

6881 NEDERLANDERS DENKEN MEE OVER MEDISCH KEUREN VAN RIJBEWIJSHOUDERS



75+



50+



Meldplicht



Meldplicht



POPULYTICS

What would you do?

Dit onderzoek is uitgevoerd door Populytics, een startup van de TU Delft.

www.populytics.nl

Inhoud

Management samenvatting	5
Samenvatting	8
1. Introductie	20
1.1. <i>Achtergrond</i>	<i>20</i>
1.2. <i>Waarom een PWE-raadpleging?</i>	<i>21</i>
1.3. <i>De kern van de medische rijgeschiktheid raadpleging</i>	<i>24</i>
2. Methodologie	27
2.1. <i>Het opzetten van de PWE</i>	<i>27</i>
2.2. <i>Dataverzameling.....</i>	<i>32</i>
2.3. <i>Socio-demografische gegevens van de deelnemers</i>	<i>33</i>
3. Resultaten.....	37
3.1. <i>Beschrijvende resultaten: Voorkeuren voor suggesties voor verandering stelsel medische rijgeschiktheid.....</i>	<i>37</i>
3.2. <i>Resultaten scenariovraag</i>	<i>56</i>
3.3. <i>Uitkomsten van kwantitatieve modellen.....</i>	<i>61</i>
Herweging optimale portfolio	66
3.4. <i>Kwalitatieve resultaten.....</i>	<i>67</i>
De leeftijdskeuring	68
Twee meldplichten	84
Overige opties	96
Ideeën voor veranderingen.....	104

4.	Wat vonden deelnemers van de PWE?	114
4.1.	<i>Wat moet de overheid volgens deelnemers met de resultaten doen?</i>	114
4.2.	<i>Beleving en ervaring van het onderzoek</i>	115
4.3.	<i>Positieve en negatieve aspecten van de raadpleging medische rijgeschiktheid</i>	117
4.4.	<i>Bijdrage van onderzoek aan doelen van burgerparticipatie</i>	123
5.	Conclusies	126
6.	Referenties	135
	Appendix 1: Resultaten eenvoudige versie	137
	Appendix 2: Scenario's die zijn voorgelegd aan deelnemers	139
	Appendix 3: Lijst met fysieke en mentale aandoeningen	142
	Appendix 4: Genomen acties bij twijfels over rijgeschiktheid	145
	Appendix 5: Overzicht van effectschattingen	145
	Appendix 6: Wanneer zouden deelnemers zich melden bij het CBR?	149
	Appendix 7: Ervaringen met het stelsel medische rijgeschiktheid	152
	Appendix 8: Wat zou u (willen) doen als iemand in uw omgeving wegens medische redenen minder goed kan rijden?	159
	Appendix 9: Wat voor informatie zou u helpen bij twijfel of u veilig kunt autorijden?	165

Management samenvatting

Introductie: Sommige mensen kunnen minder veilig autorijden vanwege hun gezondheid. Dat kan bijvoorbeeld zijn omdat ze minder goed kunnen zien of reageren op hun omgeving, of medicijnen gebruiken waardoor ze minder alert zijn. Om erachter te komen wie moeite heeft met veilig autorijden bestaat het stelsel medische rijgeschiktheid. Van 23 juni tot en met 5 augustus deden 6.881 Nederlanders mee aan een online raadpleging over dit stelsel, waarvan 2.778 zijn geselecteerd uit een internetpanel. Een demoversie van deze raadpleging is [hier](#) te vinden.

Methode: De raadpleging bestond uit drie delen; 1) deelnemers geven advies over de huidige inrichting van het stelsel en zeven opties waarop het stelsel medische rijgeschiktheid zou kunnen worden aangepast; 2) Deelnemers kunnen kiezen tussen het in stand houden van het huidige stelsel en vier verschillende totaalpakketten waarin het stelsel zou veranderen; 3) deelnemers geven antwoord op stellingen en open vragen. Ook konden zij hun persoonlijke ervaringen met medische keuringen voor autorijden delen.

Ervaring: Deelnemers waren sterk positief over deelname aan de raadpleging. 83% van de deelnemers was overtuigd van de gemaakte keuzes. 75% van de deelnemers vond dit een goede manier om Nederlanders te betrekken bij keuzes over wetten en regels en 78% van de deelnemers vindt dat de overheid deze methode vaker moet inzetten om Nederlanders te betrekken bij overheidsbeleid. Ook vroegen we deelnemers hoe de overheid het advies van burgers moet wegen ten opzichte van het advies van experts. Meer dan de helft (57%) van de deelnemers gaf aan het advies van de burgers even belangrijk te vinden als het advies van experts. Opvallend is dat laagopgeleiden vinden dat er relatief veel waarde moet worden toegekend aan het advies van burgers. Waar gemiddeld zo'n 20% van alle deelnemers vindt dat de overheid meer waarde moet toekennen aan het advies van burgers dan aan het advies van experts, is dit onder laagopgeleiden 35%.

Op basis van dit onderzoek trekken we zes hoofdconclusies:

1. Opties die zich richten op het delen van informatie over fysieke en mentale aandoeningen die de rijgeschiktheid zouden kunnen beïnvloeden zijn relatief populair. De drie meest populaire opties zijn: A) 'Artsen melden bepaalde medische situaties verplicht'; B) 'Automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden'; C) 'Verplichte vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs'.
2. Deelnemers vinden het belangrijk dat het stelsel medische rijgeschiktheid er rekening mee houdt dat sommige automobilisten hun medische gesteldheid niet eerlijk melden. Ongeveer 70% van de deelnemers (zowel in de panelraadpleging als open raadpleging) denkt dat rijbewijshouders niet eerlijk zullen melden dat ze minder veilig kunnen autorijden. Dit kan onbewust zijn, maar men verwacht ook zeker dat mensen die zich bewust zijn van verminderde rijgeschiktheid doorrijden: *"De drang om te blijven rijden is zo hoog dat je niet uit kunt gaan van de eerlijkheid van de mens. "Het kan heus nog wel", totdat het mis gaat."*
3. Artsen kunnen volgens deelnemers een goede inschatting maken van de rijgeschiktheid van automobilisten, maar deelnemers stellen wel voorwaarden aan een grotere rol. 'Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts' is populair, zo ook de optie 'Artsen melden bepaalde situaties verplicht'. Tegelijkertijd zien deelnemers dat er bezwaren zijn met betrekking tot privacy en de invloed op de vertrouwensrelatie met de arts wat uiteindelijk kan leiden tot het mijden van zorg. Een grote groep deelnemers ziet de bovenstaande nadelen en vindt daarom de keuzeoptie "artsen melden bepaalde medische situaties verplicht" alleen onder voorwaarden wenselijk. De volgende drie voorwaarden worden genoemd: A) enkel een meldplicht bij ernstige aandoeningen; B) enkel bij aandoeningen waarbij de eigen verantwoordelijkheid wordt aangetast (o.a. dementie); C) alleen melden nadat er een goed gesprek heeft plaatsgevonden met de patiënt.
4. De leeftijdskeuring wordt gezien als vangnet. Slechts een kleine groep (12% van het internetpanel en 27% van de open raadpleging) vindt dat de 75+ keuring volledig moet worden afgeschaft. Deelnemers noemen als argument voor het behoud van de 75+ keuring dat het een goede methode kan zijn om automobilisten te herkennen die

risicovol gedrag vertonen en niet worden geïdentificeerd door andere opties. Het is als het ware een vangnet of een sluitstuk van het stelsel medische rijgeschiktheid.

5. We bevelen aan om te zoeken naar positieve prikkels om een medische aandoening te melden. Een zeer groot deel van de deelnemers aan de raadpleging opteert voor een sluitend correctief systeem, omdat zij hun mede-automobilisten niet vertrouwen wat betreft hun bereidheid om een aandoening te melden. Dit wantrouwen is het gevolg van het gevoel bij deelnemers dat er verschillende factoren zijn die de meldingsbereidheid negatief beïnvloeden. Deelnemers hebben het gevoel dat je moet betalen voor een keuring die als gevolg kan hebben dat je rijbewijs kwijtraakt en dat het eerlijk melden van een aandoening kan worden 'afgestraft', terwijl het verzwijgen wordt 'beloond'.
6. Een meerderheid van de deelnemers (72,1% in de panelraadpleging, en 59,2% in de open raadpleging) geeft aan geen of kleine aanpassingen te willen aan de manier waarop we beoordelen of iemand veilig kan autorijden. Wel zagen we dat een cluster deelnemers wil dat er grote aanpassingen worden gemaakt aan het stelsel medische rijgeschiktheid. Dit zijn met name ouderen en automobilisten die 2 tot 4 dagen op de weg zitten. In aanvulling op de in deze raadpleging aangereikte ideeën voor mogelijke veranderingen, dragen deelnemers zelf ook talloze ideeën aan. Ze doen suggesties met betrekking tot de inhoud en uitvoering van de keuring en het stelsel zelf. Bovendien noemen deelnemers verschillende fysieke of mentale aandoeningen waar het stelsel medische rijgeschiktheid bij wringt. Beide categorieën ideeën geven handvatten voor aanpassingen die het stelsel medische rijgeschiktheid kunnen optimaliseren.

Samenvatting

Introductie

Sommige mensen kunnen minder veilig autorijden vanwege hun gezondheid. Dat kan bijvoorbeeld zijn omdat ze minder goed kunnen zien of reageren op hun omgeving, of medicijnen gebruiken waardoor ze minder alert zijn. Om erachter te komen wie moeite heeft met veilig autorijden bestaat het stelsel medische rijgeschiktheid.

Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat bepaalt wie er wanneer gekeurd moet worden en wilde graag de mening van burgers van Nederland hierover weten. Daarom heeft het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (IenW) het onderzoeksbureau Populytics gevraagd om een online raadpleging uit te voeren.

Methode

Voor deze raadpleging maakten we gebruik van de Participatieve Waarde Evaluatie (PWE) methode. Populytics gebruikt deze methode om burgerparticipatie te faciliteren. De essentie van een PWE is dat grote groepen burgers een advies kunnen geven over een keuzevraagstuk van de overheid. Burgers worden als het ware op de stoel van de regering gezet. Het keuzevraagstuk van een overheid wordt nagebootst in een online omgeving. Burgers worden zich bewust van het dilemma waar de overheid voor staat. Ze krijgen een overzicht van de voor- en nadelen van de opties waartussen de overheid kan kiezen en de beperkingen die er zijn (bijvoorbeeld: 'er is beperkt publiek budget'). Vervolgens wordt er aan de deelnemende burgers gevraagd wat zij hun overheid zouden adviseren. PWE is naast een participatie-instrument ook een beleidsevaluatie-instrument dat als doel heeft om met geavanceerde technieken de voorkeuren van burgers voor overheidsbeleid te meten (Mouter et al., 2021a).

Deelnemers aan de medische rijgeschiktheid raadpleging konden via een online platform (www.denkmeeoverkeuren.nl) een advies geven over de huidige inrichting van het stelsel en verschillende alternatieven waarmee het stelsel medische rijgeschiktheid heringericht zou kunnen worden.

Deelnemers kregen zeven opties te zien voor aanpassingen van het stelsel medische rijgeschiktheid, inclusief de effecten per optie. Vervolgens konden ze per optie aangeven of zij zouden adviseren dat het onderdeel uit zou moeten maken van het stelsel medische rijgeschiktheid. Ook konden ze er in dit onderdeel voor kiezen om de leeftijdskeuring vanaf 75 jaar te behouden. Sommige van deze opties sluiten elkaar uit (denk aan “behouden leeftijdskeuring 75+” en “afschaffen leeftijdskeuring 75+”), waardoor deelnemers niet allebei de opties konden adviseren. Deelnemers konden in het onderzoek maximaal 100 miljoen euro uitgeven aan uitvoeringskosten. Door deze beperking werden deelnemers gedwongen verschillende opties te prioriteren, ze konden niet alles kiezen. In dit eerste onderdeel gaven deelnemers hun voorkeur aan per mogelijk onderdeel van het stelsel medische rijgeschiktheid, waarna zij de ruimte kregen om dit met argumenten toe te lichten of hun zorgen of andere suggesties te delen.

In het tweede deel van de raadpleging konden deelnemers kiezen tussen het in stand houden van het huidige stelsel en vier verschillende totaalpakketten waarin het stelsel zou veranderen: eenvoudiger geregeld, verantwoordelijkheid bij arts, alle automobilisten vanaf 50 jaar keuren, vragenlijst bij elke verlenging. In het derde deel van de raadplegingen konden deelnemers door middel van stellingen en open vragen doorggevraagd worden.

Open en gesloten raadpleging

We hebben de PWE uitgevoerd onder een random getrokken steekproef van 2.778 Nederlanders die als doel heeft om een representatief beeld te geven van de voorkeuren van de Nederlandse bevolking boven de 18 jaar op de kenmerken geslacht, leeftijd en educatie. Daarnaast hebben we de PWE opengesteld voor alle Nederlanders boven de 18 jaar. 3.583 Nederlanders deden mee aan deze open raadpleging. Alle Nederlanders konden in de periode 23 juni tot en met 5 augustus 2021 deelnemen aan deze raadpleging. Om de raadpleging ook op het vlak van begrijpelijkheid zo inclusief mogelijk te maken, is besloten om naast de reguliere raadpleging een vereenvoudigde versie aan te bieden. Hieraan hebben 520 mensen deelgenomen.

In totaal hebben 6.881 Nederlanders hun advies gegeven aan het ministerie. Tijdens de gehele periode konden deelnemers hulp krijgen van een helpdesk, acht personen hebben hier gebruik van gemaakt.

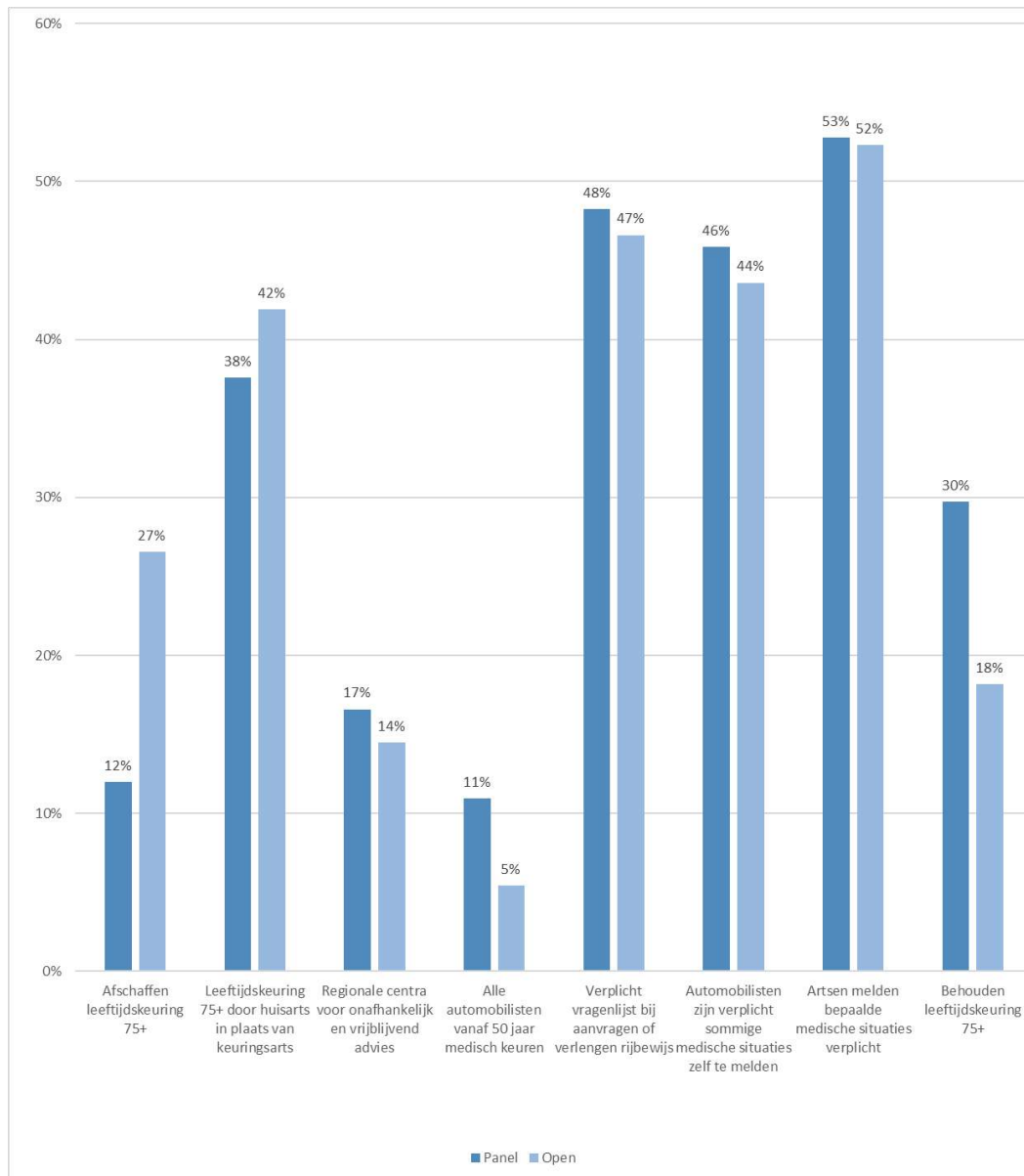
Resultaten en conclusies

De keuzes van de deelnemers aan dit onderzoek zijn op verschillende manieren geanalyseerd. We hebben beschrijvende statistiek toegepast, hebben de keuzes geanalyseerd met kwantitatieve modellen en ook hebben we de kwalitatieve resultaten systematisch geanalyseerd. Als we naar deze verschillende analyses kijken, dan kunnen we een aantal hoofdconclusies trekken.

1. Opties die zich richten op het delen van informatie over medische gesteldheid zijn relatief populair

Allereerst zien we dat keuzeopties die zich richten op het delen van informatie met overheidsinstanties relatief populair zijn onder deelnemers. Door deze opties kunnen automobilisten met een medische situatie die hun rijgeschiktheid negatief beïnvloedt beter geïdentificeerd en gekeurd worden. De keuzeoptie “artsen melden bepaalde medische situaties verplicht” is de meest populaire keuzeoptie in de raadpleging. Dit is de enige keuzeoptie die zowel in de raadpleging met het internetpanel als de open raadpleging door meer dan de helft van de deelnemers wordt geadviseerd. De optie “automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden” en de keuzeoptie “verplichte vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs” worden ook door een substantieel aantal deelnemers geadviseerd (bijna 50%) en vormen daarmee de top 3 beleidsadviezen.

Figuur 0-1 Percentage deelnemers dat de keuzeopties aanbeveelt



Opgemerkt moet worden dat de optie “verplichte vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs” minder goed scoort in de kwantitatieve analyse van de antwoorden van deelnemers en dit komt doordat deze keuzeoptie gepaard gaat met een forse verhoging van de jaarlijkse uitvoeringskosten. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat een groot deel van de deelnemers een voorkeur heeft voor een stelselverandering die ervoor zorgt dat de uitvoeringskosten gelijk blijven of waarvan de kosten slechts marginaal omhoog gaan. De keuzeopties “artsen melden bepaalde medische situaties verplicht” en “automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden” scoren beter op dit criterium en komen dan ook het beste uit de bus in de kwantitatieve analyses.

2. *Het stelsel medische rijgeschiktheid houdt er rekening mee dat sommige automobilisten niet eerlijk zijn over hun medische situatie*

Als we kijken naar de argumenten die deelnemers noemen voor hun keuzes, dan zien we dat deelnemers proberen een ‘sluitend en correctief’ systeem te ontwerpen dat ervoor zorgt dat automobilisten die om verschillende redenen risicovol gedrag vertonen snel en adequaat worden herkend en gecorrigeerd. Deelnemers willen dat het stelsel medische rijgeschiktheid onder meer in staat is om de volgende varianten van risicovol gedrag snel te herkennen en te corrigeren: 1) automobilisten die eigenlijk wel weten dat ze niet meer moeten autorijden, gaan toch achter het stuur zitten en deze groep probeert aandoeningen te verzwijgen; 2) automobilisten weten zelf niet dat ze een medische aandoening hebben die invloed kan hebben op hun rijgedrag en dus weten ze niet dat ze een risico vormen voor anderen; 3) automobilisten overschatten de mate waarin ze nog veilig kunnen autorijden. Deelnemers willen graag checks in het stelsel medische rijgeschiktheid die deze risico's mitigeren.

De onderbouwing van verschillende deelnemers begint met het benoemen van één van de drie bovenstaande risico's. Deelnemers geven bijvoorbeeld aan dat zij het gevoel hebben dat er veel automobilisten zijn die zich niet uit zichzelf op tijd zullen laten keuren. Er zijn weinig positieve prikkels om je te laten keuren. Het kost geld en tijd en de consequentie kan zijn dat je je rijbewijs verliest. Veel deelnemers hebben daarom het gevoel dat er veel (mede)automobilisten zullen zijn die doorgaan met autorijden, terwijl zij eigenlijk weten dat dit risicovol is. Zie bijvoorbeeld de volgende quote: *“De drang om te blijven rijden is zo hoog dat je niet uit kunt gaan van de eerlijkheid van de mens. “Het kan heus nog wel”, totdat het mis gaat.”*

Veel respondenten koppelen in hun antwoorden een risico aan een concrete keuzeoptie. De keuzeoptie “verplichte vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs” wordt bijvoorbeeld vaak genoemd als een goede methode om automobilisten te identificeren die een medische aandoening hebben die invloed kan hebben op hun rijgedrag zonder dat ze zich hier zelf van

bewust zijn. Verschillende deelnemers zien deze oplossing als een ‘early warning system’ voor het tijdig detecteren van aandoeningen die de rijgeschiktheid beperken. Ook denken verschillende deelnemers dat deze keuzeoptie ervoor zorgt dat automobilisten worden gedwongen om goed na te denken over hun eigen rijgeschiktheid en zich meer bewust worden van risico’s. Deze optie kan goed werken om bepaalde risicogroepen te identificeren, maar er zijn ook risicogroepen waarop deze optie volgens deelnemers weinig invloed heeft, zoals de automobilist die de vragenlijst niet eerlijk invult. Een oplossing die door deelnemers wordt aangedragen, is het verbinden van consequenties aan het niet eerlijk invullen van de vragenlijst (bijvoorbeeld het rijbewijs vervalt). Een andere oplossing is om (ook) de keuzeopties “artsen melden bepaalde medische situaties verplicht” en/of “automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden” te implementeren. Ongeveer 70% van de deelnemers aan de raadpleging adviseert ofwel een wettelijke meldplicht voor artsen ofwel een wettelijke meldplicht voor automobilisten. Zo zegt een deelnemer: *“ik zie in mijn omgeving mensen aandoeningen verzwijgen voor het CBR, om kosten en het gedoe te voorkomen. De meldplicht bij artsen plus een meer nadrukkelijke verplichting bij de automobilist zou het verzwijgen ietwat kunnen tegengaan.”*

Een voordeel van de keuzeoptie “artsen melden bepaalde medische situaties verplicht” is dat deze in principe de drie bovengenoemde vormen van risicogedrag kan mitigeren: 1) automobilisten verzwijgen aandoeningen en gaan door met autorijden, terwijl ze zelf weten dat dit onverstandig is; 2) automobilisten overschatten de mate waarin ze nog veilig kunnen autorijden; 3) automobilisten weten zelf niet dat ze een medische aandoening hebben die invloed kan hebben op hun rijgedrag en dus weten ze niet dat ze een risico vormen voor anderen. Zo geven deelnemers aan dat artsen in staat zijn om aandoeningen te herkennen die deelnemers zelf niet meer kunnen identificeren. *“Dat is belangrijk zolang ze dat zelf kunnen overzien en ervaren, bij mensen met b.v. dementie of andere geestelijke problemen is dat vaak niet het geval.”*

3. Artsen kunnen een goede inschatting maken, maar deelnemers stellen wel voorwaarden aan een grotere rol

Andere deelnemers vinden dat de verantwoordelijkheid bij een arts moet liggen omdat een arts veel beter dan een automobilist een objectieve inschatting kan maken. Ook is een arts volgens hen in staat om automobilisten te identificeren die hun medische situatie niet eerlijk melden. Een nadeel van deze keuzeoptie is volgens verschillende deelnemers dat een meldplicht van artsen in strijd is met het medisch beroepsgeheim: *“Een bezwaar hierbij zou de geheimhoudingsplicht van de arts kunnen zijn. Hier moet dan een oplossing voor gevonden worden”* en de meldingsplicht kan de vertrouwensband met de arts schaden: *“Voor (huis)artsen zou het ook kunnen voelen als patiënten verraden”*. Ook zijn er verschillende deelnemers die deze nadelen noemen, maar toch vinden dat de meldingsplicht voor artsen per saldo meer voordelen heeft: *“nadeel is dat dit van invloed is op de behandelrelatie maar bepaalde medische situaties hebben een dusdanig hoog relatief risico op het veroorzaken van verkeersongelukken dat dit te rechtvaardigen is”* en *“dit wordt wel lastig met de privacywet, maar sommige dingen zijn nou eenmaal belangrijk om te melden. Vooral als de patiënt heel eigenwijs is en alles voor zich wil houden. Als je iets meldt, kan het toch een ongeluk, of zelfs meerdere ongelukken voorkomen.”*

Een grote groep deelnemers ziet de bovenstaande nadelen en vindt daarom de keuzeoptie “artsen melden bepaalde medische situaties verplicht” alleen onder voorwaarden wenselijk. De volgende drie voorwaarden worden genoemd: 1) enkel een meldplicht bij ernstige aandoeningen; 2) enkel bij aandoeningen waarbij de eigen verantwoordelijkheid wordt aangetast (o.a. dementie); 3) alleen melden nadat er een goed gesprek heeft plaatsgevonden met de patiënt.

Ook zijn er deelnemers die de meldplicht voor artsen een ‘no go area’ vinden en deze opteren bijvoorbeeld voor de keuzeoptie “automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden”. Zie bijvoorbeeld het volgende antwoord: *“Ik ben voorstander van een meldingsplicht. Echter, het delen van medische gegevens aan de overheid is een 'no-go'. Huisartsen en doctors moeten dus worden voorgelicht dat zij hun patiënten informeren indien hun ziekte, medicijngebruik of ouderdom ervoor zorgen dat hun rijongeschiktheid onvoldoende is. Op deze manier is de automobilist goed geïnformeerd over zijn rij*

(on)geschiktheid en kan hij deze juist doorgeven aan de instanties ivm de meldingsplicht.” Er worden ook andere argumenten genoemd om de verplichting om medische aandoeningen die de rijgeschiktheid beïnvloeden te melden juist neer te leggen bij de automobilist: 1) de automobilist kan zelf het beste een oordeel vellen. De automobilist kan het snelst in actie komen wanneer zijn/haar rijvaardigheden veranderen. Je kan niet van een arts verwachten dat hij/zij altijd de goede diagnose kan stellen; zeker bij automobilisten die geneigd zijn om aandoeningen te verzwijgen; 2) de meldplicht vergroot het bewustzijn van automobilisten; 3) dit is de plek is waar de verantwoordelijkheid hoort te liggen. Een deel van deze deelnemers vindt ook dat deze verantwoordelijkheid flinke consequenties met zich mee mag brengen. Zo geeft een deelnemer aan dat het verzuimen van de meldplicht mag leiden tot uitsluiting van verzekering bij een ongeluk. Dit geeft een duidelijke prikkel om een medische aandoening te melden.

Een voordeel van een meldplicht van ofwel de automobilist ofwel de arts ten opzichte van een leeftijdsgebonden keuring is dat het systeem reactiever is op veranderende medische omstandigheden. Zo zegt een deelnemer: *“Omdat er acuut een nieuwe medische situatie kan ontstaan, die het rijvermogen beïnvloedt en misschien anders niet snel genoeg wordt opgemerkt tijdens routinecontroles.”*

4. De leeftijdskeuring wordt gezien als vangnet

Als we kijken naar de opties rond leeftijdskeuring dan zien we dat de “Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts” het meest populair is gevolgd door het behoud van de 75+ keuring en het afschaffen van de 75+ keuring. Wel moet worden opgemerkt dat onder jongere deelnemers uit het internetpanel het behoud van de 75+ keuring populairder is dan de leeftijdskeuring door een huisarts. Uit één van de kwantitatieve analyses die we hebben uitgevoerd blijkt dat “Behoud van de 75+ keuring” populairder is dan “Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts”. Op basis van deze raadpleging kan dus niet eenduidig worden geconcludeerd dat “Behoud van de 75+ keuring” of “Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts” de meest populaire keuzeoptie is rond de

leeftijdskeuring. Wel is het duidelijk dat het invoeren van een medische keuring van automobilisten vanaf 50 jaar op weinig steun kan rekenen, slechts 11% van de deelnemers uit het internetpanel kiest hiervoor. Dit beeld wordt bevestigd in de scenariovragen, hierin is het scenario waarin een leeftijdskeuring vanaf 50 jaar wordt ingevoerd het minst gekozen.

Slechts een klein deel van de deelnemers aan de raadpleging (12% van het internetpanel en 27% van de open raadpleging) vindt dat de 75+ keuring volledig moet worden afgeschaft. Het percentage is hoger in de open raadpleging omdat 70+-ers sterk zijn oververtegenwoordigd in de open raadpleging en deze hebben een relatief sterke voorkeur voor het afschaffen van de 75+ keuring. Deelnemers noemen als argument voor het behoud van de 75+ keuring dat het een goede methode kan zijn om automobilisten te herkennen die risicovol gedrag vertonen, maar niet worden geïdentificeerd door opties zoals de verplichte vragenlijst en de meldplicht van artsen. Het is als het ware een vangnet of een sluitstuk van het stelsel medische rijgeschiktheid.

Een ander voordeel van de leeftijdsgebonden keuring ten opzichte van het leggen van een wettelijke verantwoordelijkheid bij één of meerdere specifieke partijen, zoals de automobilist of de arts, is dat je geen keuze hoeft te maken bij welke partij de verantwoordelijkheid ligt. De verantwoordelijkheid ligt dan bij het stelsel. Het is wel duidelijk dat deelnemers aan de raadpleging het niet eens zijn over de specifieke leeftijd vanaf wanneer de verplichte keuring plaatsvindt. Nu is dat 75 jaar, maar er zijn deelnemers die vinden dat de leeftijdsgrens omlaag moet en deelnemers die vinden dat de leeftijdsgrens omhoog moet. Wanneer de leeftijdsgebonden keuring wordt vastgehouden, dan adviseren wij om deze grens goed te onderbouwen richting het publiek.

In de open raadpleging is de “Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts” populairder dan het behouden van de 75+ keuring en het invoeren van een medische keuring van automobilisten vanaf 50 jaar. Verschillende deelnemers adviseerden de leeftijdskeuring 75+ door een huisarts in plaats van een keuringarts, ook wanneer dit tot een kleine

verslechtering van de verkeersveiligheid zou leiden. Deze groep deelnemers is dus bereid om (kleine) verkeersveiligheidsrisico's te accepteren. De groep die kiest vanuit het principe "veiligheid voor alles" is klein. Slechts 5% van de deelnemers selecteerde een portfolio (combinatie) van keuzeopties die zou leiden tot maximale verkeersveiligheidseffecten. De populariteit van de leeftijdskeuring 75+ door de huisarts kan worden verklaard doordat de 'vangnetfunctie' van de 75+ keuring in stand blijft. Iedereen wordt een keer gekeurd, dus de kans dat een automobilist met een medische aandoening ertussen door glipt is relatief klein. Er wordt ook een serie andere argumenten genoemd. Deelnemers denken dat de huisarts een betere inschatting kan maken dan de keuringsarts vanwege betere kennis over de medische geschiedenis en de persoonlijkheid van de automobilist. Sommige deelnemers denken dat automobilisten een keuringsarts makkelijker om de tuin kunnen leiden dan hun eigen huisarts: *"de huisarts weet het beste wie hij of zij voor hem heeft, er kan niets meer verzwegen worden."* Ook is het bezoek aan een huisarts laagdrempeliger door het goede contact en de kortere ritafstand. We bevelen aan om de hypothese van deelnemers dat de huisarts een betere inschatting kan maken dan de keuringsarts goed te onderzoeken en hierover ook te communiceren. Daarbij bevelen we aan om te onderzoeken of het verschuiven van de keuringstaak van de keuringsarts naar de huisarts kan leiden tot een lager vertrouwen in de huisarts (omdat de huisarts beslissingen kan nemen die uiteindelijk tot het invorderen van het rijbewijs leidt) wat ook negatieve gevolgen kan hebben (zoals het mijden van zorg).

5. Zoek positieve prikkels om een medische aandoening te melden

Een andere aanbeveling die voortvloeit uit deze raadpleging, is dat het interessant is om na te denken over positieve prikkels voor automobilisten om een medische aandoening te melden. Veel deelnemers aan de raadpleging opteren voor een sluitend correctief systeem, omdat zij een hun medeautomobilisten niet vertrouwen wat betreft hun bereidheid om een aandoening te melden. Dit wantrouwen is het gevolg van het gevoel bij deelnemers dat er verschillende factoren zijn die de meldingsbereidheid negatief beïnvloeden. Deelnemers hebben het gevoel dat je moet betalen voor een keuring die als gevolg kan hebben dat je rijbewijs kwijtraakt en dat het eerlijk melden van een aandoening kan worden 'afgestraft',

terwijl het verzwijgen wordt 'beloond'. Een andere denkrichting is het verkleinen van de negatieve prikkels. De keuzeoptie "instellen van regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies" zou een goed middel kunnen zijn om dit doel te bereiken. Deze optie werd echter maar door een relatief klein aantal deelnemers aanbevolen en scoort zeer slecht in de kwantitatieve modelresultaten vanwege de hoge uitvoeringskosten.

*6. De meerderheid wil kleine wijzigingen en sommige deelnemers
dragen eigen ideeën aan*

Een meerderheid van de deelnemers (72,1% in de panelraadpleging, en 59,2% in de open raadpleging) geeft aan geen of kleine aanpassingen te willen aan de manier waarop we beoordelen of iemand veilig kan autorijden. Wel zagen we dat een cluster deelnemers dat er grote aanpassingen worden gemaakt aan het stelsel medische rijgeschiktheid. Dit zijn met name ouderen en automobilisten die 2 tot 4 dagen op de weg zitten. In aanvulling op de in deze raadpleging aangereikte ideeën voor mogelijke veranderingen, dragen deelnemers zelf ook talloze ideeën aan. Ze doen suggesties met betrekking tot de inhoud en uitvoering van de keuring, en het stelsel zelf. Bovendien noemen deelnemers verschillende fysieke of mentale aandoeningen waar het stelsel medische rijgeschiktheid bij wringt. Beide categorieën ideeën geven handvatten voor grote en kleine aanpassingen die het stelsel medische rijgeschiktheid kunnen optimaliseren.

Ervaringen van deelnemers

Vergeleken met referentiecijfers van soortgelijke raadplegingen scoort deze raadpleging goed wat betreft de mate waarin deelnemers overtuigd zijn van hun keuze en de meerwaarde die deelnemers zien van dit onderzoek. De grote meerderheid van de deelnemers is sterk positief over (deelname aan) de raadpleging; 83% is overtuigd van de eigen keuzes. 75% van de deelnemers vindt deze raadpleging een goede manier om mensen in Nederland te betrekken bij keuzes over regels en wetten en 78% vindt dat de overheid vaker dit soort onderzoeken zou moeten doen. Deelnemers waarderen: *"Een balans van open vragen en keuzevragen en er wordt veel informatie bij de vragen gegeven zodat je een antwoord kan geven ook al wist*

je nog niet zo veel van dit onderwerp af.” En: “Dit onderzoek zet je aan het denken en de mening van het volk wordt getoetst. Dat er een beroep wordt gedaan op eigen verantwoordelijkheid”

Nadat deelnemers hun adviezen hadden gegeven, vroegen we hen wat de overheid met de resultaten zou moeten doen. Allereerst werd er aan deelnemers gevraagd hoe de overheid het advies van burgers moet wegen ten opzichte van het advies van experts. Meer dan de helft (57%) van de deelnemers gaf aan het advies van de burgers even belangrijk te vinden als het advies van experts. 3% geeft aan het advies van experts het belangrijkste te vinden. 9% vindt het advies van de burgers juist het meest belangrijkst. Opvallend is dat laagopgeleiden vinden dat er relatief veel waarde moet worden toegekend aan het advies van burgers. Waar gemiddeld zo’n 20% van alle deelnemers vindt dat de overheid meer waarde moet toekennen aan het advies van burgers dan aan het advies van experts, is dit onder laagopgeleiden 35%.

