

# Medische rijgeschiktheid: CBR-visie op het stelsel en mogelijke verbeteringen in de uitvoering

*September 2020*

## Inleiding

Het CBR beoordeelt niet alleen of bestuurders rijvaardig maar ook of zij gezond genoeg zijn om veilig aan het verkeer deel te nemen: of zij rijgeschikt zijn. In 2019 ontving het CBR ruim 770.000 aanvragen voor een beoordeling van de rijgeschiktheid.

In het maatschappelijk debat rijst de vraag of en hoe of het stelsel naar de beoordeling van de rijgeschiktheid verbeterd kan worden. Ondanks regelmatige versoepelingen van de regels houden deze vragen ook het CBR als uitvoeringsorganisatie bezig. Daarom gaat het CBR graag in op de uitnodiging om aan te geven waar het in de uitvoering tegenaan loopt en hoe het huidige stelsel verbeterd zou kunnen worden zonder dat de verkeersveiligheid in het geding komt.

De in dit document geschetste visie is gericht op de langere termijn. Er is in dit stadium dan ook nog geen analyse gedaan van uitvoeringsconsequenties van operationele, financiële of andere aard. Het doel van dit document is het bijdragen aan de discussies over het stelsel van medische rijgeschiktheid door aan te geven hoe het CBR aankijkt tegen het huidige stelsel en hoe dit meer proportioneel en risicogestuurd kan worden ingericht.

## Werkwijze

Voor het opstellen van de visie is een projectteam samengesteld. Als eerste stap is een brede startbijeenkomst georganiseerd. Aanwezigen waren de deelnemers van de projectgroep alsmede de directie, de manager strategie en beleid en de divisie manager rijgeschiktheid. Tijdens de bijeenkomst zijn onder andere de uitgangspunten vastgesteld waaraan de CBR-visie moet voldoen. Dit raamwerk is vervolgens ingevuld op basis van een aantal deelsessies. Dit heeft geresulteerd in een concept visiedocument. Dit visiedocument is op 22 juli 2020 gepresenteerd aan de directie. Op basis van aanvullingen en correcties is de eindversie opgesteld.

## Uitgangspunten

Bij het ontwikkelen van een visie is het belangrijk om vooraf vast te stellen wat de kernwaarden en uitgangspunten zijn voor een stelsel van medische rijgeschiktheid. Waar willen wij niet aan tornen, wat vinden wij essentieel voor onze taakuitvoering?

Het belangrijkste uitgangspunt is dat het stelsel beoordeling rijgeschiktheid ten dienste staat van de verkeersveiligheid. De dienstverlening van het CBR geeft hier invulling aan. Dat betekent dat we ons bij al onze activiteiten moeten afvragen of dit de verkeersveiligheid dient. Er zijn situaties denkbaar waarin de relatie tussen onze activiteiten en de verkeersveiligheid (nog) niet duidelijk is, bijvoorbeeld doordat het verband indirect is of doordat er onvoldoende wetenschappelijk onderzoek naar is gedaan. In deze gevallen zou het CBR hierover in gesprek moeten gaan met de opdrachtgever. Dat kan ertoe leiden dat de opdrachtgever aanvullend onderzoek laat uitvoeren. Soms moet echter ook

de conclusie zijn dat er weliswaar onvoldoende bekend is over verkeersveiligheidseffecten maar dat toch vanwege andere redenen besloten wordt, bijvoorbeeld het voldoen aan Europese wet- en regelgeving, om met de activiteiten door te gaan.

Het centraal stellen van verkeersveiligheid is te meer zo belangrijk omdat dit één van de belangrijkste drijfveren is van de medisch adviseurs van het CBR. Het vakmanschap is groot en zij hebben een sterke innerlijke drive om het juiste te doen voor de verkeersveiligheid. Dat betekent ook dat wanneer de wettelijke kaders niet volkomen helder zijn, zij vaak de veilige kant zullen kiezen.

Een tweede uitgangspunt is dat de dienstverlening en toetsing duidelijk, objectief, transparant en betaalbaar moet zijn. Dit hangt direct samen met de uitgangspunten van een betrouwbare overheid.

Een derde uitgangspunt is dat het CBR laagdrempelig wil informeren en adviseren over hoe men zo lang mogelijk veilig mobiel kan blijven. De missie van het CBR luidt: Veilig thuiskomen. De bijbehorende kerntaken zijn informeren, toetsen en monitoren. Het CBR geeft met name de laatste jaren meer inhoud aan de informerende en adviserende rol. Het CBR wil zich hiermee nadrukkelijk positioneren als een organisatie die niet alleen controleert of iemand een rijbewijs kan en mag halen en houden, maar ook kennispartner is als het gaat over veilig mobiel blijven.

