



Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen

PROTOCOL
GEHANDICAPTENPARKEERVOORZIENINGEN

vastgesteld door het bestuur van de Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen
in november 2008

VOORWOORD

Voor u ligt de herziene versie van het landelijke protocol ten aanzien van advisering in het kader van de gehandicaptenparkeervoorzieningen.

Inmiddels is zeven jaar ervaring opgedaan met de eerste versie van het protocol dat in 2001 verscheen. In die periode heeft dit eerste protocol van de Vereniging van Indicerende en Adviserende Artsen (de VIA) een belangrijke bijdrage geleverd aan de uniformering van de advisering in het kader van de nieuwe regeling Gehandicaptenparkeerkaart. Toch bleken er ook veel vragen te bestaan, met name rondom de indicatiestelling rondom de passagierskaart. In 2005 heeft daarom de Werkgroep Protocoltering zich voorgenomen om de opgedane ervaringen in een herziene versie te verwerken. Helaas bleek het praktisch niet haalbaar een uitgebreid evaluatieonderzoek op te zetten en uit te voeren. De informatie in dit protocol is daarom vooral gebaseerd op de ervaringen van de werkgroepleden en hun directe collegae. Daarnaast is gebruik gemaakt van de discussie die de afgelopen jaren op het internet-forum van de VIA over dit onderwerp zijn gevoerd.

De opzet die voor het protocol is gekozen, is in groten lijnen hetzelfde als die van de eerste versie. Een algemeen inleidend hoofdstuk, gevolgd door hoofdstukken met procedurele protocollen voor advisering over gehandicaptenparkeerkaarten voor bestuurder of passagier en voor advisering over een parkeerplaats. Het laatste hoofdstuk omvat het medisch protocol, waarin naast procedures ook inhoudelijke richtlijnen worden gegeven. In tegenstelling tot het eerste protocol wordt in het medisch protocol niet meer verwezen naar voorbeelden van ziektebeelden, omdat in de praktijk bleek dat deze voorbeelden in bezwaar- en beroepsprocedures als op zichzelf staande argumenten werden gehanteerd, hetgeen uiteraard niet de bedoeling was. De werkgroep is van mening dat het weglaten van deze voorbeelden geen afbreuk doet aan de essentie van de richtlijn, omdat immers niet de diagnose maar de aard en ernst van de stoornis bepalend is voor de (loop)beperking.

Bij de opbouw van de verschillende protocolonderdelen is gekozen voor een systeem waarbij ieder onderdeel los gebruikt kan worden. Dit heeft tot gevolg dat in de tekst soms een herhaling van onderdelen noodzakelijk is.

Een protocol is geen statisch geheel, maar dient mee te gaan met de ontwikkelingen en veranderingen binnen het gebied van de gehandicaptenparkeervoorzieningen. Aanvullingen, opmerkingen en kritiek zijn welkom en kunnen worden doorgegeven aan het secretariaat van de VIA. Voor de recente gegevens: zie 'VIA-Nieuws'.

Werkgroep Protocoltering,
Rotterdam, november 2008

Geert van Hoof
Kaspar Van Landeghem
Saskia van de Merwe
Hans Verwer

1. ALGEMEEN

1.1. Inleiding

Tot de gehandicaptenparkeervoorzieningen worden gerekend:

- een gehandicaptenparkeerkaart voor bestuurders (GPK-B)
- een gehandicaptenparkeerkaart voor passagiers (GPK-P)
- een (op kenteken) gemarkeerde parkeerplaats voor gehandicapten (GPP)
- een gemeentelijke of regionale gehandicaptenparkeerkaart voor bestuurders¹
- een gehandicaptenparkeerkaart voor instellingen (GPK-I)²

De aanvrager van een gehandicaptenparkeervoorziening zal ten gevolge van een aandoening of gebrek een aantoonbare loopbeperking hebben van langdurige aard, waardoor hij/zij - met de gebruikelijke loophulpmiddelen - in redelijkheid niet in staat is zelfstandig een afstand van meer dan 100 meter aan één stuk te voet te overbruggen. De loopbeperking en loopafstand worden nader toegelicht in het medisch protocol (pag. 5).

1.2. Protocol

Het protocol beoogt een gelijke behandeling van gelijke gevallen.

Het protocol is geen statisch gebeuren doch algoritmisch van aard. Dit wil zeggen dat nieuwe inzichten en ontwikkelingen op het gebied van wetgeving, jurisprudentie, uitspraken van bezwarencommissies, medisch technologische ontwikkelingen en ontwikkelingen op het gebied van (loop)hulpmiddelen direct in het protocol worden vertaald.

Dit basisprotocol van de Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (VIA) biedt richtlijnen voor de procedure van het onderzoek en het opstellen van een medisch advies door sociaal geneeskundigen van adviserende instanties. Eventuele aanvullingen of afwijkingen ten opzichte van het hier gepresenteerde geschiedt onder verantwoording van degene of die instelling die deze aanpassing noodzakelijk acht.

Het protocol is onderverdeeld in vijf hoofdstukken, te weten:

1. een algemeen protocol (pagina 3)
2. een protocol gehandicaptenparkeerkaart voor bestuurders (pagina 5)
3. een protocol voor een gehandicaptenparkeerkaart voor passagiers (pagina 5)
4. een protocol voor een gemarkeerde parkeerplaats voor gehandicapten (pagina 5)
5. een medisch protocol (pagina 5)

Aanvullend zijn bijgesloten als bijlage:

- bijlage 1. Regeling gehandicaptenparkeerkaart gehandicapten (pagina 5)
- bijlage 2. Gerichte anamnese en lichamelijk onderzoek (5)
- bijlage 3. Overzichten van classificaties (pagina 5)
- bijlage 4. Adressen CBR (pagina 5)

¹ Tenzij anders vermeld wordt in dit protocol alleen uitgegaan van de landelijke gehandicaptenparkeerkaart. Voor de gemeentelijke of regionale parkeerkaarten kunnen gemeenten zelf richtlijnen vaststellen.

² Sinds oktober 2001 kan, zonder tussenkomst van een keurende instantie, een gehandicaptenparkeerkaart worden afgegeven voor het (collectief) vervoer van mensen met een handicap die verblijven in ingevolge artikel 8 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten toegelaten instellingen. In dit protocol wordt hierop niet nader ingegaan.

1.3. Wettelijk kader

De Regeling Gehandicaptenparkeerkaart (bijlage 1.) is gebaseerd op de wegenverkeerswet. Besluiten worden afgegeven door het ministerie van Verkeer & Waterstaat en geplaatst in de staatscourant. De regeling bevat formele criteria op grond waarvan door gemeenten landelijke gehandicaptenparkeervoorzieningen worden afgegeven die binnen Nederland en de andere landen van de Europese Gemeenschap kunnen worden gebruikt. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) geeft aanbevelingen en richtlijnen voor het invullen van het wettelijk kader³. Dit betekent dat indien de gemeente geen uitvoeringsregels heeft geformuleerd, de regels van de VNG gebruikt worden als toetsingskader. Jurisprudentie vanuit beroepszaken in laatste instantie, completeren het juridisch kader.

Gehandicaptenparkeervoorzieningen zijn nodig voor auto's en brommobielen (benzine aangedreven voertuig, breder dan 1.10 m en waarvoor per 1 oktober 2006 ook een rijbewijs (categorie AM) nodig is). Voor een gesloten buitenwagen, invalidenwagen, is geen gehandicaptenparkeerkaart of gemarkeerde gehandicaptenparkeerplaats (GPP) nodig. Deze mogen op de stoep geparkeerd worden. Naast de landelijke gehandicaptenparkeervoorzieningen hebben gemeenten de bevoegdheid gemeentelijke gehandicaptenparkeervoorzieningen te verstrekken. De gemeente kan hiertoe zelf beleid en criteria vaststellen. De kaarten kunnen alleen in de gemeente of vastgelegde regio van afgifte worden gebruikt en hebben geen landelijke geldigheid. Richtlijnen hiervoor vallen buiten het kader van dit protocol.

1.4. Taak gemeenten

Gemeenten zijn verplicht een gehandicaptenparkeerkaart af te geven indien een aanvrager voldoet aan in de wet vastgelegde criteria. Gemeenten kunnen dus geen eigen criteria stellen voor de toewijzing en de afgifte van gehandicaptenparkeerkaarten.

Bij de afgifte van een gehandicaptenparkeerkaart voor passagiers was tot 1 oktober 2001 nog enige beleidsvrijheid mogelijk bij de invulling van het criterium "niet of nauwelijks zelfstandig te voet kunnen voortbewegen". Met de gewijzigde regeling is dit niet meer mogelijk.

Het toewijzen en realiseren van Gemarkeerde Parkeerplaatsen voor Gehandicapten valt volledig onder het eigen gemeentelijk beleid en heeft geen grondslag in landelijke wetgeving. Een dergelijke gemeentelijk beleid moet wel zijn vastgelegd, openbaar zijn gemaakt en door burgers zijn in te zien.

Gemeenten kunnen op basis van het gehandicaptenparkeervoorzieningenbesluit voorschriften verbinden aan het gebruik van gehandicaptenparkeerkaarten. Deze voorschriften die in een gemeentelijke verordening moeten worden vastgelegd, mogen geen bepalingen bevatten die in strijd zijn met de wet.

De gemeente is verplicht bij de afhandeling van een aanvraag voor een gehandicaptenparkeervoorziening een geneeskundig onderzoek te laten verrichten door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst dan wel - bij externe advisering - door een vanwege het gemeentelijk gezag aangewezen deskundige. De gemeente vraagt in principe medisch advies bij nieuwe aanvragen, bij herbeoordeling en bij verlenging.

