

Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat
Directoraat-Generaal Mobiliteit
t.a.v. **Persoonsgegevens**
Postbus 20901
2500 EX Den Haag

Utrecht, 21 juni 2022

KNMG
Mercatorlaan 1200
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Referentie

SNo

Persoonsgegevens

Persoonsgegevens

Bijlagen 1

Onderwerp

Stelsel medische rijgeschiktheid

Geachte **Persoonsgegevens**

Mede namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), stuur ik u hierbij de reactie van de KNMG en NHG op het discussiestuk Voorkeursscenario voor de optimalisatie van stelsel medische rijgeschiktheid.

Onze reactie treft u aan als bijlage bij deze brief.

Wij vertrouwen er op u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groeten,

Persoonsgegevens

René Héman, arts M&G, bedrijfsarts,
Voorzitter Artsenfederatie KNMG

Persoonsgegevens

Wendy Borneman, huisarts,
Voorzitter Raad van Bestuur NHG

Schriftelijke reactie op discussiestuk Voorkeursscenario voor de optimalisatie van stelsel medische rijgeschiktheid vanuit medisch specialisten en vertegenwoordigers LHV, NHG en KNMG

Inleiding

Op 9 mei 2022 heeft een overleg plaatsgevonden tussen het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat en KNMG en haar leden, Federatie Medisch Specialisten, LHV en NHG. Daarbij is gesproken over het voorkeursscenario voor de optimalisatie van het stelsel medische rijgeschiktheid dat als discussiestuk aan de aanwezigen is toegestuurd. Dit voorkeursscenario omvat de volgende maatregelen:

1. Meldplicht voor de rijbewijshouder
2. Uitlegplicht arts
3. Toegankelijke 75+ screening
4. Bewustwording bij verlenging rijbewijs
5. Verbeteren proces voor melding naasten
6. Bewustwording bevorderen medische rijgeschiktheid

Algemeen

De KNMG en haar leden de Federatie Medisch Specialisten, LHV en NHG waarderen de mogelijkheid om met de afgevaardigden van het Ministerie en het CBR te spreken over het voorkeursscenario.

Wij vinden dat in het stelsel medische rijgeschiktheid het uitgangspunt overeind moet blijven dat de verantwoordelijkheid voor melding van een gediagnosticeerde aandoening die gevolgen heeft of kan hebben voor de rijgeschiktheid ligt bij de rijbewijshouder. De keuring moet plaatsvinden door een onafhankelijk orgaan (het CBR) met onafhankelijke keuringsartsen die de medische rijgeschiktheid **beoordelen** ten behoeve van het besluit van het CBR. Wij zijn daarom verheugd dat het voorkeursscenario niet de eerder in het traject genoemde meldplicht voor de behandelend arts omvat. De KNMG is **unaniem tegen** een **meldplicht** voor de behandelend arts en kunnen en willen die niet uitvoeren. We hebben daarvoor de volgende redenen:

- Het is in strijd met het medisch beroepsgeheim.
- Het is een ernstige bedreiging voor de vertrouwens- en behandelrelatie tussen arts en patiënt en daarmee voor de gezondheid van de patiënt. Een patiënt zal zich belemmerd voelen om zich met alle gezondheidsproblemen tot de behandelend arts te wenden als deze hem ook beoordeelt in het lichting van de keuring. De patiënt moet er absoluut op kunnen vertrouwen dat wat tussen hem en zijn arts wordt besproken vertrouwelijk is.
- Het leidt tot onuitvoerbare afspraken en verantwoordelijkheden. Welke arts moet melding maken: de hoofdbehandelaar neuroloog, de neuroloog van de eerste hulp of de neuroloog van de afdeling, de huisarts, of allemaal?
- Het leidt tot extra administratieve lasten.
- Het gaat voor de arts gepaard met de nodige juridische en tuchtrechtelijke bezwaren.

In het gesprek hebben wij erop gewezen dat het van belang is om steeds voor ogen te houden wat het doel is van de maatregelen voor optimalisatie en hoe de maatregelen onderling samenhangen. Een meer risicogestuurd systeem vinden wij op zich een goede gedachte, maar we willen er wel op wijzen dat zo'n systeem gebaseerd moet zijn op feitelijk beschikbare informatie over de risico's. Er is wel informatie beschikbaar over de algemene gevolgen van diverse medische aandoeningen, maar er mist specifieke informatie over de actuele gevolgen daarvan voor de onveiligheid in het wegverkeer (i.e., het aantal gerelateerde verkeersongevallen). Ook mist informatie over wie de meeste ongevallen veroorzaken en wat daarin het aandeel is van ouderen/mensen met medische aandoeningen. Het ontbreken van deze feitelijke informatie kan tot gevolg hebben dat beleid wordt gebaseerd op onbewezen en vermeende aannames over de risico's in het verkeer en dat de meest

kwetsbare groepen met medische aandoeningen het meest worden beperkt in hun rijgedrag terwijl niet is aangetoond dat zij ook de meeste ongevallen veroorzaken en dat ontzegging van hun rijbevoegdheid leidt tot verbetering van de verkeersveiligheid. Dergelijke feiten en cijfers en inzicht in verkeersrisico's zijn essentieel voor ontwikkeling van een nieuw risicogestuurd systeem.

