

Wat ouderen beweegt

Eelco Bos – Rijksuniversiteit Groningen – eelcobos92@gmail.com

**Bijdrage aan het Colloquium Vervoersplanologisch Speurwerk
19 en 20 november 2015, Antwerpen**

Samenvatting

Wat ouderen beweegt

Doordat de bevolkingsomvang in krimpgebieden afneemt en de schaal van het dagelijks leven de afgelopen decennia is vergroot, kunnen veel voorzieningen in krimpgebieden niet goed in stand worden gehouden. Hierdoor zijn deze voorzieningen op grotere afstand van de inwoners komen te liggen, waardoor mobiliteit in deze gebieden erg belangrijk is. Ouderen zijn echter vaak verminderd mobiel, wat een negatieve invloed kan hebben op hun welzijn. Verschillende onderzoeken tonen namelijk meerdere positieve relaties tussen mobiliteit en welzijn aan. Zo kan door middel van mobiliteit in sociale activiteiten worden geparticipeerd en geeft mobiel zijn een bepaalde sociale status, wat bijdraagt aan het welzijn. Ook draagt mobiliteit bij aan de lichamelijke en psychologische gesteldheid.

Dit paper beschrijft een onderzoek dat is uitgevoerd naar de relaties tussen de mobiliteit en het welzijn van ouderen (65+) in krimpgebieden in Groningen en Drenthe. Ook is gekeken naar de manier waarop de resultaten van dit onderzoek gebruikt kunnen worden om het welzijn van ouderen in krimpgebieden te behouden of te vergroten. In totaal hebben 11 ouderen uit verschillende dorpen in krimpgebieden in Groningen en Drenthe aan het onderzoek deelgenomen. Om de verplaatsingen van deze ouderen in kaart te brengen is gebruikgemaakt van GPS-technologie. Aan de hand van de GPS-data zijn de ouderen geïnterviewd, om zo dieper inzicht te krijgen in hun mobiliteit en in de perceptie die zij op hun welzijn en mobiliteit hebben. Op moment van schrijven bevindt het onderzoek zich nog in de uitvoeringsfase. Het paper beschrijft op basis van 6 van de 11 deelnemende ouderen de voorlopige resultaten. De definitieve resultaten zullen op het CVS-congres worden gepresenteerd.

Uit de voorlopige resultaten blijkt, net als ook andere onderzoeken laten zien, een multidimensionale relatie tussen mobiliteit en welzijn. Doordat adaptief wordt omgegaan met mobiliteitsverminderingen, beoordelen alle participanten hun welzijn positief, ook als zij verminderd mobiel zijn. Het welzijn kan echter behouden of vergroot worden als voorzien wordt in de behoefte die ouderen ten aanzien van voorzieningen in hun woonomgeving hebben. Zo is een aantal participanten voor het bereiken van gezondheidszorgvoorzieningen afhankelijk van anderen en participeert men hoofdzakelijk in sociale activiteiten in de eigen woonplaats. Omdat eerdere onderzoeken aantonen dat afhankelijke mobiliteit een negatieve invloed op het welzijn heeft en dat sociale contacten het welzijn vergroten, kunnen gezondheidszorgvoorzieningen en voorzieningen voor sociale activiteiten het beste in de dorpen zelf worden gevestigd. Ook meer 'creatieve' oplossingen, zoals mobiele dokters en apothekers, kunnen hiervoor worden ingezet.

1. Inleiding

Al enige jaren hebben de noordelijke regio's van Nederland te maken met de gevolgen van bevolkingskrimp. Vooral jonge mensen trekken voor bijvoorbeeld werk of studie uit deze gebieden weg, waardoor het aantal inwoners afneemt (Haartsen & Venhorst, 2009). In sommige gebieden is de bevolkingsomvang tussen 2000 en 2014 tussen de 5 tot 11% afgenomen en tot 2030 wordt een nog verdere afname verwacht (RIVM, 2015). Daarnaast heeft onder andere de groei van de automobilititeit de schaal van het dagelijks leven vergroot, waardoor de huidige dorpen hoofdzakelijk een monofunctionele woonfunctie hebben (Droogleevers Fortuijn, 1999). Als gevolg van deze factoren kunnen veel voorzieningen in krimpgebieden niet goed in stand worden gehouden, waardoor deze veelal verdwijnen en op grotere afstand van de inwoners komen te liggen. Mobiliteit is in krimpgebieden daarom erg belangrijk (Ziegler & Schwanen, 2011).

Ouderen zijn, vanwege hun fysieke en zintuiglijke achteruitgang en verminderde gezondheid (Ketcham & Stelmach, 2000), echter vaak beperkt in hun mobiliteit (Kaiser, 2009; Mollenkopf et al., 2004), wat negatieve gevolgen kan hebben voor het welzijn. Verschillende onderzoeken tonen namelijk aan dat er meerdere positieve relaties bestaan tussen mobiliteit en welzijn. Ten eerste draagt mobiliteit bij aan de lichamelijke gesteldheid van mensen (Metz, 2000; Schwanen et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011). Ten tweede geeft mobiel zijn mensen een sociale status (Cresswell, 2010; Waldorf, 2003) en kan door middel van mobiliteit in sociale activiteiten worden geparticipeerd en daarmee een sociale rol worden vervuld (Adey, 2010; Alsnih & Hensher, 2003; Metz, 2000; Urry, 2007). Ten derde geeft mobiel zijn een gevoel van controle en onafhankelijkheid (Mokhtarian & Salomon, 2001) en draagt het positief bij aan de eigenwaarde en waardigheid (Goins et al., 2014). Omdat al deze factoren welzijnsvergroterend werken, kan verminderende mobiliteit het welzijn negatief beïnvloeden. Ouderen kunnen hun welzijnsniveau echter behouden door adaptief om te gaan met hun mobiliteitsvermindering (Goins et al., 2014; Lucas, 2007). Voorbeelden hiervan zijn het accepteren van de beperking (Torres & Hammarström, 2006), het gebruik van hulpmiddelen en het aanpassen van de verwachtingen en het gebruik van de fysieke en sociale omgeving (Cvitkovich & Wister, 2001; Mollenkopf et al., 2004).

