



## *Het CBR komt van ver.*

### Eindverslag Pier Eringa inzake problematiek CBR (25 juni 2020)

#### 1. Inleiding

In een brief van 8 oktober 2019 heeft de minister van Infrastructuur en Waterstaat opdracht aan mij verstrekt om mijn operationele deskundigheid in te zetten voor het CBR als organisatie in het algemeen en voor de divisie Rijgeschiktheid in het bijzonder. De opdracht is als volgt omschreven:

*1) Op korte termijn, en in aanvulling op de reeds genomen en voorgenomen maatregelen, samen én in overleg met de Raad van Toezicht en de directie van het CBR en in samenspraak met mij (en mijn ministerie) ervoor zorgen dat de wachttijden drastisch worden teruggebracht. Uw observaties, analyses en daaruit voortvloeiende aanbevelingen kunnen zich zowel organisatorisch, procesmatig, en ook over invulling op sleutelposities uitstrekken.*

*2) Op langere termijn is uw opdracht gericht op procesoptimalisatie en het helpen verbeteren van het functioneren van de Organisatie CBR in ruime zin en van de divisie Rijgeschiktheid in het bijzonder. Bij concrete aanbevelingen voor een structurele verbetering kunt u aspecten meenemen als de governance, het versterken van interne trots, goed verwachtingenmanagement, geloofwaardige externe profilering en communicatie en cultuur. Hierbij kunt u ook het functioneren van het ministerie, de Raad van Toezicht en de directie van het CBR betrekken.*

Na het verstrekken van de opdracht werd bekend dat Alexander Pechtold zou worden benoemd tot nieuwe algemeen directeur van het CBR. Voorts is per 1 januari 2020 een nieuwe manager van de divisie Rijgeschiktheid aangesteld. Zowel de tweehoofdige directie van het CBR als het divisie management zijn dus sinds eind 2019/begin 2020 op sterkte en volop bezig met maatregelen om de kortetermijnproblematiek zoveel als mogelijk te beheersen en op te lossen.

Een en ander is aanleiding geweest voor nader overleg tussen het ministerie, mijzelf en de directie van het CBR over de invulling van de opdracht. Daarbij zijn constructieve afspraken gemaakt over de wijze waarop ik het CBR tot aan de zomerperiode van 2020 zou ondersteunen, in de vorm van gevraagde en ongevraagde adviezen. Daarbij is de focus gelegd op de divisie Rijgeschiktheid en met name de Medische capaciteit. Ik heb dus geen bemoeienis gehad met de feitelijke aansturing van het CBR, omdat dit de verantwoordelijkheid is van de directie en het management.

In dit verslag richt ik mij op mijn belangrijkste bevindingen en aanbevelingen, zoals deze ook besproken zijn met de directie en de Raad van Toezicht van het CBR. Daarnaast heeft het CBR mij van tot tijd specifieke vragen voorgelegd, die ik vervolgens steeds naar vermogen heb beantwoord.

Na wat aanvankelijke schroom hier en daar heb ik met de directie, medewerkers, Raad van Toezicht en het departement uitermate boeiende en open gesprekken gehad. Daardoor heb ik dit verslag ook openhartig kunnen schrijven. Dank aan iedereen die hieraan bijdroeg.



## 2. Kijkglas

Allereerst schets ik het 'kijkglas' waarmee ik de relatie tussen politiek, ministerie (beleid) en uitvoering benader:



In een normale situatie zou de politiek zich moeten concentreren op visievorming en het stellen van doelen, ontwikkelt het beleidsdepartement vervolgens de strategie en ontwerpt de uitvoeringsorganisatie het realisatietraject. In dat proces zitten twee belangrijke afstemmingspunten: in het spel tussen politici en beleidsambtenaren moet de vraag worden gesteld of doelen bereikbaar zijn. En in de afstemming tussen departement en uitvoeringsorganisatie staat de vraag centraal of de strategie uitvoerbaar is. Het spel kan alleen zuiver worden gespeeld als alle spelers zich aan hun rol houden en respect hebben en tonen voor de andere spelers. Het kan dus misgaan en dat gebeurt ook in de praktijk. Denk aan niet haalbare doelen, die onder druk van de politiek toch in beleid worden vertaald. Of een niet uitvoerbaar beleid, dat onder druk van het departement toch gerealiseerd moet worden. Ofwel: elk van de spelers moet onderbouwd 'nee' durven zeggen. Rolzuiverheid betekent ook dat een ieder zich aan zijn rol houdt. Politici moeten zich niet direct bemoeien met de operatie van uitvoeringsorganisaties en die moeten op hun beurt geen beleidsadviseur spelen. Het gaat natuurlijk ook mis als iets bereikbaar en uitvoerbaar wordt geacht en de uitvoeringsorganisatie vervolgens haar operatie niet op orde heeft of krijgt. Dan verspeel je ook het recht om 'nee' te zeggen. Interessant is dus waar het in de casus van het CBR is misgegaan.

## 3. Algemene observaties

### 3.1. Problemen zijn van alle tijden en hardnekkig

Er is heel wat geschiedschrijving over het CBR. In 2011 bracht TwynstraGudde in opdracht van het ministerie van Infrastructuur en Milieu een uitgebreid rapport uit over het CBR, met een beschouwing vanaf het ontstaan in 1927 tot en met 2010. In 2018 verscheen het evaluatieonderzoek van PwC over de periode 2013 tot en met 2016.



De volgende zinsnede is typerend: 'De afgelopen jaren is het CBR onder vuur komen te liggen door kritische vragen uit de samenleving, politiek en media over het functioneren en de prestaties van de organisatie'. Die zin (uit 2011) kan eigenlijk aan meerdere tijdvakken toegeschreven worden, inclusief termen als 'lange wachttijden', 'administratieve en ICT-klachten' en 'financiële tegenvallers', gevolgd door 'reorganisatie', 'vernieuwing van de bestuurlijke top' en 'verscherpt toezicht door het ministerie'. Als het gaat om 'lange wachttijden' dan varieert door de jaren heen waarop die betrekking hebben en welke divisie in de schijnwerpers staat. Soms gaat het om de examens, soms om de beoordelingen van de medische rijgeschiktheid, zoals nu.

De huidige problematiek lijkt dus helaas niet uniek, wat betekent dat de huidige oplossingen niet op voorhand een onvoorwaardelijke garantie voor de toekomst zijn. Het geeft ook aan dat achtereenvolgende nieuwe bestuurders en managers geconfronteerd werden met hoge verwachtingen ('puin ruimen bij het CBR'), maar ook met een belemmerende flinke last van het verleden. Dat is nu niet anders.

### **3.2. Het lijkt zo eenvoudig**

Voor de buitenstaander, die vaak ook de politiek en media bevolkt, lijkt het zo eenvoudig. Het verstrekken van rijbewijzen kan toch niet zo ingewikkeld zijn voor een organisatie? Het CBR verstrekt overigens geen rijbewijzen, dat doet de RDW. Het CBR beoordeelt de rijvaardigheid via het afnemen van examens en de rijgeschiktheid door het beoordelen van de gezondheid van mensen wiens rijbewijs gaat verlopen en die in een bepaalde categorie vallen. Ook daarvan zou je kunnen denken: hoe ingewikkeld kan het zijn?

