kunnen komen ter bevordering van hun maatschappelijke en beroepsintegratie, zie: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=CELEX:31998H0376>

Op 2 juli 2001 is de Regeling gehandicaptenparkeerkaart gepubliceerd in de Staatscourant, met de Toelichting. Zie <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2001-130-p12-SC30024.html>

Nadien hebben nog een paar kleine administratieve revisies plaatsgevonden van de Regeling zelf: In 2004: zie <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2004-172-p17-SC66416.html> en ingaande 2013, welke laatste nog steeds geldig is: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2012-18705.html>. De Toelichting op de Regeling van 2001 is ongewijzigd gebleven.

Er staat wat handige informatie op de site van de VNG in de rubriek mobiliteit, <https://vng.nl/rubrieken/onderwerpen/mobiliteit> : zie antwoorden op veel gestelde vragen over de GPK, versie augustus 2019: <https://vng.nl/sites/default/files/fag-gehandicaptenparkeerkaart-2015.pdf> .

B.4 Medisch advies

Een medisch advies dient op een onpartijdige, objectieve en inzichtelijke wijze te zijn opgesteld, deugdelijk toegelicht en inhoudelijk concludent onderbouwd. Dit betekent ook een onderzoeksverantwoording, over wat is geobserveerd, onderzocht, en welke behandelinformatie is betrokken bij het advies. Hierbij dient volgens vaste jurisprudentie aan de criteria voor deskundigenrapporten te worden voldaan, zie https://tuchtrecht.overheid.nl/ECLI__NL__TGZCTG__2018__101 .

In bezwaar dient een volledige herbeoordeling plaats te vinden ex nunc, conform artikel 7.11. 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In artikel 7.12. 1 Awb staat nog eens de noodzaak van een deugdelijke motivering omschreven. De beoordeling in beroep is ex tunc, dat wil zeggen dat de medische situatie tot en met de bezwaarfase wordt gewogen, niet tot en met de beroepsfase. Wel kan de rechter opdragen dat er een geheel nieuwe beoordeling plaatsvindt, wat dan beschouwd moet worden als een nieuwe primaire aanvraag.

Zie voor het verschil ex nunc/ex tunc in bezwaar en beroep de uitspraak <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2007:BA5224>

De adviserend arts vraagt zo nodig nadere informatie op bij behandelaars, voor zover de adviserend arts zelf niet tot een afgewogen oordeel kan komen op basis van observatie, anamnese, beknopt gericht lichamelijk onderzoek en eventueel meegebrachte medische informatie. De adviserend arts stelt gerichte vragen aan behandelaar(s), na een korte inleiding over de eigen bevindingen. De vraagstelling dient gericht te zijn op de aard en ernst van diagnoses, of hiervoor nog behandelopties openstaan en wat de prognose is, voor zover bekend.

- <https://www.medischcontact.nl/kennis-carriere/tuchtrecht/tuchtzaak/rapportage-voldoet-niet-aan-de-vereisten.htm>

- Uitspraak:

Ingevolge de Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens van de KNMG (januari 2010) paragraaf 3.9 'Medische keuringen' dient de arts zich bij zijn adviestaak te beperken tot het verzamelen van die (medische) gegevens die strikt noodzakelijk zijn voor het doel van de keuring. In het verlengde hiervan dient ook het advies aan de opdrachtgever niet meer informatie te vermelden dan voor het doel van de keuring noodzakelijk is (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 21 maart 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2749)

Tegelijkertijd moet er ook op gelet worden dat er niet onnodig persoonsinformatie wordt doorgegeven aan de gemeente. Zie rechterlijke uitspraken zoals de uitspraak van het Centraal medisch tuchtcollege https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2013/ECLI_NL_TGZCTG_2013_YG274 en <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2007:BA3784> . In deze laatste uitspraak door de Raad van State komen veel

aspecten van de wijze van medische advisering ter sprake zodat deze uitspraak zeer de moeite van het lezen waard is.

Een duidelijke onderbouwing is in alle gevallen van belang, zie bijvoorbeeld:

- <https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2018:2834>; uit dit advies blijkt dat de medisch adviseur appellant heeft gesproken, een anamnese heeft afgenomen en observaties heeft verricht. Verder heeft de medisch adviseur zijn conclusie dat er geen medische redenen zijn dat appellant geen 100 meter zou kunnen lopen voldoende inzichtelijk gemotiveerd. Zie ook andere uitspraken; <https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2018:2105> en <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2010:BO6642>

Het onderzoek moet plaatsvinden zoals de medisch adviseur noodzakelijk acht voor een afdoende zorgvuldige beoordeling (bestuursprocesrecht). Of daarbij een huisbezoek moet plaatsvinden is in principe ter beoordeling aan de keurend arts; zie <https://www.uitspraken.nl/uitspraak/rechtbank-midden-nederland/bestuursrecht/bestuursprocesrecht/eerste-aanleg-enkelvoudig/ecli-nl-rbmne-2020-4981>

De cliënt wordt wel geacht mee te werken aan het onderzoek; als er onvoldoende onderzoek gedaan kan worden kan er geen uitspraak worden gedaan of zal een afwijzende beslissing genomen moeten worden op de beperkt aanwezige informatie. Zie: <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2011:BP4750>

Het is verstandig om de afweging of en welke informatie moet worden opgevraagd bij welke behandelaar, maar met name ook de reden waarom niet, vast te leggen in het dossier. Zie:

<https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:CRVB:2016:1073>

Een onvoldoende zorgvuldige onderbouwing, met name als een eerder gegeven GPK niet wordt verlengd, kan tot gevolg hebben dat de rechter besluit dat de GPK niet afgewezen had mogen worden. Een onvolledige onderbouwing kan dus veel consequenties hebben. <https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2016:4682> en <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBAMS:2021:5125>

