

Wat Ouderen Beweegt

Mobiliteit en Welzijn van Ouderen in Krimpgebieden

Masterscriptie Culturele Geografie



rijksuniversiteit
 groningen

faculteit ruimtelijke
 wetenschappen

cmo
 stamm

Eelco Bos
 4 december 2015

In samenwerking met

zorggroepmeander



Domesta

Wat Ouderen beweegt

De Mobiliteit en het Welzijn van Ouderen in Krimpgebieden

Eelco Bos, 4 december 2015



**rijksuniversiteit
groningen**

faculteit ruimtelijke
wetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen
Postbus 800
9700 AV Groningen

Begeleider: dr. B. van Hoven

**cmo
stamm**

CMO STAMM

Postbus 2266
9704 CG Groningen

Begeleider: drs. M. Janssens

Gedenk dan uw Schepper in uw jongelingsjaren, voordat de kwade dagen komen en de jaren naderen, waarvan gij zegt: Ik heb daarin geen behagen; (...) op de dag, dat de wachters van het huis beven en de sterke mannen zich krommen, (...) en zij, die uit de vensters zien, hun glans verliezen, (...) op de dag, dat men ook vreest voor de hoogte, en er verschrikkingen op de weg zijn.

Prediker 12 : 1-5



Voorwoord

Groningen, 4 december 2015

Na bijna een jaar van onderzoek in de literatuur en 'in het veld', ligt nu dan eindelijk mijn afstudeerscriptie voor de master Culturele Geografie voor u. Bij het onderzoek waren veel partijen betrokken, wat leidde tot verschillende en soms zelfs tegenstrijdige wensen ten aanzien van de uitvoering en het resultaat van het onderzoek. Ik hoop echter met deze scriptie aan de meerderheid van deze wensen tegemoet te zijn gekomen.

Het onderzoek voor deze scriptie heb ik niet op eigen kracht kunnen uitvoeren en veel mensen ben ik dan ook dank verschuldigd. Allereerst mijn begeleiders Bettina van Hoven (Rijksuniversiteit Groningen) en Marja Janssens (CMO STAMM), die met hun kritische blik en scherpe opmerkingen de kwaliteit van dit onderzoek sterk hebben verbeterd. Ook heb ik veel gehad aan de vele gesprekken met andere collega's en medewerkers van CMO STAMM en de Rijksuniversiteit Groningen.

Bijzondere dank ben ik verschuldigd aan de mensen die hun tijd hebben vrijgemaakt om mij te helpen met de uitvoering van het onderzoek. Ik denk dan aan Gepke Scheringa en Mariet Nijboer van Zorggroep Meander, Marjan Rijks, Rudy Boers en Conny Tonkers van woningbouwcorporatie Acantus en Karin Koers en Karin Lubbers van woningbouwcorporatie Domesta. Ook Karin Kalverboer en Sander Holterman van het Zorg Innovatie Forum mag ik hier niet ongenoemd laten. Al deze mensen hebben het mogelijk gemaakt om genoeg participanten voor mijn onderzoek te vinden.

Ook de mensen uit mijn persoonlijke omgeving wil ik graag bedanken. Zo gaat mijn dank uit naar mijn vader, J. Bos (www.oerwoud.nl), die de spelling en grammatica in deze scriptie heeft gecontroleerd en gecorrigeerd. In het bijzonder wil ook mijn vriendin Hedwig Heres bedanken. Zij was voor mij een grote steun tijdens de intensieve periodes van het onderzoek.

Zonder de hulp van al deze mensen zou deze scriptie niet zijn geworden wat het nu is. Mijn grootste dank ben ik echter verschuldigd aan God, de Here. Hij heeft mij de kracht gegeven om mijn gaven in te kunnen zetten en Hij heeft het werk gezegend dat ik het afgelopen jaar voor deze scriptie heb gedaan. Soli Deo Gloria: aan God alleen de eer!

Ik wens u veel leesplezier.

Eelco Bos

Samenvatting

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. Tegelijk stimuleert de overheid ouderen om langer thuis te blijven wonen (*ageing in place*), omdat dit gezondheidszorgkosten bespaart en goed kan zijn voor het welzijn van ouderen. *Ageing in place* kan in krimpgebieden echter een negatieve invloed op het welzijn van ouderen hebben. Vanwege hun verminderde mobiliteit en de grotere afstand tot voorzieningen in krimpgebieden, kunnen ouderen deze voorzieningen namelijk minder gemakkelijk (zelfstandig) bereiken. Omdat verschillende onderzoeken meerdere positieve relaties tussen mobiliteit en welzijn aantonen, kan dit een negatieve invloed hebben op hun welzijn.

Omdat veel onderzoek en beleid gericht is op ouder worden in een stedelijke omgeving (*age-friendly cities*), kijkt het huidige onderzoek naar het welzijn van ouderen die in krimpgebieden wonen. Het huidige onderzoek verklaart de relaties tussen de mobiliteit en het welzijn van ouderen (65+) in krimpgebieden in Groningen en Drenthe. Ook kijkt het 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 (Veendam, Bellingwolde, Emmen en Weiteveen) 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, in de manier waarop zij met mobiliteitsbeperkingen om (denken te) gaan en in de perceptie die zij op hun welzijn en op hun mobiliteit hebben.

Uit de resultaten blijkt dat mobiliteit voor de participanten de betekenis van vrijheid, onafhankelijkheid en 'jong-zijn' heeft. Onafhankelijke mobiliteit draagt volgens verschillende onderzoekers bij aan het welzijn. Daarnaast blijken uit de resultaten drie functies van mobiliteit, die ook bijdragen aan het welzijn: de sociale, psychologische en fysieke functie. Zo kan door middel van mobiliteit in sociale activiteiten worden geparticipeerd en geeft mobiel zijn een bepaalde sociale status. Daarnaast heeft mobiliteit positieve gevolgen voor de psychologische en lichamelijke gesteldheid. Ook andere onderzoeken tonen deze multidimensionale relatie tussen mobiliteit en welzijn aan. Doordat de participanten adaptief omgaan met mobiliteitsverminderingen, beoordelen alle participanten hun welzijn positief, ook als zij verminderd mobiel zijn. Participanten accepteren en relativiseren hun beperkingen en passen hun gedrag en hun verwachtingen op basis van hun beperkingen aan. Zo gebruikt een aantal van hen hulpmiddelen, zoals rollators en rolstoelen, en krijgen zij ondersteuning vanuit hun sociale omgeving. Hierbij krijgen zij met name hulp van hun eigen kinderen.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat alle participanten hun welzijn positief beoordelen en hun welzijnsniveau behouden, doordat zij adaptief reageren op beperkingen in hun mobiliteit. Welzijn wordt echter ook bepaald door de aanwezigheid en toegankelijkheid van voorzieningen. Het welzijn kan daarom behouden of vergroot worden, als voorzien wordt in de behoefte die ouderen ten aanzien van voorzieningen in hun woonomgeving hebben. Hiermee kan ook het *ageing in place*-beleid van de overheid beter mogelijk gemaakt worden in krimpgebieden. Uit de resultaten blijkt dat een aantal participanten sociale ontmoetingsplaatsen in de eigen woonplaats mist en dat een aantal van hen voor het bereiken van gezondheidszorgvoorzieningen afhankelijk is van anderen. Omdat dit onderzoek en eerdere onderzoeken aantonen dat sociale contacten het welzijn vergroten, dat de dorpen van de participanten de belangrijkste geografische contexten voor hun sociale netwerken zijn en dat afhankelijke mobiliteit een negatieve invloed op het welzijn heeft, kunnen voorzieningen voor sociale activiteiten en gezondheidszorgvoorzieningen het best in de dorpen zelf worden gevestigd. Ook meer 'creatieve' oplossingen, zoals mobiele dokters en apothekers, kunnen als gezondheidszorgvoorzieningen worden ingezet.



Inhoud

1. Inleiding	1
1.1 Achtergrond.....	1
1.2 Probleemstelling.....	1
1.3 Opdracht.....	2
1.4 Relevantie.....	2
1.5 Leeswijzer	4
2. Theoretisch kader	5
2.1 Welzijn.....	5
2.2 Quality of life	6
2.3 Mobiliteit en welzijn.....	8
2.4 Ouderen en mobiliteit	12
2.5 Conceptueel model	19
3. Methodologie	21
3.1 Onderzoeksmethoden.....	21
3.2 Analyse	24
3.3 Wervingsprocedure	25
3.4 Onderzoeklocaties	27
3.5 Kwaliteit onderzoek.....	32
4. Resultaten	35
4.1 Welzijn en fysieke verplaatsingen	35
4.2 Verklaringen relaties mobiliteit en welzijn.....	43
4.3 Adaptie mobiliteitsverminderingen	46
4.4 Toepassing in de praktijk.....	52
5. Conclusies en aanbevelingen	55
5.1 Conclusies.....	55
5.2 Aanbevelingen.....	58



Referenties	60
Lijst van tabellen en afbeeldingen.....	68
Bijlage 1 – Topkrimp- en anticipeergebieden in Nederland	69
Bijlage 2 – Demografische gegevens noordelijke provincies	70
Bijlage 3 – Informatiebrief algemeen	71
Bijlage 4 – Toestemmingsformulier	73
Bijlage 5 – Interview Guide	74
Bijlage 6 – Codering MAXQDA.....	78
Bijlage 7 – Voorbeeld schermweergave MAXQDA	79
Bijlage 8 – Weiteveen en Bellingwolde.....	80

1. Inleiding

[LEESWIJZER](#)

Dit hoofdstuk is de inleiding op deze scriptie. Paragraaf 1.1 en 1.2 beschrijven de aanleiding van het uitgevoerde onderzoek, waarna in paragraaf 1.3 de onderzoeksoopdracht wordt beschreven. Paragraaf 1.4 zet vervolgens zowel de wetenschappelijke als de maatschappelijk relevantie van het onderzoek uiteen, waarna paragraaf 1.5 een leeswijzer voor deze scriptie geeft.

1.1 Achtergrond

Verschillende onderzoeken wijzen op een sterke positieve relatie tussen mobiliteit en welzijn. Zo draagt mobiliteit onder andere positief bij aan de lichamelijke gesteldheid van mensen (Metz, 2000; Schwanen et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011). Daarnaast geeft mobiel zijn aan 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). Verder 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 verminderde mobiliteit het welzijn negatief beïnvloeden. Dit kan onder andere het geval zijn bij ouderen, omdat zij vanwege hun fysieke en zintuiglijke achteruitgang en verminderde gezondheid (Ketcham & Stelmach, 2000) vaak beperkt zijn in hun mobiliteit (Kaiser, 2009; Mollenkopf et al., 2004).

1.2 Probleemstelling

Deze negatieve gevolgen van verminderde mobiliteit kunnen met name in krimpgebieden groot zijn. Deze krimpgebieden bevinden zich onder andere in Groningen, Drenthe, Zeeland en Limburg (zie Bijlage 1). Vooral jonge mensen trekken voor bijvoorbeeld werk of studie uit deze gebieden weg, waardoor het aantal inwoners afneemt (Haartsen & Venhorst, 2009). 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 (Droogleeve 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. Hierdoor kunnen ouderen die beperkt zijn in hun mobiliteit deze voorzieningen minder makkelijk (zelfstandig) bereiken, wat een negatieve invloed kan hebben op hun welzijn.

Tegelijkertijd stimuleert de overheid ouderen om langer thuis te blijven wonen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat langer thuis wonen (het zogenaamde *ageing in place*) positieve gevolgen kan hebben voor het welzijn (o.a. Smith, 2009). Het doel van het beleid van de overheid is dan ook het vergroten van het welzijn van ouderen, maar ook het verlagen van de kosten van gezondheidszorg (Van den Heuvel, 1997 en Wiles et al., 2012 in Lager et al., 2015). Dit is ook het geval in Nederland, waar in 2007 de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) is ingegaan en deze wet in 2015 op een aantal punten is aangepast (Movisie, 2015). Het uitgangspunt van de Wmo is dat de overheid meer verantwoordelijkheid geeft aan het individu en de samenleving, waarbij ervan wordt uitgegaan dat kwetsbare groepen in de samenleving (bijvoorbeeld ouderen) ondersteuning en zorg ontvangen van familie, vrienden en de nabije sociale omgeving (Van der Meer et al., 2008 in Lager et al., 2015). Onder andere Jager-Vreugdenhil (2012) en Lager et al., (2015) hebben hier echter kritiek op, omdat het ontvangen van ondersteuning vanuit sociale omgeving volgens hun bevindingen niet vanzelfsprekend is.

Hoewel *ageing in place* positieve gevolgen kan hebben voor het welzijn (o.a. Smith, 2009), kan het in krimpgebieden juist een negatieve invloed op het welzijn hebben. Ouderen die verminderd mobiel zijn en blijven wonen in een gebied waar voorzieningen verdwijnen, kunnen, zoals gezegd, deze voorzieningen namelijk minder makkelijk bereiken. Dit kan, mede vanwege de bevindingen van Jager-

Vreugdenhil (2012) en Lager et al., (2015) dat sociale ondersteuning niet vanzelfsprekend is, een negatieve invloed op welzijn van deze ouderen hebben. Veel onderzoek en beleid is echter gericht op het ouder worden in een stedelijke omgeving (zogenaamde *age-friendly cities*; zie Murray, 2015, Steels, 2015, WHO, 2007). Onderzoek naar het welzijn en de mobiliteit van ouderen in krimpgebieden kan daarom bijdragen aan het verbeteren of behouden van het welzijn van de ouderen die in deze gebieden wonen (zie ook paragraaf 1.4).

1.3 Opdracht

1.3.1 Doelstelling

Uit de gegeven aanleiding en probleemstelling volgt de onderstaande doelstelling:

Inzicht verkrijgen in het welzijn en de mobiliteit van ouderen (65+) in krimpgebieden in Groningen en Drenthe, om daarmee de verschillende relaties tussen het welzijn en de mobiliteit van deze ouderen te verklaren en te bepalen op welke wijze deze inzichten gebruikt kunnen worden om het welzijn van ouderen in krimpgebieden te behouden of te vergroten.

1.3.2 Onderzoeksvragen

Om de genoemde doelstelling te halen, is gebruikgemaakt van de onderstaande centrale vragen en deelvragen.

Centrale vraag 1

Hoe kunnen de relaties tussen het welzijn en de mobiliteit van ouderen (65+) in krimpgebieden in Groningen en Drenthe worden verklaard?

Deelvragen

1. Wat is het welzijn van deze ouderen en welke factoren bepalen dit welzijn volgens hen?
2. Wat is de mobiliteit van deze ouderen, welke persoons- en omgevingskenmerken bepalen deze mobiliteit en welke betekenis heeft mobiliteit voor deze ouderen?

Centrale vraag 2

Op welke wijze kan aan de hand van de verkregen inzichten het welzijn van ouderen in krimpgebieden worden behouden of vergroot?

1.4 Relevantie

De eerste centrale vraag uit de vorige paragraaf betreft het wetenschappelijke deel van het onderzoek, dat inzicht geeft in (de verklaringen van) de relaties tussen het welzijn en de mobiliteit. Door middel van de tweede centrale vraag wordt deze kennis vervolgens praktisch toepasbaar gemaakt. Deze paragraaf zet uiteen wat de relevantie is van beide onderzoeksvragen en daarmee van dit onderzoek.

1.4.1 Wetenschappelijke relevantie

Verschillende wetenschappers wijzen op het belang van onderzoek naar ouderen, mobiliteit en welzijn (o.a. Goins et al., 2014; Prohaska et al., 2011). Zo kan dergelijk onderzoek bijvoorbeeld bijdragen aan het inzicht in de relaties tussen de verschillende dimensies van mobiliteit en het welzijn van mensen (zie hoofdstuk 2) en in de effecten van beperkingen van de mobiliteit op dat welzijn (Ziegler & Schwanen, 2011). Ook Nordbakke & Schwanen (2014) geven aan dat meer theoretisch onderbouwd empirisch onderzoek naar de relaties tussen mobiliteit en welzijn van ouderen nodig is. Geografisch onderzoek naar deze verbanden kan volgens hen inzicht geven in hoe de fysieke en sociale omgeving waarin ouderen leven hun mobiliteit en welzijn beïnvloeden: “*how mobility shapes and reconfigures place-based understandings of well-being*” (Nordbakke & Schwanen, 2014, p.125). Dit

inzicht kan volgens hen alleen verkregen worden als naar de context en beleving van de mobiliteit wordt gekeken. Anderen zijn van mening dat in toekomstig onderzoek de nadruk moet worden gelegd op de mogelijkheden voor ouderen om onafhankelijk mobiel te zijn en op de sociale dimensie van mobiliteit (Droogleever Fortuijn, 1999; Schwanen et al., 2012). Dit onderzoek geeft invulling aan deze aanbevelingen.

Verder stelt Smith (2009) dat er meer onderzoek nodig is naar de relatie tussen ouderen en hun omgeving en beveelt daarom onder andere meer onderzoek aan naar specifieke geografische contexten, waarbij gebruikt wordt gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden. Ook deze aanbevelingen worden door het huidige onderzoek opgevolgd. Dit onderzoek is namelijk gericht op krimpgebieden en daarmee op een specifiek geografische context. Daarnaast zijn meerdere onderzoeksmethoden gebruikt, omdat gebruikgemaakt is van zowel GPS-technologie als interviews om inzicht te krijgen in de mobiliteit en het welzijn van ouderen (zie hoofdstuk 3).

Ondanks de stelling van Smith (2009) dat er meer onderzoek nodig is naar de relatie tussen ouderen en hun omgeving, is er wel empirisch onderzoek uitgevoerd naar de mobiliteit en het welzijn van ouderen en naar de effect van de (fysieke en sociale) omgeving hierop. Zo richten bijvoorbeeld Zeitler et al. (2012) zich op de invloed van voorstedelijke omgevingen op de mobiliteit van ouderen in Australië en onderzoeken Berg et al. (2014) de mobiliteit van pas gepensioneerd mensen in stedelijke omgevingen in Zweden en hoe deze veranderingen van levensfase invloed heeft op deze mobiliteit. Daarnaast richt een onderzoek van Shoval et al. (2011) zich op de invloed van de omgeving op ouderen met mentale beperkingen. In Nederland heeft Droogleever Fortuijn (1999) onderzoek gedaan naar het dagelijkse activiteitenpatroon van oudere vrouwen in krimpgebieden in Gelderland.

De onderzoeken van Zeitler et al. (2012) en Berg et al. (2014) richten zich echter niet op krimpgebieden en zijn niet uitgevoerd in een Nederlandse context. Zeitler et al. (2012) geeft dan ook aan dat verder onderzoek naar mobiliteit en welzijn in andere omgevingen en andere contexten nodig is. Het onderzoek van Droogleever Fortuijn (1999) is wel uitgevoerd in een Nederlands krimpgebied, maar richt zich hoofdzakelijk op het vrouwelijke geslacht en kan als gedateerd worden beschouwd. Ook het onderzoek van Shoval et al. (2011) richt zich op een specifieke groep ouderen.

Het huidige onderzoek onderscheidt zich van deze onderzoeken, omdat het niet is gericht op één specifieke groep ouderen en doordat het is uitgevoerd in een andere geografische context waar een bepaalde problematiek speelt. Daarnaast volgt het een aantal aanbevelingen uit wetenschappelijke onderzoeken op, waardoor aanvullende kennis wordt verkregen.

1.4.2 Sociale relevantie

De afgelopen decennia is het aantal ouderen in Nederland gegroeid en het is de verwachting dat het aandeel ouderen in de populatie verder zal toenemen. Was in 2013 nog 16,8% 65 jaar of ouder, in 2025 zal dit 21,8% zijn en in 2040 26,5% (CBS, 2012). Een factsheet van het RIVM laat zien dat in de noordelijke krimpgebieden het aandeel ouderen hoger zal zijn dan het Nederlandse gemiddelde. In 2030 wordt in het noorden een aandeel van 26,0% 65+ers verwacht, tegenover een Nederlands gemiddelde van 23,9% (RIVM, 2015). Op deze demografische ontwikkelingen in de noordelijke krimpgebieden zal in paragraaf 2.4.2 en 3.4.1 nader worden ingegaan.

Mobiliteit wordt door beleidsmakers gezien als een belangrijke determinant voor het behouden van het welzijn bij het ouder worden (zie o.a. Schwanen et al., 2012). Zo ziet bijvoorbeeld de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) onder andere participatie als een van de fundamentele eigenschappen van de kwaliteit van leven van ouderen (WHO, 2002). Vanwege de belangrijke functie van mobiliteit en omdat ouderen een steeds groter aandeel van de bevolking vormen, zijn beleidsmakers en planologen veel bezig met het faciliteren van deze mobiliteit en met het anticiperen op de behoeften van ouderen. Op deze manier proberen zij het welzijn van ouderen te behouden (Berg et al., 2014; Nordbakke & Schwanen, 2014). Daarnaast is het beleid van de overheid om

ouderen te stimuleren om langer thuis te blijven wonen (zie paragraaf 1.2). De kennis die dit onderzoek oplevert, kan een bijdrage leveren aan zowel het faciliteren van de behoeften die ouderen ten aanzien van hun mobiliteit hebben, als aan de mogelijkheden voor ouderen in krimpgebieden om langer thuis te blijven wonen.

Concreet wordt onder andere kennis geleverd aan het Kennisnetwerk Krimp Noord Nederland (KKNN). Dit kennisnetwerk is een samenwerking van de Rijksuniversiteit Groningen en de Hanze Hogeschool en is ingesteld op verzoek van de drie noordelijke provincies. Ook zijn onder andere gemeenten en adviesbureaus aangesloten bij dit netwerk. Het doel van het KKNN is het ontwikkelen en delen van kennis op het gebied van demografische krimp in Noord-Nederland (KKNN, 2010). In de *Update Kennisagenda Krimp* van het KKNN van 10 september 2013 wordt aangegeven dat er veel actieplannen op het gebied van mobiliteit zijn, maar dat er te weinig theoretische achtergrond is (KKNN, 2013). Dit onderzoek levert een bijdrage aan dit punt.

Behalve aan het KKNN wordt ook kennis geleverd aan zorginstellingen en woningbouwcorporaties. Dit onderzoek is namelijk uitgevoerd in samenwerking met zorggroep Meander (Veendam), woningbouwcorporatie Acantus (Veendam) en woningbouwcorporatie Domesta (Emmen) en deze partijen hebben aangegeven belang te hebben bij de uitkomsten van het onderzoek. Zo zouden woningbouwcorporaties de resultaten kunnen gebruiken bij het bepalen van de huisvestingslocaties van hun oudere huurders. Zorginstellingen zouden de resultaten kunnen gebruiken bij het bepalen van de zorgbehoefte van ouderen in krimpgebieden. In paragraaf 4.4 is de kennis uit dit onderzoek onder andere vertaald naar de praktische belangen van deze partijen.

1.5 Leeswijzer

Het vervolg van deze scriptie zet het onderzoek en de resultaten uiteen. Hoofdstuk 2 geeft het theoretisch kader van het onderzoek, waarna hoofdstuk 3 de onderzoeksmethoden en de onderzoekslocaties beschrijft en reflecteert op de kwaliteit van het onderzoek. Hoofdstuk 4 zet vervolgens de resultaten uiteen, waarbij de praktische toepassing van de verkregen inzichten wordt beschreven. Hoofdstuk 5 geeft tot slot de conclusies en aanbevelingen.



2. Theoretisch kader

LEESWIJZER

Dit hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van het literatuuronderzoek en vormt daarmee het theoretisch kader van het onderzoek. Paragraaf 2.1 en 2.3 behandelen respectievelijk de concepten welzijn en mobiliteit. Paragraaf 2.4 zet vervolgens de persoons- en omgevingskenmerken uiteen die de mobiliteit van ouderen bepalen. Omdat het hoofdstuk afsluit met een conceptueel model in paragraaf 2.5, zijn paragraaf 2.3 en 2.4 opgebouwd uit tekstblokken. Elk tekstblok beschrijft een onderdeel van dit conceptuele model, zodat de beschrijving van elk onderdeel gemakkelijk terug te vinden is.

2.1 Welzijn

Omdat met dit onderzoek de relaties tussen het welzijn en de mobiliteit van ouderen onderzocht worden, vormt welzijn een van de centrale concepten in dit onderzoek. Welzijn is een breed concept, dat door veel wetenschappers en disciplines op verschillende manieren wordt gedefinieerd en geconceptualiseerd (zie o.a. Nordbakke & Schwanen, 2014). Nordbakke & Schwanen (2014) beschrijven daarom in hun werk een heuristisch kader, waarbinnen de verschillende concepten ten aanzien van welzijn geplaatst kunnen worden, om zo de verschillen tussen de concepten te kunnen begrijpen. Een van de dimensies die zij hiervoor gebruiken is het verschil tussen objectief en subjectief welzijn. Objectief welzijn wordt bepaald door een evaluatie van de 'objectieve' omstandigheden waarin mensen leven (Phillips, 2006 in Nordbakke & Schwanen, 2014). Zo kan gekeken worden naar inkomen in een bepaalde valuta per tijdeenheid, of afstand tot voorzieningen in kilometers. Subjectief welzijn wordt bepaald door te kijken naar de ervaringen, gevoelens en percepties van een individu (Diener, 2009). In zijn werk beschrijft Diener (2009) het concept *subjective wellbeing*, waarbij hij stelt dat het hierin gaat om de vraag of een persoon zelf gelooft dat zijn of haar leven wenselijk, aangenaam en goed is en of het individu gelukkig en tevreden is met zijn leven ("*having the good life*", p.1).

De perspectieven van subjectief en objectief welzijn hebben voor- en tegenstanders. Voorstanders van het subjectieve welzijnsperspectief vinden dat objectief welzijn te veel wordt bepaald door een expert die de criteria kiest en dat subjectief welzijn daarentegen beter rekening houdt met de percepties en ervaringen van het individu (Ringen, 1995 in Nordbakke & Schwanen, 2014). Voorstanders van objectief welzijn stellen daarentegen onder andere dat subjectief welzijn van verschillende individuen lastiger te vergelijken is, omdat elk individu zijn of haar welzijn anders definieert en beoordeelt en het welzijn elke dag anders kan zijn (Veenhoven, 2002 in Nordbakke & Schwanen, 2014).

In dit onderzoek ligt de nadruk op subjectief welzijn. Verschillende wetenschappers hebben het onderscheid tussen subjectief en objectief welzijn echter bekritiseerd. Zo stelt Diener (2009) dat de objectieve en subjectieve benadering van welzijn elkaar kunnen aanvullen en zo een breder beeld van welzijn geven. Daarnaast suggereert 'objectief', naar de mening van Veenhoven (2000), dat iets een vaststaand feit is en dat de subjectieve waarde ervan gemakkelijk bestempeld kan worden als een kwestie van smaak. Als voorbeeld noemt hij de variabele 'inkomen'. Dat deze variabele objectief bepaald wordt, betekent volgens hem niet dat de waarde ervan onbediscussieerbaar is. Veenhoven (2000) presenteert daarom twee alternatieve onderscheidingen, die samen het concept *quality of life* vormen. Het eerste onderscheid is het onderscheid tussen levenskansen en levensuitkomsten, waarbij de eerste gevormd worden door de mogelijkheden die het leven biedt en de tweede door de daadwerkelijk gerealiseerde kansen en mogelijkheden. Het tweede onderscheid betreft de externe en interne kwaliteiten. Externe kwaliteiten zijn de kwaliteiten en kenmerken van de omgeving van het individu en interne kwaliteiten zijn de kwaliteiten en persoonskenmerken van het individu zelf. Het concept *quality of life* zal in de volgende paragraaf nader toegelicht worden.

Omdat het huidige onderzoek kijkt naar de mobiliteit van ouderen (interne kwaliteiten) in krimpgebieden (externe kwaliteiten), is het concept *quality of life* beter bruikbaar voor dit onderzoek

dan het concept *subjective wellbeing*. Het concept *subjective wellbeing* is namelijk beperkt tot de subjectieve en individuele beoordeling van iemands leven. Externe omstandigheden worden hier minder expliciet in meegenomen. Ook de objectieve benadering van welzijn is minder bruikbaar, omdat met dit onderzoek onder andere de individuele perceptie op de mobiliteit en het welzijn wordt onderzocht. Om deze redenen is het concept *quality of life* gebruikt om het welzijn van ouderen te benaderen.