1.5. Geldigheidsduur

De gehandicaptenparkeerkaarten zijn per definitie **maximaal** 5 jaar geldig. Op medisch advies worden kaarten voor kortere perioden afgegeven:

- in geval van tijdelijke invaliditeit korter dan 6 maanden kan geen kaart geadviseerd worden
- in geval van tijdelijke invaliditeit of

³ Zie de VNG ledenbrief nr. 01/98 d.d. 10 juli 2001

- in geval de prognose nog onbekend is, wordt (eventueel na overleg met de behandelend sector) een periode tussen 6 maanden en 4 jaar geadviseerd
- in geval van een beperkte geldigheid van het rijbewijs, voor de duur van de geldigheid van het rijbewijs.

Na verstrijken van de geldigheidsduur vindt herbeoordeling door de keurende instantie, en, indien gewenst, door de sociaal geneeskundige plaats. Redenen:

- medisch technologische ontwikkelingen waardoor verbetering in de gezondheidssituatie kan optreden;
- nieuwe gehandicaptenvoorzieningen waardoor de invaliditeit minder is geworden;
- voorkomen misbruik kaarten door derden.

1.6. Sancties misbruik

Misbruik van gehandicaptenparkeerkaarten kan niet worden beboet omdat hiertoe in de wet de koppeling van regeling met sanctiebepalingen in de wegenverkeerswet ontbreekt. Als enige sanctie kan de gehandicaptenparkeerkaart worden ingenomen.

Onterecht parkeren op gemarkeerde parkeerplaatsen voor gehandicapten is verboden en kan worden beboet.

1.7. Procedures

Iedereen kan een kaart aanvragen voor belanghebbende in de gemeente waar laatstgenoemde woonachtig is. De gemeente vraagt medisch advies. De gemeente neemt een besluit op basis van het zwaarwegende medisch advies. Dit wordt vastgelegd in een beschikking. De afhandeltermijnen en vormvereisten zijn vastgelegd in de Algemene Wet Bestuursrecht.

1.8. Bezwaar en beroep

Bij een negatieve beschikking kan belanghebbende in bezwaar gaan bij de gemeente. Het college van B&W beslist over het advies van de bezwarencommissie. De bezwarencommissie beoordeelt of de gemeente op zorgvuldige wijze en in redelijkheid en billijkheid tot de beslissing is kunnen komen. Het medisch oordeel zelf wordt niet gewogen. De adviserend arts kan worden gevraagd een nader advies te schrijven of bij de hoorzitting aanwezig te zijn. Deze arts geeft desgevraagd een toelichting over de wijze waarop het medisch protocol is toegepast en of er mogelijk sprake is van een inmiddels gewijzigde medische situatie.

De bezwarencommissie kan wel zelf om een medisch second opinion vragen. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer vanuit de behandelend sector verklaringen worden overgelegd waaruit blijkt dat belanghebbende aan de formele criteria zou voldoen zodat twijfel bestaat of de gemeente de juiste beslissing heeft kunnen nemen. Een second opinion wordt gevraagd aan een onafhankelijk arts die adviseert binnen het wettelijk kader en de vastgestelde landelijke en gemeentelijke regels, en binnen het kader van (landelijk vastgestelde) medische protocollen.

Bij een negatieve beslissing op bezwaar kan belanghebbende in beroep bij de sector Bestuursrecht van de Arrondissementsrechtbank.

1.9. Algemene uitgangspunten

In artikel 3 van de Europese Richtlijn staat:

‘Overwegende dat het gebruik van een ander vervoermiddel dan het openbaar vervoer voor veel mensen met een handicap het enige middel vormt om zich met het oog op hun maatschappelijke en beroepsintegratie zelfstandig te verplaatsen; dat het dienstig is dat aan deze mensen met een handicap die in het bezit zijn van een parkeerkaart voor mensen met een handicap, onder bepaalde voorwaarden

en met inachtneming van de verkeersveiligheid wordt toegestaan hun auto te parkeren zonder daarna nog grote afstanden te hoeven afleggen; dat het dienstig is dat mensen met een handicap in de gehele Gemeenschap gebruik kunnen maken van de faciliteiten die door de parkeerkaart voor mensen met een handicap worden geboden overeenkomstig de nationale regels die gelden in de lidstaat waar de betrokkenen zich bevinden'

Doelstelling van de gehandicapten parkeerkaart is primair om mensen met beperkingen in staat te stellen algemene voorzieningen (overheidsinstellingen, gezondheidszorginstellingen, publieke gebouwen, winkels) te bereiken. Algemeen uitgangspunt bij de toekenning van een gehandicapten parkeerkaart is dan ook de (sociaal-medische) noodzaak om de afstand van de auto tot algemene voorzieningen zo kort mogelijk te houden. Het begrip 'zelfstandig verplaatsen' impliceert dat de parkeerkaart primair is bedoeld voor bestuurders van een auto.

Voor passagiers is een parkeerkaart over het algemeen minder noodzakelijk omdat zij immers door de bestuurder ergens worden afgezet, waarna de auto elders (verderop) kan worden geparkeerd. Daartoe kan en mag kortdurend gebruik gemaakt worden van een voor gehandicapten gereserveerde parkeerplaats. Er geldt namelijk geen *stop-* maar een *parkeerverbod*.

In het verlengde van de voorgaande opmerking wordt er op gewezen dat specifieke lokale situaties in de beoordeling van de aanspraken op een Europese gehandicapten parkeerkaart geen rol kunnen en mogen spelen. In die gevallen kan eventueel een beroep worden gedaan op een gemeentelijke parkeerontheffing. Een en ander voor zover dit door de gemeente is geregeld.

Bij de medische beoordeling van het recht op een gehandicapten parkeerkaart dient de uiterste zorgvuldigheid te worden betracht. Temeer daar de verstrekking van een gehandicapten parkeerkaart de mobiliteitsbeperkingen legitimeert en daarmee voor de eigenaar een beroep op andere voorzieningen (bijvoorbeeld vervoersvoorzieningen en rolstoelen) en eventueel financiële ondersteuning mogelijk maakt.

1.9.1. Loopbeperking

De basis voor toekenning van een gehandicapten parkeerkaart is voor zowel bestuurders als passagiers een loopafstand die als gevolg van een medische aandoening is beperkt tot minder dan 100 meter.

In principe gaat het in de medische beoordeling om het vaststellen van de oorzaak, aard, ernst en prognose van een *fysieke* loopbeperking. Dit is feitelijk alleen het geval indien sprake is van een locomotore of energetische stoornis of een ernstige psychiatrische aandoening in de vorm van een conversiestoornis. Indien sprake is van een loopbeperking anders dan door de hiervoor genoemde stoornissen zal een beroep gedaan moeten worden op de hardheidsclausule. Dit is bijvoorbeeld het geval bij gedragsstoornissen of andere psychisch problematiek dan een conversiestoornis.

Bij het vaststellen van de loopbeperking dient te worden uitgegaan van onbelast lopen (dus zonder iets te dragen). Indien de loopafstand tijdens dragen korter is, dient toch de loopafstand zonder belasting te worden bepaald.

1.9.2. Gebruik loophulpmiddel.

De opmerking in de toelichting op de regeling: 'Bij de keuring moet voorts rekening gehouden worden met de gebruikelijke loophulpmiddelen *welke men ter beschikking heeft*', is voor meerdere uitleg vatbaar. De werkgroep is van mening dat er in de beoordeling van uit moet worden gegaan dat ook als aannemelijk is dat iemand met een loophulpmiddel meer dan 100 meter aaneen kan lopen, terwijl dit (algemeen gebruikelijk) hulpmiddel niet als zodanig is aangeschaft (om verschillende redenen) de geschatte loopafstand mét hulpmiddel bepalend is voor de conclusie.

Een bijzondere omstandigheid doet zich soms voor dat een bestuurder niet in staat is zelf een standaard rollator (gewicht circa 12 kg) in of uit een auto te tillen. Er zijn echter speciale lichtgewicht rollators van circa 5 kg. Een dergelijk loophulpmiddel kan aangevraagd worden bij de zorgverzekeraar. Indien, bijvoorbeeld bij een ouder echtpaar, de *vaste* bestuurder niet in staat is de rollator van de passagier te tillen en de passagier zonder de rollator is aangewezen op continue begeleiding, dan kan worden overwogen de hardheidsclausule toe te passen.

1.9.3. Rolstoelgebruik

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen:

1. permanente rolstoelgebondenheid (aanvrager kan niet zelfstandig staan of lopen en kan hooguit met steun of hulp via stand een transfer maken) en
2. rolstoelgebruik buitenshuis (de aanvrager kan in en om de woning wel zelfstandig, al dan niet met een loophulpmiddel, lopen, maar maakt buiten voor langere afstanden gebruik van een rolstoel).

Alleen in het eerste geval komt de aanvrager conform artikel 1.1.c. *altijd* in aanmerking voor een gehandicapten parkeerkaart, zowel als bestuurder als passagier (in de regeling wordt hierin namelijk geen onderscheid gemaakt). Ook diegenen die met een rolstoel enkele kilometers achtereen zelfstandig kunnen rijden komen dus (forfaitair) in aanmerking voor een gehandicapten parkeerkaart voor bestuurder én passagier.

Voor de tweede categorie rolstoelgebruikers geldt dit niet. De aanvrager die vanwege een loopbeperking minder dan 100 meter kan lopen en voor langere afstanden een rolstoel gebruikt, kan voor het overbruggen van de afstand van (in ieder geval) 100 meter gebruik maken van de rolstoel die door de begeleider/bestuurder wordt geduwd. 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.

