

Proactief verkeersveiligheidsbeleid: wat kan de psychiatrie leren?

W. Weijermars, L. Aarts

- Achtergrond** Net zoals in de psychiatrie heeft ook in de verkeersveiligheid een omslag plaatsgevonden van een reactief beleid naar een meer proactief beleid.
- Doel** Beschrijven van de ontwikkeling, kern en uitwerking van proactief verkeersveiligheidsbeleid en een eerste aanzet bieden voor lessen voor de psychiatrie.
- Resultaten** Bij proactief verkeersveiligheidsbeleid neemt men de mens als uitgangspunt: mensen zijn fysiek kwetsbaar, ze maken fouten en houden zich niet altijd aan de regels. In een Duurzaam Veilig ontworpen verkeerssysteem leiden deze kenmerken niet tot ongevallen of wordt tenminste ernstig letsel voorkomen.
- Conclusie** Elementen uit proactief verkeersveiligheidsbeleid, zoals 'safety by design', risicoreductie en blootstellingsreductie en samenwerking met andere terreinen bieden wellicht inspiratie voor proactieve psychiatrie.

Verkeersveiligheid en psychiatrie lijken op het eerste gezicht wellicht twee verschillende werelden, maar toch zijn er verbanden tussen beide. Enerzijds kunnen verkeersongevallen leiden tot psychische klachten, waaronder posttraumatische stressstoornis (Blaszczynski e.a. 1998; Heron-Delaney e.a. 2013). Anderzijds kunnen psychische aandoeningen en het gebruik van psychofarmaca de rijgeschiktheid (tijdelijk) beïnvloeden. Zo hebben mensen met een bipolaire stoornis (Chen e.a. 2018), ADHD (Vaa 2014) en een depressie (Vaa 2003) een grotere kans om betrokken en/of gewond te raken bij verkeersongevallen en is van antidepressiva en benzodiazepinen bekend dat ze tot een verhoging van het risico op letselongevallen leiden (SWOV 2020, op basis van Elvik 2013).

In de psychiatrie onderzoekt men of men van reactief naar meer proactief beleid kan overgaan en benut daarbij graag inspiratie uit andere domeinen. Naast de genoemde verbanden heeft in de verkeersveiligheid ook een omslag plaatsgevonden van reactief naar meer proactief beleid, die inspiratie kan bieden voor de psychiatrie. In dit artikel gaan wij in op de ontwikkeling, kern en uitwerking van proactief verkeersveiligheidsbeleid en doen we suggesties voor de psychiatrie. Eerst gaan we kort in op het verkeersonveiligheidsprobleem in Nederland.

Verkeersonveiligheid in Nederland

In 2018 kwamen 678 mensen om in het Nederlandse verkeer en raakten ongeveer 21.700 mensen ernstig gewond (Weijermars 2019). Een ernstig verkeersgewonde is in Nederland vooralsnog gedefinieerd als een verkeersslachtoffer dat is opgenomen in het ziekenhuis met letselernst volgens de *Maximum Abbreviated Injury Score (MAIS)* score 2 of hoger en niet binnen 30 dagen is overleden aan de gevolgen van het ongeval. Het aantal verkeersdoden liet vanaf ongeveer 1973 een gestage daling zien, maar de dalende trend is de laatste jaren tot stilstand gekomen. Het aantal ernstige verkeersgewonden neemt al langere tijd toe. De maatschappelijke kosten van verkeersonveiligheid worden voor 2018 geschat op ongeveer 17 miljard euro (KiM 2019).

De meeste verkeersdoden vallen onder auto-inzittenden (233 in 2018) en fietsers (228), de meeste ernstige verkeersgewonden zijn fietsers (64%). Als gevolg van de vergrijzing neemt het aantal slachtoffers onder ouderen toe; in 2018 was ruim de helft van de verkeersdoden 60 jaar of ouder.

Proactief verkeersveiligheidsbeleid: Duurzaam Veilig

Van reactief naar proactief beleid

We kunnen vijf fasen onderscheiden in de ontwikkeling in het denken over verkeersveiligheid in de vorige eeuw

AUTEURS

Wendy Weijermars, hoofd afd. Infrastructuur en Verkeer, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid, Den Haag.

Letty Aarts, hoofd afd. Data en Analyse voor Beleid, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid, Den Haag.

correspondentieadres

Dr. ir. Wendy Weijermars.

E-mail: Wendy.weijermars@swov.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-7-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(2):103-106

(**figuur 1**). Begin 1900 werd een verkeersongeval gezien als een ongelukkige samenloop van omstandigheden. Per ongeval werd bekeken welke maatregel nodig was. In de periode 1920-1950 overheerste de mening dat een klein aantal brokkenmakers verantwoordelijk was voor de ongevallen. Oplossingen werden vooral gezocht in wetgeving en handhaving.

Tussen 1950 en 1970 is er sprake van een monocausale benadering met drie mogelijke ongevalsoorzaken: mens, voertuig of weg. Maatregelen werden gezocht in een van de drie E's: *engineering, education en enforcement* (ontwerp, educatie en handhaving). Geleidelijk kwam de multicausale benadering op, waarin genoemde elementen in samenhang zouden bijdragen aan ongevallen, overigens nog steeds met de mens als zwakste schakel. De nadruk ligt in die periode op technische oplossingen en het beschermen van weggebruikers door bijvoorbeeld de bromfietshelm en autogordel.

Begin jaren negentig komt – geïnspireerd door ontwikkelingen in de luchtvaart en procesindustrie – een proactievere benaderingswijze op die in de verkeersveiligheid ‘Duurzaam Veilig’ wordt gedoopt, in aansluiting ook op het proactieve beleid dat sindsdien vanuit milieu in de belangstelling staat.

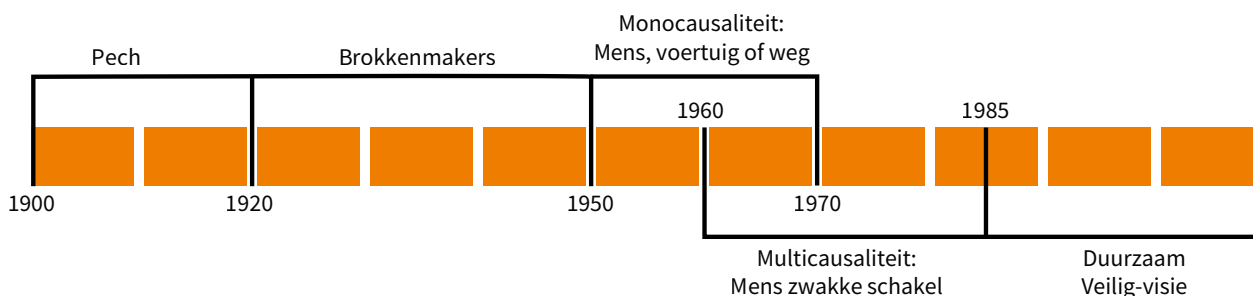
Kern proactief verkeersveiligheidsbeleid

Bij de Duurzaam Veilig-visie neemt men de mens als uitgangspunt: mensen zijn fysiek kwetsbaar, ze maken fouten en houden zich niet altijd aan de regels. In een Duurzaam Veilig ontworpen verkeerssysteem leiden deze beperkingen niet tot ongevallen met ernstig letsel (Koornstra e.a. 1992).

Duurzaam Veilig is een integrale benadering van het verkeerssysteem: ‘mens’, ‘voertuig’, en ‘weg’. Weg en voertuig moeten aansluiten bij de competenties van de mens, en daarnaast bescherming bieden, mocht het toch misgaan. Educatie en voorlichting moeten ervoor zorgen dat verkeersdeelnemers goed op de verkeerstaak zijn voorbereid en weten wat er van hen wordt verwacht. Handhaving is tot slot nodig om mensen te bereiken die zich bewust niet aan de regels houden.

Deze elementen zijn vervat in veiligheidsprincipes die in de laatste versie van de visie (SWOV 2018) zijn terug te voeren op: 1. een monofunctionele indeling van wegen om functieconflicten te voorkomen, in afstemming met 2. (bio)mechanische wetmatigheden die de mens fysiek moeten beschermen alsook 3. de psychologische wetten die de mens tot zo veel mogelijk veilige handelingen moeten aanzetten.

Figuur 1. Benadering van verkeersonveiligheid door de jaren heen (Bron: SWOV 2009)



In deze laatste versie van de visie zijn hieraan ook organisatorische aspecten toegevoegd: met name adequate educatie en toezicht gelden niet alleen voor verkeersdeelnemers, maar ook voor professionals die invloed uitoefenen op het verkeerssysteem en het systeem maken tot wat het is. Organisatorische kernprincipes zijn verder dat verantwoordelijkheden van alle partijen die invloed hebben op de verkeersveiligheid optimaal zijn verdeeld. Daarnaast is het van belang dat het systeem zodanig wordt ingericht dat er ruimte blijft voor leren en innoveren, teneinde mee te gaan met ontwikkelingen in de tijd.

Een duurzaam veilig beleid is proactief; het probeert zo vroeg mogelijk in te grijpen in de 'keten' van systeemontwerp naar uiteindelijk verkeersgedrag (Wegman & Aarts 2005). Volgens de Duurzaam Veilig-visie zijn menselijke fouten en onveilige handelingen (vaak) het gevolg van fouten of onvolkomenheden in het verkeerssysteem, ook wel latente fouten genoemd. Deze latente fouten moeten zo veel mogelijk uitgebannen worden. Proactief wil ook zeggen dat er maatregelen genomen worden voordat er slachtoffers vallen. Dit betekent bijvoorbeeld dat men niet wacht met het herinrichten van een onveilig kruispunt tot er ongevallen hebben plaatsgevonden, maar op voorhand al een veiliger ontwerp kan kiezen en aanleggen.

Naast een integrale benadering van het verkeerssysteem zelf, onderschrijft men met Duurzaam Veilig ook het belang van een integrale aanpak van verkeersveiligheid als facet van ander beleid, zoals mobiliteits-, planologisch en gezondheidsbeleid. Keuzes op het vlak van deze beleidsterreinen kunnen elkaar versterken als men zoekt naar gemeenschappelijke belangen.

Duurzaam Veilig in de praktijk

Nadat in 1991 de Duurzaam Veilig-visie werd gelanceerd, begon in 1998 de concrete implementatie, na ondertekening van het convenant 'Startprogramma Duurzaam Veilig'. Dit programma bevatte 24 afspraken tussen centrale en decentrale overheden, die het verkeer structureel veiliger moesten maken. Zo is afgesproken dat wegbeheerders het areaal 30 en 60 km/urwegen zouden uitbreiden met cofinanciering van het ministerie. Ook na afronding van het Startprogramma in 2002 kreeg het gedachtegoed van Duurzaam Veilig een plaats in het nationale en regionale verkeersveiligheidsbeleid, zij het minder prominent dan voorheen.

In 2009 heeft SWOV geëvalueerd welke maatregelen - voortvloeiend uit of passend binnen de Duurzaam Veilig-visie - genomen zijn in de periode 1998-2007 en wat de verkeersveiligheidseffecten daarvan geweest zijn (Weijermars & Van Schagen 2009). Uit die evaluatie blijkt dat er veel maatregelen getroffen zijn, vooral op het gebied van infrastructuur en verkeershandhaving (in combinatie met voorlichting). Ook de veiligheid van voertuigen is verbeterd, maar dit was vooral het gevolg van Europees beleid en initiatieven van de voertuigfabrikanten; het paste wel binnen, maar vloede niet voort uit

Duurzaam Veilig. De maatregelen hebben een gunstig effect op de verkeersveiligheid gehad: in de periode 1998-2007 zijn naar schatting 1600 tot 1700 verkeersdoden minder gevallen dan wanneer er geen maatregelen genomen waren (Weijermars & Wegman 2011).

Recentelijk heeft Duurzaam Veilig weer een prominente plaats in het verkeersveiligheidsbeleid gekregen. Eind 2018 hebben de overheden gezamenlijk het Strategisch Plan verkeersveiligheid 2030 (SPV) opgesteld. Het SPV kent een nulambitie: 'elk verkeersslachtoffer is er één te veel. Overheden willen samen met maatschappelijke partners een maximale inspanning leveren om risico's in kaart te brengen en vervolgens inzetten op maatregelen om die risico's te verkleinen.'

Het SPV zet in op een proactieve, risicogestuurde aanpak. Bij zo'n risicogestuurde aanpak wordt gekeken naar specifieke risicofactoren - wegkenmerken, omstandigheden of gedragingen - die de kans op ongevallen of ernstig letsel kunnen vergroten (zie bijvoorbeeld Aarts 2018). Met zogeheten 'safety performance indicators' kunnen gevaarlijke situaties in kaart worden gebracht. Maatregelen zijn vervolgens gericht op het verminderen van deze gevaarlijke situaties door bijvoorbeeld wegen veiliger in te richten en maatregelen te treffen die gevaarlijke gedragingen minder aantrekkelijk of zelfs onmogelijk maken. Op deze wijze beoogt het SPV de minder gunstige trend te keren en het aantal verkeersslachtoffers verder terug te dringen.

Mogelijke inspiratie

Wat kan de psychiatrie mogelijk van Duurzaam Veilig leren? In deze paragraaf doen we een eerste aanzet voor mogelijke inspiratie vanuit proactief verkeersveiligheidsbeleid voor de psychiatrie. Aangezien wij geen psychiaters zijn, moet men deze paragraaf ook echt als eerste aanzet beschouwen. We nodigen psychiaters uit om op basis van de informatie in dit artikel zelf verder na te gaan welke inzichten nuttig voor het vakgebied zijn.

De mens als uitgangspunt; safety by design

De psychiatrie en verkeersveiligheid hebben met elkaar gemeen dat ze het volgende slachtoffer nog niet kennen. Het antwoord dat men in de verkeersveiligheid hierop gevonden lijkt te hebben, is om van algemene kennis en kenmerken uit te gaan en daarop het verkeerssysteem in te richten. 'Safety by design' is daarbij het uitgangspunt: bescherm de mens tegen zichzelf door gebruik te maken van de kennis over zijn sterke en zwakke kanten. Doorvertaald naar de psychiatrie zou je wellicht kunnen stellen dat je bij het inrichten van 'de maatschappij' voldoende rekening moet houden met de mentale sterke en zwakke punten van mensen.

Risico- en blootstellingsreductie

De essentie van een effectieve proactieve aanpak is om ofwel gevaarlijke situaties minder gevaarlijk te maken (risicoreductie), ofwel de blootstelling aan de gevaren die onvermijdelijk zijn te beperken (blootstellingsreductie).

In de verkeersveiligheid gaat de voorkeur uit naar risico-reductie, om de mobiliteit van mensen zo weinig mogelijk te beperken. Wat kan het psychiatrisch werkveld doen om te onderzoeken hoe risico's waardoor klachten kunnen optreden, gereduceerd kunnen worden? Wat kan zij vervolgens doen om de trom te roeren bij organisaties die een rol kunnen spelen in het daadwerkelijk aanpakken van dergelijke risicofactoren? Met welke maatschappelijke thema's zijn gedeelde belangen? Daar waar de reductie van risico's (nog) geen optie is, kan mogelijk een oplossing worden gevonden in het beperken van de blootstelling aan deze risico's. Hiervoor is een goede zelfkennis van cliënten en toepassing daarvan van belang. Wat betreft de verkeersveiligheid gaat het daarbij om vragen als: wanneer kan ik beter niet aan het verkeer deelnemen, bijvoorbeeld omdat ik moe ben? Regelgeving, handhaving en voorlichting kunnen hier ook een rol bij spelen, denk bijvoorbeeld aan de rij- en rusttijdenwet voor vrachtwagenchauffeurs en mobiliteitsadvies voor oudere verkeersdeelnemers. Wellicht is dit ook toepasbaar op de psychiatrie: zijn er ook vanuit psychiatrisch oogpunt situaties aan te wijzen waarin bepaalde 'gevoelige' groepen beter zo min mogelijk kunnen geraken? Hoe kan vervolgens bewerkstelligd worden dat deze groepen niet of minder vaak in deze situaties terecht komen?