Een laatste belangrijk uitgangspunt is dat de eigen verantwoordelijkheid bij de klant wordt aangemoedigd en gefaciliteerd. Dat betekent dat het CBR weliswaar invulling geeft aan de wet- en regelgeving, maar dat de klant zelf ook een sterke regierol heeft en voor een groot deel ook zelf verantwoordelijk is voor het op een veilige wijze deelnemen aan het verkeer.

## Veranderingen en trends

Welke trends komen er op ons af? Natuurlijk kunnen we de toekomst maar in beperkte mate voorspellen, zo leert ons ook de recente uitbraak van het coronavirus. Maar sommige ontwikkelingen zijn wel degelijk te schetsen aan de hand van historische cijfers, analyses en onderzoeken. Voor het onderwerp medische rijgeschiktheid is de vergrijzing een voor de hand liggende ontwikkeling. In 2050 zal ongeveer een kwart van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar. Bovendien is sprake van een dubbele piek: binnen de groep 65-plussers nemen ook de “oudere ouderen” toe in aantal. Mensen blijven tot op hogere leeftijd actief meedraaien in de maatschappij en dus is er nog lang een grote mobiliteitsbehoefte bij deze groep. Wel is het nog steeds zo dat de kans op functiebeperkingen met het klimmen der jaren toeneemt, waardoor het beoordelen van de medische rijgeschiktheid voor deze groep ook in de toekomst onverminderd belangrijk is.

Een andere ontwikkeling betreft het automatiseren van rijtaken. De geheel zelfrijdende auto ligt nog ver in de toekomst, maar in de nabije toekomst zullen steeds meer auto's uitgerust zijn met systemen die rijtaken overnemen of daarbij ondersteunen. Wat betekent dit voor de rijgeschiktheid? Van sommige van dit soort automatiseringen weten we dat ze de rijtaak vereenvoudigen. Denk bijvoorbeeld aan automatisch in plaats van handmatig schakelen. Maar over andere systemen is nog weinig bekend over de mentale belasting bij mensen die ook andere medische functiebeperkingen hebben. Zo kan een navigatiesysteem voor mensen met een autismespectrumstoornis juist een vergroting van de mentale belasting met zich meebrengen.

Een laatste ontwikkeling die we hier willen noemen is de ontwikkeling van nieuwe digitale technieken. Het gaat dan bijvoorbeeld om het gebruik van simulatoren of computer-gebaseerde cognitieve testen, maar ook om het gebruik van big data en het nog uitgebreider toepassen van automatische digitale besluitvorming binnen het CBR. Ook het gedurende een langere tijd volgen van

het rijgedrag door middel van monitoring in de auto behoort tot de mogelijkheden. Dit kan in de toekomst ondersteunend zijn bij de beoordeling van de medische rijgeschiktheid.

## Onze visie

Wat betekent dit alles voor het CBR in 2050, wat voor type verkeersveiligheidsorganisatie willen we dan zijn? Om die vraag te beantwoorden kunnen er drie ontwikkelingspaden in de tijd worden onderscheiden. In het meest behoudende scenario wordt geschetst wat er gebeurt als alles bij het oude blijft. Er zijn aspecten van de huidige situatie te benoemen die we willen behouden: bijvoorbeeld dat er altijd een bepaalde vorm van toetsing op de rijgeschiktheid behouden moet blijven. Er zijn ook aspecten die we in de toekomst willen loslaten. De tweede ontwikkelingslijn schetst innovaties die op middellange termijn denkbaar zijn, of waar de eerste stappen al voor zijn gezet. Denk daarbij aan verbeteringen in digitalisering van zowel het beoordelingsproces bij het CBR als het aanleveren van informatie door de klant. De derde ontwikkelingslijn schetst een toekomstbeeld waarin geheel nieuwe technologieën ontstaan of disruptieve veranderingen in de samenleving optreden. Hieronder valt bijvoorbeeld de volledig zelfrijdende auto of mogelijkheden voor continue in-car monitoring van het rijgedrag.