In de eerste plaats gaat het bij het CBR om indrukwekkende aantallen. Zo werden in 2018 677.000 theorie-examens, 510.000 praktijkexamens en 147.000 beroepsexamens afgenomen. Er werden 617.000 gezondheidsverklaringen in behandeling genomen en kwamen er 22.000 mededelingen via de politie binnen. 95% van de Nederlanders komt op enig moment in zijn leven in aanraking met het CBR en de organisatie voert meerdere regelingen uit. Het CBR is een landelijke organisatie, met ruim 50 examenlocaties en zo'n 1.600 medewerkers. Uit de evaluatie door PwC blijkt dat deze medewerkers (door gemiddelde leeftijd en CAO) relatief duur zijn, maar wel door externe stakeholders worden gezien als vakmensen.

Het CBR is een (dienstverlenende) uitvoeringsorganisatie. Het CBR maakt geen beleid, maar voert het 'slechts' uit. Natuurlijk heeft het CBR ook een rol naar het ministerie als adviseur, maar de vraag is wel hoe invloedrijk het CBR is. Om een goede adviseur te kunnen zijn moet je als uitvoeringsorganisatie je zaken op orde hebben. Zolang dat niet het geval is (en bij het CBR lijkt dat dus vrij structureel te zijn), word je automatisch minder serieus genomen.

Als uitvoeringsorganisatie heb je te maken met de huidige wet- en regelgeving, ook al begint die hier en daar misschien gedateerd te raken en zou je het zelf anders willen regelen. Zo wordt van diverse kanten gesteld dat, met een stijgende levensverwachting in goede gezondheid en een rap toenemende vergrijzing, het niet langer logisch is dat alle 75-plussers verplicht zijn tot een medische keuring. Maar zolang een dergelijke regel niet wordt aangepast, heeft het CBR te kampen met een forse (maar wel voorzienbare) toestroom.

Het CBR is als uitvoeringsorganisatie niet alleen afhankelijk van het ministerie, maar ook van vele externe partijen en stakeholders. Denk bijvoorbeeld aan de rijkschoolbranche, keuringsartsen, politie. Daarover straks nog iets.

Voorts heeft het CBR in feite te maken met twee toezichthouders: het ministerie als eigenaar en daarnaast nog een Raad van Toezicht. Op papier is goed een scheiding aan te brengen, maar de praktijk is weerbarstiger.



Gegeven deze context (uitvoeringsorganisatie, grote productieaantallen, externe afhankelijkheden, grote zichtbaarheid) moet je als uitvoeringsorganisatie slim opereren. Speelruimte voor jezelf creëren, op tijd nee durven zeggen, handig communiceren, juiste KPI's afspreken, flexibiliteit inbouwen, interne trots ontwikkelen, verstandige besluiten nemen. En daar heeft het CBR tot voor kort niet in uitgeblonken.

### **3.3. Hoever reikt de verantwoordelijkheid**

Je ziet bij uitvoeringsorganisaties vaak een spanningsveld tussen de eigen taakopvatting en de opgelegde publieke taak, in de zin dat de missie van (het bestuur van) de organisatie verder reikt dan waarvoor de organisatie feitelijk verantwoordelijk is. Zo'n verdergaande missie komt soms voort uit klantgerichtheid of de ambitie om de gehele keten te regisseren en niet slechts de eigen schakel. Hoewel ik een dergelijke neiging nog niet heel expliciet bij het CBR heb aangetroffen zou dit op twee fronten wel kunnen spelen: in de relatie met de rijkschoolbranche en in de relatie met keuringsartsen. Beide partijen zijn voor het CBR belangrijke spelers, maar de vraag is hoe men zich tot elkaar verhoudt. Terwijl de prestaties van het CBR mede afhankelijk zijn van de samenwerking met en kwaliteit van die partijen. Als de rijkschoolbranche onvoldoende rijvaardige kandidaten aanmeldt voor examens, heeft dat een negatieve invloed op de slagingskans en straalt dat ook af op het CBR. Als keuringsartsen te lang doen over een keuring of onvoldoende kwaliteit zouden leveren, dan werkt dit door in de totale behandelingstijd van de medische beoordeling door het CBR.

De relatie met de rijkschoolbranche heb ik niet specifiek bekeken, maar van een afstand gezien is het wel een bijzondere sector met erg veel 'vrije ruimte'. Dat nodigt altijd enkele partijen uit die meer gericht zijn op het eigen belang dan op het borgen van de verkeersveiligheid door het opleiden van rijvaardige aspirant bestuurders. Een bepaalde vorm van professionalisering en certificering van de rijkschoolbranche lijkt dan ook de moeite waard om nader te bekijken.

Omdat ik vooral naar de divisie Rijgeschiktheid heb gekeken, ga ik hierna iets dieper in op de relatie met keuringsartsen.

#### De relatie met keuringsartsen

Het CBR houdt er soms een ogenschijnlijk merkwaardige terminologie op na. Bijvoorbeeld door te spreken over een 'actieve' en een 'passieve' werkvoorraad. In het eerste geval is het CBR aan zet, in het tweede geval de klant en/of de keuringsarts. Het lijkt dus alsof het CBR achterover gaat leunen of in elk geval iets anders gaat doen als zij met haar eigen werkzaamheden aan een dossier klaar is, wat op zich past bij de letterlijke taak en verantwoordelijkheid. Wat nu als het CBR (in casu de divisie Rijgeschiktheid) als missie zou hanteren om ervoor te zorgen dat er 'geen rijbewijzen verlopen tenzij daar een medische reden voor is'? Dan zou zij zich proactief moeten opstellen als 'ketenregisseur'. Dat begint bij het tijdig informeren van de klant dat men een gezondheidsverklaring moet inleveren. En dan niet als algemene stelregel, maar door als het even kan ook rekening te houden met de historie van de klant ('vorige keer moest er ook een extra keuring plaatsvinden, dus houd er rekening mee dat het ook nu wat langer kan duren dan gemiddeld'). Voorts zou het CBR dan die brieven moeten versturen en niet de RDW zoals nu het geval is.

Als het gaat om de relatie met de keuringsartsen dan past daar vanuit een missie als hierboven omschreven ook een proactieve opstelling bij, die uitgaat van partnerschap. Op dit moment is er alleen een relatie met medisch specialisten, in de zin van een specifiek netwerk. Medisch specialisten schrijven zich in, ontvangen een reglement, nieuwsbrieven e.d. Er wordt dus een zekere band mee opgebouwd. Dat is niet het geval bij de andere keuringsartsen, zoals huisartsen, bedrijfsartsen, arbo-artsen en bureaus met keuringsartsen. Het lijkt aan te bevelen ook een toegewijd netwerk van deze keuringsartsen op te bouwen, waarbij het CBR en haar netwerk gezamenlijk zorgen voor zo kort mogelijke doorlooptijden en zo efficiënt en klantgericht mogelijke processen. Overigens moet dit geen doel op korte termijn zijn, omdat het CBR thans andere prioriteiten heeft, maar een ambitie op langere termijn.