1. Introductie

Niet elke automobilist kan even veilig autorijden. Sommige automobilisten kunnen bijvoorbeeld minder goed zien of reageren op hun omgeving of medicijnen gebruiken waardoor ze minder alert zijn. Om erachter te komen wie moeite heeft met veilig autorijden bestaat het stelsel medische rijgeschiktheid. Daarmee bedoelen we een aantal manieren waarop de overheid de gezondheid van autobestuurders beoordeelt. Als iemand een rijbewijs aanvraagt, moet diegene een vragenlijst over de eigen gezondheid invullen. Ook moeten bestuurders zich nu al melden als zij twijfelen of ze in staat zijn om veilig te rijden, bijvoorbeeld omdat hun medische situatie is veranderd.

Wanneer iemand door een aandoening of medicijngebruik minder veilig kan autorijden, kan er een medische keuring plaatsvinden door een arts. Bijvoorbeeld door het doen van een oogtest of een psychiatrisch onderzoek. Soms is er een rijtest nodig en soms wordt een bestuurder verwezen naar een medisch specialist. Bestuurders van 75 jaar en ouder worden nu elke vijf jaar gekeurd.

Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat bepaalt wie er wanneer gekeurd moet worden en wilde graag de mening van burgers van Nederland hierover weten. Daarom heeft het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (IenW) het onderzoeksbureau Populytics gevraagd om een online raadpleging uit te voeren.

De uitkomsten van dit onderzoek worden gebruikt ter ondersteuning van de stelseloptimalisatie medische rijgeschiktheid. Zie [deze link](#) voor de achtergrond van het optimalisatietraject medische rijgeschiktheid.

1.1.Achtergrond

In 2020 hebben de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (hierna: SWOV) en Andersson Elffers Felix (hierna: AEF) in opdracht van het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat onderzoek opgeleverd over het stelsel medische rijgeschiktheid. De uitkomsten van het onderzoek bieden een reflectie op het huidige stelsel en het SWOV noemt alternatieven om het stelsel te verbeteren. Vanuit de Tweede Kamer kwam de vraag om na te denken over stelselherziening. Een aantal leden van de Tweede Kamer dienden een motie in om in het bijzonder te komen met alternatieve voorstellen voor de 75+ leeftijdskeuring.

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek van SWOV (2020) en AEF (2020) is de minister van Infrastructuur en Waterstaat een optimalisatietraject gestart, waarin de alternatieven voor het stelsel medische rijgeschiktheid geconcretiseerd worden. De minister wil bij het afwegen van de verschillende concrete alternatieven ook de samenleving betrekken. De minister vindt het belangrijk om te weten of er draagvlak is voor eventuele veranderingen. Vandaar dat een nationale raadpleging is uitgezet, waarbij burgers mee konden denken over de vormgeving van het stelsel medische rijgeschiktheid.

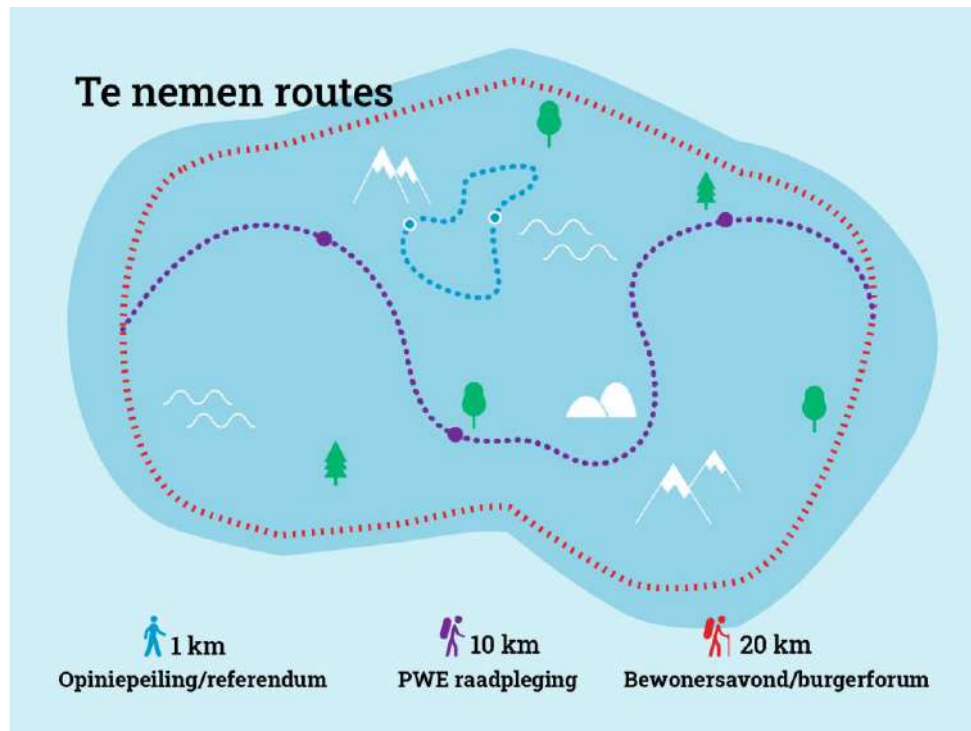
1.2. Waarom een PWE-raadpleging?

Het hoofddoel van dit onderzoek is om de Nederlandse samenleving in staat te stellen om het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat te adviseren over het stelsel medische rijgeschiktheid. Meer specifiek willen wij een grote groep Nederlanders de kans geven om een advies te geven over de alternatieven voor het stelsel medische rijgeschiktheid. Dit doen wij via een Participatieve Waarde Evaluatie (PWE).

Populytics gebruikt de PWE-methode om burgerparticipatie te faciliteren. De essentie van een PWE is dat burgers een advies kunnen geven over een keuzevraagstuk van de overheid. Burgers worden als het ware op de stoel van de regering gezet. Het keuzevraagstuk van een overheid wordt nagebootst in een online omgeving. Burgers worden zich bewust van het dilemma waar de overheid voor staat. Ze krijgen een overzicht van de voor- en nadelen van

de opties waartussen de overheid kan kiezen en de beperkingen die er zijn (bijvoorbeeld: ‘er is beperkt publiek budget’). Vervolgens wordt er aan de deelnemende burgers gevraagd wat zij hun overheid zouden adviseren. Ten slotte lichten burgers hun keuzes toe, wat een scherp beeld oplevert van hun waarden, zorgen en de kansen die zij zien. Omdat de drempel om te participeren laag is – deelname aan een deze PWE koste 10 tot 30 minuten en je kunt participeren waar en wanneer je maar wilt – faciliteert de methode participatie van een grote en diverse groep burgers. PWE is een vorm van burgerparticipatie die het midden houdt tussen simplistische methoden als een referendum of een opiniepeiling aan de ene kant en intensieve participatievormen zoals een burgerforum of een bewonersavond aan de andere kant. Burgers kunnen in een PWE laagdrempelig, maar toch inhoudelijk participeren.

Een belangrijke reden waarom PWE-raadplegingen regelmatig worden toegepast in Nederland en in het buitenland, is dat een grote groep burgers behoefte heeft aan deze vorm van participatie. Je kan het vergelijken met de keuze die je hebt tussen verschillende wandelroutes in een natuurgebied. Sommige wandelaars willen een kort rondje lopen om snel de highlights mee te pikken, maar er zijn ook diehards die graag de langste route lopen om alle details van het wandelgebied te ervaren. Daarnaast is er een derde groep die het liefst de tussenroute neemt. Deze mensen willen graag de belangrijkste facetten van het wandelgebied ervaren, maar ze nemen niet de langste route omdat ze op hun vakantie ook nog allerlei andere dingen willen doen. Met burgerparticipatie is het net zo. Sommige burgers willen graag meedoen aan een referendum of een opiniepeiling waarin een complex vraagstuk wordt platgeslagen in een “Ja/Nee keuze” en ze binnen een minuut klaar zijn. Ook zijn er burgers die graag dagen achter elkaar met elkaar en met ambtenaren en experts in gesprek willen gaan. Maar er is ook een grote middengroep die graag op een genuanceerde manier zijn voorkeur wil uiten op basis van een totaalplaatje van keuzeopties en effecten. PWE voorziet in de participatiebehoefte van de middengroep.



Figuur 1-1 PWE sluit aan bij de participatiebehoefte van de middengroep

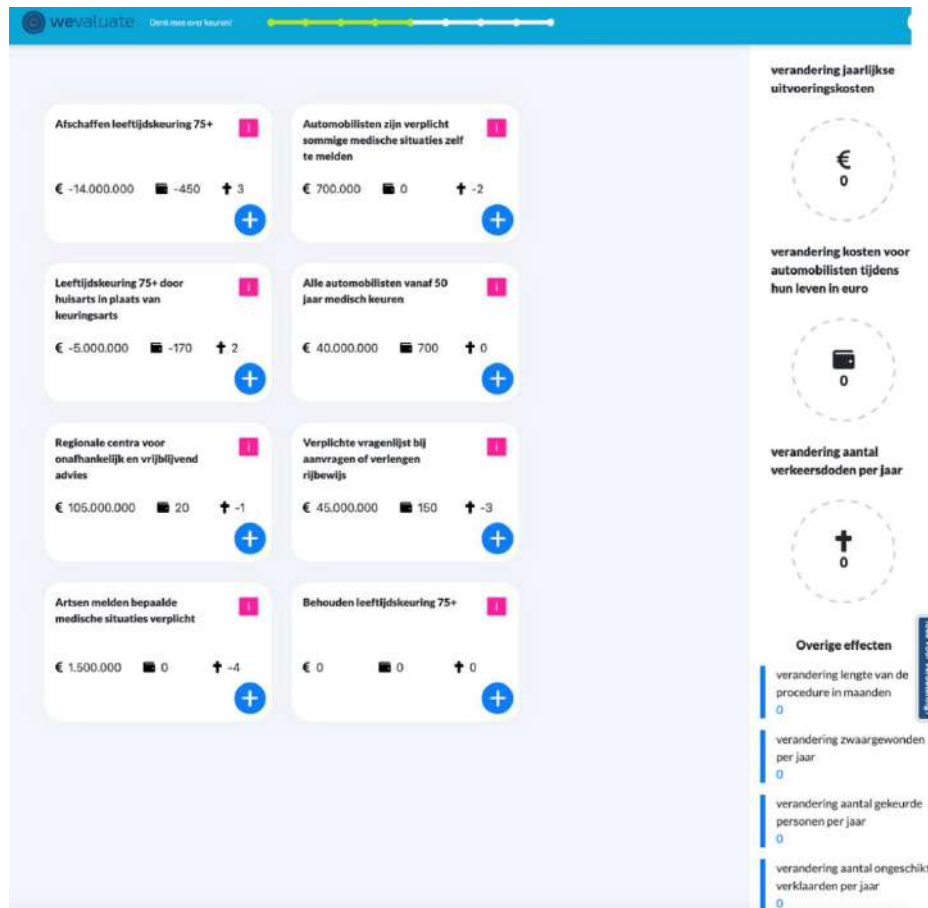
Het tweede doel van de PWE is om de voorkeuren van Nederlanders over de manier waarop het stelsel medische rijgeschiktheid ingericht kan worden op een geavanceerdere manier te meten. PWE is naast een participatie-instrument ook een beleidsevaluatie-instrument dat als doel heeft om met geavanceerde technieken de voorkeuren van burgers voor overheidsbeleid te meten (Mouter et al., 2021a). De analyses bieden bijvoorbeeld inzicht in de verschillen/overeenkomsten tussen groepen Nederlanders.

Een derde doel is burgers inzicht geven in de keuzes die de overheid moet maken en in welke context dat gebeurt. Doordat burgers in de PWE als het ware in de schoenen van de overheid staan en de effecten van hun keuzes te zien krijgen, wordt hun advies in een groter geheel geplaatst en krijgen zij inzicht in de gevolgen van hun keuzes. Hierdoor krijgen burgers meer begrip voor de keuzes die de overheid moet maken, en de complexe afwegingen waar de overheid voor staat.

1.3. De kern van de medische rijgeschiktheid raadpleging

Deelnemers konden in de periode 23 juni tot en met 5 augustus 2021 deelnemen aan deze raadpleging. Deelnemers aan de medische rijgeschiktheid raadpleging is gevraagd om via [een online platform](#) een advies te geven over de huidige inrichting van het stelsel en verschillende alternatieven waarmee het stelsel medische rijgeschiktheid heringericht zou kunnen worden. De raadpleging bestaat uit drie onderdelen.

In het eerste onderdeel kregen deelnemers zeven opties te zien voor aanpassingen van het stelsel medische rijgeschiktheid, inclusief de effecten per optie. Vervolgens konden ze per optie aangeven of zij zouden adviseren dat het onderdeel uit moet maken van het stelsel medische rijgeschiktheid. Ook konden ze er in dit onderdeel voor kiezen om de leeftijdskeuring vanaf 75 jaar te behouden. Sommige van deze opties sluiten elkaar uit (denk aan “behouden leeftijdskeuring 75+” en “afschaffen leeftijdskeuring 75+”), waardoor deelnemers niet allebei de opties konden adviseren. Deelnemers konden in het onderzoek maximaal 100 miljoen euro uitgeven aan uitvoeringskosten. Dit is een fictief getal, want het totale budget voor uitvoeringskosten is onbekend. De reden om een beperking in de PWE op te nemen is dat deelnemers hierdoor worden gedwongen om verschillende opties te prioriteren. Ze kunnen niet alles kiezen. In dit eerste onderdeel gaven deelnemers hun voorkeur aan per mogelijk onderdeel van het stelsel medische rijgeschiktheid, waarna zij de ruimte kregen om dit met argumenten toe te lichten of hun zorgen of andere suggesties te delen.



Figuur 1-2 Screenshot van het hoofdscherm bij onderdeel 1

Wanneer deelnemers meer informatie wilden hebben over de opties die zij konden kiezen in de raadpleging, dan konden ze dit vinden door op de "i" knop te drukken. Figuur 2 geeft een voorbeeld van een informatiescherm van de optie “alle automobilisten vanaf 50 jaar medisch keuren”.



Figuur 1-3 Screenshot van een informatiescherm bij onderdeel 1

In het tweede onderdeel van deze raadpleging werden vier scenario's voorgelegd aan de deelnemers. Ieder van deze scenario's is gebaseerd op een bepaald perspectief (bijvoorbeeld: verantwoordelijkheid bij arts) van waaruit het stelsel medische rijgeschiktheid ingericht kan worden. De deelnemer kreeg vier keer de mogelijkheid om te kiezen tussen het mogelijke scenario en de huidige inrichting van het stelsel medische rijgeschiktheid. De gebruikte figuren zijn te vinden in [de appendix](#).



Figuur 1-4 Screenshot van een keuze tussen huidige situatie en een scenario

In het derde onderdeel werd door middel van stellingen en vragen doorgevraagd op bepaalde onderwerpen. Dit stelde burgers in staat om ook hun advies te kunnen geven over deze onderdelen van het stelsel. Tegelijkertijd kregen burgers in dit onderdeel ook de ruimte om eigen ervaringen met het stelsel of andere ideeën en argumenten te delen met de overheid.

2. Methodologie

Een Participatieve Waarde Evaluatie bestaat in feite uit drie elementen: 1) een aantal opties waar een overheid tussen kan kiezen; 2) informatie over deze opties (beschrijving, positieve effecten en negatieve effecten); 3) een beperking die ervoor zorgt dat deelnemers niet alle opties kunnen kiezen.

2.1. Het opzetten van de PWE

In deze PWE konden deelnemers de regering adviseren over de verschillende alternatieven waarop het stelsel van medische rijgeschiktheid ingericht kan worden. Het ontwerpproces van de PWE bestond uit drie stappen: 1) tot stand komen opties en scenario's ; 2) in kaart brengen van informatie over de opties en diens effecten; 3) bepalen van de beperking die aan deelnemers wordt opgelegd.

Stap 1: Tot stand komen opties en scenario's

Het vertrekpunt voor het samenstellen van de opties die zijn voorgelegd aan de deelnemers zijn de scenario's geweest van het ministerie van IenW die ontwikkeld zijn naar aanleiding van het onderzoek van SWOV (2020) en AEF (2020). In deze onderzoeken werden verscheidene alternatieven voor het huidige stelsel medische rijgeschiktheid – zoals “leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts” – genoemd. Het ministerie heeft concrete uitwerkingen gemaakt van deze alternatieven in de vorm van scenario's (de scenario's vindt u in [appendix 2](#)). Scenario's bestaan uit een combinatie van concrete keuzeopties. De scenario's zijn geen definitieve beleidsscenario's, maar suggesties om de uitersten van het speelveld te verkennen.

In aanvulling op de eigen scenario's was het ministerie benieuwd wat voor ideeën er leven onder stakeholders en in de brede samenleving over dit onderwerp. Vandaar dat er drie sessies zijn gehouden met verscheidene partijen en organisaties die regelmatig met het stelsel medische rijgeschiktheid te maken hebben. De sessies hadden als doel om vanuit het

veld te horen te krijgen wat de belangrijkste elementen van het stelsel zijn om mee te nemen in de raadpleging. De sessies hadden niet alleen als doel om nieuwe ideeën op te doen, maar ook om te komen tot een concretisering en prioritering van de keuzeopties die zouden worden voorgelegd aan de burger in de raadpleging. Daarvoor werden drie vragen gesteld aan de aanwezigen: (1) 'wat zijn manieren waarop het huidige stelsel medische rijgeschiktheid het leven van burgers (ingrijpend) beïnvloedt?', (2) 'hoe kunnen de algemene maatregelen omgevormd worden tot concrete maatregelen?' en (3) 'Stel je gaat uit van een bepaald perspectief, welke concrete maatregelen kan je dan bedenken voor de invulling van het stelsel?'. Stakeholders brachten eigen ideeën in ten aanzien van de scenario's die al gemaakt waren, maar kwamen ook met ideeën zoals een uitlegplicht voor rij-instructeurs, regionale adviescentra en het belonen van het doorgeven van een fysieke of mentale aandoening die de rijgeschiktheid zou kunnen beïnvloeden. Een uitgebreid verslag van deze ontwerpsessie vindt u als bijlage van dit rapport.

Vervolgens moest bepaald worden hoe deze informatie en het voorgaande onderzoek een plek konden krijgen in de raadpleging. Hiervoor is een sessie gehouden met het kernteam vanuit het Ministerie van IenW dat betrokken is bij de vormgeving van de raadpleging. In een PWE-raadpleging is het belangrijk het aantal keuzeopties te beperken, zodat de participatiedrempel laag blijft. Vandaar dat er een selectie gemaakt moest worden. Uiteindelijk is er gekozen voor de volgende acht keuzeopties voor onderdeel 1:

1. Behouden leeftijdskeuring 75+
2. Afschaffen leeftijdskeuring 75+
3. Alle automobilisten vanaf 50 jaar medisch keuren
4. Verplicht vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs
5. Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts
6. Automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden
7. Artsen melden bepaalde medische situaties verplicht
8. Regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies.

In het tweede deel van de raadpleging werden er combinaties van keuzeopties voorgelegd (de scenario's). Eén scenario – het basisscenario – was dat het stelsel niet zou veranderen. De andere vier scenario's werden gebaseerd op vier verschillende perspectieven: 1) verantwoordelijkheid van de arts; 2) veiligheid; 3) preventie; 4) Ontlasten van de autobestuurder. Deze scenario's zijn afkomstig van het ministerie van IenW. Ze zijn bedoeld om deelnemers de mogelijkheid te geven om ook advies te geven over combinaties van keuzeopties. Hieronder vindt u de kenmerken van de vier scenario's. Het basisscenario (Het stelsel blijft zoals het nu is): is: Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR; Verplichte 75+ leeftijdskeuring door keuringsarts.

1. Eenvoudiger geregeld
 - a. Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
 - b. Sommige medische situaties verplicht zelf melden bij het CBR.
 - c. Verplichte 75+ leeftijdskeuring bij huisarts door drie tests.
2. Verantwoordelijkheid bij arts
 - a. Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
 - b. Artsen moeten sommige medische situaties verplicht melden.
 - c. Geen 75+ leeftijdskeuring.
3. Alle automobilisten vanaf 50 jaar keuren
 - a. Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
 - b. Na 25 jaar opnieuw praktijkexamen doen.
 - c. Leeftijdskeuring voor 50+ bij elke verlenging van het rijbewijs.
4. Vragenlijst bij elke verlenging
 - a. Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
 - b. Vragenlijst bij aanvraag of verlenging van het rijbewijs.
 - c. Geen 75+ leeftijdskeuring.

Omdat we niet alle belangrijke input uit de stakeholdersessies een plek konden geven in de eerste delen van de raadpleging, zoals gezegd moest er een selectie gemaakt worden, is besloten een derde onderdeel toe te voegen zodat er nog doorgevraagd kon worden. Hier is

bijvoorbeeld naar aanleiding van de stakeholdersessies een vraag toegevoegd over wat de rol van naasten zou moeten zijn als zij twijfelen over of iemand door medische redenen nog veilig kan rijden. Of een vraag over of er een uitlegplicht voor rij-instructeurs moet komen. Ook waren er veel open vragen over wat deelnemers zelf zouden (willen) doen bij verminderde rijgeschiktheid. Er is veel ruimte geboden om ook eigen zorgen en ideeën te delen zodat goed in beeld werd gebracht wat de burger belangrijk vindt en welke eigen oplossingen zij zien.

Stap 2. Het vaststellen van informatie over de effecten van de keuzeopties

De tweede stap in het opzetten van de PWE bestaat uit het vaststellen van de effecten van de keuzeopties. De effecten die zijn meegenomen zijn gekozen door te kijken naar beperkingen, verkeersveiligheid en het effect op burgers wie de specifieke keuzeoptie aangaat. Daaruit zijn zeven effecten naar voren gekomen:

1. Verandering jaarlijkse uitvoeringskosten
2. Verandering kosten voor automobilisten tijdens hun leven in euro's
3. Verandering lengte van procedure in maanden
4. Verandering aantal verkeersdoden per jaar
5. Verandering zwaargewonden per jaar
6. Verandering aantal gekeurde personen per jaar
7. Verandering aantal ongeschikt verklaarden per jaar

De inschatting van de effecten van de keuzeopties is grotendeels gebaseerd op het onderzoek van SWOV en AEF. [Appendix 5](#) geeft een overzicht van de effectschattingen die zijn gemaakt en hoe die tot stand zijn gekomen. De informatie over deze effecten is vervolgens voorgelegd aan experts op het gebied van verkeersveiligheid, uitvoeringskosten en medische keuringen, om de informatie te verifiëren en waar nodig aan te vullen of aan te passen. Naast de betrouwbaarheid van de informatie, is er ook gekeken naar de begrijpelijkheid van de informatie, om te zorgen dat deelnemers met verschillende opleidingsniveaus konden deelnemen. Communicatie-experts hebben de teksten gereviseerd en ingekort.

Uiteraard hebben de effectschattingen van de keuzeopties een onzekerheidsmarge. Een zekere onzekerheidsmarge is geen probleem gezien het doel van de PWE: Om te kunnen bepalen in welke mate voorkeuren van Nederlanders voor een keuzeoptie afhangen van de effecten van die keuzeoptie (bijvoorbeeld van de kosten van de keuzeoptie en de invloed van de keuzeoptie op de verkeersveiligheid) is het nodig om respondenten verschillende versies van de PWE te laten maken. De onzekerheidsmarges worden gebruikt om bandbreedten op te stellen van de effecten van de keuzeopties. Om een voorbeeld te geven, sommige respondenten kregen te zien dat de leeftijdskeuring vanaf 50 jaar zou leiden tot een afname van twee verkeersdoden per jaar, terwijl andere respondenten te zien kregen dat het zou leiden tot een afname van één verkeersdode per jaar. De noodzaak van het presenteren van verschillende informatie kunnen we illustreren met een voorbeeld: stel dat je wilt weten hoeveel geld mensen bereid zijn te betalen voor een kopje koffie en je vraagt 1.000 mensen of zij bereid zijn om 50 cent voor het kopje koffie te betalen. Stel dat alle individuen deze vraag met 'ja' beantwoorden, dan weet je niet of deze mensen ook 80 cent of zelfs 1,50 euro bereid zijn te betalen voor de koffie. Als je de betalingsbereidheid voor een kopje koffie wilt weten, dan is het veel slimmer om de 1.000 mensen bijvoorbeeld in 10 groepen in te delen. De eerste groep krijgt dan de vraag of zij bereid zijn om 50 cent te betalen, de tweede groep wordt gevraagd of zij 75 cent willen betalen etc. Om deze reden maken we verschillende versies (designs) van het experiment. In [de appendix](#) vindt u een overzicht van de effectschattingen die wij hebben gedaan voor deze PWE. Deelnemers kregen aan het begin van de PWE een melding te zien dat de effectschattingen een onzekerheidsmarge hebben.

Stap 3: Vaststelling beperkingen deelnemers

In deze PWE-raadpleging moesten deelnemers een advies geven binnen een beperkt publiek budget. In eerdere PWE-raadplegingen is er voor gekozen om respondenten keuzes te laten maken waarin ze beperkt werden door een financiële budgetrestrictie (Mouter et al., 2021a; Mulderij et al., 2021) of een beperkte capaciteit van het zorgstelsel (Mouter et al., 2021b). In andere PWEs is ervoor gekozen om respondenten een beperkt aantal punten te laten verdelen (Mouter et al., 2021c; Spruit en Mouter; 2020; 2021). Omdat wat mogelijk is qua invulling van het stelsel medische rijgeschiktheid afhankelijk is van de uitvoeringskosten, is er

bij deze PWE voor gekozen om een **fictieve** financiële budgetrestrictie te doen. De deelnemers hadden een budget van 100 miljoen euro voor de uitvoeringskosten van hun gekozen set aan keuzeopties. Hierdoor konden de deelnemers bepaalde keuzeopties niet met elkaar combineren, dan zouden zij namelijk over de 100 miljoen euro heen gaan. De deelnemer wordt door deze beperking gedwongen om keuzes te maken binnen die context en financiële ruimte die mogelijk is vanuit de overheid.

2.2. Dataverzameling

We hebben de PWE uitgevoerd onder een random getrokken steekproef van 2.778 Nederlanders die als doel heeft om een representatief beeld te geven van de voorkeuren van de Nederlandse bevolking boven de 18 jaar op de kenmerken geslacht, leeftijd en educatie. Daarnaast hebben we de PWE opengesteld voor alle Nederlanders boven de 18 jaar. 3.583 Nederlanders deden mee aan deze open raadpleging. Waarom hebben we de raadpleging medische rijgeschiktheid zowel gedaan met een representatieve groep als met groep die zichzelf heeft aangemeld?

We zien dat burgerparticipatie door burgers en bestuurders als legitiem wordt ervaren als twee kernwaarden geborgd zijn: representativiteit en inclusie. Enerzijds willen burgers en bestuurders dat de uitkomsten van de raadpleging een goede afspiegeling zijn van de voorkeuren van alle Nederlanders en daarom is het belangrijk dat de deelnemers aan de raadpleging een goede afspiegeling zijn van de samenleving (representativiteit). Anderzijds is het belangrijk dat er geen deelnemers worden uitgesloten die wel hun stem willen laten horen (inclusie). Met de representatieve steekproef borgen we de eerste kernwaarde, met het openstellen van de raadpleging voor alle Nederlanders borgen we de tweede kernwaarde. Een combinatie is nodig, omdat de representatieve steekproef niet de kernwaarde ‘inclusie’ borgt en een open raadpleging geen representatieve weergave biedt.

Representativiteit

Voorkeuren van een groep participerende burgers moeten een zo goed mogelijke afspiegeling geven van de voorkeuren van de Nederlandse bevolking. Dit realiseren we door de PWE te laten doen door een steekproef die een goede dwarsdoorsnede vormt van de Nederlandse bevolking. De steekproef is getrokken door Dynata. Deelnemers kregen een financiële compensatie van een paar euro voor hun deelname.

Inclusie

Alle Nederlanders die hun voorkeuren willen doorgeven aan de overheid moeten de kans krijgen om aan het onderzoek deel te nemen. Met een 'representatieve steekproef' krijgen niet alle Nederlanders de mogelijkheid deel te nemen. We hebben de kernwaarde 'inclusie' daarom in dit onderzoek geborgd door de PWE zes weken open te stellen voor alle Nederlanders boven de 18 jaar. Een nadeel van deze 'open PWE' is dat we als onderzoekers geen controle hebben over welke Nederlanders er wel en niet meedoen. De resultaten zouden kunnen worden beïnvloed door voorstanders of tegenstanders van keuzeopties die veel deelnemers op de been weten te brengen. Maar dit probleem kan weer worden opgelost door de PWE ook te doen met een gecontroleerde steekproef.

Om de raadpleging ook op het vlak van begrijpelijkheid zo inclusief mogelijk te maken, is besloten om naast de reguliere raadpleging een vereenvoudigde versie aan te bieden. Hieraan hebben 520 mensen deelgenomen. De resultaten hiervan staan in [de appendix](#).

We hebben zowel een 'representatieve PWE' als een 'open PWE' uitgevoerd omdat aan beiden voor- en nadelen zitten. In dit rapport rapporteren wij over de voorkeuren van zowel de open als panel raadpleging. In de publieke discussie kunnen beide gebruikt worden als puzzelstukje voor het vormgeven van het stelsel medische rijgeschiktheid.

2.3. Socio-demografische gegevens van de deelnemers

2.778 Nederlanders deden mee nadat zij waren geselecteerd vanuit een internetpanel en 3.583 deelnemers deden mee aan de open raadpleging. Doordat tijdens de raadpleging een functionaliteit in de software een aantal dagen heeft uitgestaan die moest identificeren of een deelnemers afkomstig was vanuit het panel, staan 600 deelnemers die afkomstig zijn uit het internetpanel geregistreerd bij de open raadpleging. Hieronder rapporteren wij de kenmerken van de deelnemers uit het internetpanel en de open deelname. Het internetpanel is zo getrokken dat het een representatief beeld oplevert van de voorkeuren van de Nederlandse populatie boven de 18 jaar voor de kenmerken geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Statistische testen laten zien dat het internetpanel ook daadwerkelijk representatief is op de kenmerken geslacht en opleidingsniveau, maar niet op leeftijd. Jongeren en de groep 55 jaar en ouder waren oververtegenwoordigd. De groep 30 – 49 jaar is ondervertegenwoordigd. Een reden zou kunnen zijn dat aanpassingen rond het stelsel medisch rijgeschiktheid relatief minder relevant wordt geacht door de groep 30 – 49 jaar. Om hiervoor te corrigeren heeft er een herweging plaatsgevonden. Die rapporteren wij in de resultatensectie. De open deelname verschilt qua kenmerken sterk van de populatie. Dit is te verwachten en ook niet het doel, want het doel is om iedereen die wil participeren de kans te geven om te participeren. Mannen en hoogopgeleiden zijn sterk oververtegenwoordigd in de open raadpleging.

*Tabel 2-1 Kenmerken van de steekproef. De Chi-Square tests zijn eenzijdig (rechts). Een hogere Chi-Squared waarde (Chi.Sq) betekent een betere match met de populatie. * Significant op 5%. ^De percentages van geslacht (M/V) tellen niet op tot 100% omdat deelnemers ook konden aangeven dat zij zichzelf als geen van beide indentificeerd.*

	Internet panel	Open deelname	Populatie	Chi-Square test panel
Man	51,4%^	60,3%^	49,3%	Chi.Sq. 0,18** df = 1
Vrouw	48,6%^	39,7%^	50,7%	

18-29 jaar	16,9%	7,2%	16%	Chi.Sq. 0,0000001 df = 3
30-49 jaar	21,5%	19,1%	36%	
50-69 jaar	41,4%	36,6%	34%	
70+ jaar	17,8%	35,0%	15%	
Basisonderwijs, VMBO, havo/vwo- onderbouw, MBO1	28,7%	14,9%	28,5%	Chi.Sq. 0,3106* df = 2
Havo/vwo- bovenbouw, MBO2-4	35,1%	22,5%	36,8%	
HBO/WO	35,5%	59,1%	34,6%	

We hebben ook gekeken naar in hoeverre er (toekomstige) rijbewijshouders en andere betrokken bij het stelsel medische rijgeschiktheid hebben meegedaan aan deze raadpleging. Opvallend is dat er relatief veel (19,2%) 'naasten van iemand die gekeurd is' hebben deelgenomen aan de open raadpleging.

Tabel 2-2 Kenmerken van deelnemers in de raadpleging

	Panel	Open
Rijbewijshouder	86,5%	94,4%
Wil rijbewijs behalen	3,5%	2,4%

Fysieke of mentale aandoening die invloed kan hebben op rijgeschiktheid	22,1%	19,2%
Beroepschauffeur	4,0%	1,9%
Naaste van iemand die gekeurd is	7,4%	19,2%
Zorgverlener/medische professional	2,1%	5,5%
Rij-instructeur	1,2%	2,7%

3. Resultaten

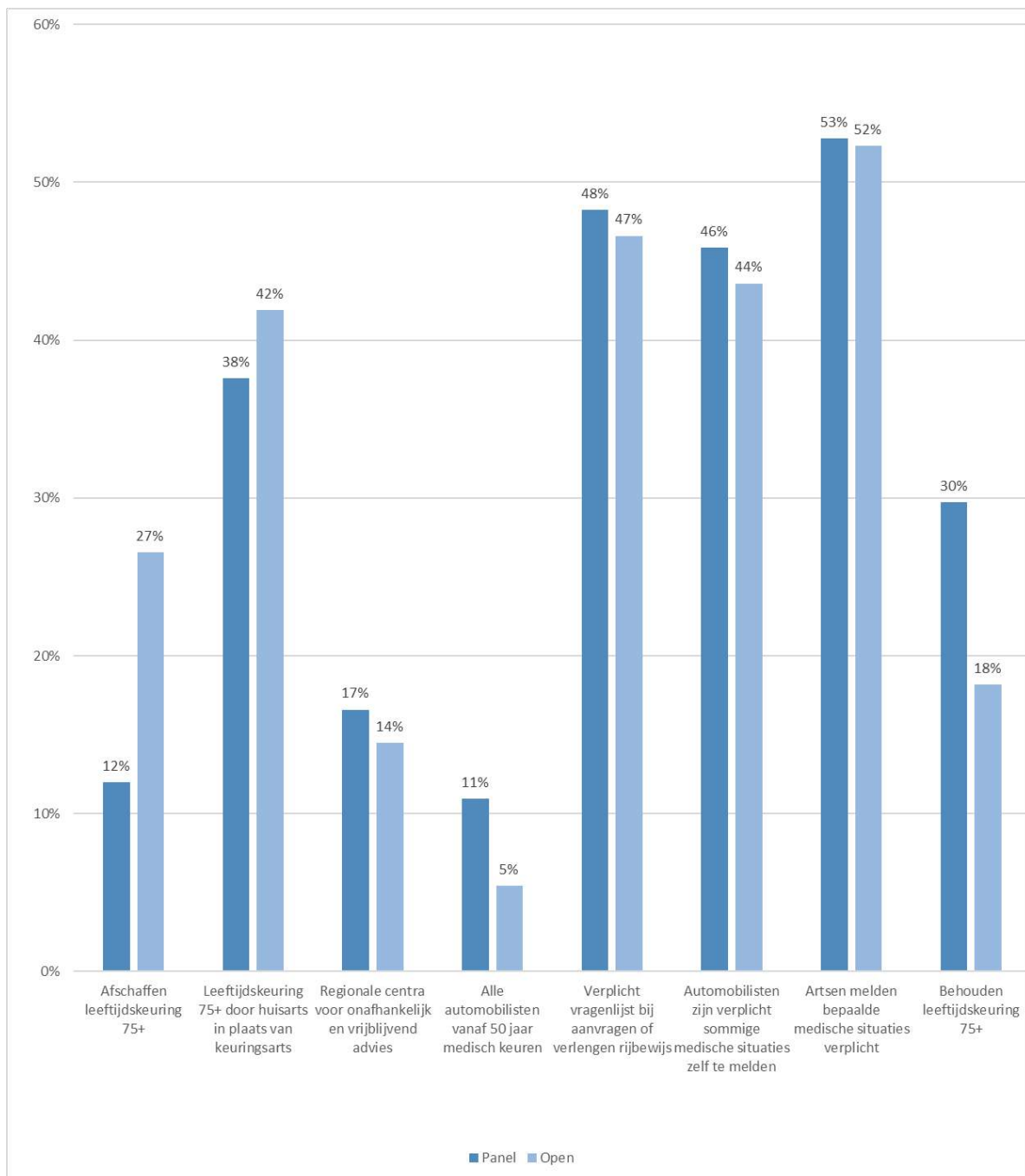
Een PWE produceert zowel kwantitatieve als kwalitatieve resultaten. Secties 3.1 en 3.2 bespreken beschrijvende statistieken, sectie 3.3 de uitkomsten van kwantitatieve modelresultaten en sectie 3.4 de kwalitatieve resultaten.