Bij het meer risicogestuurd maken van het bestaande systeem denken wij aan een passende getrapte opbouw in de keuring. Het bestaande medisch stelsel rond de eigen gezondheidsverklaring, medische keuring door een onafhankelijke of gecertificeerde arts, en eventueel een vervolgkeuring door een medisch specialist aangewezen door het CBR, kent al elementen van een getrapte opbouw. Momenteel worden veel keuringen verricht, waarbij het overgrote deel van de patiënten wordt goedgekeurd. Als de meetlat nog lager komt te liggen, bijvoorbeeld vanuit de veronderstelling dat dat zou bijdragen aan maximale verkeersveiligheid, dan komen er nog veel meer keuringen. Dit wordt voor patiënten, maar ook voor keuringsartsen en CBR een te grote belasting. Het stelsel is dan niet meer doelmatig en proportioneel.

Een getrapte opbouw vraagt om het gericht toepassen van keuringen op de risicogroep. Daarbij is bijvoorbeeld lering te trekken uit de vragenlijst die mensen moeten invullen voor een Covid-19 vaccinatie. Om de risicogroep te bereiken, vindt dan een eerste meting/screening plaats en op basis van de uitslag van die eerste screening vinden alleen indien nodig vervolgmetingen plaats die in overeenstemming zijn met de omvang van het risico. Een vergelijkbare screening is goed toepasbaar bij bijvoorbeeld de verlenging van het rijbewijs. Zo wordt voorkomen dat kwetsbare mensen onnodig worden belast en dat onnodig keuring plaatsvindt van mensen zonder verhoogd risico. In de eerste plaats is het nodig de risicogroep zo specifiek mogelijk te definiëren op basis van beschikbare kennis. De beschikbare feitelijke informatie over de keuringen in de afgelopen jaren (met de kenmerken van patiënten die zijn goedgekeurd en degenen die niet rijgeschikt zijn verklaard), biedt mogelijk een basis voor het verder uitwerken en inrichten van deze getrapte opbouw.

Hieronder gaan we kort in op de afzonderlijke maatregelen uit het voorkeursscenario.

Ad 1 Invoeren meldplicht voor de rijbewijshouder

Zoals gezegd, kunnen wij ons goed vinden in het aanscherpen van de bestaande morele norm tot een meldplicht voor de rijbewijshouder. Op dit moment is er nog geen wettelijke meldplicht voor de rijbewijshouder zoals die wel geldt in de ons omringende landen. In de gezondheidszorg ligt momenteel veel nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Onder de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid behoren ook de gezondheidsrisico's van de weggebruiker. Een meldplicht voor rijbewijshouders kan tegemoet komen aan de gewenste eigen regie en patiëntenparticipatie. Bij verandering van de gezondheid is het de verantwoordelijkheid van de rijbewijshouder om dit te melden. De patiënt zelf kent ook de eigen actuele gezondheidsstatus; een arts beschikt niet altijd over die informatie als de patiënt dat niet aangeeft.

Bij een meldplicht moet het voor de rijbewijshouder volstrekt duidelijk zijn wanneer hij/zij zich wel of niet moet melden; het voorkeursscenario wijst er dan ook terecht op dat het duidelijk moet zijn **waarom** men gekeurd moet worden. Het komen tot een 'top drie' van de meest risicovolle medische aandoeningen lijkt ons daarbij geen begaanbare weg. Hiervoor is al aangegeven dat er veel feiten en cijfers missen; dat geldt ook voor het onderling kunnen vergelijken van de risico's van verschillende aandoeningen. Voor verreweg de meeste veelal mildere aandoeningen geldt bovendien dat het onmogelijk is exact te bepalen welke ziektebeelden bij wie op welk moment de rijvaardigheid beïnvloeden. Ziektebeelden kennen verschillende verschijningsvormen en verschillende stadia van ernst. De rijvaardigheid van iemand met ernstige dementie zal veelal zijn belemmerd, maar dat is niet altijd zo bij een milde beginnende dementie. Hoe erg moet dan een beroerte zijn die de patiënt heeft gehad voordat hij/zij deze moet melden? Medische aandoeningen hebben vele gradaties en zelfs voor een arts in de spreekkamer is lang niet altijd goed vast te stellen welke impact een

aandoening van een patiënt heeft op de daadwerkelijke rijvaardigheid van deze patiënt. Voor de rijbewijs houder zal het niet altijd duidelijk zal zijn wanneer melding moet worden gedaan. Wij pleiten er daarom nog eens goed na te denken over de haalbaarheid van het komen tot een 'top drie'. Mocht daar wel aan worden vastgehouden dan lijkt een pilot ons noodzakelijk. Wij zien in plaats van een 'top drie' meer mogelijkheden in een getrap selectiesysteem zoals eerder verwoord.