### **3.4. Sommige dingen gaan slecht samen**

Een aantal jaren geleden heeft het CBR gekozen voor een ingrijpende reorganisatie van de Divisie Rijgeschiktheid, in combinatie met een geleidelijk concentratie van vijf naar één locatie en de introductie van een nieuw ICT-systeem (OPUS).

Dit systeem heeft overigens alle trekken van een klassieke casus van een uit de hand gelopen strategisch ICT-project. De ontwikkeling duurder veel langer dan gepland en de kosten belopen een veelvoud van de oorspronkelijke begroting. Helaas is het CBR hierin niet uniek. Het is mij echter gebleken dat het verhaal rond het systeem genuanceerder is, waarover straks meer.

Uit oogpunt van professioneel bestuur en management had het bekend moeten zijn dat de combinatie van reorganisatie, concentratie en automatisering een buitengewoon lastige en risicovolle keuze is. En dat is gebleken. Door deze combinatie heeft het CBR de huidige problematiek in belangrijke mate over zichzelf afgeroepen. Navrant daarbij is dat dit intern bekend was maar niet uitgesproken mocht worden, noch binnen noch buiten de organisatie. De Raad van Toezicht heeft gepleit voor een fasering in de uitvoering van de besluiten en ook de ondernemingsraad heeft haar zorgen geuit, maar men stuitte op een zeer groot optimisme bij de directie over de voordelen van het nieuwe systeem.

Bedacht moet worden dat deze erfenis is doorgegeven aan de nieuwe directie en het nieuwe divisie management, maar dat zij daar niet de veroorzakers van zijn. Hier past dus 'een streep eronder' en 'beginnen met een schone lei'. Dat laatste geldt bijvoorbeeld ook voor het systeem OPUS: ophouden over wat het tot nu toe heeft gekost in tijd en geld (*sunk costs*) en bekijken wat nog nodig is voor de nabije toekomst. Het systeem is een cruciaal systeem van de divisie Rijgeschiktheid en beschikt kennelijk over veel meer potentie dan thans gebruikt. Dat vraagt onvermijdelijk om extra investeringen en geduld en die moeten er dan (uiteraard mits onderbouwd) ook komen. Hier ligt ook een rol en verantwoordelijkheid voor het ministerie als eigenaar.

### **3.5. Goedbedoeld maar niet altijd slim**

Ik heb de indruk gekregen dat het CBR intern goed bedoeld procedures volgt, maar daar niet altijd slim conclusies aan verbindt. Ik illustreer dit met een voorbeeld: de interne handelwijze van het CBR bij de totstandkoming van de tijdelijke maatregel om de geldigheid van het rijbewijs van 75-plussers met maximaal een jaar te verlengen. Daarbij heeft een afweging plaatsgevonden tussen twee opties. Ofwel de hele doelgroep zou een nieuw tijdelijk rijbewijs moeten krijgen (ook geldig in het buitenland), ofwel er komt een soort aantekening (administratieve codering) op het rijbewijs die alleen zichtbaar is voor handhavers in Nederland.

Mede op grond van de door het ministerie gevraagde uitvoeringstoets was het CBR voorstander van de gekozen optie van administratieve codering, met als consequentie dat bestuurders met het verlengde rijbewijs niet in het buitenland konden rijden. Met die keuze wisten alle partijen dus dat er een serieuze mogelijkheid van 'nieuwe heibel' bestond. Vanuit de Klantenservice van het CBR is bij de uitvoeringstoets gewezen op de mogelijk extra stroom aan (boze) telefoontjes. Maar in plaats dat dit dan wordt gezien als een waarschuwingssignaal, plust men in de uitvoeringstoets de kosten op omdat er extra capaciteit bij de klantenservice nodig is. Een intern geuit bezwaar tegen de andere optie van een nieuw tijdelijk rijbewijs was dat de medici stelden dat dit gezien zou kunnen worden als een automatisch afgegeven verklaring van rijgeschiktheid zonder medische beoordeling. Dit, vanuit de medici begrijpelijke punt, had gepareerd kunnen worden door bijvoorbeeld een administratieve verklaring op besluit van de directie van het CBR.



Kennelijk ontbrak het bij de oordeelsvorming binnen het CBR aan de sensitiviteit of autoriteit om te zeggen: dit moeten we niet willen en voor deze optie moeten we dus niet gaan.

Het gevolg is bekend: enorme commotie bij publiek, media en politiek, vele extra telefoontjes en klachten en duizenden extra dossiers die weer met voorrang behandeld moeten worden waardoor de werkvoorraad weer oploopt. Terwijl de hoop nu juist was dat de maatregel de commotie in de publieke en politieke opinie wat zou beteugelen en het CBR tijd zou geven om in betrekkelijke rust de andere achterstanden weg te werken.

Zoals gezegd bestaat bij mij de indruk dat dit voorbeeld exemplarisch is voor hoe het CBR intern en extern acteert, waarbij 'iedereen over alles meepraat', er sprake is van verkokering, het vermogen van het management om onderling problemen op te lossen (in plaats van het voor te leggen aan de directie) te beperkt is, en de wijze van het beoordelen van risico's en het daarop nemen van de juiste maatregelen anders kan en moet.

### **3.6. Bijzondere KPI's**

Het verscherpte toezicht door het ministerie heeft er o.a. toe geleid dat het CBR per maand rapporteert over de prestaties van de divisies Rijgeschiktheid en Klantenservice, waarbij ook de KPI's van de examendivisies worden meegenomen.

Allereerst valt op dat de scores op een aantal KPI's bijzondere waarden benaderen (100%, 99,5%, 99%). Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de doorlooptijden van examens of de afhandeltermijn van klachten. Het blijkt echter dat de KPI's hier gelijk zijn aan de wettelijke normen. Aannemende dat die normen maximale termijnen betreffen gaan het CBR en het ministerie hier kennelijk aan de voorzichtige kant zitten. In de rapportage staat ook letterlijk 'wettelijke KPI'. Zelfs voor een uitvoeringsorganisatie geldt dat een onderscheid gemaakt zou moeten worden tussen wettelijke normen en normen voor de eigen bedrijfsvoering.

In het verlengde hiervan is ook de vraag of het CBR het ministerie voldoende duidelijk maakt wat bepaalde KPI's de burger opleveren en kosten. De discussie zou gevoerd moeten worden of het verantwoord is om bijvoorbeeld 10% overcapaciteit te moeten aanhouden om een KPI van 99% te kunnen waarborgen.