Door te analyseren welke ontwikkelingen op ons af komen, hoe waarschijnlijk die zijn, en hoe we hier als organisatie mee om willen gaan, hebben we geformuleerd waar we naar toe willen; wat onze ambitie moet zijn. Deze is drieledig en luidt als volgt:

De ambitie van het CBR is een bijdrage te leveren aan de realisatie van een wendbaar stelsel van medische rijgeschiktheid waar meer eigen verantwoordelijkheid bij de klant ligt en waarbinnen het CBR laagdrempelig adviseert en screent, proportioneel handelt, en alleen op zaken stuurt waar we weten dat er een risico is voor de verkeersveiligheid.

Hieronder worden de drie kernpunten uit de visie toegelicht.

### *Wendbaarheid vergroten*

Om in de toekomst optimaal te kunnen inspelen op veranderingen in instroom, is het belangrijk dat het stelsel zodanig flexibel is ingericht dat het CBR snel kan schakelen. Dat geldt voor een aantal gebieden. Ten eerste willen we wijzigingen in wet- en regelgeving sneller dan nu het geval is kunnen doorvoeren in de uitvoeringsprocessen. Mogelijk is daarvoor nodig dat de uitvoeringsprocessen van het CBR in de wet- en regelgeving op een algemener niveau worden omschreven, zodat de processen breder te interpreteren zijn. Met als doel om het proces voor de klant gemakkelijker in te richten. Een voorbeeld kan zijn dat er niet meer wordt beschreven dat *een arts een aantekening plaatst op een Eigen Verklaring*, maar dat *een daartoe bevoegde medisch professional informatie aanlevert aan het CBR*. Het CBR krijgt op deze manier meer ruimte om de uitvoering zodanig in te richten dat het de regelgeving dient, maar tegelijkertijd ook het proces versoepelt.

Ten tweede zou het CBR, ketenregie willen nemen als het gaat om de medische geschiktheidseisen zoals die staan verwoord in de Regeling eisen geschiktheid 2000. Door het samenspel van IenW, de Gezondheidsraad en het CBR, waarbij elke partij zijn rol zorgvuldig wil uitvoeren, duurt het vaak lang voordat wijzigingen zijn doorgevoerd. Zaken die hierbij bijvoorbeeld meespelen zijn vergaderfrequenties van de commissie rijgeschiktheid, maar ook urgente beleidsdossiers bij IenW die voorrang krijgen of de ICT-kalender bij het CBR die overbelast is. Het CBR wil dit complexe systeem

flexibeler en adaptiever organiseren en voorop lopen in de wijzigingen: niet alleen reageren op wat op ons af komt maar ook initiëren en beïnvloeden.

Hierbij speelt ook “Europa” een rol, namelijk de eisen die vanuit de Europese rijbewijsrichtlijn aan de medische geschiktheid worden gesteld. Veel van de wijzigingen die het CBR vanuit klantbelang zou willen doorvoeren stuiten op verzet van andere conservatievere lidstaten van de EU. Tevens laat het CBR zich nog wel eens verrassen door wijzigingen in Europese regelgeving. Door als CBR, samen met IenW, een proactieve in plaats van reactieve houding aan te nemen richting de Europese besluitvorming, kan het Nederlandse belang beter worden behartigd en kunnen verrassingen worden voorkomen.

### *Laagdrempelig screenen*

De rijgeschiktheid van ouderen bestaat uit twee componenten. Enerzijds neemt met de jaren de kans op medische aandoeningen die invloed kunnen hebben op de rijvaardigheid toe. Anderzijds kan er sprake zijn van functieverlies als gevolg van het ouder worden. Dit laatste betekent niet per se dat er iets op het medische vlak aan de hand is. Maar omdat dit meestal ongemerkt gaat en niet iedereen daardoor in voldoende mate compenseert, kunnen de risico's toch toenemen. Een bepaalde mate van screening vanaf een bepaalde leeftijd zal daarom altijd deel moeten uitmaken van het stelsel voor medische rijgeschiktheid. Maar deze screening kan wel laagdrempeliger dan nu het geval is. Wij stellen voor om vanaf de leeftijd waarop bekend is dat de kans op functieverlies toeneemt (op dit moment is de keuringsleeftijd 75; het CBR pleit niet voor een verhoging van deze leeftijd), te screenen op drie hoofddomeinen: gezichtsvermogen, cognitie en motoriek, oftewel zien, denken, doen. Dit zou de keuring nog eenvoudiger maken dan nu het geval is. Immers, nu wordt de gehele gezondheidstoestand van de klant onder de loep genomen tijdens de keuring.