3.1. Beschrijvende resultaten: Voorkeuren voor suggesties voor verandering stelsel medische rijgeschiktheid

In het eerste deel van dit onderzoek konden deelnemers kiezen uit zeven suggesties voor wijzigingen aan het stelsel medische rijgeschiktheid. Ook konden zij kiezen voor de optie ‘behoud van leeftijdskeuring 75+’. Wanneer een suggestie deelnemers aansprak, dan konden zij deze aanbevelen aan de overheid.

Figuur 3-1 laat zien dat wat betreft de leeftijdsgebonden keuring de meeste deelnemers uit het panel en uit de open raadpleging de overheid adviseren om te kiezen voor de leeftijdskeuring 75+ door de huisarts in plaats van een keuringsarts (respectievelijk 38% en 42%). Wel wordt duidelijk uit Figuur X1 dat deelnemers aan het panel en de open raadpleging verschillende voorkeuren hebben wat betreft het behouden of juist afschaffen van de 75+ keuring. Het afschaffen van de 75+ keuring wordt door 12% van de deelnemers aan het panel aangeraden, terwijl 27% van de deelnemers aan de open raadpleging vindt dat de 75+ keuring moet worden afgeschaft. Andersom kiest juist 30% van de deelnemers uit het panel en 18% van de deelnemers aan de open raadpleging voor de keuzeoptie ‘behoud van de 75+ keuring’. Deelnemers aan de open raadpleging zijn bovendien minder enthousiast over de optie “alle automobilisten vanaf 50 jaar medisch keuren”: slechts 4% adviseert deze keuzeoptie, terwijl 11% van de panelleden deze keuzeoptie aanraadt. Het lijkt erop dat Nederlanders die relatief negatief staan tegenover de huidige 75+ keuring zijn oververtegenwoordigd in de open raadpleging ten opzichte van de panelraadpleging die bedoeld is om een representatief beeld te geven van voorkeuren van de Nederlandse bevolking. Maar ook deelnemers aan de open raadpleging is de leeftijdskeuring 75+ door de huisarts in plaats van een keuringsarts populairder dan het volledig afschaffen van de 75+ keuring.

Figuur 3-1 Percentage deelnemers dat de keuzeopties aanbeveelt



Wat betreft de overige opties die deelnemers konden kiezen zijn de verschillen tussen de deelnemers uit het panel en de open raadpleging klein. Iets minder dan de helft van de deelnemers vindt dat automobilisten verplicht moeten zijn om sommige medische situaties zelf te melden (46% van het panel, 44% van de open raadpleging) en iets meer dan de helft van de deelnemers vindt dat artsen verplicht moeten worden om sommige medische situaties

zelf te melden (53% van het panel, 52% van de open raadpleging). Een groot deel van alle deelnemers raadt in ieder geval één van de twee meldplichtopties aan (69% van het panel en 65% van de open raadpleging) en 29% van het panel en 26% van de deelnemers aan de open raadpleging adviseren de overheid om te kiezen voor allebei de meldplichtopties.

Tevens raadt ongeveer de helft van de deelnemers de verplichte vragenlijst over de persoonlijke gezondheid bij het aanvragen of verlengen rijbewijs aan (48% van het panel, 47% van de open raadpleging). Het realiseren van regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies is niet populair onder zowel de deelnemers van de open raadpleging als deelnemers uit het panel.

Ook keken we naar welke combinaties van keuzeopties populair zijn onder deelnemers. Hier zien we dat 'Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts' en een combinatie van een meldplicht voor zowel automobilisten als artsen de meest voorkomende set van keuzeopties is. De combinatie wordt gevolgd door een combinatie van wederom de twee meldplichten met een behoud van de 75+ keuring.

We kunnen uit deze resultaten concluderen dat er relatief veel animo is onder deelnemers – met name uit de open raadpleging – om de 75+ keuring door een keuringsarts in te ruilen door een 75+ keuring door de huisarts. Er is relatief weinig animo voor het realiseren van regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies en het keuren van alle automobilisten vanaf 50 jaar. Er is meer animo voor een meldplicht voor automobilisten en/of artsen en het verplichten van een vragenlijst bij het aanvragen of verlengen van een rijbewijs.

Voorkeuren en hun effecten

In deze PWE hadden deelnemers met de beperking te maken dat de keuzeopties die ze selecteerden niet mochten leiden tot een toename van jaarlijkse uitvoeringskosten van meer dan 100 miljoen euro per jaar. Het valt op dat maar weinig deelnemers een advies gaven dat

tot een sterke verhoging van de uitvoeringskosten leidt. Tabel 3-1 laat zien dat een substantiële groep deelnemers zelfs een advies gaf dat ervoor zorgt dat de jaarlijkse uitvoeringskosten dalen (18% van het panel en 32% van de open raadpleging).

Tabel 3-1 Wat is de invloed van het advies van deelnemers op de jaarlijkse uitvoeringskosten voor de overheid?

	Panel	Open
Invloed van het advies op uitvoeringskosten		
Gaan omlaag	18%	32%
0 – 25 miljoen euro omhoog	20%	17%
25 – 50 miljoen euro omhoog	35%	32%
50 – 75 miljoen euro omhoog	12%	9%
75 – 100 miljoen euro omhoog	15%	10%

Deelnemers uit de open raadpleging zijn meer geneigd om een advies te geven dat leidt tot een daling van uitvoeringskosten dan deelnemers uit het panel. We zien eenzelfde beeld als we kijken naar de invloed van de adviezen op de kosten die automobilisten maken met hun private inkomen. Meer dan de helft van de deelnemers uit de open raadpleging adviseert een combinatie van keuzeopties die ervoor zorgt dat hun private kosten omlaag gaan. Aan de andere kant is er ook een groep deelnemers (24%) uit de open raadpleging die een advies geeft dat ervoor zorgt dat de private kosten gedurende het leven van een automobilist met meer dan 500 euro omhoog gaan.

Tabel 3-2 Wat is de invloed van het advies van deelnemers op de kosten die automobilisten tijdens hun leven maken (in euro)?

	Panel	Open
Invloed van het advies op private kosten tijdens het leven van een automobilist		
Gaan omlaag	32%	53%
0 – 150 euro omhoog	38%	15%
150 – 300 euro omhoog	16%	4%
300 – 500 euro omhoog	6%	3%
500 – 1000 euro omhoog	8%	24%

De keuzeopties die deelnemers in de raadpleging konden adviseren, hebben in de meeste gevallen een effect op verkeersveiligheid. Het valt op dat een substantiële groep deelnemers een combinatie van keuzeopties kiest die ervoor zorgt dat het aantal verkeersdoden per jaar toeneemt (16,2% bij de panel raadpleging en 25,6% bij de open raadpleging).

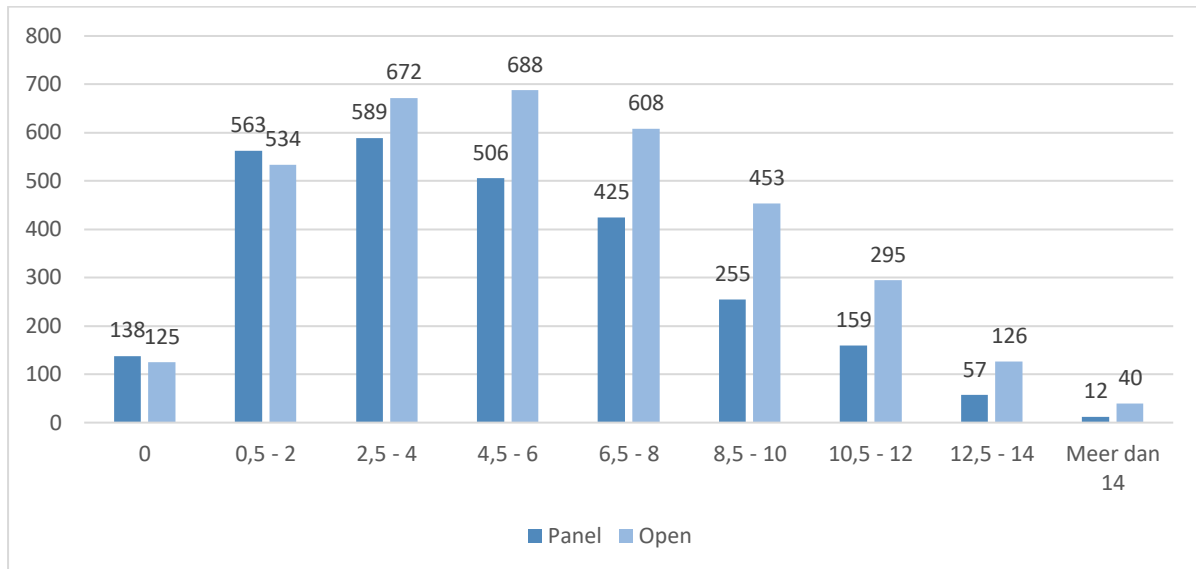
Tabel 3-3 Wat is de invloed van het advies van deelnemers op het aantal verkeersdoden per jaar?

	Panel	Open
Invloed van het advies op het aantal verkeersdoden		
Toename	16,2%	25,6%
Gelijk, daling 1 dode per jaar	10,6%	9,6%
Daling 2-4 doden per jaar	30,6%	31,5%

Daling 5-7 doden per jaar	26,2%	20,3%
Daling 8-10 doden per jaar	16,5%	13,0%

Ook hebben we gekeken in hoeverre de adviezen van deelnemers afwijken van de beste combinatie van keuzeopties die zij zouden kunnen kiezen in de raadpleging in termen van het voorkomen van verkeersdoden. Figuur 3-2 laat bijvoorbeeld zien dat in de panel raadpleging 138 deelnemers hebben gekozen voor de meest optimale combinatie van keuzeopties als het gaat om het voorkomen van verkeersdoden. Zij konden binnen het budget geen combinatie van keuzeopties adviseren die meer zou betekenen voor het terugdringen van verkeersdoden dan de combinatie die ze hebben geadviseerd. Aan de andere kant zien we dat in de open raadpleging 688 deelnemers een portfolio van keuzeopties adviseren die tussen de 4,5 en 6 verkeersdoden minder bespaart dan de best mogelijke portfolio die zij zouden kunnen kiezen in termen van voorkomen van verkeersdoden. Figuur 3-2 laat zien dat een grote groep deelnemers niet probeert om de optie te adviseren die het grootste effect heeft op de verbetering van verkeersveiligheid. Dit is opmerkelijk aangezien vergelijkbaar onderzoek uitwijst dat Nederlanders verkeersveiligheid een belangrijke, en vaak de meest belangrijke, waarde vinden als het gaat om publieke besluitvorming over transport (Mouter et al., 2017; 2018; 2021).

Figuur 3-2 Verskil tussen geadviseerde set aan keuzeopties en optimale set aan keuzeopties als het gaat om voorkomen verkeersdoden. De x-as geeft het verschil in verkeersdoden van de door deelnemers gemaakt keuze ten opzichte de portfolio met de minste verkeersdoden weer. De y-as geeft het aantal deelnemers aan dat keuzes maakt.



Om verder te onderzoeken waarom deelnemers verschillende keuzeopties aanbevelen stelden we hen in het derde onderdeel van de raadpleging de volgende verdiepende vragen. Tabel 3-4 rapporteert de antwoorden voor de raadpleging met het panel en de open raadpleging

- Heeft u weleens twijfels gehad over of u instaat was veilig auto te rijden?¹
- Denkt u dat mensen het eerlijk melden bij het CBR als hun medische situatie of medicijnen maken dat ze minder veilig kunnen autorijden?
- Vindt u dat er iets moet veranderen aan de manier waarop we beoordelen of iemand veilig kan autorijden?
- Heeft u een rijbewijs?
- Bent u veel onderweg met de auto?

¹ Wij vroegen deelnemers die weleens twijfels hadden gehad wat zij vervolgens gedaan hebben. De antwoorden op die vraag zijn te vinden in [de appendix](#).

Tabel 3-4 Antwoorden op verdiepende vragen

	Heeft u weleens twijfels gehad over of u instaat was veilig auto te rijden?	
	Panel	Open
Ja	22,8%	15,5%
Nee	77,2%	84,5%
	Denkt u dat mensen het eerlijk melden bij het CBR als hun medische situatie of medicijnen maken dat ze minder veilig kunnen autorijden?	
Ja	29,3%	27,5%
Nee	70,7%	72,5%
	Vindt u dat er iets moet veranderen aan de manier waarop we beoordelen of iemand veilig kan autorijden?	
Ja, grote aanpassingen	19,7%	40,8%
Ja, kleine aanpassingen	52,4%	42,3%
Nee	27,8%	16,9%
	Heeft u een rijbewijs?	
Ja	85,5%	94,4%
Nee	11,0%	3,2%
Nee, maar wil ik gaan behalen	3,5%	2,4%
	Heeft iemand in uw gezin een auto?	
Ja	86,3%	90,7%

Nee	13,7%	9,3%
Bent u veel onderweg met de auto?		
Beroepschauffeur	4,0%	1,9%
5+ dagen per week	15,1%	14,7%
2-4 dagen per week	23,8%	26,5%
1 dag of minder per week	12,1%	12,2%
Ik fiets veel	24,4%	24,4%
Ik wandel veel	20,6%	20,3%

Uit Tabel 3-4 volgt dat de meeste deelnemers nooit twijfels hebben gehad over of ze in staat zijn om veilig auto te rijden. Een opvallend resultaat is dat meer dan 70% van de deelnemers denkt dat mensen het niet eerlijk melden bij het CBR als hun medische situatie of medicijnen maken dat ze minder veilig kunnen autorijden. Tabel 3-4 laat verder zien dat de meeste deelnemers aan de raadpleging vinden dat er *kleine* aanpassingen moeten worden gemaakt aan de manier waarop we beoordelen of iemand veilig kan autorijden? Nederlanders die vinden dat er grote aanpassingen moeten worden gemaakt aan het stelsel zijn sterker vertegenwoordigd in de open raadpleging dan in het panel. Verder valt het op dat het percentage deelnemers dat als familie/vriend(in) van iemand die gekeurd wordt te maken heeft (gehad) met het stelsel medische rijgeschiktheid twee keer zo groot is in de open raadpleging vergeleken met de panelraadpleging.

Na de raadpleging zijn er verschillende stellingen voorgelegd aan deelnemers en vervolgens werd er aan hen gevraagd in hoeverre zij het eens waren met deze stellingen:

- Alle bestuurders zouden na het verlengen van het rijbewijs een vrijwillige online cursus moeten ontvangen over de laatste verkeersregels

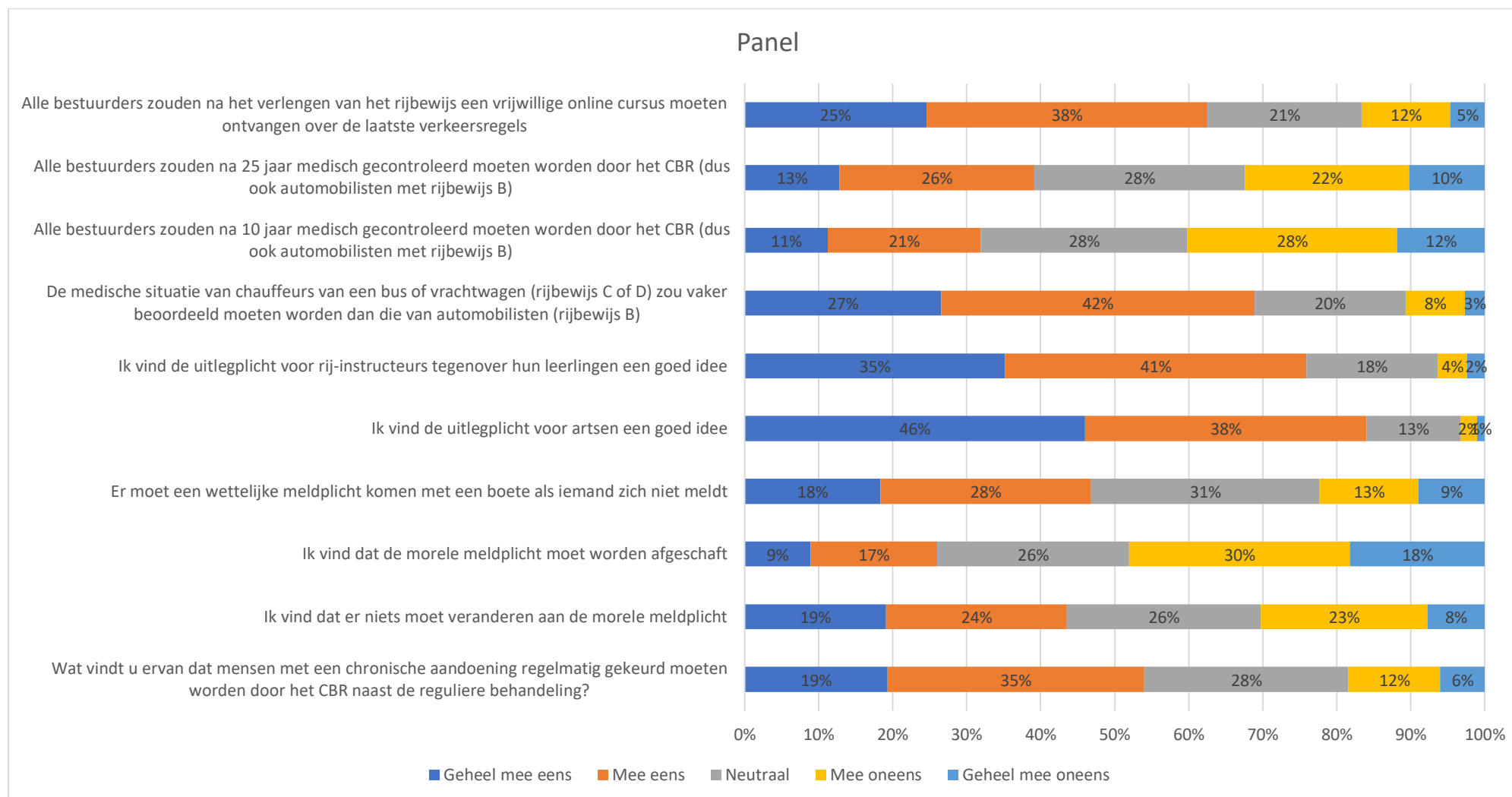
- Alle bestuurders zouden na 25 jaar medisch gecontroleerd moeten worden door het CBR (dus ook automobilisten met rijbewijs B)
- Alle bestuurders zouden na 10 jaar medisch gecontroleerd moeten worden door het CBR (dus ook automobilisten met rijbewijs B)
- De medische situatie van chauffeurs van een bus of vrachtwagen (rijbewijs C of D) zou vaker beoordeeld moeten worden dan die van automobilisten (rijbewijs B)
- Ik vind de uitlegplicht voor rij-instructeurs tegenover hun leerlingen een goed idee
- Ik vind de uitlegplicht voor artsen een goed idee
- Er moet een wettelijke meldplicht komen met een boete als iemand zich niet meldt
- Ik vind dat de morele meldplicht moet worden afgeschaft
- Ik vind dat er niets moet veranderen aan de morele meldplicht
- Wat vindt u ervan dat mensen met een chronische aandoening regelmatig gekeurd moeten worden door het CBR naast de reguliere behandeling?

Figuren 3-3 en 3-4 tonen hoe deelnemers uit het panel en de open raadpleging deze stellingen hebben beantwoord. De meeste deelnemers uit het panel en de open raadpleging zijn enthousiast over de vrijwillige online cursus en de uitlegplicht voor artsen en rij-instructeurs. Ook vinden de meeste deelnemers dat de medische situatie van chauffeurs van bussen en vrachtwagens vaker moet worden beoordeeld dan die van automobilisten. Met name onder deelnemers uit de open raadpleging is er weinig animo om ook automobilisten met een rijbewijs B vaker te keuren net zoals beroepschauffeurs (na 10 jaar of 25 jaar). Het percentage deelnemers dat niets wil veranderen aan de morele meldplicht om medische aandoeningen te melden is ongeveer even hoog als het percentage dat wil dat er een wettelijke meldplicht komt. Ten slotte zijn deelnemers uit de open raadpleging positiever over het regelmatig keuren van automobilisten met een chronische aandoening

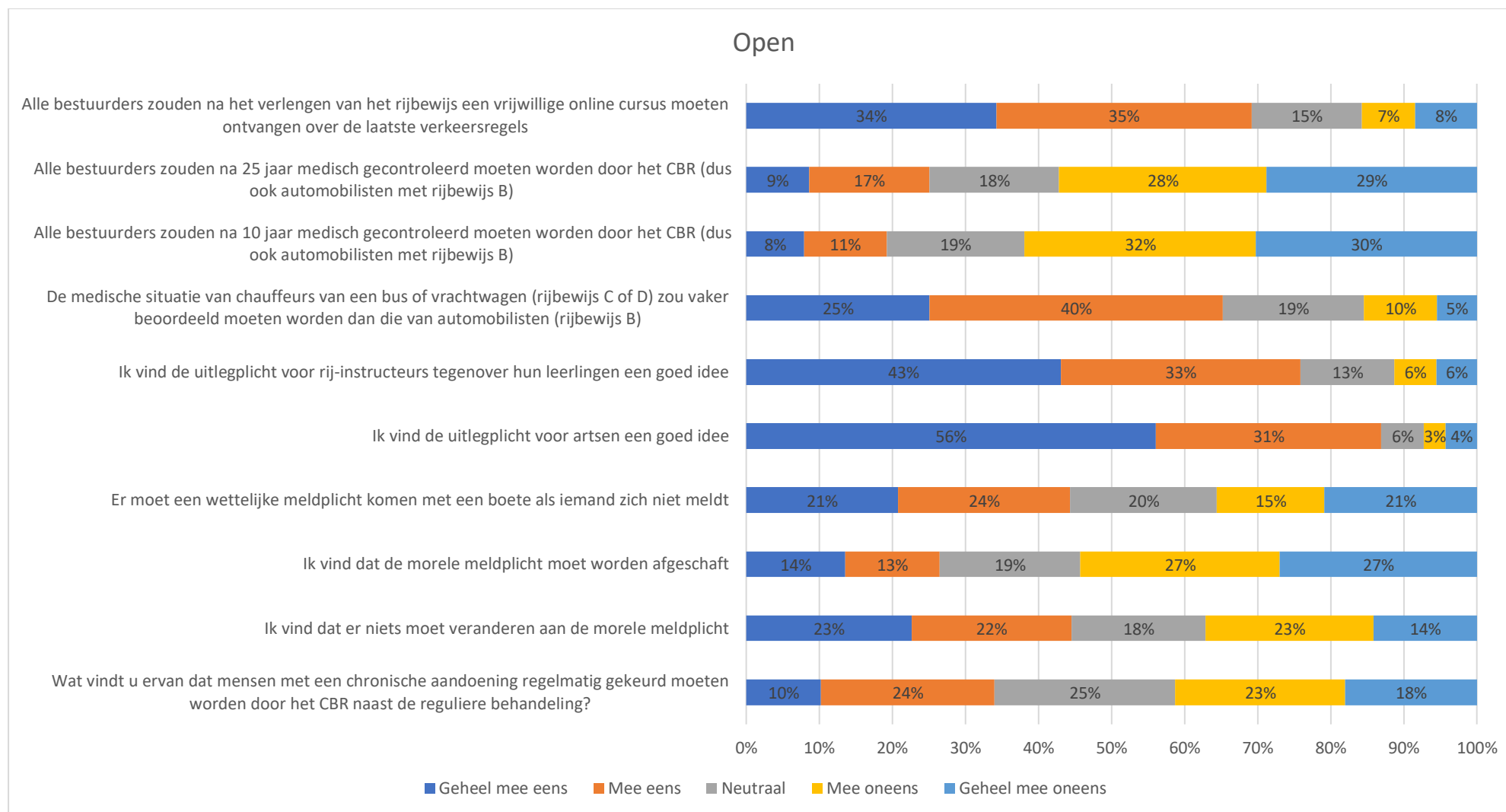
Figuur 3-5 toont in welke mate deelnemers die wel eens of nooit hebben getwijfeld hebben aan hun eigen rijgeschiktheid een verschillende voorkeur hebben over de wenselijkheid van de keuzeopties. Over het algemeen zijn de verschillen niet heel erg groot. Wel valt het op dat deelnemers aan de open raadpleging die nooit hebben getwijfeld aan hun eigen medische rijgeschiktheid vaker kiezen voor de keuzeoptie 'afschaffen 75+ keuring' (28%) dan

deelnemers die wel hebben getwijfeld (17%). Eenzelfde patroon geldt andersom voor de keuzeoptie 'behoud 75+ keuring'. In figuur 3-1 zagen we reeds dat 'behoud 75+ keuring' door relatief weinig deelnemers aan de open raadpleging wordt aangeraden. Figuur 3-5 laat zien dat deze keuzeoptie vooral weinig steun geniet onder deelnemers aan de open raadpleging die nooit hebben getwijfeld over hun eigen rijgeschiktheid: slechts 17% van de deelnemers aan de open raadpleging die nooit heeft getwijfeld aan hun eigen rijgeschiktheid steunt het behouden van de 75+ leeftijdskeuring. Deelnemers die ooit hebben getwijfeld aan hun eigen rijgeschiktheid uit het panel en de open raadpleging denken vrijwel hetzelfde over het behoud van de 75+ leeftijdskeuring: in beide gevallen vindt 26% dat de 75+ keuring behouden moet worden. Tot slot valt het op dat deelnemers aan de open raadpleging die wel eens hebben getwijfeld over hun eigen rijgeschiktheid vaker de keuzeoptie 'vragenlijst gezondheid bij aanvragen of verlengen rijbewijs' aanraden.

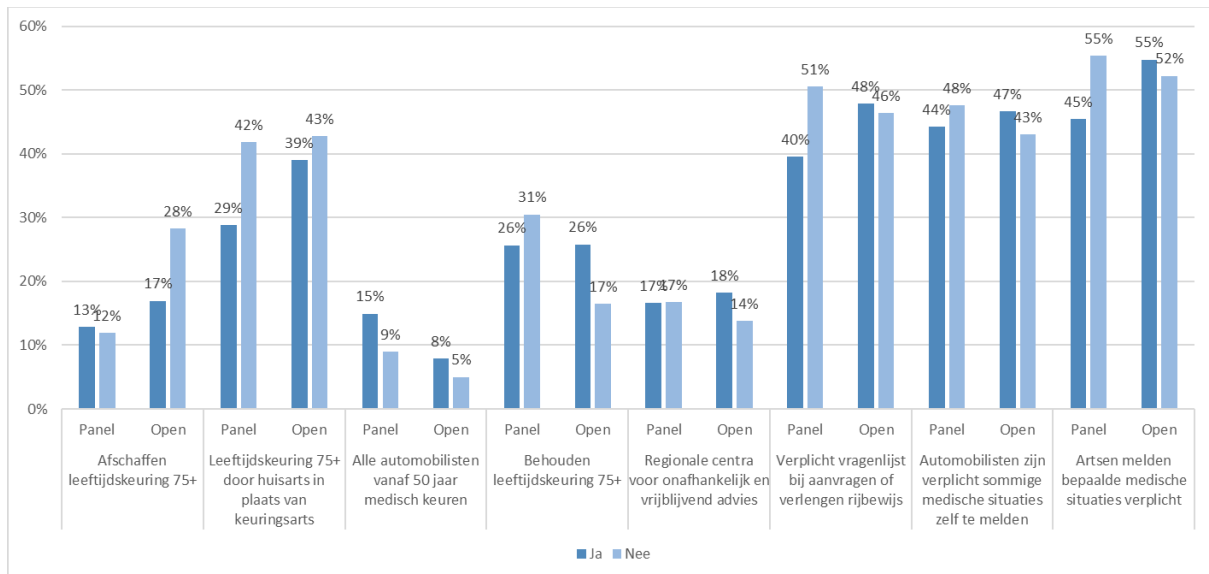
Figuur 3-3 Antwoorden op stellingen van deelnemers aan de panelraadpleging



Figuur 3-4 Antwoorden op stellingen van deelnemers aan de open raadpleging



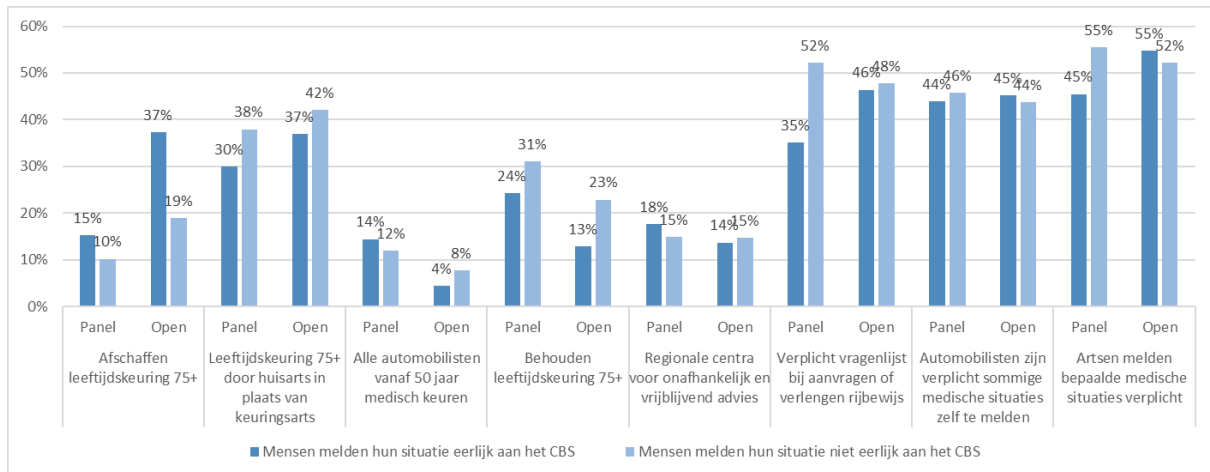
Figuur 3-5 Mate waarin keuzeopties worden aangeraden door deelnemers die wel eens of nooit hebben getwijfeld over eigen rijgeschiktheid



Voorkeuren en verwachtingen over eerlijkheid andere automobilisten

Figuur 3-6 laat zien in welke mate deelnemers die wel of niet denken dat mensen hun medische situatie eerlijk melden aan het CBR een verschillende voorkeur hebben over de wenselijkheid van de keuzeopties. Hier valt op dat de deelnemers uit het internetpanel die denken dat mensen hun situatie niet eerlijk melden vaker kiezen voor een wettelijke meldplicht voor artsen en voor de optie “vragenlijst gezondheid bij aanvragen en verlengen nieuw rijbewijs” dan deelnemers die denken dat mensen hun situatie wel eerlijk melden. Voor de wettelijke meldplicht voor automobilisten kan een dergelijk verschil niet worden geconstateerd. Onder deelnemers uit de open raadpleging die veel vertrouwen hebben in de eerlijkheid van mede-automobilisten is er relatief veel animo voor het afschaffen van de 75+ leeftijdskeuring.

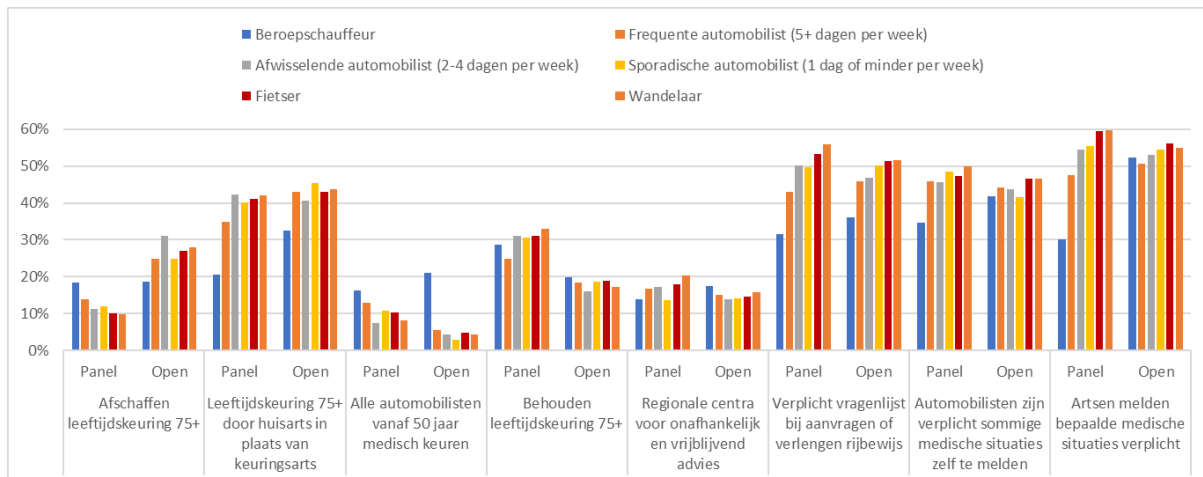
Figuur 3-6 Mate waarin keuzeopties worden aangeraden door deelnemers die wel of niet denken dat mensen hun situatie eerlijk aan het CBR melden.



Voorkeuren in relatie tot weggebruik

We hebben ook onderzocht of er een relatie bestaat tussen weggebruik en de mate waarin deelnemers keuzeopties wel of niet adviseren. Figuur 3-7 laat zien dat er nauwelijks verschil is in voorkeuren tussen beroepschauffeurs, automobilisten die dagelijks de weg opgaan, automobilisten die sporadisch de weg opgaan en fietsers/wandelaars. Wel valt het op dat beroepschauffeurs de extra keuring vanaf 50 jaar veel vaker aanraden (17% in het panel en 22% in de open raadpleging) dan iedere andere groep. Mogelijk komt dit doordat beroepschauffeurs zelf elke vijf jaar gekeurd worden en vinden dat andere automobilisten ook vaker gekeurd zouden moeten worden. Maar ook voor de beroepschauffeurs geldt dat dit een minder populaire optie is dan de leeftijdskeuring door een huisarts in plaats van een keuringsarts.

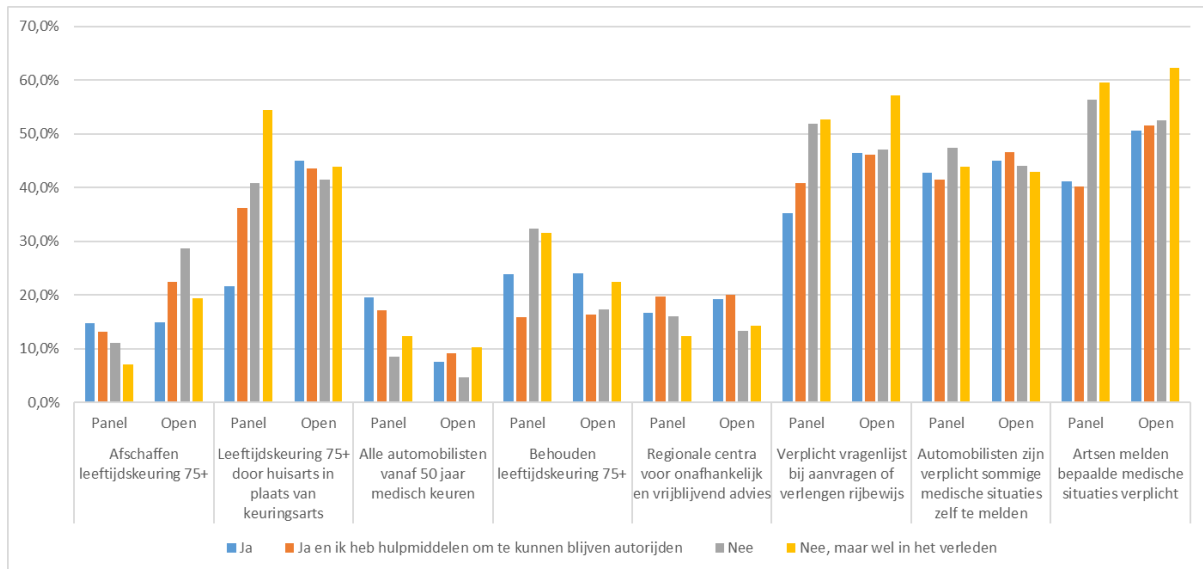
Figuur 3-7 Mate waarin keuzeopties worden aangeraden door deelnemers afhankelijk van hun weggebruik



Voorkeuren en fysieke of mentale conditie

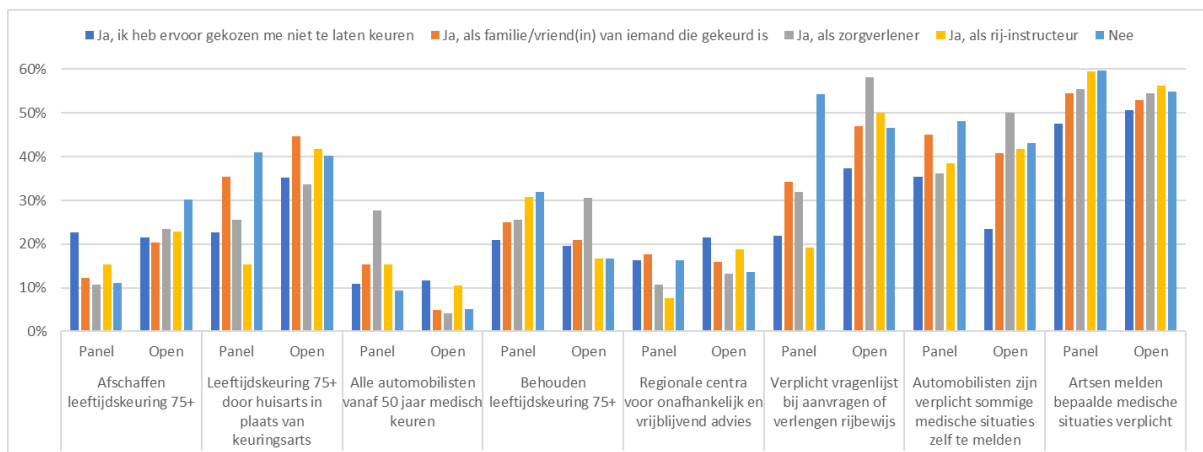
We hebben ook onderzocht of er een relatie bestaat tussen of deelnemers een fysieke of mentale conditie hebben die invloed kan hebben op hun rijgeschiktheid en hun voorkeuren. Dit staat in figuur 3-8. Als we naar de paneldata kijken, zien we dat deelnemers die geen fysieke of mentale aandoeningen hebben die de rijgeschiktheid kunnen beïnvloeden vaker kiezen voor de 75+ keuring door de huisarts in plaats van de keuringsarts, een vragenlijst bij aanvragen nieuw rijbewijs en een wettelijke meldplicht voor artsen. Deelnemers die geen fysieke of mentale aandoeningen hebben kiezen ook minder vaak voor een keuring vanaf 50 jaar dan deelnemers die wel fysieke of mentale aandoeningen hebben.