Het tweede dat opvalt is de dominantie van het begrip 'werkvoorraad'. Dat zou intern een van de normen kunnen zijn, maar niet voor externe verantwoording. Extern zou het primair moeten draaien om het aantal vermijdbaar verlopen rijbewijzen, waarbij de KPI zo dicht mogelijk bij nul zou moeten liggen. Overigens spreekt het CBR over een 'normaal' aantal verlopen rijbewijzen van zo'n 5.000, om de klant moverende redenen. Dat lijkt een erg hoog aantal en zou volgens de rapportage verklaard worden door te late indiening door de klant of het bewust wachten door de klant totdat diens gezondheidstoestand is verbeterd. Dat laatste zou volgens medisch adviseurs overigens weinig voorkomen en het eerste (tijdige indiening) zou het CBR ook tot haar verantwoordelijkheid moeten rekenen.

De ervaring elders leert dat het voor de politieke en publieke opinie kan helpen om van tijd tot tijd technische briefings te verzorgen voor Kamerleden en journalisten. Een intern kijkje in de keuken en een professionele toelichting op werkprocessen en externe afhankelijkheden geeft vaak meer en beter beeld (en begrip) dan maandelijkse rapportages, zelfs als je de juiste KPI's hanteert.

Wat ook helpt is als het CBR zich in haar communicatie wat assertiever opstelt en meer zelfvertrouwen uitstraalt. Het CBR heeft regelmatig de indruk gewekt de last van gehele wereld te moeten torsen, terwijl objectief gezien ook andere



partijen debet waren aan het ontstaan van commotie bij publiek en media (zoals bij de regeling van 75-plussers). Meer recent lijkt hierin overigens een kentering te komen en treedt het CBR de media wat zelfbewuster tegemoet.

## 4. Aansturen en opleiden van de Medische capaciteit

Door het CBR zijn enkele concrete vragen benoemd, waarvan er twee betrekking hebben op de medische capaciteit. De eerste vraag betreft de aansturing van de medische capaciteit en het tweede de opleiding van medisch adviseurs.

Om deze vragen te kunnen beantwoorden heb ik kennis genomen van relevante documenten (o.a. Organisatie & Formatierapport Divisie Rijgeschiktheid (juli 2017), Eindrapportage De Galan Groep (mei 2019), Plan van aanpak medische capaciteit (juli 2019). Vervolgens heb ik individuele gesprekken gevoerd met een aantal sleutel-functionarissen van de Divisie Rijgeschiktheid, gevolgd door een groepsgesprek. Voorts heb ik een groepsgesprek gevoerd met een aantal medisch adviseurs.

### 4.1. Over de aansturing van de medische capaciteit

#### 4.1.1. Wat zeggen de documenten

De reorganisatie, die in 2017 wordt ontworpen, gaat uit van maximale automatisering en protocollering via een nieuw ICT-systeem (OPUS) en van concentratie van de organisatie op één locatie (Rijswijk).

Bij de reorganisatie wordt, voor wat betreft de medische capaciteit, gekozen voor resultaatverantwoordelijke en zelforganiserende behandelteams (ongeveer 8-10 personen), bestaande uit medisch adviseurs, medewerkers Gezondheidsverklaring en medewerkers Meldingen. De teams worden de eerste twee jaar aangestuurd door een 'transitiemanager' die vooral een faciliterende en coachende rol heeft en zich niet zozeer richt op operationele sturing. Teams worden van A tot Z verantwoordelijk voor een dossier en verdelen zelf het werk. De bedoeling van het nieuwe systeem is dat het maximaal bijdraagt aan automatisering en protocollering. Het uitgangspunt in de businesscase is dat van de binnenkomende Gezondheidsverklaringen uiteindelijk zo'n 35% via een automatisch protocol wordt verwerkt. De handmatige besluiten worden verwerkt met een productiesnelheid die moet oplopen van aanvankelijk ongeveer 3 per uur naar ruim 4 per uur. In de oorspronkelijke businesscase werd nog uitgegaan van 5 besluiten per persoon per uur. Volgens de Galan Groep is dat niet realistisch, omdat bij een hoger percentage automatische besluiten de handmatig te nemen besluiten complexere dossiers zullen betreffen die meer tijd vragen.

Voor de handmatige beoordeling van dossiers is zowel medische kennis nodig als kennis van wet- en regelgeving. De medische kennis van de medisch adviseurs (die een BIG-registratie moeten hebben) betreft 'alle deelgebieden van de geneeskunde'. Medisch adviseurs doen alleen bureaubeoordeling en hebben geen patiëntencontact.

De reorganisatie wordt doorgevoerd, terwijl er tegelijk hard gewerkt moet worden aan de aanpak van de opgelopen achterstanden. De invoering van het nieuwe systeem loopt vertraging op. Het ontbreekt aan betrouwbare managementinformatie voor de dagelijkse sturing. De aangekondigde concentratie op één locatie leidt tot het voortijdig vertrek van medische productiecapaciteit.

Sturing van het management is aanvankelijk vooral gericht op het realiseren van de vernieuwing en minder op de dagelijkse operatie. Als de problemen ontstaan wordt wel ingezet op resultaatsturing.





#### 4.1.2. Wat is mij gebleken

Als het gaat om de verwerking van Gezondheidsverklaringen is de divisie Rijgeschiktheid feitelijk een (bulk)productie-organisatie, met OPUS als centraal systeem. De productie wordt bepaald door drie factoren: het automatisch protocol, de omvang van de medische capaciteit, de productiviteit (aantal besluiten per persoon per uur).

##### *OPUS krijgt meer in de schoenen geschoven dan fair lijkt*

Voor een buitenstaander is het moeilijk te begrijpen dat met een nieuw systeem kennelijk slechts 35% van de productie automatisch verwerkt kan worden, zoals in de stukken staat aangegeven. Dit blijkt echter aanmerkelijk genuanceerder te liggen. Sowieso doet het CBR zichzelf tekort door de indruk te wekken dat van alle ingezonden gezondheidsverklaringen thans maar zo'n 35% via het automatisch protocol wordt verwerkt. Die 35% (waarover zo meer) betreft alleen de medische beoordelingen. Op zo'n tweederde van de ingediende gezondheidsverklaringen wordt al automatisch besloten, omdat de klant volgens de verklaring niets mankeert. Ofwel: de 35% slaat op de eenderde van de verklaringen die moeten worden beoordeeld.

Bij het ontwerp van OPUS stonden enkele uitgangspunten centraal: (1) een betere systeemondersteuning en kwaliteitscontrole in het beoordelingsproces, (2) verwerking volgens het principe 'first in, first out' en (3) passend bij het voornemen om in behandelteams te gaan werken, waarbij er (in de oorspronkelijke, maar later bijgestelde plannen) geen niveaoverschil binnen de teams zou bestaan. Bij de oude werkwijze werd vrijwel alles op basis van papier gedaan, en was er een bepaalde werkrelatie tussen een individuele medisch adviseur die het besluit nam en zijn assistent(en), die het voorbereidende werk deden. Een ander uitgangspunt was dat het systeem zo'n 50.000 dossiers aan zou moeten kunnen, terwijl momenteel sprake is van het viervoudige (wat de performance niet ten goede komt).