De 75+-screening beperkt zich dus tot die domeinen waarvan achteruitgang ongemerkt gaat. Alle andere medische aandoeningen treden meestal niet ongemerkt op. Deze kan de klant prima zelf melden op het moment dat het relevant is en dit hoeft dan niet meer uitgevraagd te worden door middel van een Gezondheidsverklaring. Zoals geldt voor mensen onder de 75, dat zij dit zélf tussentijds melden als het zich voordoet, kan dit ook gaan gelden voor de 75-plusser. Met dat verschil dat de keuringsarts melding kan maken van aanvullende zaken op het keuringsverslag.

### *Sturen op echte risico's*

Slechts voor een aantal aandoeningen die vermeld staan in de regeling eisen geschiktheid 2000 is wetenschappelijk aangetoond dat zij de ongevalskans verhogen. Nu betekent dat niet dat er zomaar geschrapt kan worden in deze regeling: immers, een belangrijk gevolg van het hebben van deze regeling is dat men bij zeer ernstige aandoeningen ongeschikt wordt verklaard en men zich dus überhaupt niet meer in het verkeer begeeft. Toch zijn er keer op keer (met name wanneer er procesmatig zaken niet lekker lopen in de beoordeling bij het CBR) vragen in de media en de politiek naar de zin en onzin van het beoordelen op al deze aandoeningen.

Het zou daarom goed zijn als er in het proces gestuurd wordt op wetenschappelijk aangetoonde risico's. Op aandoeningen die deze risico's met zich meebrengen, zou ook actiever gestuurd moeten worden, bijvoorbeeld door een meldplicht voor de burger. Te denken valt bijvoorbeeld aan epilepsie, dementie en ernstige oogaandoeningen. Voor aandoeningen waarvoor de risico's niet zo duidelijk zijn, maar die we gezien het gevolg dat kan optreden toch willen monitoren, kan een regime van zelf melden gelden, zowel voor 75+ als 75-. Denk daarbij bijvoorbeeld aan diabetes mellitus type II. Bij een meldplicht voor de burger geldt overigens ook een informatieplicht van de zorgverlener. Denk aan de huisarts of specialist die een diagnose stelt, maar ook aan de apotheker die medicatie verstrekt. Deze informatieplicht houdt in dat de zorgverlener de patiënt actief dient te informeren

over de risico's op het gebied van verkeersveiligheid en verplichting om een aandoening of het gebruik van een geneesmiddel te melden bij het CBR.

De keuze om niet meer de gehele gezondheidstoestand van de oudere verkeersdeelnemer te beoordelen, zou kunnen suggereren dat er door de maatschappij een hoger risiconiveau wordt geaccepteerd. Dit is geenszins het geval. Het huidige stelsel wekt onterecht de indruk dat alle risico's worden afgedekt, terwijl dat vanaf het behalen van het rijbewijs tot de leeftijd van 75 jaar niet het geval is en vanaf 75 jaar maar in beperkte mate. In plaats daarvan komt een gericht beleid waarbij je in stand houdt dat je controleert op ongemerkte verslechtering, maar voor alle leeftijdsgroepen de grootste risico-aandoeningen gepaard laat gaan met een meldplicht voor de klant.

### Concrete acties

Om de visie te laten landen in beleid en uitvoering kunnen een aantal concrete acties worden benoemd. Deze acties worden hieronder puntsgewijs uiteengezet. In algemene zin kan gesteld worden dat er nogal wat verandert voor het CBR, voor de klant en voor de medische professional. Het CBR gaat denken en handelen vanuit risico's en vanuit de ketenoptiek. Dat betekent dat het CBR zich actiever gaat bemoeien met de (medisch professionele) buitenwereld, voor zover de wettelijke taak dat toestaat. Ook gaat het CBR ontwikkelingen op nationaal en Europees niveau actiever monitoren en beïnvloeden. De klant zal in de nieuwe visie nog meer zelf verantwoordelijk worden voor veilige verkeersdeelname, daarin nadrukkelijk ondersteund door zijn omgeving en de medische professional. Het CBR faciliteert dit, door bijvoorbeeld instrumenten aan te bieden om te beoordelen of verkeersdeelname nog verantwoord is, of door – zelf en via intermediaire partijen - informatie aan te bieden over de invloed van medische aandoeningen of geneesmiddelen op het autorijden. De medische professional krijgt de verantwoordelijkheid om indien noodzakelijk de klant door te verwijzen naar het CBR in geval van medische aandoeningen met een meldplicht of in het geval van het gebruik van medicijnen met risico's. Ook zij worden hierin ondersteund en gefaciliteerd door het CBR door betrouwbare informatie en toegankelijke gesprekspartners.