Onderzoek naar de relaties tussen mobiliteit en welzijn van ouderen kan volgens onder andere Nordbakke & Schwanen (2014) inzicht leveren in de manier waarop "*mobility shapes and reconfigures place-based understandings of well-being*" (p.125). Daarnaast kunnen deze inzichten gebruikt worden om het welzijn te behouden of te vergroten. Dit paper beschrijft een onderzoek dat is uitgevoerd om inzicht te krijgen in de verschillende relaties tussen de mobiliteit en het welzijn van ouderen (65+) in krimpgebieden. Ook is in dit onderzoek gekeken naar de manier waarop dit inzicht gebruikt kan worden het welzijn van ouderen in krimpgebieden te behouden of te vergroten. Hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 beschrijven respectievelijk de theoretische achtergrond van het onderzoek en hoe dit onderzoek is uitgevoerd, waarna hoofdstuk 4 de (voorlopige) resultaten uiteenzet. Hoofdstuk 5 geeft tot slot de conclusies en beschrijft hoe de resultaten van dit onderzoek in de praktijk gebruikt kunnen worden.

2. Theoretische achtergrond

Dit hoofdstuk beschrijft de manier waarop de concepten welzijn (paragraaf 2.1) en mobiliteit (paragraaf 2.2) in het onderzoek zijn benaderd.

2.1 Welzijn

Omdat het concept 'welzijn' op veel verschillende manieren wordt gedefinieerd en gebruikt (zie o.a. Nordbakke & Schwanen, 2014), is het belangrijk om aan te geven op welke manier welzijn in dit onderzoek is benaderd. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van het concept *quality of life*. Dit concept heeft als uitgangspunt dat het welzijn van een individu wordt bepaald door zijn of haar individuele karakteristieken en externe omstandigheden en de relaties daartussen (Bowling & Gabriel, 2007; Veenhoven, 2000). Individuele karakteristieken zijn persoonskenmerken als gezondheid, inkomen en mobiliteit. Externe omstandigheden kunnen worden onderverdeeld in fysieke en sociale omstandigheden. Voorbeelden hiervan zijn de woning en de buurt (fysiek) en sociale relaties, netwerken en activiteiten. Door het concept *quality of life* te gebruiken, zijn zowel de persoonskenmerken van de ouderen en de fysieke en sociale kenmerken van krimpgebieden in het onderzoek meegenomen. Tabel 1 geeft een overzicht van de uit eerder onderzoek gebleken aspecten die bijdragen aan een hoge *quality of life* van ouderen (Gabriel & Bowling, 2004; Gilroy, 2007; Gilroy, 2008). Een belangrijke kanttekening bij het op deze manier classificeren van factoren is dat de factoren niet te scheiden zijn, maar sterk met elkaar samenhangen (Gilroy, 2007).

De aspecten uit tabel 1 zijn bepaald door middel van *lay theories* (Gabriel & Bowling, 2004). In tegenstelling tot het bepalen en verklaren van iemands welzijn met behulp van objectief vastgestelde indicatoren, kijken *lay theories* naar de manier waarop ouderen zelf hun welzijn beschrijven en verklaren (Popay, 2006; Nordbakke & Schwanen, 2014). *Lay theories* maken het hierdoor mogelijk om de percepties, behoeften en verklaringen die ouderen zelf ten aanzien van hun welzijn hebben te onderzoeken en te bepalen hoe mobiliteit hier een bijdrage aan kan leveren. Vanwege deze mogelijkheid zijn in het huidige onderzoek *lay theories* gebruikt om de *quality of life* van ouderen te bepalen.

2.2 Mobiliteit

Naast welzijn is ook mobiliteit een breed begrip in de sociale wetenschap, dat uit meer dimensies bestaat dan enkel fysieke verplaatsingen (zie o.a. Metz, 2000). Omdat deze dimensies een belangrijke rol spelen in de relaties tussen mobiliteit en welzijn (zie ook hoofdstuk 1), is in dit onderzoek ervan uitgegaan dat mobiliteit, naast fysieke verplaatsingen, bestaat uit de volgende dimensies.

Sociale rol vervullen

Ten eerste bestaat mobiliteit uit verplaatsingen met als doel om andere plaatsen en mensen te bereiken (Metz, 2000). Mobiliteit maakt het hierdoor mogelijk om mensen te ontmoeten en daardoor een sociale rol te vervullen en een sociaal netwerk te onderhouden (Adey, 2010; Alsnih & Hensher, 2003; Metz, 2000; Urry, 2007). Verminderde mobiliteit kan daardoor leiden tot sociale uitsluiting (Adey, 2010), isolatie en eenzaamheid (Goins et al., 2014; Mollenkopf et al., 2004; Ziegler & Schwanen, 2011).