Bij het ontwerp en bij latere aanpassingen zijn de medische professionals betrokken, maar in hun beleving is er veel te weinig gedaan met hun opmerkingen en suggesties. Men werd en wordt aangehoord, maar voelt zich niet gehoord. Van de kant van de medische professionals worden ook kritische kanttekeningen geplaatst bij het medische deel van OPUS. Zo is bijvoorbeeld de zogeheten 'aard en ernst (van medische aandoeningen) lijst' volgens de medische behandelaren niet goed, qua indeling en formulering. Dit is een dagelijkse ergernis die door een aanpassing in OPUS voorkomen kan worden.

Het streven bij het ontwerp van het systeem was om uiteindelijk maximaal ('100%') automatisch besluiten te kunnen nemen, wat vraagt om een gestructureerde vastlegging van gegevens. In de opbouw naar het maximum wordt het beslissingsgedrag van medisch adviseurs gevolgd en zodra dit mogelijk is omgezet in een automatische beslisregel. En in die zin is 'the sky the limit'.

De derde ontwerpeis (passend bij de invoering van behandelteams) heeft intern de nodige voeten in de aarde gehad. Er ontstond een flinke discussie of het haalbaar was om zonder niveaoverschillen te werken, oftewel ervan uit te gaan dat elke behandelaar elk dossier zou kunnen behandelen. De medisch adviseurs hebben van meet af aan aangegeven dat dit niet werkbaar zou zijn. Uiteindelijk is daarom toch gekozen voor niveaoverschillen binnen behandelteams, terwijl het systeem daarop dus niet ontworpen was. Dit is overigens nog wel aanpasbaar, maar dus nog niet de praktijk.

Zoals gezegd was het systeem ontworpen op basis van 'first in, first out'. Een dossier komt automatisch bovenaan de stapel en gaat dan naar de werkbak van het behandelteam dat de meeste ruimte heeft. Door noodgedwongen toezeggingen na problemen ('schrijnende gevallen') werd het principe van 'first in, first out' ondergraven. Inmiddels is het systeem daarop wel aangepast.





Kortom, OPUS krijgt meer in de schoenen geschoven dan fair lijkt. Het is qua proces ontworpen voor een bulk-productieorganisatie als het CBR is: gestructureerde vastlegging van gegevens, first in first out, maximale automatisering. De ontwerpeis van passend bij behandelteams zonder niveaoverschillen was voor de systeemontwerpers een gegeven, maar onvoldoende doordacht door de organisatieontwerpers en van meet af aan bekritiseerd door de medische professionals. Uiteindelijk zijn binnen teams dus toch niveaoverschillen geaccepteerd, maar het systeem is daarvoor nog niet aangepast. Verder zijn er ingrepen gedaan in het systeem (tijdelijk voorrang geven aan specifieke doelgroepen, mede onder druk van toezeggingen aan het ministerie en negatieve publiciteit) waardoor de werking werd verstoord en dus aanpassingen op het oorspronkelijke ontwerp nodig waren. Met andere woorden: er was meermalen sprake van een mismatch tussen systeemontwerp en organisatieontwerp en dan gaat het niet aan om het systeem eenzijdig te beschuldigen.

De casus OPUS illustreert dat binnen het CBR de verhouding tussen ICT en uitvoerende divisies (in dit geval de divisie Rijgeschiktheid) nogal suboptimaal oogt. Er wordt over en weer gewezen en verweten, wat niet bijdraagt aan een goede samenwerking. De kern daarvan lijkt dat men in de top bepaalde zaken niet ziet als een gezamenlijk probleem van het CBR, waarvoor het (top)management collectief verantwoordelijk is. Met de komst van een nieuwe directie en nieuw management op de divisie Rijgeschiktheid en op IT zou dit patroon toch doorbroken moeten en kunnen worden. Om dit mede mogelijk te maken moet de (interne) stelling dat er 'geen tijd en geen geld is' voor aanpassingen in OPUS ook worden verlaten. Er zal nog het nodige geld moeten worden uitgegeven om ervoor te zorgen dat het systeem operationeel optimaal functioneert. Het is aan het CBR om daar een onderbouwde raming van te maken en daarnaast ligt er een rol en verantwoordelijkheid voor het ministerie als eigenaar. Daarbij helpt het, zoals gezegd, om uit te gaan van het principe dat reeds gedane investeringen (sunk costs) niet worden meegenomen bij operationele economische beslissingen.

#### *Stuur de divisie als een productieorganisatie*

Naast de omvang (aantal FTE) van de medische capaciteit is ook en vooral de organisatie van de medische capaciteit van invloed op de productie. Bij een organisatie als het CBR denk je eerlijk gezegd niet als eerste aan een organisatie met resultaatverantwoordelijke en zelforganiserende teams zonder leiding, waarbij teams onderling afspreken hoe ze hun resultaten gaan behalen. Overigens wordt gezegd dat het element van 'zelfsturing' pas later is geïntroduceerd.

In een productieomgeving als bij het CBR denk je eerder aan outputsturing en aan een zo efficiënt mogelijke toewijzing van dossiers aan individuele behandelaren of behandelteams. Waarbij de productiviteit per persoon of per team kan verschillen al naar gelang individuele ervaring en complexiteit van te behandelen dossiers. Denkbaar is dat er meerdere niveaus worden gevormd, in opklimmende zwaarte. Medewerkers behandelen dan op basis van protocol waarin zij zijn opgeleid. De productiviteit kan en zal dan verschillen per niveau, hoe complexer de dossiers, hoe lager de productie.

Overigens is er ook een andere factor van invloed op de productiviteit, namelijk het vertrouwen van behandelaren in het systeem en de voorliggende schakels (zoals DIV, Digitale Informatie Voorziening, of de medewerker Gezondheidsverklaring die eerst naar een dossier kijkt en het dan voorlegt aan een medisch adviseur). Zonder dit vertrouwen is de neiging groot om zelf eerst de hele klanthistorie te gaan bekijken, temeer omdat men persoonlijk verantwoordelijk voor de totale beoordeling is. Medische professionals geven aan dat het werken in grotere teams deze neiging versterkt: de persoonlijke (vertrouwens)relatie tussen medisch adviseurs en medewerkers Gezondheidsverklaringen verwatert.