2.2 Quality of life

Bowling & Gabriel (2007) passen het concept *quality of life* in hun onderzoek toe en geven daarbij aan dat *quality of life* “*theoretically encompasses a person’s individual characteristics (e.g. physical and mental health, psycho-social wellbeing and functioning, including feelings of independence and control over life) and external circumstances (e.g. socio-economic conditions, work, built environment and social capital)*” (Bowling & Gabriel, 2007, p.828, onderlijning toegevoegd). Dit komt overeen met het verschil tussen interne en externe kwaliteiten, zoals Veenhoven (2000) deze onderscheidt.

Het onderscheid tussen interne en externe kwaliteiten resulteren samen met het onderscheid tussen levenskansen en levensuitkomsten in vier *qualities of life* (zie Tabel 1). *De leefbaarheid van de omgeving* betreft de leefomstandigheden van een persoon. *De leefbaarheid van de persoon* is de mate waarin iemand in staat is om te gaan met problemen in het leven. Bij het *gebruik van het leven* wordt ervan uitgegaan dat het leven een doel of resultaat buiten het leven zelf heeft. Dit betreft de hogere waarden in het leven. *De waardering van het leven*, tot slot, is de kwaliteit van het leven zoals een individu die zelf beoordeelt en heeft daarmee overeenkomsten met het concept *subjective wellbeing*.

	Externe kwaliteiten	Interne kwaliteiten
Levenskansen	Leefbaarheid van de omgeving	Leefbaarheid van de persoon
Levensuitkomsten	Gebruik van het leven	Waardering van het leven

Tabel 1 | Het *quality of life*-concept | Bron: Veenhoven (2000)

Definitie welzijn

In het huidige onderzoek wordt welzijn met het concept *quality of life* benaderd. Hoewel het daarom wetenschappelijk meer correct is om het begrip *quality of life* of *levenskwaliteit* te gebruiken, wordt in deze scriptie om praktische redenen het begrip *welzijn* gebruikt. Onder *welzijn* wordt in deze scriptie daarom verstaan:

De individuele karakteristieken en externe omstandigheden van een individu op basis waarvan het individu zijn eigen welzijn beoordeelt.

2.2.1 Aspecten *quality of life*

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar factoren die de *quality of life* bepalen (Bowling & Gabriel, 2007; Gabriel & Bowling, 2004; Gilroy, 2007). Gilroy (2007) en Gabriel & Bowling (2004) beschrijven in hun onderzoeken aspecten van *quality of life*, waarbij ouderen zelf hebben aangegeven welke factoren voor hen belangrijk zijn. Op basis van het werk van Gabriel & Bowling (2004), Gardner (2011), Gilroy (2007), Gilroy (2008), Metz (2000) en Veenhoven (2000) kunnen de factoren die bijdragen aan een hoge *quality of life* van ouderen en de kenmerken van deze factoren worden geclassificeerd, zoals schematisch weergegeven in Tabel 2.

Omgeving ¹	Factoren	Kenmerken
Individuele karakteristieken	Gezondheid ^{2 3 4}	
	Inkomen ^{2 3 4}	Voor basisbehoeften ² Voor participeren in sociale leven ^{2 4} Voor levensgenot ² Voor onafhankelijkheid en controle ²
	Psychologische gesteldheid ²	Positieve visie op het leven ² Acceptatie onveranderlijke omstandigheden ² Gevoel van controle ³
	Individuele activiteiten ^{2 4}	Hobby's en vrije tijd ²
	Mobiliteit ^{2 3 4}	Naar andere plaatsen en mensen ⁵ Voor psychologische gesteldheid ⁵ Voor lichamelijke gesteldheid ⁵ Voor vervullen sociale rol ⁵ Potentiële verplaatsingen ⁵
Externe omstandigheden (fysiek)	Woning ^{3 4}	Toegankelijkheid ³ Comfort ³ Veiligheid ³
	Buurt ^{2 3 4}	Plezier ² Veiligheid ² Betrokken burenen ² Aanwezigheid en toegankelijkheid lokale voorzieningen en transport ² Ontmoetingsplaatsen ⁶
	Informatie ⁴	
Externe omstandigheden (sociaal)	Sociale relaties en netwerken ^{2 3 4}	
	Rol in maatschappij en participatie in gemeenschap ^{2 4}	Leveren van bijdrage ⁴
	Sociale ondersteuning ^{2 3}	
	Sociale activiteiten ^{2 4}	

Tabel 2 | Aspecten *quality of life* | Bronnen: ¹Veenhoven (2000); ²Gabriel & Bowling (2004); ³Gilroy (2007); ⁴Gilroy (2008); ⁵Metz (2000); ⁶Gardner (2011)

Een belangrijke kanttekening die Gilroy (2007) bij het classificeren van factoren plaatst, is dat de factoren niet gescheiden zijn, maar met elkaar samenhangen en er sterke wisselwerkingen tussen de factoren is. Daarnaast is de fundamentele factor voor *quality of life* volgens hem 'onafhankelijkheid', omdat de mate van onafhankelijkheid een relatie heeft met bijna alle andere factoren. Gabriel & Bowling (2004) en Bowling & Gabriel (2007) zien onafhankelijkheid daarentegen als een van de factoren.

Bowling & Gabriel (2007) hebben onderzocht om welke redenen de genoemde factoren belangrijk zijn voor de *quality of life* van ouderen. Hierbij is gebruikgemaakt van (de bevindingen uit) het onderzoek van Gabriel & Bowling (2004). Bowling & Gabriel (2007) onderscheiden de onderstaande achterliggende redenen. De *quality of life* wordt positief beïnvloed als de factoren uit Tabel 1 aan deze redenen bijdraagt.

1. Vrijheid om zonder restricties de dingen te doen die men wilt doen (thuis of sociaal)
2. Genoegen, plezier en tevredenheid met het leven; mentale harmonie
3. Sociale hechting - toegang hebben tot gezelschap, intimiteit, liefde, sociaal contact en betrokkenheid en ondersteuning; het vervullen van sociale rollen
4. Zich veilig voelen

2.3 Mobiliteit en welzijn

Zoals in de vorige paragraaf bleek, is mobiliteit een van de aspecten die de *quality of life* bepalen. Omdat ook mobiliteit een centraal concept in dit onderzoek is, zal deze paragraaf het concept mobiliteit behandelen, waarbij de verschillende relaties tussen mobiliteit en welzijn uitgelegd worden. Ook mobiliteit is echter een concept dat op verschillende manieren wordt gedefinieerd en gebruikt. In de sociale wetenschap bestaat mobiliteit namelijk uit meer dimensies dan enkel feitelijke verplaatsingen door de fysieke ruimte (zie o.a. Metz, 2000). Deze feitelijke verplaatsingen worden ook wel de *abstracted mobility* genoemd (Adey, 2010).

Mobility of the self

Verschillende wetenschappers hebben kritiek op het eenzijdige gebruik van *abstracted mobility*, omdat mobiliteit volgens hen meer is dan alleen feitelijke verplaatsingen. Zo beschrijven Sheller & Urry (2006) in hun werk een nieuw mobiliteitsparadigma, omdat de sociale wetenschap volgens hen mobiliteit niet langer moet beschouwen als “*a black box, a neutral set of technologies and processes*” (Sheller & Urry, 2006, p.208, geciteerd in Ziegler & Schwanen, 2011, p.762). In dit nieuwe mobiliteitsparadigma is mobiliteit dan ook niet langer beperkt tot alleen de feitelijke verplaatsingen van mensen, maar behoort alles wat een afstand overbrugt tot het concept mobiliteit, dus ook bijvoorbeeld ingebeeld reizen door middel van visuele objecten (bijvoorbeeld foto's, boeken en televisie), de virtuele mobiliteit via internet en communicatie door middel van verschillende technologieën (Sheller & Urry, 2006; Urry, 2007). Frello (2008) gaat hierin nog een stap verder door alles wat een afstand of een verschil overbrugt als mobiliteit in een meer metaforische zin te kenmerken. Ook het overbruggen van psychologische afstanden of van verschillen tussen sociale groepen, wat tot uiting komt in een open houding naar anderen toe, kan in deze zin als mobiliteit worden beschouwd. Ziegler & Schwanen (2011) noemen dit de “*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). Ze zijn van mening dat deze *mobility of the self* cruciaal is in de relatie tussen mobiliteit en welzijn en tonen daarbij aan dat een individu zijn of haar welzijnsniveau door deze aanleg kan behouden, ook als de fysieke mobiliteit achteruitgaat. Dit principe kan ook gezien worden in de bevinding van Gabriel & Bowling (2004) dat een positieve visie op het leven bijdraagt aan het welzijn.

Volgens Urry (2007) blijft fysieke menselijke communicatie de meest gewaardeerde vorm van communicatie en om deze communicatie mogelijk te maken, zullen met fysieke mobiliteit afstanden overbrugd moeten blijven worden. Onder andere Metz (2000) geeft echter aan dat ook deze fysieke mobiliteit uit meer dimensies bestaat dan alleen de feitelijke verplaatsing, waarbij hij stelt dat deze dimensies een relatie met welzijn hebben. Deze dimensies zullen hieronder uiteengezet worden.

Potentiële verplaatsingen

Volgens Metz (2000) bestaat mobiliteit ten eerste uit potentiële verplaatsingen: de mogelijkheden en opties om verplaatsingen af te leggen (Kaiser, 2009; Metz, 2000). Volgens Parkhurst et al. (2013) kan het idee dat de mogelijkheid om zich te kunnen verplaatsen er is, al een positieve invloed hebben op het welzijn en kan dit gevoelens van isolatie wegnemen.

Sociale functie

Met mobiliteit kunnen ook andere mensen en plaatsen worden bereikt en kan daardoor in sociale activiteiten worden geparticipeerd (Cvitkovich & Wister, 2001; Metz, 2000; Zeitler et al., 2012). Hierdoor maakt mobiliteit het mogelijk om een sociale rol te vervullen en een sociaal netwerk te onderhouden (Alsnih & Hensher, 2003; Metz, 2000; Urry, 2007), wat bijdraagt aan de ervaren maatschappelijke bijdrage (Secker et al., 2003 in Ziegler & Schwanen, 2011). Hiermee worden mentale, sociale en emotionele behoeften vervuld, wat een positieve invloed heeft op het welzijn (Carp, 1988; Goins et al., 2014; Metz, 2000; Nordbakke & Schwanen, 2014; Schwanen et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011). Adey (2010) zet uiteen dat de mate van mobiliteit ook bepaalt of iemand

kan participeren in de samenleving, waardoor mobiliteit een onderdeel is van sociale in-uitsluitingprocessen. Het niet kunnen participeren in sociale activiteiten kan namelijk leiden tot sociale uitsluiting. Uit de onderzoeken van Bowling & Gabriel (2007), Gabriel & Bowling (2004) en Gilroy (2008) blijkt dat ouderen het hebben van een sociaal netwerk, het vervullen van een sociale rol, het participeren in de samenleving en het leveren van een maatschappelijke bijdrage zien als factoren die bijdragen aan een hoger welzijnsniveau (zie paragraaf 2.2.1). Vermindering van mobiliteit heeft hierdoor dus negatieve gevolgen voor het welzijn en het wegvallen van contact met anderen kan bovendien leiden tot isolatie en eenzaamheid (Goins et al., 2014; Mollenkopf et al., 2004; Nordbakke & Schwanen, 2014; Ziegler & Schwanen, 2011).

Naast het feit dat mobiliteit het mogelijk maakt een sociale rol te vervullen, zet Cresswell (2010) uiteen dat verplaatsingen zelf ook een sociale betekenis hebben. Deze verplaatsingen krijgen volgens hem betekenis door cultureel bepaalde sociale constructies en representaties van mobiliteit, omdat de verplaatsingen plaatsvinden binnen een bepaalde context. De betekenisvolle verplaatsingen vormen volgens hem de mobiliteit: "*Mobility is to movement what place is to location*" (Cresswell, 2001). Adey (2010) noemt deze benadering van mobiliteit *mobility in context*, als tegenhanger van *abstracted mobility*. Waldorf (2003) geeft aan dat verplaatsingen in de westerse context de betekenis van vrijheid, autonomie en flexibiliteit hebben. Het mobiel zijn zelf kan door deze betekenissen iemand een bepaalde sociale status geven, wat positieve gevolgen heeft voor het welzijn (Gabriel & Bowling, 2004; Gilroy, 2008). Beperkte mobiliteit kan door deze sociale betekenis een negatieve invloed hebben op de sociale status van minder mobiele ouderen, omdat zij beperkt worden in hun vrijheid, autonomie en flexibiliteit. Ook kan men voor de mobiliteit meer afhankelijk van andere personen zijn, wat gevolgen heeft voor hoe de persoon gezien wordt en voor de positie van de persoon in een sociale groep (Goins et al., 2014). Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de gelijkheid van de sociale verhoudingen tussen de oudere persoon en de mensen waarvan deze persoon afhankelijk is (Goins et al., 2014; Schwanen et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011). Kaiser (2009) beschrijft hoe dit leidt tot een negatief sociaal imago van afhankelijke ouderen en daardoor tot een negatieve attitude van de maatschappij tegenover afhankelijke ouderen en dat ouderen zich zorgen maken over deze sociale problemen (Kaiser, 2009; zie ook Nordbakke & Schwanen, 2014; Schwanen et al., 2012). Dit kan een drempel vormen om gebruik te maken van afhankelijke mobiliteit (Goins et al., 2014), waardoor ouderen onafhankelijke mobiliteit prefereren boven afhankelijke mobiliteit (Schwanen et al., 2012).

Fysieke en psychologische en functie

Tot slot heeft mobiliteit een fysieke en een psychologische functie. Bewegen heeft namelijk positieve gevolgen voor de lichamelijke gesteldheid (Metz, 2000; Schwanen et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011). Hierdoor kan mobiliteit ook een doel op zichzelf zijn, wat ook wel wordt aangeduid als *undirected travel* (Mokhtarian & Salomon, 2001). Ook Mollenkopf et al. (2004) geven aan dat uit verschillende empirische onderzoeken blijkt dat fysieke mobiliteit *healthy ageing* bevordert en lichamelijke beperkingen uitstelt. Daarnaast heeft mobiliteit een psychologische functie, omdat eropuit gaan een afwisseling in het leven is en het een gevoel van controle, onafhankelijkheid en autonomie geeft (Mokhtarian & Salomon, 2001), wat bijdraagt aan een hoger welzijnsniveau (Gabriel & Bowling, 2004; Gilroy, 2007). Goins et al. (2014) stellen zelfs dat mobiliteit als een onderdeel van het gevoel van eigenwaarde en waardigheid kan worden beschouwd. Een beperking van de mobiliteit zal het welzijn dus ook via de fysieke en psychologische functies negatief beïnvloeden.

2.3.1 Adaptie mobiliteitsvermindering

Onderzoek van Lucas (2007) laat zien dat de gevolgen van verminderde mobiliteit voor de levenstevredenheid vergelijkbaar zijn met de gevolgen van het wegvallen van de echtgeno(o)t(e) of werkloos worden. Ook Prohaska et al. (2011) geven aan dat verminderde mobiliteit kan leiden tot aanhoudende verslechtering van de gezondheid en het welzijn van ouderen. Lucas (2007) merkt echter bij zijn bevindingen ook op dat dit per individu verschilt en ouderen adaptief met deze veranderingen om kunnen gaan. Het aanpassen van (mobiliteits)gewoonten en het zoeken naar

alternatieven kan echter een lastige taak voor ouderen zijn (Waldorf, 2003). Ook moeten ouderen bereid zijn om te anticiperen op de veranderingen in hun mobiliteit en om afhankelijke mobiliteit te accepteren (Goins, 2014). Hieronder worden vijf manieren waarop men adaptief kan reageren op mobiliteitsverminderingen uiteengezet, namelijk *selective optimization with compensation*, het accepteren van beperkingen als *facts-of-life*, het gebruik van hulpmiddelen en alternatieve mobiliteit en het vergelijken van eigen beperkingen met de beperkingen van anderen.

Selective optimization with compensation

Ten eerste kan men het gebruik van de fysieke en sociale omgeving aanpassen (Cvitkovich & Wister, 2001; zie paragraaf 2.4.2). Deze aanpassingen kunnen worden verklaard vanuit het model van *selective optimization with compensation* (SOC; Chou & Chi, 2001; Markides, 2007). Het uitgangspunt van dit model is dat het leven bestaat uit fysieke, cognitieve en sociale middelen, maar dat het gebruik van deze middelen beperkt wordt door bijvoorbeeld tijd of ouderdom. Bij *selective optimization* wordt het gebruik van middelen op basis van de beperkingen aangepast om persoonlijke doelen te halen. Een grote mate van mobiliteit of een hoog welzijnsniveau kunnen zulke doelen zijn. Alternatieve middelen kunnen eerder gebruikte middelen hierbij compenseren (*compensation*). Zo kan ervoor gekozen worden om bepaalde activiteiten niet meer uit te voeren en zich te concentreren op andere activiteiten. Het stellen van een hogere prioriteit aan activiteiten binnenshuis boven activiteiten buitenshuis, zoals Mollenkopf et al. (2004) laten zien, is hier een voorbeeld van.

Accepteren beperkingen als facts-of-life

Naast het aanpassen van de verwachtingen ten aanzien van de omgeving, kunnen ook de verwachtingen ten aanzien van de eigen (verminderde) mobiliteit worden bijgesteld (Alsnih & Hensher, 2003). Een van de manieren om beperkingen die ouderdom met zich meebrengt te accepteren, is het zien van deze beperkingen als *facts-of-life*. De manier waarop beperkingen als *facts-of-life* worden gezien, bepaalt de mate waarin (toekomstige) beperkingen worden geaccepteerd en daarmee de mate waarin de beperking het welzijn beïnvloedt. Uit onderzoek van Torres & Hammarström (2006) blijkt dat er drie manieren zijn om beperkingen als *facts-of-life* te zien. Beperkingen kunnen

1. niet worden weggenomen of opgelost en moeten daarom worden geaccepteerd;
2. tijdelijk worden weggenomen, maar zullen later geaccepteerd moeten worden;
3. niet weggenomen, maar ook niet geaccepteerd worden.

In het eerste geval zien ouderen hun beperkingen als iets dat hun ouderdom met zich meebrengt. Deze ouderen maken zich daarom ook minder vaak zorgen over potentiële toekomstige beperkingen. Bij het tweede geval accepteren ouderen hun ouderdomsverschijnselen minder gemakkelijk en doen zij er alles aan om de beperkingen tegen te gaan. Deze ouderen concentreren zich op de dingen die ze nu nog kunnen en aan toekomstige beperkingen denken ze liever niet. In het laatste geval is er sprake van dissonantie: deze ouderen willen niet beperkt zijn, kunnen de beperking ook niet accepteren, maar *zijn* wel beperkt. Vaak gaat dit gepaard met frustratie, teleurstelling, angst voor toekomstige beperkingen en een laag welzijnsniveau.

Gebruik hulpmiddelen

Om de mobiliteit te behouden kan gebruikt worden gemaakt van hulpmiddelen (Mollenkopf et al., 2004). Het aanpassen van het gedrag verloopt volgens Schwanen et al. (2012) echter volgens een *trail-and-error*-proces. Niet elk hulpmiddel is namelijk geschikt voor elke situatie, waardoor per situatie het beste hulpmiddel wordt gezocht en gebruikt.

Voorbeelden van hulpmiddelen zijn een wandelstok, rollator, rolstoel of scootmobiel. Ook Alsnih & Hensher (2003) noemen enkele hulpmiddelen die ervoor kunnen zorgen dat ouderen hun mobiliteit behouden. Zo kunnen ouderen gebruikmaken van openbaar of particulier vervoer (bijvoorbeeld een taxi), zodat zij niet zelf hoeven rijden. Voorwaarde is hierbij wel dat zij voldoende financiële middelen hebben en in staat moeten zijn om deze vormen van vervoer te kunnen gebruiken. Tot slot kunnen zij hulp krijgen van hun echtgeno(o)t(e), kinderen of mensen uit een sociaal netwerk waar zij deel van

uitmaken. Steun vanuit de sociale omgeving is echter een discutabel hulpmiddel, gezien de eerder beschreven negatieve invloed die afhankelijke mobiliteit op de sociale status van de afhankelijke persoon heeft (Goins et al., 2014; Kaiser, 2009; Nordbakke & Schwanen, 2014; Schwanen et al., 2012). Uit onderzoek van Lager et al. (2015), dat in een woonwijk in Groningen is uitgevoerd, blijkt dat ook afwijkende tijdruimtepatronen en een verouderde sociale omgeving belemmeringen voor sociale ondersteuning kunnen vormen. Jongeren werken namelijk vaak overdag en ontmoeten daarom hun oudere buurtbewoners niet of nauwelijks, wat voor ouderen een drempel kan vormen voor het vragen van hulp. Daarnaast bestaat de sociale omgeving van ouderen vaak uit enkel andere oudere mensen die geen ondersteuning kunnen bieden. Volgens Jager-Vreugdenhil (2012) en Lager et al. (2015) is sociale ondersteuning vanuit de sociale omgeving dan ook niet vanzelfsprekend.

Alternatieve mobiliteit

Ziegler & Schwanen (2011) laten vanuit het nieuwe mobiliteitsparadigma van Sheller & Urry (2006) en met hun analyse zien dat ouderen de achteruitgang van hun fysieke mobiliteit ook voor een deel kunnen compenseren door mobiliteit vanuit een andere dimensie een betekenis te geven en zo mobiliteit anders te definiëren. Beperkingen in de fysieke mobiliteit wordt op deze manier gecompenseerd door bijvoorbeeld technologische mobiliteit (televisie, internet, telefoon, etc.) of ingebeelde mobiliteit (bijvoorbeeld herinneringen), waarmee het welzijnsniveau kan worden behouden. De mate waarin en de manier waarop het achteruitgaan van de fysieke mobiliteit wordt gecompenseerd, verschilt echter per individu, waardoor de mate waarin het welzijn behouden of vergroot wordt per persoon zal verschillen. Ook Smith (2009) geeft aan dat ouderen met ICT-technologie sociale contacten kunnen blijven onderhouden en gezondheidszorg op afstand kunnen krijgen, waardoor zij langer in hun eigen huis kunnen blijven wonen. Ze plaatst hier echter de kanttekening bij dat het gebruik van deze technologie ten koste gaat van fysiek gebruik van de woonplaats en voorzieningen, wat negatieve gevolgen kan hebben voor de *place attachment* (zie paragraaf 2.4.2 voor een uitleg van dit concept). Daarnaast zal het gebruik van lokale voorzieningen verminderen, wat tot gevolg heeft dat deze minder goed in stand gehouden kunnen worden, mogelijk verdwijnen en nog minder goed bereikbaar worden voor ouderen. Tot slot heeft het gebruik van ICT tot gevolg dat ouderen minder fysieke verplaatsingen hoeven af te leggen, wat negatieve gevolgen kan hebben voor de lichamelijke gesteldheid (zie *Fysieke en psychologische en functie*).

Vergelijkingen met anderen

Tot slot laat Von Faber (2002) zien dat ouderen het welzijn kunnen behouden door hun eigen omstandigheden te vergelijken met de omstandigheden van anderen. Dit doen zij op basis van sociale normen over wat 'normale' omstandigheden op hun leeftijd zijn. Door zo naar hun beperkingen te kijken, kunnen ouderen het gevoel krijgen dat zij nog niet zo slecht af zijn en worden ze bepaald bij de dingen die ze nog wel kunnen. Hierbij vergelijkt men zich in het algemeen met anderen die in vergelijkbare situaties minder goed af zijn, waardoor dit *selectieve vergelijkingen* zijn (Suls & Mullen, 1982 in Von Faber, 2002). Von Faber wijst er daarnaast op dat vergelijkingen worden gemaakt met zowel mensen uit het eigen netwerk, als met mensen die men niet kent, zoals minder mobiele ouderen die men in verzorgingshuizen of op televisie ziet.

2.3.2 Risicogroepen

Verschillende onderzoeken tonen aan dat bepaalde groepen meer getroffen worden door verminderde mobiliteit. Uit het onderzoek van Cvitkovich & Wister (2001) blijkt dat meer dan de helft van de door hen onderzochte mobiliteitsafhankelijke ouderen onvervulde mobiliteitsbehoeften heeft. Mollenkopf et al. (2004) laten zien dat met name alleenwonende ouderen, vrouwen, ouderen met verslechterde gezondheid of weinig financiële middelen en ouderen die in rurale gebieden wonen, beperkt zijn in hun mobiliteit, waarbij vaak een combinatie van deze kenmerken tot problemen in de mobiliteit leidt. Zo leggen bijvoorbeeld vrouwen boven de 75 jaar die in rurale gebieden wonen de minste verplaatsingen af (Mollenkopf et al., 2004) en zijn zij het minst tevreden over hun mobiliteit (Mollenkopf et al., 2002).

2.4 Ouderen en mobiliteit

Mollenkopf et al. (2004) stellen dat de mate van mobiliteit van een individu bepaald wordt door de persoonskenmerken van het individu, alsmede door de omgeving. Daarom zullen in deze paragraaf de persoons- en omgevingskenmerken die de mobiliteit van ouderen bepalen uiteengezet worden.

2.4.1 Persoonskenmerken

Ouderen hebben te maken met fysieke en zintuiglijke achteruitgang en een verminderde gezondheid (Ketcham & Stelmach, 2000), waardoor zij beperkt worden in hun mobiliteit (Kaiser, 2009; Metz, 2000; Mollenkopf et al., 2004; Schwanen et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011). Deze fysieke achteruitgang kan gedefinieerd worden als “*condition(s) that hinders or hampers a person’s ability to perform everyday tasks or duties*” (McIntosh & Phillips, 2001 in Alsnih & Hensher, 2003, p.905). Er zijn verschillende persoonskenmerken te onderscheiden die de mobiliteit van ouderen bepalen. Hieronder worden de persoonskenmerken leeftijd, geslacht, lichamelijke gesteldheid, financiële middelen, beschikbare modaliteiten en *mobility biography* uiteengezet. Hoewel deze kenmerken afzonderlijke worden behandeld, dient te worden opgemerkt dat deze sterk met elkaar samenhangen.

Leeftijd en geslacht

Ten eerste laten Alsnih & Hensher (2003) zien dat onderscheid gemaakt moet worden tussen ‘jongere’ ouderen (65-75) en hoogbejaarde ouderen (75+). Jongere ouderen kennen namelijk een relatief actieve levensstijl en vooral ouderen boven de 80 jaar hebben te maken met de gevolgen van fysieke beperkingen (Ketcham & Stelmach, 2000). Föbker & Grotz (2006) maken bij dit leeftijdsonderscheid echter een nuance, omdat de levensstijl van ouderen binnen deze leeftijdsgroepen kan verschillen, waardoor deze groepen niet homogeen zijn. Wel geven zij aan dat het maken van dit leeftijdsonderscheid het meest bruikbaar is in onderzoek naar ouderen.

De mate van mobiliteitsbeperkingen hangt ook samen met het geslacht. Vrouwen leven gemiddeld langer dan mannen, maar kunnen daardoor wel meer te maken krijgen met fysieke beperkingen (Alsnih & Hensher, 2003; Ketcham & Stelmach, 2000). Daarnaast heeft het geslacht volgens Droogleever Fortuijn (1999) een relatie met het auto- en rijbewijsbezit. In Nederland beschikken volgens haar vooral oudere vrouwen niet over een auto of een rijbewijs, wat met name tot mobiliteitsbeperkingen kan leiden in het geval de man overlijdt. Deze situatie zal met name spelen bij hoogbejaarde ouderen (75+), omdat de huidige generatie oudere vrouwen (65+) een hoger auto- en rijbewijsbezit kent (CBS, 2013a). Zoals aangegeven, blijkt ook uit het onderzoek van Mollenkopf et al. (2004) dat met name vrouwen van boven de 75 jaar die in Europese rurale gebieden wonen, minder verplaatsingen afleggen.