Omgeving	Aspecten	Kenmerken
Individuele karakteristieken	Gezondheid ^{1 2 3}	
	Inkomen ^{1 2 3}	Voor basisbehoeften ¹ Voor participeren in sociale leven ^{1 3} Voor levensgenot ¹ Voor onafhankelijkheid en controle ¹
	Psychologische gesteldheid ¹	Positieve visie op het leven ¹ Acceptatie onveranderlijke omstandigheden ¹ Gevoel van controle ²
	Individuele activiteiten ^{1 3}	Hobby's en vrije tijd ¹
	Mobiliteit ^{1 2 3}	Naar andere plaatsen en mensen ⁴ Voor psychologische gesteldheid ⁴ Voor lichamelijke gesteldheid ⁴ Voor vervullen sociale rol ⁴ Potentiële verplaatsingen ⁴
Externe omstandigheden (fysiek)	Woning ^{2 3}	Toegankelijkheid ² Comfort ² Veiligheid ^{2 3}
	Buurt ^{1 2 3}	Plezier ¹ Veiligheid ¹ Betrokken burens ¹ Aanwezigheid en toegankelijkheid lokale voorzieningen en transport ¹ Ontmoetingsplaatsen ⁵
	Informatie ³	
Externe omstandigheden (Sociaal)	Sociale relaties en netwerken ^{1 2 3}	
	Rol in maatschappij en participatie in gemeenschap ^{1 3}	Leveren van bijdrage ³
	Sociale ondersteuning ^{1 2}	
	Sociale activiteiten ^{1 3}	

Tabel 1: Aspecten die bijdragen aan een hoge quality of life van ouderen. Bronnen: ¹Gabriel & Bowling (2004); ²Gilroy (2007); ³Gilroy (2008); ⁴Metz (2000); ⁵Gardner (2011).

Sociale betekenis

Ten tweede stelt Cresswell (2010) dat fysieke verplaatsingen een sociale betekenis hebben. Verplaatsingen vinden namelijk plaats binnen een bepaalde context die de betekenis van de verplaatsingen bepaalt (Adey, 2010). Volgens Waldorf (2003) hebben verplaatsingen in de context van de westerse wereld de betekenis van vrijheid, autonimiteit en flexibiliteit.

Fysieke en psychologische functie

Ten derde hebben verplaatsingen een fysieke en psychologische functie. Fysiek, omdat bewegen positieve gevolgen heeft voor de lichamelijke gesteldheid (Metz, 2000; Schwanen et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011). Psychologisch, omdat mobiliteit een

gevoel van controle en onafhankelijkheid geeft (Mokhtarian & Salomon, 2001) en het als een onderdeel van het gevoel van eigenwaarde en waardigheid kan worden beschouwd (Goins et al., 2014).

Mobility of the Self

Tot slot beschrijven Sheller & Urry (2006) in hun werk het concept *Mobility of the Self*: "a will or psychological disposition to connect with the world and otherness, with people and places beyond oneself, one's household or one's residence." (Ziegler & Schwanen, 2011, p.763). Een open houding naar anderen en de wereld wordt door dit concept ook als mobiliteit beschouwd. Sheller & Urry (2006) stellen dat een individu met deze aanleg zijn welzijnsniveau kan behouden, ook als zijn of haar fysieke mobiliteit achteruit gaat.

3. Onderzoek

In totaal hebben 11 participanten uit krimpgebieden in Groningen en Drenthe aan het onderzoek deelgenomen (paragraaf 3.1). Voor de dataverzameling voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van GPS-technologie (paragraaf 3.2) en interviews (paragraaf 3.3).

3.1 Onderzoeksgebied

De ouderen die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn afkomstig uit Veendam, Bellingwolde, Emmen en Weiteveen (zie tabel 2) en zijn geworven via contactpersonen van twee woningbouwcorporaties en een zorginstelling. Voorafgaand aan het onderzoek kregen de ouderen schriftelijk en mondeling uitleg over het onderzoek en over de manier waarop er met vertrouwelijke informatie zou worden omgegaan. Om te garanderen dat de ouderen volledig geïnformeerd en zelfstandig instemden met deelname hebben zij een deelnameformulier ondertekend.

Veendam en Emmen zijn beide voorzieningskernen in hun regio en hebben respectievelijk 28.000 en 56.800 inwoners. Bellingwolde en Weiteveen zijn daarentegen kleine dorpen met respectievelijk ruim 3000 en 1700 inwoners (CBS, 2013). Afbeelding 1 laat zien dat Veendam en Bellingwolde in een zogenaamd topkrimpgebied liggen en Emmen en Weiteveen in een anticipeergebied. Uit een factsheet van het RIVM blijkt dat deze gebieden te maken (gaan) hebben met bevolkingskrimp en het aandeel 65+ers zal groeien, waardoor de grijze druk zal toenemen (RIVM, 2015). Volgens de factsheet liggen daarnaast de zorgkosten in deze gebieden hoger dan het Nederlands gemiddelde. In deze gebieden wordt dus meer dan gemiddeld gebruik gemaakt van gezondheidszorg, wat verklaard kan worden door het grote aandeel ouderen.