Figuur 3-8 Mate waarin keuzeopties worden aangeraden door deelnemers met een fysieke of mentale aandoening die gevolgen kan hebben voor veilig rijden



Als we kijken naar andere groepen betrokkenen bij het stelsel medische rijgeschiktheid zoals naasten en zorgverleners, dan zien we in Figuur 3-9 dat zorgverleners relatief positief zijn over de keuring vanaf 50+ en dat mensen die nooit in contact zijn gekomen met het stelsel relatief positief zijn over de verplichte vragenlijst bij het aanvragen of verlengen van een rijbewijs.

Figuur 3-9 Mate waarin keuzeopties worden aangeraden door deelnemers die op andere wijze betrokken zijn bij het stelsel medische rijgeschiktheid

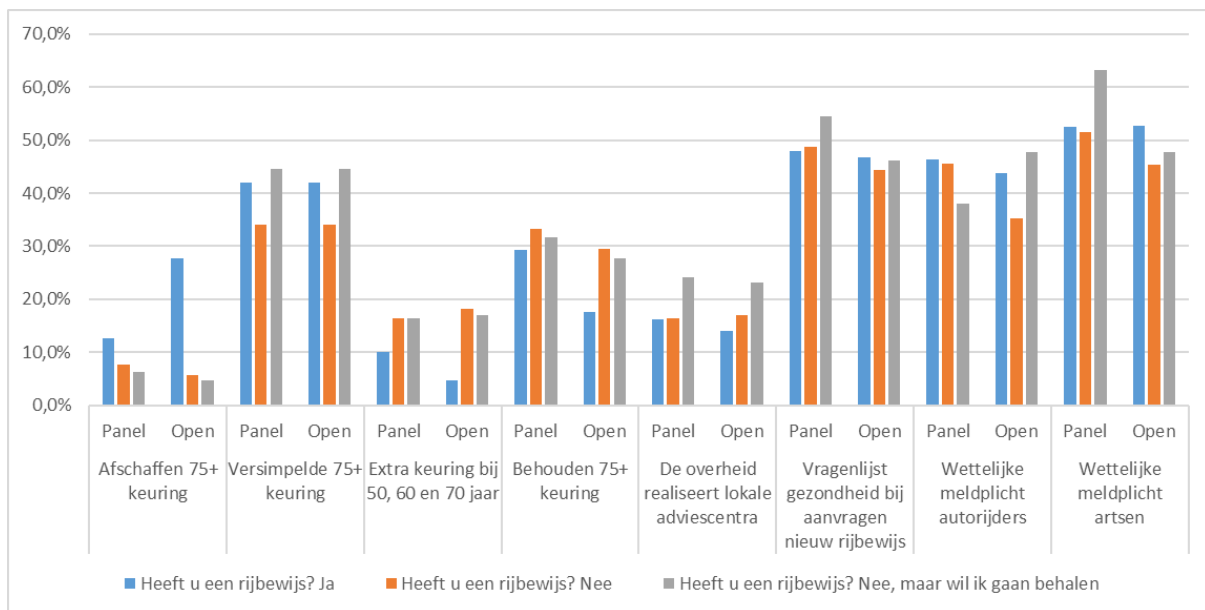


Voorkeuren in relatie tot bezit rijbewijs en een auto

We hebben ook onderzocht of er een relatie bestaat tussen het bezit van een rijbewijs of een auto en de mate waarin deelnemers keuzeopties wel of niet adviseren. Figuur 3-10 laat zien dat rijbewijsbezitters anders denken over de leeftijdскеuring dan mensen die geen rijbewijs

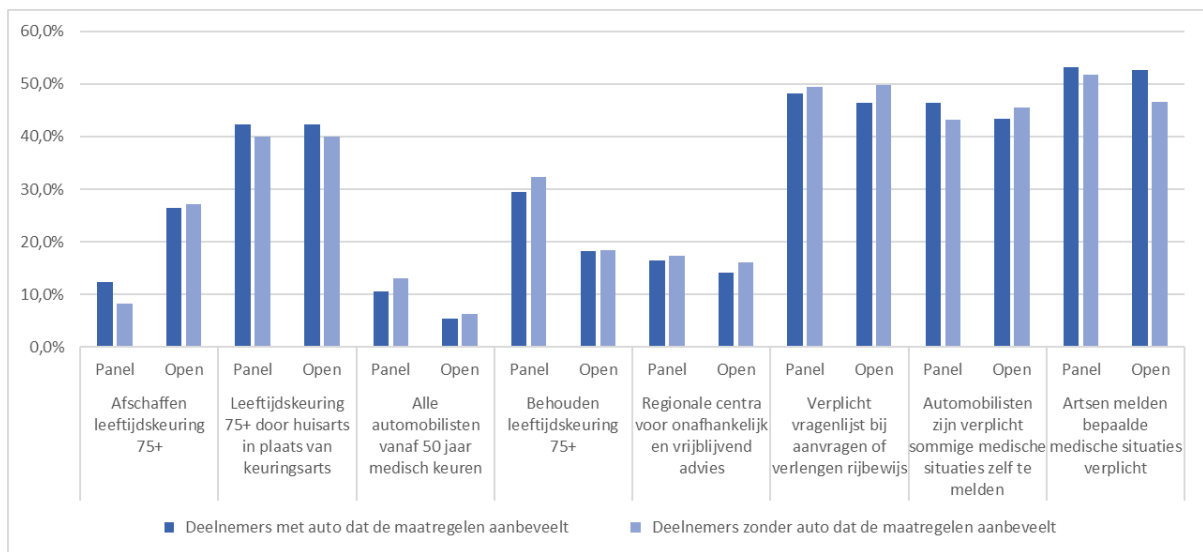
bezitten of die voornemens zijn om een rijbewijs te halen. Met name rijbewijsbezitters die deelnamen aan de open raadpleging zijn positiever over het afschaffen van de 75+ keuring, terwijl mensen die geen rijbewijs hebben of voornemens zijn om een rijbewijs te halen relatief positief zijn over het behoud van de 75+ keuring of het starten met keuren vanaf 50 jaar. Onder alle groepen blijft de leeftijdskeuring door een huisarts het meest populair.

Figuur 3-10 Mate waarin keuzeopties worden aangeraden door deelnemers in relatie tot rijbewijsbezit



Figuur 3-11 laat zien dat de voorkeuren nauwelijks verschillen tussen deelnemers waarvoor geldt dat iemand in het gezin in het bezit is van een auto en gezinnen die geen auto hebben.

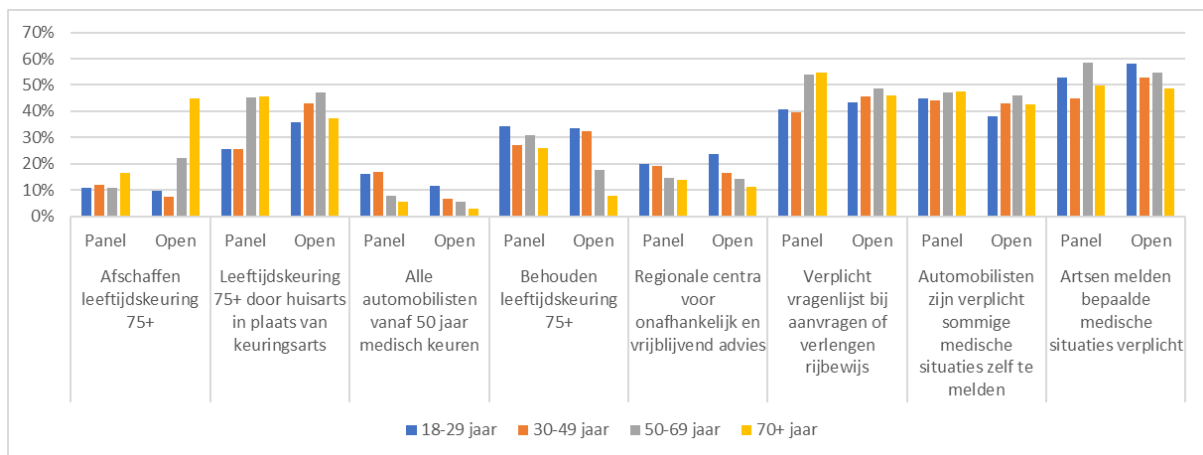
Figuur 3-11 Mate waarin keuzeopties worden aangeraden door deelnemers in relatie tot autobezit



Voorkeuren in relatie tot leeftijd

Figuur 3-12 laat zien dat er forse verschillen zitten tussen de verschillende leeftijdsgroepen wat betreft hun voorkeuren voor de keuzeopties. Voor de open raadpleging geldt bijvoorbeeld dat meer dan 40% van de 70+-ers voorstander is van het afschaffen van de 75+ leeftijdskeuring, terwijl maar 10% van de deelnemers tussen de 18 en 49 jaar deze optie aanbeveelt. Minder dan 10% van de 70+-ers uit het panel is voorstander van het behoud van de 75+ keuring. In het panel is er met name een verschil tussen de groep 18-49 jaar en de groep 50+. Onder 50+-ers is er meer animo voor de leeftijdskeuring 75+ door de huisarts in plaats van een keuringsarts en de verplichte vragenlijst bij verlengen en aanvragen van een rijbewijs dan bij deelnemers jonger dan 50 jaar.

Figuur 3-12 Mate waarin keuzeopties worden aangeraden door deelnemers per leeftijdsgroep



3.2. Resultaten scenariovraag

Nadat deelnemers konden kiezen uit de verschillende keuzeopties werd hen ook een aantal scenario's voorgelegd. Vier keer moesten zij kiezen tussen een scenario waarin het stelsel medische rijgeschiktheid veranderde of de huidige situatie. Deze vragen zijn gesteld om een nog scherper beeld te krijgen over de mate waarin deelnemers van mening zijn dat er iets moet worden veranderd aan het huidige stelsel medische rijgeschiktheid.

De scenario's waren:

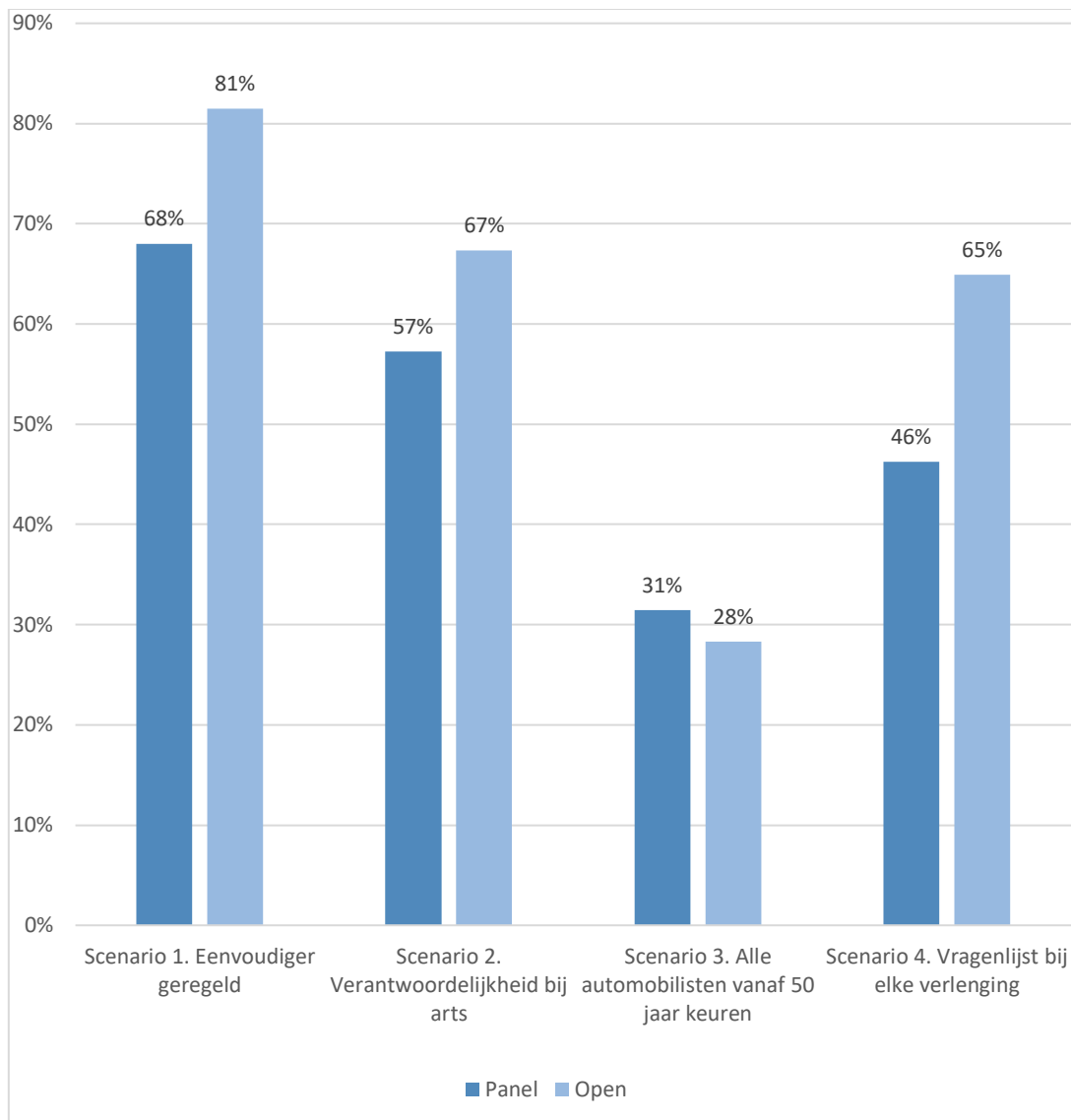
- Het stelsel blijft zoals het nu is
 - Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
 - Verplichte 75+ leeftijdskeuring door keuringsarts.
- Scenario 1: Eenvoudiger geregeld
 - Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
 - Sommige medische situaties verplicht zelf melden bij het CBR.
 - Verplichte 75+ leeftijdskeuring bij huisarts door drie tests.
- Scenario 2: Verantwoordelijkheid bij arts
 - Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
 - Artsen moeten sommige medische situaties verplicht melden.
 - Geen 75+ leeftijdskeuring.

- Scenario 3: Alle automobilisten vanaf 50 jaar keuren
 - Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
 - Na 25 jaar opnieuw praktijkexamen doen.
 - Leeftijdskeuring voor 50+ bij elke verlenging van het rijbewijs.
- Scenario 4: Vragenlijst bij elke verlenging
 - Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
 - Vragenlijst bij aanvraag of verlenging van het rijbewijs.
 - Geen 75+ leeftijdskeuring.

In [de appendix](#) zijn de gebruikte figuren van de scenario's te zien.

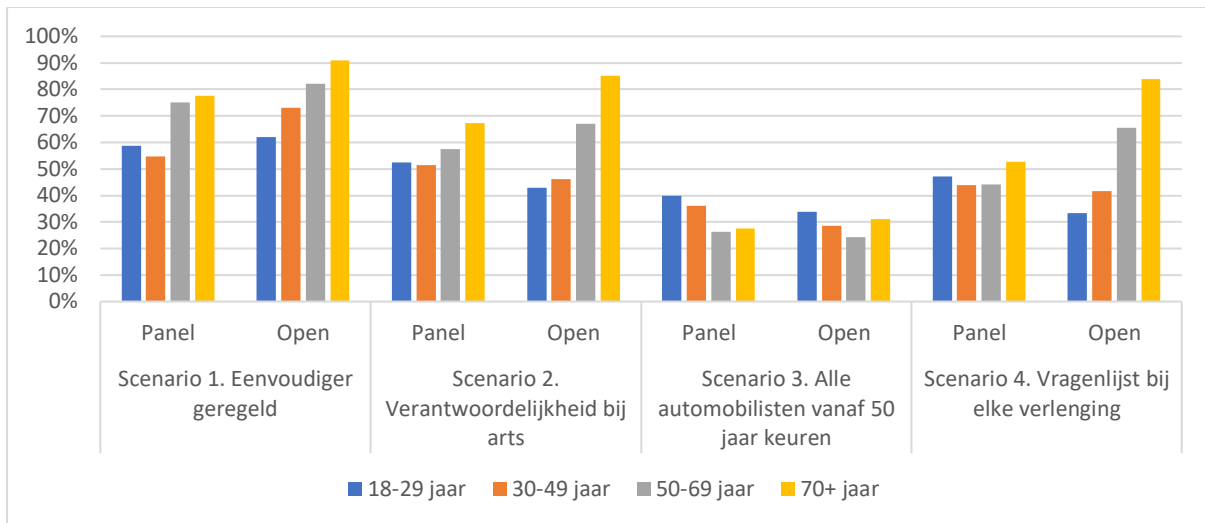
Allereerst laat Figuur 3-13 zien dat voor scenario 1 en scenario 2 geldt dat de meerderheid van de deelnemers uit het panel en uit de open raadpleging voor het scenario kiest en niet voor het in stand houden van de huidige situatie. 81% van de deelnemers uit de open raadpleging adviseert om te kiezen voor scenario 1 en dit betekent dat 19% adviseert om niet te kiezen voor dit scenario, maar om het huidige stelsel in stand te houden. Scenario 3 is zowel bij panel als bij open raadpleging minder populair dan de huidige situatie. Dit komt overeen met de resultaten uit het eerste deel van de PWE waaruit volgde dat de optie “alle automobilisten vanaf 50 jaar medisch keuren” de minst populaire optie was. Met betrekking tot scenario 4 is er een verschil tussen het panel en de open raadpleging. Bij de paneldeelnemers adviseert iets minder dan de helft dit scenario. Bij de open raadpleging heeft een grote meerderheid de voorkeur voor ‘Vragenlijst bij elke verlenging’. In het algemeen is ook hier te zien dat deelnemers aan de open raadpleging meer voor verandering van het stelsel zijn dan deelnemers van het panel.

Figuur 3-13 Percentage deelnemers dat scenario 1 tot 4 aanbeveelt ten opzichte van de huidige situatie



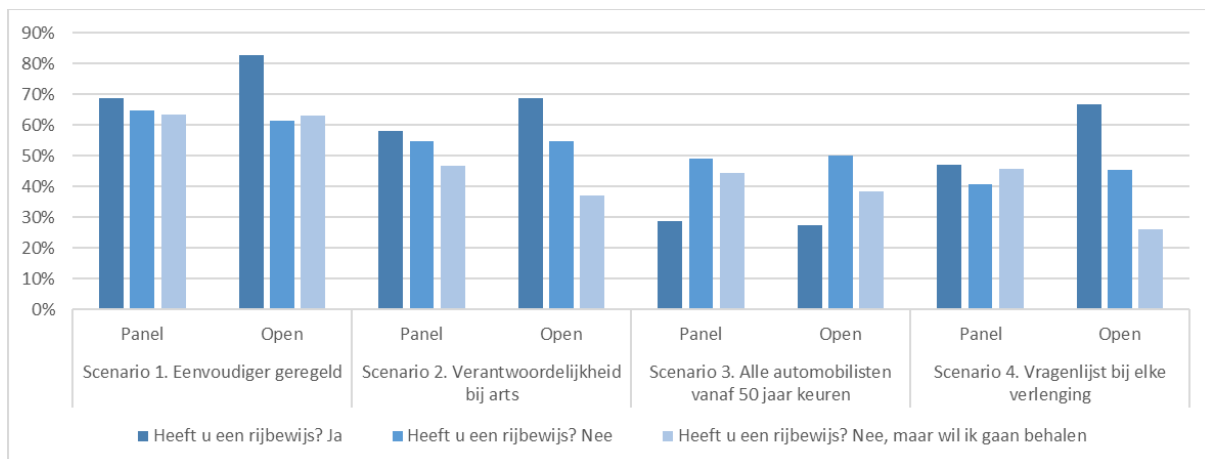
Omdat uit het eerste deel van de raadpleging volgde dat 'leeftijd' en 'het wel of niet bezitten van een rijbewijs' van invloed kunnen zijn op de adviezen van respondenten, hebben we onderzocht of deze variabelen ook invloed hebben op de adviezen rond de scenario's. We zien dat oudere deelnemers relatief meer geneigd zijn om scenario's 1, 2 en 4 te adviseren in plaats van het in stand houden van de huidige situatie.

Figuur 3-14 Mate waarin deelnemers scenario's aanbevelen per leeftijdsgroep



Met name voor rijbewijshouders uit de open raadpleging geldt dat zij een stuk positiever zijn over scenario's 1, 2 en 4 en een stuk negatiever over scenario 3, dan de deelnemers die geen rijbewijs hebben of van plan zijn om een rijbewijs te gaan halen.

Figuur 3-15 Mate waarin deelnemers scenario's aanbevelen in relatie tot rijbewijsbezit



De relatie tussen de scenario's die deelnemers adviseren en de kenmerken van de deelnemers (geslacht, leeftijd, leeftijd, bezit van een rijbewijs en bezit van een auto) is verder geanalyseerd door middel van een latente klasse clusteranalyse. Deze geavanceerde methode identificeert groepen individuen die eenzelfde combinatie van scenario's adviseren, een

zogenoemd cluster. Het model maximaliseert de homogeniteit van keuzes binnen clusters en de heterogeniteit tussen de clusters. Daarnaast laat de analyse zien welke segmenten van de bevolking de grootste kans hebben om de desbetreffende combinatie van scenario's te adviseren op basis van persoonskenmerken als leeftijd, geslacht en educatie. Zo kan bepaald worden welke scenario's populair zijn onder welke groepen binnen de bevolking. Een voordeel van deze methode ten opzichte van andere methodes is dat op basis van statistische criteria een optimaal aantal clusters wordt bepaald.

Clusters van het panel

Het model laat zien dat de deelnemers uit het panel kunnen worden onderverdeeld in drie clusters en de deelnemers uit de open raadpleging in twee clusters. Voor het panel geldt dat 'leeftijd', 'opleiding' en 'intensiteit van autogebruik' verklarende variabelen zijn voor in welk cluster deelnemers konden worden ingedeeld. Variabelen zoals geslacht en het bezit van een rijbewijs hadden geen invloed op de voorkeuren van deelnemers van het panel.

Cluster 1 bestaat uit 44,5% van de deelnemers. Deelnemers uit Cluster 1 zijn relatief hoogopgeleid. De meeste deelnemers zijn tussen de 21 en 60 jaar oud. Vergeleken met de andere clusters zijn wandelaars en fietsers goed vertegenwoordigd in Cluster 1. De meerderheid van deze deelnemers adviseert Scenario 1 (59%), maar de deelnemers uit Cluster 1 zijn negatief over de andere drie scenario's. Deelnemers in dit cluster zijn relatief actief en jong, en het zou kunnen dat zij daarom de noodzaak minder zien om veranderingen aan te brengen in het huidige stelsel.

Cluster 2 is ongeveer even groot als Cluster 1. Cluster 2 bestaat vooral uit ouderen en mensen die 2 tot 4 dagen op de weg zitten. Deelnemers uit Cluster 2 zijn relatief hoogopgeleid. Bijna alle deelnemers uit Cluster 2 adviseren Scenario's 1 en 2. Ook adviseert 72% om Scenario 4 te kiezen in plaats van de huidige situatie. Dit cluster heeft waarschijnlijk zelf (veel) te maken met het stelsel medische rijgeschiktheid, en wil daar wijzigingen in aanbrengen.

Cluster 3 is klein (11,7%). Dit cluster bestaat vooral uit jongeren, laagopgeleiden, beroepschauffeurs en mensen die 5 dagen of meer op de weg zitten. Dit cluster is negatief over scenario 1, maar juist positief over scenario 2. Deelnemers uit dit cluster maken veel gebruik van de weg,

Tabel 3-5 Clusters van het panel

	Cluster 1 (44,5%)	Cluster 2 (43,8%)	Cluster 3 (11,7%)
Keuze voor Scenario 1	59%	95%	5%
Keuze voor Scenario 2	17%	90%	87%
Keuze voor Scenario 3	25%	37%	33%
Keuze voor Scenario 4	16%	72%	65%

3.3. Uitkomsten van kwantitatieve modellen

We hebben de keuzes van de deelnemers ook geanalyseerd met geavanceerde analyses zoals het portfolio choice model. Zie voor een eerdere PWE toepassing waarin dit model werd gebruikt om de keuzes te analyseren Bahamonde-Birke en Mouter (2019). Dit model schat het geaggregeerde nut ('de maatschappelijke waarde') van verschillende combinaties van keuzeopties aan de hand van nutsfuncties. In deze nutsfuncties worden de effecten van een portfolio vermenigvuldigd met zogenaamde smaakparameters. De smaakparameters geven weer in welke mate respondenten nut/waarde ontleen aan de kenmerken van de keuzeopties waarover zij in de Participatieve Waarde Evaluatie expliciete informatie hebben gekregen (bijv. verandering aantal verkeersdoden per jaar en verandering kosten voor automobilisten tijdens hun leven in euro. Tot slot neemt het portfolio choice model aan dat deelnemers er waarde aan kunnen ontleen om de overheid te adviseren om niet al het

beschikbare publieke budget op te maken. In deze PWE betekent dit dat het maximale niveau van jaarlijkse uitvoeringskosten van 100 miljoen euro niet wordt gehaald. Het portfolio choice model zoekt de smaakparameters die de keuzes van deelnemers aan de PWE het beste beschrijven. Tabel 3-6 presenteert de schattingsresultaten voor de kwantitatieve analyse van de keuzes van deelnemers uit het panel.

Het marginale nut betekent hoeveel waarde deelnemers ontlenen aan een verandering van een effect. De parameter voor aantal verkeersdoden per jaar is negatief voor zowel de deelnemers uit het panel en uit de open raadpleging (respectievelijk -0,075 en -0,023). Dit betekent dat deelnemers een negatieve waarde ontlenen aan een groei van het aantal verkeersdoden, wat logisch lijkt. Ook kunnen de parameters worden gebruikt om te achterhalen hoeveel waarde deelnemers in verhouding toekennen aan verschillende parameters. Deelnemers vinden het bijvoorbeeld 16x zo belangrijk dat een verkeersdode wordt voorkomen (-0,0750) dan dat een zwaargewonde in het verkeer wordt voorkomen (-0,0047). Deze waarden zitten in de buurt van de waarden waar nu mee wordt gerekend in maatschappelijke kosten-batenanalyses. Het is belangrijk om in de tabel alleen te kijken naar waarden met een t-waarde die hoger is dan 1.94 (deze zijn onderlijnd). Dit zijn de waarden die significant afwijken van nul op een 5% niveau en die dus de voorkeuren van deelnemers beïnvloeden. Voor deelnemers uit het panel kunnen we dus zeggen dat zij een significante waarde toekennen aan alle effecten die ze te zien kregen in het experiment. Voor deelnemers uit aan de open raadpleging geldt dat zij geen significante waarde toekenden aan het aantal zwaargewonden en het aantal ongeschikt verklaarden. Hun antwoorden in de PWE worden dus niet beïnvloed door deze variabelen. Voorkeuren voor het stelsel medische rijgeschiktheid van deelnemers aan de open raadpleging worden dus niet beïnvloed door het effect van stelselwijzingen op het aantal zwaargewonden in het verkeer. Ook kan uit Tabel 3-6 worden afgeleid dat deelnemers uit de open raadpleging een relatief grote waarde toekennen aan het verlagen van de private kosten vergeleken met het voorkomen van verkeersdoden vergeleken met deelnemers uit de open raadpleging. Deelnemers aan de panelraadpleging zijn bereid om 180 euro aan hogere kosten tijdens hun leven te accepteren als dit ervoor zorgt dat een verkeersdode wordt voorkomen ($-0,075 / 0,417 * 1.000$), terwijl deelnemers uit de open raadpleging maar 10 euro bereid zijn om te betalen ($-0,0226 / -2,122$

* 1000). Dit komt overeen met de resultaten gepresenteerd in sectie 3.1 waaruit volgde dat deelnemers uit de open raadpleging minder geneigd waren adviezen te geven die zouden leiden tot een grote stijging van private kosten.

Tabel 3-6 Uitkomsten portfolio choice model

	Panel		Open	
Schattingsresultaten	Marginaal nut	t-waarde	Marginaal nut	t-waarde
Smaakparameter				
Voorkeur voor het niet uitgeven van het maximale budget van 100 miljoen aan jaarlijkse uitvoeringskosten (in 100 miljoen)	1,2989	<u>16,81</u>	1,6749	<u>23,50</u>
Toename kosten voor automobilisten tijdens hun leven in euro (in 1.000 euro)	-0,4171	-3,22	-2,2122	-18,13
Toename lengte van de procedure in maanden	0,2584	<u>6,36</u>	0,0886	<u>2,52</u>
Toename aantal verkeersdoden per jaar	-0,0750	-8,15	-0,0226	-2,80
Toename aantal zwaargewonden per jaar	-0,0047	-4,12	0,0016	1,71
Toename aantal gekeurde personen per jaar (in 100.000 mensen)	0,0572	<u>2,98</u>	0,2536	<u>14,72</u>
Toename aantal ongeschikt verklaarden per jaar (in 1.000 mensen)	-0,0535	-3,55	-0,0092	-0,68

Bijna alle resultaten uit Tabel 3-6 zijn erg logisch. De gemiddelde deelnemer vindt het positief als de jaarlijkse uitvoeringskosten met minder dan 100 miljoen stijgen. Als een keuzeoptie ervoor zorgt dat hun private kosten stijgen, dan waarderen ze dit negatief (-0,4171 in panel

en -2,2122 in open raadpleging) en deelnemers vinden het negatief als door een keuzeoptie het aantal verkeersdoden toeneemt. Een uitzondering lijkt de toename in de lengte van de procedure in maanden te zijn. Het model geeft aan dat deelnemers een verlenging van de procedure positief waarderen, wat niet logisch lijkt. De meest waarschijnlijke verklaring voor dit resultaat is dat deze variabele nauwelijks een rol speelt in de keuze van deelnemers en de kwalitatieve antwoorden van deelnemers laten dit ook zien. Er zijn maar weinig deelnemers die aangeven dat ze dit een belangrijke variabele in hun keuze vonden. De reden waarom het model toch een positieve parameter vindt, kan zijn dat de optie die juist zou leiden tot een substantiële verkorting van de procedure (het afschaffen van de 75+ leeftijdskeuring maar weinig wordt gekozen door deelnemers) maar weinig gekozen wordt, terwijl een optie die leidt tot het verlengen van de procedure “verplichte vragenlijst bij verlengen of aanvragen rijbewijs” door een groot aantal deelnemers wordt gekozen. De andere opties hebben nauwelijks invloed op de lengte van de procedure. Het is waarschijnlijk dat het model uit deze keuzes afleidt dat deelnemers een verlenging van de procedures positief waarderen.

Op basis van de schattingsresultaten die gepresenteerd zijn in Tabel 3-6 kan de optimale portfolio worden geselecteerd. Voor elke keuzeoptie is het totale nut berekend door de gemiddelde waarden van de effecten van de keuzeoptie in te vullen in de nutsfunctie van de keuzeoptie. Vervolgens is voor alle portfolio's (combinaties van keuzeopties) die mogelijk waren het totale nut berekend. Tabel 3-7 presenteert de 10 portfolio's met het hoogste totale nut. Wanneer een project wel is opgenomen in de portfolio dan wordt dit weergegeven met een '1'. Wanneer een project niet is opgenomen in de portfolio dan wordt dit weergegeven met een '0'. De onderste rij presenteert de totale kosten van alle top 10 portfolio's.

Tabel 3-7 Top 10 van de optimale portfolio's in de panel raadpleging. 1=gekozen, 0=niet gekozen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Behouden leeftijdskeuring 75+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Afschaffen leeftijdskeuring 75+	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0

Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0
Alle automobilisten vanaf 50 jaar medisch keuren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verplicht vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
Regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1
Artsen melden bepaalde medische situaties verplicht	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Totale kosten verandering in jaarlijkse uitvoeringskosten (in mln)	35	42	35	42	-5	1	41	41	-5	1

Tabel 3-8 Top 10 van de optimale portfolio's in de open raadpleging. 1=gekozen, 0=niet gekozen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Behouden leeftijdskeuring 75+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Afschaffen leeftijdskeuring 75+	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
Alle automobilisten vanaf 50 jaar medisch keuren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verplicht vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1

Regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
Artsen melden bepaalde medische situaties verplicht	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1
Totale kosten verandering in jaarlijkse uitvoeringskosten (in mln)	-15	-14	-15	-15	25	-5	25	-5	-6	25

Herweging optimale portfolio

We hebben een herweging uitgevoerd van het optimale portfolio op basis van leeftijd omdat het panel niet representatief was op leeftijd (jongeren waren ondervertegenwoordigd) en uit de descriptieve analyses en de latente klasse clusteranalyse bleek dat deelnemers uit verschillende leeftijdsgroepen verschillende voorkeuren hebben. Met een herweging zorg je ervoor dat de steekproef dezelfde eigenschappen heeft als de doelpopulatie. In het geval van deze raadpleging was de leeftijdsgroep 30-49 jaar ondervertegenwoordigd ten opzichte van de andere leeftijdsgroepen. Om hiervoor te corrigeren zijn er random 732 observaties uit de andere leeftijdscategorieën gewist (rekening houdende met de verdeling op opleidingsniveau en geslacht) om tot een herweging te komen. Na herweging zien we dat 'Behouden leeftijdskeuring 75+' deel uitmaakt van het optimale portfolio. Dit is logisch omdat deze optie minder populair is onder deelnemers boven de 50 dan onder deelnemers in de categorie 30-49 jaar. Op basis van deze raadpleging kan dus niet eenduidig worden geconcludeerd dat "behoud van de 75+ keuring" of "Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts" de meest populaire keuzeoptie is rond de leeftijdskeuring. Wel is het duidelijk dat het invoeren van een medische keuring van automobilisten vanaf 50 jaar op weinig steun kan rekenen. Deze optie zit nooit in de optimale portfolio.

Tabel 3-9 Top 3 van de optimale portfolio's na herweging van de panel raadpleging. 1=gekozen, 0=niet gekozen.

	1	2	3
Behouden leeftijdskeuring 75+	1	0	0
Afschaffen leeftijdskeuring 75+	0	0	0
Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts	0	1	1
Alle automobilisten vanaf 50 jaar medisch keuren	0	0	0
Verplicht vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs	1	1	1
Regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies	0	0	0
Automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden	1	1	0
Artsen melden bepaalde medische situaties verplicht	1	1	1
Totale kosten verandering in jaarlijkse uitvoeringskosten (in mln)	42	36	35

3.4. Kwalitatieve resultaten

Een team van zes analisten heeft de kwalitatieve argumenten in twee ronden geanalyseerd. In de eerste ronde zijn de argumenten die respondenten hebben genoemd doorgelezen en op basis hiervan is een lijst vastgesteld van categorieën van argumenten. Voor elke categorie is een code vastgesteld. In de tweede ronde zijn de argumenten van 2.000 respondenten gecodeerd (1.000 uit de panelgroep en 2.000 uit de open groep). Op basis van deze analyse hebben we voor elke keuzeoptie een argumentenkaart gemaakt. We geven ook kwantitatief weer hoe vaak argumenten zijn genoemd. Dit geeft een indicatie van de mate waarin een argument leeft onder deelnemers. De argumenten die deelnemers noemen, kunnen worden gebruikt om beter te begrijpen waarom burgers een voorkeur hebben voor een bepaalde keuzeoptie of zich juist zorgen maken om een keuzeoptie. De onderbouwingen bieden ook inzicht in de argumenten die burgers zullen aanvoeren die het (niet) eens zijn met de

uiteindelijke keuzes van het ministerie. Tot slot kunnen de argumenten beleidsmakers helpen in de communicatie van beleid omdat het duidelijkheid geeft over de ervaringen met en kennis van de bevolking over de positieve en negatieve effecten van keuzeopties. Voordat we voor elke keuzeoptie de argumenten bespreken die we vaak zijn tegengekomen in de data doen we eerst een aantal algemene observaties over de leeftijdskeuring, meldplicht en de overige opties.