Mannen kunnen negatieve gevolgen ondervinden als zij hun rijbewijs verliezen. De huidige generatie ouderen kent namelijk een traditionele rolverdeling tussen man en vrouw, waarin de man de kostwinner en de vrouw fulltime huisvrouw is (Lager et al., 2015). Bij verminderde mobiliteit wordt de schaal van het dagelijks leven kleiner en de nabije (sociale) woonomgeving belangrijker (Mollenkopf et al., 2004). Omdat de man in de traditionele rolverdeling echter overdag werkte, kan het voorkomen dat hij beperkt bekend is met zijn nabije woonomgeving, waardoor hij niet precies weet welke voorzieningen hier zijn (winkels, sociale activiteiten). Marotolli et al. (2000) laten dan ook zien dat het verliezen van het rijbewijs een sterk negatief effect heeft op het aantal activiteiten dat mannen buitenshuis uitvoeren.

Lichamelijke gesteldheid

Voor ouderen wordt de mobiliteit met name beperkt door specifieke complicaties die het ouder worden als gevolg heeft. Er zijn verschillende lichamelijke complicaties te onderscheiden, die elk hun eigen gevolgen hebben. Op het adaptief reageren op deze gevolgen (bijvoorbeeld door het gebruik van hulpmiddelen) is ingegaan in paragraaf 2.3.1.

Een van de complicaties is de achteruitgang van de motoriek en stabiliteit van ouderen (Ketcham & Stelmach, 2000). Dit wordt veroorzaakt door veranderingen in het zenuwstelsel, de hersenstructuur en het reflexsysteem, wat tot gevolg heeft dat complexe handelingen en coördinatie minder goed mogelijk zijn. Ook beperkt dit de opwekking van lichamelijke energie, leidt dit tot vertragen van lichamelijke bewegingen en heeft het negatieve gevolgen voor het houden van evenwicht en het hebben van controle over de spieren. Ouderen hebben daarnaast een verminderde spiermassa. Dit alles heeft tot gevolg dat ouderen minder stabiel zijn, minder snel kunnen reageren op onverwachte situaties (zoals het verliezen van evenwicht of gladheid) en daardoor een groter risico op vallen hebben. Dit kan tot gevolg hebben dat ouderen onzeker worden over hun motoriek en daardoor minder verplaatsingen afleggen.

De organen die informatie uit de omgeving leveren, zoals de zintuigen en het evenwichtsorgaan, kunnen ook verslechteren (Ketcham & Stelmach, 2000). Hoewel het mogelijk is om coördinatie over bewegingen te behouden als een van de informatieorganen wegvalt, is dit voor ouderen een lastige taak. Achteruitgang van het gehoor kan daardoor leiden tot minder verplaatsingen en minder sociale en fysieke activiteiten (Chen et al., 2014). Dit is ook het geval bij vermindering van het zicht, waarbij Gallagher et al. (2011) aangeven dat mobiliteitsbeperkingen hierbij met name worden veroorzaakt doordat obstakels een grotere hinder vormen en door dat transportmogelijkheden als openbaar vervoer niet goed zijn ingericht voor mensen met een zichtbeperking. Naast het verslechteren van de zintuigen, kunnen gewrichten als de knieën en de heupen verslijten, wat kan leiden tot pijn en verminderde mobiliteit. Het is echter mogelijk om bepaalde versleten gewrichten te vervangen door een kunstgewricht, waardoor ouderen hun mobiliteit kunnen behouden (Birdsall et al., 1999).

Een andere categorie complicaties waar ouderen mee te maken kunnen krijgen zijn (ouderdoms)ziekten. Hieronder vallen bijvoorbeeld longaandoeningen, ook wel aangeduid met COPD (*chronic obstructive pulmonary disorders*; Miles & Roberts, 2005). Dit is een chronische ziekte die de longen zodanig aantast dat er minder zuurstof in het lichaam aanwezig is. Hierdoor wordt het uithoudingsvermogen verminderd, wat negatieve gevolgen heeft voor de mobiliteit. Daarnaast kunnen ouderen te maken krijgen met *multiple sclerosis* (MS; Awad, 2010). Dit is een aandoening in het centrale zenuwstelsel, waardoor problemen kunnen ontstaan met lopen en zien, wat chronische invaliditeit tot gevolg heeft. Verder komen onder ouderen vaak herseninfarcten voor. Dit kan een beroerte zijn, waarbij de oorzaak in de bloedvaten zit, of een *transient ischemic attack* (TIA), waarbij de slagader verstopt raakt (Pendlebury et al., 2009). In beide gevallen verliezen patiënten hersenfuncties, wat kan leiden tot de dood. Bij overleving kunnen de hersenen beschadigd zijn, wat verlamming en blindheid tot gevolg kan hebben. Door middel van medicijnen en oefeningen kan men echter van deze gevolgen herstellen.

Tot slot tonen Shoval et al. (2011) in hun onderzoek aan dat cognitieve beperkingen invloed hebben op de mate van mobiliteit van ouderen. (Licht) dementerende ouderen leggen per dag namelijk een kleinere afstand af dan cognitief gezonde ouderen, wat volgens hen zowel wijst op een vermindering van de tijd die buitenshuis wordt doorgebracht als op een wijziging in de locaties die bezocht worden.

Financiële middelen

Omdat mobiliteit financiële gevolgen heeft (aanschaf van een vervoermiddel of kosten voor benzine, het openbaar vervoer of een taxi), bepalen ook de financiële middelen van een individu zijn of haar mate van mobiliteit. Onderzoek van Shumway-Cook et al. (2005) toont aan dat een laag inkomen samengaat met beperkingen in de mobiliteit. Daarnaast laat Tabel 2 (paragraaf 2.2.1) zien dat inkomen bijdraagt aan het kunnen participeren in het sociale leven en aan het behouden van een gevoel van onafhankelijkheid en controle (Gabriel & Bowling, 2004; Gilroy, 2008). Volgens Webber et al. (2002) kunnen daarnaast financiële middelen de woonlocatie van ouderen en daarmee de afstand tot voorzieningen beïnvloeden (zie paragraaf 2.4.2).

Modaliteiten

Verder wordt de mobiliteit van ouderen bepaald door de modaliteiten die zij tot hun beschikking hebben. Er zijn meerdere onderzoeken die wijzen op het belang van de auto voor de mobiliteit (Schwanen et al., 2012). Automobilititeit maakt namelijk onafhankelijkheid en meer persoonlijke vrijheid mogelijk (Adey, 2010), waarmee vaak het best aan mobiliteitsbehoeften wordt voldaan (Waldorf, 2003). Adey (2010) geeft daarnaast aan dat de auto het meest geschikt is om sociale activiteiten te bereiken en een sociaal netwerk te onderhouden, omdat de auto het meest flexibel is om op elk gewenst tijdstip aan een activiteit op elke gewenste locatie deel te nemen. Onderzoeken van Mollenkopf et al. (2004) en Marotolli et al. (2000) tonen ook empirisch aan dat het niet beschikken over een auto vaak leidt tot problemen in het onderhouden van sociale contacten. Een steeds groter aandeel van de ouderen rijdt daarom auto en dit aandeel kan in de toekomst blijven groeien (Alsnih & Hensher, 2003). Vanwege het belang van de auto kunnen ouderen vooral beperkt worden in hun mobiliteit en onafhankelijkheid als zij bijvoorbeeld vanwege hun gezondheid moeten stoppen met autorijden (Alsnih & Hensher, 2003; Waldorf, 2003). In Nederland is voor het behouden van het rijbewijs als men ouder is dan 75 jaar een medische keuring verplicht (RDW, 2013).

Naast de auto is het openbaar vervoer een mogelijke modaliteit. Broome et al. (2010) laten in hun onderzoek echter zien welke restricties het openbaar vervoer voor ouderen kan hebben. Zo kunnen lage frequenties, de lastige toegankelijkheid van voertuigen en haltes en de lastig te begrijpen reisinformatie drempels vormen voor het gebruik van openbaar vervoer. Ouderen hebben daardoor bijvoorbeeld een goede fysieke conditie nodig om haltes te bereiken en voertuigen te betreden (Mollenkopf et al., 2004; op de afstand tot voorzieningen zal in paragraaf 2.4.2 nader worden ingegaan). Daarnaast heeft het openbaar vervoer volgens Droogleever Fortuijn (1999) vaak maar een beperkte dekking, vooral in rurale gebieden. Zeitler et al. (2012) en Droogleever Fortuijn (1999) zijn daarom van mening dat openbaar vervoer in veel gevallen geen vervanging voor de auto is, maar enkel een aanvulling. Dit blijkt ook uit de lage waardering die ouderen in het onderzoek van Mollenkopf et al. (2004) aan het openbaar vervoer geven. Berg et al. (2014) laten echter zien dat openbaar vervoer wel een belangrijke vervangende modaliteit voor de auto kan zijn, als het openbaar vervoer zich in de nabijheid van ouderen bevindt. Ook Rosenbloom (2003) stelt dat ouderen die gedwongen worden te stoppen met autorijden, openbaar vervoer als vervangend vervoermiddel kiezen. Alsnih & Hensher (2003) zijn daarentegen van mening dat openbaar vervoer met name gezien moet worden als 'laatste redmiddel' om aan de mobiliteitsbehoeften te kunnen blijven voldoen. Ook Adey (2010) wijst op de beperkingen die het openbaar vervoer in vergelijking met de auto heeft. Zo is het openbaar vervoer gebonden aan vastgestelde vertrek- en aankomsttijden en vertrek- en aankomstlocaties, waardoor het de vrijheid beperkt om op elk gewenst tijdstip en op elke gewenste locatie deel te nemen aan activiteiten.

Alternatieven voor het openbaar vervoer zijn publiek vervoer (bijvoorbeeld de (deel)taxi) en doelgroepenvervoer (WMO-taxi en scholierenbusjes; VNG, 2013). Ook zijn er initiatieven waarbij vrijwilligers het vervoer in een bepaalde regio verzorgen (Ward et al., 2013). Het onderzoek van Ward et al. (2013) wijst er echter op dat er onder ouderen een grote onbekendheid bestaat ten aanzien van deze alternatieve vervoersopties, waardoor deze onderbenut worden door degenen waarvoor deze vervoersvormen bedoeld zijn. Betere communicatie over de beschikbare opties kan volgens hem het gebruik vergroten.

Tot slot blijkt uit het onderzoek van Mollenkopf et al. (2004) dat Nederlandse ouderen vanwege het gunstige landschap vaak de fiets gebruiken (15% van de verplaatsingen). Daarnaast is lopen een belangrijke modaliteit, hoewel dit in rurale gebieden minder wordt gedaan. De afstanden die lopend worden afgelegd zijn ook aanzienlijk kleiner dan bij de andere modaliteiten (46% van de verplaatsingen in rurale gebieden zijn minder dan 1 km). Dat lopen een groot aandeel vormt binnen de modaliteiten van ouderen, weerlegt naar de mening van Mollenkopf et al. (2004) de bewering van Rosenbloom (2003) dat ouderen vaak het openbaar vervoer als alternatief voor automobilititeit kiezen. De verschillen van inzicht ten aanzien van het openbaar vervoer als alternatief kunnen overigens

(mede) veroorzaakt worden door de verschillen in de dekking van het openbaar vervoer en de afstand tot haltes in Europa en de Verenigde Staten.

Mobility biography

Welke modaliteit ouderen prefereren en gebruiken om aan hun mobiliteitsbehoeften te voldoen, wordt ook bepaald door de modaliteit die zij in het verleden hebben gebruikt. Ouderen die bijvoorbeeld veel gebruik hebben gemaakt van hun auto en nooit van het openbaar vervoer, zullen de auto boven andere modaliteiten prefereren (Waldorf, 2003) en ook op latere leeftijd geen gebruikmaken van openbaar vervoer (Mollenkopf et al., 2004; Zeitler et al., 2012). Dit effect van het 'mobiliteitsverleden' wordt ook wel de *mobility biography* genoemd. Dit concept gaat ervan uit dat het mobiliteitsgedrag van een individu in alle fases van het leven grotendeels hetzelfde blijft, vanwege het geroutineerde karakter ervan (Lanzendorf, 2010; Schneider, 2007). De *mobility biography* is mede afhankelijk van het geslacht. Zoals uiteengezet onder *Leeftijd en geslacht*, kent de huidige generatie ouderen namelijk een traditionele rolverdeling tussen man en vrouw, waarin de man de kostwinner en de vrouw fulltime huisvrouw is (Lager et al., 2015). Door deze rolverdeling is het rijbewijsbezit onder mannen hoger dan onder vrouwen, waardoor zij over het algemeen in vergelijking met vrouwen een grotere voorkeur zullen hebben voor de auto. Daarnaast is de geografische locatie van invloed. In rurale gebieden is de auto bijvoorbeeld een belangrijke modaliteit (zie paragraaf 2.4.2) en heeft het openbaar vervoer een beperkte dekking (Droogleever Fortuijn, 1999; zie onder *Modaliteiten*), waardoor de auto een belangrijke modaliteit zal zijn in de *mobility biography* van ouderen die hier lang wonen.

Zogenaamde *key events* in het leven, zoals een verhuizing of met pensioen gaan, kunnen het mobiliteitsgedrag beïnvloeden of veranderen (Klößner, 2004; Schneider, 2007). Onderzoek van Berg et al. (2014) toont bijvoorbeeld aan dat de periode na de pensioenleeftijd een periode is waarin nieuwe mobiliteitspatronen worden ontwikkeld, geëvalueerd en aangepast. Ouderen hebben vanaf dat moment namelijk geen arbeidsverplichtingen meer, waardoor deze structuur in hun leven wegvalt. Dagelijkse maaltijden (Droogleever Fortuijn, 1999) en dagelijkse mobiliteit (Berg et al., 2014) vormen daardoor de structuur in het leven van ouderen. Daarnaast worden de lichamelijke gesteldheid en het voorkómen dat men hele dagen in huis doorbrengt, redenen om te gaan fietsen of wandelen (Mokhtarian & Salomon, 2001; zie onder *Fysieke en psychologische en functie*). Hoewel Berg et al. (2014) en Droogleever Fortuijn (1999) bij deze bevindingen geen gebruikmaken van het *mobility biography*-concept, kunnen deze bevindingen wel vanuit dit concept worden verklaard. Het met pensioen gaan is dan een *key event* in het leven van ouderen, waarna (de structuur en reden van) hun mobiliteit verandert.

2.4.2 Omgevingskenmerken

Naast deze persoonskenmerken die de mobiliteit beïnvloeden, krijgen ouderen vanwege hun fysieke achteruitgang meer te maken met de restricties die de omgeving voor hen oplevert (Kaiser, 2009; Schwanen et al., 2012; Smith, 2009). Ook hierover zijn verschillende theorieën ontwikkeld en onderzoeken naar gedaan. In deze subparagraaf worden het *Competence-Press Model*, *ageing in place* en *insideness*, de fysieke omgeving en *social capital* beschreven.

Competence-Press Model

Om de interactie tussen personen en hun omgeving te onderzoeken, wordt veel gebruikgemaakt van de *person-environment fit* theorie. Een van de belangrijkste en multidisciplinair gebruikte modellen om deze theorie te benaderen is het *Ecological Model of Aging* of het *Competence-Press Model* (Smith, 2009). Dit model is ontwikkeld door Lawton & Nehmow (1973 in Smith, 2009) en bestaat uit twee concepten: *personal competence* en *environmental press*.

Personal competence bestaat uit alle mogelijke individuele middelen en eigenschappen. Uit Smith (2009) blijkt echter dat er geen consensus is over de vraag waar de *personal competence* uit bestaat. Onderdelen kunnen fysieke gezondheid, motorische en zintuiglijke capaciteiten zijn (Lawton et al., 1982), maar ook sociale ondersteuning en ervaren gezondheid (Smith, 2009). *Environmental press*

zijn de eigenschappen van de omgeving en betreft de manier waarop mensen op basis van hun *personal competence* met de omgeving omgaan. Het gaat hierbij om het fysieke en esthetische uiterlijk van de omgeving en de voorzieningen (Smith, 2009), alsmede de relaties met culturele en sociale groepen (Lawton & Nehmow, 1973).

Op basis van dit model heeft Lawton (1990) de *environmental docility hypothesis* ontwikkeld. Deze hypothese gaat ervan uit dat de omgeving het gedrag van personen bepaalt en dat door fysieke of mentale beperkingen de omgeving een belangrijk invloedsfactor wordt in het uitvoeren van het dagelijkse leven. Naar aanleiding van kritiek dat deze hypothese te omgevingsgericht is (zie Smith, 2009 en Cvitkovich & Wister, 2001) heeft Lawton (1999) een tweede hypothese ontwikkeld: de *environmental proactivity hypothesis*. Deze hypothese geeft meer ruimte aan de mogelijkheden van oudere mensen en gaat ervan uit dat zij in staat zijn actief een omgeving te kiezen, te creëren en te gebruiken door middel van hun *personal competence*. Deze laatste hypothese geeft aan dat de relatie tussen personen en hun omgeving twee richtingen op werkt.

Cvitkovich & Wister (2001) tonen met de *person-environment fit* theorie aan dat ouderen die verminderd mobiel zijn hun omgeving zo gebruiken en hun verwachtingen ten aanzien van hun mobiliteit en omgeving zo aanpassen, dat zij hun welzijn kunnen behouden. Uit het onderzoek van Cvitkovich & Wister (2001) blijkt dat deze ouderen voor hun welzijn meer prioriteit stellen aan (in)formele hulp, hun woning en het aanpassen van hun omgeving (bijvoorbeeld het installeren van steunbeugels en trapliften), ten nadele van participeren in de gemeenschap. Dit wordt ook aangetoond door Mollenkopf et al. (2004), die laten zien dat oriëntatie binnenshuis bij minder mobiele ouderen groter is, terwijl zij minder prioriteit stellen aan mobiliteit buitenshuis. Mobielere ouderen stellen daarentegen wel meer prioriteit aan het participeren in de gemeenschap. De verminderde mobiliteit van ouderen bepaalt dus hun verwachtingen en hun gebruik van hun fysieke en sociale omgeving. Dit toont volgens Cvitkovich & Wister (2001) aan dat ouderen hun omgeving zo optimaal mogelijk gebruiken om hun welzijn te behouden, zoals ook de *environmental proactivity hypothesis* stelt.

Ageing in place en insideness

Smith (2009) behandelt in haar werk ook het concept *ageing in place* (zie ook paragraaf 1.2). Dit concept beschrijft de rededen voor ouderen om te blijven wonen in hun eigen huis en woonplaats, ook als zij geconfronteerd worden met de gevolgen van hun ouderdom. Rowles (1978 in Smith, 2009) laat zien dat er een zogenaamde *insideness* ontstaat als ouderen lang op dezelfde plaats wonen. Door hun lange verblijfsduur op dezelfde plaats zijn zij namelijk beter bekend met de omgeving, waardoor ze beter in staat zijn hun fysieke functies te behouden. Ook kunnen ouderen hierdoor onderdeel worden van een sociale groep in hun omgeving, waardoor ze een sociale *insideness* ontwikkelen. Verder creëren ouderen door positieve ervaringen en herinneringen een emotionele band met de plaats waar zij wonen. Dit wordt vaak aangeduid met *place attachment*. Er zijn veel factoren die deze *place attachment* creëren, zoals (de mate waarin geparticipeerd wordt in) de nabije sociale omgeving, de tevredenheid met en de toegankelijkheid van de omgeving en voorzieningen en hoe lang mensen op dezelfde plaats wonen.

Insideness en *place attachment* hangen samen met de identiteit van ouderen en hebben daardoor positieve gevolgen voor hun welzijn. De woonplaats van ouderen wordt namelijk onderdeel van hun identiteit en door sociale *insideness* worden zij onderdeel van een groep die dezelfde identiteit deelt. *Insideness* en *place attachment* kunnen echter ook negatieve gevolgen hebben. Het kan namelijk voorkomen dat ouderen hierdoor graag op dezelfde plaats willen blijven wonen, maar daardoor kansen missen om hun levenssituatie te verbeteren.

Fysieke omgeving

Het onderzoek van Mollenkopf et al. (2004) laat zien dat het belangrijk is dat ouderen binnen een bereik van 15 minuten van voorzieningen, zoals de supermarkt, apotheek, huisarts, bank of het

openbaar vervoer wonen, met name als zij geen auto ter beschikking hebben. Volgens hen kiezen deze ouderen dan namelijk hoofdzakelijk lopen of fietsen als modaliteit (zie paragraaf 2.4.1) en deze modaliteiten hebben een relatief kleine actieradius. De afstand van de woning tot voorzieningen en mensen heeft daarnaast invloed op het aantal verplaatsingen dat men aflegt. Gabriel & Bowling (2004) geven bijvoorbeeld aan dat ouderen met een fysieke beperking de voorzieningen en mensen waar zij dichtbij wonen, vaker bezoeken en belangrijker vinden dan de voorzieningen en mensen verder weg.

Juvani et al. (2005) hebben onderzoek gedaan naar de invloed van de fysieke omgeving van de Scandinavische landen op het welzijn van ouderen die daar wonen. Hoewel dit onderzoek is uitgevoerd in een ruimtelijke en klimatologische context die afwijkt van de context in Nederland, geven de resultaten wel inzicht in de ruimtelijke factoren die invloed hebben op het welzijn van ouderen. Volgens Juvani et al. (2005) hebben seizoensveranderingen, temperatuur, sneeuw, lichtgesteldheid en grote afstanden tot voorzieningen een negatieve invloed op het welzijn. De natuurlijke omgeving, bekendheid met de fysieke ruimte (zie ook *Ageing in place en insideness*) en een schone en veilige (obstakelloze) omgeving hebben daarentegen een positieve invloed. Met name de natuurlijke omgeving biedt volgens hen mogelijkheden om te ontspannen, andere mensen te ontmoeten en lichamelijke activiteiten uit te voeren, wat bijdraagt aan een groter welzijn. Maas et al. (2008) en Maas et al. (2009) komen ten aanzien van het ontmoeten van andere mensen en de lichamelijke activiteiten echter op afwijkende resultaten. Beide onderzoeken zijn uitgevoerd onder alle leeftijdsgroepen in Nederland, waarbij Maas et al. (2009) tot de conclusie komen dat mensen die meer groen in hun leefomgeving hebben zich weliswaar minder eenzaam voelen, maar dat zij niet significant meer contact hebben met hun sociale omgeving. Maas et al. (2008) laten daarnaast zien dat er geen significante relatie is tussen de natuurlijke omgeving en de hoeveelheid lichamelijke activiteiten.

Hoewel Juvani et al. (2005) de door hen aangetoonde factoren niet expliciet relateren aan mobiliteit, kan op basis van andere onderzoeken wel worden gesteld dat deze relaties er zijn. Zo kunnen duisternis (Lager et al., 2015) en (extreme) hitte of kou (Broome et al., 2010) drempels vormen voor het verplaatsen en is mobiliteit nodig voor het bereiken van de natuurlijke omgeving. Daarnaast wijzen Zeitler et al. (2012) er op dat veilige (obstakelloze) wandel- en fietsvoorzieningen de mobiliteit van ouderen vergroten.

Sociale omgeving: social capital

Naast de fysieke omgeving heeft ook de sociale omgeving invloed op de mate van mobiliteit van ouderen. De interactie tussen een individu en zijn of haar sociale omgeving kan worden benaderd door middel van het concept *social capital*. Het belangrijkste aspect van dit concept is dat *social capital* ontstaat door persoonlijke investeringen in sociale relaties die zich later terugverdienen in bijvoorbeeld (monetaire) ondersteuning en een hoger welzijnsniveau (Klein, 2013). Dit heeft parallellen met bijvoorbeeld fysiek kapitaal, waarbij geld wordt geïnvesteerd met de bedoeling dat dit zich later terugverdient. Na een analyse van definities van *social capital* (van onder andere Bourdieu (1986) en Putman (2000); de grondleggers van het concept), komt Klein (2013) tot de conclusie dat *social capital* kan worden beschouwd als “*a result of investments by individuals or groups of individuals in social relations (...), in reciprocity norms and in trust in others and in institutions*” (p.892). Sociale relaties, wederkerigheid en vertrouwen zijn dus de belangrijkste elementen van dit concept en dus binnen sociale netwerken. Anderen (bijvoorbeeld Jorgensen, 2010 en Lager et al. 2015) hebben daarnaast gewezen op het belang van het geografisch element van *social capital*, omdat sociale netwerken zijn gesitueerd in geografische contexten.

Er kunnen twee vormen van *social capital* worden onderscheiden (Putman, 2000). De eerste vorm is *bonding social capital*. Hierbij worden investeringen gedaan in de relaties binnen een (homogene) sociale groep waar men al lid van is (bijvoorbeeld vrienden en familie). De positieve gevolgen van deze investering zijn daardoor exclusief voor deze specifieke sociale groep. De andere vorm is *bridging social capital*, waarbij geïnvesteerd wordt in banden tussen mensen uit verschillende sociale

groepen. Hierdoor kan bijvoorbeeld informatie over mogelijke (nieuwe) banen worden verkregen. Klein (2013) geeft aan dat niet één specifieke sociale groep, maar de hele maatschappij kan profiteren van de positieve gevolgen van deze investeringen.

2.4.3 Krimpgebieden

In krimpgebieden hebben de sociale en fysieke omgeving op een specifieke manier invloed op de mobiliteit (smogelijkheden) van ouderen. Hieronder worden de invloeden van demografische ontwikkelingen en de sociale en fysieke omgeving uiteengezet.

Demografie

Zoals in hoofdstuk 1 werd aangegeven, hebben krimpgebieden te maken met een dalend inwoneraantal. Het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) heeft in 2011 verschillende gebieden in met name noord- en zuid-Nederland als *topkrimpgebieden* en *anticipeergebieden* aangewezen: gebieden waar sprake is van een substantiële en structurele daling van de bevolkingsomvang (*topkrimpgebieden*), of waar deze daling wordt verwacht (*anticipeergebieden*; BKZ, 2011; zie Bijlage 1). In deze gebieden is extra aandacht voor (de gevolgen van) de daling en veroudering van de bevolking (Haartsen & Van Wissen, 2012). De factsheet van het RIVM, die in paragraaf 1.4.2 is aangehaald, laat zien dat de bevolkingsomvang in sommige gebieden tussen 2000 en 2014 tussen de 5 tot 11% is afgenomen en dat er tot 2030 een nog verdere afname wordt verwacht (RIVM, 2015). In paragraaf 3.4.1 zal hierop nader worden ingegaan.

Fysieke omgeving

Het inwoneraantal in krimpgebieden daalt doordat vooral jonge mensen wegtrekken voor bijvoorbeeld werk en studie. Hierdoor wonen vooral ouderen in deze gebieden (Haartsen & Venhorst, 2009). Daarnaast is door modernisering en toename van het autogebruik de schaal van het dagelijks leven vergroot, waardoor dorpen op dit moment hoofdzakelijk een monofunctionele woonfunctie hebben (Droogleever Fortuijn, 1999). Deze factoren leiden volgens Malecki (2003) tot de *rural penalty*: de schaalvergroting en dalende bevolkingsdichtheid hebben een lagere dichtheid van voorzieningen en daardoor een grotere afstand tot deze voorzieningen tot gevolg. Omdat vermindering van mobiliteit hierdoor snel kan leiden tot onder andere sociale uitsluiting (zoals beschreven is in het begin van dit hoofdstuk), is (auto)mobiliteit in deze gebieden extra belangrijk (Ziegler & Schwanen, 2011).

Bereton et al. (2011) hebben onderzoek gedaan naar de ruimtelijke factoren die het welzijn in rurale gebieden bepalen. Volgens hen dragen onder andere het behoren tot een gemeenschap en de hoge kwaliteit van de omgeving positief bij aan het welzijn van inwoners van rurale gebieden. Er zijn echter ook factoren die een negatieve invloed hebben, zoals de verminderde toegang tot gezondheidszorg en openbaar vervoer. Ook wijzen ze op de symbolische betekenis die bijvoorbeeld de lokale huisarts, school, sportvelden en religieuze faciliteiten kunnen hebben. Deze faciliteiten worden niet per se gebruikt, maar worden gezien als faciliteiten die het dorp leefbaar houden (Woods, 2006).

Sociale omgeving

De lokale gemeenschappen in dorpen in rurale gebieden zijn van oudsher plattelands-gemeenschappen (Coakes & Bishop, 1996). Het leven in een dergelijke gemeenschap kan als positief worden ervaren, omdat het sociale intimiteit, stabiele sociale relaties en gevoelens van insluiting, veiligheid, sociale cohesie kan geven. Dit wordt onder andere veroorzaakt door *insideness* en *place attachment* (Rowles, 1990 in Coakes & Bishop, 1996). Binnen dergelijke gemeenschappen krijgen hulpbehoevende leden (zoals ouderen) vaak sociale ondersteuning van de gemeenschap. De hechtheid van plattelandsgemeenschappen kan echter ook leiden tot (informele) uitsluiting van degenen die niet door de plattelandsgemeenschap geaccepteerd worden (Rivlin, 1987).