1.9.4. Continue begeleiding

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. De werkgroep veronderstelt dat het *over het algemeen* mogelijk moet zijn om na het afzetten van een passagier *binnen 10 minuten* de auto elders op het parkeerterrein te parkeren en weer terug te lopen naar de plek waar de passagier is uitgestapt. Hieruit volgt dat continue begeleiding vereist dat betrokkene niet langer dan circa 10 minuten (in een onbekende omgeving) alleen gelaten kan worden. Deze beperking kan samenhangen met zowel een somatische als een psychische aandoening of gebrek. In dit geval zou dus plaats zijn voor een GPK.

Indien een passagier gebruik kan maken van een rolstoel of rollator en die ook tot zijn/haar beschikking heeft of kan hebben (Wmo-, Zvw- of AWBZ-voorziening) leidt dit niet automatisch tot de medische noodzaak voor een gehandicapten parkeerkaart. De rolstoel kan ter beschikking gesteld zijn vanuit de WMO voor sociale activiteiten. Het enkele feit dat de gehandicapte niet of slecht in staat is zelfstandig deze rolstoel voort te bewegen maar daarbij een beroep moet doen op een begeleider, is op zich geen reden om te spreken van de noodzaak van continue begeleiding. De loopafstand moet ernstig beperkt zijn. Er moet ook begeleiding nodig zijn bij in- en uitstappen.

Ook het feit dat de gehandicapte geen 10 minuten aaneen staand kan wachten (zonder adequaat hulpmiddel) is op zich geen reden voor toekenning van een gehandicapten parkeerkaart. De gehandicapte kan in dat geval worden gewezen op het gebruik van een hulpmiddel (ic. rollator of rolstoel).

Indien de gehandicapte passagier een ernstige loopstoornis heeft met verhoogd risico op vallen door zelfs kleine oneffenheden, kan hij/zij gewezen worden op gebruik van een rolstoel. Het ontbreken van een rolstoel op zich kan geen reden zijn om een positieve indicatie voor een gehandicapten parkeerkaart af te geven.

Uit bovenstaande valt af te lezen dat een combinatie van geobjectiveerde beperkingen zoals beperkt kunnen wachten, een ernstige loopafstand, hulp bij in en/of uitstappen, en hulp bij voortbewegen in

relatie tot de stoornis(sen) een arts voldoende argumenten geeft continue begeleiding geïndiceerd te achten.

Samengevat: onder continue begeleiding wordt verstaan *de fysieke en/ of mentale ondersteuning die noodzakelijk is om vervoer van deur tot deur mogelijk te maken.*

1.9.5. Kinderen

Voor kinderen gelden bijzondere voorwaarden bij de beoordeling, omdat in de regeling als voorwaarde wordt gesteld dat sprake is van een loopbeperking van langdurige aard als gevolg van ‘een aandoening of gebrek’. Jonge kinderen hebben per definitie een fysiologisch loopbeperking, zonder dat sprake is van een aandoening of gebrek. Min of meer arbitrair wordt aangenomen dat kinderen vanaf de leeftijd van twee jaar in ieder geval een loopafstand van meer dan 100 meter aaneen kunnen overbruggen. Tot de leeftijd van twee jaar wordt over het algemeen buitenshuis voor de langere afstanden nog een hulpmiddel (buggy) gebruikt.

Daarnaast geldt dat (jonge) kinderen in principe buitenshuis begeleid worden. Omdat geen duidelijke leeftijdsgrens is vast te stellen waarboven een kind zelfstandig buitenshuis kan verplaatsen (ook in een onbekende omgeving), zal in het kader van de beoordeling van een gehandicapten parkeerkaart in ieder individueel geval moeten worden vastgesteld of er op grond van de objectieveerbare beperkingen sprake is van een (medische of psychosociale) noodzaak voor continue begeleiding (zie onder).

1.9.6. Beperkingen in- en uitstappen.

Bestuurders die weliswaar meer dan 100 meter aaneen kunnen lopen, maar als gevolg van een medisch probleem ernstige beperkingen hebben met het in- en uitstappen aan de bestuurderszijde van een auto, zijn aangewezen op een extra brede parkeerplaats. In die gevallen kan gebruik worden gemaakt van de hardheidsclausule (het betreft immers een ander probleem dan een loopprobleem).

Passagiers die hulp nodig hebben bij het in en uitstappen van een auto maar niet volledig rolstoelafhankelijk zijn en niet continu zijn aangewezen op hulp van de bestuurder, komen niet in aanmerking voor een gehandicapten parkeerkaart. Een gereserveerde gehandicapten parkeerplaats kan en mag gebruikt worden om tijdelijk te stoppen terwijl de gehandicapte passagier wordt geholpen bij het uitstappen. Daarna zal de bestuurder de auto elders moeten parkeren.

1.9.7. Hardheidsclausule

De term ‘hardheidsclausule’ dient bij voorkeur niet te worden gebruikt. Conform artikel 1.1.d. komen ‘bestuurders en passagiers van motorvoertuigen op meer dan twee wielen en van brommobielen, andere dan bedoeld onder a en b, die ten gevolge van een aandoening of gebrek aantoonbare ernstige beperkingen, andere dan loopbeperkingen hebben’ ook in aanmerking voor een GPK. Het is daarmee een standaard onderdeel van de beoordeling. Dit in tegenstelling tot andere vormen van hardheidsclausules, waarbij de uitzonderingen niet in de primaire beoordeling worden betrokken.

Uitgangspunt bij toepassing van de hardheidsclausule is dat het moet gaan om ‘andere beperkingen dan loopbeperkingen’ die leiden tot een participatieprobleem en dichtbij parkeren noodzakelijk maken. Daarbij kunnen naast ziekte of gebrek ook sociale of sociaal-economische factoren een rol spelen, bijvoorbeeld behoud van zelfstandigheid of werk.

2. PROTOCOL GEHANDICAPTENPARKEERKAART BESTUURDER

In dit hoofdstuk is de procedure betreffende adviseren van een gehandicaptenparkeerkaart voor bestuurder beschreven. Enkele voorwaarden zoals onder andere beschreven onder 1 tot en met 4 worden door de gemeente in kaart gebracht, en zijn hier vermeld vanwege de samenhang tussen aanvraag, advies, besluit en afgifte van een gehandicaptenparkeerkaart.

1. Belanghebbende woont in de gemeente waar de aanvraag voor de voorziening wordt ingediend.
Ter toelichting: de inschrijving volgens de GBA (gemeentelijke basis administratie) is bepalend bij welke gemeente de aanvraag moet worden ingediend. Het woonverblijf (inwonend, GezinsVervangendTehuis, verzorgingshuizen) is geen criterium.
2. Belanghebbende beschikt over een geldig rijbewijs¹, eventueel met restraints².
3. De gemeente vraagt medisch advies
4. Het medisch onderzoek wordt verricht door een onafhankelijke adviserend arts volgens het medisch protocol beschreven in hoofdstuk 5.
5. Bij belanghebbende is sprake van:
 - een aandoening of gebrek resulterend in
 - een aantoonbare loopbeperking van langdurige aard waardoor hij/zij
 - met de gebruikelijke loophulpmiddelen in redelijkheid niet in staat is zelfstandig een afstand van meer dan 100 meter aan één stuk te voet te overbruggen of
 - ten gevolge van een aandoening of gebrek permanent rolstoelgebonden is
 De regeling voorziet ook in een aanvullend artikel (art. 1.1.D) op grond waarvan in uitzonderlijke gevallen een positief advies over een GPK gerechtvaardigd kan zijn op basis van (zwaarwegende) aantoonbare beperkingen, anders dan loopbeperkingen. Zie voor een toelichting van de hier genoemde begrippen het Medisch Protocol (pagina 5 e.v.).
6. Indien er redenen zijn om informatie bij de behandelende arts(en) of instelling(en) in te winnen, geschiedt dit met schriftelijke toestemming van belanghebbende middels een gerichte machtiging.
7. De adviserend arts velt zelfstandig en onafhankelijk zijn oordeel. In gevallen waarin het protocol niet voorziet adviseert de arts naar beste vermogen en in redelijkheid.
8. Het advies aan de gemeente wordt opgesteld en ondertekend door de adviserend arts en omvat tevens de reactie van belanghebbende op het advies. Het advies dient te voldoen aan eisen zoals deze gesteld zijn in de algemene wet bestuursrecht en in de jurisprudentie hierover.
9. De gemeente beslist over de aanvraag op basis van het medisch advies.

¹ Voor bestuurders van een brommobiel is sinds 1 oktober 2006 rijbewijs categorie AM verplicht. Hiervoor gelden, in tegenstelling tot de andere categorieën, geen medische criteria. Voor (gemotoriseerde) gehandicaptenvoertuigen is geen rijbewijs is nodig.

² Restreint is een beperkende voorwaarde waaronder de betrokken bestuurder bevoegd is een motorvoertuig te besturen. Bijvoorbeeld: een aanpassing van de gas- en rempedalen is noodzakelijk door een aandoening van het bewegingsapparaat.

10. Belanghebbende kan in bezwaar gaan bij de gemeente en in beroep bij de sector Bestuursrecht van de Arrondissementsrechtbank tegen een afwijzende beschikking. Belanghebbende kan niet in bezwaar en beroep gaan tegen het medisch advies bij de adviserende instantie.

3. PROTOCOL GEHANDICAPTENPARKEERKAART PASSAGIER

In dit hoofdstuk is de procedure betreffende adviseren van een gehandicaptenparkeerkaart voor passagier beschreven. Enkele voorwaarden zoals onder andere beschreven onder 1 worden door de gemeente in kaart gebracht, en zijn hier vermeld vanwege de samenhang tussen aanvraag, advies, besluit en afgifte van een gehandicaptenparkeerkaart.