De leeftijdskeuring

Als we kijken naar de opties rond leeftijdskeuring dan zien we dat de “Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts” het meest populair is gevolgd door het behoud van de 75+ keuring en het afschaffen van de 75+ keuring. Het invoeren van een medische keuring van automobilisten vanaf 50 jaar kan op weinig steun rekenen.

In de motivering van deelnemers komen twee thema’s sterk naar voren. Enerzijds wordt het hanteren van **leeftijd als criterium** om te bepalen welke bestuurder te testen ter discussie gesteld. Veel deelnemers geven aan dat de leeftijd 75 te hoog is. Zij geven bijvoorbeeld aan dat automobilisten van die leeftijd nog goed kunnen rijden en dat leeftijd geen goede voorspeller is van rijgeschiktheid. Maar er zijn ook deelnemers die aangeven dat 75 juist een te hoge leeftijd is, dat het invoeren van een leeftijdskeuring vanaf 60 jaar bijvoorbeeld ook zinnig kan zijn. Op basis van dit onderzoek valt niet te zeggen hoe groot de groep zou zijn die voor deze optie zou kiezen, maar een leeftijdskeuring vanaf 50 jaar invoeren is voor velen geen populaire optie. We zien dit bevestigd in de resultaten van de eenvoudige versie van deze raadpleging: 9% van de deelnemers een leeftijdskeuring vanaf 50 jaar ziet zitten. 63% kiest daar voor een leeftijdskeuring vanaf 75 jaar.

Los van het bepalen van een gepaste leeftijd voor keuringen betwisten deelnemers ook de wenselijkheid van de keuring zelf. Deelnemers geven aan dat automobilisten hierop selecteren een vorm van **leeftijdsdiscriminatie** is. Die bovendien ongerechtvaardigd is omdat de gezondheid op hogere leeftijd steeds beter is.

Ook hebben deelnemers zorgen over de effectiviteit van keuringen. Ze worden een momentopname genoemd die volgens deelnemers soms niets zegt over de rijgeschiktheid. Daarmee wordt het door deelnemers die kiezen voor afschaffing als disproportioneel veel 'rompslomp' en geld te kosten voor wat het opbrengt qua verkeersveiligheid.

Behouden leeftijdскеuring 75+

Automobilisten van 75 jaar of ouder worden nu elke 5 jaar gekeurd door een arts. Het idee hierachter is dat oudere mensen een groter risico lopen op gezondheidsklachten. Daardoor kunnen ze mogelijk niet veilig autorijden. Met deze keuze gaven deelnemers aan dat zij de leeftijdскеuring vanaf 75 jaar niet willen veranderen. De tabel hieronder vat hun argumenten samen.

Tabel 3-10 Argumenten bij 'Behouden leeftijdскеuring 75+'

Argument	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit het panel noemen dit argument?	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit de open raadpleging noemen dit argument?
Risico's in deze groep zijn groter	122	62
Veiligheid		
Het is nodig voor de veiligheid	55	29
Met grotere drukte op de weg is dit steeds meer nodig	4	4

Beter een keer te vaak dan te weinig	3	4
Het werkt		
Het is goed zoals het nu werkt	45	23
Uitbreiden levert niet veel op.	2	9
De keuring is een goed vangnet	5	5
Mensen overschatten zichzelf: kunnen niet verantwoordelijk worden gehouden	11	15
Zelfinschatting is lastig voor 75+er dus belangrijk dat er een specialist naar kijkt	17	8
Keuren creëert bewustwording	8	2
Zorgen		
Is het wel nodig? / Zonder leeftijdskeuring gaat het elders ook goed	1	4
Het is leeftijdsdiscriminatie	2	3
Voorwaarden		
Mits betaalbaar	5	2
Mag wel wat strenger	16	8

Mag wel frequenter	11	1
--------------------	----	---

Deelnemers die voor deze optie kiezen doen dit veelal omdat ze vinden dat de leeftijdsgrens van 75 jaar passend is.

"Mensen boven de 75 krijgen toch te maken met lichamelijke gebreken wat de veiligheid in het verkeer zou kunnen verminderen. Slechtere oor- of oogfunctie, minder goed kunnen kijken door spierstijfheid of verminderd reflex zijn veel voorkomende dingen bij 75+ers."

"In mijn omgeving zie ik dat boven de 75+ het rijgedrag snel omlaag gaat. Vandaar deze leeftijd en niet al bij 50 jaar."

Sommige deelnemers geven aan dat ze de maatschappelijke kosten van een verandering van het stelsel niet vinden opwegen tegen de baten: *"Als ik kijk naar het verschil in doden door een verkeersongeluk (+1) en de nieuw te maken kosten van bijvoorbeeld 700.000 euro + de bijkomende administratieve rompslomp voor de automobilist, dan denk ik dat de huidige situatie prima voldoet."*

De 75+ keuring is nodig, aldus deelnemers, omwille van de veiligheid. De veiligheid van alle weggebruikers zou mogelijk in het geding zijn door oudere verkeersdeelnemers die minder rijgeschikt zijn:

"Ik zie te vaak bejaarde verkeersdeelnemers die niet meer of nauwelijks adequaat kunnen reageren: zij verliezen hun reactievermogen."

"de grens is al vrij hoog. ergens moet een grens zijn. ik denk dat goed is in het steeds drukker wordende verkeer een leeftijdskeurig te doen."

"Als je ouder wordt kan er veel veranderen. Dus een extra monitoring is niet verkeerd. "

Bovendien geven deelnemers aan dat het huidige systeem 'werkt', en andere aanpassingen ook haken en ogen hebben.

"Ik denk dat dit systeem goed werkt en de overige systemen zijn of overtrokken, bijv. dat iedereen boven de 50 jaar moet worden gekeurd of ze zijn te vrijblijvend"

"Er zijn veel vragen te bedenken bij de andere opties. Omdat je ergens toch een keuring/test wil inbouwen na het behalen van het rijbewijs mag deze in ieder geval behouden worden. "

De huidige keuring is dus ook een vangnet, aldus deelnemers. Een vangnet dat nodig zou zijn omdat automobilisten zichzelf soms overschatten.

"Dit is belangrijk. Velen menen goed te kunnen rijden maar kunnen dat in feiten niet."

"Mijn oom had een afspraak met zijn dochters dat zij hem zouden vertellen als het niet meer verantwoord was om auto te rijden. Hij had zich echt voorgenomen om zich daaraan te houden maar toen het moment daar was op zijn 92ste vond hij dat toch wel heel moeilijk. Uit zichzelf was hij niet gestopt. Het is niet realistisch om die verantwoordelijkheid van mensen te verwachten, je bent zelf niet objectief"

Dit gedrag zou gecorrigeerd kunnen worden, aldus deelnemers, door een plicht met consequentie, door meldplicht arts, door een gezondheidscheck, en wellicht is er ook nog een leeftijdskeuring nodig aan het eind.

Bovendien zorgt het aanbieden van een keuring, net als de vragenlijst over de gezondheid, al voor bewustwording volgens sommige deelnemers en kan daardoor een preventief effect hebben.

Tegelijkertijd zijn er zorgen. Deelnemers die voor deze optie kiezen, vragen zich af of een leeftijdsgeboden keuring nodig is. En zien het soms ook als vorm van leeftijdsdiscriminatie. Zie ook de argumenten hierboven voor het afschaffen van de 75+ keuring.

Ook stellen deelnemers een aantal voorwaarden. Als de 75+ leeftijdskeuring behouden blijft zouden zij graag willen dat deze betaalbaar (gratis), strenger, en frequenter (vaker dan elke vijf jaar) is. Hieronder een quote van een deelnemer die vindt dat de keuring strenger moet worden.

“De keuring zou wat mij betreft strenger moeten worden. Ik spreek veel kinderen die het niet langer verantwoord vinden dat hun ouders rijden. Ze komen echter iedere keer door de keuring vanwege de lage eisen. De meeste spookrijders ect zijn allen mensen op leeftijd. Met steeds meer verkeer en steeds grote groep oudere zouden wel selectiever moeten zijn wie we in het verkeer willen laten deelnemen en wie niet.”

Afschaffen leeftijdskeuring 75+

Automobilisten van 75 jaar of ouder worden nu elke 5 jaar gekeurd door een arts. Het idee hierachter is dat oudere mensen een groter risico lopen op gezondheidsklachten. Daardoor kunnen ze mogelijk niet veilig autorijden. Jaarlijks worden veel mensen gekeurd door een onafhankelijke keuringsarts. Met deze keuze gaven deelnemers aan dat zij de leeftijdskeuring vanaf 75 jaar willen afschaffen. De tabel hieronder vat hun argumenten samen.

Tabel 3-11 Argumenten bij 'Afschaffen leeftijdskeuring 75+'

Argument	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit het panel noemen dit argument?	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit de open raadpleging noemen dit argument?
Over leeftijd als criterium		
Het is leeftijdsdiscriminatie	13	27
Ouderen rijden veelal beter dan jongeren	-	34
We moeten langer werken, waarom deze keuring?	26	32
Leeftijd zegt niets over gezondheid/rijvaardigheid	20	88
Over het nut van de keuring		
Keuring is momentopname: zegt niets over gedrag in het verkeer	4	11
Het levert weinig extra veiligheid op	7	21
Het is niet proportioneel	16	32
Keuring is geldverspilling	8	44
Het is rompslomp	8	13
Overig		
Je weet het zelf het beste/ Eigen verantwoordelijkheid	8	39

Keuringsarts volstaat niet / Slechte persoonlijke ervaring met keuringsarts	1	30
---	---	----

Onderbouwingen die veel terugkwamen hebben te maken met het gebruiken van leeftijd als een criterium om rijgeschiktheid te beoordelen. Deelnemers ervaren het als leeftijdsdiscriminatie dat ouderen gekeurd worden terwijl jongeren veel verkeersongevallen veroorzaken:

“Dit is gewoon leeftijdsdiscriminatie. Er zijn heel veel mensen die rijden met alcohol, medicijnen, drugs, mobiel etc achter het stuur. Daarnaast veel jongeren die onervaren zijn en vaker roekeloos. Die laatste zouden na twee jaar bv een test moeten afleggen, om te zien hoe ze rijden in de praktijk. Ik ben 73 en heb drie jaar geleden zelf een opfriscursus gevolgd.”

"Ouderen blijven steeds meer vitaler, terwijl jongeren in verkeer (automobilisten) een groter veiligheidsrisico vormen"

Leeftijd zou daarmee een slechte voorspeller zijn voor verkeersveiligheid. Bovendien noemen deelnemers dat de vitaliteit van ouderen toeneemt en de pensioenleeftijd meestijgt, de keuringsleeftijd ook mee zou kunnen stijgen.

“Als de pensioenleeftijd wordt verhoogd vanwege verbeterde levensverwachting, en nu ook al bekend is dat senioren langer actief en gezond blijven, is leeftijdskeuring 75+ te vroeg. In veel andere landen ligt deze op 80+, dat is in deze tijd logischer??”

Hiermee samenhangend geven deelnemers die voor deze optie kiezen aan dat ze de keuringen als onnodig en niet proportioneel zien. Een keuring is een momentopname, volgens sommigen, die mogelijk niet veel bijdraagt aan de verkeersveiligheid.

"Dit is in veel gevallen een toevalstreffer. De gesteldheid van mensen verschilt vaak per dag."

"Keuring is momentopname, waar de automobilist zich tevoren op kan instellen. B.v. door enige tijd van te voren aan te sturen op geen suiker in de urine. Het keuringsresultaat zegt niets over het gedrag in het verkeer."

Deelnemers die deze optie kiezen geven aan de keuring als geldverspilling, rompslomp en onnodig te ervaren.

"In mijn geval keuring was nutteloos , alleen geldverspilling"

"Huidige resultaten van deze medische keuring staan niet in verhouding tot de kosten"

Bovendien geven deelnemers aan de eigen verantwoordelijkheid centraal te willen stellen, en daarom de keuring te willen afschaffen.

Ten slotte zijn er deelnemers die een slechte persoonlijke ervaring, of een geval in hun omgeving, als reden noemen voor het afschaffen van de keuring.

"Ik heb de 75+ keuring als een vernedering ervaren (heb jaren geleden een hartritmestoring gehad en al jaren niet meer), moest toch naar een cardioloog! Ik ben diabeet (hoef niet te spuiten) en wordt om het anderhalf jaar gecontroleerd door de oogarts. Moest toch naar een oogarts! Heb dit

ervaren als geldklopperij! Specialist kost ± €100,= en wordt niet vergoed door de zorgverzekering."

"Ik heb al veel keuringen meegemaakt, hierbij viel op de keuringsarts minder secuur is dan de huisarts. Ook kwam ik een keuringsarts tegen die ieder moment moest nadenken waar die nog meer naar moest kijken. Dus keuringsarts afschaffen, hij is nog duur ook. "

"De huisarts heeft soms een beter beeld van medische klachten die samenhangend al dan niet door gebruik medicatie invloed hebben op rijgedrag. Ik heb zelf meegemaakt dat mijn oma meerdere keren door de keuring kwam terwijl wij ons hart vasthielden dat ze niemand dood reed. Was al jaren licht dementerend en reed veel te hard en botste overal tegenop, als familie konden we niets want ze werd steeds weer goedgekeurd."

Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts

Ten slotte was er ook een optie om de wijze van keuren te veranderen. Automobilisten van 75 jaar of ouder worden nu elke 5 jaar gekeurd door een keuringsarts. Op dit moment worden automobilisten van 75 jaar en ouder gekeurd door een keuringsarts. Met deze keuze verandert dit. Een automobilist kan dan naar de huisarts voor een medische keuring. De keuring wordt ook eenvoudiger. De huisarts voert drie tests uit voor zien, denken en doen. De huisarts kan de automobilist verwijzen naar een specialist als dit nodig is. De tabel hieronder vat de argumenten samen van deelnemers die deze optie kozen.

Tabel 3-12 Argumenten bij 'Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts'

Argument	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit het panel noemen dit argument?	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit de open raadpleging

		noemen dit argument?
Betere inschatting		
Huisarts kent de medische geschiedenis van een automobilist en onderliggende oorzaken het beste	232	260
Huisarts is goed op de hoogte van recente wijzigingen in de medische situatie van de automobilist	28	33
Keuring is een momentopname	16	29
Hoe meer de keuring nodig is, hoe vaker de persoon al bij de huisarts komt	4	3
De huisarts voelt een plicht om de patiënt (en maatschappij) te beschermen	12	19
Leidt mogelijk beter tot gedragsverandering		
Mensen luisteren beter naar hun eigen huisarts	6	3
Minder stressvol dan de huidige keuring	4	10
Er is een vertrouwensband tussen de huisarts en de patiënt	23	31
Huisarts weet of de patiënt eerlijk is / is minder makkelijk om de tuin te leiden	8	7
Efficiënter		
Goedkoper	49	52
Laagdrempelig en minder ingewikkeld	50	58

Efficiëntie: Zo kunnen er meer/snelser mensen worden gekeurd	30	20
Er komt meer vraag door vergrijzing	-	-
Zorgen		
Testen door een huisarts kan ervoor zorgen dat mensen de huisarts ook om andere redenen vermijden	-	2
Kunnen huisartsen de werkdruk wel aan	-	2
Verlaag de leeftijd	1	2
Test niet alleen op leeftijd, het gaat om rijvaardigheid	-	1
Is de huisarts wel onafhankelijk genoeg?	3	10

Deelnemers die voor deze optie kiezen zijn sterk geneigd om argumenten voor deze optie te noemen. De tabel laat zien dat 23% van de deelnemers uit het panel en 26% van de deelnemers aan de open raadpleging deze optie adviseert, omdat zij vinden dat de huisarts de medische geschiedenis van een automobilist en onderliggende oorzaken het beste kent. Deelnemers hebben het idee dat de huisarts daarom een betere inschatting kan maken en handelen op snel wijzigende medische situaties.

“De huisarts is goed op de hoogte van de situatie van de patiënt en kan hier een goed oordeel over geven. De huisarts weet vaak onderliggende problemen en/of situaties omdat hij meer contact heeft met de patiënt. Daarom is keuring via de huisarts beter als een onafhankelijke keuringsarts. Keuren door een keuringsarts is een momentopname (vergelijk APK).”

“Zij kennen hun patiënten, beter dan een keuringsarts. Zeker bij beginnende dementie kunnen mensen zich voor een bepaalde tijd nog wel prima focussen en beter voor doen dan ze zijn. Zo kreeg mijn schoonvader keer op

keer zijn rijbewijs, zonder rijtest, verlengd, terwijl hij een gevaar op de weg was, reed soms midden op de snelweg met een tempo van 50km/u.”

Tevens zien deelnemers het controleren van hun patiënten op de mate waarin zij nog veilig kunnen rijden nu al als een plicht van de huisarts om: *“...zo goed als mogelijk de patiënt als de maatschappij te beschermen.”*

Een volgend cluster argumenten gaat erover dat een keuring door de huisarts waarschijnlijk tot meer veiligheid leidt omdat automobilisten (patiënten) meer geneigd zullen zijn hun gedrag aan te passen. De huisarts kent de patiënt beter, ze hebben veelal een vertrouwensband, de huisarts kan beter beoordelen of een patiënt eerlijk is, en iemand beter overtuigen van de noodzaak van een keuring.

"De huisarts kent iemand beter dan de keuringsarts. De huisarts kan iemand ook overtuigen van de situatie.

"Een huisarts kent de persoon beter en heeft een vertrouwensband. Daar gaat de persoon eerder van aannemen dat het beter is om tijdelijk of niet meer te rijden dan een keuringsarts."

"Eigen huisarts heeft het totale medische dossier, kandidaat kan dus niets verzwijgen."

Dit zou bovendien ook efficiënter zijn, omdat de keuring als laagdrempeliger en goedkoper wordt gezien. Dat is belangrijk volgens deelnemers omdat door vergrijzing de vraag voor keuringen zal toenemen, en meer mensen gekeurd zullen moeten worden.

"Het is logistiek gemakkelijker en sneller. Daarnaast kent de huisarts de medische geschiedenis van de persoon. Dat zijn twee vliegen in één klap".

“Het is fijn als het niet zo ingewikkeld is allemaal. Hierdoor worden wellicht ook meer mensen gekeurd.”

Maar er zijn ook zorgen onder deelnemers die deze optie kiezen. Sommigen vragen zich af of deze optie tot zorgmijding zal leiden (mensen vermijden de huisarts bij andere klachten omdat ze bang zijn door de huisarts afgekeurd te worden als automobilist). Ten slotte benadrukt men het belang van een onafhankelijke huisarts.

“Indien kinderen of aanverwanten nu met de huisarts overleggen worden ze afgescheept met het antwoord hij is goedgekeurd. Terwijl zij weten dat het niet meer is verantwoord. Heb diverse gevallen meegemaakt.”

"Huisarts kent de gezondheidssituatie van betrokkene, een keuringsarts kan/gaat alleen af op wat betrokkene meedeelt en/of kwijt wilt. Mogelijk nadeel dat huisarts iemand, ondanks mogelijke ernstige beperkingen, het rijbewijs gunt. Daarom moet er een goed protocol komen in samenhang met de verplichting dat artsen bepaalde beperkingen/ziekten/medicijnverbruik dienen te melden."

Alle automobilisten vanaf 50 jaar medisch keuren

Deze keuze houdt in dat alle automobilisten van 50 jaar en ouder medisch worden gekeurd. Dit is een aanvulling op de huidige leeftijdskeuring 75+. De uitkomst van de keuring bepaalt of het rijbewijs verlengd mag worden. De tabel hieronder vat de argumenten samen van deelnemers die deze optie kozen.

Tabel 3-13 Argumenten bij 'Alle automobilisten vanaf 50 jaar medisch keuren'

Argument	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit het	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit de

	panel noemen dit argument?	open raadpleging noemen dit argument?
Dit vergroot de veiligheid		
Veiligheid voor alles / vergroot veiligheid	22	10
Uitbreiding van de keuringen is goed want veroudering treedt eerder op (dan 75+)	31	8
Zo kun je een jongere groep automobilisten ondervangen die wellicht niet door heeft dat ze minder goed kunnen rijden	14	14
Er zijn ook jongere automobilisten die niet goed kunnen rijden	4	5
Extra vangnet. Voorkomen verkeersongevallen door overschatting	8	1
Eerlijk		
Dit is bij beroepschauffeurs ook zo	-	2
Zorgen		
Kosten voor automobilist te hoog	-	1
Te belastend	1	-
Niet nodig (als gezondheidssituatie gerapporteerd wordt (zelf/huisarts))	-	1
Onzin	2	1

Extra bureaucratie	1	-
Meesten zijn nog gezond	1	-

Dit was niet een vaak gekozen optie, deelnemers die voor deze optie kiezen geven vooral aan dat met een uitbreiding van de leeftijdskeuring de veiligheid vergroot zal worden.

“Je kunt op iedere leeftijd ongeschikt zijn om te rijden zonder dat je dat weet, een "jongere" persoon zal minder snel geneigd zijn om te stoppen met rijden tenzij hij niet door een keuring komt. Bijkomend voordeel is dat er al op vroegere leeftijd bepaalde dingen (bv oogafwijkingen) kunnen worden ontdekt die anders zouden worden genegeerd en dat scheelt weer in te zorgkosten later.”

“Veiligheid voor alles. Is toch winst als hier een ongeluk mee voorkomen kan worden.”

De keuring geldt volgens sommige deelnemers als ‘extra vangnet’:

“Nu kan je na 45 uur lessen zo'n 55 jaar rijden zonder enige vorm van controle of testen.”

“Als je lichamelijk langzaam achteruit gaat, heb je dat zelf niet door.”

Een enkeling noemt dit ook eerlijk ten opzichte van beroepschauffeurs, waar een vergelijkbaar keuringsbeleid geldt.

Twee meldplichten

De twee meldplichten die werden voorgelegd in dit onderzoek waren de twee populairste opties. Deelnemers kiezen voor deze opties omdat dit de verantwoordelijkheid belegt dichtbij 'de bron', zoals een deelnemer schrijft; de automobilist zelf en diens arts. Deelnemers kiezen veelal voor een combinatie van deze meldplichten. In de argumenten lezen we hier twee verklaringen voor.

Niet alle deelnemers zijn overtuigd van de eerlijkheid van andere weggebruikers. In de argumenten die gaan over meldplichten gaat het vaak over eerlijkheid. Over het bewust dan wel niet bewust zijn van automobilisten van de invloed van de fysieke en mentale conditie op de gezondheid. Een meldplicht voor automobilisten zou mogelijk, ook met goede handhaving, niet afdoende zijn. Daarom zou een arts, die ook veel weet over de gezondheid van een automobilist in moeten springen.

Maar het kan ook zo zijn dat automobilisten zich niet bewust zijn van hun verminderde rijgeschiktheid. In zulke gevallen is de expertise van een arts nodig om dit te detecteren (of te bevestigen). De meldplicht van de arts kan dan eerder ingrijpen dan via een leeftijdskeuring het geval zou zijn. Deelnemers lijken dus een bredere rol voor artsen in het stelsel medische rijgeschiktheid te zien.

Beide bovenstaande argumenten gaan er uiteindelijk over om het stelsel medische rijgeschiktheid zo effectief mogelijk te laten zijn.

Automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden

Op dit moment beoordelen automobilisten jonger dan 75 jaar zelf of zij veilig kunnen autorijden. Bij twijfel beoordelen zij ook zelf of zij dit aan het CBR melden. Bijvoorbeeld omdat hun medische situatie is veranderd. Dit noemen we de morele meldplicht.

Met deze keuze verandert de morele meldplicht in een wettelijke plicht. Automobilisten zijn dan wettelijk verplicht zich bij het CBR te melden als zij twijfelen of zij nog veilig kunnen autorijden. Als zij zich bij twijfel niet melden, kunnen zij een boete krijgen.

Dit was een van de meest favoriete opties in dit onderzoek, ook in de eenvoudige versie van deze raadpleging gaf 70% van de deelnemers aan een meldplicht voor rijbewijshouders een goed idee te vinden. We vroegen deelnemers hun keuze uit te leggen. De resultaten daarvan leest u hieronder. Maar wij vroegen deelnemers ook de volgende zin af te maken: “Ik zou me sneller melden bij het CBR bij twijfels over mijn gezondheid als ...” In [de appendix](#) vatten wij de antwoorden samen die deelnemers geven. De tabel hieronder vat de argumenten samen van deelnemers die deze optie kozen.

Tabel 3-14 Argumenten bij 'Automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden'

Argument	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit het panel noemen dit argument?	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit de open raadpleging noemen dit argument?
Het stimuleert eigen verantwoordelijkheid		
Legt de verantwoordelijkheid bij de juiste persoon	82	111
Dit zijn we aan elkaar verplicht	36	20
Artsen hebben het druk genoeg, daarom moet verantwoordelijkheid van beoordeling naar bestuurder schuiven	-	1
Het is passender		
Logisch	47	27

Dit is het beste voor mensen met aandoening	54	19
Is geschikter dan keuring vanwege veranderlijkheid rijvaardigheid/vaardigheden bestuurder op elk moment kunnen veranderen.	16	24
Artsen kunnen dit niet inschatten; je kan dit het beste zelf	21	10
Het is effectief		
Meer veiligheid op de weg	45	37
Bewustzijn wordt vergroot	10	15
Anders verzwijgen mensen hun aandoeningen	28	7
Zorgen		
Mensen kunnen deze medische inschatting niet zelf maken	5	8
Maakt automobilisten onzeker over rijvaardigheid	-	1
Mensen kunnen te veel gaan melden waardoor er druk ontstaat	-	1
Eindverantwoording ligt niet bij de arts.	-	1
Recht op privacy /mensen willen deze informatie niet delen	6	4
Overheid mag geen inzage in medische situatie	-	-

Vrijblijvendheid verdwijnt waardoor men wellicht minder open zal spreken over aandoeningen en onzekerheden	2	5
Niet iedereen zal dit doen	17	20
Voorwaarden		
Arts moet inzicht geven	6	24
Hier is zelfinzicht voor nodig	-	3
Koppel meldplicht aan aansprakelijkheid/handhaving	26	34
Moet duidelijk zijn wanneer deze plicht geldt	5	18

Een groot aantal deelnemers kiest deze optie omdat zij het zien als de eigen verantwoordelijkheid van automobilisten om zich te melden bij twijfels over verminderde rijgeschiktheid. Een aantal deelnemers ziet dit als een morele plicht tegenover andere weggebruikers.

“Als jezelf een aandoening weet en de arts mag/kan het niet melden dan moet de automobilist het zelf doen.”

“Niet elke automobilist kan in de gaten gehouden worden door de overheid”

" Een goed idee we zijn zelf verantwoordelijk voor onze daden."

“De artsen en andere belangrijke mensen hebben het natuurlijk al druk zat, daarom moeten automobilisten zelf de verantwoordelijkheid nemen om

sommige medische situaties zelf te melden. Als je minder goed kan zien, durf dat te zeggen en neem actie door een bril of lenzen aan te schaffen. Maar ook als je andere medische situaties hebt, vind ik dat automobilisten dit moeten melden, mede voor de veiligheid van jezelf en anderen."

Aldus deelnemers zou deze verdeling van verantwoordelijkheden ook passender zijn. Dat wil zeggen door invoeren van een wettelijke meldplicht kan er beter aangesloten worden in veranderingen van de medische conditie van automobilisten, bovendien kunnen zij zelf de inschatting ook beter maken dan professionals, aldus deelnemers.

"Een keuring eens in de zo veel tijd is een momentopname; tussen die momenten kan uiteraard de gezondheid en mogelijk de rijvaardigheid van iemand wel veranderen. "

"De automobilist kan medische zaken ervaren die hij nog niet met een arts heeft besproken"

"Uitstekend alternatief; hopelijk draagt dit bij aan het daadwerkelijk doen. Bovendien maakt dit het verplicht bij iedere verlenging van chronisch zieken en gehandicapten overbodig. Voor hen geldt ook dat zij zich moeten melden bij twijfel (en zij hebben immers al bij de aanvraag al bewezen dat ook te doen). "

En een verplichte melding leidt tot meer veiligheid op de weg:

"Als ze een medische situatie hebben waardoor het minder veilig is om auto te rijden moeten ze dit kunnen melden, dit voor hun eigen maar ook voor de veiligheid van anderen"

"Sommige medische situaties zijn simpelweg te heftig om te blijven rijden zonder controles"

Invoering van een wettelijke meldplicht kan daarbij preventief werken doordat het bewustzijn vergroot.

“Een automobilist mag belangrijke informatie niet verzwijgen. Is bijna niet te doen, alleen al het aantal autorijders dat aan de antidepressiva zit is enorm. Hier moet, net als bij alcohol, bewustzijn over worden gecreëerd.”

En verkeersdeelnemers dwingt eerlijk te zijn over hun rijgeschiktheid.

“Ik zie in mijn omgeving mensen aandoeningen verzwijgen voor het CBR, om kosten en het gedoe te voorkomen. De meldplicht bij artsen plus een meer nadrukkelijke verplichting bij de automobilist zou het verzwijgen ietwat kunnen tegengaan.”

" Drempel verhogen om zaken te verzwijgen en te blijven autorijden tot einddatum rijbewijs. "

Ook hebben deelnemers die voor deze optie kiezen zorgen. Bijvoorbeeld over het feit dat mensen zelf de inschatting niet kunnen maken. En daardoor of door blijven rijden, of juist te snel gaan melden.

“Een verplichting om zelf te melden kan ertoe leiden dat mensen onzeker worden en onnodig vaak iets bij het CBR melden dat niet nodig is.”

"Dat is belangrijk zolang ze dat zelf kunnen overzien en ervaren, bij mensen met b.v. dementie of andere geestelijke problemen is dat vaak niet het geval. "

Of automobilisten worden minder open over onzekerheden omdat ze bang zijn dat hier consequenties aan zijn verbonden: *“Een persoon die ergens onzeker over is zou dit open moeten kunnen bespreken zonder dat dit consequenties heeft.”*

Ook staan privacy en geheimhouding mogelijk in de weg. Tegelijkertijd wordt dit gezien als manier om de privacy van automobilisten te borgen.

“Goed initiatief maar veel mensen geven niet hun medische situatie prijs.”

“Ik ben voorstander van een meldingsplicht. Echter, het delen van medische gegevens aan de overheid is een 'no-go'. Huisartsen en doktoren moeten dus worden voorgelicht dat zij hun patiënten informeren indien hun ziekte, medicijngebruik of ouderdom ervoor zorgen dat hun rijongeschiktheid onvoldoende is. Op deze manier is de automobilist goed geïnformeerd over zijn rij (on)geschiktheid en kan hij deze juist doorgeven aan de instanties ivm de meldingsplicht.”

Ten slotte stellen deelnemers een aantal voorwaarden aan de uitvoering en handhaving. Automobilisten zouden hulp moeten krijgen van artsen om een inschatting te maken van hun rijgeschiktheid. Bovendien is er behoefte aan duidelijkheid voor wanneer en voor welke aandoeningen deze plicht geldt:

“Jazeker. Zoals ook nu het geval is. Maar je krijgt niet altijd door wanneer je dat moet doen. Dus dat moet duidelijker worden. ”

“ Hierbij moet wel duidelijk worden welke medische situaties worden bedoeld. Een hoofdpijntje is wat anders dan leiden aan toevallen.”

Artsen melden bepaalde medische situaties verplicht

Huisartsen of specialisten kennen hun eigen patiënten het beste. Zij zien vaak als eerste of iemand niet meer veilig kan autorijden. Met deze keuze zijn artsen verplicht een melding te doen bij het CBR als zij twijfelen of iemand nog veilig kan autorijden. Dat kan bijvoorbeeld als iemands medische situatie verandert of bij het gebruik van medicijnen. De tabel hieronder vat de argumenten samen van deelnemers die deze optie kozen.

Tabel 3-15 Argumenten bij 'Artsen melden bepaalde medische situaties verplicht'

Argument	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit het panel noemen dit argument?	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit de open raadpleging noemen dit argument?
Draagt bij aan veiligheid		
Voorkomt gevaarlijke situaties	73	84
Veiligheid is belangrijker dan privacy	13	8
Zo kunnen verzwegen aandoeningen in beeld komen	103	50
Zelfoverschatting autobestuurders	26	33
Goede aanvulling		
Keuringen zijn niet perfect. Kunnen zo aangevuld worden	2	-
Leeftijdskeuring is te laat / niet regelmatig genoeg	3	3
Kennis en vaardigheden van artsen		

Artsen kennen het medische dossier het beste	68	72
Artsen merken veranderingen het snelste	17	26
Artsen hebben expertise	75	41
Artsen hebben zorgplicht voor patiënt en maatschappij	33	27
Artsen zijn objectief	16	29
Dan hoeft het niet via een keuringsarts	2	4
Effectief en efficient		
Haalbaarheid	2	12
Het is efficiënt	7	14
Snelheid van proces	5	8
Overig		
Noodzakelijk	26	7
Redelijk / proportioneel	3	18
Logisch	41	22
Zorgen		
Geheimhouding	4	15
Schaad vertrouwen van de patiënt	-	87
Niet passend voor tijdelijke aandoeningen	-	4

Niet iedereen komt bij een huisarts of kan er heen	-	3
Administratieve last huisartsen	1	5
Voorwaarden		
Enkel bij zware aandoeningen	42	23
Verplicht bij aandoeningen waarbij eigen verantwoordelijkheid wordt aangetast	13	14
Moet wel in overleg met de patiënt	11	8

Veiligheid is hierbij een belangrijk argument. En deelnemers maken expliciet de afweging tussen veiligheid en privacy.

“Mensen hebben soms bepaalde kwalen en of medicijnen waarbij autorijden gevaarlijk kan zijn”

“Dit wordt wel lastig met de privacywet, maar sommige dingen zijn nou eenmaal belangrijk om te melden. Vooral als de patiënt heel eigenwijs is en alles voor zich wil houden. Als je iets meldt, kan het toch een ongeluk, of zelfs meerdere ongelukken voorkomen.”

Manieren waarop deze optie aan veiligheid zouden bijdragen is bijvoorbeeld doordat verzwegen aandoeningen in beeld komen, maar ook doordat automobilisten die hun aandoeningen verzwijgen in beeld komen.

“Ik zie in mijn omgeving mensen aandoeningen verzwijgen voor het CBR om kosten en het gedoe te voorkomen. De meldplicht bij artsen plus een meer nadrukkelijke verplichting bij de automobilist zou het verzwijgen ietwat kunnen tegengaan.”

" Ik ken een persoon met de ziekte van Meniere die stevig volhoudt dat hij nog steeds veilig kan rijden. Ik ben van mening dat dit niet zo is en dat dit zou moeten worden bepaald door een Arts. Een arts zou in mijn ogen tevens op medische gronden de rijbevoegdheid moeten kunnen intrekken todat deze medische gronden niet langer van toepassing zijn of niet langer een limitatie vormen voor de rijvaardigheid."

Het is daarmee voor deelnemers een goede aanvulling van andere keuringen en onderdelen van het stelsel medische rijgeschiktheid.

De kennis en vaardigheden van artsen zijn belangrijk voor deelnemers die deze optie kiezen.

“Artsen kunnen een inschatting maken van de medische situatie van mensen”

“Kennen hun patiënt en kunnen dat goed beoordelen.”

“Ik vind het verstandig dat artsen deze plicht krijgen omdat ze professionals zijn”

Deelnemers zien dit als een deel van de zorgplicht van artsen voor hun patiënten en de samenleving.

“Dit ter bescherming van derden. Voorbeeld iemand met epilepsie meldt dit niet De huisarts vind ik is hierin verplicht en heeft zo de controle over een naar mijn mening verplichte melding. Zo kun je meer medische situaties

noemen. Het is een controle van medische verantwoordelijkheid van personen.”

“De arts mag dit doen om jezelf te beschermen.”

Deelnemers zien het ook als een efficiënte en effectieve manier om te beoordelen of automobilisten veilig kunnen rijden.

