

Hoe betrek je burgers massaal bij mobiliteitsbeleid? 6681 Nederlanders adviseren over het medisch keuren van rijbewijshouders

Shannon Spruit – Populytics – shannon@populytics.nl

Niek Mouter – Populytics – niek@populytics.nl

Bijdrage aan het Colloquium Vervoersplanologisch Speurwerk 25 en 26 november 2021, Utrecht

Samenvatting

Sommige mensen kunnen vanwege hun gezondheid minder veilig autorijden. 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 wilde te weten komen in hoeverre dit stelsel volgens burgers zou moeten worden gewijzigd. Daarom organiseerde Populytics in de zomer van 2021 een grootschalige raadpleging waar 6.881 burgers aan meededen. Deelnemers adviseerden over de huidige inrichting van het stelsel en zeven opties waarop het stelsel kan worden aangepast. De drie belangrijkste conclusies zijn: 1) Ongeveer 70% van de deelnemers denkt dat rijbewijshouders niet eerlijk zullen melden dat ze minder veilig kunnen autorijden. Dit wantrouwen volgt uit het gevoel bij deelnemers dat verschillende factoren de meldingsbereidheid negatief beïnvloeden. Deelnemers ervaren dat je nu moet betalen om je rijbewijs na een keuring kwijt te raken en dat eerlijk melden van een aandoening wordt 'afgestraft', terwijl het verzwijgen wordt 'beloond'. Deelnemers opteren daarom voor een sluitend correctief systeem. We bevelen aan om te zoeken naar positieve prikkels om een medische aandoening te melden; 2) Opties die zich richten op het delen van informatie over medische gesteldheid zijn populair. De drie meest populaire opties zijn 'Artsen melden bepaalde medische situaties verplicht', 'Automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden' en 'Verplichte vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs'. Deze opties sturen op het delen van informatie over fysieke en mentale aandoeningen die de rijvaardigheid zouden kunnen beïnvloeden. Deelnemers zien wel bezwaren rond privacy bij de optie 'Artsen melden bepaalde situaties verplicht' en adviseren daarom om deze optie onder een aantal voorwaarden in te voeren: 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; 3) De huidige 75+ leeftijdskeuring wordt gezien als vangnet. Deelnemers vinden het een goede methode om automobilisten te herkennen die risicovol gedrag vertonen, maar niet worden geïdentificeerd door risico gestuurde maatregelen zoals de verplichte vragenlijst en de meldplicht van artsen.

1. Introductie

Sommige mensen kunnen vanwege hun gezondheid minder veilig autorijden. 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 inwoners van Nederland hierover weten. Daarom heeft het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (IenW) het onderzoeksbureau Populytics gevraagd om een online raadpleging (consultatie) uit te voeren.

Voor deze raadpleging maakten we gebruik van de Participatieve Waarde Evaluatie Methode (PWE). 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).

2. Methode

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

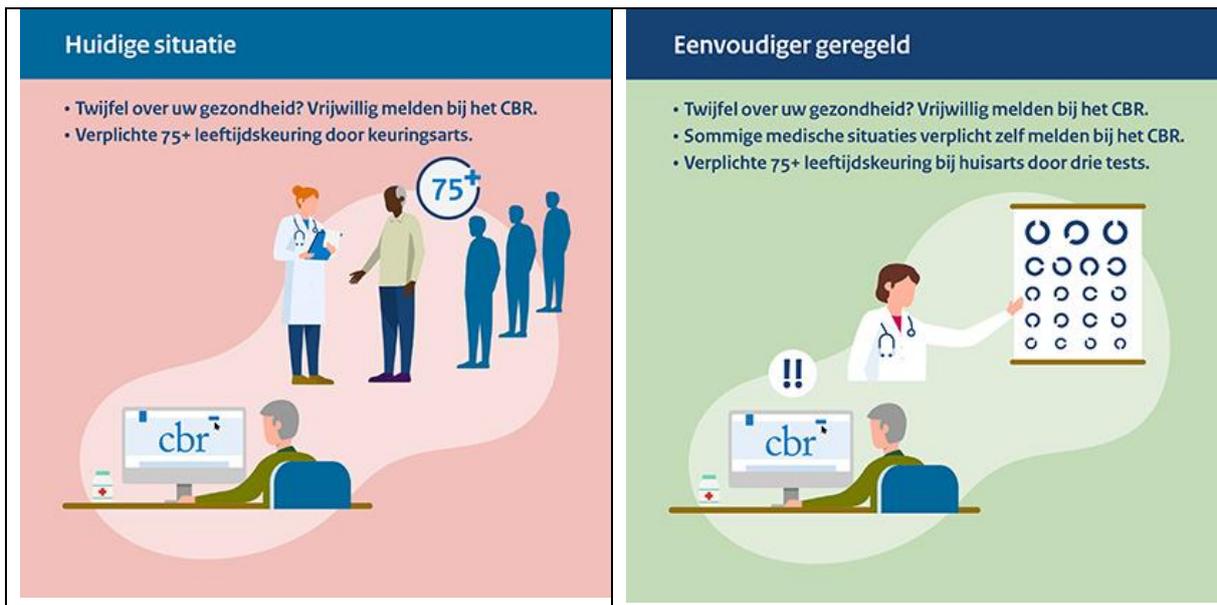
Deelnemers kregen 7 opties te zien voor aanpassingen van het stelsel medische rijgeschiktheid, inclusief de effecten per optie.

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

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 (publieke)

uitvoeringskosten. Door deze beperking werden deelnemers gedwongen verschillende opties te prioriteren, ze konden niet alles kiezen. Nadat deelnemers hun voorkeuren kenbaar hadden gemaakt, kregen zij de ruimte krijgen 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. Hieronder ziet u een voorbeeld van een scenario dat is voorgelegd. Deelnemers werd vervolgens gevraagd aan welk scenario zij de voorkeur gaven.



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 24 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 6881 Nederlanders hun advies gegeven aan het ministerie. Tijdens de gehele periode konden deelnemers hulp krijgen van een helpdesk, 8 personen hebben hier gebruik van gemaakt.

3. Resultaten en aanbevelingen

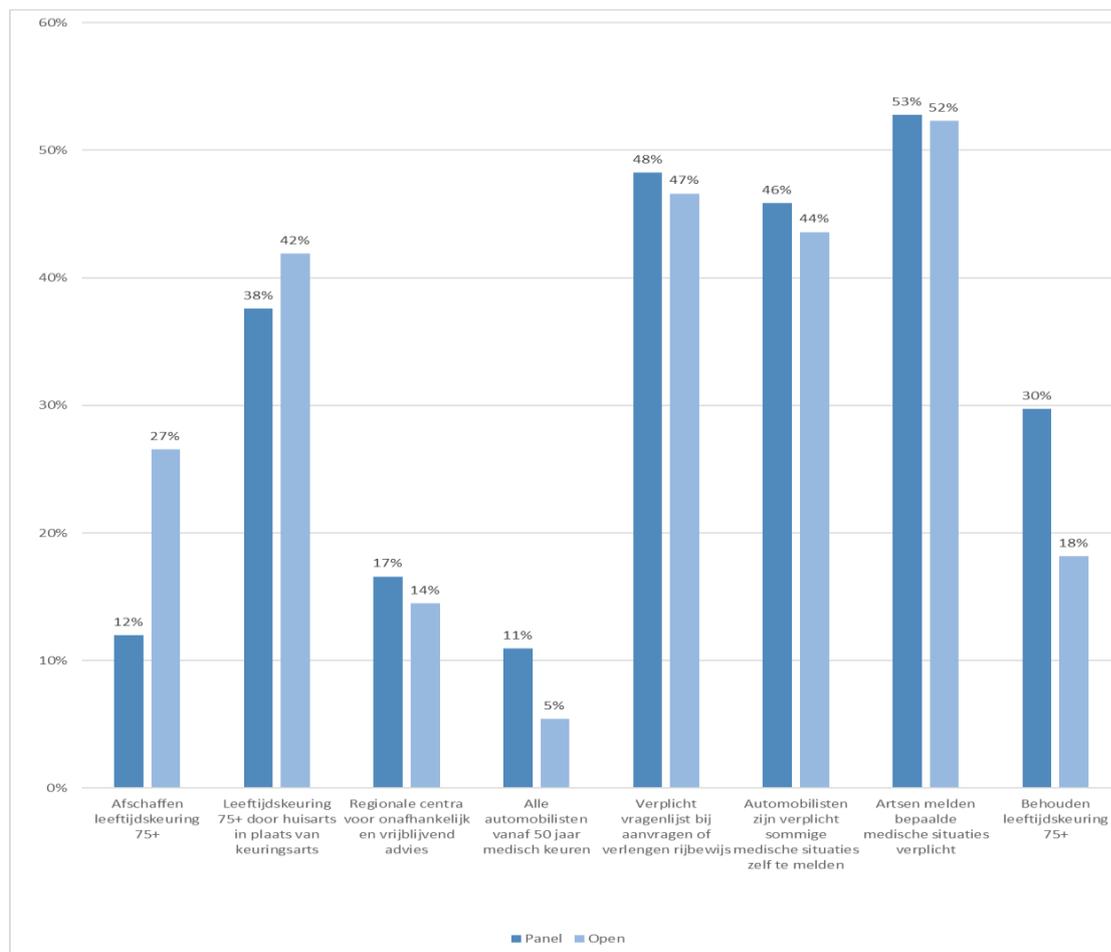
Een volledig overzicht van de resultaten is te vinden via Spruit et al. (2021). De keuzes van de deelnemers aan dit onderzoek zijn op verschillende manieren geanalyseerd. We hebben beschrijvende statistiek toegepast, hebben de keuzes geanalyseerd met kwantitatieve modellen (portfolio choice model en een latente klasse clusteranalyse) en

ook hebben we de kwalitatieve resultaten systematisch geanalyseerd. Als we naar deze verschillende analyses kijken, dan kunnen we een aantal conclusies trekken.

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

Allereerst zien we dat beleidsopties die het stelsel medische rijgeschiktheid meer risico gestuurd maken relatief goed scoren in de raadpleging. Deze opties richten zich op het delen van informatie met overheidsinstanties waardoor de automobilisten met een medische situatie die hun rijvaardigheid negatief beïnvloedt beter geïdentificeerd en gekeurd kunnen 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 1 Percentage deelnemers dat de maatregelen 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 (zie Spruit et al., 2021 voor een overzicht van de kwantitatieve analyses). 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. Een risico gestuurd systeem 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 medisch stelsel rijgeschiktheid die deze risico's mitigeren.

Verschillende argumentaties van deelnemers beginnen 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 rijvaardigheid beperken. Ook denken verschillende deelnemers dat deze keuzeoptie ervoor zorgt dat automobilisten worden gedwongen om goed na te denken over hun eigen rijvaardigheid 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 adviseren 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 doktoren moeten dus worden voorgelicht dat zij hun patiënten informeren indien hun ziekte, medicijngebruik of ouderdom ervoor zorgen dat hun rijgeschiktheid 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 normatief gezien 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 niet eenduidig worden geconcludeerd dat "behoud van de 75+ keuring" of "Leeftijdskeuring 75+ door huisarts in plaats van keuringsarts" de meest populaire beleidsoptie 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 risico gestuurde maatregelen 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. Wat verklaart de populariteit van de leeftijdskeuring 75+ door de huisarts. Allereerst blijft de 'vangnetfunctie' van de 75+ keuring in stand. 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. Mensen 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.

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. Deelnemers aan de raadpleging opteren voor een sluitend correctief systeem, omdat zij een groot deel van hen 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 om je rijbewijs kwijt te raken na een keuring 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 wordt 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 ouderen en mensen die 2 tot 4 dagen op de weg zitten wil dat er grote aanpassingen worden gemaakt aan het stelsel medische rijgeschiktheid. Dit zijn waarschijnlijk ouderen die zich comfortabel voelen op de weg maar ook direct te maken hebben met de leeftijdskeuring. In aanvulling van 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 zullen optimaliseren.

4. Ervaringen van deelnemers

Vergeleken met referentiecijfers van soortgelijke raadplegingen (Mouter et al., 2021b) scoort deze raadpleging goed wat betreft zelfvertrouwen 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 wetenschappers. 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 tegenover 9% wat het advies van de burgers het belangrijkste vindt. 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%.

5. Conclusies

De drie belangrijkste conclusies zijn: 1) Ongeveer 70% van de deelnemers denkt dat rijbewijshouders niet eerlijk zullen melden dat ze minder veilig kunnen autorijden. Dit wantrouwen volgt uit het gevoel bij deelnemers dat verschillende factoren de meldingsbereidheid negatief beïnvloeden. Deelnemers ervaren dat je nu moet betalen om je rijbewijs na een keuring kwijt te raken en dat eerlijk melden van een aandoening wordt 'afgestraft', terwijl het verzwijgen wordt 'beloond'. Deelnemers opteren daarom voor een sluitend correctief systeem. We bevelen aan om te zoeken naar positieve prikkels om een medische aandoening te melden; 2) Opties die zich richten op het delen van informatie over medische gesteldheid zijn populair. De drie meest populaire opties zijn 'Artsen melden bepaalde medische situaties verplicht', 'Automobilisten zijn verplicht sommige medische situaties zelf te melden' en 'Verplichte vragenlijst bij aanvragen of verlengen rijbewijs'. Deze opties sturen op het delen van informatie over fysieke en mentale aandoeningen die de rijvaardigheid zouden kunnen beïnvloeden. Deelnemers zien wel bezwaren rond privacy bij de optie 'Artsen melden bepaalde situaties verplicht' en adviseren daarom om deze optie onder een aantal voorwaarden in te voeren: 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; 3) De huidige 75+ leeftijdskeuring wordt gezien als vangnet. Deelnemers vinden het een goede methode om automobilisten te herkennen die risicovol gedrag vertonen, maar niet worden geïdentificeerd door risico gestuurde maatregelen zoals de verplichte vragenlijst en de meldplicht van artsen.

6. Referenties

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* 75.

Spruit, S.L. de Vries, M., Schouten, S., Mouter, N. 6881 Nederlanders denken mee over medisch keuren van rijbewijshouders. www.populytics.nl