Zie bijvoorbeeld ook (uitspraken over zowel goede als niet goede onderbouwingen):

- <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2007:BB3812>
- <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2008:BC3639>
- <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2010:BN3715>
- <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2012:BW0788>
- <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2012:BX8936>
- <https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2016:1432>
- <https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2017:3054>

Het is van belang om bij de conclusie te benoemen (en in het advies uit leggen) waarom een GPK tijdelijk wordt geadviseerd, in het geval dat er nog verbetering mogelijk is. Dit geeft bovendien extra ondersteuning als bij de volgende keuring wordt onderbouwd dat het dan beter gaat als daarvoor, die mogelijkheid was immers al voorspeld <https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2018:709>

Een (door de medisch adviseur zelf uitgevoerd) lichamenlijk onderzoek is op zich geen vereiste, als er voldoende medische informatie is. “De Afdeling heeft voorts bij voormelde uitspraak overwogen dat de aard en omvang van het medisch onderzoek worden bepaald door het doel van de keuring en door de daaraan te stellen professionele en maatschappelijke eisen en dat daaruit volgt dat een medisch onderzoek niet te allen tijde een onderzoek aan het lichaam dient te omvatten”, zie <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2008:BC2529> en zie ook <https://jure.nl/ECLI:NL:RBROT:2022:5217>

Als er uitgebreid en zorgvuldig onderzoek gedaan wordt op het spreekuur, is het opvragen van medische informatie niet persé altijd nodig <https://www.uitspraken.nl/uitspraak/rechtbank-den-haag/bestuursrecht/socialezekerheidsrecht/eerste-aanleg-enkelvoudig/ecli-nl-rbdha-2021-4553>

De onderdelen anamnese, eigen onderzoek, bevindingen/onderbouwing en conclusie moeten apart van elkaar in de verslaglegging genoteerd worden. Het is van belang om in het verslag van de anamnese een balans te vinden tussen een zo accuraat maar ook neutraal mogelijk verslag.

https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2019/ECLI_NL_TGZCTG_2019_238

Het relaas van de cliënt mag meegewogen worden in de beoordeling, ook al is dit niet persé objectieve informatie: <https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2019:1335>

Echter, let op: een anamnese alleen kan soms een onjuiste indruk wekken van de beperkingen, zo dat het opvragen van medische gegevens noodzakelijk is voor een goede beoordeling:

<https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBAMS:2021:5125>

Denk aan het recht op eerste inzage, correctie-/rectificatie- en blokkeringsrecht van de cliënt. Een en ander is geregeld in artikel 464 lid 2b van de WGBO, voor de situaties zoals die bij de sociaal medische advisering het geval zijn (omschrijving onder artikel 446 lid 4).

Zie https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2020-07-01/#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5 :

Artikel 446 lid 4 : Geen behandelingsovereenkomst is aanwezig, indien het betreft handelingen ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden.

Artikel 464.

1 Indien in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst handelingen op het gebied van de geneeskunst worden verricht, zijn deze afdeling alsmede de [artikelen 404](#), [405 lid 2](#) en [406 van afdeling 1 van deze titel](#) van overeenkomstige toepassing voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet.

2 Betreft het handelingen als omschreven in [artikel 446 lid 4](#), dan:

a. worden de in [artikel 454](#) bedoelde gegevens slechts bewaard zolang dat noodzakelijk is in verband met het doel van het onderzoek, tenzij het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet;

b. wordt de persoon op wie het onderzoek betrekking heeft in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen. Indien die wens is geuit en de handelingen niet worden verricht in verband met een tot stand gekomen arbeidsverhouding of burgerrechtelijke verzekering dan wel een opleiding waartoe de betrokkene reeds is toegelaten, wordt bedoelde persoon tevens in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij van de uitslag en de gevolgtrekking als eerste kennis wenst te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan.

Voor verdiepende informatie zie <https://www.sdu.nl/content/commentaar-op-burgerlijk-wetboek-boek-7-art-464-letselschade-en-vermogensrecht>.

Een en ander sluit ook aan bij de algemene wet en regelgeving op het gebied van privacy, vanuit artikel 15 EU-AVG "Recht van inzage van de betrokkene" en verwerking persoonsgegevens. Voor uitgebreide informatie

hierover zie ook <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/over-privacy/wetten/algemene-verordening-gegevensbescherming-avg>

B.5 Gehandicaptenparkeerkaart, Algemeen

Een oordeel van een medisch adviseur op een ander rechtsgebied is niet 1 op 1 van toepassing op de beoordeling of de persoon in aanmerking komt voor een gehandicaptenparkeerkaart. Het betreft een eigenstandige beoordeling.

<https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2015:4773>

- Uitspraak uit 2015 met betrekking tot afwijzing van een bestuurderskaart. Aanvrager wordt door medisch adviseur in staat geacht om 500 meter aaneengesloten te lopen. Bij bezwaar geeft aanvrager aan dat het UWV oordeelde dat cliënt 80 meter aaneengesloten kon lopen. De Rechtbank oordeelt dat dit in een ander kader werd beoordeeld (belastbaarheid in het kader van re-integratieadvies) en oordeelt tevens dat deze beoordeling dateert van een jaar nadat de aanvrager de gehandicaptenparkeerkaart heeft aangevraagd.

Ook zijn de sociaal-maatschappelijke omstandigheden van een persoon geen reden voor toekenning van een gehandicaptenparkeerkaart. De basis van de beoordeling is het vermogen tot het afleggen van een loopafstand van 100 meter.

<https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2013:1550>

Uitspraak uit 2013 met betrekking tot afwijzing van een bestuurderskaart. Aanvrager heeft aangegeven dat zij in een klein dorp woont en voor haar dagelijkse activiteiten en maatschappelijke participatie afhankelijk is van een auto. Echter is dit voor de Rechtbank geen reden voor het toekennen van een gehandicaptenparkeerkaart, omdat deze omstandigheid niet als een gebrek of aandoening wordt aangemerkt.