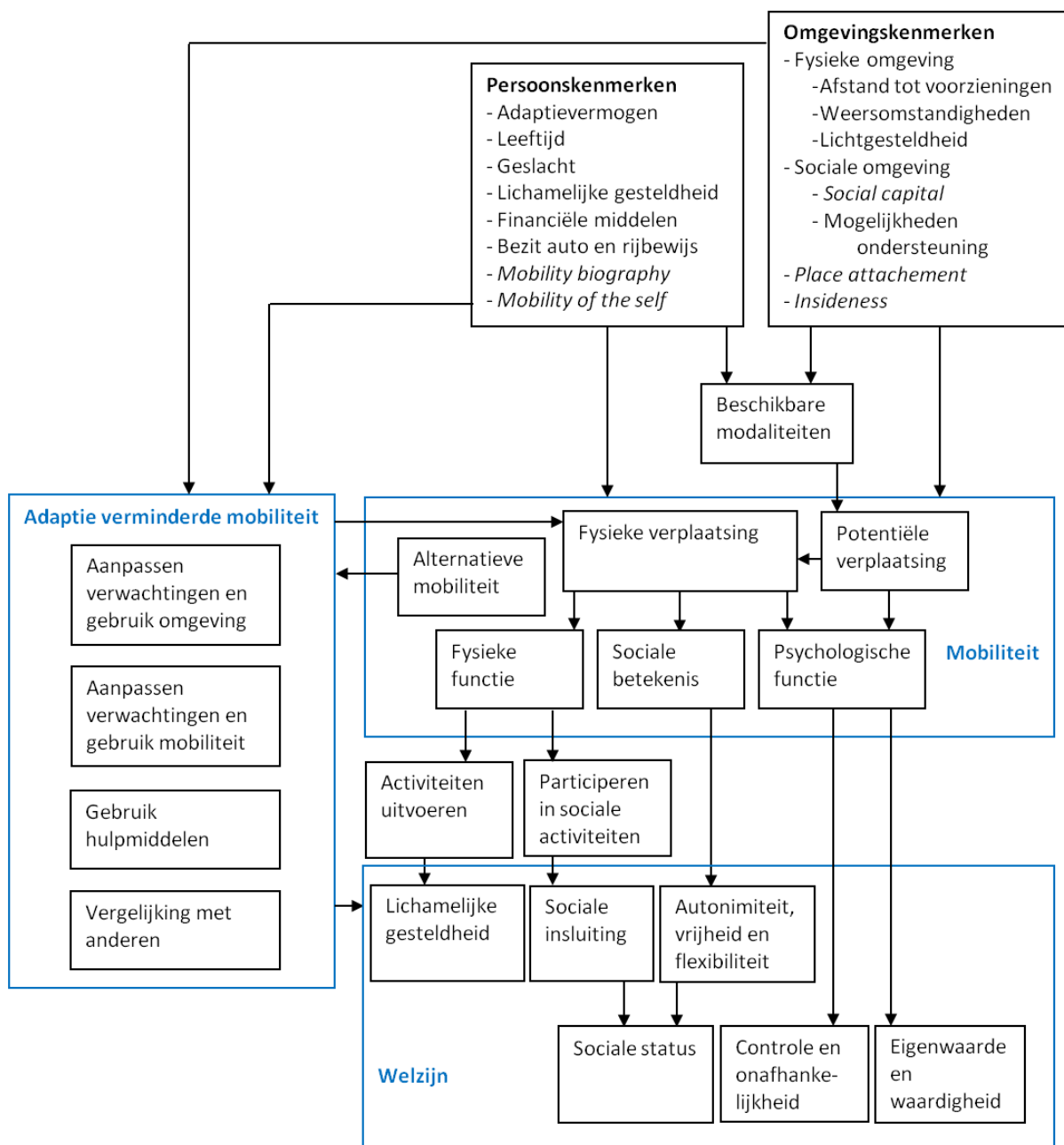
Ook de hedendaagse plattelandsgemeenschappen hebben echter te maken met de invloed van het post-modernisme, individualisatie en fragmentatie van de samenleving, wat een negatieve invloed kan

hebben op de bovenbeschreven hechtheid van de plattelandsgemeenschappen. Daarnaast worden de plattelandsgemeenschappen beïnvloed door de gevolgen van de demografische ontwikkeling die Bereton et al. (2011) beschrijven. Volgens hen heeft er tot 1990 voornamelijk een migratie uit rurale gebieden naar de steden plaatsgevonden, waarna er sinds 1990 ook een *counter-urbanization* plaatsvindt. Deze laatste migratiebeweging wordt veroorzaakt door forenzen die in steden werken, maar op het platteland willen wonen vanwege de vrijstaande en goedkopere huizen. Deze forenzen hebben echter geen band met de cultuur en de plaats waar zij wonen, waardoor zij niet vanzelfsprekend gebruikmaken van de lokale voorzieningen. Daarnaast zijn ze minder betrokken bij de lokale gemeenschap, omdat zij buiten de woonplaats werken. Hierdoor kan het voorkomen dat ze minder contact hebben met de andere inwoners, wat negatieve gevolgen kan hebben voor de mate waarin ouderen hen om ondersteuning vragen (Lager et al., 2015). Hoewel het onderzoek van Bereton et al. (2011) in Ierland is uitgevoerd, is het aannemelijk dat deze processen ook in Nederland afspelen.

2.5 Conceptueel model

Op de volgende pagina is een conceptueel model weergegeven, dat de in het theoretisch kader genoemde concepten schematisch weergeeft. Zoals aangegeven in de inleiding van dit hoofdstuk, zijn paragraaf 2.3 en 2.4 opgebouwd uit tekstblokken. Deze tekstblokken verwijzen naar de onderdelen in het conceptuele model, zodat een beschrijving van elk onderdeel gemakkelijk terug te vinden is.

Het model start rechts bovenaan. De persoonskenmerken (paragraaf 2.4.1) en omgevingskenmerken (paragraaf 2.4.2) bepalen de beschikbare modaliteiten en de mobiliteit van ouderen. Deze mobiliteit bestaat uit verschillende dimensies (kader *Mobiliteit*), die elk weer een relatie hebben met factoren die bijdragen aan een hoger welzijn (kader *Welzijn*). Deze dimensies en de relaties met deze factoren zijn uiteengezet in paragraaf 2.3. Met *alternatieve mobiliteit* in het kader *mobiliteit* wordt de mobiliteit bedoeld, zoals beschreven onder *Mobility of the self* in paragraaf 2.3. Indien ouderen beperkt worden in hun mobiliteit, kunnen zij hier adaptief op reageren (kader *Adaptie verminderde mobiliteit*; paragraaf 2.3.1). Ook de adaptiemogelijkheden zijn afhankelijk van persoons- en omgevingskenmerken, zoals het adaptievermogen van het individu en de mogelijkheid tot ondersteuning door de sociale omgeving. Door deze adaptie kunnen ouderen hun fysieke verplaatsingen of, meer rechtstreeks, hun welzijnsniveau behouden.



3. Methodologie

LEESWIJZER

Dit hoofdstuk zet uiteen hoe het onderzoek is uitgevoerd. Hiervoor worden eerst in paragraaf 3.1 de gebruikte onderzoeksmethoden (GPS en interviews) uiteengezet, waarna paragraaf 3.2 kort ingaat op de analyses die zijn uitgevoerd. Vervolgens beschrijven paragraaf 3.3 en 3.4 respectievelijk de wervingsprocedure en het onderzoeksgebied. Het hoofdstuk sluit af met een uiteenzetting van de kwaliteit van het onderzoek (paragraaf 3.5).

3.1 Onderzoeksmethoden

In dit onderzoek worden de verschillende relaties tussen de mobiliteit en het welzijn van ouderen verklaard (zie centrale vraag 1 in paragraaf 1.3.2), waardoor dit onderzoek een verklarend karakter heeft. Omdat het gebruik van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden een completer beeld geeft van de mobiliteit en het welzijn van ouderen (Smith, 2009; Zeitler et al., 2012), is hierbij gebruikgemaakt van beide onderzoeksmethoden.

Kwantitatieve onderzoeksmethoden hebben als doel een onderzoeksonderwerp te kwantificeren en de bevindingen te generaliseren voor een grotere populatie. Voor dit laatste doel is een representatieve steekproef uit deze populatie nodig (Hennink et al., 2011), waar bijvoorbeeld een gestandaardiseerde enquête voor wordt gebruikt (Valentine, 2005). De data is numeriek en wordt geanalyseerd met behulp van statistische technieken, op basis waarvan (wiskundige) modellen worden ontworpen (Clifford et al., 2010). Kwalitatieve onderzoeksmethoden worden daarentegen gebruikt om een dieper inzicht te krijgen in de subjectieve ervaringen, percepties en overtuigingen die participanten binnen een bepaalde context ten aanzien van een onderzoeksonderwerp hebben. De data wordt verkregen door middel van bijvoorbeeld interviews, focusgroepen of observaties (Clifford et al., 2010) en omdat hiermee naar diepgaande informatie per participant wordt gezocht, is maar een klein aantal participanten nodig en vaak ook uit praktisch oogpunt mogelijk (Hennink et al., 2011). Dergelijk onderzoek is hierdoor niet representatief, maar illustratief (Valentine, 2005). De resultaten zijn echter wel breder bruikbaar dan alleen voor de onderzochte personen in de onderzochte context. Polit & Tatano Beck (2010) beschrijven verschillende methoden om kwalitatieve onderzoeksresultaten te generaliseren naar bredere of andere populaties. Een van deze methoden heet *analytic generalization*. Bij deze methode worden de kwalitatieve onderzoeksresultaten gegeneraliseerd naar bredere theorieën en concepten, waarbij bewijs voor deze theorieën en concepten in de onderzoeksresultaten wordt geïdentificeerd. Een andere methode die Polit & Tatano Beck (2010) beschrijven, is *case-to-case translation* of *transferability*. Hierbij worden de gevonden resultaten toegepast op (of overgedragen naar) andere mensen in andere contexten. Degenen die de resultaten gebruiken, bepalen hierbij in welke mate deze mensen en contexten overeenkomen met de mensen en contexten uit het onderzoek en dus in welke mate de resultaten overdraagbaar zijn.

Om de verschillende relaties tussen de mobiliteit en het welzijn van ouderen te kunnen verklaren (centrale vraag 1 in paragraaf 1.3.2) is onder andere inzicht in de mobiliteit van ouderen nodig (deelvraag 1 in paragraaf 1.3.2). Zoals uit paragraaf 2.3 bleek, bestaat mobiliteit onder andere uit fysieke verplaatsingen. Deze fysieke verplaatsingen bestaan uit numerieke data (coördinaten en tijdstippen) en voor het in kaart brengen van de fysieke verplaatsingen is gebruikgemaakt van GPS-technologie. Deze onderzoeksmethode zal in de volgende subparagraaf toegelicht worden.

Naast het in kaart brengen van de fysieke verplaatsingen, is het nodig om inzicht te krijgen in de percepties die ouderen op hun eigen mobiliteit hebben, in de andere dimensies van de mobiliteit van ouderen (zie paragraaf 2.3), in de persoons- en omgevingskenmerken die deze mobiliteit bepalen en in de mate waarin ouderen adaptief omgaan met mobiliteitsverminderingen (deelvraag 1 in paragraaf 1.3.2). Ook was inzicht nodig in de percepties die de ouderen op hun eigen welzijn hebben en welke factoren volgens hen bijdragen of afdoen aan hun welzijn (deelvraag 2 in paragraaf 1.3.2). Omdat, zoals gezegd, kwalitatieve onderzoeksmethoden onder andere inzicht geven in de context, gevoelens,

percepties of overtuigingen van participanten, is deze onderzoeksmethode gebruikt, waarbij interviews bij de participanten zijn afgenomen om de genoemde benodigde inzichten te krijgen. Subparagraaf 3.1.2 zal hier nader op ingaan.

3.1.1 GPS-technologie

Er zijn verschillende manieren om kwantitatief de fysieke verplaatsingen in kaart te brengen, waarbij het gebruik van reisdagboekjes een veelgebruikte methode is (Berg et al., 2014; Mollenkopf et al., 2004; Zeitler et al., 2012). In reisdagboekjes beschrijven participanten systematisch de herkomst, bestemming en tijdstip van alle verplaatsingen binnen een tijdsperiode van bijvoorbeeld een week of een maand (Bothe & Maat, 2009). Het nadeel van deze methode is echter dat het doorlopend actieve handelingen van de participanten vraagt en dat er geen zekerheid is over de nauwkeurigheid en volledigheid van de data (Shoval et al., 2011). Ook kan het een Hawthorne-effect veroorzaken: participanten gedragen zich anders, omdat ze weten dat ze onderzocht worden (Hennink et al., 2011). Daarnaast kunnen oudere mensen moeite hebben met schrijven (Ketcham & Stelmach, 2001), waardoor het bijhouden van een dagboekje lastig kan zijn. Reisdagboekjes hebben echter het voordeel dat modaliteiten meteen vastgelegd kunnen worden (Berg et al., 2014).

Een andere methode om fysieke verplaatsingen te registreren is het gebruik van GPS-technologie. GPS staat voor *Global Positioning System* en bepaalt op basis van het signaal van minstens 3 satellieten en met een nauwkeurigheid van 10 meter de positie van een GPS-apparaat. Een GPS-logger registreert om een bepaalde tijdseenheid de positie van de logger (in de vorm van coördinaten) en het tijdstip van registratie (Bothe & Maat, 2009). Op basis van uit wetenschappelijk onderzoek gebleken voordelen die GPS ten opzichte van reisdagboekjes biedt, is gekozen om de GPS te gebruiken voor het in kaart brengen van de verplaatsingen van de ouderen. GPS-technologie heeft namelijk als voordeel dat deze het verplaatsingsgedrag gedetailleerd kan meten (Zeitler et al., 2012) en de registratie hiervan minder afhankelijk is van de herinneringen en bereidwilligheid van participanten (Bothe & Maat, 2009). Hierdoor is de nauwkeurigheid en de volledigheid van de data groot. Daarnaast geven Shoval et al. (2011) aan dat het Hawthorne-effect kleiner zal zijn als de GPS-logger klein is en het geen actieve handelingen vereist. De GPS-loggers die voor dit onderzoek beschikbaar waren, zijn ongeveer even groot als een luciferdoosjes, maar moeten wel elke nacht worden opgeladen. Deze handeling is echter minder groot dan het actief bijhouden van een reisdagboekje. GPS heeft als nadeel dat het minder goed mogelijk is om modaliteiten vast te leggen. Dit kon echter ondervangen worden door tijdens de interviews te vragen naar gebruikte modaliteiten (Metz, 2000). Ook was het mogelijk om de modaliteiten vast te stellen aan de hand van de rijksnelheden (zie paragraaf 3.2). Een ander nadeel van het gebruik van GPS is dat data gemist kan worden in het geval de participant de GPS-logger vergeet op te laden of mee te nemen. Ook kan data gemist worden door technische gebreken, zoals een gebrekkige verbinding met satellieten. In de wetenschappelijke literatuur waren echter geen ervaringen te vinden met GPS-loggers die vergelijkbaar zijn met de GPS-loggers die in dit onderzoek zijn gebruikt, waardoor in dit onderzoek is gebleken in welke mate deze problemen zich voordoen en in hoeverre dit de resultaten heeft beïnvloed (zie paragraaf 3.5).

Tijdens het onderzoek is participanten voor de periode van een week een GPS-logger van het merk QStarz meegegeven (type *BT-Q1000XT*). Deze GPS-logger registreerde om de 10 seconden de positie van de logger (in coördinaten), de dag, het tijdstip en de snelheid (km/h).

3.1.2 Interviews

Ook voor het kwalitatief onderzoeken van de mobiliteit en het welzijn van ouderen zijn meerdere methoden mogelijk. Een van deze methoden is het afnemen van een interview. Een interview is een op-een gesprek tussen een onderzoeker en de participant, waarbij de onderzoeker vragen stelt aan de participant en hem of haar zo motiveert om te vertellen over zijn of haar individuele en persoonlijke ervaringen, gevoelens, overtuigingen en perspectieven ten aanzien van het onderzoeksonderwerp (Valentine, 2005). Het houden van interviews heeft verschillende voordelen. Zo geeft Metz (2000) aan

dat met een interview het gemeten verplaatsingsgedrag kan worden toegelicht. Deze en andere persoonlijke informatie kan volgens Hennink et al. (2011) vertrouwelijk worden gedeeld, omdat er geen andere personen dan de onderzoeker en participant aanwezig zijn. Daarnaast kan ook informatie worden verkregen uit non-verbale communicatie van de participant en hierop kan worden gereageerd. Interviews hebben echter als nadeel dat de informatie die het interview oplevert afhankelijk is van de vaardigheden van de onderzoeker en de mate van openheid van de participant. Ook wordt er tijdens het interview geen feedback gegeven door anderen (Hennink et al., 2011).

Een alternatief voor het interview is daarom het organiseren van zogenaamde focusgroepsdiscussies. Volgens Stewart & Shamdasani (2015) zijn dit groepen van 8 tot 12 participanten die onder leiding van een onderzoeker met elkaar discussiëren over een specifiek (onderzoeks)onderwerp. Dit geeft inzicht in de verschillende perspectieven op het onderwerp en in de manier waarop het onderwerp wordt bediscussieerd. Hierdoor kan ook groepsgedrag worden geobserveerd, omdat participanten op elkaar reageren en elkaar kunnen beïnvloeden (Baarda, 2009). Het voordeel van focusgroepsdiscussies is dat binnen een korte tijd veel perspectieven op een onderwerp kunnen worden verzameld en dat het gebruik ervan goed inzicht kan geven in sociaal-culturele normen (Hennink et al., 2011). Focusgroepen hebben echter als nadeel dat het minder diepgaande informatie oplevert dan interviews en dat participanten door de aanwezigheid van de andere participanten geremd kunnen worden in het delen van persoonlijke gevoelens en ervaringen (Hennink et al., 2011).

Het doel van het huidige onderzoek is echter niet om inzicht te krijgen in de verschillende perspectieven op een bepaald onderwerp of in sociaal-culturele normen, maar om inzicht te krijgen in de perceptie die individuele ouderen op hun eigen welzijn en mobiliteit hebben. Omdat het hierbij gaat om de individuele perceptie en omdat dit vertrouwelijke informatie kan opleveren, sluiten focusgroepsdiscussies minder goed aan bij dit onderzoek. Om deze reden is ervoor gekozen om interviews te houden.

Inhoud interviews

De *interview guide* die gebruikt is tijdens de interviews is te vinden in Bijlage 5. Deze *interview guide* is gedurende het onderzoek op kleine punten aangepast aan de hand van voortschrijdend inzicht dat de interviews opleverden. Het interview bestond uit 3 delen. In het eerste deel is gevraagd naar persoonskenmerken, zoals leeftijd, gezondheid, bezit van auto en rijbewijs, arbeidsverleden, de *mobility biografie* (Lanzendorf, 2010; Schneider, 2007) en de mate van bekendheid met de fysieke omgeving (*insideness*; Rowles, 1978).

Tijdens het tweede deel zijn aan de hand van Google Earth™ (zie Afbeelding 2) de verplaatsingspatronen van de participanten besproken, waarbij zij uitleg gaven over de verplaatsingen die zij hebben afgelegd en over de voorzieningen en activiteiten waar zij zijn geweest. Als een participant een bezochte locatie niet kon herinneren, werden Google Streetview™-foto's van deze locatie getoond. Dit was bij vier participanten het geval, waarbij het tonen van de foto's de participanten extra stimuleerde om over deze locaties te praten. Tussendoor zijn namelijk ook vragen gesteld over de bezochte voorzieningen en activiteiten en over de relaties met de mensen die zij ontmoet hebben. Ook is gevraagd naar het gebruik van hulpmiddelen en naar de mogelijkheden voor ondersteuning uit de sociale omgeving. De eerste twee delen gaven inzicht in de sociale en fysieke omgeving van de participanten en in hun mobiliteitsmogelijkheden.

In het derde deel werden de percepties behandeld die de participanten op hun mobiliteit en welzijn hebben. Tijdens dit deel is gevraagd hoe de ouderen hun mobiliteit beoordelen, of zij mobieler zouden willen zijn en of zij tevreden zijn met (de afstand tot) de voorzieningen en mensen die zij kunnen bereiken. Ook is gevraagd welke betekenissen hun mobiliteit voor de participanten heeft. In de gevallen dat de participant beperkt is in zijn of haar mobiliteit, is gekeken naar hoe dit ervaren wordt en naar de mate waarin en manier waarop hij of zij hierop adaptief reageert. Als de participant wel mobiel was, is gevraagd naar de manier waarop hij of zij om zou gaan met een mobiliteitsbeperking.

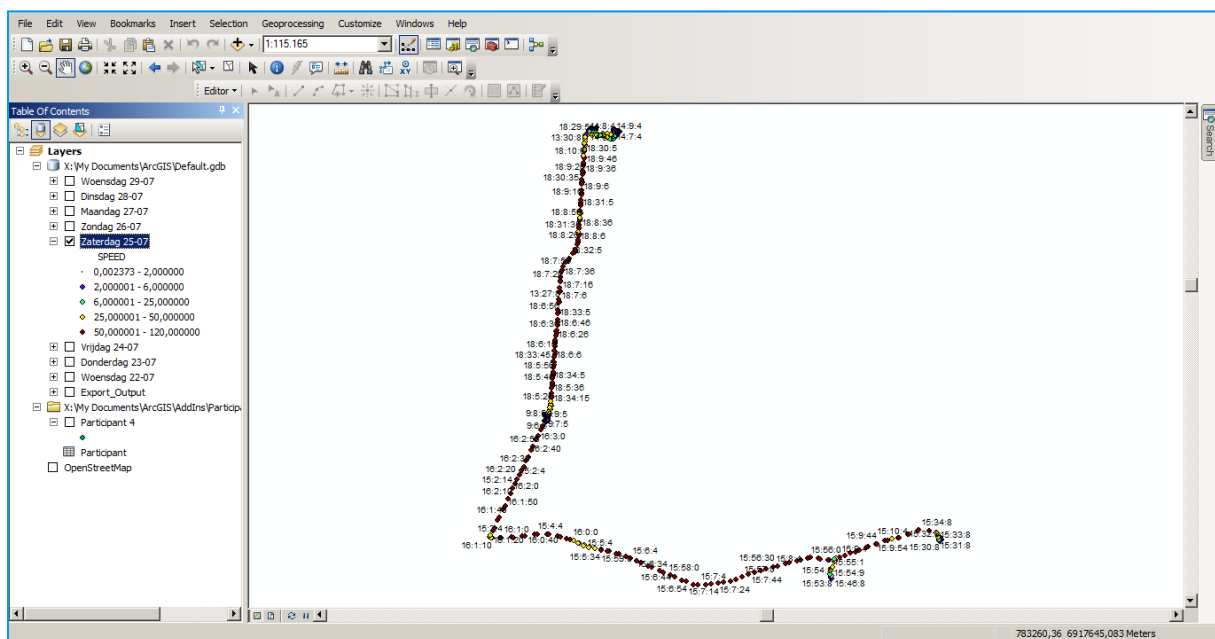
Verder is gevraagd naar de perceptie die de participanten op het gebruik van hulpmiddelen en ondersteuning hebben. De antwoorden op deze vragen gaven inzicht in de percepties die de participanten op hun eigen mobiliteit hebben en in de manier waarop zij adaptief (zullen) reageren op verminderde mobiliteit.

Tot slot zijn vragen gesteld over het welzijn van de participanten. Gevraagd is hoe de participanten hun leven in het algemeen waarden en welke factoren volgens hen hun welzijn bepalen. Hierbij zijn geen mogelijke factoren aan de participanten voorgelegd, maar hebben de participanten de factoren zelf aangegeven. Met deze informatie werd inzicht verkregen in de manier waarop participanten zelf hun welzijn beoordelen en verklaren.

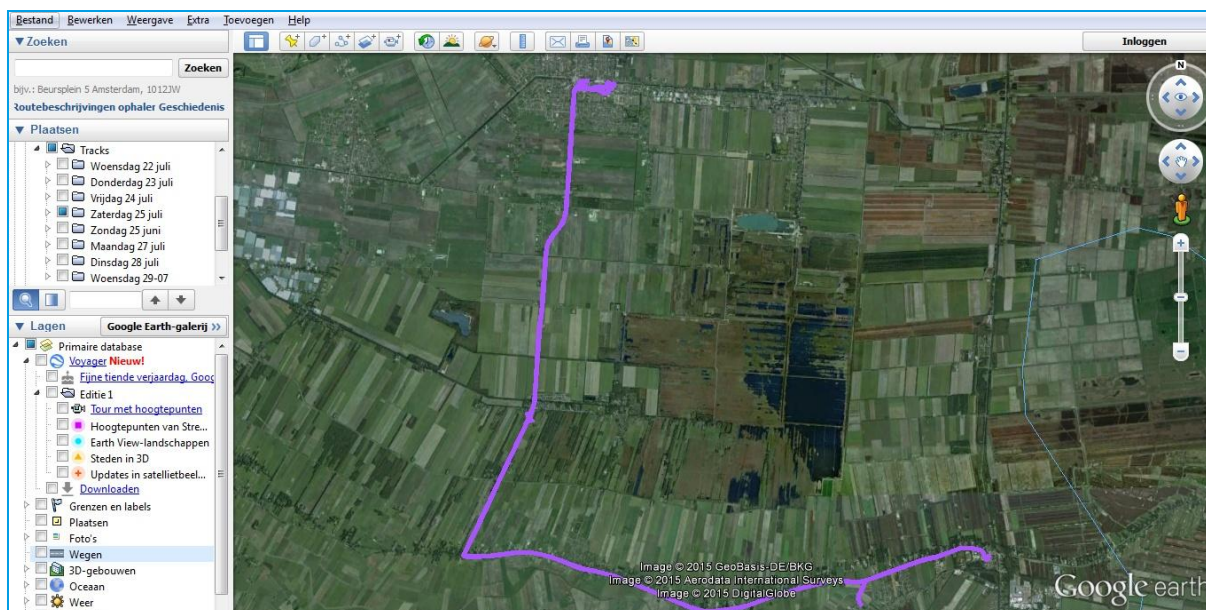
3.2 Analyse

Met behulp van het computerprogramma ArcGIS is de GPS-data geanalyseerd (zie Afbeelding 1). Hierbij is gekeken naar de locaties waar de participanten zijn geweest en zijn de modaliteiten vastgesteld aan de hand van de verplaatsingsnelheden. Ook zijn plaatsen waar onderweg was gestopt in kaart gebracht, om daar tijdens het interview gerichte vragen over te kunnen stellen. Per locatie werd de dag, het tijdstip en de gebruikte modaliteit met een plaatsmarkering in Google Earth™ genoteerd. Afbeelding 2 is een voorbeeld van een aantal verplaatsing die een van de participanten op een dag heeft afgelegd.

De interviews zijn opgenomen met een geluidsrecorder en na afloop getranscribeerd, waarbij de namen van de participanten en namen van mensen die in de interviews werden genoemd, zijn gefingeerd. Met behulp van MAXQDA zijn deze transcripten gecodeerd (zie Bijlage 7 voor een schermweergave van MAXQDA). Een deel van de codes is gebaseerd op het theoretisch kader. Deze codes zijn gebruikt voor de verklaringen van de relaties tussen de mobiliteit en het welzijn. Een ander deel van de codes is gebaseerd op wat de participanten bijvoorbeeld ten aanzien van de welzijnsbepalende factoren hebben aangegeven. In Bijlage 6 is een overzicht van de gebruikte codes opgenomen.



Afbeelding 1 | Verplaatsingen van een van de participanten op een bepaalde dag, weergegeven in ArcGIS | Afbeeldingen zijn geplaatst met toestemming van de betreffende participant. Geografische gegevens waardoor participant herleid kan worden zijn weggehaald.