De factsheet laat daarnaast zien dat inwoners van met name Weiteveen en Bellingwolde ontevreden tot zeer ontevreden zijn over de nabijheid van supermarkten, bankfilialen en grote winkelcentra. In Veendam en Emmen is men hier meer tevreden over. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat dit de gemiddelde tevredenheid betreft en dat deze bijvoorbeeld per leeftijdscategorie kan verschillen. De tevredenheid wordt veroorzaakt door het voorzieningsniveau. Veendam en Emmen zijn beiden voorzieningskernen waar een redelijk aantal voorzieningen gevestigd is. In Weiteveen en Bellingwolde is dit anders. Zo zijn in Weiteveen de afgelopen jaren de Christelijke basisschool, het

zalencentrum, de drogisterij en een kleine huisartsenpraktijk gesloten en zijn de openingstijden van de bank beperkt. Wel zijn er nog een supermarkt, horecagelegenheden en sportfaciliteiten. In Bellingwolde zijn daarentegen meer voorzieningen, maar hier is in 2014 de supermarkt verhuisd naar de andere kant van het dorp, waardoor deze nu op een afstand van 3 kilometer ten opzichte van zijn oude locatie is gevestigd.



Afbeelding 1: Onderzoeksgebied in krimp- en anticipieergebieden. Bron: BKZ, 2011

Naam	Leeftijd	Burgerlijke staat	Rijbewijs	Hulpmiddelen
Dhr. Bakker	71	Gehuwd	Ja	Nee
Dhr. Boersma	87	Gehuwd	Ja	Nee
Mw. Jager	67	Ongehuwd	Nee	Rolstoelgebonden
Mw. Hoving	79	Weduwe	Nee	Nee
Dhr. Haverkamp ¹	78	Gehuwd	Ja	Nee
Mw. Wiegers	83	Weduwe	Nee	Nee
Mw. Hoogakker	82	Weduwe	Nee	Nee
Mw. Geertsma	82	Weduwe	Nee	Rollator
Mw. Sikkens	75	Gescheiden	Ja	Nee
Mw. Folkers	90	Weduwe	Nee	Rollator
Mw. Drost	79	Weduwe	Nee	Rollator

Tabel 2: Karakteristieken van de respondenten (namen zijn fictief)

¹ Dubbelinterview met mevrouw Haverkamp.

3.2 GPS

Om de fysieke verplaatsingen van de ouderen in kaart te brengen is gebruik gemaakt van GPS-technologie. Participanten droegen een week lang een GPS-logger bij zich, die elke 10 seconden de dag, het tijdstip, de locatie (in de vorm van de coördinaten) en de snelheid registreerde. Het voordeel van het gebruik van GPS is dat het zeer gedetailleerde informatie over het verplaatsingsgedrag levert (Zeitler et al., 2012) en het Hawthorne-effect (participanten die zich anders gedragen, omdat ze weten dat ze onderzocht worden; Hennink et al., 2011) klein is. De logger had namelijk de grootte van een luciferdoosje en diende enkel 's nachts te worden opgeladen. Daarnaast is de

betrouwbaarheid, nauwkeurigheid en volledigheid van de data in vergelijking met het gebruik van reisdagboekjes minder afhankelijk van de bereidwilligheid van participanten (Bothe & Maat, 2009; Shoval et al., 2011). Na afloop van de week dat de ouderen de GPS-logger bij zich droegen, is de GPS-data geanalyseerd, waarbij de bezochte locaties in kaart zijn gebracht en op basis van de verplaatsingssnelheden de gebruikte modaliteiten zijn vastgesteld.

3.3 Interviews

Om dieper inzicht te krijgen in de mobiliteit van de ouderen en in de perceptie die zij op hun welzijn en mobiliteit hebben, zijn de ouderen geïnterviewd. Hiervoor zijn aan de hand van de informatie uit de analyse van de GPS-data en met behulp van Google Earth™ de verplaatsingspatronen van de participanten besproken, waarbij zij uitleg gaven over hun verplaatsingen en over de voorzieningen en activiteiten waar zij zijn geweest. Tussendoor zijn onder andere ook vragen gesteld over de relaties met de mensen die zij hebben ontmoet. Vervolgens is gevraagd hoe de ouderen hun mobiliteit beoordelen en of zij tevreden zijn met (de afstand tot) voorzieningen en mensen die zij kunnen bereiken. Tot slot kregen participanten de gelegenheid om hun welzijn te beoordelen en uit te leggen welke factoren hun welzijn volgens hen bepalen. Alle interviews zijn na afloop getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd, waarbij de namen van de participanten fictief zijn gemaakt.

4. Resultaten

Het onderzoek bevindt zich op het moment van schrijven nog in de uitvoeringsfase en de definitieve resultaten zullen op het CVS-congres worden gepresenteerd. Van de 11 participanten zijn er 6 op dit moment (1 september 2015) gevolgd met een GPS-logger en geïnterviewd. Deze participanten komen uit Veendam, Emmen en Weiteveen. Op basis van deze interviews worden in dit hoofdstuk de eerste resultaten uiteengezet, waarbij paragraaf 4.1 het welzijn en de mobiliteit van de deelnemende ouderen beschrijft en paragraaf 4.2 de relaties hiertussen verklaart. Paragraaf 4.3 geeft tot slot aan op welke manier deze inzichten gebruikt kunnen worden om het welzijn van ouderen in krimpgebieden te behouden of te vergroten.