Waarom door de overheid is gekozen voor een afstandsnorm van 100 meter is niet terug te halen.

Zie

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/wob-verzoeken/2021/07/29/besluit-wob-verzoek-afstandsnorm-gehandicaptenparkeerkaart> en

<https://open.overheid.nl/repository/ronl-a98685f6-41cd-4794-91f6-2826af34401d/1/pdf/besluit-2021-26.pdf>

Deze afstandsnorm werd al gehanteerd in eerdere regelgeving voordat de huidige Regeling gehandicaptenparkeerkaart, die op 10 juli 2001 was gepubliceerd in de Staatscourant, op 1 oktober 2001 in werking trad.

Naar aanleiding van deze Regeling heeft de Vereniging voor Indicerend en Adviserend artsen haar eerste Protocol Gehandicaptenparkeervoorzieningen opgesteld en gepubliceerd in oktober 2001, waarin ook de 100 metergrens wordt gehanteerd.

B.6 Adviserend arts

De medisch adviseur betreft een BIG-geregistreerde arts, in de Regeling wordt in paragraaf 2 immers gesproken over een geneeskundig onderzoek, en niet van verpleegkundig onderzoek of paramedisch onderzoek. De keurende arts is bij voorkeur een arts Maatschappij en Gezondheid, een arts Indicatie en Advies

KNMG of een verzekeringsarts. De arts kan ook een andere relevante medische achtergrond of werkervaring hebben zoals een huisarts of revalidatiearts. De keurende arts mag geen behandelrelatie hebben of hebben gehad met de aanvrager, zie : <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/geneeskundige-verklaring.htm> , maar ook geen affectieve relatie, zie <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragcode-voor-artsen.htm> .

Het is bij uitstek de expertise van een medisch adviseur om medische omstandigheden te vertalen naar beperkingen. Volgens vaste rechtspraak van de Raad heeft de keurend arts een eigen medische verantwoordelijkheid en behoort het bij uitstek tot zijn specifieke deskundigheid om in dit verband de medische beperkingen van een betrokkene te beoordelen en vast te leggen. In de jurisprudentie wordt nogal eens gesproken over een medisch adviseur, beoordelend arts, keuringsarts of keurend arts, waarbij in het geval van gehandicaptenparkeerkaarten hetzelfde wordt bedoeld als een adviserend arts. Zie:

<https://www.uitspraken.nl/uitspraak/centrale-raad-van-beroep/bestuursrecht/socialezekerheidsrecht/hoger-beroep/ecli-nl-crvb-2021-1609>

De adviserend arts mag in het advies aan de gemeente overigens geen uitspraak doen over de rijgeschiktheid, ook al zijn hierover twijfels, zie <https://vng.nl/vragen-en-antwoorden/aanvraagformulier-gehandicaptenparkeerkaart-artsen-hebben-bezwaar-tegen-vraag-6-en-missen-de-mogelijkheid-om-het-formulier-te-kunnen-ondertekenen-en> . Dit is voorbehouden aan andere medisch adviseurs, bijvoorbeeld van het CBR, zie <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/artseninfolijn/praktijkdilemmas-1/praktijkdilemma/mag-ik-als-behandelend-arts-een-rijbewijskeuring-verrichten-.htm> . Die beoordeling wordt gedaan op basis van de Regeling Eisen Rijgeschiktheid , zie <https://www.cbr.nl/nl/voor-artsen/nl/achtergrondinformatie/wet-en-regelgeving-rijgeschiktheid.htm>

Uiteraard kan de adviserend arts op het GPK-spreekuur wel ter sprake brengen dat het verstandig is om hiervoor een keuring te ondergaan, indien de adviserend arts daar voldoende aanwijzingen voor heeft.

Ook kan een reeds door de behandelend specialist opgestelde verklaring over de rijgeschiktheid informatief zijn voor de beoordeling van een aanvraag gehandicaptenparkeerkaart. Zo kan bij epilepsie de verklaring van een neuroloog inzicht geven in de frequentie van het optreden van insulten.

Er is nogal eens verwarring over de geneeskundige verklaring. Het komt voor dat de behandelend arts een geneeskundige verklaring afgeeft. Ook geeft de behandelend arts soms geen antwoord op vragen, en beroept zich daarbij op het feit dat hij niet verplicht is om een geneeskundige verklaring af te leggen. Dit is echter niet correct en de behandelend arts kan daarbij gewezen worden op de uitspraak van de KNMG hierover: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/geneeskundige-verklaring.htm>

In het geval van de gehandicaptenparkerkaart houdt dit in dat aan een behandelend arts niet gevraagd mag worden of de behandelend arts van mening is of de cliënt in aanmerking moet komen voor een gehandicaptenparkeerkaart of dat de cliënt geacht wordt nog 100 meter te kunnen lopen of even alleen kan zitten wachten. De adviserend arts vraagt bij de behandelend arts informatie over de diagnoses en aard en ernst van de gezondheidsproblematiek die de cliënt noemt, en wat de behandelopties zijn. Dus niet: cliënt geeft aan geen honderd meter meer te kunnen lopen, wat is hiervan de oorzaak”, maar: “cliënt geeft aan zeer ernstige pijn in zijn enkels te hebben bij het lopen, waardoor hij slechts zeer korte afstanden kan afleggen. Wat zijn de gestelde diagnoses” enz. De behandelend arts geeft geen geneeskundige verklaring af door antwoord te geven op deze gerichte vragen en kan zich dus niet daarop beroepen als hij geen antwoord wil geven.