1. Belanghebbende woont in de gemeente waar de aanvraag voor de voorziening wordt ingediend. Ter toelichting: de inschrijving volgens de GBA is bepalend bij welke gemeente de aanvraag wordt ingediend. Het woonverblijf (inwonend, GezinsVervangendTehuis, verzorgingshuizen, verpleeghuis) is geen criterium.
2. De gemeente vraagt medisch advies.
3. Het medisch onderzoek wordt verricht door een onafhankelijke adviserend arts volgens het medisch protocol.
4. Bij belanghebbende is sprake van:
 - een aandoening of gebrek resulterend in
 - een aantoonbare loopbeperking van langdurige aard waardoor hij/zij
 - met de gebruikelijke loophulpmiddelen in redelijkheid niet in staat is zelfstandig een afstand van meer dan 100 meter aan een stuk te voet te overbruggen en
 - voor het vervoer van deur tot deur continu afhankelijk is van de hulp van de bestuurder, of
 - ten gevolge van een aandoening of gebrek permanent rolstoelgebonden is.De regeling voorziet ook in een aanvullend artikel (art. 1.1.D) op grond waarvan in uitzonderlijke gevallen een positief advies over een GPK gerechtvaardigd kan zijn op basis van (zwaarwegende) aantoonbare beperkingen, anders dan loopbeperkingen. Zie voor een toelichting van de hier genoemde begrippen het Medisch Protocol (pagina 5 e.v.).
5. Indien er redenen zijn om informatie bij de behandelende arts(en) of instelling(en) in te winnen, geschiedt dit met schriftelijke toestemming van belanghebbende middels een gerichte machtiging.
6. De adviserend arts velt zelfstandig en onafhankelijk zijn oordeel. In gevallen waarin het protocol niet voorziet adviseert de arts naar beste vermogen en in redelijkheid.
7. Het advies aan de gemeente wordt opgesteld en ondertekend door de adviserend arts en omvat tevens de reactie van belanghebbende op het advies. Het advies dient te voldoen aan eisen zoals deze gesteld zijn in de algemene wet bestuursrecht en in de jurisprudentie hierover.
8. De gemeente beslist over de aanvraag op basis van het medisch advies
9. Belanghebbende kan in bezwaar gaan bij de gemeente en in beroep bij de sector Bestuursrecht van de Arrondissementsrechtbank tegen een afwijzende beschikking. Belanghebbende kan niet in bezwaar en beroep tegen het medisch advies bij de adviserende instantie.

4. PROTOCOL GEMARKEERDE PARKEERPLAATS

In dit hoofdstuk is de procedure betreffende adviseren van een gehandicaptenparkeerplaats beschreven. Enkele voorwaarden zoals onder andere beschreven onder 1 tot en met 4 worden door de gemeente in kaart gebracht, en zijn hier vermeld vanwege de samenhang tussen aanvraag, advies, besluit en afgifte van een gehandicaptenparkeerkaart.

1. Belanghebbende woont of werkt in de gemeente waar de aanvraag voor de voorziening wordt ingediend.
Ter toelichting: de inschrijving volgens de GBA (woonplaats) is bepalend bij welke gemeente de aanvraag wordt ingediend. Het woonverblijf (inwonend, GezinsVervangendTehuis, verzorgingshuizen) is geen criterium. De werkplek wordt vastgesteld op basis van een werkgeversverklaring.
2. Belanghebbende beschikt over een geldig rijbewijs, eventueel met restreints¹.
3. De gemeente vraagt medisch advies.
4. Het medisch onderzoek wordt verricht door een onafhankelijke adviserend arts volgens het medisch protocol.
5. a. Belanghebbende beschikt over een gehandicaptenparkeerkaart voor bestuurders of komt daarvoor in aanmerking. Zie tevens hoofdstuk 2.
Bij belanghebbende is sprake van
 - een aantoonbare loopbeperking van langdurige aard waardoor hij/zij
 - met de gebruikelijke loophulpmiddelen in redelijkheid niet in staat is zelfstandig een afstand van meer dan 100 meter aan een stuk te voet te overbruggen

OF

- b. Belanghebbende beschikt over een gehandicaptenparkeerkaart voor passagiers of komt daarvoor in aanmerking. Zie tevens hoofdstuk 3.

Bij belanghebbende is sprake van

- een aandoening of gebrek resulterend in
- een aantoonbare loopbeperking van langdurige aard waardoor hij/zij
- met de gebruikelijke loophulpmiddelen in redelijkheid niet in staat is zelfstandig een afstand van meer dan 100 meter aan een stuk te voet te overbruggen en
- voor het vervoer van deur tot deur continu afhankelijk is van de hulp van de bestuurder, of
- ten gevolge van een aandoening of gebrek permanent rolstoelgebonden is of
- ten gevolge van een aandoening of gebrek aantoonbare ernstige beperkingen, andere dan loopbeperkingen heeft

Ter toelichting: de hier genoemde begrippen zijn nader omschreven in het medisch protocol in hoofdstuk 5 (pagina 5).

6. Indien er redenen zijn om informatie bij de behandelende arts(en) of instelling(en) in te winnen, geschiedt dit met schriftelijke toestemming van belanghebbende middels een gerichte machtiging.

¹ Restreint is een beperkende voorwaarde waaronder de betrokken bestuurder bevoegd is een motorvoertuig te besturen. Bijvoorbeeld: een aanpassing van de gas- en rempedalen is noodzakelijk door een aandoening van het bewegingsapparaat.

7. De adviserend arts velt zelfstandig en onafhankelijk zijn oordeel. In gevallen waarin het protocol niet voorziet adviseert de arts naar beste vermogen en in redelijkheid.
8. Het advies aan de gemeente wordt opgesteld en ondertekend door de adviserend arts en omvat tevens de reactie van belanghebbende op het advies. Het advies dient te voldoen aan eisen zoals deze gesteld zijn in de algemene wet bestuursrecht en in de jurisprudentie hierover.
9. De gemeente beslist over de aanvraag op basis van het medisch advies en het eigen oordeel van de betreffende gemeentelijke instantie over de parkeermogelijkheden. De verkeerstechnische criteria voor het verkrijgen van een parkeerplaats zijn per gemeente verschillend, en vallen buiten het kader van dit protocol.
10. Belanghebbende kan in bezwaar gaan bij de gemeente en in beroep bij de sector Bestuursrecht van de Arrondissementsrechtbank tegen een afwijzende beschikking. Belanghebbende kan niet in bezwaar en beroep tegen het medisch advies bij de adviserende instantie.

5. MEDISCH PROTOCOL

5.1. Specieel

Het medisch protocol bevat aanwijzingen, richtlijnen en feiten om door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek tot een goed oordeel en een onderbouwd advies te komen. Bij het in kaart brengen van relevante gegevens met betrekking tot het advies over een GPK/GPP kunnen, afhankelijk van de individuele omstandigheden van de aanvrager, met name de volgende aandachtspunten in de oordeelsvorming betrokken worden (referentie: Arts & Arbeid, deel 3):

- biomechanische aspecten: kracht, mobiliteit, stabiliteit van rug, benen en voeten.
- Energiehuishouding: longen, hart- en vaatstelsel, perifere circulatie onderste extremiteiten
- loopcoördinatie: stoornissen in de aansturing van de motoriek (corticaal, extrapyramidaal en cerebellair).
- zintuigelijke (afferente) informatie: gezichtsvermogen, evenwicht, diepe sensibiteit
- cognitieve en sociale aspecten: pijngewaarwording, oriëntatie, herkennen van gevaarlijke situaties, verkeersregels en hulp

De aanvrager van een gehandicaptenparkeervoorziening zal ten gevolge van een **aandoening of gebrek** een **aantoonbare loopbeperking** hebben van **langdurige aard**, waardoor hij/zij - met de gebruikelijke loophulpmiddelen - in redelijkheid niet in staat is zelfstandig een **afstand van meer dan 100 meter** aan één stuk te voet te overbruggen.

5.2. Slechthooftheid

Voorop staat een loopbeperking van < 100 meter. Indien dit gepaard gaat met een (zeer) beperkte visus, kan sprake zijn van een medische noodzaak voor (continue begeleiding). De werkgroep hanteert daarbij de volgende definities:

- slechthooftheid < 0.3
- maatschappelijk blind < 0.1
- blind < 1/60

Continue begeleiding geldt voor een visus < 0.1.

Ook hogere visus maar met ernstige beperkingen van het gezichtsveld of ernstige fotofobie (bijvoorbeeld tengevolge van corneaproblemen en cataract) kunnen aanleiding zijn voor continue begeleiding. Ook indien betrokkene beschikt over een handbewogen rolstoel waarin even op een begeleider kan worden gewacht, is de werkgroep van mening dat in geval van zeer slechte visus niet van de gehandicapte kan worden verwacht dat deze op de bestuurder wacht (cave risicovolle situatie).

5.3. Klimatologische omstandigheden.

Het weer speelt in de beoordeling geen rol van betekenis. Vaak wordt door passagiers aangevoerd dat zij te lang buiten moeten wachten terwijl de auto wordt geparkeerd. Daar moet betrokkene zelf de voorzorgsmaatregelen voor treffen (kleding, paraplu).

5.4. Rijgeschiktheid

Hoewel de adviserend arts alleen een uitspraak doet over de indicatie voor een gehandicaptenparkeervoorziening, kan tijdens de medische beoordeling tevens aandacht worden besteed aan de rijgeschiktheid. De arts kan en mag in zijn advies hierover zonder toestemming van belanghebbende geen opmerkingen maken. Het is tenslotte de eigen verantwoordelijkheid van de belanghebbende om dit middels de eigen verklaring te melden bij het CBR (Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen) en het valt buiten de vraagstelling die beantwoord dient te worden. Belanghebbende kan door de arts wel worden gewezen op de gevaren en op het feit dat hij niet verzekerd is indien lichamelijke of geestelijke gebreken of aandoeningen de rijgeschiktheid beïnvloeden. In de polisvoorwaarden van autoverzekeringen is een passage opgenomen die vereist dat de bestuurder bevoegd is een motorvoertuig te besturen. Ten-

slotte is van belang om in het dossier een aantekening te maken dat deze zaken met betrokkene zijn besproken.