Zoals aangegeven is het systeem ontworpen op het oorspronkelijke uitgangspunt dat elke behandelaar elk dossier moet kunnen behandelen. Omdat dit uitgangspunt uiteindelijk niet is doorgevoerd sluit de organisatie, met een



niveaoverschil tussen medisch adviseurs en medewerkers gezondheidsverklaringen, dus niet op aan op het systeem. Omdat het systeem nog niet is aangepast betekent dit dat elke behandelaar een dossier volledig moet afhandelen. Medisch adviseurs moeten nu, met behulp van OPUS, bijvoorbeeld ook handelingen uitvoeren die voorheen door assistenten werden gedaan (zoals het vinden van een juiste specialist), wat van invloed is op hun productiviteit. Aanpassing van het systeem aan de gelaagdheid van behandelingen lijkt dan ook belangrijk, waarbij ook gekeken zou moeten worden hoe geborgd kan worden dat medisch adviseurs zoveel mogelijk werk doen dat past bij hun medische expertise ('je werkt nu minder dan 50% als dokter').

Bij een herontwerp van de (productie)organisatie van de Medische Capaciteit moet dus worden voorzien in (1) het borgen dat elke behandelaar vertrouwt op de voorgaande schakel in het proces en (2) het zorgen dat medisch adviseurs maximaal worden ingezet op hun expertise als arts.

Als het gaat om het management van de medische capaciteit dan ligt het in een productieomgeving als deze voor de hand dat er wordt gestuurd op (individuele of team)productie. De metafoor van een 'productieomgeving' is overigens zeer herkenbaar voor de medische professionals. En ook het werken met productienormen ondervindt bij hen zeker geen weerstand. Sterker, die worden nu gemist ('vroeger had je een soort weektaak'). Alle aandacht ligt nu op het wegwerken van de grote hoeveelheid achterstanden, waardoor men nooit het idee heeft dat er een norm is gehaald of het werk even 'af' is. Het idee om te werken vanuit het principe van een 'wachtkamer' (die dagelijks leeg moet), wordt als positief gezien.

Naast het zich onvoldoende gehoord voelen (zoals bij de ontwikkeling en verbetering van OPUS) zijn de medische professionals ook kritisch op de vele wisselingen in het management ('ik heb nu vier managers in twee jaar gehad'). Desondanks blijft men getrouw zijn werk doen: 'het is een wonder dat we dit met z'n allen pikken' (...) 'we kunnen wel gaan staken, maar je wilt het toch oplossen voor de klant'. Een herkenbare houding van professionals, die vraagt om waardering en gehoor door het management.

Als je het concept van een (bulk)productieorganisatie doortrekt dan moet zo'n organisatie ook flexibel kunnen opschalen en afschalen bij wisselingen in het aanbod. En dat vraagt ook om goed inzicht in het te verwachten aanbod. In de media en publieke opinie is de indruk ontstaan dat het CBR niet goed is in het prognosticeren, zelfs niet als het om de vergrijzing gaat. Dat beeld lijkt echter onjuist. Het CBR kan wel degelijk vooruit kijken. De oorzaken van de problematiek waardoor de achterstanden ontstonden mochten onder de vorige directie niet naar buiten komen en daarom zocht men toen zijn toevlucht in het excuus van een 'onvoorzien grote stijging' van het aantal gezondheidsverklaringen ('er was geen klimaat waarin je kon zeggen dat er iets mis ging').

#### *Kijk naar de verdeling van verantwoordelijkheden*

Het is niet onbegrijpelijk dat er intern verschillende beelden zijn bij de rol en invloed van de medisch adviseurs (de artsen) binnen het CBR. Variërend van 'de belangrijkste medewerkers van de divisie' tot 'dokters die soms zo moeilijk denken of doen'. Een voorbeeld is het tuchtrecht. Medisch adviseurs nemen het zeer serieus dat hun persoonlijke beslissingen onderworpen kunnen worden aan het tuchtrecht. Anderen wijzen erop dat dit praktisch bijna nooit voorkomt. Dat lijkt een beetje op het verschil tussen bedrijfskundige logica ('95% is een mooie score') versus de geneeskundige logica ('5% is een onaanvaardbaar risico'). Beide zijn waar en een discussie daarover levert doorgaans niet zoveel op. Slimmer is het om enerzijds de artsen serieus te nemen en te respecteren en anderzijds ervoor te zorgen dat die persoonlijke aansprakelijkheid wordt geminimaliseerd.

Kennelijk worden in het mededelingenproces (waar sprake is van een zelfde medische beoordeling als bij de gezondheidsverklaringen) besluiten ondertekend door de betreffende manager en niet door een medisch adviseur.



In het GV proces is een zodanig ondertekeningsmandaat verstrekt dat een individuele medisch adviseur besluiten ondertekent en in het automatisch protocol worden alle besluiten ondertekend door het Hoofd Medische Zaken. In het Reglement Rijbewijzen en in de Verkeerswet staat 'het CBR besluit'. Dan lijkt het verstandig om alle besluiten te laten ondertekenen namens de directie van het CBR en intern duidelijkheid te scheppen over de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid en hoe daar in voorkomende gevallen mee om wordt gegaan. Een suggestie die in de gesprekken is gedaan is om te werken met deelverantwoordelijkheden van afdelingen en functionarissen (dus ook voor de medisch adviseurs) en een totaalverantwoordelijkheid op organisatieniveau. Dat kan ook helpen bij het voorkomen dat men het werk van voorgaande schakels in de keten gaat overdoen.

## **4.2. Bevindingen en aanbevelingen werving en opleiding medische capaciteit**

### **4.2.1. De opleiding lijkt nogal lang te duren**

Uit een reconstructie op basis van de documenten blijkt dat het CBR onderscheid maakt in reguliere artsen (zgn. 'zware artsen') die in dienst treden bij het CBR en zogenoemde 'lichte artsen' die in dienst zijn (of ingehuurd worden door) bij externe partijen.

De reguliere medische adviseurs die in dienst treden bij het CBR doorlopen sinds halverwege 2018 een opleiding van minimaal twee en maximaal drie maanden aaneengesloten, gedurende vier dagen per week, de vijfde dag is bedoeld voor zelfstudie. Deels vindt de opleiding plaats middels zelfstudie en e-learning, maar in belangrijke mate wordt er klassikaal opgeleid en wordt er in de praktijk de focus gelegd op de inhoudelijke kennis en het werken in het systeem (OPUS).

De 'lichte artsen' worden in eerste instantie opgeleid om een beperkt aantal ziektebeelden in behandeling te nemen. Omdat zij hun werkzaamheden voor het CBR in deeltijd uitvoeren is het uitgangspunt bij aanvang om hen op te leiden in een beperkt aantal ziektebeelden (oog- en hartaandoeningen en diabetes). Dit beperkt de duur van de opleiding. Hierdoor zijn ze na enkele weken dus relatief snel inzetbaar en rendabel. De duur van de (basis)opleiding is in totaal 4 dagen met coaching achteraf. De opleiding vindt deels via e-learning plaats en een deel wordt klassikaal gedaan. Bedoeling is dat deze artsen verder worden opgeleid voor meer ziektebeelden en ook meer (deel)taken in het systeem OPUS, waardoor ze zwaarder inzetbaar zullen zijn.