Afbeelding 2 | Verplaatsingen van een van de participanten op een bepaalde dag, weergegeven in Google Earth™ | Afbeeldingen zijn geplaatst met toestemming van de betreffende participant. Geografische gegevens waardoor participant herleid kan worden zijn weggehaald.

3.3 Wervingsprocedure

Bij de werving van participanten is ervan uitgegaan dat de participanten in ieder geval op een relatief grotere afstand van voorzieningen en openbaar vervoer dienden te wonen. Verder mochten zij overal in krimpgebieden in Groningen en Drenthe wonen en alle demografische kenmerken hebben (jong bejaard/hoogbejaard, man/vrouw, etc.). Ook konden zowel autobezitters en gebruikers van hulpmiddelen deelnemen, als ouderen die geen beschikking hebben over een auto of gebruikmaken van hulpmiddelen. Deze brede selectiecriteria werden enerzijds bepaald door het feit dat meerdere partijen met de werving van participanten hebben meegewerkt en deze partijen op verschillende locaties in Groningen en Drenthe gevestigd zijn. Anderzijds is voor deze criteria gekozen om zo een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de verschillende ouderen in krimpgebieden.

Uiteindelijk hebben 11 participanten in de leeftijd van 67 tot 90 jaar deelgenomen: 3 mannen en 8 vrouwen. Tabel 3 geeft een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de participanten. Zoals uit deze tabel op te maken valt, heeft het gebruik van de genoemde selectiecriteria geleid tot een gevarieerde steekproef en tot een spreiding van de participanten over verschillende woonplaatsen in Groningen en Drenthe. Dit heeft het nadeel dat het moment van *saturatie* (het moment waarop extra participanten geen aanvullende inzichten meer leveren; Baarda, 2009; Hennink et al., 2011) lastig te bepalen is. De steekproef is namelijk sterk heterogeen, waardoor het voor kan komen dat extra participanten met andere of overeenkomende kenmerken extra inzichten opleveren. Vanwege het kwalitatieve karakter van dit onderzoek (paragraaf 3.1) is de omvang van de steekproef om praktische redenen echter beperkt gebleven (Hennink et al., 2011). De tijd die beschikbaar was voor de uitvoering van dit onderzoek, was namelijk te beperkt om meer participanten te kunnen werven.

Desondanks is het wel mogelijk om de resultaten van dit onderzoek te generaliseren door middel van de generalisatiemethoden die Polit & Tatano Beck (2010) beschrijven (zie paragraaf 3.1). Zo kan met behulp van *analytic generalization* de bevindingen vergeleken worden met bestaande theorieën en concepten en visa versa. Ook kan *case-to-case translation* gebruikt worden. Dit kan door resultaten van eerdere onderzoeken te vergelijken met de resultaten van dit onderzoek en door de resultaten van dit onderzoek in vervolgonderzoek toe te passen op andere mensen die overeenkomen met de huidige participanten.

Naam	Leeftijd	Woonplaats	Woonachtig sinds in woon- plaats	Woonachtig sinds in huidige woning	Burgerlijke staat	Rijbewijs	Hulp- middelen
Dhr. Bakker	71	Emmen	2000	2000	Gehuwd	Ja	Nee
Dhr. Boersma	87	Veendam	1928	2012	Gehuwd	Ja	Nee
Mw. Jager	67	Veendam	2012	2012	Ongehuwd	Nee	Rolstoel- gebonden
Mw. Hoving	79	Weiteveen	1936	1991	Weduwe sinds 1985	Nee	Nee
Dhr. Haverkamp ¹	78	Weiteveen	1937	2000	Gehuwd	Ja	Nee
Mw. Wiegers ²	83	Weiteveen	1932	2013	Weduwe sinds 2000	Nee	Nee
Mw. Hoogakker	82	Bellingwolde	1933	2003	Weduwe sinds 1993	Nee	Rollator
Mw. Geertsma	82	Bellingwolde	1956	2003	Weduwe sinds 2005	Nee	Nee
Mw. Drost	75	Bellingwolde	2003	2003	Gescheiden sinds 2000	Ja	Wandel- stok
Mw. Sikkens	90	Bellingwolde	1993	2003	Weduwe sinds 1993	Nee	Rollator
Mw. Folkers	79	Bellingwolde	2003	2003	Weduwe sinds 2002	Nee	Rollator

Tabel 3 | Kenmerken participanten (namen zijn gefingeerd) | ¹Dubbelinterview mevrouw Haverkamp (71 jaar). ²Met hulp van familielid.

De participanten zijn geworven in samenwerking met Zorggroep Meander en woningbouwcorporaties Acantus in Veendam en Domesta in Emmen. Zoals aangegeven in paragraaf 1.4.2 hebben deze partijen namelijk belang bij de uitkomsten van dit onderzoek. De procedure waarmee participanten werden geworven verliep als volgt. Eerst werden in overleg met Meander, Acantus en Domesta potentiële participanten op basis van de beschreven selectiecriteria geselecteerd, waarna een informatiebrief naar deze ouderen is opgestuurd (Acantus) of werd afgegeven door een medewerker van Meander of Domesta. In deze brief (zie Bijlage 3) werd uitgelegd wat het doel van het onderzoek is, welke rechten de participant heeft en dat de informatie uit de GPS-logger en het interview na afloop van het onderzoek vernietigd zal worden. Vervolgens heeft de onderzoeker de potentiële participanten thuis (samen met medewerkers van Meander en Acantus) of telefonisch (in het geval van Domesta) benaderd om nogmaals (mondeling) uitleg te geven over het onderzoek en te vragen of zij bereid waren mee te werken met het onderzoek.

In totaal zijn ongeveer 20 ouderen benaderd met de vraag of zij wilden deelnemen aan het onderzoek. 8 hiervan hebben aangegeven niet deel te willen nemen en 1 participant heeft haar deelname tijdens het onderzoek ingetrokken (zie hiervoor paragraaf 3.5.2). Ouderen die wel wilden deelnemen, hebben tijdens het eerste bezoek een toestemmingsformulier ondertekend, waarin nogmaals de rechten van de participant stonden genoemd (zie Bijlage 4). Met het ondertekenen van dit formulier gaven de participanten toestemming voor het gebruik van hun persoonlijke informatie in dit onderzoek. Ook is tijdens dit eerste bezoek de GPS-logger met oplader afgegeven, waarbij zij een mondelinge uitleg over de GPS-logger kregen en een korte handleiding op papier ontvingen. Ook werd een afspraak gemaakt voor het ophalen van de GPS-logger (een week later) en het afnemen van het interview (twee weken later). Na afloop van het interview is aan de participanten gevraagd of zij geïnteresseerd waren in een samenvatting van het onderzoek. Alle participanten gaven aan hier geïnteresseerd in te zijn en hebben een samenvatting van het onderzoek en de belangrijkste uitkomsten toegestuurd gekregen.

Het gebruik van de informatiebrief, het mondeling informeren en het toestemmingsformulier hadden als doel om *informed consent* te bereiken: participanten gaven volledig geïnformeerd en geheel zelfstandig toestemming voor het gebruik van hun gegevens in het onderzoek (Hennink et al., 2011). Daarnaast fungeerden de medewerkers van Meander, Acantus en Domesta tijdens de wervingprocedure als zogenaamde *gatekeepers*: personen die een erkende rol binnen een organisatie of gemeenschap hebben en die de mensen binnen deze organisatie of gemeenschap kunnen aanmoedigen mee te werken aan het onderzoek (Valentine, 2005). Door het inzetten van deze *gatekeepers*, door de verschillende contacten en bezoeken voorafgaand aan het interview en door het interview bij de participanten thuis af te nemen, werd geprobeerd vertrouwen bij de participanten op te bouwen (Valentine, 2005). Het nadeel van de inzet van *gatekeepers* is echter dat zij de macht hebben om participanten te selecteren die zij graag aan het onderzoek willen laten deelnemen, omdat deze *gatekeepers* daar belang bij hebben (Hennink et al., 2011; Valentine, 2005). Paragraaf 3.5 zal reflecteren op de inzet van *gatekeepers* en nader ingaan op de mate waarin vertrouwen bij de participanten is opgebouwd.

3.4 Onderzoekslocaties

Zoals uit Tabel 1 blijkt, komen de participanten uit Veendam en Bellingwolde in Groningen en Emmen en Weiteveen in Drenthe. 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 3000 en 1700 inwoners (CBS, 2013b).

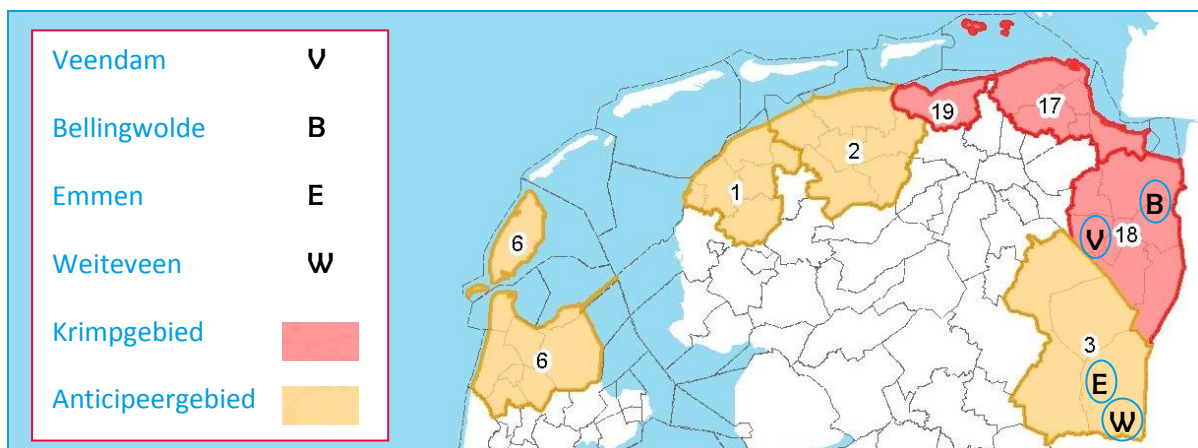
3.4.1 Demografische gegevens

Op Afbeelding 3 zijn deze plaatsen weergegeven op de kaart van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK), waarop de topkrimp- en anticipeergebieden zijn aangegeven (BKZ, 2011; zie paragraaf 2.4.3). Hierop is te zien dat Veendam en Bellingwolde in een topkrimpgebied liggen en Emmen en Weiteveen in een anticipeergebied. Tabel 4 geeft de belangrijkste demografische gegevens en prognoses weer voor de gemeenten waarin deze plaatsen liggen. Deze gegevens zijn ook weergegeven in Bijlage 2, waar een aantal kaarten zijn overgenomen uit de factsheet van het RIVM die eerder genoemd is in paragraaf 1.4.2 en 2.4.2 (RIVM, 2015). Te zien is dat alle plaatsen te maken (gaan) hebben met bevolkingskrimp, het aandeel 65+ers hier zal groeien en de 'grijze druk'¹ hier zal toenemen. Volgens de factsheet kennen met name Weiteveen en Bellingwolde een relatief grote afstand tot de huisarts (3,4 tot 8,2 km) en het ziekenhuis (11 tot 17 km), terwijl tegelijk geconstateerd wordt dat de zorgkosten in deze gebieden hoger liggen dan het Nederlandse gemiddelde. In gebieden waar dus meer dan gemiddeld gebruik wordt gemaakt van de zorg (wat verklaard kan worden door het relatief grote aandeel ouderen), is de afstand tot die zorg meer dan gemiddeld groot. Uit de factsheet blijkt verder dat inwoners van met name Weiteveen en Bellingwolde ontevreden tot zeer ontevreden zijn over de nabijheid van supermarkten, bankfilialen en grote winkelcentra in de woonomgeving. In Veendam en Emmen is men hier meer tevreden over (zie Afbeelding 4). Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat dit de gemiddelde tevredenheid betreft en dat deze bijvoorbeeld per leeftijdscategorie kan verschillen.

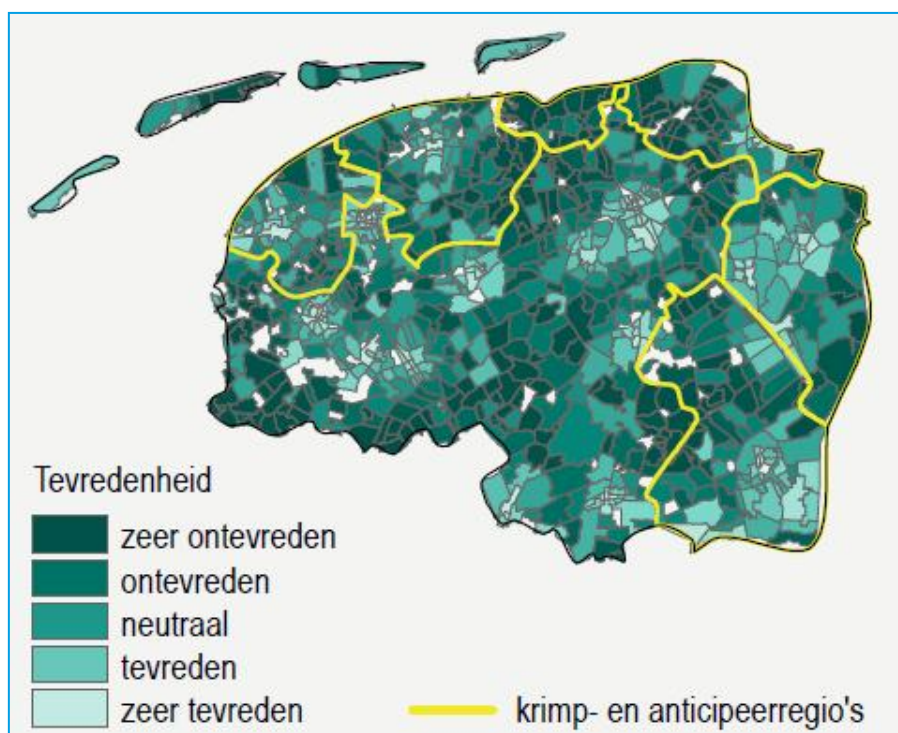
Gemeente	Toe- of afname van bevolking (%)		65+ (%)		'Grijze druk' (%)	
	2000-2014	2014-2030	2000-2014	2014-2030	2000-2014	2014-2030
Veendam	-5 - 0	-21 - -5	18 - 22	26 - 30	30 - 39	52 - 60
Bellingwedde	-11 - -5	0 - +8	22 - 26	33 - 38	39 - 52	64 - 68
Emmen (Weiteveen)	+8 - +25	-5 - 0	18 - 22	26 - 30	30 - 39	52 - 60

Tabel 4 | Demografische gegevens en prognoses onderzoekslocaties | Bron: RIVM, 2015

¹ De landelijke gemiddelde 'grijze druk' is 29%. Een 'grijze druk' van 29% betekent dat er 29 ouderen (65+) zijn per 100 mensen tussen de 20 en 64 jaar (RIVM, 2015).



Afbeelding 3 | Onderzoeklocaties in krimp- en anticipatiegebieden



Afbeelding 4 | Tevredenheid over nabijheid van voorzieningen (supermarkt, bankfiliaal, groot winkelcentrum) per postcode-4-gebied in 2012 | Bron: RIVM (2015)

3.4.2 Beschrijving onderzoekslocaties

De afstand tot voorzieningen wordt bepaald door het voorzieningenniveau. Emmen en Veendam zijn beide voorzieningskernen waar een redelijk aantal voorzieningen gevestigd is, zoals meerdere huisartsen, apothekers, bankfilialen, supermarkten en winkelcentra. In Weiteveen en Bellingwolde is dit echter anders. Zo zijn in Weiteveen de afgelopen jaren de christelijke basisschool (Weiteveen.info, 2013), het zalencentrum (Weiteveen.info, 2014; zie Afbeelding 5), de drogisterij en een kleine huisartsenpraktijk gesloten en is de pinautomaat van de bank verplaatst naar de supermarkt. Wel zijn er nog een rooms-katholieke basisschool, een supermarkt, horecagelegenheden en sportfaciliteiten. Ook heeft de buslijn, die Weiteveen tussen 6 uur 's ochtends en 12 uur 's avonds een keer per uur met Emmen en een keer per uur met Coevorden verbindt, meerdere haltes in het dorp. Weiteveen, de buslijn en de gesloten christelijke basisschool en zalencentrum zijn weergegeven op een kaart in Bijlage 8.

In Bellingwolde zijn daarentegen meer voorzieningen. Hier zijn bijvoorbeeld nog verschillende winkels, een supermarkt, meerdere basisscholen, sportfaciliteiten, horecagelegenheden, een bibliotheek, een huisarts en een apotheek. Ook hier heeft de buslijn, die Bellingwolde tussen half 7 's ochtends en 12 uur 's avonds een keer per uur met Winschoten verbindt, meerdere haltes. Wel is in 2013 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 gevestigd is (Radio Westerwolde 2013; zie Afbeelding 6). De participanten uit Bellingwolde wonen allen in appartementencomplex Reiderstee (zie Afbeelding 7). Dit appartementencomplex is op enkele honderden meters afstand van de oude locatie van de supermarkt gevestigd. De dichtstbijzijnde bushalte is op 140 meter afstand van Reiderstee gelegen en in Reiderstee is een zogenaamde Steuntee gevestigd: een voorziening waar buurtbewoners elkaar kunnen ontmoeten en waar elke week activiteiten worden georganiseerd (Het Oude Ambt, 2015b). In Bijlage 8 zijn Bellingwolde, de buslijn en de locaties van Reiderstee en de oude en nieuwe vestiging van de supermarkt op een kaart weergegeven.



Afbeelding 5 | Gesloten voorzieningen in Weiteveen. Boven de voormalige christelijke basisschool, onder het gesloten zalencentrum. De basisschool staat te koop, het zalencentrum wordt nu gebruikt als dagbestedingslocatie van Zorggroep Vitez. | Bron: eigen afbeeldingen.



Afbeelding 6 | De oude (boven) en nieuwe (onder) locatie van de supermarkt in Bellingwolde. Het oude pand staat momenteel te koop.
Bron: eigen afbeeldingen.



Afbeelding 7 | Buitenkant (boven) en binnenkant (onder) van appartementencomplex Reiderstee | Bron: eigen afbeeldingen.

3.5 Kwaliteit onderzoek

Om de kwaliteit van het onderzoek aan te tonen, wordt in deze paragraaf ingegaan op een aantal factoren die deze kwaliteit kunnen beïnvloeden. Eerst zal de *reflexivity* en *positionality* van de onderzoeker worden behandeld, waarna concreet wordt ingegaan op het gebruik van GPS.

3.5.1 *Reflexivity* en *positionality*

Bij kwalitatief onderzoek heeft (de persoonlijkheid van) de onderzoeker rechtstreeks invloed op de verkregen data en daardoor op de resultaten. Omdat dit onderzoek een sterk kwalitatief karakter heeft, is het belangrijk om te reflecteren op wie de onderzoeker is en hoe zijn persoonlijkheid invloed heeft op de resultaten van het onderzoek. Dit wordt ook wel *reflexivity* genoemd (Hennink et al., 2011). Hierbij zijn ook overwegingen ten aanzien van de (machts)relaties tussen de onderzoeker en de participanten van belang, wat ook wel aangeduid wordt met *positionality* (Valentine, 2005). Hieronder volgen een aantal overwegingen ten aanzien van de *reflexivity* en *positionality* van de onderzoeker, waarbij tussendoor ook algemene opmerkingen over de kwaliteit van het onderzoek worden geplaatst.

Ten eerste is de onderzoeker aanzienlijk jonger dan de participanten (namelijk 45 jaar en 68 jaar jonger dan respectievelijk de jongste en oudste participant). Hierdoor heeft de onderzoeker minder levenservaring en kan hij nooit exact weten wat de participanten bedoelen en doormaken, aangezien hij zich niet in een vergelijkbare situatie bevindt of heeft bevonden. Dit kan gevolgen hebben voor de manier waarop de onderzoeker de antwoorden in het interview heeft geïnterpreteerd. Verder heeft de onderzoeker geen ervaring met onderzoek waaraan ouderen deelnemen. Hierdoor was het voor de onderzoeker bijvoorbeeld lastig om van tevoren in te schatten in hoeverre de participanten de GPS-logger zouden begrijpen en hoeveel uitleg zij hierover nodig zouden hebben. Zoals in paragraaf 3.5.2 uiteengezet zal worden, is het hanteren van de GPS-logger bij nagenoeg alle participanten echter goed verlopen. Tot slot is de onderzoeker niet afkomstig uit deze regio. Hoewel de onderzoeker voorafgaand aan de interviews de woonomgeving van de participanten heeft bezocht om hier een goed beeld van te krijgen, kwam het voor dat in interviews plaatsen werden genoemd die de onderzoeker niet kende. In gevallen dat het voor de analyse nodig was, heeft de onderzoeker zich met behulp van Google Streetview™ alsnog een beeld van deze plaatsen gevormd.

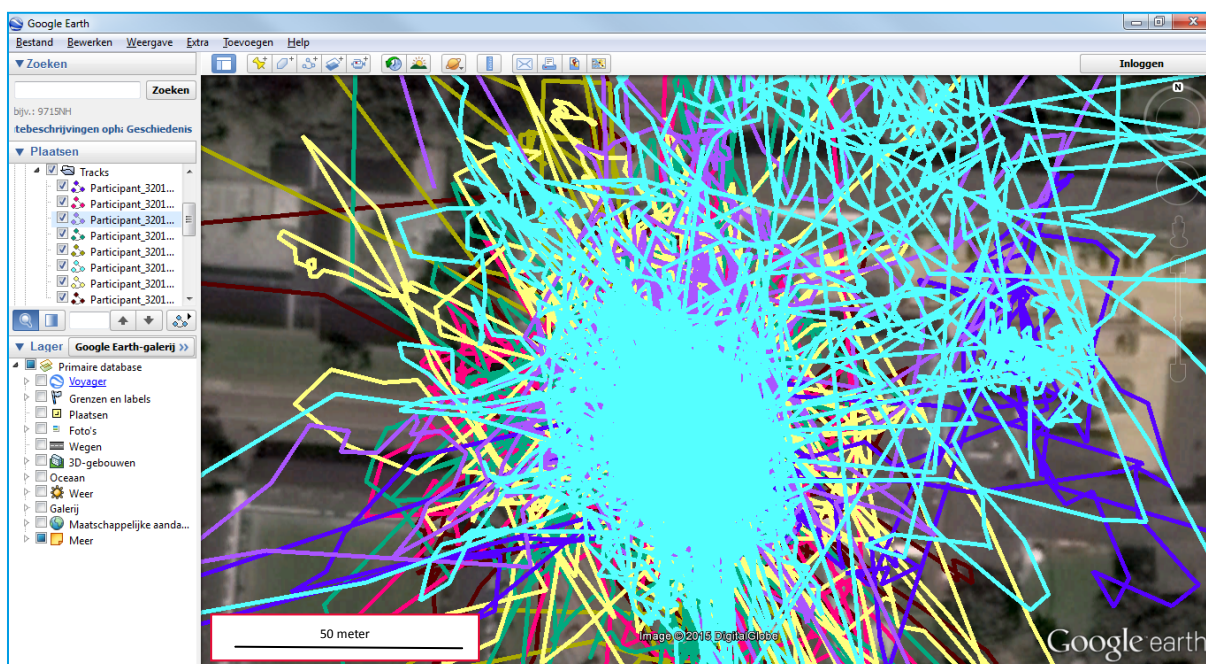
Ten aanzien van *positionality* en samenhangende machtsrelaties kan het volgende worden opgemerkt. Zoals eerder gezegd zijn *gatekeepers* gebruikt bij het werven van participanten (zie paragraaf 3.3). Valentine (2005) en Hennink et al. (2011) plaatsten bij het gebruik van *gatekeepers* de kritische kanttekening dat deze de macht hebben om vanwege eigen belangen de selectie van potentiële participanten te vernauwen. Omdat de betrokken partijen echter belang hebben bij het onderzoek en daardoor ook bij de kwaliteit ervan en participanten in goed overleg zijn geselecteerd, kan gesteld worden dat hier bij dit onderzoek geen sprake van was. Verder had de onderzoeker voorafgaand aan het onderzoek nog geen vertrouwelijke band met de participanten. Zoals aangegeven in paragraaf 3.3 is door het gebruik van *gatekeepers* en de verschillende contacten en bezoeken geprobeerd om deze band met de participanten op te bouwen. Dit is bij de ouderen die via woningbouwcoöperatie Acanthus zijn geworven echter minder goed gelukt. Tijdens het eerste bezoek aan deze ouderen (waarbij om hun deelname werd gevraagd en hen een GPS-logger werd gegeven) was namelijk een medewerker van Acanthus met de onderzoeker meegegaan. Hierdoor was er minder individueel en persoonlijk contact tussen de onderzoeker en de participanten mogelijk. Een van de participanten heeft na het interview aangegeven dat zij daardoor niet precies wist wat ze van de onderzoeker kon verwachten en niet wist of ze de onderzoeker alles kon toevertrouwen. De participanten die niet uit Bellingwolde komen, zijn daarentegen meerdere keren door de onderzoeker alleen bezocht, waardoor aangenomen mag worden dat er bij hen voorafgaand aan het interview meer vertrouwen was opgebouwd. Tot slot dient te worden opgemerkt dat 3 van de 11 interviews werden verstoord door bezoek dat tijdens het interview binnenkwam en vanaf dat moment aanwezig was bij het interview. Dit gebeurde meestal aan het eind van het interview en was het geval bij mevrouw Hoving, mevrouw Geerstema en mevrouw Folkers. Bij mevrouw Hoving ging dit bezoek meteen weer weg, maar in de andere gevallen heeft de onderzoeker uit beleefdheid ervoor gekozen

het bezoek niet te vragen om te vertrekken. De interactie die ontstond tussen de participanten en dit bezoek kunnen de resultaten hebben beïnvloed.

3.5.2 Kwaliteit gebruik GPS-loggers

Speciale aandacht verdient het gebruik van GPS in dit onderzoek. Zoals in paragraaf 3.1.1 bleek, waren in de wetenschappelijke literatuur geen ervaringen te vinden met GPS-loggers die vergelijkbaar zijn met de GPS-loggers die voor dit onderzoek beschikbaar waren. Met dit onderzoek is deze ervaring opgedaan. Hieronder wordt daarom uiteengezet wat opviel tijdens het gebruik van de GPS-loggers en in hoeverre deze punten de resultaten van het onderzoek hebben beïnvloed. Uit deze punten blijkt met name dat het gebruik van GPS op zich geen volledig beeld geeft en dat de interviews nodig waren om het inzicht in de fysieke verplaatsingen en de mobiliteit van de participanten compleet te maken. Ook worden enkele praktische knelpunten genoemd. Deze informatie geeft inzicht in de bruikbaarheid van GPS-loggers als onderzoeksmethode en specifiek in de bruikbaarheid van GPS-logger *BT-Q1000XT* van *QStarz*, die in dit onderzoek zijn gebruikt.

Ten eerste hebben de GPS-loggers in gesloten ruimtes (bijvoorbeeld in een woning of in andere binnenlocaties) weinig bereik, omdat op deze locaties minder goed contact kan worden gemaakt met satellieten. Als gevolg hiervan registreert de logger zijn positie bij benadering, waarbij deze registratie in de meeste gevallen tussen de 0 en 100 meter afwijkt van de werkelijke positie. Verschillen van 200 tot 250 meter komen echter soms ook voor. Op Afbeelding 8 is het resultaat weergegeven van een participant die gedurende de week dat de logger de verplaatsingen registreerde, geen verplaatsingen heeft afgelegd en thuis is gebleven. Uit deze informatie blijkt enkel dat de participant in (de buurt van) een gesloten ruimtes is geweest. Uit de informatie kan echter niet worden opgemaakt of de participant bijvoorbeeld zijn of haar burens heeft bezocht of in de tuin heeft gewerkt. Uit sommige interviews bleek dan ook dat dit soms wel het geval was, terwijl de logger dit niet heeft kunnen registreren.



Afbeelding 8 | Verplaatsingen van een van de participanten die tijdens het registreren van verplaatsingen geen verplaatsingen heeft afgelegd, weergegeven in Google Earth™ (iedere kleur geeft een dag weer) | Afbeelding is geplaatst met toestemming van de betreffende participant. Geografische gegevens waardoor participant herleid kan worden zijn weggehaald.