5.5. Loopafstand

De normale loopafstand bij het ontbreken van beperkingen (of aandoening) kan meerdere kilometers bedragen. In de beleving van een persoon kan een geringe vermindering van die loopafstand aanvoelen als een ernstige beperking. De arts beoordeelt welke gemiddelde afstand aaneengesloten afgelegd kan worden.

Naast afstand is de loopvaardigheid van belang. Bij de medische beoordeling van het lopen dienen onderstaande aspecten aan de orde te komen die het looppatroon, het uithoudingsvermogen en de coördinatie beschrijven.

- 1) de energiehuishouding in de breedste zin van het woord,
- 2) de perifere circulatie van de onderste extremiteiten,
- 3) de kracht, mobiliteit en stabiliteit van rug, benen en voeten,
- 4) de loopcoördinatie,
- 5) de functie van de zintuigen,
- 6) cognitieve functies, loopapraxis en sociale functies.

5.6. Beperkingen

Bij personen met loopstoornissen kunnen ernstige, middelmatige en lichte beperkingen geconstateerd worden op de volgende gebieden.

Energetisch: cardiale en pulmonale stoornissen kunnen debet zijn aan loopbeperkingen. Deze worden voor een belangrijk deel bepaald door de beperking in de zuurstofopname en de maximum cardiale belasting.

Vasculair: Bij een arteriële vaatafsluiting geeft de plaats en de aard van de pijn dikwijls voldoende informatie (vasculaire claudicatio). Bij een veneuze afsluiting of insufficiëntie (vaak t.g.v. veneuze klepdefecten) leidt een en ander tot stase en oedeemvorming met een pijnlijke zwelling in de benen. De patient klaagt over pijn, krachtsverlies en vermoeidheid.

Locomotor: Van belang zijn aandoeningen van de peroneusgroep (hanetredgang), de kuitmusculatuur (onvermogen tot tenenloop en verslechtering van de schokdemping), de quadriceps (strekker en stabilisator van de knie), de hamstrings (buiger van de knie, schokabsorptie en fixatie van het heupgewricht) en de gluteusspieren (betrokken bij de strekfunctie van heup en knie en bekkenstabiliteit), welke overeenkomstige beperkingen laten zien.

Neurologisch:

de aansturing vanuit corticaal, extrapyramidaal, spinocerebellair en spinaal kan gestoord zijn, waardoor beperkingen op kunnen treden. Bij een vernauwing van het ruggemergkanaal kan neurogene claudicatio optreden.

Perceptief: Een aantal klachten zijn te herleiden op stoornissen in het evenwichtsorgaan, afferente informatie vanuit de proprioceptie en het visuele systeem.

Psychisch: De invloed van psychische stoornissen die al dan niet uitbehandeld zijn, maakt wel onderdeel van het medisch oordeel uit, indien dit een loopbeperking zoals beschreven in dit protocol (afstand niet meer dan 100 meter aaneen) of een oriëntatiestoornis tot gevolg heeft.

5.7. Anamnese en lichamelijk onderzoek

Het onderzoek begint wanneer de patiënt in de wachtkamer uit de stoel opstaat, de spreekkamer binnenkomt en plaats neemt. Wij observeren: energetische stoornissen en/of afwijkingen in de stahouding, stabiliteit en statiek, een wijdbeense en/of onzekere gang, afwijkingen m.b.t. het evenwicht en de psychische gesteldheid. Ook is te zien welke hulpmiddelen de cliënt gebruikt bij het lopen (wandelstok, krukken, rollator, eventueel orthesen) en op welke wijze.

Daarna volgt een gerichte anamnese, bijvoorbeeld volgens de techniek van het methodisch beoordelingsgesprek. Zie voor uitgebreide informatie over mogelijke vragen bijlage 3.

Bij het gericht lichamelijk onderzoek zal het looppatroon een van de pijlers van het onderzoek zijn. De volledige loopcyclus van de normale gang bestaat uit: - hielfase, - midvoetfase, - voorvoetfase, - afzetfase, - zwaai fase, - afremfase met grondcontact. De normale loopsnelheid bestaat uit 120 stappen per minuut. Per twee stappen komt men ongeveer 1.50 meter vooruit. Armzwaaien is daarbij normaal. Ouderen hebben doorgaans een lager looptempo, een kortere staplengte, een wat verbreed gangspoor en een tendens van "toeing out" met een lichte exorotatie van de voorvoet (het seniele looppatroon).

5.8. Weging en beoordeling

In het algemeen weegt de arts de aard van de aandoening, in combinatie met de prognose, het (afgeronde) behandelplan en mogelijke behandelopties later, met de geobjectiveerde loopbeperkingen en de gemiddelde loopafstand. De beperkingen worden o.a. beoordeeld op medisch objectiveerbaar, duur, ernst en reversibiliteit.

Het oordeel van de arts moet consistent, consequent, reproduceerbaar en professioneel zijn.

5.8.1 Leidraad voor beoordeling 'minder dan 100 meter'

De geobjectiveerde loopbeperking is hierbij het doorslaggevend criterium. De gemiddelde loopafstand wordt gewogen op basis van de door de aanvrager ervaren beperkingen in het dagelijkse leven en de voor de aandoening(en) kenmerkende beperkingen. De gemiddelde loopafstand kan continu, tijdelijk of intermitterend minder dan 100 meter aaneengesloten zijn.

Specifiek geldt voor een rolstoelgebonden aanvrager, al of niet in staat tot zelfstandige transfers, dat aan het criterium voor de loopafstand is voldaan.

Het hebben van een rolstoel (voor de langere afstand) is geen afdoend criterium.

Onbegrepen pijnsyndromen en obesitas zijn op zich geen reden om een loopbeperking te veronderstellen van minder dan 100 meter.

5.8.2 Leidraad bij beoordeling 'voor vervoer van deur tot deur continu afhankelijk zijn van de hulp van de bestuurder'

- rolstoelgebonden (al of niet met zelfstandige transfers), ook als hij/zij in staat is zelf de rolstoel voort te bewegen
- het niet zelfstandig kunnen overbruggen van de afstand van de voordeur tot de plaats waar een auto zo dicht mogelijk nabij kan stoppen.
- loopafstand minder dan 100 meter en niet alleen gelaten kunnen worden als de auto wordt weggezet in verband met verschijnselen als:
 - dwalen,
 - ernstige dementie
 - ernstige mentale retardatie
 - sommige vormen van ernstige psychische aandoeningen
- wijze van in- en uitstappen bij een arthrodesse (dit kan een situatie opleveren die vergelijkbaar is aan rolstoelgebonden patiënten)

5.8.3 Prognose loopbeperking

Het betreft hier dus geen uitspraak over de (oorzaak van de) aandoening of het gebrek, of de loopbeperking, maar een afgeleide van het geheel van aandoeningen, beperkingen en de op dat moment gepresenteerde loopafstand.

Onderscheid hierin:

- loopbeperking zal verbeteren binnen een half jaar
- loopbeperking zal verbeteren doch niet binnen een half jaar
- stabiel: de loopbeperking zal zich op het huidige niveau handhaven
- progressief: de loopbeperking zal erger worden

- nog onbekend
- anders, zoals een wisselende loopbeperking, intermitterend, episodisch (waarbij 50% van de tijd de loopbeperking aanwezig is)

5.8.4 Hardheidsclausule

De nieuwe regeling bevat een hardheidsclausule die kan worden toegepast indien de aanvrager van de kaart ten gevolge van een aandoening of gebrek een aantoonbare ernstige beperking heeft, anders dan een loopbeperking, die het hebben van een gehandicaptenparkeerkaart rechtvaardigt. Hierbij moet worden gedacht aan uitzonderlijke medische problemen die het noodzakelijk maken dat de afstand van de bestemming tot de geparkeerde auto zo klein mogelijk is (maximaal enkele minuten lopen). De noodzaak kan samenhangen met:

- de beschikbaarheid van verschoningsmateriaal in geval van ernstige complexe incontinentieproblemen;
- de beschikbaarheid van niet-draagbare medisch apparatuur
- de toediening van medicatie