Samenwerking met andere beleidsterreinen

Voor het verbeteren van de verkeersveiligheid is het belangrijk dat verschillende terreinen samenwerken. Zo werken verkeersveiligheidsprofessionals samen met traumatologen om een lans te breken voor fysieke beschermingsmiddelen zoals helmen. Ook voor een effectieve aanpak van rijden onder invloed van alcohol kunnen we samenwerken met de gezondheidszorg. Een achterliggend probleem kan namelijk op allerlei fronten gevolgen hebben: een alcoholprobleem kan zich niet alleen manifesteren in huiselijk geweld, criminaliteit en overlast, maar ook in risicovol rijgedrag. Er is dus belang bij een gezamenlijke aanpak, bij voorkeur een aanpak die effectief is vóórdat het is misgegaan. Ook een samenwerking tussen verkeersveiligheidsprofessionals en psychiaters ligt in de rede, gezien de in de inleiding geschetste verbanden tussen beide werkvelden. Zo is het goed dat psychiaters bij de behandeling van hun patiënten aandacht besteden aan risico's voor verkeersdeelname door aandoeningen en medicijngebruik, bijvoorbeeld door hierover het gesprek aan te gaan met hun patiënten. Meer informatie over rijgeschiktheid bij psychiatrische aandoeningen gaf Van Otterdijk (2016). Waarschijnlijk zijn er voor de psychiatrie daarnaast nog andere beleidsterreinen waarmee samenwerking zinvol is.

LITERATUUR

- Aarts L. Prestatie-indicatoren voor verkeersveiligheid (SPI's). Overzicht van beschikbare kennis over SPI's als basis voor risicogestuurd beleid. R-2018-19. Den Haag: SWOV; 2018.
- Blaszczynski A, Gordon K, Silove D, Sloane D, Hillman K, Panasetis P. Psychiatric morbidity following motor vehicle accidents: a review of methodological issues. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 111-21.
- Chen V-CH, Yang Y-H, Lee C-P, Wong J, Ponton L, Lee Y, e.a. Risks of road injuries in patients with bipolar disorder and associations with drug treatments: A population-based matched cohort study. *J Affect Disord* 2018; 226: 124-31.
- Elvik R. Risk of road accident associated with the use of drugs: A systematic review and meta-analysis of evidence from epidemiological studies. *Accid Anal Prev* 2013; 60: 254-67.
- Heron-Delaney M, Kenardy J, Charlton E, Matsuoka Y. A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Injury* 2013; 44: 1413-22.
- KiM. Mobiliteitsbeeld. Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid. Den Haag: KiM; 2019.
- Koornstra MJ, Mathijssen MPM, Mulder JAG, Roszbach R, Wegman FCM. Naar een duurzaam veilig wegverkeer: Nationale Verkeersveiligheidsverkenning voor de jaren 1990/2010. Leidschendam: SWOV; 1992.
- Otterdijk E van. Rijgeschiktheid bij psychiatrische aandoeningen: een praktisch Nederlands overzicht. *De Jonge Psychiater*; 2016. <https://www.dejongepsychiater.nl/onderzoek/klinisch/1069-rijgeschiktheid-nederland>
- SWOV. De balans opgemaakt. Duurzaam Veilig 1998-2007. Leidschendam: SWOV; 2009.
- SWOV. DV3- Duurzaam Veilig Wegerkeer 2018-2030. Principes voor ontwerp en organisatie van een slachtoffervrij verkeerssysteem. Den Haag: SWOV; 2018.
- SWOV. Drugs en geneesmiddelen. SWOV-factsheet. Den Haag: SWOV; 2020.
- Vaa T. Impairments, diseases, age and their relative risks of accident involvement; Results from meta-analysis. D1.1 IMMORTAL project. Leeds: University of Leeds; 2003.
- Vaa T. ADHD and relative risk of accidents in road traffic: A meta-analysis. *Accid Anal Prev* 2014; 62: 415-25.
- Weijermars W, Van Schagen I. Tien jaar Duurzaam Veilig; Verkeersveiligheidsbalans 1998-2007. R-2009-14. Leidschendam: SWOV; 2009.
- Weijermars W, Wegman F. Ten years of sustainable safety in The Netherlands: An assessment. *Transp Res Rec* 2011; 2213: 1-8.
- Weijermars W. Monitor Verkeersveiligheid 2019. Effectieve maatregelen nodig om het tij te keren. R-2019-22. Den Haag: SWOV; 2019.
- Wegman F, Aarts L. Door met Duurzaam Veilig; Nationale verkeersveiligheidsverkenning voor de jaren 2005-2020. Leidschendam: SWOV; 2005.