Een tweede punt dat met het vorige punt samenhangt is het feit dat bezoek dat participanten in hun eigen woning ontvangen ook niet geregistreerd wordt. In een aantal interviews kwam dan ook naar voren dat het niet afleggen van verplaatsingen niet hoeft te betekenen dat de participant geen sociale ontmoetingen heeft gehad.

Ten derde beïnvloedt slecht weer het verplaatsingsgedrag van ouderen (Broome et al., 2010; Juvani et al., 2005; zie paragraaf 2.4.2). In de week dat de participanten uit Bellingwolde met GPS werden gevolgd, was het een aantal dagen regenachtig, waardoor deze participanten niet veel verplaatsingen hebben afgelegd. Uit de interviews bleek echter dat een aantal van deze participanten normaal gesproken wel meer verplaatsingen aflegt.

Ten vierde moesten participanten de GPS-loggers overdag bij zich dragen en elke nacht opladen. Geen van de participanten is vergeten de GPS-loggers elke dag bij zich te dragen. Wel vergat één participant het opladen af en toe. Dit gaf deze participant zodanig veel onrust, dat ze niet meer wilde deelnemen aan het onderzoek. Haar gegevens zijn dan ook niet voor het onderzoek gebruikt, waardoor 11 participanten overbleven. Bij hen is het opladen van de logger wel goed verlopen.

Ten vijfde moesten de participanten zich hun verplaatsingen kunnen herinneren. Het interview waarin de geregistreeerde verplaatsingen werden besproken, werd namelijk vaak pas twee weken na de week waarin de participanten de GPS-logger bij zich droegen afgenomen. Soms was het nodig om hierop door te vragen, maar in veel gevallen lukte dit zonder problemen. Slechts in één geval kon een participant een van de verplaatsingen niet meer herinneren. Hierdoor kan gesteld worden dat het zich moeten herinneren van verplaatsingen niet tot problemen heeft geleid bij het verzamelen van de benodigde data en dus geen invloed heeft op de resultaten. Een mogelijke verklaring hiervoor is het gebruik van Google Earth™, aangevuld met foto's van Google Streetview™ van bezochte locaties (zie paragraaf 3.1.2). Hierdoor werd de data voor de participanten namelijk gevisualiseerd, wat kan helpen bij het ophalen van herinneringen (zie o.a. Trell & Van Hoven, 2010). Als alternatief voor Google Streetview™ kunnen ook reisdagboekjes worden gebruikt, waarin de participanten hun verplaatsingen bijhouden.

Voor het gebruik van Google Streetview™ is namelijk, ten zesde, een actieve internetverbinding nodig. Veel deelnemende ouderen beschikten echter niet over draadloos internet. Dit is deels ondervangen door voorafgaand aan het interview met participanten die geen draadloos internet hadden, *screenshots* te maken van Google Streetview™-foto's van bezochte locaties. Soms was het echter niet mogelijk om de benodigde foto's van Google Streetview™ te tonen. Zoals gezegd bij het vorige punt, leidde dit echter slechts bij één participant tot problemen bij het herinneren van een verplaatsing.

Tot slot heeft het gebruik van kaartmateriaal en plattegronden het nadeel dat participanten in staat moeten zijn om kaarten en plattegronden te lezen. Hoewel sommige participanten het af en toe lastig vonden om zich te oriënteren op de getoonde plattegrond van Google Earth™, heeft ook dit uiteindelijk bij geen van de participanten tot problemen geleid in het verkrijgen van de benodigde data en heeft dit dus geen invloed gehad op de resultaten.

4. Resultaten

LEESWIJZER

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het uitgevoerde onderzoek. Eerst worden hiervoor in paragraaf 4.1 (verklaringen voor) het welzijn en de fysieke verplaatsingen beschreven en wordt uiteengezet welke betekenis mobiliteit voor de participanten heeft. In paragraaf 4.2 worden de relaties tussen de mobiliteit en het welzijn van de participanten verklaard, waarna paragraaf 4.3 beschrijft hoe ook de minder mobiele ouderen hun welzijn behouden. Tot slot zet paragraaf 4.4 uiteen hoe deze inzichten in de praktijk kunnen worden gebruikt.

In hoofdstuk 1 zijn de onderstaande onderzoeksvragen gesteld, waarop het huidige onderzoek antwoord moet geven. Dit hoofdstuk zal deze vragen beantwoorden door de resultaten van het onderzoek te beschrijven, waarbij in elke paragraaf wordt aangegeven welke onderzoeksvraag wordt behandeld.

Centrale vraag 1

Hoe kunnen de relaties tussen het welzijn en de mobiliteit van ouderen (65+) in krimpgebieden in Groningen en Drenthe worden verklaard?

Deelvragen

1. Wat is het welzijn van deze ouderen en welke factoren bepalen dit welzijn volgens hen?
2. Wat is de mobiliteit van deze ouderen, welke persoons- en omgevingskenmerken bepalen deze mobiliteit en welke betekenis heeft mobiliteit voor deze ouderen?

Centrale vraag 2

Op welke wijze kan aan de hand van de verkregen inzichten het welzijn van ouderen in krimpgebieden worden behouden of vergroot?

4.1 Welzijn en fysieke verplaatsingen

Om centrale vraag 1 te kunnen beantwoorden, worden in de subparagrafen hierna deelvragen 1 en 2 behandeld. Deze informatie geeft inzicht in het welzijn en de fysieke verplaatsingen van de participanten en in de persoons- en omgevingsfactoren die hun mobiliteit bepalen. Tot slot wordt beschreven welke betekenis mobiliteit voor de participanten heeft.

4.1.1 Welzijn

Op de vraag hoe men zijn of haar eigen welzijn beoordeelt, antwoordden alle participanten positief. Meneer Boersma (87 jaar), mevrouw Jager (67 jaar), meneer Haverkamp (78 jaar) en mevrouw Geertsma (82 jaar) gaven bij hun antwoord wel expliciet aan dat ze het lastig of jammer vonden dat ze door hun ouderdom minder kunnen dan vroeger. Uiteindelijk gaven echter ook zij aan tevreden te zijn met het leven zoals ze dat nu hebben. Paragraaf 4.3 zal verklaringen geven voor het feit dat deze en de andere participanten, ondanks hun ouderdomsbeperkingen, hun welzijnsniveau behouden.

Vervolgens is gevraagd welke factoren volgens de participanten hun welzijn bepalen. Hierbij zijn geen factoren aan de participanten voorgelegd, maar hebben de participanten de factoren zelf aangegeven. Uit de antwoorden op deze vraag en uit andere opmerkingen die tijdens de interviews zijn gemaakt, zijn de volgende factoren op te maken (de getallen tussen de haakjes geven het aantal participanten aan dat deze factor heeft genoemd): contacten met eigen kinderen (7), goede harmonie (2) en sociale omgang met mensen (5), mobiliteit (5), mentale (2) en fysieke gezondheid (4), de (natuurlijke) omgeving (4), activiteiten uitvoeren (3), er voor de ander kunnen zijn (2), de eigen woning (2) en voorzieningen (met name winkels) (2). Ook zijn 2 participanten religieus en noemden hun geloof als welzijnsbepalende factor. Tot slot noemde een participant het 'blij zijn met wat men heeft', en een andere participant haar inkomen als factor.

Al deze factoren komen overeen met de factoren die in Tabel 2 (hoofdstuk 1) zijn opgenomen en dus met de factoren die onder andere Gabriel & Bowling (2004), Gilroy (2007) en Gilroy (2008) hebben aangetoond. Alleen de factoren 'informatie' en 'sociale ondersteuning' en verschillende kenmerken van de factoren zijn niet of minder expliciet door de participanten genoemd. Bij de factor 'mobiliteit' (die door 5 participanten is genoemd) dient wel te worden opgemerkt dat het noemen van deze factor beïnvloed kan zijn door het onderwerp van het onderzoek. Doordat tijdens het hele interview over mobiliteit is gesproken, kan het namelijk voorkomen dat de participanten deze factor het meest voor ogen hadden.

4.1.2 Fysieke verplaatsingen

Naast inzicht in het welzijn van de participanten, is inzicht nodig in hun mobiliteit (deelvraag 2 van centrale vraag 1). In paragraaf 2.3 is beschreven dat mobiliteit onder andere bestaat uit fysieke verplaatsingen. Hieronder zijn de fysieke verplaatsingen beschreven die in dit onderzoek kwantitatief met GPS zijn vastgelegd, waarbij deze informatie is aangevuld met informatie uit de interviews over de gebruikte modaliteiten en bezochte voorzieningen en activiteiten. Omdat de andere dimensies van mobiliteit (zie paragraaf 2.2) een sterke relatie met welzijn hebben, worden deze behandeld in paragraaf 4.2, waar de relaties tussen de mobiliteit en het welzijn worden verklaard (centrale vraag 1).

Verplaatsingen tijdens de dataverzamelingsperiode

Uit de analyse van de GPS-data blijkt dat de 4 participanten die een rijbewijs hebben (meneer Bakker, meneer Boersma, meneer Haverkamp en mevrouw Drost), hun auto ook het meest voor hun verplaatsingen tijdens de dataverzamelingsperiode hebben gebruikt (tussen de 2 en 7 verplaatsingen per persoon). De fiets is echter ook veel door hen gebruikt (tussen de 2 en 6 verplaatsingen per persoon), waarbij meneer Bakker en meneer Boersma een mechanische fiets hebben en meneer Haverkamp en mevrouw Drost een elektrische. Ook mevrouw Hoving, mevrouw Wiegiers en mevrouw Folkers, die niet het bezit zijn van een rijbewijs, hebben een elektrische fiets. De elektrische fiets werd door hen het meest gebruikt (tussen de 2 en 10 verplaatsingen per persoon). Met de auto met iemand anders meerijden werd beduidend minder gedaan. Uit de interviews bleek namelijk dat alleen mevrouw Hoving 7 keer als bijrijder met iemand is meegereden, maar dat mevrouw Wiegiers, mevrouw Geertsma en mevrouw Drost dit slechts 1 keer hebben gedaan. Mevrouw Folkers is de enige participant die gebruik heeft gemaakt van een 'boodschappenplusbus' (de Op-StapBus). Dit is een soort taxi die door vrijwilligers wordt gereden en die groepen (minder mobiele) mensen naar een winkelcentrum brengt en weer thuis afzet (Het Oude Ambt, 2015a). Regulier openbaar vervoer is door geen van de participanten gebruikt. Alleen meneer Bakker, mevrouw Hoving en mevrouw Wiegiers hebben een aantal keren gelopen tussen twee locaties. Hierbij ging het respectievelijk om afstanden van maximaal 500, 100 en 700 meter. Ook heeft een aantal participanten gelopen in bijvoorbeeld een winkelcentrum of op een markt. Tot slot hebben drie participanten volgens de GPS-loggers helemaal geen verplaatsingen afgelegd tijdens de dataverzamelingsperiode. Dit betreft mevrouw Jager, mevrouw Hoogakker en mevrouw Sikkens.

Voorzieningen en activiteiten

Uit de interviews blijkt dat de geregistreerde bezoeken aan locaties voor het grootste gedeelte sociale bezoeken aan anderen betroffen. Behalve mevrouw Folkers en mevrouw Geertsma hebben alle andere participanten die tijdens de dataverzamelingsperiode verplaatsingen hebben afgelegd een sociaal bezoek als bestemming gehad (in totaal 36 keer). Mevrouw Folkers en mevrouw Geertsma zijn beiden wel een keer naar de supermarkt geweest, net als alle andere participanten die tijdens de dataverzamelingsperiode verplaatsingen hebben afgelegd (alles bij elkaar genomen zijn de participanten 33 keer naar een supermarkt of andere winkel geweest). Daarnaast hebben meneer Bakker en mevrouw Hoving en mevrouw Haverkamp een keer een markt bezocht. De omgeving was voor meneer Boersma, mevrouw Hoving en mevrouw Wiegiers een aantal keren een bestemming en meneer Bakker en mevrouw Hoving hebben een verplaatsing naar een gezondheidszorgvoorziening afgelegd. Tot slot hebben alleen meneer Bakker en meneer Haverkamp een sociale gelegenheid als een biljartclub of een zangavond bezocht. Dat alleen zij dit hebben gedaan kan echter veroorzaakt

worden door het feit dat het onderzoek in de zomermaanden (juni, juli en augustus) heeft plaatsgevonden en veel sociale activiteiten dan stilliggen (“*Het is nog vakantie en maandag [7 september, EB], dan moet ik weer beginnen [bij gymnastiek, EB]*”; mevrouw Geertsma, 82 jaar).

4.1.3 Persoons- en omgevingskenmerken

Om een volledig antwoord te geven op de vraag wat de mobiliteit van de participanten is, dienen ook de persoons- en omgevingskenmerken die het verplaatsingsgedrag van de participanten veroorzaken, beschreven te worden (deelvraag 2 van centrale vraag 1). Hieronder wordt inzicht in deze persoons- en omgevingskenmerken gegeven en wordt het verplaatsingsgedrag van de participanten vanuit de literatuur verklaard. De volgende persoons- en omgevingskenmerken worden uiteengezet: weer en gezondheid, *coupling constraints*, leeftijd en geslacht, beschikbare en gebruikte modaliteiten, *mobility biography* en de sociale en fysieke omgeving. De paragraaf hierna zet vervolgens uiteen welke betekenis mobiliteit voor de participanten heeft.

Weer en gezondheid

Zoals ook Juvani et al. (2005) aantonen, vormt vooral het weer een beperking in de mobiliteit van de participanten die normaal gesproken in staat zijn verplaatsingen af te leggen. Een aantal dagen waarop de GPS-loggers de verplaatsingen vastlegde, regende het. Als alternatief bleven deze participanten thuis, of gebruikten ze de auto in plaats van de fiets. Ook mevrouw Jager (67 jaar) noemt het weer als beperking, maar relateert dit aan haar gezondheid. Mevrouw Jager heeft namelijk COPD. Dit staat voor *chronic obstructive pulmonary disorders* (Miles & Roberts, 2005; zie paragraaf 2.3) en is een aantasting van de longen, waardoor mevrouw Jager hitte of harde wind niet goed kan verdragen. Daarnaast heeft zij zwakke botten, waardoor ze rolstoelgebonden is en niet zelfstandig lange afstanden kan afleggen. Door gezondheid en lichamelijke gesteldheid worden ook mevrouw Sikkens (90 jaar), mevrouw Geertsma (82 jaar) en mevrouw Hoogakker (82 jaar) beperkt in hun mobiliteit. Mevrouw Sikkens gebruikt medicijnen, waardoor ze vaak naar de wc moet en daardoor niet lang van huis kan zijn. Mevrouw Geertsma en mevrouw Hoogakker hebben beiden te maken met slijtage van de gewrichten. Mevrouw Hoogakker vertelt dat ze daardoor sterk in haar mobiliteit beperkt wordt:

Alles is versleten. Dat begint bij de voeten, de knieën, de heupen, de handen en de rug. Dat is allemaal versleten. Dus hele dagen pijn en pijnstillers. (...) Ik kan nog geen tien minuten [met mijn rollator, EB] lopen. Dus ik ben hier aangewezen op hier, op het gebouw.

Overigens zijn ook de participanten die wel mobiel zijn zich bewust van hun ouderdom en beperkte gesteldheid en passen hun gedrag daarop aan. Omdat het aanpassen van het gedrag een adaptieve reactie is, zal paragraaf 4.3 hier nader op ingaan.

Coupling constraints

De mobiliteit van mobiele mensen wordt ook voor een groot deel bepaald door sociale afspraken die zij hebben en activiteiten die zij bezoeken. Meneer Bakker (71 jaar) had bijvoorbeeld in de week dat de GPS-logger zijn verplaatsingen vastlegde zijn kleinkinderen op bezoek, waarmee hij activiteiten ondernam. Ook meneer en mevrouw Haverkamp (78 en 71 jaar) en mevrouw Folkers (79 jaar) krijgen vaak hun (klein)kinderen op bezoek. Beiden geven aan dat ze op die momenten thuisblijven, ook als ze er normaal gesproken opuit zouden gaan. Mevrouw Hoving (79 jaar) heeft vaste tijdstippen waarop zij zelf op bezoek gaat bij haar (klein)kinderen en familie, waardoor deze tijdstippen haar verplaatsingen bepalen. Dit geldt ook voor de bewoners van Reiderstee die elke donderdagmorgen koffiedrinken op de Steunstee (zie paragraaf 3.4.2), en voor mevrouw Jager (67 jaar), die 's middags opgehaald wordt voor het middageten in het restaurant van haar verzorgingshuis. Enerzijds blijkt hieruit dat de participanten bepaalde dagelijkse ritmes en routines hebben. Anderzijds is te zien dat activiteiten en afspraken met anderen het verplaatsingsgedrag bepalen, wat verklaard kan worden vanuit de tijd-ruimte-benadering van Hägerstrand (1970 in Berg et al., 2011). Deze benadering gaat ervan uit dat activiteiten worden uitgevoerd om bepaalde gestelde doelen te bereiken, maar dat het uitvoeren van deze activiteiten wordt belemmerd door onder andere *coupling constraints*. Dit zijn

onder andere interacties met anderen die op een bepaald tijdstip op een bepaalde locatie plaatsvinden (Ellegård, 1999 in Berg et al., 2011), waardoor op dat tijdstip geen andere activiteiten (zoals verplaatsingen) kunnen worden uitgevoerd.

Leeftijd en geslacht

Zoals ook Alsnih & Hensher (2003) aangeven, bepalen ook de leeftijd en het geslacht de mate van mobiliteit van de participanten. De 6 participanten die jonger dan 80 jaar zijn, zijn over het algemeen mobieler en hebben tijdens de dataverzamelingsperiode meer verplaatsingen afgelegd dan de 5 participanten die ouder zijn dan 80 jaar. Dat mevrouw Jager (67 jaar) rolstoelgebonden is en meneer Boersma (87 jaar) nog autorijdt, bevestigt echter de opmerking van Föbker & Grotz (2006), die stellen dat de leeftijdsgroepen niet homogeen zijn. De invloed van het geslacht op de mate van mobiliteit is te zien in het rijbewijsbezit van de participanten. In lijn met de bevindingen van Droogleever Fortuijn (1999) hebben de vrouwelijke participanten geen rijbewijs (meer), waardoor zij tijdens de dataverzamelingsperiode minder verplaatsingen hebben afgelegd dan de participanten met een rijbewijs. Mevrouw Hoving (79 jaar), mevrouw Wiegiers (82 jaar) en mevrouw Folkers (79 jaar) hebben alle drie nooit een rijbewijs gehad. Mevrouw Wiegiers en mevrouw Folkers geven aan dit achteraf jammer te vinden. De man van mevrouw Folkers bestuurde na zijn pensionering bijvoorbeeld altijd de auto als meneer en mevrouw Folkers ergens naartoe gingen. Nu meneer Folkers is overleden, voelt mevrouw Folkers zich beperkt in haar mobiliteit. Dit geldt ook voor mevrouw Geertsma (82 jaar), die wel in het bezit is geweest van een rijbewijs. Dit heeft ze echter na de pensionering van haar man bewust laten verlopen, omdat haar man sindsdien vaak reed. Nu haar man is overleden, voelt ook zij zich beperkt in haar mobiliteit:

Interviewer: Heeft u een auto of rijbewijs gehad?

Mevrouw Geertsma: Heb ik wel gehad, ja. (...)

Interviewer: En sinds wanneer heeft u uw rijbewijs dan niet meer?

Mevrouw Geertsma: Oeh... ja, toen mijn man bij huis kwam – met pensioen zeg maar – toen eigenlijk niet zoveel meer. (...)

Interviewer: En waardoor heeft u toen geen rijbewijs meer gehad?

Mevrouw Geertsma: Nou, ik heb hem gewoon laten verlopen. Als we uitgingen reed mijn man altijd, dus ja... maar dat is dom geweest achteraf.

Interviewer: Ja, vindt u dat?

Mevrouw Geertsma: Ja, (...) in het begin kon je overal nog komen (...). Maar ja, nooit verder aan gedacht.

Het niet (meer) bezitten van een rijbewijs kan ook negatieve gevolgen voor mannen hebben. Zoals in paragraaf 2.2 beschreven, tonen Marotolli et al. (2000) bijvoorbeeld aan dat het verliezen van het rijbewijs een sterk negatief effect heeft op het aantal activiteiten dat mannen buitenshuis uitvoeren. Dit komt met name doordat de nabije (sociale) woonomgeving in dat geval belangrijker wordt. Mannen zijn echter vaak niet goed bekend met hun woonomgeving, omdat zij in de periode voor hun pensioen veel gewerkt hebben (Mollenkopf et al., 2004). Dit wordt ook duidelijk gemaakt door meneer Bakker (71 jaar):

(...) Ik denk dat meer mensen daar tegenaan lopen – mensen die gewerkt hebben. Kijk, voor mijn vrouw is dat duidelijk iets heel anders. (...) Ik had een vrij drukke baan en ik was meestal 's morgens kwart over 6 al wel van huis en 's avonds was ik nooit voor half 8, 8 uur thuis. (...) De acht verschillende plaatsen waar we hebben gewoond (...) heb ik eigenlijk nooit echt leren kennen. Alleen in het weekend was je thuis, maar ja, met de kinderen was je dan bezig. Of je was het huis aan het opknappen. Dus de omgeving heb ik nooit echt leren kennen. En nu heb ik er alle tijd voor. Hè, wat ik zei, ik fiets veel en vroeger liep ik dan ook nog veel. Hè, ik heb de omgeving nu ontzettend leren kennen.

Deze uiteenzetting van meneer Bakker maakt echter ook duidelijk dat men in de periode na de pensionering de woonomgeving alsnog kan leren kennen. Dit bevestigt enerzijds dat pensionering een *key event* in het leven is, zoals de *mobility biography* dit onderscheidt (Klößner, 2004; Schneider, 2007). Anderzijds kan dit 'alsnog leren kennen van de omgeving' verklaard worden vanuit de *environmental proactivity hypothesis* van Lawton (1999), die ervan uitgaat dat mensen in staat zijn actief een omgeving te kiezen, te creëren en te gebruiken. Hierdoor kunnen zij na verloop van tijd alsnog een *insideness* (Rowles, 1978 in Smith, 2009) in hun omgeving ontwikkelen. Dit is ook het geval bij meneer Bakker, die vanaf zijn pensionering deze *insideness* heeft kunnen ontwikkelen.

Modaliteiten

Uit de uiteenzetting ten aanzien van het rijbewijsbezit blijkt ook dat de beschikbare modaliteiten invloed hebben op de mobiliteit. Zoals gezegd en ook door andere onderzoeken aangetoond (Alsnih & Hensher, 2003; Marotolli et al., 2000; Mollenkopf et al., 2004; Waldorf, 2003), hebben de participanten zonder auto over het algemeen minder verplaatsingen afgelegd tijdens de dataverzamingsperiode. Gezien het aantal verplaatsingen dat deze participanten tijdens de dataverzamingsperiode op de elektrische fiets hebben afgelegd, lijkt de elektrische fiets echter een goed alternatief voor de auto. Dit kan veroorzaakt worden door het feit dat de actieradius van elektrische fietsen tussen de 50 en 100 kilometer ligt (Fietzersbond, 2014) en men hiervoor geen rijbewijs nodig heeft. Mevrouw Haverkamp (71 jaar) stelt expliciet dat zij zonder elektrische fiets niet de afstanden kan afleggen die ze nu aflegt:

Interviewer: Zou u niet zonder fiets zonder trapondersteuning kunnen?

Mevrouw Haverkamp: Nee, dat red ik niet meer.

Meneer Haverkamp: Dit is veel makkelijker.

Mevrouw Haverkamp: Als het nou harde wind is, pak je veel makkelijker de fiets. (...) Dan zet ik hem een standje hoger. Dan fiets je gewoon relex. (...)

Interviewer: Dan kwam u minder ver?

Mevrouw Haverkamp: Ja, dan kwam ik niet op Twist of Klazienaveen, hoor. Dan blijf ik hier wel in de buurt. En nu pak je makkelijker de fiets. Dan fiets je makkelijk 25, 30 kilometer. Ja, we hebben ook wel eens meer gefietst. Maar gemiddeld is het rond de 30, 35 kilometer.

Omdat de elektrische fiets pas sinds de laatste jaren in opkomst is (Bovag, 2015; Verkeersnet, 2015), is er echter nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de mate waarin deze modaliteit een alternatief voor de auto kan zijn. Wel blijkt uit Mollenkopf et al. (2004) dat Nederlandse ouderen vanwege het gunstige landschap al vaak de fiets gebruiken. Mollenkopf et al. (2004) stellen daarnaast dat in rurale gebieden minder wordt gelopen en bijna de helft van de gelopen afstanden minder dan een kilometer zijn, wat overeenkomt met het kleine aantal participanten dat tijdens de dataverzamingsperiode verplaatsingen lopend heeft afgelegd.

Zoals gezegd bleek ook dat geen van de participanten gebruik heeft gemaakt van het openbaar vervoer. Broome et al. (2010) en Mollenkopf et al. (2004) beschrijven de restricties die het openbaar vervoer voor ouderen kan hebben (zie paragraaf 2.4.1). Deze restricties komen ook terug in wat verschillende participanten aangeven over het openbaar vervoer. Mevrouw Geertsma (82 jaar) kan er bijvoorbeeld geen gebruik van maken vanwege haar lichamelijke beperkingen en de afstanden die lopend naar de haltes moeten worden afgelegd:

Interviewer: En openbaar vervoer (...), zou dat een optie voor u kunnen zijn?

Mevrouw Geertsma: Nou, daar heb ik nog geen gebruik van gemaakt.

Interviewer: Nee, maar (...) als u boodschappen in Winschoten zou willen doen, zou openbaar vervoer dan...?

Mevrouw Geertsma: (...) Dat zeg ik, dan moet je een eind lopen in Winschoten en als je dan boodschappen hebt enzo, dat gaat ook niet meer. Dat wil niet. Dus dat is ook geen optie.

Verder geven meneer en mevrouw Haverkamp (78 en 71 jaar) aan het openbaar vervoer niet te gebruiken, omdat ze er onbekend mee zijn:

Interviewer: En bijvoorbeeld openbaar vervoer, zou dat een optie zijn?

Meneer Haverkamp: Hahaha!

Mevrouw Haverkamp: Haha, ik zou niet weten wanneer ik voor de laatste keer met het openbaar vervoer heb gereden.

Meneer Haverkamp: Nee, nee, nee, hahaha!

Mevrouw Haverkamp: En hij [de lijnbus, *EB*] komt hier constant voor het huis langs hoor. Maar ik zou het écht niet weten! Waar je kaarten moet halen, en zo.

Bevindingen van bijvoorbeeld Rosenbloom (2003), die stelt dat openbaar vervoer een vervangend vervoermiddel voor de auto is, worden door deze resultaten weerlegd. De auto is namelijk beter toegankelijk dan het openbaar vervoer en voor de auto hoeft geen informatie over vaststaande vertrektijden of over de wijze van betaling geraadpleegd te worden. Gezien het feit dat geen van de participanten gebruikmaakt van het openbaar vervoer en gezien de restricties van het openbaar vervoer, die blijken uit de literatuur (Broome et al., 2010; Mollenkopf et al., 2004) en uit hetgeen de participanten aangeven, kan het openbaar vervoer daarentegen eerder gezien worden als een laatste redmiddel, zoals ook Alsnih & Hensher (2003), Berg et al. (2014), Droogleever Fortuijn (1999) en Zeitler et al. (2012) dat stellen. Dit redmiddel kan echter alleen gebruikt worden als men daartoe in staat is.

Ward et al. (2013) wijzen erop dat de bekendheid van taxi's die door vrijwilligers worden gereden, belangrijk is voor de mate van het gebruik ervan. Zoals in paragraaf 4.1.2 werd aangegeven, is er in Bellingwolde de OpStap-Bus: een taxibus die door vrijwilligers wordt gereden en die groepen (minder mobiele) mensen naar winkelcentra brengt en weer thuis afzet (Het Oude Ambt, 2015a). Dat de bevinding van Ward et al. (2013) ook voor deze Op-StapBus geldt, blijkt uit wat mevrouw Folkers (79 jaar) over haar kennismaking met de Op-StapBus vertelt:

Taxi? Wat hadden ze nu met taxi en boodschappen doen? Ik wist het allemaal niet. Taxi en boodschappen, hoe kan dat nou? Dat TaxiPlus, alles. Daar zat ik allemaal niet in.