Ad2. Uitlegplicht arts vervangen door verantwoordelijkheid arts tot geven van voorlichting

Uiteraard moet een patiënt op de hoogte zijn van de potentiële gevolgen van een aandoening voor de rijvaardigheid en zijn plichten zijn ten aanzien van het melden van zijn aandoening bij het CBR. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om dit met de patiënt te bespreken. Deze verantwoordelijkheid wordt door huisartsen en medisch specialisten ook zo gevoeld en in de huidige medische praktijk gebeurt dit ook. Huisartsen geven patiënten informatie over de invloed van aandoeningen en medicatie op de rijvaardigheid. Het geven van informatie over rijgeschiktheid wordt voor relevante aandoeningen en medicijnen ook goed beschreven in bestaande richtlijnen (bijvoorbeeld [Dementie | NHG-Richtlijnen](#) [Rijgeschiktheid en de ziekte van Parkinson - Richtlijn - Richtlijndatabase](#)). Voor medicatie doet de apotheker dat ook nog een keer. De mogelijke gevolgen voor de rijgeschiktheid vormen bijvoorbeeld ook een standaard onderdeel van het uitslag gesprek op geheugenpoliklinieken. Een behandelend arts zal vanuit zijn zorgplicht en vanuit de beroepsrichtlijnen een patiënt op zijn verantwoordelijkheid wijzen als bij de patiënt een aandoening is vastgesteld die (mogelijk) van invloed is op de rijgeschiktheid.

Wij vinden het terecht en vanzelfsprekend dat huisartsen en medisch specialisten worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid tot het geven van voorlichting, maar vinden een plicht daartoe onnodig en ongewenst. Een uitlegplicht zal geen inhoudelijke verbetering opleveren voor volksgezondheid of verkeersveiligheid. Het is onnodig omdat, zoals hierboven gezegd, artsen hun patiënten nu al informeren over de mogelijke invloed van aandoeningen en medicatie op de rijvaardigheid. Met mag er dus op vertrouwen dat artsen dit doen. Een plicht zou leiden tot ongewenste extra druk (in tijd en registratie) op ieder gesprek tussen arts en patiënt; een uitleg is niet in elk gesprek relevant. Ziektebeelden kennen immers, zoals gezegd, verschillende verschijningsvormen en verschillende stadia van ernst. Naast de toegenomen administratiedruk kan het ook ongewenste juridische consequenties hebben, bijvoorbeeld wanneer politie of een verzekeraar na een ongeval informatie komt opvragen over de door de arts over een aandoening verstrekte informatie. Dat kan gepaard gaan met een claim- en aansprakelijkheidscultuur. Dit zal dan weer de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt schaden. Wij verzoeken u de term uitlegplicht te vervangen door verantwoordelijkheid tot uitleg of geven van voorlichting bij de arts.

Ad3. Toegankelijke 75+ screening

Wij hebben geen grote bezwaren tegen een 75+ screening. Het voorstel past in de getrapte opbouw zoals wij hiervoor hebben betoogd. Er zou ook kunnen worden gedacht aan een combinatie met het verlengen van het rijbewijs (zie Ad4). Wij hebben wel bezwaren tegen een 75+ screening door de eigen arts. Wij willen er op wijzen dat als vertegenwoordiger van alle artsen de artsenfederatie KNMG het standpunt heeft dat een behandelend arts geen verklaringen afgeeft over een eigen patiënt, waarbij hij/zij een oordeel geeft over de (medische) geschiktheid of ongeschiktheid van een patiënt om bepaalde dingen wel of niet te doen. Alle medisch specialisten en huisartsen onderschrijven dit uitgangspunt. De eigen (behandelend) arts kan – met uitdrukkelijke toestemming van de patiënt – alleen reeds in het dossier vastgelegde bestaande feitelijke medische gegevens van de patiënt aanleveren aan het CBR. De arts zal dit dan met de patiënt moeten bespreken. Een nieuw onderzoek ten behoeve van de keuring hoort daar niet bij; de behandelend arts en ook de eigen huisarts geeft daarbij géén oordeel over iemands rijgeschiktheid. [Mag ik als behandelend arts een rijbewijskeuring verrichten? | KNMG](#). Dat betekent dat wij ook vinden dat bij de 75+ screening de eigen arts in principe geen rol hoort te hebben. De belangrijkste argumenten daarbij zijn:

- Een keuring door de eigen arts schaadt de onderlinge vertrouwensband, zeker bij een (kans op) afkeuring. De arts-patiënt relatie moet zuiver blijven. Als over de uitslag van de keuring (waarbij de dokter keurig de regels volgt, maar deze voor patiënt mogelijke negatieve gevolgen heeft) tussen patiënt en arts een meningsverschil ontstaat, wordt blijvende schade aan hun relatie aangebracht. Het keuren door de eigen arts kan dan leiden tot een conflict of tot het mijden van (noodzakelijke) zorg door patiënten.
- Keuren van eigen patiënten is een potentiële basis voor belangenverstrengeling.
- Het keuren van eigen patiënten leidt tot een te grote belasting van een toch al overbelaste beroepsgroepen. Met name voor de huisartsen geldt dat zij deze taak er niet bij kunnen en willen doen.
- Keuringen vormen geen onderdeel van de (Zvw)zorg. Een praktische vraag is dan voor wiens kosten dit komt, omdat er in de curatieve zorg geen indicatie voor is.

Als wordt gekozen voor een dergelijke screening, dan vraagt de oogheekunde specifiek aandacht voor een zorgvuldige uitvoering van de visusmeting. Een duidelijk instructie voor de keurling en voor de keurend arts zijn daarbij nodig,

Ad4. Bewustwording bij verlenging rijbewijs

Wij ondersteunen de gedachte dat verlenging van het rijbewijs een goed moment is om te vragen naar eventuele veranderingen in de gezondheid. Als bij elke verlenging van het rijbewijs aandacht wordt besteed aan veranderingen in de gezondheidstoestand dan is het de vraag of een leeftijdsgebonden keuring nog nodig is. Ook hier is het van belang dat de rijbewijshouder goed op de hoogte is van gezondheidsrisico's die schadelijk zijn voor rijvaardigheid. Zie hierover ook Ad6. Voor deze duidelijke en toegankelijke informatie zien wij een centrale rol weggelegd voor CBR/overheid.

Ad5. Verbeteren proces voor melding naasten

Wij hebben geen bezwaren tegen of specifieke overwegingen bij deze maatregel.

Ad6. Bewustwording bevorderen medische rijgeschiktheid

De bewustwording vormt voor ons de basis voor alle bovengenoemde maatregelen. Daarvoor is het van belang om over goede eenduidige informatie te beschikken. Nu is er zoveel verschillende informatie dat een patiënt door de bomen het bos niet meer ziet. Verschillende ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld zeer uiteenlopend informatiemateriaal. Neurologen gebruiken bijvoorbeeld voor Alzheimer de informatie op de website van Alzheimer Nederland. Voor de arts is het niet altijd duidelijk welke informatie hij geacht wordt te verstrekken: moet de arts alleen zeggen dat de patiënt zich bij het CBR moet melden of moet hij in detail ingaan op alle regels van het CBR? Of hoeft hij alleen te verwijzen naar een flyer/website over de regels van het CBR die door het Ministerie wordt verstrekt? Dit laatste zou verreweg het meest effectief en efficiënt zijn om te komen tot eenduidige en voor iedereen toegankelijke informatie waar de overheid voor zorgt.

Naast mondelinge informatie zou er schriftelijke informatie beschikbaar moeten zijn zoals een website of folders waarin duidelijk staat welke stappen een patiënt zelf moet nemen. Een folder voor 75+ers is ook handig. Het zou goed zijn als het CBR en/of Ministerie in afstemming met de Nederlandse Patiënten Federatie zorgt voor helder en voor heel Nederland gestandaardiseerd voorlichtingsmateriaal, dat samen met de betreffende beroepsgroep is opgesteld. Een landelijke campagne voor patiënten over de invloed van specifieke aandoeningen op de rijgeschiktheid kan daarbij helpen. Deze informatie helpt niet alleen de rijbewijshouder, maar ook de arts omdat zij deze informatie in de spreekkamer kunnen gebruiken en ernaar verwijzen. Inhoudelijk moet de informatie voor de patiënt duidelijk maken dat de behandelende arts niet oordeelt over diens rijgeschiktheid, maar hooguit, met toestemming van de patiënt, feitelijke en bestaande medische gegevens verstrekt aan het CBR, die vervolgens wel de rijgeschiktheid beoordeelt.