4.1 Beschrijving welzijn en mobiliteit

Op de vraag wat volgens de participanten hun welzijn bepaalt, noemden zij de volgende factoren: sociale omgang met mensen, er voor de ander zijn (met name voor eigen kinderen) en actief zijn. In relatie tot actief zijn werd ook een goede gezondheid om actief te kunnen blijven genoemd. Ook noemde een enkeling haar geloof en 'het blij zijn met wat men heeft' als factor. Deze factoren komen overeen met de aspecten die bijdragen aan een hoge *quality of life* die uit eerder onderzoek zijn gebleken (zie tabel 1).

Uit de analyse van de GPS-data blijkt dat de ouderen veel fietsen, ook als zij in het bezit van een auto zijn. Participanten die in het bezit zijn van een auto gebruiken deze echter ook veelvuldig. Drie vrouwelijke, alleenstaande participanten zijn niet in het bezit van een auto of rijbewijs en hebben daardoor relatief weinig verplaatsingen afgelegd. Dit

komt overeen met resultaten uit onderzoek van Mollenkopf et al. (2004), die laten zien dat vrouwen die ouder zijn dan 75 jaar en in rurale gebieden wonen de minste verplaatsingen afleggen. Hoe de participanten met deze beperking omgaan wordt uiteengezet in paragraaf 4.2. Openbaar vervoer wordt door geen van de participanten gebruikt, meestal omdat men er onbekend mee is. Wandelen wordt hoofdzakelijk gedaan op locaties die men bezoekt (bijvoorbeeld in een winkelcentrum). Geen van de participanten heeft recreatief in (de omgeving van) de eigen woonplaats gewandeld.

De bezochte locaties betreffen voor een groot deel het bezoeken van sociale contacten. Recreatieve bezoeken werden voor het merendeel samen met de echtgeno(o)t(e), kinderen of kennissen gedaan. Het doen van boodschappen en het bezoeken van gezondheidszorg deden de participanten daarentegen vaak alleen, tenzij men vanwege de afstand afhankelijk is van vervoer door anderen. Daarnaast heeft slechts een enkeling een sociale gelegenheid als een biljartclub of een zangavond bezocht. Dit laatste kan echter veroorzaakt worden door het feit dat het onderzoek in de zomermaanden heeft plaatsgevonden en veel sociale activiteiten dan stilliggen.

4.2 Verklaringen relaties mobiliteit en welzijn

De relatie tussen de mobiliteit en het welzijn blijkt een multidimensionale relatie te zijn, zoals ook ander onderzoek laat zien (zie hoofdstuk 2). De verschillende relaties worden hieronder uiteengezet.

Fysieke en psychologische functie

De fiets wordt door veel participanten veel gebruikt voor het fietsen van een rondje, zonder een specifieke locatie of activiteit te bezoeken. Deze ongerichte verplaatsingen geven de eerste koppeling met het welzijn. Ongerichte verplaatsingen worden namelijk uitgevoerd voor de lichamelijke gesteldheid en om te voorkomen dat men hele dagen in huis doorbrengt. Deze vorm van mobiliteit draagt via de fysieke en psychologische functie bij aan het welzijn (o.a. Mollenkopf et al., 2004 en Mokhtarian & Salomon, 2001). Dit wordt duidelijk gemaakt door meneer en mevrouw Haverkamp (71 en 78 jaar):

Meneer Haverkamp: Het fietsen is er ook voor het plezier, het is niet om alleen maar afstanden te maken. (...)

Interviewer: En waarom vindt u het belangrijk om mobiel te zijn?

Mevrouw Haverkamp: Nou, dan heb je nog wat afleiding, dan heb je nog wat anders als dat je dan hier constant thuis zit. Die mogelijkheid is er nog, ik zou het niet willen missen.

Daarnaast geven vier van de vijf participanten expliciet aan hun mobiliteit te gebruiken om in beweging te blijven. Dit heeft een relatie met het 'actief zijn', wat door de participanten als welzijnsbepalende factor werd genoemd.

Sociale mobiliteit

De tweede relatie loopt via de sociale dimensie van mobiliteit. Zoals gezegd zijn sociale omgang met mensen en er voor de ander zijn genoemd als welzijnsbepalende factoren. Dat mobiliteit hierin een belangrijke functie heeft, kan duidelijk worden gemaakt met een uitspraak van meneer Bakker (71 jaar):

Meneer Bakker: Ik voel me prettig als ik andere mensen kan helpen, dat vind ik heel fijn.

Interviewer: En hoe denkt u dat (...) uw mobiliteit daaraan bijdraagt?

Meneer Bakker: Ja, altijd natuurlijk. Kijk, als ik niet meer mobiel zou zijn, dan kan ik daar ook niet meer komen (...). Als je niet meer mobiel bent, dan zit je daar de hele dag op je stoel, dan kun je ook niet even bij de mensen langslopen.

Zoals al in hoofdstuk 2 werd aangegeven, blijkt deze functie ook uit eerder onderzoek. Ouderen gebruiken mobiliteit namelijk voor sociale insluiting (Adey, 2010), wat bijdraagt aan het welzijn (o.a. Gabriel & Bowling, 2004 en Goins et al., 2014). Dat mobiliteit zelf een sociale status geeft, is door geen van de ouderen expliciet genoemd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze functie vooral onbewust bijdraagt aan het welzijn.