Later werd ze hier echter meer bekend mee en nu gebruikt ze de Op-StapBus regelmatig. Mevrouw Folkers geeft echter wel aan dat financiën een rol spelen bij haar afweging om gebruik te maken van de Op-StapBus, waarmee ze de enige participant is die deze mobiliteitsbepalende factor expliciet noemt. Naast de Op-StapBus, hebben verschillende participanten de beschikking over een WMO-taxi en kunnen zij (bij voldoende financiële middelen) gebruikmaken van particuliere taxi's. Dat men hier weinig gebruik van heeft gemaakt en men ook weinig als bijrijder in de auto met anderen is meegereden, kan onder andere vanuit Goins et al. (2014) en Schwanen et al. (2012) verklaard worden, die stellen dat ouderen onafhankelijke mobiliteit prefereren boven afhankelijke mobiliteit. Meerijden met anderen of met een particuliere, vrijwillige of WMO-taxi is namelijk een vorm van afhankelijke mobiliteit. Ook uit de interviews en het verplaatsingsgedrag valt op te maken dat de participanten onafhankelijke mobiliteit prefereren boven afhankelijke mobiliteit. Paragraaf 4.1.4 en 4.2 zullen hier nader op ingaan, als de betekenis van (onafhankelijke) mobiliteit voor de participanten behandeld wordt. Daarnaast zal op het gebruik van deze vormen van mobiliteit ook in paragraaf 4.3 ingegaan worden, omdat dit gebruik een sterke relatie heeft met het adaptief reageren op mobiliteitsverminderingen.

Mobility biography

Uit de bovenstaande uiteenzetting van beschikbare modaliteiten komt naar voren dat de *mobility biography* (Klößner, 2004; Schneider, 2007) een belangrijke rol in de mobiliteit speelt. Modaliteiten die de participanten eerder gebruikten, hebben de voorkeur (met name de auto), terwijl men terughoudend is in het gebruik van modaliteiten die men eerder weinig heeft gebruikt. Dit laatste is

bijvoorbeeld te zien bij meneer en mevrouw Haverkamp (78 en 71 jaar), die het openbaar vervoer niet gebruiken, omdat ze dit bijna nooit hebben gedaan en er daarom onbekend mee zijn. Ook is de pensionering van (de partner van) de participanten een *key event*, waardoor (de structuur en reden van) hun mobiliteit verandert. Zo komt, zoals gezegd, meneer Bakker (71 jaar) meer in zijn directe woonomgeving en geeft mevrouw Folkers (79 jaar) aan dat zij na de pensionering van haar man meer samen is gaan winkelen, in de tijd dat haar man nog leefde.

Sociale omgeving

Ook het principe van *insideness* (Rowles, 1978 in Smith, 2009), dat onder *Leeftijd en geslacht* al werd genoemd, en het samenhangende *ageing in place* (Smith, 2009) zijn factoren die de mobiliteit beïnvloeden. Mevrouw Hoogakker (82 jaar) woont bijvoorbeeld haar leven lang al in Bellingwolde (*ageing in place*) en uit wat zij aangeeft over Steunsteet (paragraaf 3.4.2), waar zij sinds de oprichting bij betrokken is, blijkt dat zij een grote sociale *insideness* heeft ontwikkeld:

Wij kunnen over vroeger nog praten. Wij weten alles van elkaar, van de hele families. En dat zegt wat, hè? (...) Dan is er vertrouwen. Kun je direct vernemen hoor, als er een vreemde bij is. Die zit erbij en wij praten over dingen, die krijgen daar niets van mee, die vinden dat niets aan.

Opvallend is dat zij van 'vertrouwen' spreekt. Dat *insideness* resulteert in onderling vertrouwen, kan verklaard worden vanuit het concept *social capital* (Klein, 2013). Dit concept gaat ervan uit dat onder andere geïnvesteerd kan worden in vertrouwen, om zo *social capital* op te bouwen dat zich later kan terugverdienen (Klein, 2013). Uit wat mevrouw Hoogakker aangeeft, kan opgemaakt worden dat zij door haar *ageing in place* veel *bonding social capital* heeft opgebouwd bij de mensen in haar directe sociale woonomgeving. Enerzijds bevestigt dit de bevinding van Jorgensen (2010) en Lager et al. (2015), dat sociale netwerken zijn gesitueerd in geografische contexten (in dit geval van mevrouw Hoogakker het deel van Bellingwolde waar zij in woont). Anderzijds toont dit aan dat er een sterke relatie is tussen *insideness*, *ageing in place* en *social capital*. Deze relatie zou in vervolgonderzoek nader onderzocht kunnen worden.

Wat daarnaast uit het citaat van mevrouw Hoogakker op te maken valt, is dat de hechtheid van de gemeenschap waar mevrouw Hoogakker deel van uitmaakt, kan leiden tot uitsluiting van vreemden. Dit werd al door Rivlin (1987) over plattelandsgemeenschappen opgemerkt en geeft aan dat *bonding social capital* een vorm van *exclusive social capital* is, waarbij bepaalde personen worden uitgesloten (Putman, 2000 in Klein, 2003). Vooral de nieuwe, voornamelijk jonge, bewoners die door de *counter-urbanization* (Bereton et al., 2011) in de dorpen van de participanten zijn komen wonen, worden door een aantal participanten in Weiteveen en Bellingwolde als 'import' gezien. Uit de interviews blijkt dat deze participanten, op een uitzondering na, minder openstaan voor sociale relaties met hen. Zo ook mevrouw Haverkamp (71 jaar):

Interviewer: Maar kent u veel mensen hier in Weiteveen?

Mevrouw Haverkamp: Ja, maar je merkt toch wel dat er veel import komt. En dan denk je van hmm... nee. Want zelfs hier in de straat zijn al meerderen van elders gekomen. En die ken je dan niet. Dan zitten ze ook vaak met kleine kinderen, dan krijg je daar ook geen band meer mee.

Het citaat van mevrouw Haverkamp kan erop wijzen dat zij minder behoefte heeft aan investeringen in *bridging social capital* bij de nieuwe, jonge bewoners. *Bridging social capital* is echter wel duidelijk te zien bij de participanten die nog niet zo lang in hun huidige woonplaats wonen en aangeven de tijd te hebben gehad om alsnog een (sociale) *insideness* (Rowles, 1978 in Smith, 2009) in hun omgeving te ontwikkelen (zoals eerder beschreven bij meneer Bakker (71 jaar) en ook het geval is bij mevrouw Jager (90 jaar) en mevrouw Folkers (79 jaar)). Zij hebben geïnvesteerd in sociale relaties met onbekenden, waardoor zij nu onderdeel van hun directe sociale omgeving zijn geworden. Tot slot is te

zien dat sociale relaties met de eigen kinderen voor bijna alle participanten belangrijk zijn, aangezien de welzijnsbepalende factor 'contacten met eigen kinderen' door 7 participanten is genoemd. Ook hebben van de 10 participanten die kinderen hebben, er 9 regelmatig sociaal contact met één of meer kinderen die in de buurt wonen, wat erop wijst dat deze participanten veel *bonding social capital* bij hun kinderen hebben opgebouwd.

Fysieke omgeving

Dit contact met de kinderen geeft de gevolgen van de sociale omgeving voor mobiliteit aan. De participanten bezoeken namelijk met name degenen bij wie men *bonding social capital* heeft opgebouwd en de locatie van deze mensen bepaalt de afstand van de verplaatsingen. Deze afstand is vervolgens bepalend voor het aantal keer dat men diegenen bezoekt. Alle participanten uit Bellingwolde wonen bijvoorbeeld in appartementencomplex Reiderstee en geven aan bij elkaar op visite te gaan en, op één na, minstens een maal per week de Steunstee te bezoeken die in Reiderstee is gevestigd (paragraaf 3.4.2). Kinderen die verder weg wonen, bezoeken zij daarentegen minder vaak. Dat anderen en voorzieningen in de nabije omgeving vaker worden bezocht, is ook aangetoond door Gabriel & Bowling (2004).

Dat voorzieningen in de nabije omgeving vaker worden bezocht, betekent ook dat men minder vaak bij voorzieningen komt die verder weg gevestigd zijn. Ook dit is met name te zien bij de participanten in Bellingwolde. Zoals in paragraaf 3.4.2 werd aangegeven, is hier de supermarkt verhuisd, waardoor deze niet meer in de nabijheid van appartementencomplex Reiderstee is gevestigd. Een aantal participanten in Bellingwolde geeft aan dat zij door deze verhuizing meer afhankelijk zijn geworden van anderen, als het gaat om het doen van boodschappen. Zo ook mevrouw Hoogakker (82 jaar):

Interviewer: Waarom vindt u het precies jammer dat die supermarkt hier nu weg is?

Mevrouw Hoogakker: Ja, die boodschapjes hè? Daar ben je nu iemand anders voor nodig. (...). De zelfstandigheid gaat weg, hè? Die wordt je afgenomen. Toen kon ik zelf bepalen: daar [naar de supermarkt, *EB*] ga ik nog eventjes naartoe. Tien minuutjes lopen, nog niet eens hoor. Eventjes rondneuzen.

Later in het interview geeft mevrouw Hoogakker aan dat haar kinderen de boodschappen voor haar doen. Mevrouw Folkers (79 jaar) en mevrouw Drost (75 jaar), die nog wel in staat zijn om zelfstandig de nieuwe locatie van de supermarkt of supermarkten in andere dorpen te bereiken, geven daarnaast aan hier minder vaak te komen dan op de oude locatie en nu per keer meer boodschappen te doen. Het feit dat de supermarkt als voorziening nu op een grotere afstand van het appartementencomplex van de participanten is gevestigd, heeft dus tot gevolg dat de participanten minder verplaatsingen naar de supermarkt afleggen.

4.1.4 Betekenis mobiliteit

Hoewel bijna alle participanten een mobiliteitsbeperking kunnen noemen, geven zij bijna allen aan tevreden te zijn over hun mobiliteit en deze te beoordelen met een 7 of een 8. Alleen mevrouw Wiegiers (83 jaar), mevrouw Geertsma (82 jaar) en mevrouw Hoogakker (82 jaar) zijn minder tevreden en geven hun mobiliteit een 5 of een 6. Voor mevrouw Wiegiers wordt dit veroorzaakt doordat haar fietsvriendin een jaar geleden is overleden en zij (nog) geen nieuwe fietsvriendin gevonden heeft. Hierdoor is zij een stuk minder gaan fietsen, wat ze erg mist. Zoals gezegd hebben mevrouw Geertsma en mevrouw Hoogakker te maken met slijtage van de gewrichten, waardoor ze beperkt worden in hun mobiliteit.

Ondanks deze verschillende beoordelingen, vindt iedereen zijn of haar eigen mobiliteit wel belangrijk. Dit is ook te zien in het feit dat 5 participanten hun eigen mobiliteit expliciet noemden als welzijnsbepalende factor (paragraaf 4.1.1). Gevraagd is waarom men mobiliteit belangrijk vindt en naar de betekenis die mobiliteit voor de participanten heeft. Twee participanten associeerden hierbij immobiliteit met een negatief sociaal imago van ouderen (zie *Sociale functie* in paragraaf 4.2).

Anderen associeerden niet-mobiel zijn met 'niet meer weg kunnen komen' (zie *Psychologische functie* in paragraaf 4.2). Bijna iedereen gaf daarnaast expliciet aan liever niet afhankelijk te zijn van anderen en de voorkeur te hebben voor onafhankelijke mobiliteit (zie ook *Modaliteiten* in paragraaf 4.1.3). Dit kan onder andere worden opgemaakt uit het op de vorige pagina genoemde citaat van mevrouw Hoogakker en wordt ook duidelijk gemaakt door meneer Bakker (71 jaar):

We zijn niet graag afhankelijk van anderen... ik wil het wel graag in de hand hebben allemaal.

Op het belang van onafhankelijke mobiliteit kwamen ook verschillende andere onderzoeken: "*Mobility is a basic human need that signifies independence, well-being, and freedom*" (Goins et al., 2014, p.9) en "*mobility contributes to wellbeing, because it provides independence*" (Ziegler & Schwanen, 2011, p.777). Op basis van de antwoorden van de participanten kan gesteld worden dat mobiliteit voor de hen de betekenis van vrijheid en vooral onafhankelijkheid heeft. Ook Waldorf (2003) benoemt deze betekenissen als de westerse betekenissen van mobiliteit. 'Jong-zijn' kan op basis van wat de participanten hebben aangegeven als betekenis hieraan worden toegevoegd, aangezien immobiliteit door een aantal van hen wordt gezien als iets wat bij het (negatieve) imago van 'oud-zijn' hoort.

4.2 Verklaringen relaties mobiliteit en welzijn

Nu (de verklaringen voor) het welzijn en de fysieke verplaatsingen bekend zijn (deelvraag 1 en 2 van centrale vraag 1), kan antwoord worden gegeven op centrale vraag 1. Hiermee worden de verschillende relaties tussen het welzijn en de mobiliteit van de participanten verklaard. Zoals in paragraaf 2.1 is uiteengezet, is het welzijn van de participanten benaderd met het concept *quality of life* en bestaat dit concept uit individuele karakteristieken en externe sociale en fysieke omstandigheden (zie Tabel 1). In deze en de volgende paragraaf komen met name de individuele karakteristieken en de sociale externe omstandigheden die het welzijn bepalen aan bod. De fysieke externe omstandigheden zullen voornamelijk worden behandeld in paragraaf 4.4.

Zoals gezegd wordt met het verklaren van de relaties tussen het welzijn en de mobiliteit ook inzicht gegeven in de andere dimensies van mobiliteit (deelvraag 2 van centrale vraag 1), omdat deze dimensies een sterke positieve relatie met welzijn hebben (paragraaf 2.3). Ook uit de analyse van de interviews blijkt deze multidimensionale relatie tussen mobiliteit en welzijn.

Sociale functie

De eerste relatie loopt via de sociale functie van mobiliteit. Dat (im)mobiliteit zelf een sociale status geeft (Cresswell, 2010), is alleen door meneer Boersma (87 jaar) expliciet genoemd:

Meneer Boersma: (...) Als ik niet meer fietsen kan, dan doe ik kleinere afstanden lopen. Maar ik blijf in beweging.

Interviewer: En met welke gedachte doet u dat?

Meneer Boersma: Nou... ze zeggen wel eens: als je ouder wordt kom je achter de geraniums, maar dat wil ik zo lang mogelijk uitstellen natuurlijk.

Daarnaast benoemt mevrouw Geertsma (82 jaar) het negatieve sociale imago van 'oud-zijn' dat het gebruik van hulpmiddelen met zich meebrengt. Op de vraag waarom ze geen rollator gebruikt, antwoordt ze:

Ja... dat je je dan écht oud voelt. Je bent nou wel oud, maar je voelt je nog niet zo. Op zo'n manier.

Ze heeft het idee dat een rollator hoort bij het imago dat oudere mensen hebben en heeft een negatieve houding tegenover dit imago. Deze twee participanten laten zien dat immobiliteit of afhankelijke mobiliteit een negatief sociaal imago aan ouderen geeft, zoals ook Kaiser (2009) dit

uiteenzet. Dit is in lijn met de bevinding dat de participanten onafhankelijke mobiliteit prefereren boven afhankelijke mobiliteit (zie paragraaf 4.1.4).

Dat de sociale functie van mobiliteit bijdraagt aan het welzijn blijkt duidelijk uit de sociale contacten die mobiliteit mogelijk maakt. In tegenstelling tot wat de GPS-loggers hebben geregistreerd, hebben alle participanten tijdens de dataverzamelingsperiode sociale bezoeken afgelegd (zie paragraaf 3.5.2). Zoals in paragraaf 4.1.3 onder *Sociale* omgeving uiteengezet is, bezoekt men voornamelijk degenen bij wie men veel *bonding social capital* heeft opgebouwd. Onder andere Carp (1988) Metz (2000) en Ziegler & Schwanen (2011), stellen dat sociale contacten bijdragen aan het welzijn. Dit blijkt ook uit het gegeven dat de participanten 'er voor de ander kunnen zijn', 'sociale omgang met mensen' en 'contacten met eigen kinderen' genoemd hebben als welzijnsbepalende factoren (paragraaf 4.1.1). Een uitspraak van meneer Bakker (71 jaar) maakt duidelijk dat mobiliteit hier een belangrijke functie in heeft:

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.

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat de relatie tussen de sociale functie van mobiliteit en het welzijn een positieve relatie is (o.a. Metz, 2000; Nordbakke & Schwanen, 2014; Schwanen et al., 2012). Dit komt bij de participanten onder andere naar voren in het feit dat zij 'het minder goed kunnen bereiken van anderen' en 'het wegvallen van contacten' negatief beoordelen en met negatieve dingen associëren. Zo geven de participanten in Weiteveen en Bellingwolde aan respectievelijk het zalencentrum en de nabijheid van de supermarkt (zie paragraaf 3.4.2) te missen, omdat in dit zalencentrum sociale activiteiten plaatsvonden en de supermarkt voor veel participanten onder andere als ontmoetingsplaats fungeerde. De participanten wijzen er dan ook op dat ze door het verdwijnen van deze voorzieningen anderen minder goed kunnen bereiken, waardoor ze sociale contacten hebben verloren. Paragraaf 4.4 zal hier nader op ingaan. Een ander voorbeeld is mevrouw Drost (75 jaar), die verminderde mobiliteit relateert aan eenzaamheid:

Interviewer: Stel: u zou niet meer mobiel zijn, wat zou u daarvan vinden? (...)

Mevrouw Drost: Ik denk dat dat voor je geest niet goed is. Ik denk dat je dan te veel in je eigen gaat. (...) Op z'n Gronings gezegd: dan word je een ainsaampje. Ja, dat moet je niet hebben, je moet gewoon wel gangbaar blijven. (...)

Interviewer: En wat vindt u dan erg aan het eenzaam zijn en boeken lezen? (...)

Mevrouw Drost: Nou, als je te weinig buiten de deur komt, dan stomp je af. (...)

Interviewer: Maar hoe bedoelt u 'dan stomp je af'?

Mevrouw Drost: Nou, dan heb je te weinig contact met de mensen.

Opvallend is dat mevrouw Drost eenzaamheid in verband brengt met haar mentale gesteldheid ('afstompen'). Dit komt dit overeen met de bevinding van Ziegler & Schwanen (2011) dat het hebben van sociale contacten onder andere mentale behoeften vervult en daardoor bijdraagt aan het welzijn.

Psychologische functie

Het verband tussen mobiliteit en mentale gesteldheid, dat uit citaat van mevrouw Drost opgemaakt kan worden, geeft tegelijk aan dat mobiliteit een psychologische functie heeft en dat ook deze functie een relatie heeft met welzijn. In deze functie speelt de fiets voor de participanten een grote rol. De fiets wordt namelijk, zowel in de dataverzamelingsperiode als daarbuiten, door de participanten die daartoe in staat zijn veel gebruikt voor het fietsen van een rondje, zonder een specifieke locatie of activiteit te bezoeken. Mokhtarian & Salomon (2001) geven aan dat deze *undirected travel* wordt uitgevoerd voor de lichamelijke gesteldheid en om te voorkomen dat men hele dagen in huis doorbrengt. Deze vorm

van mobiliteit draagt daardoor via zowel de fysieke als de psychologische functie bij aan het welzijn (o.a. Mollenkopf et al., 2004; 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.

Ook drie andere participanten geven aan dat het 'er tussenuit gaan' afleiding geeft. Een van hen is meneer Boersma (87 jaar). De vrouw van meneer Boersma heeft de ziekte van Parkinson en gaat 's middags tussen 14.00 en 16.30 uur naar een dagbesteding. Daarover vertelt hij:

Mijn vrouw heeft Parkinson. Dus als je de hele dag bij zo'n patiënt bent, dat begint 's morgens om half 8, zeg maar tot 's avonds 10 uur. En nou gaat ze naar de zorg [de dagbesteding, *EB*], dat is hier in het gebouw. Kijk, en van 2 tot half 5 heb ik dan de benen even los. Vandaar dat ik ook die rondrijtten doe.

In de tijd voor en na de dagbesteding zorgt meneer Boersma voor zijn vrouw, waardoor hij alleen tijd voor zichzelf heeft op het moment dat zij bij de dagbesteding is (een *coupling constraint*, Ellegård, 1999 in Berg et al., 2011). De 'rondrijtten', die meneer Boersma noemt, zijn rondjes die hij in die tijd in zijn woonomgeving fietst (als het weer het toelaat). Ook gaat hij er dan soms opuit met de auto, zonder een specifieke bestemming te hebben. Voor hem is dus niet per se het voorkomen dat hij hele dagen in zijn huis doorbrengt een reden voor zijn *undirected travel* (een reden die Mokhtarian & Salomon (2001) onderscheiden), maar eerder de afleiding van de zorg voor zijn vrouw.

De psychologische functie heeft nog een tweede relatie met het welzijn, namelijk door middel van de potentiële verplaatsingen. Dit zijn de mogelijkheden en opties om verplaatsingen af te leggen (Metz, 2000). Ook dit wordt duidelijk gemaakt door mevrouw Haverkamp (71 jaar), die op de vraag waarom mobiliteit voor meneer en mevrouw Haverkamp belangrijk is, onder andere antwoordt:

Als het dan goed weer is, zeggen we: 'Wat doen we vanmiddag, gaan we fietsen, wat gaan we doen?' (...) Nu pák je makkelijker de fiets en gá je makkelijker weg en die mogelijkheden zijn er nog. Ja, ik zou het niet willen missen.

Hoewel ze hier niet expliciet de koppeling met welzijn maakt, kan op basis van Parkhurst et al. (2013) worden gesteld dat het besef van mevrouw Haverkamp dat ze de mogelijkheid heeft om zich te kunnen verplaatsen een positieve invloed heeft op haar welzijn. Ook wijst haar uitspraak op een gevoel van controle, onafhankelijkheid en autonomie (Mokhtarian & Salomon, 2001). De bevinding van Parkhurst et al. (2013) kan daarnaast hetgeen de minder mobiele participanten aangeven verklaren. Zoals eerder aangegeven hebben mevrouw Hoogakker en mevrouw Geertsma (beiden 82 jaar) bijvoorbeeld te maken hebben met slijtage van hun gewrichten, waardoor zij verminderd mobiel zijn. De GPS-loggers hebben dan ook alleen bij mevrouw Geertsma één verplaatsing geregistreerd. Tijdens de interviews associeerden zij hun mobiliteitsbeperking met "*opgesloten zitten*" en "*vastzitten*". Ze hebben dus het besef dat zij geen potentiële verplaatsingen kunnen afleggen, wat een negatieve invloed op hun welzijn kan hebben.

Fysieke functie

Tot slot heeft de fysieke functie van mobiliteit een relatie met welzijn. Mollenkopf et al. (2004) geven aan dat fysieke mobiliteit goed is voor de lichamelijke gesteldheid. Nagenoeg alle participanten zijn zich hiervan bewust ("*als je stil op de stoel gaat zitten, dan word je lui*", mevrouw Hoving (79 jaar) en "*als je een poosje niet fietst dan word je zo stijf als een deur*", mevrouw Drost (75 jaar)). De

participanten die in staat zijn om in beweging te zijn, geven dan ook aan hun mobiliteit te gebruiken om in beweging te blijven, wat een relatie heeft met de genoemde welzijnsbepalende factoren 'mentale en fysieke gezondheid' en 'actief zijn' (paragraaf 4.1.1). Zoals gezegd wordt onder andere hierom *undirected travel* uitgevoerd (Mokhtarian & Salomon, 2001). Meneer Bakker (71 jaar) en mevrouw Drost (75 jaar) geven daarnaast aan dat zij om deze reden af en toe de fiets in plaats van de auto gebruiken voor bijvoorbeeld het doen van boodschappen. Niet alle participanten zijn echter in staat om in beweging te zijn. Doordat mevrouw Geertsma en mevrouw Hoogakker te maken hebben met slijtage van hun gewrichten, kunnen zij geen lange afstanden lopend of fietsend afleggen, waardoor de fysieke functie van mobiliteit niet of alleen sterk verminderd kan bijdragen aan hun welzijn.

Mevrouw Folkers (79 jaar) is de enige participant die expliciet heeft aangegeven dat ze "*geen zin in bewegen*" heeft, waarbij ze als verklaring geeft dat ze graag thuis is en televisie kijkt. Dit wijst op een dimensie van mobiliteit uit het mobiliteitsparadigma van Sheller & Urry (2006), waarin ook ingebeelde reizen door middel van bijvoorbeeld de televisie tot mobiliteit worden gerekend (zie paragraaf 2.3). Deze vorm van mobiliteit wordt in paragraaf 4.3 behandeld. Daarnaast is in wat mevrouw Folkers aangeeft te zien dat zij het 'in beweging zijn' compenseert met televisiekijken, wat overeenkomt overeen met het concept *selective optimization with compensation* (Chou & Chi, 2001; Markides, 2007; zie paragraaf 2.3). Ook op dit concept zal paragraaf 4.3 nader ingegaan.

Een aantal participanten gebruikt de fysieke functie van mobiliteit ook om fysieke locaties, zoals supermarkten en de natuurlijke omgeving, te bereiken (paragraaf 4.1.2). Omdat 'de (natuurlijke) omgeving' en 'voorzieningen' door een aantal participanten als welzijnsbepalende factoren zijn genoemd (paragraaf 4.1.1), is ook het bezoeken van deze locaties een onderdeel van de relatie tussen de fysieke functie van mobiliteit en het welzijn. Opvallend is hierbij dat 'de (natuurlijke) omgeving' de meest genoemde locatie is, terwijl uit de GPS-analyse blijkt dat de participanten niet vaak in de natuur zijn geweest. Dit bevestigt de bevinding van Maas et al. (2008), die stellen dat er geen significante relatie is tussen de natuurlijke omgeving en de hoeveelheid lichamelijke activiteiten. Het besef dat de omgeving bezocht kan worden, heeft echter blijkbaar wel een positieve invloed op het welzijn, wat verklaard kan worden vanuit de beschreven positieve gevolgen van de potentiële verplaatsingen (Parkhurst et al., 2013).

4.3 Adaptie mobiliteitsverminderingen

Op basis van de analyse die in de vorige paragraaf is beschreven, kan in lijn met eerdere onderzoeken (o.a. Metz, 2000; Ziegler & Schwanen, 2011) gesteld worden dat er een positieve en multidimensionale relatie tussen mobiliteit en welzijn bestaat. Hoewel hierbij de relaties tussen de mobiliteit en het welzijn van de participanten zijn verklaard, is de eerste centrale vraag hiermee nog niet volledig beantwoord. Ook de minder mobiele participanten zijn namelijk positief over hun welzijn (zie paragraaf 4.1.1), ondanks de bevinding dat beperkingen in de mobiliteit een negatieve invloed op het welzijn hebben. Deze paragraaf beschrijft hoe deze participanten met hun mobiliteitsbeperkingen omgaan en geeft daarmee verklaringen voor het feit dat zij tevreden blijven over hun welzijn. De volgende adaptiemogelijkheden zullen hierna worden uiteengezet: het accepteren van beperkingen, het gebruik van hulpmiddelen en (sociale) ondersteuning en het aanpassen naar en compenseren van beperkingen.

Accepteren beperkingen

Alle participanten geven aan hun omstandigheden te accepteren als *facts-of-life* (Torres & Hammarström, 2006). De ene participant doet dit echter gemakkelijker dan de andere. Meneer Boersma (87 jaar) vertelt bijvoorbeeld dat hij hier geen problemen mee heeft:

Interviewer: Stel, u zou bijvoorbeeld zaterdags niet meer naar het centrum kunnen, u zou die mensen niet meer kunnen spreken?

Meneer Boersma: (...). Daar heb ik geen problemen mee. Je moet toch inleveren.

En later stelt hij:

Meneer Boersma: (...) je moet iedere keer, iedere keer, iedere keer inleveren. Nou en daar moet je genoeg mee nemen. Morgen ben je er misschien niet meer. Moet je ook genoeg mee nemen. 87 jaar heb je toch plezier gehad? (...) ik [moet] gewoon weer inleveren. Totdat het afgelopen is. Daar zit ik niet mee. Ik leef niet morgen. Nee hoor. Nee, daar zit ik niet mee.