### **4.2.2. De werkelijkheid is genuanceerder**

Op het eerste gezicht is een opleiding van meerdere maanden nogal veel, als je bedenkt dat medisch adviseurs reeds arts zijn. De opleiding gaat dan ook vooral over wet- en regelgeving en systemen en procedures. Maar dan nog lijken meerdere maanden opleiden flink aan de maat.

Op grond van de gesprekken lijkt ook hier de werkelijkheid genuanceerder. De lengte van de opleiding heeft mede te maken met de bewerkelijkheid van OPUS (dat heb je niet zo snel onder de knie), het (tot voor kort) ontbreken van e-learning mogelijkheden (bijvoorbeeld om de wet- en regelgeving eigen te maken) en het niet kunnen beschikken over een veilige oefenomgeving. Nieuwe behandelaren moeten onder begeleiding rechtstreeks in OPUS oefenen. Als er dus iets mis gaat werkt dat direct door in het systeem.

Een andere nuance is dat een groot deel van opleiding bestaat uit het onder begeleiding werken. Ofwel er is ook sprake van productie. De ideale situatie lijkt dan ook: een korte opleiding, inclusief gebruik van e-learning en een veilige oefenomgeving en daarna 'coaching on the job' in een behandelteam.



Overigens blijkt niet elke arts geschikt te zijn als medisch adviseur bij het CBR. Sommige artsen van de nieuwe aanwas slagen niet voor de opleiding of haken om andere redenen af. Een medisch adviseur is in feite een 'beeldschermarts' die geen patiëntencontact heeft en via een geautomatiseerd systeem medische dossiers beoordeelt. Niet elke arts kwalificeert op voorhand voor een dergelijke functie, of ontleent daar professionele voldoening aan.

## 5. Herziening stelsel medische keuringen

### 5.1. Stelselherziening lijkt weerbarstig

Het huidige stelsel van medische keuringen voor de rijgeschiktheid staat vanuit de politiek gezien ter discussie. De Tweede Kamer heeft de minister gevraagd te komen met een visie op een eventuele hervorming van het stelsel. De minister heeft het SWOV vervolgens opdracht gegeven in de eerste helft van 2020 onderzoek te doen en op basis daarvan verschillende scenario's te schetsen. Vanuit haar eigen verantwoordelijkheid en praktijkervaring wil het CBR bijdragen aan de gedachtenvorming over een mogelijk alternatief stelsel. Als onderdeel daarvan is door de directie van het CBR ook aan mij gevraagd naar een visie op het stelsel van medische keuringen voor de rijgeschiktheid.

Mede gezien het uitgebreide SWOV-onderzoek past mij op dit punt bescheidenheid. Voorts zijn in de afgelopen jaren meerdere voorstellen gedaan voor een aanpassing van het stelsel, die vervolgens niet zijn doorgevoerd, vooral vanwege redenen als 'draagvlak' of 'haalbaarheid'. Zo vindt de aarzeling om een meldplicht voor bestuurders of voor huisartsen in te voeren (als voorwaarde voor de afschaffing van een leeftijdsgebonden keuring) haar grond in argumenten als 'niet realistisch' (om te verwachten van mensen dat ze zich bewust zijn van het feit dat ze een aandoening hebben die de rijgeschiktheid mogelijk beïnvloedt), 'niet praktisch' (niet te handhaven om te checken of bestuurders (op tijd) melden indien zij zich wel bewust zijn van hun aandoening) of 'niet wenselijk' (meldplicht huisartsen zou de vertrouwelijke arts-patiëntrelatie in de weg staan). Ook een verschuiving van verantwoordelijkheden en taken tussen partijen als het ministerie, het CBR, de RDW en gemeenten zijn eerder als onwenselijk betiteld. Er is ook gewezen op het ontbreken van voldoende onderzoeksmateriaal over de relatie tussen beleidskeuzes omtrent de beoordeling op rijgeschiktheid en het effect op de verkeersveiligheid. In de toekomst wordt het nodige verwacht van technologische ontwikkelingen waardoor bepaalde eisen versoepeld zouden kunnen worden of er eenvoudiger instrumenten zouden komen om rijgeschiktheid te bepalen, maar die toekomst lijkt nog behoorlijk ver weg te liggen.

Zo bezien is het maar de vraag of het tot een wezenlijke wijziging van het stelsel gaat komen. Terwijl argumenten als haalbaarheid en draagvlak voor mij in het algemeen juist redenen zijn om 'om te denken'. Maar kennelijk is dat voor de betrokkenen tot nu toe lastig gebleken.

Natuurlijk kun je de vraag stellen hoe doelmatig het huidige stelsel is. Van de honderdduizenden medische beoordelingen per jaar leidt het slechts in een paar duizend gevallen tot een verklaring van ongeschiktheid. Iets anders is echter of doelmatigheid het juiste criterium is in relatie tot verkeersveiligheid. Om die vraag te kunnen beantwoorden zou je eerst meer moeten weten over de relatie tussen de medische beoordeling en de verkeersveiligheid en daar schijnt nog onvoldoende over bekend te zijn.

Op langere termijn zijn overigens ook de technologische en medische ontwikkelingen van belang voor de rol en inrichting van het CBR. Niet het huidige werkproces en systeem zijn op langere termijn bepalend, maar de vraag hoe je met behulp van technologie en voortschrijdende medische wetenschap op een goede manier (betrouwbaar, doelmatig, klantgericht) iemands rijgeschiktheid kan beoordelen.



## ***5.2. Wat in elk geval het overwegen waard is***

Ik kan mij voorstellen dat er wel in andere dan hiervoor genoemde zin verbeteringen mogelijk zijn in het huidige stelsel, vanuit de optiek van de burger en het CBR.

Voor de burger is het belangrijk dat er sprake is van een klantgerichte en goed samenwerkende keten van partijen. Dat vraagt meestal ook om een zekere mate van regie. Zoals al eerder opgemerkt lijkt een verbetering mogelijk in de werkrelatie tussen het CBR en twee belangrijke ketenpartners: de rijnschoolbranche als het gaat om de rijvaardigheid en keuringsartsen als het gaat om de rijgeschiktheid. Het CBR zou invloed moeten kunnen uitoefenen op de kwaliteit van rijopleidingen en op de kwaliteit van keuringen. Niet door op te treden als een strenge en afstandelijke keurmeester, maar door samen met die partijen te zoeken naar procesoptimalisatie en kwaliteitsverbetering in de keten. Waarbij de overheid eraan kan bijdragen dat die partijen dit niet als een vrijblijvende uitnodiging zien, maar zich aangespoord voelen om een actieve bijdrage te leveren. Voor het CBR betekent dit dat zij in haar missie ook elementen zou moeten opnemen als 'voorkomen dat het rijbewijs van mensen onnodig niet verstrekt kan worden c.q. onnodig verloopt, tenzij daar een expliciete medische reden voor is'. In het verlengde daarvan past het dan ook niet meer om te spreken over een 'actieve' en 'passieve' werkvoorraad.