In deze paragraaf zetten we uiteen welke concrete acties we willen nemen om invulling te geven aan elk van de drie richtingen.

### Wendbaarheid vergroten

Actie	Wat gebeurt er al	Wie nodig?
<b>Professionaliseren van agendasetting</b> , door actief, tijdig en bewust gesprekstafels te organiseren over medische rijsgeschiktheid. De inrichting van (bestuurlijke) tafels en gesprekspartners zijn volgend aan het onderwerp.	Er zijn al veel overlegmomenten ingericht, er dient nog te worden aangescherpt op agenda en sturing op uitkomsten	IenW, kennispartners
<b>Meer en directer gevoel voor besluitvorming op Europees niveau</b> door actief monitoren van ontwikkelingen in Europa/Brussel. Er zijn diverse manieren om dit te doen, via EU-branche, via ministeries of zelf.	CBR is op afstand actief via de branche en IenW	Afhankelijk van wensen interne organisatie

<b>Lager detailniveau</b> wet- en regelgeving om de speelruimte in toekomstig beleid (op lange termijn) te organiseren.	Meenemen in stelselherziening	IenW/HBJZ
<b>Ontwikkelen tot ketenpartner</b> om de strategie op medische rijgeschiktheid te organiseren.	Vanuit de uitvoering wordt deze rol al deels ingevuld	Gehele keten

### Laagdrempelig screenen

Actie	Wat gebeurt er al	Wie nodig?
<b>Innovatieagenda</b> van het CBR gebruiken om het optimaliseren van screening te onderzoeken. Er zijn diverse voorbeelden, kunst om als CBR (en/of samen) met ketenpartners dit uit te werken	Er is al een innovatieagenda; diverse initiatieven vanuit Rijgeschiktheid worden hieraan toegevoegd	<b>Intern organiseren</b>
<b>Inrichten monitoring</b> om inzicht te krijgen in wanneer risicogroepen in de praktijk in beeld komen	Bijv. Inzicht in oorzaak ongevallen bij politie doorgeven aan CBR	Intern organiseren monitoring, afspraken met politie etc.
<b>Onderzoek</b> andere vormen voor het organiseren van voldoende capaciteit voor medische rijgeschiktheid	<b>Bijvoorbeeld het succes van de digitale dokter</b>	<b>Intern</b>
<b>Quick-scan onderzoek naar mogelijke nieuwe technologieën die screening en/of inschatting risico's kunnen vergroten.</b> Ook kansen en wenselijkheid van deze vormen uitwerken, zowel vanuit juridisch perspectief, verkeersveiligheid, privacy en kosten.	Er zijn diverse trajecten buiten het CBR gericht op nieuwe technologie.	<b>Onderzoek in de keten. Binnen de kaders van CBR meewerken aan deze onderzoeken.</b>