Literatuur

1. Regeling Eisen Rijgeschiktheid 2000, ministerie van Verkeer en Waterstaat, mei 2000
2. Bloem BR, Boers I, Lagaay AM, Haan J, Wintzen AR, Roos RAC. Loopbeperkingen bij de aller-oudsten. Tijdsch Gerontol Geriatr 1997;28:76-81.
3. Coppelmans WHTA, Roijen LEG, de Vet HCW, Fiolet JFBM. Loopbeperkingen bij ouderen; iets om bij stil te staan. Tijdsch Gerontol Geriatr 1996;27:1 15-9
4. Dijk JLv, Cardiale aandoeningen; serie Arbeid en Belastbaarheid, Stafleu 1997.
5. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine, IV, the development of clinimetrics.
6. Folgering H, Pulmonale aandoeningen; serie Arbeid en Belastbaarheid, Stafleu 1996.
7. Goris RJA et al, Posttraumatische dystrofi; PAOG Nijmegen, 28-29 sept. 2000.
8. Konijnenbelt W...[et al.] Tekstuitgave Algemene wet Bestuursrecht. Samson H.D. Tjeenk Willink bv, Alphen aan den Rijn, 1996.
9. Koten J.W. Arts en arbeid 3; Uitgave GMD 1992.
10. Van Loon AM, Visser M, Polio en de gevolgen. Uitgave prinses Beatrixfonds 1996
11. Louwers JWK, De zin en onzin van ganganalyse; Centrale cursus orthopedische chirurgie voor assistenten in opleiding (COCC), 30-31 okt. 1998.
12. Ontwikkelingen in de Geriatrie, Boerhaave, 13-14 april 2000.
13. Pijnklachten van het bewegingsapparaat, Diagnostiek en behandeling; meerdere auteurs AMC/PAOG 20 nov. 1992
14. Rijswijk MH, Wat is reuma (+fibromyalgie+polymyalgica reumatica); Zeist, Centrale cursus orthopedische chirurgie voor assistenten in opleiding (COCC), 20-21 okt. 2000.
15. Roijen LEG, Coppelmans WHTA, de Vet HCW, Fiolet JFBM. Factoren van invloed op het ontstaan van loopbeperkingen bij ouderen. Tijdsch Gerontol Geriatr 1996;27:120-3
16. Seeman TE, Charpentier PA, Berkman LF, et al. Predicting changes in physical performance in a high-functioning elderly cohort: MacArthur studies of succesful aging.
17. Stoffers HEJH, De enkel-arm-index; PAOH Utrecht, 15 okt. 1999.
18. Theunissen PAC, Protocol Gehandicaptenparkeervoorzieningen, GGD-Kennemerland, 17 sept. 1998
19. Thomann DD, Artrose; Holland 1999.
20. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986;34:119-26
21. Van der Vleuten CJM, Varicositas, diepe veneuze thrombose en chronisch veneuze insufficiëntie; Huid en Arbeid, PAOH Nijmegen 3 nov. 2000.
22. Verbout AJ, Functionele anatomie: Hoe zit de voet ook alweer in elkaar en waar beweegt die; PAOH Utrecht, 28 mei 1999.
23. Visseren FLJ, Risicofactoren interventie bij perifeer vaatlijden; PAOH Utrecht, 15 okt. 1999.
24. Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps: WCC, vaste commissie voor classificaties en definities, WHO Collaborating Centre voor de ICIDH, 1981, 1995

BIJLAGE 1.

Regeling gehandicaptenparkeerkaart¹

2 juli 2001/Nr. CDJZ/WBI/2001-829

Centrale Directie Juridische Zaken

De Minister van Verkeer en Waterstaat,

Gelet op artikel 13, tweede lid, van de Wegenverkeerswet 1994, de artikelen 49 en 55 van het Besluit administratieve bepalingen inzake het wegverkeer en de artikelen 85 en 86 van het Reglement verkeersregels en verkeerstekens 1990;

Besluit:

§1. Criteria voor de afgifte van gehandicaptenparkeerkaarten

Artikel 1

1. Voor een gehandicaptenparkeerkaart kunnen in aanmerking komen:
 - a. bestuurders van motorvoertuigen op meer dan twee wielen en van brommobielen, die ten gevolge van een aandoening of gebrek een aantoonbare loopbeperking hebben van langdurige aard, waardoor zij - met de gebruikelijke loophulpmiddelen in redelijkheid niet in staat zijn zelfstandig een afstand van meer dan 100 meter aan een stuk te voet te overbruggen;
 - b. passagiers van motorvoertuigen op meer dan twee wielen en van brommobielen, die ten gevolge van een aandoening of gebrek een aantoonbare loopbeperking hebben van langdurige aard, waardoor zij - met de gebruikelijke loophulpmiddelen - in redelijkheid niet in staat zijn zelfstandig een afstand van meer dan 100 meter aan een stuk te voet te overbruggen en die voor het vervoer van deur tot deur continu afhankelijk zijn van de hulp van de bestuurder;
 - c. bestuurders en passagiers van motorvoertuigen op meer dan twee wielen en van brommobielen, die ten gevolge van een aandoening of gebrek permanent rolstoelgebonden zijn;
 - d. bestuurders en passagiers van motorvoertuigen op meer dan twee wielen en van brommobielen, andere dan bedoeld onder a en b, die ten gevolge van een aandoening of gebrek aantoonbare ernstige beperkingen, andere dan loopbeperkingen hebben;
 - e. het bestuur van instellingen ten behoeve van het personeel belast met het vervoer van bewoners die voldoen aan de criteria onder b, c of d.
2. Op de gehandicaptenparkeerkaart wordt met een hoofdletter B aangegeven of het een gehandicapte bestuurder betreft en een hoofdletter P of het een gehandicapte passagier betreft. Een combinatie van beide is mogelijk. Een gehandicaptenparkeerkaart, bestemd voor een instelling als bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, wordt aangeduid met een hoofdletter I.
3. De afgifte van de gehandicaptenparkeerkaart geschiedt niet elektronisch.

§2. Geneeskundig onderzoek

Artikel 2

1. Een gehandicaptenparkeerkaart wordt niet afgegeven alvorens een geneeskundig onderzoek heeft plaatsgehad met betrekking tot de handicap van de aanvrager.
2. Een geneeskundig onderzoek kan achterwege worden gelaten, indien:
 - a. aan de aanvrager eerder een gehandicaptenparkeerkaart is verstrekt en de keurende instantie van oordeel is dat de aanvrager nog steeds voldoet aan de in artikel 1 omschreven criteria;
 - b. op grond van artikel 49, derde lid, van het BABW een gehandicaptenparkeerkaart wordt verstrekt in verband met een kortstondig verblijf.

¹ Uit: Staatscourant 10 juli 2001, nr. 130/pag. 12

3. Een geneeskundig onderzoek wordt achterwege gelaten indien een gehandicaptenparkeerkaart is aangevraagd door het bestuur van een instelling als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel e.

Artikel 3

1. Ingeval de gehandicaptenparkeerkaart wordt afgegeven door het gemeentelijk gezag, bedoeld in artikel 49 van het BABW, wordt het geneeskundig onderzoek verricht door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst dan wel - bij externe advisering - door een vanwege het gemeentelijk gezag aangewezen deskundige.
2. Ingeval de gehandicaptenparkeerkaart wordt afgegeven door de Minister van Verkeer en Waterstaat, wordt het onderzoek verricht door een door de Minister van Verkeer en Waterstaat aan te wijzen arts, die niet de behandelend arts van de aanvrager is.

§3. Wijze van aanbrengen van de gehandicaptenparkeerkaart

Artikel 4

De gehandicaptenparkeerkaart moet op zodanige wijze bij de voorruit worden aangebracht, dat de voorzijde ervan buiten het voertuig behoorlijk leesbaar is.

§4. Model van de gehandicaptenparkeerkaart

Artikel 5

1. Als model van de gehandicaptenparkeerkaart wordt vastgesteld het in de bijlage² bij deze regeling opgenomen model.
2. Blanco gehandicaptenparkeerkaarten worden door de met de afgifte van gehandicaptenparkeerkaarten belaste autoriteiten rechtstreeks besteld bij CIB verkoop en advies BV, onderdeel van VNG Diensten BV.

§5. Gelijikstelling van in het buitenland afgegeven gehandicaptenparkeerkaart

Artikel 6

Met een ingevolge artikel 49 BABW afgegeven gehandicaptenparkeerkaart wordt gelijkgesteld:

- a. een gehandicaptenparkeerkaart overeenkomstig het communautair model, afgegeven door het daartoe bevoegde gezag in een andere lidstaat van de Europese Gemeenschappen of in een andere staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
- b. een gehandicaptenparkeerkaart, afgegeven door het daartoe bevoegde gezag buiten Nederland, voor zover aan de voorzijde van de kaart het in de bijlage bij deze regeling opgenomen symbool of een nagenoeg daaraan gelijk symbool voorkomt.

§6. Slotbepalingen

Artikel 7

De regeling van de Minister van Verkeer en Waterstaat van 1 oktober 1991, nr. RVR 103389, houdende vaststelling van regels betreffende de gehandicaptenparkeerkaart (Stcrt. 202), wordt ingetrokken.

Artikel 8

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 oktober 2001.

Artikel 9

Deze regeling wordt aangehaald als:
Regeling gehandicaptenparkeerkaart.

² Niet in dit protocol opgenomen (red.)

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

DE MINISTER VAN VERKEER EN WATERSTAAT,

T. Netelenbos

Toelichting

Algemeen

De Raad van de Europese Unie heeft op 4 juni 1998 een aanbeveling gedaan om te komen tot een parkeerkaart van uniform communautair model voor mensen met een handicap (98/376/EG; PbEG 12 juni 1998, L 167). De begrijpelijkheid en de wederzijdse erkenning van het communautair model is voor de gebruikers van de kaart van groot belang. Het vrije verkeer van mensen met een handicap wordt hierdoor vergemakkelijkt. Verder draagt een uniform model bij aan de herkenbaarheid van de parkeerkaart voor de met handhaving belaste ambtenaren. Tenslotte wordt ook belang gehecht aan beveiligingselementen om vervalsing of namaak van de parkeerkaart te verhinderen. Invoering van het communautair model parkeerkaart voor mensen met een handicap, kortweg 'gehandicaptenparkeerkaart', gaf aanleiding de criteria waaraan moet worden voldaan om voor een parkeerkaart in aanmerking te kunnen komen, grondig te herzien. Dit heeft geresulteerd in de Regeling gehandicaptenparkeerkaart.

Criteria

In overleg met diverse organisaties, zoals de Federatie Nederlandse Gehandicaptenraad (thans: de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland), de Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (VIA), het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, zijn de criteria aangepast.

Er is naar gestreefd om de criteria zo te formuleren dat deze met name voor de keurende instanties duidelijk en goed hanteerbaar zijn. Voor zowel bestuurders als passagiers die in aanmerking menen te komen voor een gehandicaptenparkeerkaart geldt dat men ten gevolge van een aandoening of gebrek een aantoonbare loopbeperking moet hebben van langdurige aard. Onder 'van langdurige aard' moet men verstaan: ten minste zes maanden, waar het tijdsbeslag van de afhandelingsprocedure nog moet worden bijgeteld. Hiermee wordt aangesloten op hetgeen binnen het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten is ontwikkeld. Bij de keuring moet voorts rekening gehouden worden met de gebruikelijke loophulpmiddelen welke men ter beschikking heeft. De aanvrager moet voorts in redelijkheid niet in staat zijn zelfstandig een afstand van meer dan 100 meter aan een stuk te voet te overbruggen. De keuring blijft een momentopname. Door ervaring weet de keurende arts over het algemeen heel goed of bij een aanvrager sprake is van 'in redelijkheid'. Dit laatste is uiteraard afhankelijk van de in het geding zijnde aandoening of gebrek.

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. Wanneer deze hulp niet noodzakelijk is, komt de aanvrager niet voor een passagierskaart in aanmerking. De hulp die men nodig heeft van de bestuurder maakt het mogelijk om ook voor een passagierskaart een afstand van 100 meter op te nemen. In tegenstelling tot de oude terminologie van 'niet of nauwelijks te voet kunnen voortbewegen' is een afstandscriterium van 100 meter voor de keurende instanties goed meetbaar.

Voor gehandicapten die ten gevolge van een aandoening of gebrek permanent rolstoelgebonden zijn blijft de mogelijkheid bestaan om voor zowel een bestuurderskaart als een passagierskaart (of beide) in aanmerking te kunnen komen.

Nieuw is dat, overigens zonder tussenkomst van een keurende instantie, een gehandicaptenparkeerkaart kan worden afgegeven voor het (collectief) vervoer van mensen met een handicap

die verblijven in ingevolge artikel 8 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten toegelaten instellingen.

Met het kunnen afgeven van een gehandicaptenparkeerkaart aan de betrokken instellingen wordt in een zekere behoefte voorzien. Hiermee wordt bovendien voorkomen dat voor iedere bewoner individueel een kaart wordt aangevraagd.

Keuring

De keuring wordt uitgevoerd door een arts van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) aan de hand van een medisch protocol.

Hardheidsclausule

De nieuwe regeling bevat voorts een hardheidsclausule. Deze hardheidsclausule kan worden toegepast indien de aanvrager van de kaart ten gevolge van een aandoening of gebrek een aantoonbare ernstige beperking heeft, anders dan een loopbeperking, die het hebben van een gehandicaptenparkeerkaart rechtvaardigt. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan ernstige complexe incontinentieproblemen. Overigens is de gehandicaptenparkeerkaart bedoeld voor de maatschappelijke en beroepsintegratie en het vergroten van de mobiliteit van gehandicapten. Het verstrekken van de kaart kan dus niet worden beperkt tot de groep die 'alledag' gebruik maakt van de gehandicaptenparkeerkaart. Bij de keuring dient hiermee rekening te worden gehouden.

Instantie belast met de geneeskundige beoordeling

In de toekomst zal de keuring uitsluitend plaatsvinden bij het Regionaal Indicatieorgaan (RIO). Het indicatieorgaan geeft een integraal, objectief en onafhankelijk medisch advies, onder andere op grond van de Wet voorzieningen gehandicapten. Hierdoor wordt de één loket gedachte, om de procedures voor gehandicapten te vergemakkelijken, verder uitgebreid. Zodra de RIO's landelijk zijn ingevoerd, zal in het kader van de één loket gedachte, de keuring bij andere instanties komen te vervallen.

Herkeuring

Na afloop van de geldigheidsduur van de gehandicaptenparkeerkaart moet de gehandicapte een nieuwe aanvraag indienen en in beginsel een nieuwe keuring ondergaan. Het laatste is in verband met de stand van de medische wetenschap zeer wenselijk. Het onder de indicerende en adviserende artsen vigerende medisch protocol houdt rekening met ontwikkelingen in de stand van de geneeskunde. De houder van de gehandicaptenparkeerkaart dient zelf voor een tijdige aanvraag van een nieuwe kaart zorg te dragen.

Daarnaast is herkeuring mogelijk wanneer gerede twijfel bestaat omtrent de juistheid van de verstrekte gegevens die tijdens de keuring tot afgifte van de kaart hebben geleid.

DE MINISTER VAN VERKEER EN WATERSTAAT,
T. Netelenbos.

BIJLAGE 2.

Europese Richtlijn 98/376/EG.

AANBEVELING VAN DE RAAD

van 4 juni 1998

inzake een parkeerkaart voor mensen met een handicap
(98/376/EG)

DE RAAD VAN DE EUROPESE UNIE,

Gelet op het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, inzonderheid op artikel 75, lid 1,
Gezien de door de Commissie ingediende ontwerp-aanbeveling,

Gezien het advies van het Economisch en Sociaal Comité ⁽¹⁾,

Gezien het advies van het Comité van de Regio's ⁽²⁾,

Volgens de procedure van artikel 189 C van het Verdrag ⁽³⁾,

- (1) Overwegende dat de wederzijdse erkenning van een parkeerkaart van uniform communautair model voor mensen met een handicap door de Commissie is voorgesteld in haar mededeling inzake een sociaal actieprogramma op de middellange termijn 1995-1997, die op 12 april 1995 bij de Raad en het Europees Parlement, alsmede bij het Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's is ingediend, alsmede in het verslag aan de Raad betreffende de in de Gemeenschap te nemen maatregelen met betrekking tot de toegankelijkheid van het vervoer voor personen met beperkte mobiliteit, van 26 november 1993;
- (2) Overwegende dat, in de geest van de resolutie van de Raad en de vertegenwoordigers van de regeringen van de lidstaten, in het kader van de Raad bijeen, van 20 december 1996 betreffende gelijke kansen voor mensen met een handicap, alle mensen met een handicap in aanmerking dienen te komen voor concrete, aanvullende maatregelen ter bevordering van hun maatschappelijke en beroepsintegratie;
- (3) Overwegende dat het gebruik van een ander vervoermiddel dan het openbaar vervoer voor veel mensen met een handicap het enige middel vormt om zich met het oog op hun maatschappelijke en beroepsintegratie zelfstandig te verplaatsen; dat het dienstig is dat aan deze mensen met een handicap die in het bezit zijn van een parkeerkaart voor mensen met een handicap, onder bepaalde voorwaarden en met inachtneming van de verkeersveiligheid wordt toegestaan hun auto te parkeren zonder daarna nog grote afstanden te hoeven afleggen; dat het dienstig is dat mensen met een handicap in de gehele Gemeenschap gebruik kunnen maken van de faciliteiten die door de parkeerkaart voor mensen met een handicap worden geboden overeenkomstig de nationale regels die gelden in de lidstaat waar de betrokkenen zich bevinden;
- (4) Overwegende dat de parkeerkaarten voor mensen met een handicap onder de bevoegdheid van de regionale en lokale overheden kunnen vallen; dat het daarom dienstig is het Comité van de Regio's te raadplegen;
- (5) Overwegende dat overeenkomstig het subsidiariteitsbeginsel een communautaire actie wenselijk is om de begrijpelijkheid en de wederzijdse erkenning van de parkeerkaarten voor mensen met een handicap te bevorderen en om het vrije verkeer van mensen met een handicap te vergemakkelijken;
- (6) Overwegende dat het wenselijk is dat er een parkeerkaart van communautair model voor mensen met een handicap wordt ingevoerd en dat die kaart door de lidstaten wederzijds wordt erkend;
- (7) Overwegende dat de definitie van de handicap en de wijze van afgifte van parkeerkaarten voor mensen met een handicap onder de bevoegdheid van de lidstaten vallen;

¹ PB C 174 van 17. 6. 1996, blz. 27

² PB C 42 van 10. 2. 1997, blz. 27

³ Advies van het Europees Parlement van 13 december 1996 (PB C 20 van 20.1.1997, blz. 386), gemeenschappelijk standpunt van de Raad van 19 december 1997 (PB C 62 van 26.2.1998, blz. 4) en besluit van het Europees Parlement van 30 maart 1998 (PB C 138 van 4.5.1998).

- (8) Overwegende dat het wenselijk is dat de lidstaten in beveiligingselementen voorzien om vervalsing of namaak van deze parkeerkaart te verhinderen;
- (9) Overwegende dat de Europese Conferentie van ministers van Verkeer (CEMT) reeds een resolutie heeft aangenomen ter aanmoediging van de afgifte en de wederzijdse erkenning van parkeerkaarten voor mensen met een handicap (CEMT-resolutie van 22 april 1997);
- (10) Overwegende dat aan de houders van een kaart alle dienstige informatie moet worden verstrekt over de gebruiksvoorwaarden van de kaart in de lidstaten,

BEVEELT DE LIDSTATEN AAN:

1. overeenkomstig de respectieve nationale bepalingen en conform de beschrijving in bijlage dezes een parkeerkaart van uniform communautair model in te voeren voor mensen met een handicap, met dien verstande dat deze kaart naast de in de lidstaten afgegeven parkeerkaarten kan worden gebruikt onder de voorwaarden van punt 5;
2. de door de onderscheiden lidstaten voor mensen met een handicap ingevoerde parkeerkaarten van uniform communautair model vanaf 1 januari 1999 te erkennen zodat de houder van een dergelijke kaart gebruik kan maken van de parkeerfaciliteiten die aan deze kaart verbonden zijn in de lidstaat waar hij zich bevindt;
3. de parkeerkaart toe te kennen aan personen wier handicap tot een beperkte mobiliteit leidt;
4. bij de afgifte van een parkeerkaart voor mensen met een handicap op verzoek van de betrokkene een op een technische notitie van de Commissie gebaseerd overzicht te verstrekken van de gebruiksvoorwaarden in de verschillende lidstaten van de Europese Unie;
5. de nodige maatregelen te nemen om ervoor te zorgen dat de parkeerkaarten van uniform communautair model voor mensen met een handicap uiterlijk op 1 januari 2000 ter beschikking worden gesteld.
Deze aanbeveling belet niet dat kaarten van het model dat vóór 1 januari 2000 in een bepaalde lidstaat geldt, na die datum op het grondgebied van die lidstaat in gebruik blijven tot het ogenblik waarop zij worden vervangen;
6. De Commissie vóór 1 juli 2000 in kennis te stellen van het gevolg dat aan deze aanbeveling is gegeven.