Er lijkt nog de nodige winst te behalen in een verdere digitalisering van de contactprocessen met klanten en keuringsartsen. Er wordt nu nog vrij veel op papieren wijze gecommuniceerd en afgehandeld. Naast adequate systemen vraagt dit ook om klantgerichte ondersteuning van minder digitaal vaardige burgers, vanuit het montessoriaanse uitgangspunt 'leer hen het zelf te doen'.

Als de prestaties van het CBR weer op een normaal niveau zijn gebracht (na het wegwerken van de achterstanden) zou er ook meer ruimte kunnen ontstaan voor de adviesrol van het CBR op het bredere terrein van de verkeersveiligheid. Er zit bij het CBR al veel praktijkdeskundigheid. Daarnaast biedt een systeem als OPUS op termijn ook kansen om via data-analyses te komen tot nieuwe inzichten. Als het CBR als uitvoeringsorganisatie weer voor vol wordt aangezien past het andere partijen, waaronder het ministerie, om optimaal gebruik te maken van de expertise en data van het CBR.



## 6. Mijn aanbevelingen samengevat

**Bij het CBR speelt meer dan een operationeel probleem.** Onder de vorige directie is een onverstandige combinatie van besluiten genomen (tegelijk digitaliseren, reorganiseren en concentreren). Bij de uitvoering van die besluiten heeft het management stekken laten vallen (zoals het laten ontstaan van een mismatch tussen organisatieontwerp en systeemontwerp). Medewerkers zijn aangehoord, maar onvoldoende gehoord. Er heerste een cultuur waarin fouten niet mochten worden toegegeven. In de divisie Rijgeschiktheid werd onvoldoende gestuurd op productie en waren er veel wisselingen in het management.

Het CBR komt dus van ver. Maar kan, mits er op meerdere fronten veranderingen worden doorgevoerd, weer ver komen. In het verslag heb ik tot nu daartoe al veel concrete suggesties gedaan. De belangrijkste aanbevelingen vat ik hierna samen.

**De nieuwe directie en het nieuwe divisie management zijn bakens aan het verzetten** en intern begint er een andere wind te waaien. Zij hebben echter te maken met een flinke belemmerende last van het verleden en hebben tijd en manoeuvreerruimte nodig. Ze hebben recht op een 'schone lei' en moeten van tijd tot tijd ook nee kunnen en durven zeggen. Voorts zullen zij er intern voor moeten waken niet zelf onderdeel te worden van ingesleten patronen, maar deze juist moeten doorbreken. De verkokering moet worden aangepakt, het management moet leren om problemen meer onderling oplossen, het topmanagement (directie en de laag eronder) moet zich collectief verantwoordelijk voelen en daarnaar handelen, ICT moet een betere binding krijgen met de uitvoerende organisatieonderdelen. Voor de Raad van Toezicht ligt hier een taak om de directie zowel te steunen als uit te dagen, en de voortgang van deze veranderingen goed te volgen.

**De huidige focus op het wegwerken van de achterstanden is begrijpelijk, maar te eenzijdig.** Die focus komt mede door de druk van de politiek en de publieke opinie en wordt onvoldoende gedempt door het ministerie. Intern kijken medewerkers echter tegen een onuitputtelijke werkbak aan en krijgt men te horen dat er geen tijd en geen geld is voor aanpassingen of verbeteringen van het systeem. Dat laatste komt dan weer door onder druk gedane toezeggingen aan het ministerie. **Er moet een tweesporenbeleid worden gevoerd: achterstanden wegwerken en tegelijk investeren.** Investeren in de kwaliteit van het management, in de cultuur en in de systemen. De inrichting en sturing van de Medische capaciteit in de divisie Rijgeschiktheid moet op onderdelen worden aangepast en er moet een goede match komen tussen organisatieontwerp en systeemontwerp, beide passend bij een (bulk)productieorganisatie. Bij het herontwerp van de Medische capaciteit moet worden geborgd dat elke behandelaar kan vertrouwen op de voorgaande schakel in het proces en dat medisch adviseurs maximaal worden ingezet op hun expertise als arts. Er moet geld worden vrijgemaakt om het systeem OPUS aan te passen en te optimaliseren, zonder dat weer wordt verwezen naar reeds gedane investeringen.

**Medewerkers moeten meer worden gehoord en niet alleen aangehoord.** Er zit binnen het CBR veel praktijkdeskundigheid, die uitermate nuttig gebruikt kan worden bij veranderingen en verbeteringen. Maar dan is het wel belangrijk dat er niet alleen naar suggesties van medewerkers wordt geluisterd, maar dat er ook iets mee wordt gedaan. En mochten hun ideeën om wat voor reden dan ook niet worden overgenomen, koppel dat dan netjes terug en leg het uit. Respectvol omgaan met je eigen mensen legt een fundament onder intern vertrouwen, en dat is bij het CBR nog onvoldoende aanwezig.



**Het CBR moet nieuwe houtsnijdende KPI's afspreken**, waarbij onderscheid wordt gemaakt naar relevante externe KPI's waarover het CBR naar buiten toe verantwoording aflegt en interne KPI's die uitsluitend bedoeld zijn voor de eigen sturing. KPI's moeten niet uitsluitend worden geformuleerd vanuit de verkeersveiligheidsstaak (het beoordelen van de rijvaardigheid en medische geschiktheid van bestuurders en de vakbekwaamheid van professionals in transport en logistiek), maar ook vanuit een missie om te voorkomen dat het rijbewijs van mensen onnodig verloopt. Bij het vaststellen van de KPI's past rolzuiverheid van zowel het ministerie als de Raad van Toezicht. Het ministerie spreekt met het CBR een beperkt aantal maatschappelijk relevante KPI's af, die publiek en politiek inzicht geven in de prestaties van het CBR. De Raad van Toezicht spreekt met de directie van het CBR KPI's af die relevant zijn voor de interne sturing en beoordeling van de taakuitoefening. Deze scheiding, en daaropvolgend rolzuiver handelen van het ministerie en de Raad van Toezicht, komt ook de governance van het CBR ten goede.

**Het CBR moet, in samenspraak met en met medewerking van het ministerie, meer vanuit een ketenoptiek gaan denken en handelen.** Waarbij enerzijds rijsschoolhouders en anderzijds keuringsartsen als ketenpartners worden gezien en waarbij het CBR en deze partijen samen op zoek gaan naar procesoptimalisatie en kwaliteitsverbetering in de keten. Het CBR zou daarbij een zekere regierol kunnen krijgen en het ministerie zou alle partijen gericht kunnen aansporen om aan actieve bijdrage te leveren aan klantgerichte en goed samenwerkende ketens op het gebied van rijvaardigheid en medische rijgeschiktheid.

Het opvolgen van deze aanbevelingen, in combinatie met de reeds genomen maatregelen door de nieuwe directie en het nieuwe divisiemanagement, kan en zal ertoe bijdragen dat de prestaties en de reputatie van het CBR verbeteren. En dat is de weg naar het herwinnen van de trots, die ik elke CBR-medewerker van harte gun.