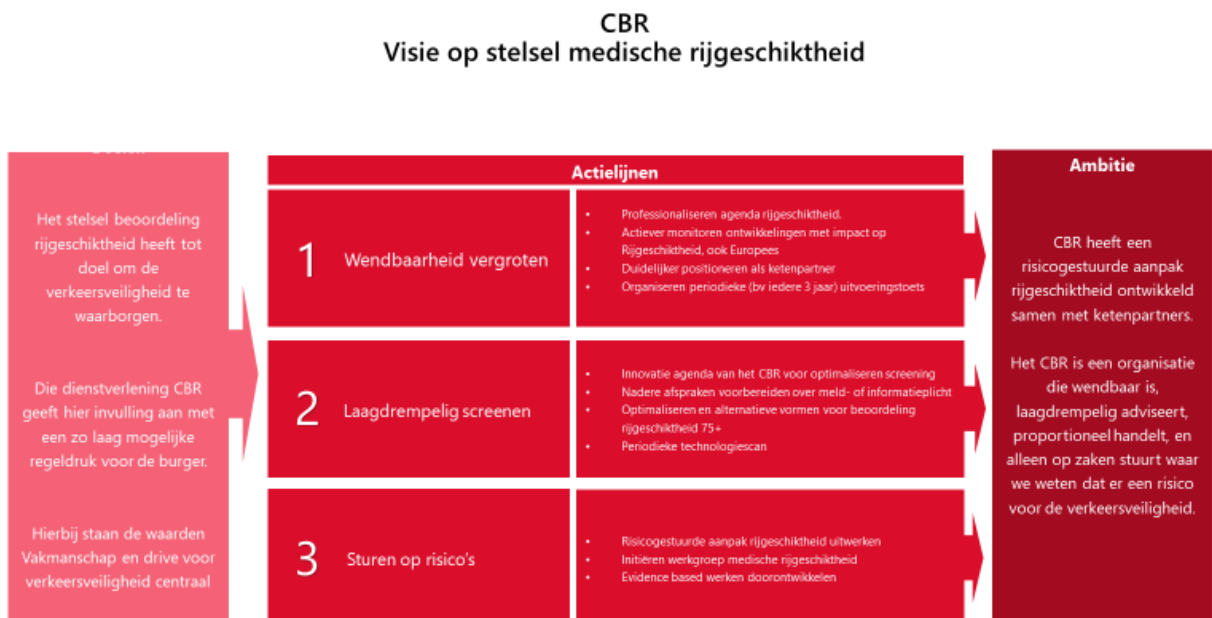
### Sturen op echte risico's

Actie	Wat gebeurt er al	Wie nodig?
<b>Eén strategie/breed kader is nodig.</b> Er zijn diverse initiatieven, maar brede sturing in de sector hierop ontbreekt. De initiatieven vormen hier de basis voor.	Trajecten met adhd, drugs, monitoren rijgedrag, zelfscan	<b>Intern</b>
<b>Opzetten werkgroep</b> medische rijgeschiktheid om te komen tot deze strategie	Zie voorbeelden bij rijvaardigheid	Samen met ketenpartners

<p><b>Duidelijke rolafbakening voor CBR</b> bij uitvoeren strategie. Dit vraagt kaders, rollen en verantwoordelijkheden uit te werken.</p> <p><b>Organiseren onderzoeksmateriaal over risicogestuurde aanpak</b>, bijvoorbeeld de relatie tussen beleidskeuzes omtrent de medische beoordeling en effect op de verkeersveiligheid</p>		<p>Intern CBR</p> <p>SWOV, IenW</p>
<p><b>Meer onderzoek</b> is nodig om de impact op de verkeersveiligheid van 75+ te bepalen.</p> <p><b>Uitwerken van risicogroepen waarbij een grotere vorm van meldplicht mogelijk is.</b> Dit vraagt nader onderzoek.</p>	<p>Er is al veel kennis aanwezig maar er kan nog meer gestuurd worden op versteviging van de kennisbases en de bestaande kennis kan beter worden gebruikt</p> <p>Er is veel kennis hierover in huis aanwezig.</p>	<p>Ketenpartners</p> <p>Arts, zorgverlener</p>

## Tot slot

De kern van de visie op medische rijgeschiktheid kan als volgt worden samengevat.



In dit document benoemen we een aantal concrete acties die nu al genomen kunnen worden. Dat hoeft echter niet direct en hier is ook nog wel iets in te kiezen. Bijvoorbeeld op welke manier we

onze invloed op Europese besluitvorming vergroten of welk gewicht er bij wijzigingen in regelgeving moet worden gegeven aan de wetenschappelijke onderbouwing. Soms is een stevige wetenschappelijke onderbouwing namelijk niet mogelijk, maar dat ontslaat het CBR niet van de plicht om vanuit haar rol de uitvoeringsconsequenties terug te koppelen en aan te geven wanneer iets gaat wringen.

Voor een aantal van de punten die in deze visie worden genoemd is een wijziging van de wetgeving noodzakelijk. Dat is echter geen harde voorwaarde voor het nader uitwerken van de visie. Stel dat bijvoorbeeld naar aanleiding van het SWOV-onderzoek naar de stelselherziening de gehele leeftijdsgebonden keuring zou worden afgeschaft, dan kan het CBR nog steeds vanuit de eigen visie handelen. Bijvoorbeeld door de screening op hoofddomeinen vrijwillig aan te bieden bijvoorbeeld in een (digitaal) mobiliteitscentrum.

De drie kernpunten van de visie zijn opgesteld ten behoeve van het stelsel medische rijgeschiktheid. Zij kan ook breder worden ingezet voor andere divisies binnen het CBR. Periodiek screenen op bepaalde risico's waarvan men zich onvoldoende bewust is, kan bijvoorbeeld ook de doelgroep onervaren bestuurders bedienen. De essentie is dat deze visie een bijdrage gaat leveren in de transitie naar de toekomst. In eerste instantie voor medische rijgeschiktheid maar uiteindelijk voor het CBR in zijn geheel om vanuit de rol als uitvoeringspartner en kennispartner een bijdrage te leveren aan de verkeersveiligheid.