Gedaan te Luxemburg, 4 juni 1998.

Voor de Raad
De voorzitter
D. Blunkett

BIJLAGE 3.

Gerichte anamnese en lichamelijk onderzoek

Inleiding

Waarom een aanvraag op dit moment?

Ter toelichting een aantal voorkomende mogelijkheden:

- (te verwachten) parkeerdruk in omgeving, centrum of bij familie
- een derde (de behandelend arts, het gemeentelijk loket, de patiëntenvereniging, de buur) heeft gezegd dat een kaart aangevraagd kan worden
- mijn recent overleden partner had ook een kaart/plaats
- bij het ziekenhuis waar een behandeling wordt ondergaan, is zo moeilijk te parkeren
- een derde (buur, kennis, familielid) heeft ook een kaart en die is veel beter dan ik
- het lopen wordt steeds slechter
- recente aandoening met loopbeperking.

Specifiek

Ter bepaling van de subjectieve loopbeperking:

- heeft u moeilijkheden bij het lopen?
- loopt u in het algemeen zonder begeleiding?
- hoe lang heeft u al problemen met lopen?

Ter objectivering (op het niveau van de beperking) van de loopbeperking:

- loopt u met hulpmiddelen?
 - neen?
 - aard hulpmiddel(en)
 - is deze door een arts voorgeschreven?
 - kunt u zonder hulpmiddel niet of moeilijk lopen?
 - kunt u de stoeprand op en aflopen?
 - kunt u langer dan 15 minuten lopen?

Toelichting: Over het algemeen kunnen aanvragers beter een 'looptijd' aangeven dan een loopafstand. Als vuistregel wordt een snelheid aangehouden van 4 km per 60 minuten. Dit wil zegen dat bij 5 minuten lopen nog altijd een afstand van ongeveer 330 meter kan worden overbrugd. Bij het aangeven van een loopafstand van minder dan 5 minuten wordt het oordeel over de wijze waarop wordt gelopen steeds relevanter. Wanneer naar afstanden wordt gevraagd, kunnen vragen aan de orde komen terzake boodschappen doen (waar), afstand tussen 2 vaak bezochte winkels, bezoek aan burens en familie, de hobbyclubs, brief posten (het postkantoor), blokje om (wandelen, hond uitlaten), de straat uit kunnen lopen etc. Onderzoek op een loopband lijkt objectief doch is moment-, en omgevingsafhankelijk en afhankelijk van de inzet van cliënt. Als aanvullend onderzoek kan het bijdragen aan de zorgvuldigheid.

- Wat is uw **klacht** bij het lopen? Mogelijkheden:
 - pijn
 - moeheid
 - kortademigheid
 - evenwichtsstoornissen
 - stijfheid
 - duizeligheid
 - verlamming
 - slecht zien
 - lichamelijke zwakte

- krampen
 - sensibiliteitsstoornis (geen gevoel, prikkelen, tintelen in de benen/voeten)
 - anders, te weten.....
 - onbekend
- Sedert wanneer bestaan klachten?
- Wat is volgens u de oorzaak van uw loopklachten?
 - Cardiaal
 - vasculair: claudicatie/pijn in kuiten bij stukje lopen
 - artrose (slijtage), jicht, reumatisch
 - rug of nekpijn
 - orthopedisch (fractuur, meniscus, moeilijke voeten)
 - neurologisch: ziekte van parkinson, doorgemaakte beroerte
 - respiratoir
 - visus
 - anders, te weten.....
 - onbekend
- Wanneer en door welke arts is de oorzaak vastgesteld?

Tractus anamnese

Inspanningstolerantie: hart, long

Vuistregel toetsing inspanningstolerantie: Iemand die een normale trap van 14 treden in een keer op kan, is ook in staat om 100 meter te overbruggen.

Lengte, gewicht

Roken, alcohol, drugs

Medicijngebruik (a.d.h.v. een medicijnkaart of de geneesmiddelen (doosjes) ter identificatie van naam, voorschrijver, gebruiksduur en voorgeschreven dosis in relatie met de door cliënt feitelijk gebruikte dosis).

Wie zijn de behandelaars.

Toestemmingsverklaring (gericht) wordt ingevuld, volgens WGBO voorschriften en richtlijn van de KNMG.

Sociale situatie

Woning, werk, vervoersbehoefte
(mantel)zorg.

Algemeen lichamelijk onderzoek

Het algemeen lichamelijk onderzoek blijft achterwege indien dit niet bijdraagt aan het verder omschrijven en vastleggen van de beperkingen en de diagnose. Indien geen lichamelijk onderzoek wordt verricht, wordt de reden aangetekend in het dossier.

Het onderzoek begint bij de observatie hoe de patiënt de spreekkamer binnenkomt. Het observeren levert informatie over souplesse, symmetrie, en afwijkend looppatroon. Is er sprake van hinken, mank lopen, hakken of tenengang, schuifelend of een abnormaal ploffend hielpatroon? Is er abnormale zool-slijtage?

Op geleide van de anamnese, eerste bevindingen en claimklachten kan nader specifiek- en looponderzoek nodig zijn. Daarbij kan de aandacht met name gericht worden op relevante hart- en longparameters, perifere circulatie, inspectie van benen en voeten, stand van de voeten, neurologische bijzonderheden, visus, cognitieve functies, staplengte, looptempo en houding en stand van schouders en romp.

Specifiek onderzoek:

• Beoordeling hulpmiddelen

- slijtage loopvlak
- hakhoogte (hoger dan 3 cm gaat het lichaam compenseren)
- beoordeling gebruik hulpmiddelen
- stok in contralaterale hand: ja/nee
- stok op juiste of verkeerde moment
- aangepaste elleboogkrukken (schouder en nekkklachten)
- gebruik rolstoel (incidenteel, geleend, passend)

Het looponderzoek

- inspectie à vue, looppatroon
- inspanningstolerantie: hart, long, bloeddruk
- visus: gezichtsscherpte, gezichtsveld, progressieve (bilaterale) oogziekten

Beperkt neurologisch onderzoek:

- neurologisch: paresen, sensibiliteit, reflexen, coördinatie
- teen-hak proef
- koorddansersgang
- het evenwicht met open ogen, het evenwicht met open ogen met duw tegen sternum (evenwicht is gestoord indien stappen nodig zijn om na de duw stabiliteit te behouden)
- vibratiezin onderbenen

Voor de gestandaardiseerde beoordeling van het lopen volgens Tinetti wordt een afstand, tenminste 5 meter, zonder obstakels afgelegd, met schoenen aan en zonder hulpmiddelen.

Aspecten van het looppatroon:

- starten met lopen (bijv. hesitatie)
- staphoogte
- staplengte
- symmetrie van de stappen
- continuïteit van de stappen
- afwijkingen van een recht gangspoor
- stabiliteit van de romp
- breedte van het gangspoor
- omdraaien tijdens het lopen
- meezwaaien van de armen.

Minimaal 1 afwijkend aspect: loopbeperking

Typering looppatroon:

atactisch: gestoorde koorddansersgang, onregelmatige paslengte, slingerende loop, gestoorde rompstabiliteit, afgenomen pashoogte, moeite met omdraaien

spastisch: slofje met circumductie: het in een halve cirkel van achter naar voren zwaaien van een stijf been.

hypokinetisch (rigide): schuifelende gang met festinatie, afwezige armzwaai

Combinaties van atactisch, spastisch en hypokinetisch.

BIJLAGE 4.

Gebruikte classificaties van aandoeningen met een kans op een loopafstand van minder dan 100 meter aaneengesloten.

NYHA:

klasse I	geen klachten
klasse II	lichte tot matige klachten bij normale activiteit
klasse III	ernstige klachten bij geringe activiteit
klasse IV	ernstige klachten in rust

Paresen graden:

V	normaal, geen beperking
IV	kracht genoeg om tegen weerstand op te kunnen
III	genoeg kracht om zwaartekracht te overbruggen
II	geringe kracht niet genoeg om tegen zwaartekracht op te kunnen
I	aanspannen spier

Stadia M. Parkinson (Hoehn en Yahr)

I	unilateraal beeld
II	bilateraal beeld zonder evenwichtsstoornissen
III	bilateraal beeld met evenwichtsstoornissen; cliënt kan nog zelfstandig functioneren
IV	bilateraal beeld met evenwichtsstoornissen; cliënt heeft dagelijks hulp nodig
V	ernstig geïnvalideerde toestand; cliënt is aan stoel/bed gekluisterd en heeft verpleegkundige zorg.

BIJLAGE 5.

Adreslijst CBR-kantoren

CBR Hoofdkantoor

P.C. Boutenslaan 1
Postbus 5301
2280 HH RIJSWIJK (ZH)
Algemeen telefoonnummer: 070-3720500

CBR regio Noord

Overcingellaan 13
Postbus 40
9400 AA ASSEN
Telefoon: 0592-324888

CBR regio Zuid

Hoevenweg 20
Postbus 7936
5605 SH EINDHOVEN
Telefoon: 040-2502802

CBR regio Oost

Hazenkamp 10
Postbus 4046
6803 EA ARNHEM
Telefoon: 026-3238700

CBR regio West-Noord

Naritaweg 150
Postbus 58001
1040 HA AMSTERDAM
Telefoon: 020-5840240

CBR regio West-Zuid

Lange Kleiweg 30
Postbus 1062
2280 CB RIJSWIJK (ZH)
Telefoon: 070-4130100