Te zien is dat hij zijn huidige en toekomstige beperkingen die niet weggenomen kunnen worden, accepteert zoals ze zijn. Dit is een van de manieren van acceptatie is die Torres & Hammarström (2006) onderscheiden (“*fact of life that cannot be overcome and must therefore be accepted*”; Torres & Hammarström, p.295). Het kan ook voorkomen dat beperkingen niet weggenomen, maar ook niet geaccepteerd kunnen worden (“*fact of life that can neither be overcome nor accepted*”; Torres & Hammarström, 2006, p.295). Dit blijkt uit hetgeen mevrouw Hoogakker (82 jaar) aangeeft over haar beperking:

Mevrouw Hoogakker: Ik wil nog graag weer fietsen, haha.

Interviewer: Ja, maar waarom wilt u dat graag?

Mevrouw Hoogakker: Waarom of ik dat graag wil? Dan heb ik de vrijheid weer. Dan zit ik niet meer opgesloten.

Interviewer: Nee, dat gevoel heeft u?

Mevrouw Hoogakker: Ah, nja... dat zeg ik, ik leg mij erbij neer. Het is niet anders. Want anders kan ik niet meer leven. Hè, dan is alles gebeurd en dat doe ik niet. Ik ga koffiedrinken, ik ga een keer de maaltijd daar [op de Steunsteer, EB] gebruiken, dat is er ook nog (...) een keer in de vier weken. Dus, maar nee, zo eventjes weg op de fiets of even weer met de taxi of met het busje, zoiets. Even weer weg, dat zou toch leuk zijn. Dat zou toch mooi voor me zijn, ja. Ja, gaat ook niet meer. Dus daarom wil ik zo graag weer mobiel zijn. Maar dat wordt ik niet meer, dat denk ik niet.

Zoals aangegeven heeft mevrouw Hoogakker te maken met slijtage van haar gewrichten, waardoor ze beperkt wordt in haar mobiliteit. Ze geeft aan deze situatie in eerste instantie te accepteren, maar bij het opsommen van wat ze nog wel kan, wordt ze bepaald bij haar beperkingen die (zeer waarschijnlijk) niet veranderd kunnen worden. Omdat dit zich verschillende keren tijdens het interview voordeed, kan op basis van Torres & Hammarström (2006) gesteld worden dat zij een beperking heeft die niet weggenomen kan worden, maar die zij ook niet kan accepteren. Ook het merendeel van de andere participanten geeft aan zich bij hun (toekomstige) beperkingen neer te (zullen) leggen. Hierbij geven ze echter wel aan dit, net als mevrouw Hoogakker, moeilijk te vinden. Wel kunnen deze participanten hier beter in berusten dan mevrouw Hoogakker.

Verschillende factoren spelen bij de participanten mee bij het kunnen accepteren van hun situatie. Ten eerste kan het geloof hieraan bijdragen, zoals mevrouw Hoving (79 jaar) laat zien:

Mevrouw Hoving: Dat laten we maar over aan zoals het is. Daar kunnen we niets aan veranderen. En dat moet ook niet. Wij moeten niet boos zijn over ons leven.

Interviewer: En waarom niet?

Mevrouw Hoving: Nou, ik vind... wij zijn geschapen, onze lieve Heer die heeft ons zo geschapen als we zijn en met onze tijd die Hij ons geeft. Dan moeten wij tevreden zijn. (...) Wij moeten ons leven uitdragen zoals onze lieve Heer ons dat geeft. Maar niet anders.

Een andere manier om beperkingen te accepteren is het relativeren van de situatie na een ingrijpende gebeurtenis. Mevrouw Geertsma (82 jaar) en mevrouw Sikkens (90 jaar) hebben bijvoorbeeld allebei een herseninfarct gehad en hoewel dit de dood of hersenletsel tot gevolg kan hebben (Pendlebury et al., 2009), zijn beiden hiervan hersteld. Uit wat mevrouw Sikkens hierover aangeeft, kan worden opgemaakt dat dit voor haar meespeelt bij het relativeren van haar beperkingen:

Interviewer: Ja, maar wat vindt u ervan dat u dat soort dingen [andere mensen bezoeken e.d., EB] niet meer kunt?

Mevrouw Sikkens: Ja, nou, je bent eraan gewend. En ik zeg: toen ik [door een TIA, EB] daar zo neergevallen was en ik was niet meer bijgekomen, dan had ik nergens van geweten. En dan had ik een hele mooie dood gehad.

Net als Von Faber (2002) beschrijft, vergelijken verder bijna alle participanten zich met anderen die minder goed af zijn, waarmee zij hun beperkingen relativeren ("*Hoeveel jongeren zijn er niet die veel minder zijn? Dan mag je nog blij zijn dat je zo bent*", mevrouw Folkers (79 jaar); "*Er zijn mensen die het erger hebben*", mevrouw Drost (75 jaar)). Ook worden zij, zoals ook Von Faber (2009) aangeeft, bepaald bij de dingen die zij nog wel kunnen ("*Je moet blij zijn met wat je nog kunt*", meneer Haverkamp (78 jaar)) en vergelijkt men zich met zowel bekenden als onbekenden. Aanvullend op de bevindingen van Von Faber (2002) komt bij de participanten die nog nauwelijks beperkt worden in hun mobiliteit (zoals meneer Bakker (71 jaar)) naar voren dat ook zij zich vergelijken met anderen als het gaat om hun toekomstige beperkingen. Sociale vergelijkingen worden daarnaast gebruikt bij het accepteren van hulpmiddelen. Zo ook door mevrouw Geertsma (82 jaar), die op dit moment nog geen hulpmiddelen gebruikt:

Interviewer: Wat zou u ervan vinden als u dat [een rollator, EB] wel zou moeten gebruiken?

Mevrouw Geertsma: Ja, als het moet dan moet het. Dat je je nog kunt verplaatsen. (...) Er zijn er zoveel.

Interviewer: Ja, dat maakt uit?

Mevrouw Geertsma: Ja, ik wou maar zeggen: het is gemakkelijk als ik dat zo zie van anderen.

Hulpmiddelen en ondersteuning

Hoewel de sociale vergelijking die mevrouw Geertsma maakt, kan helpen bij het accepteren van hulpmiddelen, werd in paragraaf 4.2 ook aangegeven dat zij het gebruik van hulpmiddelen (zoals een rollator) associeert met het negatieve sociale imago van 'oud-zijn':

Ja... dat je je dan écht oud voelt. Je bent nou wel oud, maar je voelt je nog niet zo. Op zo'n manier.

De sociale normen op basis waarvan men zich met anderen vergelijkt (Von Faber, 2009), kunnen dus ook een negatief effect op de acceptatie van hulpmiddelen hebben. Toch behoudt een aantal participanten hun mobiliteit door het gebruik van hulpmiddelen, zoals ook aangetoond wordt door Mollenkopf et al. (2004). Ten aanzien van het gebruik van hulpmiddelen kan geconcludeerd worden dat men er over het algemeen van tevoren terughoudend over is. Als men ze eenmaal gebruikt, is men er echter positief over. Uit Tabel 3 (hoofdstuk 3) blijkt dat mevrouw Hoogakker (82 jaar), mevrouw Sikkens (90) en mevrouw Folkers (79 jaar) een rollator gebruiken en mevrouw Jager rolstoelgebonden is. Behalve mevrouw Jager, zijn deze participanten positief over hun hulpmiddel ("*Je kunt met de rollator overal komen*", mevrouw Sikkens (90 jaar)). Drempels die terughoudendheid ten opzichte van het gebruik van hulpmiddelen veroorzaken, zijn onder andere het hierboven genoemde sociale imago dat het gebruik van hulpmiddelen heeft en angst voor incompetentie in het gebruik ervan:

Interviewer: Wat veroorzaakt dat u dat [het gebruik van een scootmobiel, EB] niet durft?

Mevrouw Jager (67 jaar): Angstig. Dat dat ding... nee dat doe ik niet. (...) Ik heb het zo vaak gehoord met die scootmobielen, dan komen ze in het water, dan komen ze dit en zo.

Verder blijkt dat de meeste participanten die nu nog geen gebruik van hulpmiddelen maken, denken later vooral gebruik te maken van taxi's als hulpmiddel bij mobiliteitsverminderingen. Voor het gebruik van openbaar vervoer noemen deze participanten dezelfde bezwaren als door onder anderen Broome et al. (2010) en in paragraaf 4.1.3 onder *Modaliteiten* zijn genoemd (mogelijke lastige toegankelijkheid en onbekendheid met het openbaar vervoer).

Tot slot kan men hulp krijgen van de sociale omgeving. Ondanks het feit dat men grote waarde hecht aan onafhankelijke mobiliteit (zie paragraaf 4.1.4 en 4.2), krijgt een deel van de participanten ondersteuning vanuit de sociale omgeving. Men rijdt bijvoorbeeld met anderen mee (bijvoorbeeld mevrouw Hoving en mevrouw Wiegers), of boodschappen of de was wordt voor hen gedaan (o.a. meneer Boersma en mevrouw Hoogakker, mevrouw Sikkens en mevrouw Folkers). Opvallend hierbij is dat van de 10 participanten die kinderen hebben, er 8 terugvallen op hun kinderen als het gaat om ondersteuning. Mevrouw Geertsma (82 jaar) geeft als reden op de vraag waarom ze het fijner vindt om hulp van haar dochter te krijgen:

Ze weet alles hier en we kunnen er goed over praten als er iets gebeuren moet en zoiets. Ze weet uit zichzelf wel wat, dus: 'zal ik dit even doen, of dat even'?

Dat mevrouw Geertsma goed met haar dochter kan praten en zij erop vertrouwt dat haar dochter weet wat er moet gebeuren, wijst erop dat ze vertrouwd is met haar eigen dochter. Sommigen geven daarnaast aan een beroep te doen op de wederkerige relatie die zij met hun kinderen hebben, zoals mevrouw Drost (75 jaar):

Dan denk ik dat ik toch zeg: (...), kom even dan-en-dan, gaan we even boodschappen doen. Nou, dan moeten ze maar tijd voor me maken, ik heb ook altijd tijd voor hen gemaakt. Ik heb toch voor allebei 20 jaar gezorgd.

Het vertrouwen dat en de wederkerigheid die men bij de eigen kinderen heeft, zijn ook onderdelen van het concept *social capital* (Klein, 2013). Dat men met name terugvalt op eigen kinderen kan dan ook vanuit dit concept verklaard worden. Zoals al onder paragraaf 4.1.3 onder *Sociale omgeving* is aangegeven, wijzen de vele bezoeken aan de kinderen en hetgeen men in de interviews aangeeft erop dat men veel *bonding social capital* bij de eigen kinderen heeft opgebouwd. Hierdoor is geïnvesteerd in relaties en vertrouwelijke banden met de eigen kinderen en deze investeringen verdienen zich nu terug in de vorm van ondersteuning. Een tweetal participanten geeft echter ook aan hun kinderen niet tot last te willen zijn ("Ik wil mijn kinderen nergens toe verplichten", mevrouw Hoogakker (82 jaar)). Hieruit kan blijken dat zij in mindere mate gebruik (willen) maken van de wederkerige band met hun kinderen. Wel worden deze participanten geholpen door hun kinderen, wat erop wijst dat deze kinderen wel wederkerig naar hun ouders toe zijn. Daarnaast lopen sommige participanten tegen het probleem aan dat hun verzoek om ondersteuning hun kinderen niet gelegen komt:

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

Meneer Haverkamp (78 jaar): Je moet altijd maar geluk hebben dat een ander dat past. Kijk, zij [de kinderen, EB] (...) moeten ook maar tijd hebben.

Mevrouw Haverkamp (71 jaar): Ze hebben nu vakantie, maar normaal zijn ze er niet.

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

Ook andere onderzoeken (Berg et al., 2014; Lager et al., 2015) wijzen op het probleem van verschillende tijdruimtepatronen van jongeren en ouderen. Lager et al. (2015) wijzen er hierbij op dat

jongeren vaak overdag werken en daarom hun oudere buurtbewoners niet of nauwelijks zien, wat voor ouderen een drempel kan vormen voor het vragen van hulp aan de jongeren die zij niet kennen. Wat hier in het geval van de participanten blijkt, is dat er door de *counter-urbanization* (Bereton et al., 2011) veel nieuwe bewoners in bijvoorbeeld Weiteveen en Bellingwolde zijn komen wonen. Zoals ook al in paragraaf 4.1.3 onder *Sociale* omgeving is aangegeven, ziet een aantal participanten deze nieuwe bewoners als 'import' en komt het voor dat zij minder bereid zijn om te investeren in *bridging social capital* bij deze nieuwe bewoners, wat een drempel vormt voor het vragen van hulp aan hen. Wat hierbij voor een enkele participant ook meespeelt, is dat de nabije sociale omgeving uit enkel andere oudere mensen bestaat, die geen hulp kunnen bieden. Dit laatste blijkt ook uit het onderzoek van Lager et al., (2015). Deze resultaten bevestigen de bevindingen Jager-Vreugdenhil (2012) en Lager et al. (2015) dat het ontvangen van ondersteuning vanuit sociale omgeving niet vanzelfsprekend is.

Het concept *social capital* kan ook een verklaring zijn voor het feit dat participanten positief staan tegenover de professionele hulp die zij in het huishouden krijgen en voor het feit dat de taxi vaak wordt genoemd als potentieel toekomstig hulpmiddel. Met professionele hulpverleners heeft men namelijk in mindere mate een sociale relatie met vertrouwen en wederkerigheid, waardoor er geen *social capital* ingezet hoeft te worden ten opzichte van de hulpverlener of taxichauffeur. Hierdoor heeft het ontvangen van hulp geen gevolgen voor de gelijkheid van de sociale verhoudingen tussen de participanten en de hulpverlener of taxichauffeur waarvan zij afhankelijk zijn. Deze gevolgen kunnen er volgens onder andere Goins et al. (2014) wel zijn voor de sociale verhoudingen tussen de oudere persoon en de mensen waarvan deze persoon afhankelijk is, als men hulp van de sociale omgeving krijgt. Het kan overigens wel voorkomen dat ouderen *social capital* en daardoor een sociale relatie met vertrouwen en wederkerigheid bij professionele hulpverleners opbouwen, als professionele hulpverleners hen voor een langere periode frequent hulp verlenen. Bij de participanten is dit echter waarschijnlijk niet het geval, omdat degenen die professionele hulp in het huishouden krijgen, aangeven vaak geholpen te worden door verschillende hulpverleners ("*Nou komen er veel meer meisjes (...) het zijn iedere keer anderen*", mevrouw Sikkens (90 jaar)). De precieze reden voor het feit dat men positief tegenover professionele ondersteuning staat, kan uit dit onderzoek niet worden opgemaakt. Vervolgonderzoek kan hier nader inzicht in geven en zou kunnen uitwijzen welke rol *social capital* in (de houding van ouderen tegenover) het ontvangen van professionele hulp speelt.

Aanpassen en compensatie beperkingen

Een aantal participanten is bewust verhuisd om dichterbij de eigen kinderen te komen wonen (o.a. mevrouw Drost (75 jaar) en mevrouw Sikkens (90 jaar)) en zo gemakkelijker ondersteuning van de kinderen te kunnen krijgen. Als de *person-environment fit* theorie (Lawton & Nehmow, 1973 in Smith, 2009) hierop wordt toegepast, dan hebben deze participanten met hun (sociale) omgeving actief gekozen met hun *personal competence* (Smith, 2009), om zo tot een betere *person-environment fit* te komen. Anderen gebruiken hun *personal competence* om de *environmental press* van de fysieke omgeving te overwinnen. Zo zijn mevrouw Drost (75 jaar) en mevrouw Wiegers (83 jaar) bijvoorbeeld voorzichtiger geworden in de manier waarop zij zich verplaatsen en zorgen andere participanten, zoals meneer Boersma (87 jaar), ervoor dat ze in de buurt van andere mensen blijven:

Meneer Boersma: Ik rij niet gauw naar een stille weg waar ik alleen rij. Dat doe ik niet. Dat is niet meer vertrouwd tegenwoordig. Dus ik rij vaak het centrum en de begaanbare wegen.

Interviewer: Omdat daar meer mensen zijn, wat meer verkeer?

Meneer Boersma: Ja, als je iets overkomt, dan ben je in ieder geval dichterbij dan dat je bij wijze van spreken op een landbouwweg zit. De Ruilverkavelingsweg, daar vind je niet anders dan landerijen en de boer. (...) Maar verder zie je daar geen mensen.

Het wegtrekken van voorzieningen (paragraaf 2.4.3 en 3.4) kan ook als een onderdeel van de *environmental press* in krimpgebieden worden gezien. Ook voor het overwinnen van deze *environmental press* gebruiken de participanten hun *personal competence*. Zoals in paragraaf 4.1.3

aangegeven, doen bijvoorbeeld de kinderen van verschillende participanten uit Bellingwolde de boodschappen voor hen, nu hier de supermarkt is verhuisd (paragraaf 3.4.2). Deze ondersteuning door de sociale omgeving is volgens Smith (2009) een onderdeel van de *personal competence*. Mevrouw Drost (75 jaar) geeft daarnaast aan dat zij na de verhuizing van de supermarkt vaker boodschappen is gaan doen in een supermarkt in de omliggende dorpen (Vlagtwedde en Pekela). Als reden hiervoor geeft ze aan dat ze, nu toch verder moet rijden naar de supermarkt, af en toe nog wat verder rijdt om daardoor in beweging te zijn. Bij haar zijn dus haar lichamelijke capaciteiten haar *personal competence* (Lawton et al., 1982). Deze voorbeelden pleiten voor de *environmental proactivity hypothesis* van Lawton (1999), boven de *environmental docility hypothesis* van Lawton (1990; zie paragraaf 2.4.2).

Naast het aanpassen van de verwachtingen en het gebruik van de omgeving om een betere *person-environment fit* te krijgen, richt een aantal participanten zich bewust op wat zij nog wel kunnen. Dit is het duidelijkst te zien bij mevrouw Jager (67 jaar), die rolstoelgebonden is en daardoor weinig verplaatsingen aflegt. Ze probeert in haar huis echter nog zoveel mogelijk zelf te doen:

Wat ik zelf kan doen, doe ik zelf. (...) Afwassen doe ik ook altijd. (...) Een hele poos met die benauwigheid kon ik niet meer naar het toilet. Ja, wel met een zuster erbij, hoor. (...). Kijk, maar nou is dat niet meer zo, nou doe ik dat zelf weer.

Wat mevrouw Jager aangeeft komt overeen met de bevindingen van Mollenkopf et al. (2004) dat de oriëntatie binnenshuis bij minder mobiele ouderen groter is, terwijl zij minder prioriteit stellen aan mobiliteit buitenshuis. Deze bevindingen kunnen verklaard worden vanuit het concept *selective optimization with compensation* (Chou & Chi, 2001; Markides, 2007). Mevrouw Jager *selecteert* de taken in haar huishouden die ze nog wel kan uitvoeren en *optimaliseert* deze waar nodig en mogelijk, waarbij deze middelen haar mobiliteit deels *compenseren*. *Selective optimization with compensation* kan ook toegepast worden op de factoren die volgens de participanten het welzijn bepalen (paragraaf 4.1.1). Als een bepaalde factor door ouderdomsbependingen niet kan bijdragen aan het welzijn, compenseert men deze met een andere welzijnsbepalende factor. Dit is goed te zien bij mevrouw Hoogakker (82 jaar). Hoewel ze mobiliteit erg belangrijk vindt en als welzijnsbepalende factor ziet, is ze zich (zoals eerder aangegeven) ervan bewust dat ze beperkt is in haar mobiliteit. De factor 'mobiliteit' wordt dus belemmerd in het bijdragen aan haar welzijn. Op de vraag wat haar welzijn bepaalt, beschrijft ze echter uitvoerig hoe het contact met en harmonie tussen haar kinderen en anderen bijdraagt aan haar welzijn. Dit kan erop wijzen dat deze factoren de bijdrage van haar mobiliteit aan haar welzijn vervangen.

Als mobiliteit benaderd wordt vanuit het mobiliteitsparadigma dat Sheller & Urry (2006) beschrijven, kunnen mobiliteitsbeperkingen tot slot ook op andere manieren gecompenseerd worden. Alles wat een afstand overbrugt behoort in dit concept tot mobiliteit, dus ook bijvoorbeeld ingebeeld mobiliteit (herinneringen), ingebeeld reizen door middel van visuele objecten (foto's, boeken, televisie e.d.), de virtuele mobiliteit via internet en communicatie door middel van verschillende technologieën (Sheller & Urry, 2006; Urry, 2007). Deze middelen kunnen een vervanging zijn voor de fysieke mobiliteit. Verschillende participanten gebruiken deze middelen. Zo herinneren veel participanten zich dingen van vroeger, kijkt men veel televisie en maken meneer Bakker (75 jaar) en mevrouw Jager (67 jaar) gebruik van Skype en Facebook voor de communicatie met anderen. Daarnaast leest men veel en verwijzen drie participanten naar foto's van vroeger of van recente (familie)gebeurtenissen. Geen van deze participanten ziet desgevraagd deze middelen echter als vervanging van hun fysieke verplaatsingen. Wel kan men door het gebruik van deze middelen het welzijn behouden (Ziegler & Schwanen, 2011). Dat dit niet altijd het geval is, kan duidelijk worden gemaakt met een uitspraak van mevrouw Hoogakker (82 jaar):

(...) Mobiliteit, dat is voor mij het belangrijkste. Dat zou ik zo graag willen! Ik droom er wel eens over. Ja, en dan kan ik lopen! Ja, ik heb veel gelopen, ik heb veel gefietst. Ja, dat is heel belangrijk. Maar dat gaat niet meer, dat wordt ook niet meer. Daar moet je dan ook niet meer over zeuren. Hè, dat is geweest.

Mevrouw Hoogakker droomt over mobiliteit, wat gezien kan worden als ingebeelde mobiliteit die de fysieke verplaatsingen vervangen. Te zien is echter dat ze door het inbeelden van mobiliteit bepaald wordt bij haar beperkingen, wat zeer waarschijnlijk geen positieve invloed op haar welzijn heeft, maar eerder het tegenovergestelde. Het verschil in gevolgen van het gebruik van alternatieve mobiliteitsmiddelen voor (het behouden van) het welzijn, kan verklaard worden vanuit de *mobility of the self* (Ziegler & Schwanen, 2011; zie paragraaf 2.3). Deze psychologische openheid om zich te verbinden met anderen is volgens Ziegler & Schwanen (2011) cruciaal voor het behouden van het welzijnsniveau.

4.4 Toepassing in de praktijk

Geconcludeerd kan worden dat alle participanten hun welzijn positief beoordelen. Dit wordt veroorzaakt door de positieve relaties tussen de mobiliteit en het welzijn (paragraaf 4.2) en doordat de minder mobiele participanten adaptief reageren op hun mobiliteitsbeperkingen, waardoor zij hun welzijnsniveau behouden (paragraaf 4.3). Aan de hand van deze inzichten kan antwoord worden gegeven op centrale vraag 2, die luidt: op welke wijze kan het welzijn van ouderen in krimpgebieden aan de hand van de verkregen inzichten worden behouden of vergroot? Omdat uit de verkregen inzichten blijkt dat alle participanten hun welzijn als positief beoordelen, is hierbij voornamelijk gekeken naar de manier waarop dit welzijn behouden kan worden.

Zoals aangegeven in paragraaf 4.2 zijn in paragraaf 4.2 en 4.3 hoofdzakelijk de individuele karakteristieken en sociale externe omstandigheden uit het concept *quality of life* behandeld. In deze paragraaf zullen met name de fysieke externe omstandigheden uit dit concept aan bod komen. Uit de eerder aangehaalde factsheet van het RIVM (RIVM, 2015) blijkt namelijk dat inwoners van krimpgebieden behoefte hebben aan bepaalde voorzieningen in hun woonomgeving (zie paragraaf 3.4.1). Aangezien de aanwezigheid en toegankelijkheid van lokale voorzieningen volgens Gabriel & Bowling (2004) bijdragen aan de *quality of life* van ouderen (zie Tabel 2 in paragraaf 2.1), kunnen de inzichten uit dit onderzoek gebruikt worden om in deze behoefte te voorzien, om zo het welzijn van ouderen in krimpgebieden te behouden. Aan de participanten is daarom gevraagd welke behoefte zij precies ten aanzien van voorzieningen in hun woonomgeving hebben. Hierna worden de resultaten uiteengezet, waarbij de verkregen inzichten hierop worden toegepast.

Verskil tussen ontbrekende en verdwijnende voorzieningen

Ten eerste komt naar voren dat er verschillend wordt gereageerd op voorzieningen die er (al langer) niet (meer) zijn en op voorzieningen die dreigen te verdwijnen of recentelijk verdwenen zijn. Voorzieningen die er niet (meer) zijn worden minder gemist, omdat men aan de afwezigheid van deze voorzieningen gewend is geraakt. Dit wordt duidelijk gemaakt door meneer Haverkamp (78 jaar):

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

Meneer Haverkamp: Ja, maar wij weten van tevoren 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.

Ook andere participanten geven aan te wennen aan het gegeven dat bepaalde voorzieningen er niet (meer) zijn. Deze gewenning heeft overeenkomsten met het accepteren van beperkingen, zoals Torres & Hammarström (2006) dit beschrijven. Hierna zal uiteengezet worden welke voorzieningen die nog niet zo lang geleden verdwenen zijn, wel gemist worden.

Voorzie het sociale leven in de buurt

In paragraaf 3.4.2 is aangegeven dat de supermarkt in Bellingwolde in 2013 is verhuisd, waardoor deze niet meer in de nabijheid van het appartementencomplex van de participanten gevestigd is. Zoals in paragraaf 4.1.3 is beschreven, is een aantal participanten daardoor voor hun boodschappen afhankelijk geworden van anderen. In paragraaf 4.2 werd daarnaast ook aangegeven dat men door de verhuizing van de supermarkt een ontmoetingsplaats is verloren. Hoewel er een alternatieve ontmoetingsplaats voor de participanten is en zij daar gebruik van maken (de Steunstee; paragraaf 3.4.2 en 4.1.3), geven de participanten aan de supermarkt als ontmoetingsplaats te missen en dat zij door de verhuizing van de supermarkt sociale contacten zijn kwijtgeraakt. Dit wordt duidelijk gemaakt door mevrouw Hoogakker (82 jaar):

Interviewer: En bent u de mensen die daar [bij de oude locatie van de supermarkt in Bellingwolde, EB] kwamen ook minder gaan zien?

Mevrouw Hoogakker: Ja, ja. Daar klagen ze allemaal over. Overal in alle straten hier. Missen ze allemaal.

Interviewer: Oké, maar heeft u ook een alternatieve plek waar u die mensen alsnog kunt ontmoeten?

Mevrouw Hoogakker: Nee, die ontmoet je niet allemaal weer. Sommigen wel, dat zeg ik, die komen hier op Steunstee. Maar allemaal ontmoet je ze niet meer. Nee, dat is gebeurd.

Interviewer: En waarom is dat?

Mevrouw Hoogakker: Ja, (...) de jongeren, die komen daar niet. Op Steunstee niet. De ouderen wel, maar de jongeren niet. Maar ik ken ook zoveel jongeren die ik als burens gehad heb. En daar weer kinderen van. En die kwamen daar wel allemaal bij de supermarkt. (...) Maar dat is allemaal weg. Dat is heel jammer (...). Zeg ik, het is hard achteruitgegaan in Bellingwolde, heel jammer.

Bij het verdwijnen van het zalencentrum in Weiteveen (paragraaf 3.4.2) is hetzelfde te zien. Ook hierover werd in paragraaf 4.2 aangegeven dat dit zalencentrum een ontmoetingsplaats voor inwoners van Weiteveen was, waar veel sociale activiteiten plaatsvonden. Hoewel ook hier voor sommige activiteiten een alternatieve locatie is, geven ook de participanten uit Weiteveen aan het zalencentrum als ontmoetingsplaats te missen.

Zoals eerder aangegeven, draagt het participeren in sociale activiteiten en het kunnen onderhouden van een sociaal netwerk bij aan het welzijn (paragraaf 2.3 en 4.2; o.a. Bowling & Gabriel, 2007; Gabriel & Bowling, 2004; Goins et al., 2014; