

Werkgroep

"MENSELIJKE FACTOREN
IN DE PREVENTIE
VAN VERKEERSONGEVALLEN "

Medical Deficiencies, Detection, Evaluation and Reporting by Harold M.
Erickson and Julian A. Waller.

Traffic Safety jan. 1965 No.1.

Medical Deficiencies, Detection, Evaluation and Reporting by Harold M. Erickson and Julian A. Waller.
Traffic Safety jan. 1965 No 1.

Dit artikel wordt dusdanig belangrijk geacht dat gemeend wordt dit voor het grootste gedeelte, vrij vertaald, aan de werkgroep te moeten voorleggen, voor zover nodig geacht, voorzien van commentaar. Dit commentaar zal als zodanig worden aangegeven of tussen haakjes worden geplaatst.

De auteur begint met te stellen dat zowel fouten aan het voertuig, als ongunstige omstandigheden afkomstig uit de omgeving (slecht wegdek, mist, enz.) als falen van de bestuurder kan leiden tot een ongeval. Zoals bekend is zal er meestal een combinatie van deze factoren resulteren in een ongeval.

Er is veel aandacht besteed aan de wegen en het voertuig. (De werkgroep merkt hieromtrent op dat dit artikel slaat op Amerikaanse toestanden. Wat het voertuig betreft is er wel een enorme research in Amerika verricht en heeft men aldaar een "safety car" geconstrueerd, doch deze wordt practisch niet verkocht. Men volstaat met het aanbrengen van enkele verbeteringen.) Het wordt echter van essentieel belang geacht meer aandacht te schenken aan de bestuurder en maatregelen te treffen dat alleen zij, die in staat zijn veilig te rijden, tot het wegverkeer toe te laten. De wetgevers, de administraties op verkeersgebied (hiermee worden o.i. instanties bedoeld als bij ons het C.B.R. en zal in den vervolge gebruikt worden als er sprake is van State Department of Motor Vehicles) en de artsen hebben aandacht geschonken aan de medische tekortkomingen voor zover zij verband houden met veilig rijden. Verschillende staten hebben voorzieningen getroffen om te voorkomen dat personen met deze tekortkomingen een rijbewijs verstrekt wordt.

De auteur vermeldt dat in vele van de vijftig staten het aantal verkeerswetten op het gebied van deze medisch gehandicapten aanzienlijk is toegenomen. Als voorbeeld wordt gegeven dat "the Epilepsy Reporting Law" van 1939 het gevolg was van de omstandigheid dat een chauffeur een epileptische aanval achter het stuur had. Op Welfare Island overleden kort geleden negen personen omdat de buschauffeur een hartaanval kreeg achter het stuur. Het gevolg was dat de wetgever zich ging interesseren voor personen met hart-vaatziekten in verband met het verstrekken van een rijbewijs. Een soortgelijk ongeval had tot gevolg dat in verschillende staten een speciaal onderzoek voor schoolbuschauffeurs wettelijk werd ingesteld. Momenteel hebben 17 staten wetten die het rijden van personen met speciale medische aandoeningen verbieden. In bijna alle andere staten "the vehicle code provides general authority to limit the privileges of people who are not capable of safe driving."

Er bestaat een aanzienlijke variatie in de wetten van de verschillende staten, echter berusten de normen voor een groot deel meer op bepaalde meningen dan op nauwkeurig gecontroleerde onderzoekingen, d.w.z. enkele staten eisen aangifte van epilepsie, andere staten erkennen dat diabetes, hartziekten en veel andere toestanden bewustzijnsverlies kunnen veroorzaken en verlangen dat indien één van deze aandoeningen gediagnosticeerd wordt, zij door de artsen gerapporteerd moeten worden, indien deze aandoening chronisch is of chronisch kan worden.

De auteur noemt nog enkele aandoeningen die iemands rijvaardigheid kunnen aantasten, zoals mentale en neurologische aandoeningen, ernstige orthopedische gebreken, slechte visus en gehoor en nog vele andere. (Ten aanzien van het gehoor moge nog opgemerkt worden dat men algemeen van oordeel is dat ook totaal doven een particuliere auto mogen besturen. Er is echter een publicatie bekend (1) waarin gezegd wordt "Statistically, the deaf group merely has a higher average count level than the non-deaf but an almost identical percentage of subjects who would be classified as "negligent" operators). Enkele van deze afwijkingen kunnen bij een onderzoek zoals bij het afnemen

van

van het rijexamen plaatsvindt, gevonden worden, zoals b.v. onvoldoende visus. Andere afwijkingen dienen door de medicus vastgesteld te worden.

In 1962 constateerde Ross A. Mac Farland: "No reliable data have been obtained even to estimate roughly the importance of medical factors in the accident total and no controlled studies have yet been carried out to indicate whether groups of drivers with any particular disease or physical defect, with the possible exception of alcoholism, have a higher accident rate than otherwise comparable groups. At present, there are no experimentally derived cut-of points or criteria to assist the physician in assessing the question of fitness to drive."

Laten wij de variatie in criteria illustreren aan de wetten die er in de verschillende staten ten aanzien van epileptici bestaan, aldus de auteur. Zodra als iemand goedgekwalificeerd is als epilepticus, krijgen deze personen in enkele staten nimmer een rijbewijs, andere staten nemen geen maatregelen, weer andere staten eisen vrijblijven van een aanval gedurende een jaar, andere gedurende twee jaar, weer andere gedurende drie jaar. Deze standaard opvattingen zijn gebaseerd op meningen. Een voorbeeld van zulk een standaard is "The Glaser-Irons Report", waarin in hoofdlijnen uiteengezet wordt dat er eenstemmigheid bij de neurologen bereikt moet worden ten aanzien van de verstrekking van een rijbewijs aan epileptici. Het ^{moet} mogelijk zijn gegevens te verkrijgen waarop een standaard opvatting gegrond is waarmee we het allemaal eens kunnen zijn. In Oregon rees de vraag of aan iemand met één oog toegestaan kon worden een schoolbus te besturen. De mening hieromtrent was bij de medici sterk verdeeld, en sommige hielden emotionele betogen ter ondersteuning van hun mening. Men werd het ten slotte eens dat aan een éénogige chauffeur niet het leven van 50 of 60 kinderen toevertrouwd kon worden, maar deze beslissing was weer gebaseerd op een mening, zonder specifieke gegevens die deze mening konden steunen.

Gedurende de afgelopen twee jaar hebben tenminste drie groepen studies verricht om te bepalen, per miljoen gereden mijlen, hoe groot het risico op een ongeval is indien een bepaalde medische handicap bestaat. Deze groepen zijn:

1. The California State Department of Public Health
 2. The Oregon State Board of Health
 3. The Department of Health Service and Hospital Insurance of British Columbia
- De eerst genoemde studie uit Californië is gereed en toont aan, dat op een aan de leeftijd aangepaste basis, personen met bepaalde chronische medische ziekten die opgegeven zijn aan het C.B.R. van Californië, ongeveer tweemaal zo veel ongevallen hebben en anderhalf maal zoveel overtredingen begaan dan chauffeurs zonder deze aandoeningen. Deze aandoeningen omvatten epilepsie, hart-vaatziekten, diabetes, gestelrijke stoornissen en alcoholisme. (De werkgroep wijst er op dat over al deze aandoeningen nota's van de werkgroep zijn verschenen). Een slechte instelling ten opzichte van een voorgeschreven medische leefregel, leeftijd boven 60 jaar, meerdere ernst van de medische aandoening, en voorafgaande ongevallen, maken het risico voor bepaalde bestuurders groter. Hoewel dit in zekere mate een slechte groep chauffeurs is, blijkt uit deze studie dat er bepaalde medische en ook persoonlijke kenmerken bestaan die een groter ongevalsrisico met zich mee brengen. Het is belangrijk dat het percentage personen met bovengenoemde afwijkingen 15 bedraagt van de gehele "rijdende" bevolking.

De auteur stelt "This emphasizes the importance of physicians making critical evaluations of persons with these conditions prior to the issuance of a driver license. There is little sense in reporting people who are a limited risk, however. Such a system would be futile from the accident prevention viewpoint. It would incur public resentment to the program; it would be expensive, and it would have unfortunate socio-economic effects if it resulted in a substantial number of license denials or revocations."

We cannot neglect consideration of the relative human values of driving in making the decision of how fine a screen we want to use to detect people whose medical handicaps may be a handicap to safe driving."

Er zijn drie "richtlijnen" om gehandicapte personen te ontdekken. De eerste, die thans in Pensylvania gevolgd wordt, stelt voor iedere bestuurder te onderzoeken om zodoende die personen te ontdekken, die medisch gehandicapt zijn. Dit is een monumentale onderneming die echter ook moeilijkheden oplevert. In Californië zouden per dag 15.000 medische onderzoeken moeten plaatsvinden. De medici moesten in hoge mate met het systeem accoord gaan en wil men ook maar een vlugge succes hebben, dan moeten er duidelijke criteria aanwezig zijn. Dr Charles L. Wilbar Jr. secretary of health for Pensylvania, deelt mede dat sinds 1960 bijna 2.000.000 personen onderzocht zijn op hun rijvaardigheid door artsen in Pensylvania. Hiervan worden 30.000 of 1,7% afgewezen. Wil men de waarde hiervan bepalen, zo moet deze waarde afgewogen worden tegenover de kosten en deze zijn zeer hoog. Het systeem gaat er van uit dat het aantal ongevallen gereduceerd zal worden. Gegevens uit Californië tonen aan dat, indien 15% gehandicapte bestuurders van de weg verwijderd wordt, het aantal ongevallen met 30% verminderd wordt. Dit is ondoenlijk. Indien een meer effectief systeem gevonden zou kunnen worden dat niet alleen minder dollars kost, maar ook minder kostbare tijd van de medici eist, zou dit zeer welkom zijn.

"Our experience with school examinations in New York, Pennsylvania and other states has shown that other types of screening measures can be as effective in detecting children who need medical care, as are routine school examinations. Perhaps this experience can be of value here."

De tweede richting zegt dat het volkomen nutteloos is enig formeel ontdekkings-systeem op te stellen. De argumenten zijn:

1. Dat zij, die werkelijk een groot risico vormen zullen, zowel in hun eigen belang als dat van anderen, het rijden nalaten afgezien of er al dan niet een formeel opspoor systeem bestaat.
2. Aangifte is, op zijn best, bepaald onvolledig.
3. Aangifte waarin de medicus betrokken wordt, zal de oorzaak zijn dat de patiënten in bepaalde gevallen geen medische hulp inroepen en maakt misbruik van arts-patiënt verhouding.

De auteur zegt hiervan:

De bedriegelijkheid van het eerste argument is iedereen, die wel heeft moeten omgaan met een systeem waarbij het individueel belang belommerd wordt ter wille van het algemeen belang, direct duidelijk. Hij zal ook weten dat er patiënten zijn die zich zelf en ook anderen aan verdragende risico's blootstelt, om een "short-range" voordeel te behalen, speciaal als het gaat om hun economisch bestaan.

Het tweede argument is vooral bekend aan degenen die bij gezondheids diensten hebben moeten werken met een inadequaat aangifte systeem. Hoe goed kan een aangiftesysteem zijn? Californië heeft naar schatting 40.000 personen met epilepsie "of driving age". Het voorkomen van nieuwe gevallen in deze leeftijdsgroep, gebaseerd op studies in Californië en Engeland bedraagt tussen de 3500 en 4000. Thans worden jaarlijks ongeveer 3500 personen met epilepsie aangegeven bij het C.B.R. Vijfen veertig percent wordt aangegeven door de medicus ter nakoming van de wet op de aangiftevot van epilepsie, 30% geeft zich zelf aan bij het aanvragen van het rijbewijs en 25% worden aangegeven wegens een verkeersongeval. Andere staten hebben vergelijkbare ondervindingen. Formele aangifte kan daarom op succes rekenen. Een dergelijk aangiftesysteem is ook geschikt voor andere aandoeningen als epilepsie. Het werkt effectief in Oregon, waar medici die personen aangeven waarvan zij menen dat zij een aandoening hebben die van nadelige invloed kan zijn op het veilig besturen van een motorvoertuig.

Er is, tot nu toe, geen adequate manier om te schatten hoe dikwijls personen geen medische hulp hebben ingeroepen omdat zij bang waren dat aangifte zou

volgen

volgen. Wij weten echter wel dat veel personen die onder tamelijk inadequate zorg verkeerd hebben, voordat zij zich zelf aangegeven hebben, of dat zij aangegeven worden tengevolge van een verkeersongeval, hierin een motief gevonden hebben om hun ziekte beter te laten behandelen om intrekking van hun rijbewijs te voorkomen of om hun rijbewijs weer terug te krijgen. Dikwijls ziet men dat deze personen voor het eerst sinds vele jaren symptoovrij zijn geworden (Commentaar. De weerlegging van het eerste bezwaar door de schrijver is volkomen juist. Het aantal personen dat vrijwillig stopt met rijden wegens een lichamelijke aandoening is zeer gering. Er is zeer grote overredingskracht van de kant van de arts nodig om de patiënt te bewegen het rijden te stoppen.

Hoewel niet te verdedigen, kan men zich indenken dat indien iemands economisch bestaan gebonden is aan het gebruik van een motorvoertuig en het besturen hiervan, hij de neiging heeft doof te zijn voor de raadgevingen van zijn medicus. In vele tijdschriftartikelen wordt de raad gegeven in zulk een geval de patiënt een verklaring te laten tekenen waarin vermeld wordt dat zijn medicus hem het besturen van een motorvoertuig dringend ontraden heeft. Weigert hij tekening van deze verklaring, dan herhaalt men de waarschuwing in het bijzijn van een getuige b.v. de doktersassistente. (Het beroepsgeheim komt hierbij niet in het gedrang omdat de aard van de ziekte niet genoemd wordt.) Doch wat heeft het voor nut een dergelijke verklaring te laten tekenen? Indien zulk een patiënt een ernstig ongeluk heeft veroorzaakt zal de medicus deze verklaring niet aan de rechter overhandigen. Gemeend wordt dat de betekenis gelegen is in de rechtvaardiging tegenover de familie als die hem verwijt dat hij de patiënt had moeten waarschuwen. Tevens kan de verklaring dienen ter zelfrechtvaardiging. Ten aanzien van het tweede argument dat aangifte onvolledig zou zijn, kan men het met het tegenargument van de auteur eens zijn. Alles hangt af van het systeem. Indien er b.v. geen sancties bestaan op het niet naleven van de verplichte aangifte, verliest het systeem zeer veel van zijn waarde. (Zo kent de Nederlandse Wet op de besmettelijke ziekten van 21 juli 1928 geen sancties op het niet aangeven van een besmettelijke ziekte door de behandelende medicus). Wat het derde argument betreft, dit bestaat uit twee delen en wel:

a. de patiënt zou zijn medicus niet raadplegen uit vrees dat aangifte zou volgen.

b. misbruik wordt gemaakt van de verhouding patiënt-arts.

Het eerste gedeelte van het tegenargument van de auteur is niet sterk. Hij deelt mede dat in Californië (waar verplichte aangifte bestaat) 25% op geeft epilepticus te zijn bij het aanvragen van een rijbewijs. Van de overige 75% wordt 50% door de medici aangegeven en 25% opgespoord door een ongeval, d.w.z. een verhouding van 2 op 1.

Het is toch moeilijk aan te nemen dat de niet aangegeven gevallen uitsluitend gevallen zijn waarbij de epileptische aanval voor de eerste maal plaatsvindt. Dat deze vrees niet denkbeeldig is moge blijken uit het navolgende (zij het met betrekking tot andere ziekten).

In de hiervoor genoemde Wet op de besmettelijke ziekten komt tuberculose niet voor. De geslachtsziekten worden evenmin in de wet genoemd. Er is wel een besluit, daterend uit de bezettingstijd, dat lijders aan deze ziekten verplicht zich te laten behandelen. Indien de patiënt zich onttrekt aan behandeling is de arts verplicht de inspecteur hiervan in kennis te stellen. De zieke kan dan desnoods met de sterke arm naar een ziekenhuis worden overgebracht (2).

De reden waarom zowel tuberculose als geslachtsziekten buiten de wet werden gehouden is dat gevreesd werd dat personen lijdend aan een dazzer ziekten zich, uit vrees voor aangifte, zich niet onder behandeling zouden stellen.

Bij de voorbereiding tot wijziging van bovengenoemde wet zijn er stemmen opgegaan om deze ziekten wel in de wet op te nemen. Een beslissing dienaangaande is, voor zover bekend nog niet genomen.

Aangaande het tweede gedeelte van het argument n.l. dat misbruik wordt gemaakt van de verhouding patiënt-arts, kan aan het tegenargument van de auteur nog

het

het volgende worden toegevoegd. Indien de aangifte van b.v. epilepsie verplicht wordt gesteld, zal geen enkel weldenkend mens dit beschouwen als het misbruik maken van de verhouding patiënt-arts, evenmin als iemand dat zal doen die drager is van typhus bacillen en werkzaam is in een levensmiddelen bedrijf. Zo iemand kan op grond van de besmettelijke ziekwet "uit zijn beroep ontzet worden" tot hij geen bacillen meer uitscheidt. Hij ontvangt gedurende deze periode een vergoeding van Rijkswege, die aanzienlijk lager is dan zijn normale verdienste. Een en ander is het gevolg van de verplichte aangifte.

Hoewel met het vorenstaande slechts indirect samenhangend, moge genoemd worden het geval dat door Wafelbakker (3) aangehaald wordt. Hij vermeldt hierin een artikel van Van Lochem, hetwelk deze in the British Medical Journal aantroef onder de titel "Gevotensvraag"

"Een arts stelde epilepsie vast bij een machinist, die locomotieven bediende. De patiënt gaf hem geen verlof hiervan mededeling te doen aan de directie der spoorwegen. De arts richtte daarop een circulaire aan 30 huisartsen ouder dan 50 jaar, aan 30 jongeren, aan 30 specialisten en aan 30 medical officers of health met de vraag "Has the doctor an overriding duty to ignore his patients' wishes and to report his state of epilepsy to the railway authorities?" Van de gevraagden antwoordden 84% "yes", 12,5% "no" en 3,5% "uncertain". Zijn conclusie was dat het voor de British Medical Association tijd wordt het beroepsgeheim "in the light of modern social structure and opinion" te herzien. Einde commentaar).

De derde school of richting is die, voorgesteld door "the American Medical Association's Committee on Medical Aspects of Automotive Safety. Deze commissie wil alleen aangifte van die chauffeurs die een aanzienlijk groter risico dan het gemiddelde lopen om zich een ongeval op de hals te halen. Dit zou dus een middenweg vormen tussen de massa aangifte en geen aangifte. Als axioma kan gesteld worden dat deze wijze van aanpakken niet maar zo ingevoerd kan worden. Deze aanpak moet regelmatig onderworpen worden aan een zorgvuldige, degelijke en wetenschappelijke waardebeoordeling ("evaluation") om er zeker van te zijn dat het doel bereikt wordt. Het succes hangt ook af van de medewerking van de medici, op het beschikbaar zijn van praktische criteria die de medicus moet hanteren bij het beoordelen van de rijvaardigheid van zijn patiënt, van de bekendheid met de waardering voor de noodzaak van aangifte en op vertrouwen in het bureau dat het programma uitvoert.

Welke is nu de rol van het medische beroep in de ontwikkeling en uitvoering van een speursysteem? Wij zouden gaarne twee programma's beschrijven, waarbij l. het medische beroep betrokken is en die goed schijnen te werken.

Californië, als de dichtst bevolkte staat heeft een gecombineerd aangifte, waarderings en herwaarderingsstelsel, dat 50.000 chauffeurs per jaar omvat ("case load of 50.000 drivers a year").

Men wordt geïnformeerd omtrent personen met een potentiële handicap op verschillende manieren en vol:

1. De vragen op het aanvraagformulier voor een rijbewijs die gesteld worden omtrent het voorkomen van aanvallen van bewusteloosheid of elke andere ziekte die een handicap voor de rijvaardigheid betekenen kan.

2. Verplicht aangeven door de medici van personen met chronische ziekten die tot verlies van het bewustzijn kunnen voeren. Helaas is de naam van die wet "De epilepsie aangifte wet" en vele artsen denken, wanneer het op aangifte aankomt, alleen aan epilepsie.

3. Verplichte aangifte door de rechtsprekende instanties ("courts") van personen, veroordeeld wegens illegaal gebruik of het illegaal bezit van verdovende geneesmiddelen.

4. Aangifte (niet verplicht) door de politie, inrichtingen voor geestesgeeststoorden en gewone burgers op vrijwillige basis van personen waarvan men overtuigd is dat zij een buitengewoon groot risico vormen voor een verkeersongeval. Veel personen met hartziekten, geestesziekten en chronische alcoholis-

ten worden op deze wijze aangegeven.

5. Aangifte van personen, die ten tijde van het ongeval of de overtreding toegegeven hebben dat zij een ziekte hebben die als handicap beschouwd kan worden t.a.v. hun rijvaardigheid.

Personen die op een van de hiervoor genoemde wijze aangegeven worden, worden geïnterviewd door iemand wiens taak het is de rijvaardigheid van chauffeurs te verbeteren. Inlichtingen omtrent zijn medische toestand worden, met de geschreven toestemming van de betrokkene, gevraagd van zijn arts. De uiteindelijke beslissing, wat betreft het voorrecht een motorvoertuig te mogen besturen, wordt meer door het C.B.R. dan door de medicus genomen.

Sinds 1957 heeft "the California Medical Association" in verschillende plaatselijke medische genootschappen verkeersveiligheids comite's opgericht. De leden van deze comite's vormen een objectief kanaal van communicatie tussen het medisch beroep en het C.B.R., waarbij de behoeften van het C.B.R. aan de medici kenbaar worden gemaakt en de problemen van de medici aan het C.B.R. worden voorgelgd. Bovendien beoordelen de comite's de individuele gevallen, waarbij de chauffeur of de medicus het niet eens zijn met de beslissing van het C.B.R. of waarbij het C.B.R. niet zeker is voor wat de medische informatie betreft, die hem ten dienste staat.

Onder het huidige programma wordt ongeveer van 50% van de personen die naar het C.B.R. verwezen worden, het rijbewijs voor een bepaalde tijd ingetrokken. Het merendeel krijgt hun rijbewijs terug, mits zij onder adequate en effectieve medische supervisie blijven.

Het feit dat aangifte niet neerkomt op intrekking van het rijbewijs (niet tantamount to revocation) is een van de belangrijkste redenen waarom de medici en patiënten samenwerken in dit programma. Aangifte ontheft de medicus ook van zijn wettelijke verantwoordelijkheid indien de patiënt betrokken wordt bij een ongeval.

Wat zijn nu de problemen, verbonden aan dit programma?

Het eerste probleem is de gefractioneerde aard van het aangiftesysteem. Vroeger was medisch advies alleen in individuele gevallen te krijgen, dit had ten gevolge dat er weinig "planning" over de gehele linie bestond ten aanzien van het speursysteem. Ook was er een neiging te veel nadruk te leggen op aangifte en restrictie van patiënten met bepaalde aandoeningen zoals epilepsie en verslaafd zijn aan bedwelmende middelen en te weinig aandacht te schenken aan ziekten zoals diabetes en alcoholisme. In de laatste vijf jaar is er een zeer nauwe werkrelatie ontwikkeld tussen het C.B.R. en het Departement voor de Volksgezondheid. Dit heeft geleid tot een herwaardering van het programma. In het algemeen is het aangiftesysteem volkomen duidelijk gebleken en de zwakkere plekken zullen verbeterd worden door speciale cursussen voor "besturings analisten" (driver analysts) op het gebied van de medische aspecten van het besturen van motorvoertuigen. Daarnaast zal een omvangrijk opvoedkundig programma voor het medische beroep opgesteld worden voor wat betreft de evaluatie procedures die gebruikt moeten worden voor bestuurders die kritisch onderzocht moeten worden. Het tweede probleem is het bestaan van een fundamentele onzekerheid welke chauffeurs voor evaluatie naar de medische comite's verwezen moeten worden. Dit heeft ten gevolge gehad dat ongeveer 1/3 van die gevallen waarbij het advies van die comite's van waarde geweest zou kunnen zijn, inderdaad naar die comite's verwezen zijn. De ontwikkeling van richtlijnen voor deze verwijzing is nodig evenals de vorming van meer comite's om het grote aantal gevallen te kunnen opvangen.

Het programma van aangifte en evaluatie van het C.B.R. van Oregon is fundamenteel hetzelfde als dat van Californië; heeft echter enige belangrijke verschillen.

De wet in Oregon voorziet er in dat de medicus aangifte doet aan de lokale gezondheidsautoriteit, die de aangifte doorgeeft aan de staatsautoriteit. Medici van de staf evalueren nauwgezet de medische aangiften, wegen deze af tegen

gegevens

gegevens van het C.B.R., verzoeken om aanvullende onderzoeken door specialisten indien dit nodig mocht blijken, informeren zo nodig bij de familie of verzorger om zodoende de beste aanbeveling aangaande het verstrakken van een rijbewijs te kunnen geven. Advies werd ontvangen van "the Traffic Safety Committee of the Oregon Medical Association" in zake het opstellen van criteria die gebruikt konden worden bij het al dan niet uitreiken van een rijbewijs. In ongewoon complexe gevallen helpt het "State Medical Association Traffic Safety Committee" Oregon heeft ook een procedure waarbij de medicus van de Rijks inrichtingen voor geestesgestoorden aanbevelingen doen of iemand die, hetzij met proefverlof gaat hetzij ontslagen wordt, al den niet een voertuig mag besturen.

Medeom moet er de nadruk op gelegd worden dat het systeem in Oregon slaagt omdat hier, evenals in Californië, nauwe banden zijn met het medische beroep, het is onderworpen aan evaluatie en algemeen wordt begrepen dat aengifte niet gelijk is aan het intrekken van het rijbewijs. Dr G.C. Edwards heeft onlangs medegedeeld dat 8718 chauffeurs in de laatste 10 jaar een evaluatie hebben ondergaan met een ongunstige uitslag in 14,2% van de gevallen. Er waren bij deze 8718 chauffeurs 27% met een hartgebrek, 27% met epilepsie, 14% met diabetes 4% met cerebrovasculaire aandoeningen, 2% met psychiatrische afwijkingen en de rest had diverse aandoeningen.

Oregon heeft ook een wet die voorziet in de keuring van schoolbuschauffeurs. Toen het programma uitgevoerd werd, werd als standaardisen aangenomen die, welke heel dicht stonden bij die van het "Industrial Medical Association's Committee on Vehicular Driver Physical Standards"

R.R. Sullivan bericht dat als resultaat van 10243 veel omvattende onderzoeken (inclusief E.E.G.) door particuliere artsen 170 personen ongeschikt werden

bevonden en wel:

Ziekten coronair art. (incl. afsluiting)	52.
Hypertensie	19.
Visus deficientie	50.
Hernia	3.
Diversen	46.
	<u>170</u> = 1,6%

Harold Brandaloon bericht over het resultaat van een soortgelijk onderzoek programma van een groot stedelijk transportbedrijf

Ongevallen, waarvoor de chauffeur verantwoordelijk was, werden van 6.377 per jaar in 1946 terugggebracht tot 3.600 per jaar in 1950, 2713 in 1956 en 2568 in 1957.

Samenvattend zijn wij van mening dat programma's voor het ontdekken, evalueren en beperkingen opleggen van chauffeurs met een medische handicap, zowel praktisch zijn als nuttig.

De menselijke factor, ofschoon in het algemeen niet de enige factor, is wel een grote factor bij het veroorzaken van ongevallen.

De medicus kan helpen bij het opstellen bij criteria die men moet stellen bij de evaluatie van chauffeurs ten aanzien van hun geschiktheid tot rijden. De huidige criteria zijn, zoals reeds gezegd, gebaseerd op meningen. Betrouwbare gegevens moeten verkregen worden, zodat wij in staat zijn meer juiste relaties te vinden tussen speciale medische tekortkomingen en de staat van dienst van de chauffeurs ("records of driving"), zodat wij in staat zijn criteria te stellen waar wij het allemaal mee eens kunnen zijn.

Veel vragen moeten nog beantwoord worden, maar dit mag ons niet afhouden de kennis die wij thans bezitten aan te wenden.

Een selectief programma moet de tol, die wij aan het verkeer moeten betalen, met minstens 10% verminderen. Met de voortgezette medewerking van artsen, C.B.R. en een geïnformeerd publiek kan en moet dit doel bereikt worden.

Commentair en samenvatting.

Dit artikel bevat de volgende kernpunten:

1. Ten aanzien van de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van een motorvoertuig dienen, op onderzoek berustende, criteria opgesteld te worden.

2. Deze criteria kunnen opgesteld worden door bewerking van de bij de grote vervoers- en transport bedrijven aanwezige "driver records".

3. Deze criteria dienen ter kennis te worden gebracht van alle medici. Indien hij een patiënt ter behandeling krijgt die niet aan één van deze criteria voldoet, dan moet dit ter kennis gebracht worden van een bepaalde instantie, die dan een nader onderzoek instelt.

Als voorbeeld moge dienen dat, indien als criterium gesteld wordt dat personen lijdend aan insufficiëntie van de hypofyse voorloos niet mogen rijden, dat dan de medicus deze patiënt aangeeft. (Deze aandoening, de ziekte van Simmonds, geeft aanleiding tot spontane hypoglykemie).

De twee eerste punten kunnen veilig overgelaten worden aan de commissie "richtlijnen".

Het knelpunt wordt gevormd door de verplichte aangifte, zoals deze plaatsvindt in 17 staten van Amerika, voor wat epilepsie betreft en ook voor andere ziekten, zoals uit het artikel blijkt. De gedachte hieraan is, speciaal voor Nederland revolutionair te noemen en de medici en de "Maatschappij" zullen zich zeer zeker hiertegen verzetten. Het is dan ook niet de bedoeling van de werkgroep een lans te breken voor deze verplichte aangifte. Het is meer de bedoeling te wijzen op deze mogelijkheid. Bij de bezwaren die hiertegen worden ingebracht in dit artikel, wordt één bezwaar gemist n.l. het schenden van het beroepsgeheim en hierop is het bezwaar tegen de verplichte aangifte bij de Nederlandse artsen meestal gebaseerd. Als men dan zegt: "maar besmettelijke ziekten worden toch ook aangegeven en bij plaatsing in een gesloten afdeling van een psychiatrische inrichting "venens", krijgt men stevast te horen: "Ja maar bij epilepsie b.v. ligt het toch anders" en motieven als "het aantal ongevallen door epilepsie veroorzaakt, valt toch erg mee". Het is echter zo dat er weinig gevallen, om bij epilepsie te blijven, van epilepsie bekend zijn, waarbij het vast staat dat deze aandoening de oorzaak van het ongeluk was. Hoe groot is het aantal ongevallen waarvan de oorzaak onbekend is en zou een zeker percentage niet door epilepsie veroorzaakt kunnen zijn?

Het is tot nu toe niet gelukt een steekhoudend motief te vinden, waarom men besmettelijke ziekten wel zal aangeven en een ziekte die gevaar voor het verkeer en voor zich zelf vormt, niet. De mate waarop een besmettelijke ziekte gevaar voor de omgeving oplevert, mag toch geen rol spelen. Er bestaat een zekere overeenkomst tussen de aangifte van een besmettelijke ziekte en aangifte van iemand die een aandoening heeft die bij het besturen van een motorvoertuig gevaar oplevert. Bij een besmettelijke ziekte wordt de besmetting op een bepaald ogenblik opgehouden, bij de aangifte i.z. ongeschiktheid tot het besturen van een motorvoertuig kan deze ongeschiktheid eveneens opgeheven worden, zoals uit het artikel blijkt.

Ten slotte wordt de aandacht gevestigd op het belang van het vaststellen van criteria, die op onderzoek berusten en dat het tevens van zeer veel belang is dat deze criteria in het bezit komen van alle medici. Zij kunnen dan ten minste hun patiënten adviseren bij welke aandoeningen niet aan het verkeer dient te worden deelgenomen.

Literatuurlijst.

1. R.S.Coppin and R.C.Peck, California Dept. of Motor Vehicles. Sacramento Calif. Rep. 15, July 1963, 47 p.p.
2. Medische W.P. Review 1955. Derste deel, blz 386.
3. Tafelbakker J.J. enkele social-geneeskundige aspecten van de wegverkeersongevallen. blz 108. Acad. profschrift. Van Gorcum.