"Veel efficiënter dan al die keuringen waarbij een extreem laag percentage afgekeurd wordt

"Dit lijkt me samen met de voorgaande (niet alle medische situaties zijn bekend bij de huisarts) de meest efficiënte maatregel om te voorkomen dat mensen die echt niet meer kunnen rijden de weg op gaan.”

“Op deze wijze is info sneller beschikbaar”

Opvallend is dat een aantal deelnemers het ook een vanzelfsprekend vinden dat deze optie er zou kunnen. Het is ‘logisch’ of noodzakelijk. Tegelijkertijd hebben deelnemers zorgen, over geheimhouding (privacy), de vertrouwensband met de arts, en of iedereen hiermee in het zicht komt.

“Voor (huis)artsen zou het ook kunnen voelen als patiënten verraden.”

"Nadeel is dat dit van invloed is op de behandelrelatie maar bepaalde medische situaties hebben een dusdanig hoog relatief risico op het veroorzaken van verkeersongelukken dat dit te rechtvaardigen is".

Deelnemers maken afwegingen hiertussen. Dat is te zien aan de voorwaarden die gesteld worden. Dit zou enkel bij ernstige aandoeningen of klachten waarmee de eigen verantwoordelijkheid wordt aangetast gepast zijn:

“Bij ernstige klachten bv een zwaar hartinfarct of zware hersenbloedingen met gebreken.”

“Verplichten bij letsels/ziektebeelden waarbij de eigen verantwoordelijkheid van mensen minder kan worden aangesproken”

En ook dan het liefst in overleg met de patiënt.

"Uiteraard dient ook hier een goed gesprek plaats te vinden tussen arts en patiënt hierover. En in het geval van het ontbreken van ziekte inzicht zoals bij dementie, zou dit een goede oplossing zijn."

Overige opties

Regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies

Bij deze keuze worden op meerdere plekken in Nederland speciale centra ingericht. Automobilisten kunnen daar advies krijgen over veilig autorijden en hun medische situatie. Dit advies is vrijblijvend. Dit kan tot bewustzijn leiden bij de automobilist of de familie. Ook kan een automobilist advies krijgen over andere manieren om veilig deel te nemen aan het verkeer. Bijvoorbeeld door een ander vervoermiddel te kiezen dan de auto. De tabel hieronder vat de argumenten samen van deelnemers die deze optie kozen.

Tabel 3-16 Argumenten bij 'Regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies'

Argument	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit het panel noemen dit argument?	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit de open raadpleging noemen dit argument?
Onafhankelijk advies is goed		
Kan twijfel wegnemen	24	15
Creëert bewustzijn	11	8
Advies kan autorijder ondersteunen. Er zijn veel veranderingen op de weg.	12	20
Laagdrempelig		
Laagdrempelig voor bestuurders die zich schamen of bang zijn voor de consequenties (door vrijblijvendheid)	8	12
Laagdrempelig want dicht bij huis	11	13
Het is efficiënt om dit in de eigen regio te organiseren	7	6
Duidelijk meldpunt waar men naartoe kan	5	7
Vrijblijvendheid van informatie winnen	11	17
Overig		
Geef je de bestuurder een eigen verantwoordelijkheid mee (net zoals iemand gedronken heeft of moe is en	3	4

dan zelf beslist of het nog verantwoord is om te rijden).		
Het moet wel echt onafhankelijk advies zijn	15	20
Kan wachttijden CBR minimaliseren	-	4
Zorgen over extra bureaucratie	-	1
Moet wel echt laagdrempelig zijn	1	4

Deelnemers die deze optie kiezen verwijzen vaak naar het belang van onafhankelijk advies. Door regionale centra in te richten kunnen automobilisten twijfels wegnemen over hun rijgeschiktheid, en het maakt hun bewust van veranderingen op de weg en in hun gezondheid en hoe dat tot onveilige situaties zou kunnen leiden.

“Het is prettig om vrijblijvend vanaf je 70-e ergens naar toe te kunnen, waar je onafhankelijk informatie kunt krijgen. waar je 1 of 2 aanvullende theorielessen kunt krijgen, omdat regels nu eenmaal veranderen. Waar je mogelijk eens een rijvaardigheidstest og een toegevoegde rijles kunt doen.”

“Ik denk dat dit een maatregel is die twijfel kan wegnemen bij (familie van) automobilisten. Een onafhankelijke plek lijkt me laagdrempelig benaderbaar dan eigen arts of specialist.”

Daarbij is het belangrijk dat het vrijblijvend en laagdrempelig is omdat het anders automobilisten zou weerhouden van het inwinnen van informatie:

“Soms schamen mensen zich om informatie te vragen, of zijn bang voor de consequenties. Dit kan zonder risico zorgen voor andere keuzes.”

“Bij twijfel kun je dan vrijblijvend informatie inwinnen zonder dat dit gelijk consequenties heeft, maakt e.e.a. laagdrempelig.”

Op die manier wordt er uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid van verkeersdeelnemers:

“Preventie is goed en voorkomt latere problemen. Geeft ook dan de verantwoordelijkheid van de persoon aan.”

Deelnemers geven wel aan dat het advies dat gegeven wordt echt onafhankelijk en laagdrempelig moet zijn, dat ervaren zij nu niet altijd zo.

Verplicht vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs

Bij deze keuze vullen alle automobilisten bij de aanvraag of verlenging van hun rijbewijs online een vragenlijst in. Als uit de vragenlijst blijkt dat iemand misschien niet veilig kan autorijden, volgt een medische keuring. De tabel hieronder vat de argumenten samen van deelnemers die deze optie kozen.

Tabel 3-17 Argumenten bij 'Verplicht vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs'

Argument	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit het panel noemen dit argument?	Hoeveel van de 1.000 respondenten uit de open raadpleging noemen dit argument?
Het is een goed instrument		
Goed aanknopingspunt voor voorselectie voor onderzoek	48	43

Helpt tijdig detecteren van aandoeningen die rijgeschiktheid beperken / early warning system	36	63
Gezondheidssituatie kan per jaar verschillen	59	14
Mensen kunnen eigen rijgeschiktheid niet inschatten	6	18
Verkeersdrukke neemt toe, waardoor dit belangrijk is om te doen, zodat voorkomen kan worden dat ongeschikte mensen rijden.	6	2
Neemt probleem van leeftijdscdiscriminatie weg	21	9
Creëert bewustwording		
Zet aan (dwingt/helpt) tot nadenken	22	20
Creëert bewustwording over risico's	32	56
Goede manier om mensen verantwoordelijk te maken en te houden	32	48
Jongeren worden zo ook bewust gemaakt (niet alleen ouderen)	6	13
'Te doen' en haalbaar		
Juridische stok achter de deur	9	14

Betaalbaar	3	6
Haalbaar	5	36
Te doen voor rijbewijshouders	3	4
Zorgen		
Eerlijkheid bij invullen	33	16
Voegt voor de verkeersveiligheid niets toe	2	8
Teveel aandoeningen worden reden voor dure keuring	3	-
Voorwaarden		
Huisartsen (of andere specialisten) moeten ook helpen inschatting te maken	11	25
Mits er ook gevolgen kleven aan niet eerlijk invullen. Bijv: naar waarheid invullen anders vervalt rijbewijs	11	33
Het invullen moet snel, betrouwbaar en efficiënt kunnen	1	9
Houd rekening met privacy	-	2

Veel deelnemers kiezen voor deze optie. Zij motiveren die keuze met het argument dat de vragenlijst (gezondheidsverklaring) wordt gezien als een goed instrument om snel informatie te verzamelen over de gezondheid, om aan de hand daarvan vervolgstappen te zetten.

"Vroege screening op mogelijke problemen bij 75- voorkomt onnodige slachtoffers"

"Hier kan je al kijken of er eventuele acties nodig zijn om vroegtijdig in te grijpen. Mocht er niks aan de hand zijn, is er geen reden voor actie."

"Soms weet niet dat je iets hebt waardoor je misschien niet meer mag rijden of het niet slim is om te gaan rijden. Bij zo'n vragenlijst sta je er even bij stil en kan je er goed over na denken."

Het neemt bovendien het probleem van leeftijdsdiscriminatie weg.

Ook creëert het bewustwording onder automobilisten, aldus deelnemers:

"Niet iedereen heeft een goed zelfinzicht wat de gezondheid betreft in relatie tot kunnen autorijden. Tegelijkertijd is een vragenlijst invullen altijd positief. Mijn vriend is onlangs achter het stuur gestorven aan een hartinfarct. Dat kan op elke leeftijd gebeuren. Hij had zelfinzicht en heeft de auto netjes aan de kant gezet voor hij stierf en achter het stuur ging hangen. Hij was 71, maar bij 30-jarigen kan dat ook al gebeuren. "

"Als deze drempel er in zit dan zal men na bij voorbeeld een tia niet het rijbewijs zo maar verlengen onder het motto: er wordt niets gevraagd dus ik hoef niets te melden."

"Lijkt me heel adequaat: ik ken mensen die alcoholverslaafd zijn en zich niet meer er van bewust zijn dat ze geen auto kunnen rijden. Dan moet de vraag wel in de vragenlijst staan, en bij liegen over zo'n aandoening een flinke sanctie opleveren. Datzelfde geldt voor ziektes of drugsverslaving (is ook een ziekte natuurlijk)."

Deelnemers zien het ook als 'te doen', goed uitvoerbaar en handhaafbaar.

"Kan thuis, minder rompslomp en toch nog een mogelijkheid om automobilisten te confronteren met gewenste en ongewenste medische situaties."

"De vragenlijst is een goed idee. Dit zet aan tot regelmatig nadenken over je rijgeschiktheid en geeft eveneens een juridische stok achter de deur als de meldingsplicht voor rijongeschiktheid wettelijk wordt doorgevoerd."

Tegelijkertijd hebben deelnemers zorgen. Bijvoorbeeld dat te veel aandoeningen een reden worden voor een dure keuring. Dat deelnemers de vragenlijst niet eerlijk invullen, en dat het uiteindelijk voor de verkeersveiligheid niets toevoegt. Om die zorgen te ondervangen stellen zij een aantal voorwaarden. Bijvoorbeeld dat het oneerlijk invullen van een vragenlijst wordt bestraft (e.g. door het vervallen van het rijbewijs), of dat deelnemers de vragenlijst samen met de huisarts invullen.

Ideeën voor veranderingen

We vroegen deelnemers om, als zij iets zouden veranderen, wat zij dan zouden veranderen. Deelnemers komen met concrete suggesties voor verbeteringen, maar in hun woorden zijn ook een aantal onderliggende thema's te ontwaren. Deelnemers zouden enerzijds meer aansturen op een systeem wat (nog) beter in staat is **automobilisten te herkennen** die wellicht niet rijgeschikt zijn. Dat is te doen door keuringen anders te organiseren en de inhoud aan te passen, maar anderzijds zien we een roep om **proportionaliteit**. De druk van procedures (bureaucratie) en kosten moeten in verhouding staan voor wat het oplevert.

Een aantal van de ideeën hangt sterk samen met de opties die al zijn voorgelegd in deze raadpleging, en zijn varianten daarop. Andere ideeën hebben te maken met de inhoud van de keuring, de uitvoering van de keuring en het gehele stelsel. Tabel 3-18 geeft een overzicht van de genoemde ideeën en we zullen we hieronder bespreken.

In aanvulling op deze suggesties heeft een aantal deelnemers ook fysieke en/of mentale aandoeningen aangegeven zijn waar het huidige stelsel medische rijgeschiktheid soms wringt, bijvoorbeeld omdat (her)keuringen niet altijd nodig worden geacht. De genoemde aandoeningen zijn: autisme, diabetes, epilepsie, spasme, apneu en ADD / ADHD. In [de appendix](#) staan er per aandoening citaten om te illustreren hoe mensen met deze aandoeningen, hun naasten en professionals medische keuringen ervaren.

Tabel 3-18 Varianten op de in dit onderzoek voorgelegde verandersuggesties

Varianten op de in dit onderzoek voorgelegde verandersuggesties
--

Eerder keuren
Meldplicht uitbreiden naar rij-instructeur, arts en ook andere weggebruikers.
Keuring door CBR of huisarts in plaats van een keuringsarts
Huisarts betrekken in de keuring, bijvoorbeeld door advies te geven
De leeftijd voor de leeftijdskeuring verlagen, verhogen of loslaten
Keuringen afschaffen/ hele stelsel medische rijgeschiktheid afschaffen
Suggesties die te maken hebben met de inhoud van de keuring
Milde ouderdomssymptomen meenemen
Testen op reactievermogen, kijkgedrag, en ogen
Uitvoeren van een rijtest
Meer aandacht voor geestelijke gezondheid
Duidelijkheid voorwaarden van beoordeling rijgeschiktheid
Suggesties met betrekking tot het uitvoeren van keuringen
Strenger keuren
Praktijk- en of theorie-examen toevoegen aan keuring
Kosten eenduidig en verlagen
Verantwoordelijkheid niet bij CBR beleggen
Suggesties met betrekking tot het stelsel
Inspelen op bewustzijn en verantwoordelijkheid automobilist
De bureaucratie verminderen
Meer controles uitvoeren
Een "Pauze" invoeren
Leren van andere landen

Varianten op de voorgelegde verandersuggesties

Deelnemers geven bijvoorbeeld aan dat er een meldplicht moet komen, maar dat die zelfs voor nog meer personen kan gelden dan in dit onderzoek is voorgelegd.

"Meldplicht. Voor zowel jezelf, als anderen, als rij-instructeur en als arts zou dit verplicht moeten zijn om te melden. "

"Veel sneller meldingen maken wanneer ik iemand tegen kom die een slecht rijgedrag heeft "

Of dat de keuring zou kunnen worden uitgevoerd door iemand anders dan een keuringsarts.

" Keuring laten doen door huisarts in plaats van keuringsarts "

" keuring door CBR "

Ook geven deelnemers aan dat de huisarts meer betrokken kan worden bij medische keuringen. Dus niet alleen als degene die hem uitvoert of een meldplicht heeft, maar de huisarts zou bijvoorbeeld ook als deel van de keuring een advies kunnen geven aan een keuringsarts.

"Verklaring van huisarts. Kijk ook naar eventuele schade en/of aanrijdingen die in de laatste jaren zijn geweest. "

" Huisartsen advies moet leidend zijn. "

Net als in de onderbouwingen van deelnemers zien we ook hier dat er deelnemers zijn die pleiten voor een verlaging van de leeftijd waarop de leeftijdskeuring plaatsvindt. En er zijn deelnemers die pleiten voor een verhoging. Anderen geven aan leeftijd niet als criterium te willen gebruiken.

" Medische keuring jaarlijks vanaf 50 jaar. "

"Denk toch eerder laten keuren dan 75 jaar om te kunnen zien of je wel goed genoeg bent op de weg"

"De leeftijdsgrens kan best naar 80+. Als het bij de huisarts gebeurt kan deze ook bepalen of het eerder zou moeten om te testen. "

" Met stijgende AOW leeftijd de leeftijdsgrens voor verplichte keuring hieraan koppelen "

" Duidelijke criteria, niet leeftijdsgebonden, strafbaarheid bij overtreding. Vergelijk het met alcoholgebruik "

"Bij elk ongeval/incident de politie laten beoordelen of de persoon nog wel geschikt is , zo komen jonge aso-rijders ook aan de beurt "

Andere deelnemers suggereren juist alle keuringen en zelfs het hele stelsel medische rijgeschiktheid af te schaffen. In dit onderzoek legden we enkel de optie voor om de 75+ leeftijdskeuring af te schaffen.

Suggesties die te maken hebben met de keuringseisen

Deelnemers doen ook suggesties voor de inhoud van de keuringen. Over wat er wel of niet getoetst moet worden en aan welke eisen een automobilist moet voldoen. Iemand pleit bijvoorbeeld voor het meenemen van "milde ouderdomssymptomen":

"Ook wordt onvoldoende aandacht besteed aan bepaalde "mildere" ouderdomssymptomen in de vragenlijst en keuring terwijl die grote

gevolgen kunnen hebben voor rijvaardigheid: verwardheid, duizeligheid, coördinatie, slaapproblemen "

En te toetsen op kijkgedrag, reactievermogen en een ogentest uit te voeren.

"Fysieke beweging m.b.t. kijkgedrag controleren"

"ogentest verplichten"

"reactievermogen testen"

Ook pleit een enkeling voor het invoeren van een rijtest:

"Rijtest vanaf n.n.t.b. leeftijd."

"Misschien mensen met medicijnen een rij toets laten doen. stel ze zakken dat ze niet gelijk hun rijbewijs moeten inleveren maar wel een eye-opener is. "

" een rijtest.....alhoewel dat dat de kosten verder doen stijgen."

Er is volgens deelnemers ook meer aandacht nodig voor geestelijke gezondheid:

" Meer aandacht voor geestelijke gezondheid. Dit geldt dan ook voor jongeren.

" Er meer op letten dat iemand geestelijk in staat is aan het verkeer deel te nemen. Het is een samenspel van geven en nemen. "

" niet alleen lichamelijk maar ook geestelijk meenemen. Een demente bejaarde kan bij een keuring volledig perfect overkomen terwijl de hele omgeving weet dat er meer speelt "

"' Zorgvuldiger kijken in welke gevallen een keuring echt noodzakelijk is (ik noem autisme... is het echt zo dat mensen zonder autisme beter rijden dan met???)"

Los van specifieke eisen geeft men ook aan meer duidelijkheid te bieden als de deelnemer wijzigingen zou aanbrengen in het stelsel medische rijgeschiktheid.

" Duidelijkheid waar de medische en/of fysieke grenzen liggen voor actieve deelname aan het verkeer"

"Duidelijkheid"

"Betere voorlichting over wanneer wel of niet melden en de gevolgen van wel of niet melden. "

Suggesties met betrekking tot het uitvoeren van keuringen

Een aantal deelnemers geeft aan dat de keuringen strenger kunnen:

" Strenger zijn op het keuren en al op vroegere leeftijd beginnen met medisch keuren. "

" Regelmatig test doen. "

"Strengere regels "

En dat los van een medische beoordeling ook de rijvaardigheid beoordeeld kan worden

*" Dat mensen verlicht om de 10 jaar opnieuw praktijkexamen moeten doen.
"*

*" Herhalen van theorie- en praktijkexamens elke x jaar (met oog op
haalbaarheid voor overheid). "*

*"Bij een nieuw rijbewijs wordt een theorie- en praktijk-test gedaan, wat ook
bij een herbeoordeling zou moeten. Deze tests kunnen wel korter en/of
d.m.v een simulator worden gedaan, sneller en goedkoper. Ook zou dit
oplopend in leeftijd frequenter moeten gebeuren: 1x bij 65 jaar, 1x bij 70
jaar, 1x bij 75 jaar, en daarna om de 2 jaar. "*

Kosten eenduidig maken en verlagen.

*"De prijs. Als je je nu moet laten keuren door een specialist kan het zo zijn
dat je 300 euro kwijt bent!! Ik vind dat bizar veel geld voor een afspraak van
een half uur. "*

*"Niet voor iedereen de hoge kosten en moeilijke keuringen; iedereen is
anders*

Echt meer via de huisarts; sneller, veiliger, goedkoper, eerlijker "

*"Een standaardtarief maken voor keuringen. Niet van die grote verschillen
in bedragen, dat moet niet kunnen."*

Ook geven deelnemers aan dat zij de verantwoordelijkheid voor keuringen niet bij het CBR zouden beleggen:

"Neem de verantwoordelijkheid weg bij het CBR. Zij zijn het centrum om de praktische rijvaardigheid te toetsen, niet de medische. Op het moment dat een arts/behandelaar én de rijsschool aangeven dat er geen verband zit tussen medicatie en het rijgedrag zou dat voldoende moeten zijn. Daarnaast zou ik de "onafhankelijk" CBR keuringsartsen afschaffen. De eerste keer ben ik 175 euro lichter gemaakt, en bij de verlenging van mijn rijbewijs 330 euro. Deze beide keren waren het afspraken van 10 minuten, prima uurtarief zo zou ik zeggen. "

"Het eindoordeel zou bij een bekwaam arts moeten liggen en niet bij het CBR. Zij hebben te weinig kennis in huis van alle ziekten en medische oplossingen om goed te kunnen oordelen. Daarnaast is een afspraak bij eigen of onafhankelijk arts sneller gemaakt en loopt de keuring niet zo veel vertraging op. Wanneer deze keuringen gecombineerd kunnen worden met de keuringen door eigen arts scheelt dat ook enorm in de kosten voor de keuring. "

Los van al dan niet aanwezige expertise geven deelnemers ook aan dat de reactietermijnen vanuit het CBR voor hen te lang zijn (geweest):

" De snelheid waarmee het CBR reageert (moet sneller, dus)"

"De termijnen bij het CBR. Het CBR heeft overal te lang voor om iets bijv. te beoordelen. Ik vind dat dit sneller moet worden. "

"Het CBR. Het duurt een eeuwigheid voordat je bericht krijgt n.a.v. het insturen van een Medische Verklaring om het rijbewijs verlengd te krijgen.

Suggesties met betrekking tot het stelsel

Ten slotte doen deelnemers ook suggesties met betrekking tot het stelsel. Zij geven bijvoorbeeld aan dat het stelsel meer kan inspelen op het bewustzijn en de verantwoordelijkheid van automobilisten.

"Tijdens rijlesopleiding en in latere periodieke verwijzingen een veel groter belang hechten aan de morele verantwoordelijkheid die ieder verkeersdeelnemer moet hebben "

"Gebruiker meer verantwoording geven "

"Mensen moeten beseffen dat rijden een recht is dat onder zo veilig mogelijke omstandigheden uitgevoerd mag worden. Gedrag, begrip en besef en acceptatie moet dus aangepast worden. "

Hiermee samenhangend zouden deelnemers de bureaucratie willen verminderen.

"Zoals eerder aangegeven zou ik minder bureaucratie in de procedurele afwikkeling willen en ook een veel meer laagdrempeligere toets van de medische geschiktheid, een oogarts is bijvoorbeeld niet standaard elke 5 of 10 jaar nodig als de huisarts dit prima kan testen. Dit tezamen met een wettelijke borging van de meldplicht is wellicht een stuk efficiënter. "

" De bureaucratie er uit halen"

" Geen bureaucratie! Vrijwilligheid van autobestuurder voorop, indien het gedrag echt onverantwoord is een gratis rijtest/keuring aanbieden en op basis daarvan met bestuurder in gesprek gaan."

Anderen willen juist meer controles uitvoeren:

"Misschien wat meer controleren. "

" Zodra je 'door de keuring komt' duurt het weer jaren voordat iemand wordt beoordeeld. Terwijl juist in die leeftijdsgroep 'het verval' van het een op het andere moment toeslaat. Op dat moment zou er een extra controle moeten plaatsvinden. "

" Er moet controle zijn, mensen geven zelf nooit toe dat ze niet meer kunnen rijden want willen niet afhankelijk zijn "

Een deelnemers suggereert dat er ook een "pauze" zou kunnen worden ingevoerd voor deelnemers voor wie een afkeuring grote gevolgen heeft.

"Dat iemand niet gelijk al zijn rijbewijzen kwijt is. Er moet bijvoorbeeld ook een pauze kunnen komen. Sommige mensen komen zodanig in de problemen met hun werk, terwijl er door kleine aanpassingen goed te rijden is. Of als na een tijdje iemand weer wel kan rijden, dat ze dan niet op hoge kosten worden gejaagd. De procedures zijn nu veel te ingewikkeld en te cru. "

En ten slotte valt er ook te leren van andere landen:

"Over de grens kijken of er geen beter systeem bestaat"

"Men heeft de mond vol over 1 europa, maar in Duitsland is een rijbewijs voor het leven. Dat moet hier dus ook kunnen "

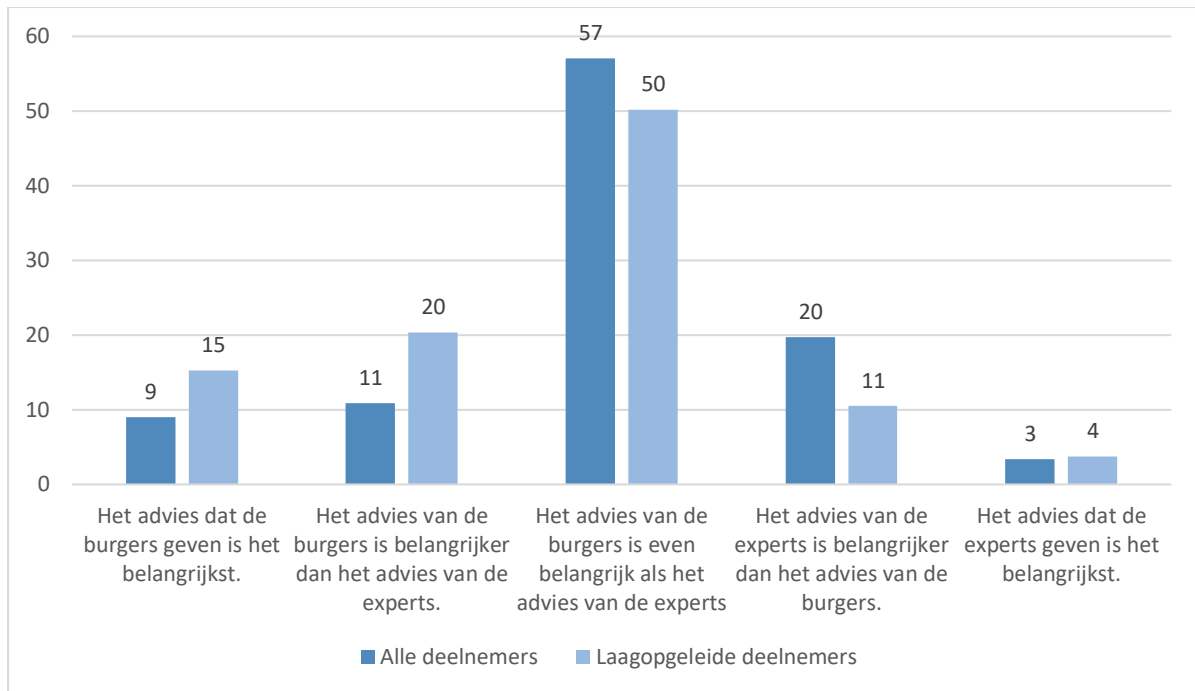
4. Wat vonden deelnemers van de PWE?

4.1. Wat moet de overheid volgens deelnemers met de resultaten doen?

Nadat deelnemers hun adviezen hadden gegeven, vroegen we hen wat de overheid met de resultaten zou moeten doen. Allereerst werd er aan deelnemers gevraagd hoe de overheid het advies van burgers moet wegen ten opzichte van het advies van experts. Tabel 4-1 laat zien dat meer dan de helft (57%) van de deelnemers aangaf het advies van de burgers even belangrijk te vinden als het advies van experts. 3% geeft aan het advies van experts het belangrijkste te vinden tegenover 9% van de deelnemers die het advies van de burgers het belangrijkste vindt. 20% van de deelnemers vindt het advies van experts belangrijker dan dat van burgers en 11% vindt het advies van burgers belangrijker dan het advies van experts.

Opvallend is dat laagopgeleiden meer waarde toekennen aan het advies van burgers tegenover dat van experts. Waar gemiddeld zo'n 20% van alle deelnemers meer waarde toekent aan het advies van burgers tegenover dat van experts, is onder laagopgeleiden dat 35%. Het tegenovergestelde is ook zichtbaar. Waar gemiddeld 23% van de deelnemers meer waarde toekent aan het advies van experts is dat onder laagopgeleiden slechts 15%. Dit is in lijn met andere landelijke raadplegingen.

Tabel 4-1 hoe wegen deelnemers adviezen van burgers en experts?



4.2. Beleving en ervaring van het onderzoek

Vergeleken met referentiecijfers van soortgelijke raadplegingen scoort deze raadpleging goed wat betreft zelfvertrouwen en de meerwaarde die deelnemers zien van dit onderzoek, zie Tabel 4-2. Hieronder laten we in zwart zien welk percentage van de deelnemers het eens/oneens is of neutraal staat ten opzichte van de stellingen. In het grijs erachter staat het referentiecijfer van de klimaatraadpleging die gebruik maakte van een vergelijkbare methode en in het voorjaar van 2021 heeft plaatsgevonden.

Tabel 4-2 Antwoorden deelnemers op stelling over deze raadpleging. *Deze stelling was bij de klimaatraadpleging iets anders. Het ging niet over 'wetten en regels', maar 'klimaatbeleid' in dat geval.

Stellingen	Eens	Neutraal	Oneens
Ik ben overtuigd van mijn keuzes in dit onderzoek.	83%	12%	4%
	(70%)	(25%)	(5%)

Dit onderzoek is een goede manier om mensen in Nederland te betrekken bij keuzes over wetten en regels*.	75% (75%)	18% (18%)	5% (7%)
De overheid moet deze methode vaker inzetten om Nederlanders te betrekken bij overheidsbeleid	78% (75%)	14% (20%)	7% (5%)

De grote meerderheid van de deelnemers is sterk positief over (deelname aan) de raadpleging; 83% is overtuigd van de eigen keuzes. 75% van de deelnemers deze raadpleging een goede manier om Nederlanders te betrekken bij keuzes over regels en wetten en 78% vindt dat de overheid vaker dit soort onderzoeken zou moeten doen. Deelnemers zeggen over dit onderzoek:

“Dit onderzoek zet je aan het denken en de mening van het volk wordt getoetst. Dat er een beroep wordt gedaan op eigen verantwoordelijkheid”

“Überhaupt dit onderzoek vind ik sterk. Dat je weer aan het denken wordt gezet over de risico's, omdat deelnemers aan het verkeer gemiddeld ouder worden de komende jaren.”

“Een balans van open vragen en keuzevragen en er wordt veel informatie bij de vragen gegeven zodat je een antwoord kan geven ook al wist je nog niet zo veel van dit onderwerp af.”

“Het creatieve gedeelte waarbij men een budget krijgt en er zelf mee aan de slag moet gaan [waardeer ik].”

Deelnemers gaven gemiddeld een 7,4 als rapportcijfer voor dit onderzoek op een schaal van 0 tot 10. 57% van de deelnemers geeft de raadpleging een acht of hoger.

4.3. Positieve en negatieve aspecten van de raadpleging medische rijgeschiktheid

Deelnemers kregen de mogelijkheid om sterke- en verbeterpunten te noemen van de raadpleging. Dit levert specifieke inzichten op over zowel de sterke en zwakke kanten van deze specifieke methode als meer algemeen de manier waarop burgers graag betrokken willen worden bij beleid rondom het medisch keuren van automobilisten. De antwoorden van 1.200 deelnemers zijn geanalyseerd.

De sterkste kanten van dit onderzoek volgens deelnemers waren onder andere de duidelijke volledige informatievoorziening, het inzicht in het effect van keuzeopties, en als belangrijkste de bewustwording en mogelijkheid tot meedenken en participeren. Deelnemers vonden het grootste zwakke aspect van het onderzoek dat er maar een beperkt aantal keuzes of opties werden gegeven en dat de term medische aandoening verduidelijkt dient te worden.

De mogelijkheid mee te mogen praten

Deelnemers waarderen de mogelijkheid om mee te mogen praten, maar hebben zorgen over de invloed hiervan.

“Het feit dat er een onderzoek/enquête als dit plaatsvindt vind ik al heel belangrijk.”

“Dat mensen kunnen aangeven hoe de onderzoek [keuring] gaat. Soms heb ik het idee dat de CBR het absoluut niet weet, laat staan de overheid.”

“Dat dit onderzoek bijdraagt aan het grotere geheel.”

“De uitgebreide en ter zake doende vragenlijst en dat onze mening überhaupt gevraagd wordt.”

Een zorg van deelnemers was dat deelnemers twijfelden in hoeverre hun input zou worden meegenomen in toekomstig beleid. Een aantal voorbeelden hiervan:

“Eindelijk word je als burger ergens bij betrokken. Nu afwachten of er ook wat mee gebeurt!”

“De indruk wordt gegeven dat de mening van de "gebruiker" waardevol is.”

“Ik ben benieuwd of er iets veranderd door mee te doen met dit onderzoek.”

“Weinig, alles zal afhangen van welke waarde wordt toegekend aan gegevens van dit onderzoek.”

Gevoel van betrokkenheid

Daarnaast gaven veel deelnemers aan dat zij het waardeerden door het meedoen aan het onderzoek een bijdrage te kunnen leveren. Dit geeft een gevoel van betrokkenheid onder deelnemers.

“Dat je mee mag denken.”

“Je verhaal kwijt kunnen”

“Dat het volk betrokken wordt.”

“Dat de mening van de inwoner wordt gevraagd”

“bijdrage van de gewone mens.”

“luisteren naar de mening van het volk is goed.”

“Er wordt ook eindelijk eens geluisterd naar de burgers die uiteindelijk het meeste praktijkervaring hebben.”

“Dat er iets gevraagd wordt en niet voorgeschreven.”

“Het is goed om de mening van de direct betrokkenen te vragen. Immers, zij doen dagelijks ervaringen op die verschillend kunnen zijn van die van experts en goedwillende ambtenaren.”

Duidelijkheid van het onderzoek

Deelnemers waardeerden de toegankelijkheid en duidelijkheid van het onderzoek.

“De duidelijk gestelde vragen”

“Site werkt goed, opties zijn duidelijk”

“Duidelijke video's, informatie en uitleg”

“Genoeg ruimte voor je eigen mening met daarnaast toch een duidelijke structuur/richting”

Goede informatievoorziening

Deelnemers vonden de informatievoorziening een sterk punt van de raadpleging. Deelnemers vonden met name dat er een duidelijk overzicht werd gegeven van de kosten, effectiviteit en baten van de verschillende keuzeopties waardoor zij een weloverwogen keuze konden maken. 75% van de deelnemers beantwoorde de stelling 'Ik kreeg genoeg informatie om mijn keuze op te baseren' positief (tabel 4-2).

"Ik heb het niet het idee dat er een deelonderwerp is dat niet aan bod gekomen is, maar wel aan bod had moeten komen."

"Duidelijk inzicht krijgen in de mogelijkheden."

"Het sterke punt van dit onderzoek is dat er door dit onderzoek dingen duidelijk worden en je met je neus op de feiten wordt gedrukt."

"Een objectieve score met als doel tot een reële verbetering te komen vergelijken."

Keuzemogelijkheden

Deelnemers die kritisch waren konden zich niet altijd vinden in de afbakening van het onderzoek en de geboden opties.

"Ik zou meer keuzes willen krijgen in controle mogelijkheden."

"Je wordt gedwongen keuzes te maken die niet geheel in lijn liggen met wat je nu echt zou willen. Er bestaan vele mogelijkheden dit op te lossen. Die worden niet benoemd."

"Aandacht verbreden naar alle leeftijdsgroepen en invloed van medicijn gebruik."

“Nu is het onderzoek teveel gericht op de medische kant van de zaak. Ik vind het belangrijker, dat bestuurders hun voertuig goed onder controle hebben (de technische handelingen) en op de hoogte zijn van verkeersregels.”

“Meer keuzes/overwegingen geven waar mensen tussen kunnen kiezen.”

Ervaring van en begrip voor overheidsdilemma's

Deelnemers gaven aan dat de raadpleging hen meer inzicht gaf in de dilemma's waarmee de overheid kampt op het gebied van medische rijgeschiktheid:

“De impact van beleidskeuzes inzichtelijk maken.”

“Zit een stuk bewustwording in.”

“Dat je er zelf ook weer over gaat nadenken. Het is moeilijk als er uitkomt dat iemand niet meer moet autorijden, maar het is dan niet anders.”

“Inzicht krijgen in de afwegingen die moeten worden gemaakt.”

“Dat je zelf het geld kunt besteden, dan ga je mogelijk andere keuzes maken dan door alleen maar te zeggen dat je alles wel wilt.”

“Keuzemogelijkheden en dat je de kosten ziet en de opbrengst.”

Het is aannemelijk dat deze inzichten ontstaan onder deelnemers doordat de burger in de schoenen van de beleidsmaker wordt gezet. Mogelijk leidt dit tot meer begrip waarom bepaalde keuzes worden gemaakt en maakt acceptatie mogelijk groter.

Mogelijkheid tot nuance

De mogelijkheid om nuance aan te geven in de antwoorden werd door deelnemers regelmatig genoemd. Door een deel werd dit als positief ervaren terwijl anderen graag nog meer nuance in hun perspectief hadden willen geven. Quotes van deelnemers:

“Bij een van de vragen bij de huidige situatie of het nieuwe voorstel kan maar een mogelijkheid aangegeven worden terwijl er meer genuanceerd meerde mogelijkheden zijn.”

“Meer nuances in keuzemogelijkheden.”

“Meer ruimte om persoonlijke visie op het geheel weer te geven.”

Deelnemers waren met name positief over de ruimte om toelichting te geven op de keuzes die zij maakten.