Ook kan het zijn dat de behandelend arts uit zichzelf of op verzoek van de cliënt met een geneeskundige verklaring komt, bijvoorbeeld: “Hierbij verklaar ik dat mijn patiënt niet in staat is om honderd meter af te leggen”. De adviserend arts kan hier niet op varen, omdat de adviserend arts een onafhankelijk oordeel dient

te vellen. De adviserend arts moet dan uitvragen bij de behandelend arts waar die zijn uitspraak op baseert, door te vragen naar de diagnosen, en aard en ernst van de afwijkingen. Het is van belang om dit bij de juiste behandelaar(s) uit te vragen, want het is aan te bevelen dat elk specialisme in beginsel op zijn eigen vakgebied blijft en geen uitspraken doet over aandoeningen op andere vakgebieden, en bij het ontbreken van anatomisch substraat ook geen uitspraak doet over beperkingen, zie

https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2021/ECLI_NL_TGZRAMS_2021_32

B.7 Loopbeperking

In meerdere uitspraken wordt benoemd dat de keurend arts niet daadwerkelijk 100 meter moet hebben gelopen met de cliënt, om een inschatting te kunnen maken van de loopafstand. De loopafstand kan maar hoeft niet “gemeten” te worden. Het looppatroon moet geobserveerd zijn en beschreven worden, de keurend arts moet inzichtelijk maken hoe dit, in combinatie met de overige onderzoeksinformatie (de ernst van de aandoeningen en beperkingen), al dan niet leidt tot een beperkte loopafstand van minder dan 100 meter aaneengesloten, zie <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2010:BL0752>.

Allereerst geldt dat de loopafstand beperkt moet zijn. Als de cliënt continue begeleiding nodig heeft, maar meer dan 100 meter kan lopen, is een gehandicaptenparkeerkaart in principe niet geïndiceerd, zie <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2009:BJ8902>.

Het klopt dat de medisch adviseur een verklaring van de huisarts, die zegt: “patiënt kan geen 100 meter lopen” naast zich neer mag leggen, als de (overige)verkregen medische informatie er op wijst dat de persoon meer dan 100 meter kan lopen, zie <https://jure.nl/ECLI:NL:RBLIM:2016:7954>. Dit geldt ook voor een verklaring van een fysiotherapeut. Een dergelijke verklaring toont bovendien niet persé aan dat de loopbeperking langdurig is, zie <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBAMS:2018:1535>

De medisch adviseur moet dan echter wel inzichtelijk motiveren waaróm de persoon meer dan 100 meter kan lopen. De onderbouwing in de volgende bezwaarzaak was te beknopt, het was niet duidelijk welke overwegingen waren genomen. In beroep is met een door cliënt ingeschakelde deskundige alsnog gehandicaptenparkeerkaart toegekend, zie <https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2016:1859> : De medisch adviseur zet vraagtekens bij de verklaring van de orthopeed dat patiënt geen 100 meter kan lopen, nu de beschreven diagnosen van de orthopeed hier niet op wijzen. Het had op de weg gelegen van de medisch adviseur om de orthopeed hierover nader te bevragen. De rechter geeft aan dat het besluit tot afwijzing GPK daarom niet op het medisch advies gebaseerd mag worden.

Maar zie ook <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2011:BQ3429> ; Opvragen nadere informatie. Het betoog van cliënt, dat het medisch advies onzorgvuldig is omdat de medisch adviseur geen informatie heeft opgevraagd bij de specialist, strandt. De medisch adviseur heeft namelijk genoeg informatie kunnen halen uit meerdere brieven van de huisarts. Client heeft bij bezwaar een brief van de specialist ingebracht, die zegt dat lopen als gevolg van haar aandoening moeizaam is. Volgens de rechter volgt hieruit echter niet dat daarmee de loopafstand ook minder dan 100 meter is.

De adviserend arts moet het advies wel extra motiveren als de conclusie ingaat tegen wat behandelaars aangeven, zie: <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBAMS:2018:1535>

B.8 Gebruik loophulpmiddel

Bij de beoordeling mag worden uitgegaan van het gebruik van een algemeen gebruikelijk loophulpmiddel, zoals een stok, krukken, rollator, looprek of semi-orthopedisch schoeisel, óók indien de cliënt deze niet heeft. Deze hulpmiddelen zijn immers vrij verkrijgbaar. Dit geldt niet voor specifiek voor de cliënt *op maat gemaakte*

voorzieningen op medische indicatie, zoals orthopedische schoenen; deze zijn niet algemeen gebruikelijk. Wel moet gevraagd worden of dit voorgeschreven werd voor de aanvrager want dan geldt, net als bij een geplande operatieve ingreep, dat de loopafstand mogelijk nog kan uitbreiden binnen een half jaar.

Zie: <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2010:BO0220>

En <https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2019:1333>

B.9 Rolstoelgebruik

Indien de cliënt niet volledig rolstoel gebonden is maar een loopafstand van minder dan 100 meter heeft, is de aanvraag van een transportrolstoel via de thuiszorgwinkel, Wmo-afdeling van de gemeente of via de zorgverzekeraar mogelijk. Indien het medisch verantwoord is dat de cliënt hierin buiten alleen kan zitten wachten, dan is er geen reden voor een gehandicaptenparkeerkaart passagier.

Dat er geen reden is voor een GPK, als de aanvrager alleen kan wachten, al dan niet zittend, is bekrachtigd in een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep in 2019:

<https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2019:1491>, onder 4.4:

Uit de medische adviezen blijkt dat appellante alleen kan wachten, al dan niet zittend, totdat de auto is geparkeerd of opgehaald. Ook op de zitting is niet duidelijk naar voren gekomen dat appellant op de plaatsen van bestemming (genoemd zijn bijvoorbeeld: zwembad, ziekenhuis, school van de kinderen, instanties) niet zittend zou kunnen wachten, totdat de bestuurder van de auto weer bij haar is. Het betoog van appellante dat in haar geval gelet op de parkeerdruk in Amsterdam niet mag worden uitgegaan van de veronderstelling in het Protocol dat het in het algemeen mogelijk moet zijn om de auto binnen tien minuten te parkeren en terug te lopen naar de passagier, doet hier niet aan af.

B.10 Continue begeleiding

Het begrip continue begeleiding is regelmatig aanleiding voor misverstanden. Voor de beoordeling hiervan is het belangrijk de rechtsgeschiedenis te kennen:

Conform art 1.1b van de Regeling Gehandicaptenparkeerkaart moet betrokkene van deur tot deur continue afhankelijk zijn van de hulp van de bestuurder. In de Toelichting op de Regeling Gehandicaptenparkeerkaart 2001 gaf toenmalig minister T. Netelenbos bij publicatie in de Staatscourant aan:

“Om voor een passagierskaart in aanmerking te kunnen komen dient de aanvrager voor het vervoer van deur tot deur continu afhankelijk zijn van de hulp van de bestuurder. Bij de keuring dient derhalve te worden beoordeeld of de aanvrager afhankelijk is van de hulp van de bestuurder om zich te verplaatsen.”

Of de minister beoogde dat de aanvrager daarbij ook afhankelijk moet zijn van de hulp van de bestuurder bij het *wachten* buitenshuis, komt uit de Toelichting niet duidelijk naar voren. Logischerwijs is dit wel het geval, in de Regeling wordt immers gesproken van *continue* afhankelijkheid.

In het Protocol Gehandicaptenparkeerkaart oktober 2001 heeft de VIA (de toenmalige Vereniging voor Indicerend en Adviserend Artsen, thans opgegaan in de VAV (Vereniging Artsen Volksgezondheid) verduidelijkt dat als het vanuit medisch oogpunt verantwoord is dat de aanvrager alleen gelaten kan worden als de bestuurder de auto wegzet, er in beginsel geen toekenning voor een GPK-passagier volgt. Dit was neergelegd als een van de beoordelingsnormen onder 5.6.2.: *“niet alleen gelaten kunnen worden als de auto wordt weggezet, naast een loopafstand van minder dan 100 meter, hebbend: dwalen, paniekstoornis, gedragsstoornis, ernstige dementie, ernstige mentale retardatie, ernstige psychiatrische aandoeningen.*

Indien er dus geen medisch bezwaar is dat de passagier een tijdje onbegeleid staat of zit te wachten, bijvoorbeeld op de stoep, totdat de bestuurder de auto elders geparkeerd heeft en weer teruggekomen is om de aanvrager verder naar de plaats van bestemming te verplaatsen door de passagier te begeleiden of vervoeren, is dat een beoordelingsnorm waarop negatief geadviseerd kan worden bij een aanvraag GPK-passagier.

Dit werd nader toegelicht in het Protocol Gehandicaptenparkeerkaart 2008 bij

1.9.3.2.: Desnoods kan, indien er geen andere parkeermogelijkheden zijn, de aanvrager, mits hiertegen geen medische inhoudelijke bezwaren bestaan, ergens worden afgezet (bijvoorbeeld op een invalidenparkeerplaats), in de rolstoel worden geholpen en voorts gezeten in de rolstoel even wachten terwijl de auto elders wordt geparkeerd.

En bij 1.9.4.: *In de regeling wordt als extra voorwaarde voor passagiers gesteld dat zij, naast een loopbeperking van langdurige aard, voor het vervoer van deur tot deur continu afhankelijk zijn van de hulp van de bestuurder. Hoewel dit in de regeling niet expliciet wordt vermeld, mag naar de mening van de werkgroep worden aangenomen dat ook de continue afhankelijkheid een uiting moet zijn van een aandoening of gebrek (zie ook genoemde opmerkingen bij 1.9.5. Kinderen).*

Continue begeleiding kan ook geïnterpreteerd worden als de noodzaak van continu toezicht en oppassing, met andere woorden: de aanvragende passagier kan niet (even) alleen gelaten worden omdat zich dan ernstige medische of psychische problemen kunnen voordoen.

Indien het wachten van de passagier op de bestuurder geen medische bezwaren met zich meebrengt, kan immers de bestuurder de auto elders parkeren.

Onder parkeren wordt verstaan volgens het Reglement verkeersregels en verkeerstekens 1990 (RVV 1990)

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0004825/2020-01-01#Hoofdstuk1>

parkeren: het laten stilstaan van een voertuig anders dan gedurende de tijd die nodig is voor en gebruikt wordt tot het onmiddellijk in- of uitstappen van passagiers of voor het onmiddellijk laden of lossen van goederen.

Per 1 januari 2013 werd de Regeling door minister Schultz van Haegen-Maas Geesteranus gewijzigd met betrekking tot een aantal administratieve bepalingen van de Gehandicaptenparkeerkaart, zie <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2012-18705.html>, zodat de nieuwste publicatie van 2013 is, echter nog steeds gebaseerd op de ongewijzigde Toelichting van 2001.

Uit jurisprudentie in de navolgende jaren blijkt dat de uitleg door de VIA van de bedoeling van de Regeling niet is weerlegd door een rechter maar in de loop der jaren juist werd bekrachtigd door een aantal juridische uitspraken:

Zie bijvoorbeeld <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2010:BN3716> :

2.4.2. Het college heeft beoordelingsvrijheid ten aanzien van de wijze waarop het voorwaarde 2 invult. Ter zitting van de Afdeling is gebleken dat het college bij de invulling van voorwaarde 2 aansluiting heeft gezocht bij het Protocol Gehandicaptenparkeervoorzieningen van de Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (hierna: het protocol). Aan voorwaarde 2 wordt volgens het college uitsluitend voldaan indien iemand geen moment alleen gelaten kan worden vanwege psychische of lichamelijke belemmeringen van niet-locomotorische aard. Bij de beoordeling of wordt voldaan aan voorwaarde 2 kan, zoals ook in paragraaf 1.9.4 van het protocol is vermeld, de psychische gesteldheid van de aanvrager een rol spelen. Er bestaat geen grond voor het oordeel dat deze wijze van invulling in strijd met het doel en de strekking van de Regeling is.