Adaptie mobiliteitsverminderingen

Ondanks de hiervoor beschreven relaties tussen mobiliteit en welzijn, beoordelen ook de minder mobiele ouderen hun welzijn positief. Dit komt doordat zij adaptief omgaan met hun mobiliteitsvermindering. Mevrouw Jager (67 jaar) is bijvoorbeeld rolstoelgebonden, heeft COPD en hartfalen en heeft daardoor in de week dat zij met GPS gevolgd is geen verplaatsingen afgelegd. Ze geeft echter aan de omstandigheden te accepteren ("je kunt niet alle dagen zitten treuren"). Onder andere mevrouw Hoving (79 jaar) noemt het accepteren van de omstandigheden expliciet als ze 'het blij zijn met wat men heeft' als welzijnsbepalende factor noemt. Torres & Hammarström (2006) noemen deze vorm van adaptie het accepteren van een beperking als een *fact of life*. Andere participanten geven aan hun verwachtingen ten aanzien van hun mobiliteit aan te passen (Alsnih & Hensher, 2003), zoals meneer Boersma (87 jaar):

Ja, als het kan ben ik even in beweging. Kijk, als ik niet meer fietsen kan, dan doe ik kleinere afstanden lopen. Maar ik blijf in beweging.

Van de vijf ouderen die kinderen hebben, vallen er vier op hun kinderen terug als het gaat om ondersteuning in de mobiliteit. Deze kinderen wonen in de nabije omgeving. De meerderheid is echter wel terughoudend bij het vragen van hulp uit de sociale omgeving. Zo wil men anderen niet tot last zijn. Dit kan verklaard worden uit het feit dat wederkerigheid een belangrijk onderdeel van sociale relaties is (Klein, 2013). De wederkerigheid die tot terughoudendheid voor het vragen van hulp leidt, geeft ook aan dat onafhankelijkheid belangrijk is (zie o.a. Goins, et al., 2014; Kaiser, 2009). De ouderen die nu nog onafhankelijk zijn in hun mobiliteit, zoals meneer Bakker (71 jaar) en meneer en mevrouw Haverkamp (71 en 78 jaar), kunnen zich niet voorstellen hoe het is om sociaal afhankelijk te zijn voor hun mobiliteit en geven aan eerder gebruik te zullen maken van een taxi als ze minder mobiel worden.

Er zijn ook andere redenen waardoor men terughoudend is bij het vragen van ondersteuning aan de sociale omgeving. Zo kan het voorkomen dat de nabije sociale omgeving van oudere mensen bestaat uit enkel andere oudere mensen, waardoor zij geen hulp kunnen bieden. Ook Lager et al. (2015) komen op soortgelijke bevindingen. De ouderen die wel jongere mensen (bijvoorbeeld hun kinderen) in hun nabije sociale omgeving hebben, lopen soms tegen het probleem aan dat hun verzoek om ondersteuning deze jongeren niet gelegen komt:

Interviewer: Zou u iemand om hulp kunnen vragen? (...)

Meneer Haverkamp: Je moet altijd maar geluk hebben dat een ander dat past. Kijk, zij [de kinderen, EB] (...) moeten ook maar tijd hebben.

Mevrouw Haverkamp: Ze hebben nu vakantie, maar normaal zijn ze er niet.

Meneer Haverkamp: Ja, dan zijn ze aan het werk.

Ook andere onderzoeken wijzen op het probleem van afwijkende tijdruimtepatronen. Jongeren werken vaak overdag en zien daarom hun oudere buurtbewoners niet of nauwelijks, wat voor ouderen een drempel kan vormen voor het vragen van hulp (Berg et al., 2014; Lager et al., 2015).

4.3 Welzijn behouden of vergroten

Alle deelnemende ouderen beoordelen hun welzijn positief. Dit geldt ook voor de ouderen die beperkt zijn in hun mobiliteit, omdat zij hier adaptief mee omgaan. Desondanks hebben inwoners van krimpgebieden wel behoefte aan bepaalde voorzieningen in hun woonomgeving, zoals de factsheet van het RIVM laat zien (RIVM, 2015; zie paragraaf 3.1). De inzichten uit dit onderzoek kunnen worden gebruikt om in deze behoefte te voorzien en zo het welzijn te behouden of te verbeteren. Aan de participanten is daarom gevraagd welke behoefte zij precies hebben ten aanzien van voorzieningen in hun woonomgeving. Hieronder zal worden uiteengezet waar de deelnemende ouderen behoefte aan hebben en op welke manier de in paragraaf 4.2 beschreven inzichten hiervoor gebruikt kunnen worden.

Wat er niet is, mist men niet

Uit de interviews bleek dat de participanten de voorzieningen die er (al langer) niet (meer) zijn, ook niet missen. Dit wordt duidelijk gemaakt door meneer Haverkamp:

Interviewer: Mist u (...) bepaalde voorzieningen die u hier graag zou willen hebben?

Meneer Haverkamp: Ja, maar wij weten van te voren dat het hier nooit wat wordt, dat hier echt winkels bijkomen. Daar is het dorpje veel te klein voor. (...) Dat zijn we gewend. We zijn gewend dat dat hier niet is.

Deze wetenschap bepaalt voor een groot deel van de participanten ook hun behoefte ten aanzien van de aanwezigheid van voorzieningen, wat een verklaring kan zijn voor het feit dat alle participanten hebben aangegeven niet bereid te zijn om te verhuizen om dichterbij voorzieningen te kunnen wonen.

Voorzie het sociale leven in de buurt

Recentelijk verdwenen voorzieningen worden daarentegen wel gemist. Zo geven alle participanten uit Weiteveen aan het zalencentrum te missen dat in 2013 is opgeheven. In dit zalencentrum vonden veel sociale activiteiten plaats. Alle participanten geven echter aan niet naar een activiteitencentrum in een ander dorp te gaan om daar te participeren in sociale activiteiten en mensen te ontmoeten. Omdat het hebben van sociale contacten een belangrijke rol speelt in het welzijn (o.a. Gabriel & Bowling, 2004 en Goins et al., 2014), kan een voorziening voor sociale activiteiten daarom het beste in het dorp zelf

gevestigd worden. Ook voor minder mobiele ouderen is het dan mogelijk om mensen te ontmoeten en een sociaal netwerk te onderhouden, zonder dat ze om ondersteuning in hun mobiliteit hoeven te vragen.

Gezondheidszorg het liefst in de buurt

Een tweede categorie voorzieningen die in de buurt wordt gemist betreft de gezondheidszorg. Dit speelt opnieuw vooral in Weiteveen, omdat hier geen huisarts of apotheek is en de inwoners hiervoor zijn aangewezen op Nieuw Schoonebeek, een dorp 4 kilometer buiten Weiteveen. Ouderen die niet in het bezit zijn van een auto zijn voor het bereiken van deze voorzieningen afhankelijk van sociale ondersteuning. Omdat er in dit gebied meer dan gemiddeld gebruik wordt gemaakt van gezondheidszorg (RIVM, 2015) en omdat afhankelijke mobiliteit een negatief effect heeft op het welzijn (zie paragraaf 4.2; Goins et al., 2015; Kaiser, 2009), is het beter als ouderen zelfstandig gebruik kunnen maken van deze voorzieningen. Dit kan door een huisarts of apotheek in Weiteveen te vestigen, maar ook door meer 'creatieve' oplossingen. Voorbeelden hiervan zijn het inzetten van mobiele dokters en apothekers (Focus Online, 2011) die bijvoorbeeld eens per week Weiteveen bezoeken, of het gebruik van de post of een koerier voor het verspreiden van medicijnen (PostNL, z.d.; Mediq Apotheek, 2010).

5. Conclusies en betekenis voor de praktijk

Uit het uitgevoerde onderzoek blijkt, net als ook ander onderzoek laat zien, een multidimensionale relatie tussen mobiliteit en welzijn. Zowel via de psychologische, fysieke en sociale dimensie draagt mobiliteit bij aan de welzijnsbepalende factoren die de deelnemende ouderen uit krimpgebieden zelf hebben aangegeven. Daarnaast behouden de ouderen hun welzijn, doordat zij adaptief op hun verminderde mobiliteit reageren. Deze inzichten kunnen gebruikt worden om te voorzien in de behoefte die ouderen ten aanzien van voorzieningen in hun woonomgeving hebben, om daarmee hun welzijn te behouden of te vergroten. Met name sociale en gezondheidszorgvoorzieningen dienen in de nabije omgeving van ouderen gevestigd te zijn, waardoor afhankelijkheid in de mobiliteit zoveel mogelijk wordt voorkomen en voldaan wordt in sociale behoeften.

Verschillende partijen kunnen deze inzichten in de praktijk gebruiken. Zo kunnen woningbouwcorporaties op basis hiervan bepalen waar zij hun oudere huurders het beste kunnen huisvesten of waar zij hun woningen het beste kunnen realiseren. Zorginstellingen kunnen de resultaten gebruiken voor het bepalen van de zorgbehoefte van ouderen in krimpgebieden en tot slot kunnen overheden hun beleid aanpassen op de behoefte die oudere inwoners ten aanzien van voorzieningen hebben. Al deze doelen hebben echter één ding gemeen: het verbeteren van de leefbaarheid van krimpgebieden voor de oudere inwoners.

Acknowledgements

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen een samenwerking van de Rijksuniversiteit Groningen, CMO STAMM (Groningen/Assen), Zorggroep Meander (Veendam), woningbouwcorporatie Acantus (Veendam) en woningbouwcorporatie Domesta (Emmen).

Literatuur

Adey, P. (2010). *Mobility*. New York : Routledge.

Alsnih, R. & Hensher, D.A. (2003). The mobility and accessibility expectations of seniors in an aging population. *Transportation Research A: Policy and Practice*, 37(10), 903-916.

Berg J., Levin L., Abramsson M. & Hagberg J. (2014). Mobility in the transition to retirement - the intertwining of transportation and everyday projects. *Journal of Transport Geography*, 2014(38), 48-54.

Bothe, W. & Maat, K. (2009). Deriving and validating trip purposes and travel modes for multi-day GPS-based travel surveys: A large-scale application in the Netherlands. *Transportation Research Part C*, 2009(17), 285-297.

Bowling, A. & Gabriel, G. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing and Society*, 27, 827-848.

BZK (2011). *Geografische afbakening van de anticipeergebieden*. Kenmerk 2011055462. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Carp, F.M. (1988). Significance of mobility for the well-being of the elderly. In Transportation Research Board, *Transportation in an aging society: Improving mobility and safety for older persons, Vol. 2* (pp. 1-19). Washington DC: National Research Council.

CBS (2013). *Bevolking en huishoudens; viercijferige postcode, 1 januari 2013*. Geraadpleegd op 9 september 2015 via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82245NED&D1=0&D2=2860,3815,3820-3825,3854,4048,4448&VW=T>.