“Ik kon niet altijd de 1 op 1 voorkeuren goed indelen, maar kon door het toelichten later mijn nuances wel aangeven.”

“Mogelijkheid om toe te lichten.”

“Er wordt om uitleg gevraagd, dus waarom vindt je iets.”

Zorgen voor voldoende informatie, hoeveelheid keuzemogelijkheden en de mogelijkheid om nuance aan te geven in perspectieven lijken dus belangrijke aspecten voor deelnemers. Hierdoor krijgt de deelnemer meer vrijheid in het geven van antwoorden en het aanrijken van eigen ideeën, wat mogelijk kan bijdragen aan de kwaliteit van het beleid rondom medische rijgeschiktheid.

Zorgt voor bewustwording

Deelnemers gaven ook aan dat de raadpleging zorgde voor bewustwording op een meer persoonlijk niveau:

“Dat je gaat nadenken over je eigen rijden.”

“Je laten kijken naar je eigen situatie.”

“Zet mij aan tot nadenken.”

“Dat we bewust worden van onszelf.”

4.4. Bijdrage van onderzoek aan doelen van burgerparticipatie

De redenen die deelnemers noemen waarom zij positief of negatief zijn over het onderzoek sluiten goed aan bij drie redenen die in de literatuur worden genoemd om burgers te laten participeren in overheidsbeleid (Fiorino, 1990; Stirling, 2008): 1) de **normatieve rationale**: het is intrinsiek goed om burgers te betrekken in beslissingen waar zij (ingrijpende) effecten van ondervinden; 2) **substantieve rationale**: door het betrekken van burgers wordt het beleid beter omdat zij kennis hebben over beleidsaspecten waarover overheden of experts niet beschikken; 3) **instrumentele rationale**: het betrekken van burgers vergroot het begrip voor keuzes die de overheid maakt. Het draagvlak voor de uiteindelijke keuze wordt groter en het vertrouwen in de overheid neemt toe.

Tabel 4-3 laat zien dat we deze drie rationales kunnen herkennen in de aspecten die deelnemers noemen: ten eerste waarderen zij het kunnen geven van hun mening en betrokken worden bij beleidskeuzes, dit valt onder de **normatieve rationale**. Ten tweede zijn

drie vaak genoemde aspecten gerelateerd aan de inhoudelijke/substantieve rationale. Deelnemers willen een inhoudelijke bijdrage leveren om tot een kwalitatief beter stelsel medische rijgeschiktheid te komen (**substantieve rationale**): de informatievoorziening, de keuzemogelijkheden en de mogelijkheid tot nuance helpen hierbij. Een aspect dat als sterk punt regelmatig genoemd werd door deelnemers dat zou kunnen bijdragen aan een beter beleid medische rijgeschiktheid was begrip voor de dilemma's rondom het beleid en bewustwording door zelfreflectie. Dit laat zien dat dit onderzoek ook vanuit de **instrumentele rationale** een bijdrage levert. Door om de mening te vragen van Nederlanders ontstaat er meer begrip over en voor de keuzes die gemaakt worden door de overheid rondom het medische keuren van automobilisten. Tegelijkertijd wordt dit begrip beïnvloed door de mate waarin de overheid de bijdragen van deelnemers meeneemt in besluitvorming.

Tabel 4-3 Overzicht van gewaardeerde en verbeterpunten verbonden aan rationales

Rationale	Wat waardeert men?	Verbeterpunten
Normatief	De mogelijkheid mee te mogen praten	Twijfel of er iets gedaan wordt met uitkomsten
	Geeft een gevoel van betrokkenheid	
	Duidelijkheid en toegankelijkheid van het onderzoek	Afbakening van het onderzoek voelt soms beperkend
Substantief	Goede informatievoorziening	
	Voldoende keuzemogelijkheden	Keuzemogelijkheden voelt soms beperkend
	Mogelijkheid tot nuance	
Instrumenteel	Ervaring van en begrip voor overheidsdilemma's	Twijfel of er iets gedaan wordt met uitkomsten
	Zorgt voor bewustwording	

5. Conclusies

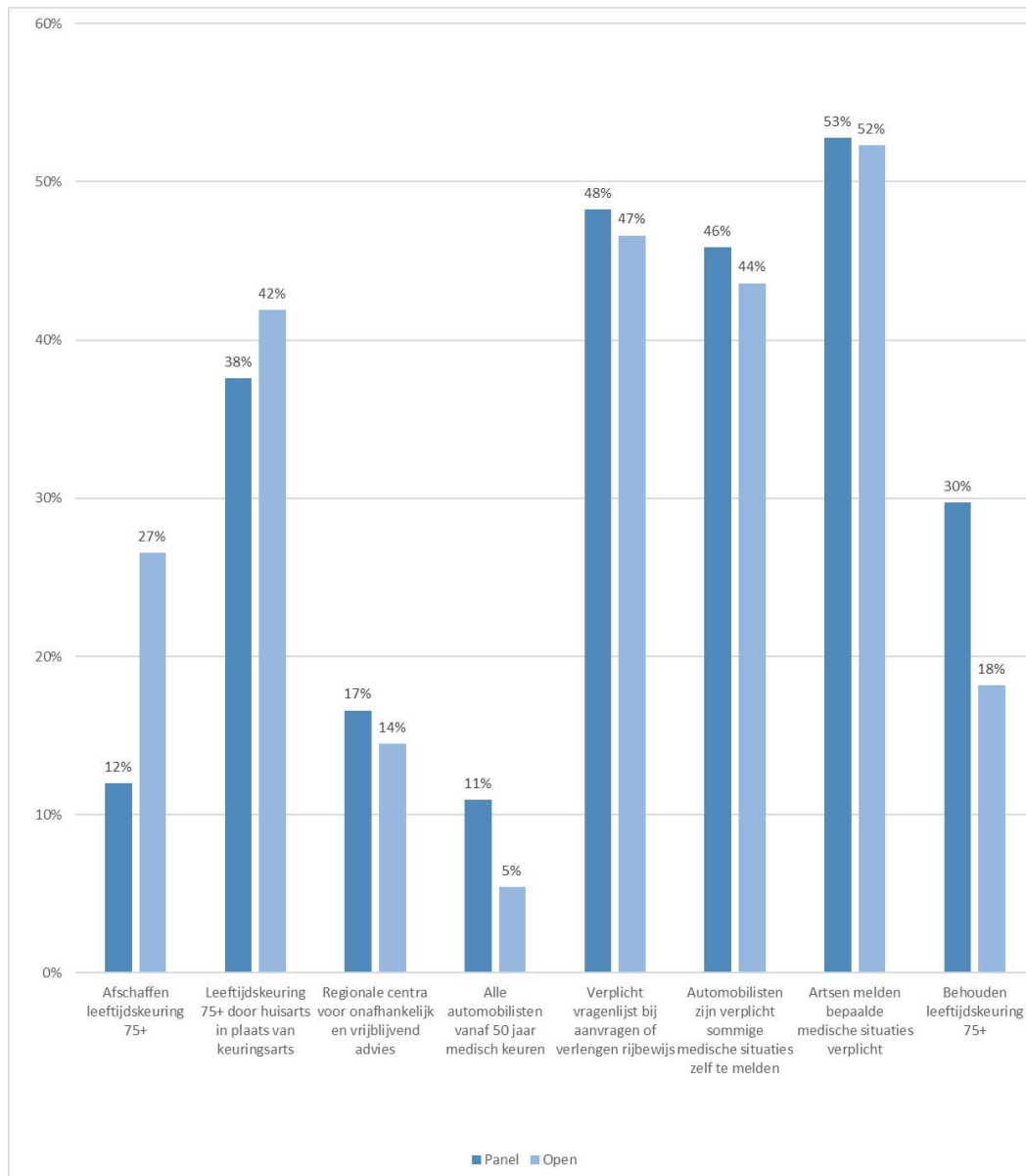
Als we naar de verschillende analyses kijken die we hebben uitgevoerd, dan kunnen we een aantal hoofdconclusies trekken.

1. Opties die zich richten op het delen van informatie over medische gesteldheid zijn relatief populair

Allereerst zien we dat keuzeopties die zich richten op het delen van informatie met overheidsinstanties relatief populair zijn onder deelnemers. Door deze opties kunnen automobilisten met een medische situatie die hun rijgeschiktheid negatief beïnvloedt beter geïdentificeerd en gekeurd worden. De keuzeoptie “artsen melden bepaalde medische situaties verplicht” is de meest populaire keuzeoptie in de raadpleging. Dit is de enige keuzeoptie die zowel in de raadpleging met het internetpanel als de open raadpleging door meer dan de helft van de deelnemers wordt geadviseerd. De optie “automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden” en de keuzeoptie “verplichte vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs” worden ook door een substantieel aantal deelnemers geadviseerd (bijna 50%) en vormen daarmee de top 3 beleidsadviezen.

Opgemerkt moet worden dat de optie “verplichte vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs” minder goed scoort in de kwantitatieve analyse van de antwoorden van deelnemers en dit komt doordat deze keuzeoptie gepaard gaat met een forse verhoging van de jaarlijkse uitvoeringskosten. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat een groot deel van de deelnemers een voorkeur heeft voor een stelselverandering die ervoor zorgt dat de uitvoeringskosten gelijk blijven of waarvan de kosten slechts marginaal omhoog gaan. De keuzeopties “artsen melden bepaalde medische situaties verplicht” en “automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden” scoren beter op dit criterium en komen dan ook het beste uit de bus in de kwantitatieve analyses.

Figuur 5-1 Percentage deelnemers dat de keuzeopties aanbeveelt



2. Het stelsel medische rijgeschiktheid houdt er rekening mee dat sommige automobilisten niet eerlijk zijn over hun medische situatie

Als we kijken naar de argumenten die deelnemers noemen voor hun keuzes, dan zien we dat deelnemers proberen een 'sluitend en correctief' systeem te ontwerpen dat ervoor zorgt dat automobilisten die om verschillende redenen risicovol gedrag vertonen snel en adequaat worden herkend en gecorrigeerd. Deelnemers willen dat het stelsel medische rijgeschiktheid

onder meer in staat is om de volgende varianten van risicovol gedrag snel te herkennen en te corrigeren: 1) automobilisten die eigenlijk wel weten dat ze niet meer moeten autorijden, gaan toch achter het stuur zitten en deze groep probeert aandoeningen te verzwijgen; 2) automobilisten weten zelf niet dat ze een medische aandoening hebben die invloed kan hebben op hun rijgedrag en dus weten ze niet dat ze een risico vormen voor anderen; 3) automobilisten overschatten de mate waarin ze nog veilig kunnen autorijden. Deelnemers willen graag checks in het stelsel medische rijgeschiktheid die deze risico's mitigeren.

De onderbouwing van verschillende deelnemers begint met het benoemen van één van de drie bovenstaande risico's. Deelnemers geven bijvoorbeeld aan dat zij het gevoel hebben dat er veel automobilisten zijn die zich niet uit zichzelf op tijd zullen laten keuren. Er zijn weinig positieve prikkels om je te laten keuren. Het kost geld en tijd en de consequentie kan zijn dat je je rijbewijs verliest. Veel deelnemers hebben daarom het gevoel dat er veel (mede)automobilisten zullen zijn die doorgaan met autorijden, terwijl zij eigenlijk weten dat dit risicovol is. Zie bijvoorbeeld de volgende quote: *"De drang om te blijven rijden is zo hoog dat je niet uit kunt gaan van de eerlijkheid van de mens. "Het kan heus nog wel", totdat het mis gaat."*

Veel respondenten koppelen in hun antwoorden een risico aan een concrete keuzeoptie. De keuzeoptie "verplichte vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs" wordt bijvoorbeeld vaak genoemd als een goede methode om automobilisten te identificeren die een medische aandoening hebben die invloed kan hebben op hun rijgedrag zonder dat ze zich hier zelf van bewust zijn. Verschillende deelnemers zien deze oplossing als een 'early warning system' voor het tijdig detecteren van aandoeningen die de rijgeschiktheid beperken. Ook denken verschillende deelnemers dat deze keuzeoptie ervoor zorgt dat automobilisten worden gedwongen om goed na te denken over hun eigen rijgeschiktheid en zich meer bewust worden van risico's. Deze optie kan goed werken om bepaalde risicogroepen te identificeren, maar er zijn ook risicogroepen waarop deze optie volgens deelnemers weinig invloed heeft, zoals de automobilist die de vragenlijst niet eerlijk invult. Een oplossing die door deelnemers wordt aangedragen, is het verbinden van consequenties aan het niet eerlijk invullen van de

vragenlijst (bijvoorbeeld het rijbewijs vervalt). Een andere oplossing is om (ook) de keuzeopties “artsen melden bepaalde medische situaties verplicht” en/of “automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden” te implementeren. Ongeveer 70% van de deelnemers aan de raadpleging adviseert ofwel een wettelijke meldplicht voor artsen ofwel een wettelijke meldplicht voor automobilisten. Zo zegt een deelnemer: *“ik zie in mijn omgeving mensen aandoeningen verzwijgen voor het CBR, om kosten en het gedoe te voorkomen. De meldplicht bij artsen plus een meer nadrukkelijke verplichting bij de automobilist zou het verzwijgen ietwat kunnen tegengaan.”*

Een voordeel van de keuzeoptie “artsen melden bepaalde medische situaties verplicht” is dat deze in principe de drie bovengenoemde vormen van risicogedrag kan mitigeren: 1) automobilisten verzwijgen aandoeningen en gaan door met autorijden, terwijl ze zelf weten dat dit onverstandig is; 2) automobilisten overschatten de mate waarin ze nog veilig kunnen autorijden; 3) automobilisten weten zelf niet dat ze een medische aandoening hebben die invloed kan hebben op hun rijgedrag en dus weten ze niet dat ze een risico vormen voor anderen. Zo geven deelnemers aan dat artsen in staat zijn om aandoeningen te herkennen die deelnemers zelf niet meer kunnen identificeren. *“Dat is belangrijk zolang ze dat zelf kunnen overzien en ervaren, bij mensen met b.v. dementie of andere geestelijke problemen is dat vaak niet het geval.”*

3. Artsen kunnen een goede inschatting maken, maar deelnemers stellen wel voorwaarden aan een grotere rol

Andere deelnemers vinden dat de verantwoordelijkheid bij een arts moet liggen omdat een arts veel beter dan een automobilist een objectieve inschatting kan maken. Ook is een arts volgens hen in staat om automobilisten te identificeren die hun medische situatie niet eerlijk melden. Een nadeel van deze keuzeoptie is volgens verschillende deelnemers dat een meldplicht van artsen in strijd is met het medisch beroepsgeheim: *“Een bezwaar hierbij zou de geheimhoudingsplicht van de arts kunnen zijn. Hier moet dan een oplossing voor gevonden worden”* en de meldingsplicht kan de vertrouwensband met de arts schaden: *“Voor*

(huis)artsen zou het ook kunnen voelen als patiënten verraden". Ook zijn er verschillende deelnemers die deze nadelen noemen, maar toch vinden dat de meldingsplicht voor artsen per saldo meer voordelen heeft: "nadeel is dat dit van invloed is op de behandelrelatie maar bepaalde medische situaties hebben een dusdanig hoog relatief risico op het veroorzaken van verkeersongelukken dat dit te rechtvaardigen is" en "dit wordt wel lastig met de privacywet, maar sommige dingen zijn nou eenmaal belangrijk om te melden. Vooral als de patiënt heel eigenwijs is en alles voor zich wil houden. Als je iets meldt, kan het toch een ongeluk, of zelfs meerdere ongelukken voorkomen."

Een grote groep deelnemers ziet de bovenstaande nadelen en vindt daarom de keuzeoptie "artsen melden bepaalde medische situaties verplicht" alleen onder voorwaarden wenselijk. De volgende drie voorwaarden worden genoemd: 1) enkel een meldplicht bij ernstige aandoeningen; 2) enkel bij aandoeningen waarbij de eigen verantwoordelijkheid wordt aangetast (o.a. dementie); 3) alleen melden nadat er een goed gesprek heeft plaatsgevonden met de patiënt.

Ook zijn er deelnemers die de meldplicht voor artsen een 'no go area' vinden en deze opteren bijvoorbeeld voor de keuzeoptie "automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden". Zie bijvoorbeeld het volgende antwoord: *"Ik ben voorstander van een meldingsplicht. Echter, het delen van medische gegevens aan de overheid is een 'no-go'. Huisartsen en doctors moeten dus worden voorgelicht dat zij hun patiënten informeren indien hun ziekte, medicijngebruik of ouderdom ervoor zorgen dat hun rijongeschiktheid onvoldoende is. Op deze manier is de automobilist goed geïnformeerd over zijn rij (on)geschiktheid en kan hij deze juist doorgeven aan de instanties ivm de meldingsplicht."* Er worden ook andere argumenten genoemd om de verplichting om medische aandoeningen die de rijgeschiktheid beïnvloeden te melden juist neer te leggen bij de automobilist: 1) de automobilist kan zelf het beste een oordeel vellen. De automobilist kan het snelst in actie komen wanneer zijn/haar rijvaardigheden veranderen. Je kan niet van een arts verwachten dat hij/zij altijd de goede diagnose kan stellen; zeker bij automobilisten die geneigd zijn om aandoeningen te verzwijgen; 2) de meldplicht vergroot het bewustzijn van automobilisten; 3)

dit is de plek is waar de verantwoordelijkheid hoort te liggen. Een deel van deze deelnemers vindt ook dat deze verantwoordelijkheid flinke consequenties met zich mee mag brengen. Zo geeft een deelnemer aan dat het verzuimen van de meldplicht mag leiden tot uitsluiting van verzekering bij een ongeluk. Dit geeft een duidelijke prikkel om een medische aandoening te melden.

Een voordeel van een meldplicht van ofwel de automobilist ofwel de arts ten opzichte van een leeftijdsgebonden keuring is dat het systeem reactiever is op veranderende medische omstandigheden. Zo zegt een deelnemer: *“Omdat er acuut een nieuwe medische situatie kan ontstaan, die het rijvermogen beïnvloedt en misschien anders niet snel genoeg wordt opgemerkt tijdens routinecontroles.”*

4. De leeftijdskeuring wordt gezien als vangnet

Als we kijken naar de opties rond leeftijdskeuring dan zien we dat de “Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts” het meest populair is gevolgd door het behoud van de 75+ keuring en het afschaffen van de 75+ keuring. Wel moet worden opgemerkt dat onder jongere deelnemers uit het internetpanel het behoud van de 75+ keuring populairder is dan de leeftijdskeuring door een huisarts. Uit één van de kwantitatieve analyses die we hebben uitgevoerd blijkt dat “Behoud van de 75+ keuring” populairder is dan “Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts”. Op basis van deze raadpleging kan dus niet eenduidig worden geconcludeerd dat “Behoud van de 75+ keuring” of “Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts” de meest populaire keuzeoptie is rond de leeftijdskeuring. Wel is het duidelijk dat het invoeren van een medische keuring van automobilisten vanaf 50 jaar op weinig steun kan rekenen, slechts 11% van de deelnemers uit het internetpanel kiest hiervoor. Dit beeld wordt bevestigd in de scenariovragen, hierin is het scenario waarin een leeftijdskeuring vanaf 50 jaar wordt ingevoerd het minst gekozen.

Slechts een klein deel van de deelnemers aan de raadpleging (12% van het internetpanel en 27% van de open raadpleging) vindt dat de 75+ keuring volledig moet worden afgeschaft. Het percentage is hoger in de open raadpleging omdat 70+-ers sterk zijn oververtegenwoordigd in de open raadpleging en deze hebben een relatief sterke voorkeur voor het afschaffen van de 75+ keuring. Deelnemers noemen als argument voor het behoud van de 75+ keuring dat het een goede methode kan zijn om automobilisten te herkennen die risicovol gedrag vertonen, maar niet worden geïdentificeerd door opties zoals de verplichte vragenlijst en de meldplicht van artsen. Het is als het ware een vangnet of een sluitstuk van het stelsel medische rijgeschiktheid.

Een ander voordeel van de leeftijdsgebonden keuring ten opzichte van het leggen van een wettelijke verantwoordelijkheid bij één of meerdere specifieke partijen, zoals de automobilist of de arts, is dat je geen keuze hoeft te maken bij welke partij de verantwoordelijkheid ligt. De verantwoordelijkheid ligt dan bij het stelsel. Het is wel duidelijk dat deelnemers aan de raadpleging het niet eens zijn over de specifieke leeftijd vanaf wanneer de verplichte keuring plaatsvindt. Nu is dat 75 jaar, maar er zijn deelnemers die vinden dat de leeftijdsgrens omlaag moet en deelnemers die vinden dat de leeftijdsgrens omhoog moet. Wanneer de leeftijdsgebonden keuring wordt vastgehouden, dan adviseren wij om deze grens goed te onderbouwen richting het publiek.

In de open raadpleging is de “Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts” populairder dan het behouden van de 75+ keuring en het invoeren van een medische keuring van automobilisten vanaf 50 jaar. Verschillende deelnemers adviseerden de leeftijdskeuring 75+ door een huisarts in plaats van een keuringarts, ook wanneer dit tot een kleine verslechtering van de verkeersveiligheid zou leiden. Deze groep deelnemers is dus bereid om (kleine) verkeersveiligheidsrisico's te accepteren. De groep die kiest vanuit het principe “veiligheid voor alles” is klein. Slechts 5% van de deelnemers selecteerde een portfolio (combinatie) van keuzeopties die zou leiden tot maximale verkeersveiligheidseffecten. De populariteit van de leeftijdskeuring 75+ door de huisarts kan worden verklaard doordat de ‘vangnetfunctie’ van de 75+ keuring in stand blijft. Iedereen wordt een keer gekeurd, dus de

kans dat een automobilist met een medische aandoening ertussen door glipt is relatief klein. Er wordt ook een serie andere argumenten genoemd. Deelnemers denken dat de huisarts een betere inschatting kan maken dan de keuringsarts vanwege betere kennis over de medische geschiedenis en de persoonlijkheid van de automobilist. Sommige deelnemers denken dat automobilisten een keuringsarts makkelijker om de tuin kunnen leiden dan hun eigen huisarts: *“de huisarts weet het beste wie hij of zij voor hem heeft, er kan niets meer verzwegen worden.”* Ook is het bezoek aan een huisarts laagdrempeliger door het goede contact en de kortere ritafstand. We bevelen aan om de hypothese van deelnemers dat de huisarts een betere inschatting kan maken dan de keuringsarts goed te onderzoeken en hierover ook te communiceren. Daarbij bevelen we aan om te onderzoeken of het verschuiven van de keuringstaak van de keuringsarts naar de huisarts kan leiden tot een lager vertrouwen in de huisarts (omdat de huisarts beslissingen kan nemen die uiteindelijk tot het invorderen van het rijbewijs leidt) wat ook negatieve gevolgen kan hebben (zoals het mijden van zorg).

5. Zoek positieve prikkels om een medische aandoening te melden

Een andere aanbeveling die voortvloeit uit deze raadpleging, is dat het interessant is om na te denken over positieve prikkels voor automobilisten om een medische aandoening te melden. Veel deelnemers aan de raadpleging opteren voor een sluitend correctief systeem, omdat zij een hun medeautomobilisten niet vertrouwen wat betreft hun bereidheid om een aandoening te melden. Dit wantrouwen is het gevolg van het gevoel bij deelnemers dat er verschillende factoren zijn die de meldingsbereidheid negatief beïnvloeden. Deelnemers hebben het gevoel dat je moet betalen voor een keuring die als gevolg kan hebben dat je rijbewijs kwijtraakt en dat het eerlijk melden van een aandoening kan worden ‘afgestraft’, terwijl het verzwijgen wordt ‘beloond’. Een andere denkrichting is het verkleinen van de negatieve prikkels. De keuzeoptie “instellen van regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies” zou een goed middel kunnen zijn om dit doel te bereiken. Deze optie werd echter maar door een relatief klein aantal deelnemers aanbevolen en scoort zeer slecht in de kwantitatieve modelresultaten vanwege de hoge uitvoeringskosten.

*6. De meerderheid wil kleine wijzigingen en sommige deelnemers
dragen eigen ideeën aan*

Een meerderheid van de deelnemers (72,1% in de panelraadpleging, en 59,2% in de open raadpleging) geeft aan geen of kleine aanpassingen te willen aan de manier waarop we beoordelen of iemand veilig kan autorijden. Wel zagen we dat een cluster deelnemers dat er grote aanpassingen worden gemaakt aan het stelsel medische rijgeschiktheid. Dit zijn met name ouderen en automobilisten die 2 tot 4 dagen op de weg zitten. In aanvulling op de in deze raadpleging aangereikte ideeën voor mogelijke veranderingen, dragen deelnemers zelf ook talloze ideeën aan. Ze doen suggesties met betrekking tot de inhoud en uitvoering van de keuring, en het stelsel zelf. Bovendien noemen deelnemers verschillende fysieke of mentale aandoeningen waar het stelsel medische rijgeschiktheid bij wringt. Beide categorieën ideeën geven handvatten voor grote en kleine aanpassingen die het stelsel medische rijgeschiktheid kunnen optimaliseren.

6. Referenties

Andersson Elffers Felix (AEF), Keijser R., Venhuizen M., Van Rosmalen G. 2020. Nederlands stelsel medische rijgeschiktheid. GI143/rapport deelstudie 1 - Deelstudie 1 - Beschrijving huidig Nederlands stelsel.

Fiorino D J, 1990. Citizen Participation and Environmental Risk - a Survey of Institutional Mechanisms Science Technology & Human Values 15(2) 226-243

Mouter, N., van Cranenburgh, S., van Wee., G.P. 2017. Do individuals have different preferences as consumer and citizen? The trade-off between travel time and safety. Transportation Research Part A 106, 333-349.

Mouter, N., van Cranenburgh, S., van Wee., G.P., 2018. The consumer-citizen duality: Ten reasons why citizens prefer safety and drivers desire speed. Accident Analysis & Prevention 121, 53-63.

Bahamonde-Birke, F.J., and N. Mouter. 2019. About positive and negative synergies of social projects: treating correlation in participatory value evaluation.

Mouter N, Koster PR, Dekker T. 2021a. Contrasting the recommendations of Participatory Value Evaluation and Cost-Benefit Analysis in the context of urban mobility investments. Transportation Research Part A: Policy and Practice ;144: 54 – 73

Mouter N, Shortall RM, Spruit SL, Itten AV. 2021b. Including young people, cutting time and producing useful outcomes: Participatory Value Evaluation as a new practice of public participation in the Dutch energy transition. Energy Research & Social Science. 2021b;75.

Mouter N, Hernandez JI, Itten AV. 2021c Public participation in crisis policymaking. How 30,000 Dutch citizens advised their government on relaxing COVID-19 lockdown measures. PLoS ONE 16(5): e0250614.

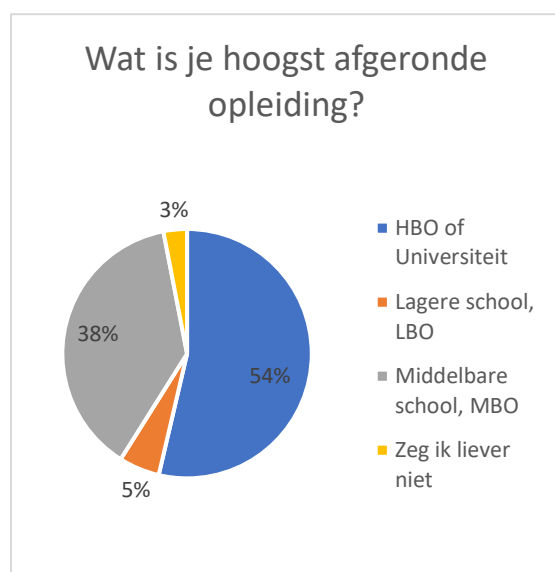
Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV), 2020 Davidse RJ., Doumen MJA., Wijnen W. Alternatieven voor het huidige stelsel medische rijgeschiktheid. Mogelijkheden voor een stelselherziening. R-2020-21

Stirling A, 2008, Opening up or closing down: analysis, participation and power in the social appraisal of technology Science, technology and Human Values 33(2) 262-294

Appendix 1: Resultaten eenvoudige versie

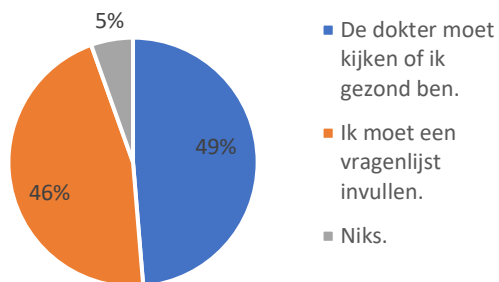
Wie deden er mee?

- 480 van de deelnemers aan de eenvoudige versie van dit onderzoek hebben een rijbewijs. 10 personen hebben geen rijbewijs maar willen die ooit gaan halen, of hebben er nooit een gehad.
- Het merendeel van de deelnemers is tussen de 50 en 75 jaar oud.
- En hoger opgeleid.

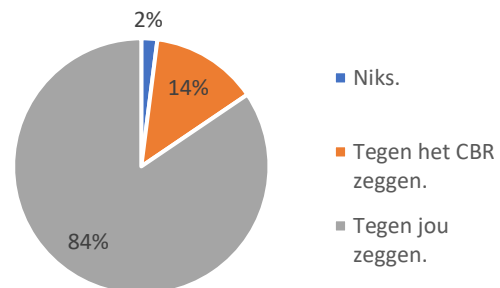


Reacties van deelnemers op drie vragen

Als jij een rijbewijs wilt. En de overheid wil dat je gezond genoeg bent. Wat moet de overheid doen?



Je dokter twijfelt of jij veilig kan rijden. Wat moet de dokter doen?



Moet de overheid kijken of oude mensen nog veilig autorijden? Vanaf welke leeftijd?



Als je denkt dat je niet veilig kan autorijden. Omdat je niet goed ziet of beweegt. Moet je dit dan tegen de overheid zeggen?



Appendix 2: Scenario's die zijn voorgelegd aan deelnemers



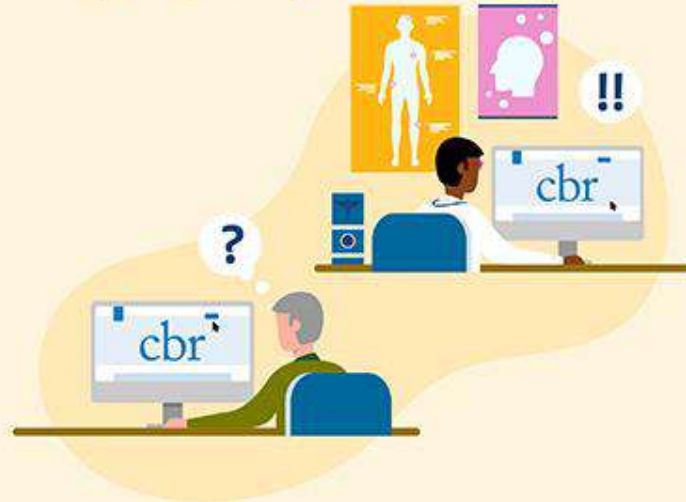
Figuur Huidige situatie



Figuur Scenario 1

Verantwoordelijkheid bij arts

- Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
- Artsen moeten sommige medische situaties verplicht melden.
- Geen 75+ leeftijdskeuring.



Figuur scenario 2

Alle automobilisten vanaf 50 jaar keuren

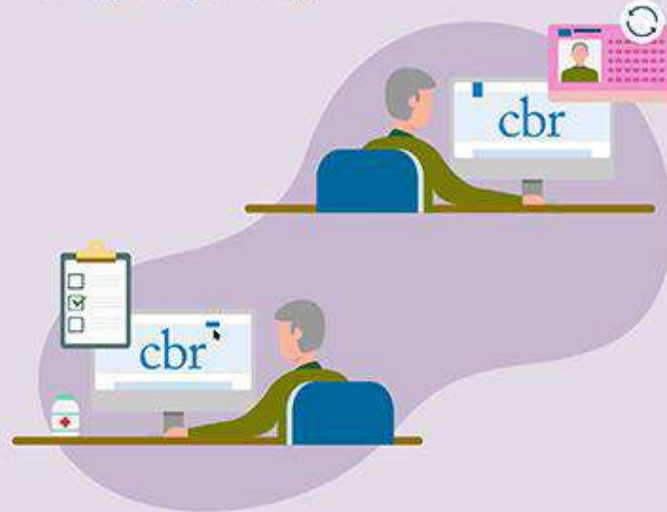
- Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
- Na 25 jaar opnieuw praktijkexamen doen.
- Leeftijdskeuring voor 50+ bij elke verlenging van het rijbewijs.



Figuur scenario 3

Vragenlijst bij elke verlenging

- Twijfel over uw gezondheid? Vrijwillig melden bij het CBR.
- Vragenlijst bij aanvraag of verlenging van het rijbewijs.
- Geen 75+ leeftijdskeuring.



Figuur scenario 4

Appendix 3: Lijst met fysieke en mentale aandoeningen

We vroegen deelnemers aan te geven of zij fysieke of mentale aandoeningen kennen waar het stelsel medische rijgeschiktheid bij wringt, bijvoorbeeld omdat een verplicht (her)keuring niet nodig wordt geacht. Deelnemers noemden een aantal condities. We zetten die in de tabel hieronder op een rij. We hebben ervoor gekozen die zoveel mogelijk met quotes te illustreren.

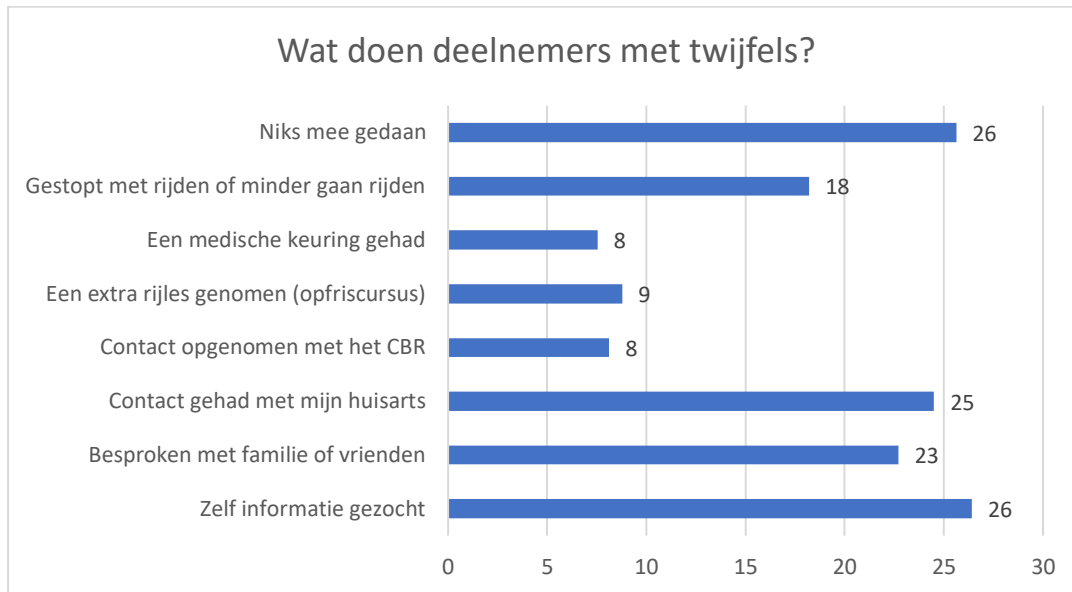
Aandoening	Citaat
Autisme	“Dit is in ieder geval niet nodig voor autisme en ADHD, zoals ik hierboven al heb uitgelegd. Ik denk dat het voor veel andere situaties ook de verantwoordelijkheid moet worden van de persoon zelf of van een huisarts. Ik ben echter niet volledig op de hoogte van alle medische situaties waarbij er gekeurd wordt en ik ben natuurlijk ook geen (ervarings)deskundige op het gebied van deze situaties, dus ik mag daar ook geen hele sterke mening over hebben.” “Bij autisme en ad(h)d, en diverse psychische aandoeningen.”
Diabetes	“Bij diabetes ligt het bij de patient om te beoordelen hoe het voelt om een voertuig te besturen. De wisselende gezondheid is bepalend of het wel of niet kan. Diabetes is van alledag en moeilijk in te schatten.” “Diabetes 1 met huidige technieken prima te monitoren. Waarom iedere paar jaar gekeurd. Deze mensen zien ieder jaar paar keer hun eigen arts. Deze kan prima beoordelen of ze een externe keuring nodig hebben. Geldt voor meer gevallen. Stel je hebt al 10 jaar geen enkele last van een aandoening, waarom dan wel steeds tot je dood herkeuring voor deze aandoening.”

	“Diabetes ed je weet wel wanneer het niet verantwoord is de weg op te gaan.” “Diabetes, tegenwoordig wordt dat met een kastje aan het lichaam goed bijgehouden wat de bloedsuikerspiegel is. Eigenlijk vind ik dat er vooral gekeken moet worden naar hoe vaak een medische keuring niet succesvol wordt afgerond bij iedere aandoening? Als dat percentage dermate laag is (bijv. onder de 10%) dan is het niet fair om een hele groep mensen steeds op deze manier te belasten met een log systeem.”
Epilepsie	“Epilepsie, psychische storingen, agressie e.d.” “Ja. vroeger moest ik regelmatig gekeurd worden i.v.m. een lichte vorm van epilepsie.”
Spasme	“Ik ben vanaf geboorte spastisch en bij aanvraag rijbewijs gekeurd en het zou financieel niet terecht zijn dat ik iedere keer opnieuw gekeurd zou moeten worden ik heb dus geen vallende ziekte of epileptische aandoening en derhalve stabiel.”
Apneu	“Ik hoor wel eens verhalen van apneu patiënten die niet mogen rijden van het CBR. Ik vraag mij dan af of men bij het CBR wel beseft dat als die persoon middels een cpap of bipap goed ingesteld is, hij best wel weer in staat is om veilig auto te rijden. Kortom ik vraag mij af of er wel voldoende kennis is bij het CBR omtrent apneu.”

	“Slaapapneu zonder achter het stuur in slaap te vallen. bij goede behandeling is 5 jaar goed.” “In mijn geval leest men slecht het dossier en houd men vast aan het gebruik van een cpap terwijl in mijn dossier staat dat ik die al lang (2013) niet meer gebruik en er een dubbele kaakoperatie heeft plaats gevonden.”
ADD / ADHD	“Jongeren met ADD. Waarom moeten die extra gekeurd. Jongeren met autisme, idem dito.” “Bij goedgereguleerde, chronische patienten de keuring schorten. Voorbeelden hiervan zijn patienten die levenslang gebruik maken van anti-depressiva, medicatie bij AD(H)D.”

Appendix 4: Genomen acties bij twijfels over rijgeschiktheid

We vroegen deelnemers die rapporteerden dat zij weleens twijfels hadden gehad over of zij konden rijden wat zij toen gedaan hadden. Onderstaande tabel geeft de antwoorden weer op die vraag. Deelnemers konden meerdere antwoorden aankruisen.



Appendix 5: Overzicht van effectschattingen

Hoe hebben we de bandbreedten geschat? Allereerst hebben we een schatting gemaakt t.o.v. de huidige situatie (referentiejaar 2018) waarin er:

- 354.000 personen (afgerond op duizendtallen) worden gekeurd (dit is exclusief beroepschauffeurs).
- De vijfjaarlijkse 75+ keuring voor mensen zonder specifieke aandoening blijft behouden (157.000 mensen per jaar)
- Voor het kunnen aanvragen van een rijbewijs dient men nu verplicht een gezondheidsverklaring in te vullen (287.000 mensen per jaar).
- Er een morele plicht is voor rijbewijshouders om zich te melden bij gezondheidsproblemen (15.000 doen dit jaarlijks)
- Als mensen een aandoening of ziekte hebben die invloed kan hebben op hun rijgeschiktheid worden ze gekeurd (36.000 mensen per jaar)

We hebben de bandbreedten vastgesteld middels grove schattingen op basis van een aantal ankerpunten uit de literatuur en gesprekken met experts. Wanneer onzekerheid groot was volgens de literatuur en experts, dan hebben we grote bandbreedten rondom de effecten geselecteerd en we kozen voor een kleinere bandbreedte als er veel zekerheid was rondom het niveau van de effecten.

- Bij het bepalen van de bandbreedte van 'verandering jaarlijkse uitvoeringskosten' zijn we uitgegaan van de kosten genoemd in paragraaf 5.5.5. van eerder genoemd SWOV rapport (2020). Uitzondering hierop is de optie 'regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies'.
- Bij het bepalen van de bandbreedte van 'verandering kosten voor automobilisten tijdens hun leven in euro' zijn we uitgegaan van de kosten genoemd SWOV (2020). Uitzondering hierop is de optie 'regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies'
- Bij de inschatting van het aantal verkeersdoden is uitgegaan van een grove schatting van de SWOV dat de afschaffing van de 75+ keuring tot een mogelijke toename van 1-2 doden per jaar zou leiden. Hiervan zei een expert dat dit waarschijnlijk een hoge schatting is, tegelijkertijd missen ondersteunende data. Wij hebben hier gewerkt met een brede bandbreedte vanwege de grote onzekerheid. Hetzelfde geldt voor het bepalen van de bandbreedtes voor de verandering in het aantal zwaargewonden in het verkeer. Bij de optie waarbij een

leeftijdskeuring vanaf 50 wordt ingevoerd gaan we ervanuit dat het percentage mensen dat een aandoening heeft die van invloed kunnen zijn op de rijgeschiktheid naar verwachting kleiner is dan bij de 75-plussers, en dat daarom er een minder groot effect is.

- Bij de inschatting van de verandering in lengte van de procedure verwachten we dat de lengte van de procedures toenemen en afnemen met de toename of afname van het aantal gekeurde personen. Hier voeren we een versimpeling in door aan te nemen dat dit effect lineair is.
- De verandering in het aantal beoordeelde personen is grotendeels gebaseerd op demografische gegevens over bevolkingsopbouw.
- De inschatting van de invloed van de opties op het aantal ongeschikt verklaarden is herleid op basis van informatie vanuit de 75+ keuring en keuring van beroepschauffeurs. Bij de 75+ keuring is 1.4% van de gekeurden ongeschikt, het is onbekend hoe dat in de brede populatie is. We schatten dat dit een stuk lager is. We hanteren het percentage onder beroepschauffeurs (0,2% ongeschikten bij keuring) als richtinggevend voor de bovengrens. We nemen aan dat de 75+ keuring door de huisarts ongeveer even effectief is als de huidige 75+ keuring.

Dat er onzekerheid is, communiceren we ook aan deelnemers via de volgende boodschap: *“We laten u straks kosten en effecten zien van verschillende keuzes. Dit zijn schattingen op basis van eerder onderzoek. We hebben ook meningen van deskundigen gevraagd en ruwe berekeningen gemaakt. Dit is de beste informatie die wij op dit moment hebben. In de praktijk kunnen de kosten en effecten hoger of lager uitvallen.”*

<i>Keuzeoptie</i>	Behouden leeftijdsk euring 75+	Afschaffen leeftijdsk euring 75+	Leeftijdsk euring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts	Regionale centra voor onafhankelijk en vrijblijvend advies.	Alle automobilisten vanaf 50 jaar medisch keuren	Verplicht vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs	Automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden	Artsen melden bepaalde medische situaties verplicht
<i>Effect</i>								
Verandering jaarlijkse uitvoeringskosten	0	12 tot 20 miljoen minder kosten dan huidige situatie.	4-8 miljoen minder dan huidige situatie.	60-120 miljoen meer dan huidige situatie.	40 tot 60 miljoen euro meer kosten dan huidige situatie.	30 tot 50 miljoen euro meer kosten dan huidige situatie.	0,4 tot 0,8 miljoen euro meer kosten dan huidige situatie.	0 tot 1,5 miljoen euro meer kosten dan huidige situatie.
Verandering kosten automobilisten tijdens hun leven in euro's	0	250 tpt 450 euro minder kosten.	100 tot 180 euro minder kosten .	20 tot 40 euro minder kosten .	300 tot 700 euro meer kosten .	100 tot 300 euro meer kosten.	0 (geen verschil in kosten)	0 (geen verschil in kosten)
Verandering lengte van de procedure in maanden	0	0 tot 2 maanden minder	Procedure is 1 tot 2 maanden korter dan nu.	Geen wachttijden. Je kan zo binnenlopen.	Procedure is 0 tot 2 maanden langer dan nu.	Procedure is 2 weken tot 2 maanden langer	Geen verschil in lengte procedure van keuring.	Geen verschil in lengte procedure van keuring.
Verandering aantal verkeersdoden per jaar	0	1 tot 3 meer verkeersdoden per jaar ten opzichte van nu.	2 meer tot 2 minder verkeersdoden ten opzichte van nu.	1 tot 2 minder verkeersdoden per jaar ten opzichte van nu.	0 tot 2 minder verkeersdoden per jaar ten opzichte van nu.	0,5 tot 6 doden minder per jaar.	0,5 tot 2 minder verkeersdoden per jaar ten opzichte van nu.	1 tot 5 minder verkeersdoden per jaar ten opzichte van nu.
Verandering aantal zwaargewonden per jaar	0	15 tot 40 meer ten opzichte van nu.	2 minder tot 2 meer ten opzichte van nu.	10 tot 25 minder ten opzichte van nu.	5 tot 15 minder ten opzichte van nu.	10 tot 60 minder zwaargewonden per jaar	5 tot 20 minder ten opzichte van nu.	10 tot 50 minder ten opzichte van nu.
Verandering aantal gekeurde personen per jaar	0	140.000 tot 160.000 minder ten opzichte van nu.	0 (Geen verandering ten opzichte van nu).	0 (er worden geen keuringen uitgevoerd).	400.000 tot 500.000 meer ten opzichte van nu.	260.000 tot 420.000 meer ten opzichte van nu.	8.000 tot 12.000 meer ten opzichte van nu	8000 tot 20.000 meer ten opzichte van nu.
Verandering aantal ongeschikt verklaarden per jaar		2.000 tot 2.400 minder ten opzichte van nu.	500 minder tot 500 meer ten opzichte van nu.	600 tot 1600 meer ten opzichte van nu.	200 tot 1000 meer ten opzichte van nu.	100 tot 8400 meer ten opzichte van nu.	600 tot 1.600 meer ten opzichte van nu.	800 tot 2400 meer ten opzichte van nu.

Appendix 6: Wanneer zouden deelnemers zich melden bij het CBR?

We vroegen deelnemers de volgende zin af te maken: Ik zou me sneller melden bij het CBR bij twijfels over mijn gezondheid als ... Hieronder vatten wij de antwoorden samen die deelnemers noemden.

...het mijn rijstijl beïnvloedt.

“Als ik zelf merk dat het niet helemaal goed gaat.”

“Als ik zeker weet dat het mijn rijgedrag zou beïnvloeden.”

“Als ik echt een gevaarlijke ziekte zoals epilepsie had, maar geen zaken als lichte depressie of milde vorm van autisme. Die mensen worden door het CBR uitgebuit. Het draait alleen maar om geld.”

“Als het mijn rijstijl beïnvloedt.”

“Ik zou bij twijfels over mijn gezondheid met betrekking tot mijn rijvaardigheid gewoon niet rijden. Daarom zou ik mij dan niet melden.”

“Als ik merk dat mijn veiligheid en die van de ander in gevaar komt.”

“Als ik merk dat ik een gevaar ben lever ik mijn rijbewijs in.”

“Als ik bepaalde medicatie heb of als ik herseninfarct of andere dingen heb waardoor mijn reactievermogen veranderd.”

...er niet direct consequenties aan verbonden zijn.

“Als het me niet ten kosten zou gaan van mijn rijbewijs.”

“Als ik mijn rijbewijs niet kwijtraak.”

“Als een alternatief snel voorhanden/geregeld zou zijn.”

“Als ik zeker ben dat ik mijn rijbewijs kan behouden.”

“Als het mogen autorijden daarbij niet in het geding komt.”

“Als hier met mij mee wordt gedacht in oplossingen en ik niet alleen de kans loop om mijn rijbewijs kwijt te raken.”

“Als daar niet direct consequenties aan vast zitten.”

“Als er niet direct consequenties zijn.”

...ik sneller geholpen zou worden.

"Als ik sneller geholpen zou worden."

"Ze sneller werkten en betrouwbaarder zoude zijn."

"Als dit op een snelle en simpele wijze kan zonder allerlei technische hindernissen."

"Het niet zo'n rompslomp heeft."

"Als er geen wachttijden waren en de huisarts er eventueel een woordje bij kan voegen ter introductie over jou als persoon."

"Als het erg makkelijk gaat en je niet bijvoorbeeld 3 maanden moet wachten."

...het meer toegankelijk/inzichtelijk zou zijn.

"Minder bureaucratisch"

"Er meer achtergrondinformatie over beschikbaar is"

"Als ze makkelijker te bereiken zijn."

"Als ik vaker een gezondheidscheck kon doen."

"Er een vrijblijvend adviesgesprek zou zijn."

"Ik meer informatie hierover had."

"Het CBR een loket op het gemeentehuis zou hebben."

"Als daar meer kenbaarheid over is (is deze regel wel bekend bij eenieder?)."

"Als het niet zo omslachtig was."

"Als het CBR klantvriendelijker zou reageren en minder ambtelijk zou werken."

"Als ik wist wanneer ik moet twijfelen."

"Als het meldcentrum dichtbij zou zijn."

...het verplicht is.

“Als het verplicht is.”

“Als er een fikse boete staat op het veroorzaken van een ongeval.”

“Als ik hierdoor niet bekeurd kan worden.”

“Dit verplicht wordt.”

“Als er sancties op staan als ik het onterecht niet doe.”

“Als je daar een straf voor krijgt.”

“Ik weet dat bij niet melden ik mijn rijbewijs kwijt kan raken.”

...er goed onderzoek gedaan wordt.

“Deze mij hierom niet meteen afwijzen, maar nagaan of mijn twijfels kloppen of niet.”

“Als ik ervan overtuigd zou zijn dat mijn toekomst als chauffeur niet af zou hangen van de toevallige mening van 1 persoon/arts.”

“Als ik zeker wist dat ze er goed mee omgaan, soms wordt er te snel afgekeurd.”

“Als ik met respect word behandeld en dat mijn rijbewijs niet meteen wordt afgenomen.”

“Als ik weet dat er onafhankelijk naar mijn klachten gekeken wordt.”

...ik mij niet veilig voel.

“Als ik mij niet meer veilig voel.”

“Als ik denk dat ik niet meer veilig rijd.”

“Als ik mij niet meer veilig voel achter het stuur.”

“Als ik echt bang ben.”

...het gratis zou zijn.

“Ze mij goed zouden testen en dat geen geld zal kosten”

“Als ik voor een kosteloos of voor een klein bedrag vast zou kunnen laten stellen of ik nog mag rijden.”

“Als de keuring door eigen arts mag voor minder absurd tarief.”

...dit op advies van de arts is.

“Ik erop gewezen zou worden door mijn huisarts.”

“Als mijn arts dat zegt.”

“Als mijn huisarts mij hierop wijst.”

“Als mijn huisarts dit met mij zou bespreken.”

...mijn omgeving hier iets over zegt

“Gezin rijbewijs afpakt”

“Ik daar door familie of vrienden op gewezen wordt.”

“Als gezinsleden of een meerijder zegt dat het zo niet meer kan.”

“Als mijn familie mij erop heeft gewezen dat het niet goed gaat.”

Appendix 7: Ervaringen met het stelsel medische rijgeschiktheid

We vroegen deelnemers “Als u te maken heeft gehad met stelsel medische rijgeschiktheid: hoe heeft u dit ervaren?” De tabel hieronder vat veelgenoemde antwoorden samen.

Antwoord	Aantal keer genoemd in steekproef 1000 deelnemers
Positief	60

Negatief, voornamelijk door ervaring dat het onnodig of willekeurig is en door de tijd die het proces in beslag neemt	44
Wisselende ervaring(en)	7
Begrijpelijk/noodzakelijk	5
Neutraal	4
Overig	103

Positief

“Als goed.”

“Ben mantelzorg en de persoon was/is naar mijn mening niet meer in staat veilig te rijden..blijkt ook beginnende dementie te hebben. Niet meer rijden dus, is 87 jaar.”

“Prima.”

“Is goed.”

“Goed en zakelijk.”

“Positief.”

“goed, even een frisse kijk op de dingen die veranderen en kijken waar je je rijgedrag kunt verbeteren ook voor rijgedrag en t milieu.”

“Keuring ging makkelijk en snel. Wel volledig zoals het moet.”

“Het ging om mijn grootouders. Ik was opgelucht dat zij niet meer mochten rijden.”

“leuk en heel goedkoop.”

“goed ben gelijk goed gekeurd.”

“goed wordt ieder 5jaar gekeurd.”

“plezierig.”

“prima even wennen maar nu doe ik alles op de fiets op met de ov.”

“ik ben door een vriendelijk oog specialist gekeurde.”

“Nuttig en geruststellend.”

“De keuring verliep makkelijk.”

“Ging prima via de website van het CBR.”

Negatief, voornamelijk door ervaring dat het onnodig of willekeurig is en door de tijd die het proces in beslag neemt.

“Om te lachen, de keuring stelde totaal niets voor. Heb al sinds mijn negende een bril, nu moet er op mijn rijbewijs komen te staan dat ik niet zonder bril mag rijden. Te achterlijk voor woorden, alsof ik dat zou doen, te idioot voor woorden.”

“Medische keuring buschauffeur was erg slecht.”

“Totaal nutteloos. Hij werd gekeurd vanwege ADHD, maar heeft uiteindelijk veel geld moeten betalen voor een gesprekje van nog geen 5 minuten waarin iemand zonder enige test of degelijk onderzoek hem goedkeurde om te rijden.”

“Vervelend omdat hun advies afweek van het advies van mijn eigen specialist. Ze keken naar de algemene regels en niet naar de situatie. Alles ging, zonder test, via een papiertje.”

“onnodig en duur , 99 % had zo uit mijn medische dossier gehaald kunnen worden en bij mijn optiekwinkel.”

“De wachttijd was erg lang.”

“omslachtige en tijdrovende procedure.”

“Zeer onprettig, ik ben namelijk geen beroepschauffeur, meer toevallig iemand met een "groot" rijbewijs.”

“Niet zo goed.”

“Onnodig een hoop kosten moeten maken.”

“erg bureaucratisch.”

“wel wat overdreven.”

“duurt allemaal erg lang.”

“slecht, vader van 82 is goedgekeurd door arts die zwart gewoon een goedkeuringsbewijs tekent terwijl dat eigenlijk niet meer verantwoord is.”

“Het was een beetje onnodig. Mijn broertje moest gekeurd worden vanwege autisme, terwijl hij beter kan autorijden dan ik! Het duurde ook erg lang en stelde maar weinig voor.”

"Was in Coronatijd. Vond het een stressvolle periode. Mijn vriend en ik hebben een lat-relatie, als hij niet meer mocht rijden moesten we heel veel gaan aanpassen in ons leven. Meerdere malen door Corona werden afspraken afgezegd, dat hielp bepaald niet."

"Ik vond dat de zorgverlener het snel en makkelijk behandelde. Had niet het idee dat er goed gekeken werd. Het was gauw goed, terwijl het eigenlijk niet meer verantwoord is."

"Zwaar waardeloos je wordt bekeken als de oorzaak terwijl ik slachtoffer was."

"Als belachelijk. Pure geldklopperij!"

"die vriendin waren veel fouten gemaakt door CBR, waardoor zij onnodig lang niet heeft kunnen autorijden. Zij heeft een klacht ingediend."

"veel rompslomp."

"lange wachttijd/ behandeling van de keuringsarts na onderzoek."

"Te gemakkelijk om doorheen te komen."

"Triest voor diegene, die gekeurd moest worden. Erg veel stress door angst niet meer te mogen rijden."

"Zeer traumatisch, laat dat hele rijbewijs maar zitten :("

"Zeer slecht."

"Dit is echt een pain in the Zo willekeurig. Soms een verlenging van 10 jaar, soms maar voor 5. Terwijl de gezondheid is verbeterd toch een verlenging van 5 en niet zoals met slechtere gezondheid voor 10."

"Hachelijke situatie."

"Nutteloos, onnodig."

"Als een wassen neus. Was meer een gezellig samenzijn dan een keuring."

"wassen neus."

"omslachtig"

"Als gevecht. Kreeg niet voor elkaar bij CBS en arts om dhr zijn rijbewijs in te laten nemen. Dhr had al meerdere ongelukken gemaakt en was gevaar op de weg."

"Lastig, kostbaar en bureaucratisch proces."

"een hoop gedoe om niks."

"irritant."

“Er was geen paniek, dat paniek kwam eerder van het CBR.”

“heel vervelend.”

“dit is altijd een langdurige zenuwslopende aangelegenheid, omdat de uitslag mijn zelfstandigheid beïnvloedt.”

Wisselende ervaring(en)

“Positief in een paar probleem gevallen, maar ook negatief als iemand nog goed wist wat deze persoon deed en toch het rijbewijs kwijt raakte doordat er in de grote stad gereden moest worden wat voor haar totaal onbekend was.”

“Soms overbodig, soms waardevol.”

“Zorgvuldig, alleen kostte het te veel tijd.”

“Heel prettig hoe dit geregeld was, helaas wist de instructeur hier weinig van en dat is jammer.”

“Op zich was het prima, op probleem was dat CBR zijn zaken niet goed op orde had. Sommige dingen duurden erg lang.”

“In één geval vond ik dit zeer terecht, in ander geval vond ik het vrijheid belemmerend voor de persoon in kwestie en onnodig.”

“gedeeltelijk goed, gedeeltelijk onzin.”

Begrijpelijk/noodzakelijk

“Moeilijk, maar wel positief.”

“Ik vond het erg jammer dat het niet meer mocht, maar ik snapte het wel. Soms heb je het niet voor het kiezen als je een (ernstige) ziekte krijgt.”

“6 weken niet mogen rijden door medische ingreep, lastig mist je vrijheid.”

“Kostte tijd, maar was oke.”

“is nou eenmaal zo en toch belangrijk.”

“het hoort er nou eenmaal bij.”

Neutraal

"Normaal."

"Goed en neutraal."

"GEWOON."

Overig (inclusief "ja", "nee" en "weet niet")

"Heb geen keuring aangevraagd omdat ik al zeker wist dat ik het niet zou krijgen."

"De vraag is feitelijk: zijn het jouw kwaliteiten waarover we spreken of is het ... en lever je een bepaalde mate van kwaliteit die er niet of nauwelijks toe doet ... Er doet zich een situatie voor, waar een beslissing, keuze of oordeel wordt gevraagd. ... is best nog een kunst en die hulp bieden waarom gevraagd wordt eveneens."

"Ik mocht niet mee naar binnen, was net in de coronatijd (dit was voor mijn moeder)."

"besloten niet die malle molen in te willen."

"HEEL INTERESSANT."

"qualified for this survey. There are many reasons why people don't qualify, which include, but may not be limited to, not fitting the screening criteria, not providing quality responses or other reasons defined by our end client."

"positief, de kandidaat had een slechte visus en ik werd uitgescholden, maar ik dacht medeweggebruikers behoedt voor ongelukken."

"Als vervelend tegenover de mensen die ik op de weg tegenkom en zich in mijn ogen misdragen. (Calimero effect)."

"heftig in de vader zoon relatie."

"Moeilijk; mensen zijn vaak erg afhankelijk van eigen vervoer (dus auto) en zien het als een handicap wanneer ze niet meer rijden mogen."

Appendix 8: Wat zou u (willen) doen als iemand in uw omgeving wegens medische redenen minder goed kan rijden?

We vroegen deelnemers wat zou zouden (willen) doen als iemand in hun omgeving wegens medische reden minder goed kan rijden. Hieronder vatten wij de antwoorden samen die deelnemers noemden.

Die persoon aanspreken

“Goed gesprek aangaan dat die persoon zich moet laten testen.”

“er meer samen over praten en gezamenlijk met betrokkene een gesprek aangaan met de huisarts”

“De persoon in kwestie aanspreken.”

“Aanbevelen het te melden, maar niet zelf doen.”

“Advies geven en die persoon helpen”

“familieleden kunnen daarin wel iets betekenen, als vriend of buur kun je iemand er op attent maken dat het rijgedrag ook anderen in gevaar brengt.”

“rustig op iemand in blijven praten.”

“Zeggen tegen de automobilist dat hij naar de huisarts moet gaan.”

“Aansporen voor een keuring.”

“ten eerste een gesprek met de persoon aangaan en eventueel andere familieleden inlichten. Bij ernstige twijfel de huisarts inschakelen.”

“gesprek aangaan, gevolgen bespreken en zoeken naar oplossingen voor verandering.”

“proberen de persoon aan te spreken om niet meer auto te gaan rijden dat dat te gevaarlijk is.”

“die persoon zelf blijven aanspreken op het gevaar wat deze persoon veroorzaakt in het verkeer en bij erge twijfel over veiligheid de huisarts inschakelen.”

“Om waarschuwingsgesprekken te voeren met de chauffeur, als er geen wijzigingen zijn om officieel aan de autoriteiten door te geven.”

“Het gesprek aangaan en hem of haar adviseren om eens een proefrijles te nemen.”

“een filmpje laten zien met gewonden mensen (LOTUS) duidelijke taal spreken dat dit echt niet meer kan en zeggen dat zij wel met hem mee gaan als hij ergens naar toe wilt. Als een soort taxi fungeren of hem een taxipas cadeau doen.”

“zeggen dat ze zich moeten na laten kijken maar meestal doen mensen dat niet want ze vinden het zelf wel meevallen dus dan is het wachten dat ze door de politie van de weg worden af gehaald .politie.”

“daar valt weinig aan te doen, behalve dat je er misschien een keer een filmpje van zou kunnen maken om zo de ogen van die persoon te openen?”

Melden (bij CBR, instantie of politie)

“Dit melden”

“CBR Melden”

“Rijbewijs afnemen of melden bij het cbr.”

“Politie waarschuwen.”

“Huisarts inschakelen en doorgeven aan het CBR.”

“anoniem kunnen melden zodat het onderzocht kan worden.”

“Melden zodat hiernaar gekeken kan worden.”

“Ik denk de politie op de hoogte brengen.”

“Melden bij meldpunt dat moet worden opgetuigd zoals meldpunt mishandeling.”

“Er zal een meldpunt moeten komen waarbij er een arts kan worden ingeschakeld.”

“Ergens kunnen melden zodat er actie kan worden ondernomen.”

“Misschien is een centraal meldpunt wel een optie. Ik heb het meegemaakt, degene bleef autorijden. Waar kun je dit melden? Volgens mij weet niemand het.”

“Dit melden aan het CBR waarna de persoon in kwestie wordt uitgenodigd voor een rijtest.”

“Mogelijkheid om dit te melden, dit moet zwaar wegen in besluitvorming, wat nu niet het geval is.”

“aangifte doen.”

Hulp (huis)arts inschakelen (71x)

“Melding maken bij huisarts”

“Contact opnemen met de huisarts en die verder laten regelen, voorkomt een heleboel familie ruzies.”

“Ik heb in bijzijn van mijn vader aan de oogarts gevraagd of hij nog mocht autorijden. Die ging toen heel hard lachen en zei nee natuurlijk niet.”

“Arts bellen.”

“Arts inlichten zodat deze het CBR kan inlichten.”

“Naar de huisarts gaan om die te informeren.”

“De huisarts raadplegen en dat die dan een gesprek kan hebben met de persoon om tot hem of haar door te dringen.”

“Een arts inschakelen die dit bij het CBR kan melden als de arts het er mee eens is.”

“Dit misschien eerst bespreken met huisarts en het (na het aanhoren van diens mening/advies) ergens toch kunnen melden bij een instantie. In het belang van de veiligheid van het familielid, maar zeker ook in het belang van de veiligheid voor andere verkeersdeelnemers.”

Ik weet niet wat ik zou doen

“Moeilijke vraag, kan een dilemma zijn.”

“Geen idee.”

“Dit kan een moeilijk besluit zijn, maar ik denk dat dit toch gemeld moet worden bij de politie of het CBR.”

“dat is moeilijk; misschien eens de huisarts peilen?”

“Dat is een lastige, het betreft vaak ouderen die dan hun onafhankelijkheid geheel kwijtraken. Ik weet het dus niet.”

Niets

“Niets, dat moet hij zelf weten.”

“Mensen zijn eigenwijs, die doen toch niet wat de ander zegt.”

“lief zijn en de man niet zomaar verraden.”

“niet mee bemoeien kan het wel zeggen komt ook binnen maar het is nogal wat op oudere leeftijd dat dat word afgenomen jemoet dat zelf kunnen.”

“helemaal niets , bemoeien zich toch al overal mee.”

“Niets, want het blijft de keuze van de automobilist, doordat het wettelijk niet verplicht is te melden. En je wilt de automobilist niet kwetsen.”

Eerst aanspreken, erna melden als die niet luistert

“Eerst het gesprek aangaan met de automobilist. Luistert deze. Iet, dan melden bij het CBR.”

“Diegene benaderen en informatie toespelen, zodat diegene de ernst van de situatie in ziet. Z.n. de behandelaar van die persoon inschakelen. Of overleggen met CBR.”

“Dit bespreken met de persoon en als degene echt eigenwijs is en een gevaar voor het verkeer, dit bespreken met de huisarts.”

“het melden aan deze persoon en dreigen (als hij/zij zelf niets doet) het te melden.”

“Aanspreken en eventueel andere actie ondernemen.”

“Betrokkene er op aanspreken en bij niet reageren gevolgen doorgeven/melden aan bevoegde instantie.”

“Eerst met de persoon zelf over spreken, lukt dit niet dan evt huisarts vragen om er over te spreken.”

Auto(sleutels) afnemen

“Autosleutels afnemen.”

“De sleutels afpakken en doorgeven aan de familie dat het niet meer te vertrouwen is.”

“Sleutels afpakken.”

“Hem waarschuwen en zorgen dat het hem onmogelijk wordt gemaakt om nog te rijden. Autosleutels wegnemen b.v.”

“Sleutels in beslag nemen.”

“De auto afnemen, als een oudere niet het inzicht heeft dat autorijden niet meer kan, dan is redeneren en hopen dat er ineens zelfinzicht bestaat, ook niet mogelijk.”

Die persoon rijden

“taxi chauffeur voor die persoon zijn.”

“een filmpje laten zien met gewonden mensen (LOTUS) duidelijke taal spreken dat dit echt niet meer kan en zeggen dat zij wel met hem mee gaan als hij ergens naar toe wilt. Als een soort taxi fungeren of hem een taxipas cadeau doen.”

Informeren bij iemand wat te doen

“Overleg met buurtbrigadier of de plaatselijke politie.”

“Geen idee, misschien even een belletje plegen voor advies.”

“Dokter vragen.”

“De huisarts benaderen en daar advies vragen.”

“Advies aan een arts vragen.”

Familie informeren

“dit melden bij zijn/haar familie en als dat niet werkt politie in kennis stellen om polshoogte te nemen voor beide veiligheid.”

“Overleg met naasten.”

“met de familie praten.”

Informatiecentrum

“Deze meenemen naar zo'n nog op te richten informatiecentrum.”

“Telefoonlijn openen.”

Niet meer meerijden met diegene

“niet meer bij die persoon in de auto stappen of zelf gaan rijden; maar het blijft de verantwoordelijkheid van de patiënt.”

“Nooit meer met hem meerijden.”

Overig

“ze zouden contact moeten opnemen met de huisarts ,die zou een formulier voor onafhankelijke keuring kunnen uitschrijven voor opnieuw tussentijdse keuring omdat de leef situatie veranderd is zodat het onverantwoord te laten rijden. bv angstig geworden in verkeer omdat het verkeer te snel gaat.”

“Aan de bel trekken.”

Appendix 9: Wat voor informatie zou u helpen bij twijfel of u veilig kunt autorijden?

We vroegen deelnemers wat voor soort informatie hen zou helpen bij twijfel over veilig rijden. Hieronder vatten wij de antwoorden samen die deelnemers noemden.

Medische specialistische informatie, bijvoorbeeld via arts en apotheek

"Info van apotheek of arts."

"Informatievoorziening via huisarts, specialist."

"Gesprek met mijn huisarts of behandeld arts, online informatie"

"vrijblijvend gesprekje met een deskundige"

"Advies van mijn huisarts of een specialist, waarbij ik in behandeling zou zijn."

"Hangt van het probleem af. behandelend arts kan daar info over geven, op internet zal er ook veel te vinden zijn, bij medicatie de bijsluiter."

De mening van naasten

"de opinie van een familielid die goed kan rijden"

"Mening van mijn echtgenote en die van onze kinderen"

"zoon mee laten rijden"

"Informatie van directe naasten en huisarts."

"Door check met bijrijder."

Informatie van CBR en andere organisaties

"Overleg met CBR of gespecialiseerd keuringsarts"

"Op internet kan je tegenwoordig alles vinden. Dus een goede en duidelijke website van het CBR volstaat. Een goed bereikbaar telefoonnummer is ook altijd fijn."

"Vrijwillig in overleg moeten kunnen met een advies/ informatie centrum"

"Ik denk het cbr raadplegen"

"Huisarts in combinatie met rijinstructeur"

"Informatie site van CBR"

(Online) hulpmiddelen, zelftest, checklists en dergelijke

"checklist"

"online test"

"Vrijwillige online simulatie mogelijkheid."

"theoriecursus ter opfrissing. geen afkeuring bij te veel foute antwoorden."

"Website met voorlichting en een online test"

"Een vragenlijst"

"Een (online) checklist met contactgegevens voor meer vrijblijvend advies"

"handreiking hoe ik dit zelf of iemand in mijn vertrouwde omgeving dit met mij kan beoordelen. Dus iets van waar op de letten, wat is OK, Twijfel en Niet OK."

"online verkeerstest"

"een on line checklist die aansluit bij mijn gezondheidssituatie en tot een advies leidt voor eventuele vervolgstappen"

"Een app met de juiste info erin."

"online vragenlijst of reactietest."

"Aandachtspunten en voorbeelden die ik dan als referentie zou kunnen gebruiken voor mijn situatie"

Laagdrempelige test door specialist

"eenvoudige test zonder hele hoge kosten"

"Een korte rijtest bij een rijschool of CBR."

" Een rij-simulatie"

"Een beoordeling door een rijinstructeur"

Oefening, opfriscursus of les

"een of meerdere rijlessen om de onzekerheid weg te nemen"

“Laagdrempelig telefonisch of online overleg met een deskundige op dat gebied”

“Een rijles nemen voor controle bij een ANWB rijsschool”

“Bij twijfel zou ik een rijsschool benaderen voor een praktijkles. Nu tracht ik regelmatig via VVN Opfriscursus de zaak bij te houden.”

Gestructureerde informatie zoals brochures en richtlijnen

“Een brochure of website over dit onderwerp. (Is mij nu nog onbekend, gezien ik er nog nooit mee te maken heb gehad.)”

“Duidelijke lijst met punten waardoor ik kan kijken of mijn situatie daar onder valt”

“berouwbare informatie over effecten en gevolgen”

“Wat de mogelijke consequenties zijn, hoe een keuring verloopt, voorbeelden, etc. oftewel: meer informatie.”

“Voorlichting folder”

“Folders bij huisartsenposten, gemeentehuizen, bibliotheek.”

“Heldere richtlijn wanneer je een melding moet doen”

Informatie over hoe fysieke en mentale aandoeningen auto rijden beïnvloed

“autorijden en burnout. dat gaat heel vaak mis.”

“Filmpje(s) die uitleggen op welke manieren het rijden beïnvloed kan worden door bepaalde aandoeningen/bijwerken medicatie.”

“Bijvoorbeeld de staat van de ogen”

Informatie over hoe dit te regelen met werk

“hoe regelen met werk. Tijdelijk speciale regeling thuiswerken. Regelen mogelijk samenrijden met collega door werk.”

Andere vervoersmogelijkheden

“Hoe ik zonder auto toch op een aanvaardbare manier van A naar B kan.”

“Voorlichting hierover, en voorlichting over alternatieve vervoersmogelijkheden.”

Hoe om te gaan met veranderde verkeersregels en verkeersregel

"Of ik de verkeersregels nog goed intrepeteer."

"Misschien inderdaad een update over gewijzigde verkeersregels na het behalen van een rijbewijs."

"verkeers regels en borden"

"informatie ontvangen over veranderde verkeersregels"

Uitleg hoe je veilig kunt rijden

"Wanneer / waarom het onveilig is. Een diagnose alleen zegt niet zoveel."

"Rustgevende site met uitleg over hoe je moet rijden"

"Ik zie dat mensen bij twijfel wel gaan rijden, maar dan extra voorzichtig (langzaam, héél vroeg voorsorteren) gaan rijden. Ik ken niemand die daadwerkelijk bereid is z'n rijbewijs op het spel te zetten."

Ik zou stoppen met rijden

"ik zou stoppen met rijden als ik zou vinden dat ik het niet meer veilig zou kunnen doen"

Overig

"dat de auto aangeeft dat het niet vertrouwd is?"

"Dat hangt heel erg van de situatie af, maar bij twijfel zou ik niet gaan rijden totdat de twijfel is weggenomen."

"Mijn vraag: is hierover info?"

"Als je oplet kun je zelf het beste vaststellen of het nog verantwoord is de weg op te gaan."

"gezond verstand gebruiken"

"Luisteren naar waarschuwingen van anderen"

"meer bekendheid"

"Een soort van periodieke test"