In een ander geschil stelt de betrokkene in haar bezwaarschrift dat zij voor het lopen afhankelijk is van derden. De keurend arts stelt het echter volgende: dat de cliënt weliswaar voor het lopen afhankelijk van een loophulpmiddel en daarmee nog niet 100 meter kan lopen, *maar niet afhankelijk is van derden op het moment dat zij (zittend) wacht totdat de chauffeur de auto heeft weggezet resp. heeft opgehaald. Zij is dus wel afhankelijk van derden, maar niet continue afhankelijk van derden. De reden dat de wetgever het woord "continu" expliciet aan de regelgeving heeft toegevoegd, is dat er voor mensen die niet continu afhankelijk zijn, een alternatieve oplossing bestaat: de chauffeur kan de betreffende persoon ergens uit de auto helpen, die ergens laten zitten (b.v. op een bankje of op een rollator) en dan de auto wegzetten. De chauffeur kan dan teruglopen vanaf de (niet gehandicapten-) parkeerplaats en vervolgens de persoon begeleiden naar de plaats van bestemming.*

Dit wordt niet weersproken door het medisch tuchtcollege, zie

https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2012/ECLI_NL_TGZRZWO_2012_YG2405

Ook uit een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep blijkt dat deze visie van de VIA op de uitleg van de bedoeling van Regeling bevestigd wordt door de rechter: <https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2019:1491> : *Uit de medische adviezen blijkt dat appellante alleen kan wachten, al dan niet zittend, totdat de auto is geparkeerd of opgehaald. Ook op de zitting is niet duidelijk naar voren gekomen dat appellant op de plaatsen van bestemming niet zittend zou kunnen wachten, totdat de bestuurder van de auto weer bij haar is. Het betoog van appellante dat in haar geval gelet op de parkeerdruk niet mag worden uitgegaan van de veronderstelling in het Protocol dat het in het algemeen mogelijk moet zijn om de auto binnen tien minuten te parkeren en terug te lopen naar de passagier, doet hier niet aan af.*

En in

<https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBMNE:2021:3233&showbutton=true&keyword=gehandicaptenparkeerkaart> Kies verrijkte uitspraak.

Is de rechtbank is van oordeel:

5.4.

Dat [A] gebruik heeft gemaakt van het VIA-protocol maakt het voorgaande niet anders. Het VIA-Protocol is geen algemeen verbindend voorschrift of een beleidsregel. Het is een hulpmiddel voor artsen om een advies uit te brengen of wordt voldaan aan de criteria van de aangevraagde gehandicaptenparkeerkaart. Maatgevend blijven de criteria zoals staat vermeld in de tekst van [artikel 1, eerste lid, aanhef en onder b van de Regeling](#). Om in aanmerking te komen voor de gehandicaptenparkeerkaart is van belang of de betrokkene door zijn aandoening of gebrek niet in staat moet worden geacht om op de plaats van bestemming, al dan niet zittend, alleen te wachten totdat de bestuurder de auto heeft weggebracht. Dit staat ook zo vermeld in het VIA-protocol en wordt op die wijze beoordeeld door de arts. De enkele stelling van eiseres dat het VIA-protocol gedateerd is en door vier artsen is opgesteld, maakt het voorgaande niet anders.

Er kan wel sprake zijn van een begeleidingsbehoefte, maar een GPK komt ook dan alleen in beeld als om medische redenen de loopafstand ook beperkt is of moet worden tot (minder dan) 100 meter. Zie:

<https://jure.nl/ECLI:NL:CRVB:2016:1432> 4.6.2.

De medisch adviseur heeft geconcludeerd dat appellante is te beschouwen als maatschappelijk blind en dat zij zich buitenshuis niet zelfstandig kan redden. De visusstoornis brengt weliswaar de noodzaak tot begeleiding mee, maar geen loopbeperking. Heus achtte appellante in staat een afstand van meer dan 100 meter aan één stuk te voet te overbruggen. Ook [...] concludeerde niet tot een ernstige loopbeperking ten gevolge waarvan appellante niet meer dan 100 meter zou kunnen lopen. Hij vond dit passend bij de mededeling van appellante dat zij, mits zij begeleid wordt, gebruik zou kunnen maken van het openbaar vervoer en dat zij dagelijks enkele keren een woonhuistrap op en af gaat. Hij achtte het ook mogelijk dat appellante op de plaats van bestemming afgezet wordt, naar binnen begeleid wordt en daar kan wachten totdat de bestuurder de auto heeft geparkeerd.

Overigens geldt ook het volgende vanuit artikel 85 van het Reglement verkeersregels en verkeerstekens 1990 (RVV 1990) (zie <https://wetten.overheid.nl/BWBR0004825/2021-07-01>):

Hoofdstuk V, Bijzondere bepalingen voor gehandicapten, § 1. Uitzonderingen voor gehandicapten.

1.

Op bestuurders van een motorvoertuig op meer dan twee wielen waarin op de door Onze Minister voorgeschreven wijze een geldige en behoorlijk leesbare gehandicaptenparkeerkaart is aangebracht, zijn [artikel 25](#) en, indien niet langer wordt geparkeerd dan drie uren, de [artikelen 24, eerste lid, onderdeel e, 46](#) en [62](#), voor zover het betreft bord E1 van bijlage 1, niet van toepassing.

2.

Op bestuurders van gehandicaptenvoertuigen, zijn [artikel 25](#) en, indien niet langer wordt geparkeerd dan drie uren, de [artikelen 24, eerste lid, onderdeel e](#), en [62](#), voor zover het betreft bord E1 van bijlage 1, niet van toepassing.

3.

In de gevallen, waarin niet langer dan drie uren mag worden geparkeerd, moet het motorvoertuig overeenkomstig het bij ministeriële regeling bepaalde zijn voorzien van een duidelijk zichtbare parkeerschijf waarop het tijdstip staat aangegeven waarop met parkeren is begonnen.

Het betekent dat de auto van de bestuurder met een GPK-B in de blauwe zone mag parkeren (art.25), en mits het niet langer dan 3 uur duurt, langs een gele onderbroken streep (art 24 1.e.), binnen een erf (art.46) en waar een parkeerverbod geldt. Het plaatje van het bord E1 staat niet meer in de huidige bijlage, maar het betreft het bord Parkeerverbod, een rond bord, blauw met rode rand en een rode streep van linksboven naar rechtsonder. Zie ook <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verkeersregels/vraag-en-antwoord/waar-mag-ik-met-een-gehandicaptenparkeerkaart-parkeren>

Wanneer gebruik gemaakt kan worden van deze mogelijkheden op minder dan 100 meter afstand van het vervoersdoel, kan dus de begeleider de gehandicapte zelfs tot in de plaats van bestemming brengen.

Overigens geldt dit uiteraard alleen wanneer de gehandicapte ook daadwerkelijk in de auto (mee)reedt, zie <https://jure.nl/ECLI:NL:GHARL:2022:3879>

B.11 Beperkingen in- en uitstappen

Uitspraak rechtbank 2021 <https://jure.nl/ECLI:NL:RBDHA:2021:10875> : Op pagina 6/7 van het VIA Protocol wordt toegelicht dat het aangewezen zijn op continue begeleiding afgeleid kan worden uit een combinatie van geobjectiveerde beperkingen zoals beperkt kunnen wachten, het kunnen lopen van slechts een geringe afstand, hulp bij in- en/of uitstappen en hulp bij voortbewegen. De medisch adviseur heeft blijkens het SMA bij eiseres een gerichte lichamelijke observatie verricht en concludeert op basis daarvan dat eiseres wel voldoet aan het criterium van de beperkte loopafstand, maar dat zij niet volledig rolstoelafhankelijk is, en geen hulp nodig heeft bij het in- en uitstappen. Daarnaast concludeert de medisch adviseur dat eiseres - gelet op het feit dat zij kan worden afgezet - geen hulp nodig heeft bij het voortbewegen van autoportier naar deur. De rechtbank is van oordeel dat de medisch adviseur op deze wijze inzichtelijk heeft gemaakt dat eiseres voor het vervoer van deur tot deur niet continu afhankelijk is van de hulp van de bestuurder.

B.12 Kinderen

Voor kinderen gelden bijzondere voorwaarden bij de beoordeling of er sprake is van continue begeleiding, omdat jonge kinderen per definitie een fysiologische loopbeperking hebben en (jonge) kinderen in principe buitenshuis begeleid worden. In dat opzicht is er bij (jonge) kinderen dus altijd sprake van (een noodzaak tot) continue begeleiding. Bij kinderen tot 12 jaar moet daarom in ieder individueel geval worden vastgesteld of er sprake is van een (medisch somatische of medisch psychische) noodzaak voor deze continue begeleiding, anders dan gebaseerd op alleen de leeftijd. Zie <https://jure.nl/ECLI:NL:RBBRE:2011:BR4511> . De begeleidingsbehoefte moet dus een oorzakelijk verband hebben met een stoornis of gebrek van het kind.

B.13 Andere medische beperkingen dan loopbeperkingen

Andere aantoonbare ernstige beperkingen dan loopbeperkingen spelen soms op het lichamelijk vlak maar vaak op het geestelijk vlak. Hierbij moet wel sprake zijn van door medisch deskundigen ter zake gediagnosticeerde aandoeningen; het kan bijvoorbeeld gaan om een verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening. Ook moet er duidelijkheid zijn over de ernst, langdurigheid en het te verwachten beloop ervan, bevestigd door

een behandelend arts met passende deskundigheid.

Appellant is bekend met ernstige psychiatrische stoornissen en is overgevoelig voor zintuiglijke prikkels. Voldoende concrete aanwijzingen dat appellant in zijn directe woonomgeving kan worden blootgesteld aan zodanige prikkels dat zich paniekgevoelens openbaren. Daarmee is sprake van aantoonbare ernstige beperkingen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, aanhef en onder d, van de Regeling gehandicaptenparkeerkaart. Regeling gehandicaptenparkeerkaart art. 1 lid 1 sub d. Zie:

<https://www.uitspraken.nl/uitspraak/centrale-raad-van-beroep/bestuursrecht/socialezekerheidsrecht/hoger-beroep/ecli-nl-crvb-2017-4092>

B.14 Anti revaliderend effect

Een uitspraak hierover, niet in verband met verstrekking van een gehandicaptenparkeerkaart maar van een scootmobiel, maar met zinvolle overwegingen: <https://www.uitspraken.nl/uitspraak/centrale-raad-van-beroep/bestuursrecht/socialezekerheidsrecht/hoger-beroep/ecli-nl-crvb-2016-1741>

Zaken als revalidatie en het gebruik van medicatie zijn in beginsel reële behandelmogelijkheden, tenzij het te onderbouwen is deze dit niet mogelijk zijn om medische redenen. Een operatieve ingreep is echter niet af te dwingen, ook al werd deze geadviseerd door een behandelaar. Tenzij deze ingreep reeds op de planning staat en daarvan binnen een half jaar aanzienlijke verbetering in het functioneren te verwachten valt, kan dus een GPK niet afgewezen worden op basis van het feit dat een operatie in principe mogelijk is. Dat irreversibele wijzigingen aan het lichaam niet als een afdwingbare voorwaarde mogen worden beschouwd vindt zijn oorsprong in de Nederlandse Grondwet: Grondrechten artikel 11: "Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam. De Nederlandse Grondwet gaat voor overige Nederlandse wetten, Algemene maatregelen van bestuur en verordeningen van bestuurlijke lichamen zoals bv. gemeenten". Een invasieve ingreep is dus niet voorliggend omdat het in alle redelijkheid niet als voorwaarde gesteld kan worden waar het gaat om vrijwillig aan te vragen voorzieningen.