Cresswell, T. (2010). Towards a politics of mobility. *Environment and Planning D*, 28(1), 17-31.

Cvitkovich, Y. & Wister, A. (2001). The importance of transportation and prioritization of environmental needs to sustain wellbeing among older adults. *Environment and Behavior*, 33(6), 809-829.

Droogleever Fortuijn, J. (1999). Daily life of elderly women in a rural area in The Netherlands. *GeoJournal*, 48, 187-193.

Focus Online (2011). *Kassenärzte plädieren für mobile Arztstationen*. Geraadpleegd op 11 september 2015 via http://www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/mediziner-mangel-kassenaerzte-plaedieren-fuer-mobile-arztstationen_aid_671258.html.

Gabriel, Z., Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(5), 675-691.

- Gardner, P. (2011). Natural neighborhood networks: Important social networks in the lives of older people. *Journal of Aging Studies*, 25(3), 263–271.
- Gilroy, R. (2007). Taking a capabilities approach to evaluating supportive environments for older people. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 343-356.
- Gilroy, R. (2008). Places that support human flourishing: lessons from later life. *Planning Theory and Planning*, 9(2), 145–163.
- Goins, R.T., Jones, J., Schure, M., Rosenberg, D.E., Phelan, E.A., Dodson, S. & Jones, D.L. (2014). Older adults' perceptions of mobility: a metasynthesis of qualitative studies. *The Gerontologist*, 1-15.
- Haartsen, T. & Venhorst, V. (2010). Planning for decline: anticipating on population decline in the Netherlands. *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, 101(2), 218-227.
- Hennink, M., Hutter, I & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. Sage, UK.
- Kaiser, H.J. (2009). Mobility in old age: beyond the transportation perspective. *Journal of Applied Gerontology*, (28), 411-418.
- Ketcham, C.J. & Stelmach, G. E. (2001). Age-related declines in motor control. In J. E. Birren, & K. W. Schaie (Red.), *Handbook of the Psychology of Aging. Fifth edition* (pp. 313–348), Academic Press, San Diego: California.
- Klein, C. (2013). Social Capital or Social Cohesion: what matters for Subjective Well-Being? *Social Indicators Research*, 110(3), 891-911.
- Lager, D., B. van Hoven & P.P.P. Huigen (2015). Understanding older adults' social capital in place: Obstacles to and opportunities for social contacts in the neighbourhood. *Geoforum*, 59, 87-97.
- Lucas, R.E. (2007). Adaptation and the Set-Point Model of Subjective Well-Being: Does Happiness Change After Major Life Events? *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 75-79.
- Mediq Apotheek (2010). *Dienstverlening*. Geraadpleegd op 11 september 2015 via <https://mediq-apotheek.nl/content/31/dienstverlening.aspx>.
- Metz, D.H. (2000). Mobility of older people and their quality of life. *Transport Policy*, 7(2), 149-152.
- Mokhtarian, P.L. & Salomon, I. (2001). How derived is the demand for travel? Some conceptual and measurement considerations. *Transport Research A: Policy and Practice*, 35(8), 695-719.

Mollenkopf, H., Marcellini, F., Ruoppila, I., Sze'man, Z., Tacken, M. & Wahl, H.W. (2004). Social and behavioural science perspectives on out-of-home mobility in later life: findings from the European project MOBILATE. *European Journal of Ageing*, 1(1), 45-53.

Nordbakke, S. & Schwanen, T. (2014). Well-being and mobility: a theoretical framework and literature review focusing on older people. *Mobilities*, 9(1), 104-129.

Popay, J. (2006). Whose theory is it anyway? *Journal of Epidemiology and Community Health* Vol. 60(7), 571-572.

PostNL (z.d.). *Medische post*. Geraadpleegd op 11 september 2015 via <http://www.postnl.nl/zakelijke-oplossingen/post-versturen/verzendopties/medische-post/>

RIVM (2015). *Factsheet Leefomgeving, gezondheid en zorg in de noordelijke krimpregio's*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Schwanen, T., Banister, D. & Bowling, A. (2012). Independence and mobility in later life. *Geoforum*, 43, 1313-1322.

Sheller, M. & Urry, J. (2006). The new mobilities paradigm. *Environment and Planning A*, 38(2), 207-226.

Shoval, N., Wahl, H.W., Auslander, G., Isaacson, M., Oswald, F., Edry, T., Landau, R. & Heinik, J. (2011). Use of the global positioning system to measure the out-of-home mobility of older adults with differing cognitive functioning. *Ageing & Society*, 31(5), 846-869.

Torres, S. & Hammarström, G. (2006). Speaking of 'limitations' while trying to disregard them: A qualitative study of how diminished everyday competence and aging can be regarded. *Journal of Aging Studies*, 20(4), 291-302.

Urry, J. (2007). *Mobilities*. Cambridge: Polity Press.

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.

Waldorf, B. (2003). Automobile reliance among the elderly: race and spatial context effects. *Growth and Change*, 34(2), 175-201.

Zeitler, E., Buys, L., Aird, R. & Miller, E. (2012). Mobility and active ageing in suburban environments: findings from in-depth interviews and person-based GPS tracking. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-10.

Ziegler, F. & Schwanen, T. (2011). 'I like to go out to be energised by different people' : an exploratory analysis of mobility and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31, 758-781.