Zie ook, in een ander kader namelijk op het gebied van de AWBZ (voorloper van Wmo en Wlz) , een uitspraak hierover: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2006/12/19/operatieve-ingreep-is-niet-voorliggend-op-awbz-zorg-in-verband-met-inbreuk-op-de-lichamelijke-integriteit>)

B.15 Geldigheidsduur gehandicaptenparkeerkaart en herbeoordeling of herkeuring

Aan het feit dat iemand eerder wel een (verlenging) gehandicaptenparkeerkaart heeft gekregen, al dan niet voor 5 jaar, kunnen geen rechten worden ontleend. Het wil niet zeggen dat daaruit automatisch een recht op een (volgende) verlenging volgt, zelfs niet als er geen substantiële wijzigingen zijn in de medische situatie. Het kan immers zijn dat een eerdere medische beoordeling niet zorgvuldig genoeg was of dat daarbij lossere criteria werden gehanteerd dan feitelijk gelden. Elke keuring is een nieuwe beoordeling gehandicaptenparkeerkaart die op zichzelf staat, al zal wel extra aandacht besteed moeten worden aan de onderbouwing, zie: [ECLI:NL:RVS:2007:BA3784 LJN BA3784](https://ecli.nl:RVS:2007:BA3784_LJN_BA3784), Raad van State, 200607137/1, 25-4-2007, Bestuursrecht :: Jure.nl en https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2012/ECLI_NL_TGZRZWO_2012_YG2405

Een herbeoordeling is niet altijd noodzakelijk al moet deze afweging zorgvuldig worden gemaakt. Dit houdt verband met de Regeling gehandicaptenparkeerkaart onder Paragraaf 2, artikelen 2.2. a en 2.2.b, en is bevestigd door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten in <https://vng.nl/vragen-en-antwoorden/nieuwe-kaart-ivm-het-verstrijken-van-de-geldigheidsduur-dan-ook-nieuwe-keuring>.

Voorbeelden van medische redenen om toch te herbeoordelen werden ook reeds genoemd in het voorgaande Protocol gehandicaptenparkeerkaart 2008 bij 1.5: medisch technologische ontwikkelingen waardoor verbetering in de gezondheidssituatie kan optreden, en: nieuwe gehandicaptenparkeervoorzieningen waardoor de invaliditeit minder is geworden.

De gemeente kan in dergelijke gevallen ook een “administratieve” herkeuring middels dossieronderzoek of “herbeoordeling op papier” aanvragen; dit is aan de gemeente in overleg met de keurende instantie. Het houdt in dat het verzoek tot verlenging, met meesturen van het vorige medisch advies aan de gemeente, schriftelijk wordt voorgelegd door de gemeente aan de keurend arts. Soms is daarbij een brief van een behandelaar toegevoegd die de cliënt heeft opgestuurd, waarin bijvoorbeeld staat dat er geen veranderingen zijn in de medische situatie ten opzichte van 5 jaar eerder.

De beoordelend arts ziet de cliënt niet en vraagt ook geen medische informatie op, maar adviseert op basis van de voorgelegde informatie of de GPK opnieuw met 5 jaar verlengd kan worden. Indien de beoordelend arts hierover twijfels heeft kan besloten worden om alsnog de gebruikelijke keuring uit te voeren door nader onderzoek te doen, middels een spreekuur, huisbezoek en/of het opvragen van medische informatie.

Indien na een aanbesteding er een nieuwe keurende instantie is aangetrokken voor de beoordeling, heeft deze meestal geen inzage in de medische beoordeling van de vorige keurende instantie. Dit kan ook een reden zijn om een volledige herkeuring uit te voeren.

Cliënten bouwen geen rechten op met een gehandicaptenparkeerkaart die volgens een eerder protocol op juiste gronden werd toegewezen. Het nieuwe VIA protocol van 2008 hanteerde verduidelijkte regels ten opzichte van het VIA-protocol van 2001, die daarmee strikter afgebakend werden. Ook al was er geen sprake van verbetering van problematiek bij de cliënt, en was het eerdere medisch advies zorgvuldig tot stand gekomen, kon een verlenging daardoor toch afgewezen worden. Maar dan wel via een geheel nieuwe keuring met adequate onderbouwing conform het nieuwe protocol. Zie <https://jure.nl/ECLI:NL:RVS:2009:BH6307>

De omstandigheid dat het college [appellante B] eerder wel een gehandicaptenparkeerkaart heeft verstrekt laat onverlet dat zij thans, gekeurd onder het nieuwe strengere regime, niet voldoet aan het bepaalde in artikel 1, eerste lid, aanhef en onder a, van de Regeling.

Het feit dat de regels strikter zijn geworden, leidt echter niet tot een zwaardere motiveringseis. Het moet gewoon goed onderbouwd worden, maar dan nu volgens de regels van het nieuwe protocol.

<https://jure.nl/ECLI:NL:RBAMS:2008:BD7152>. En dus vanaf nu volgens de regels van de nieuwe Richtlijn 2022.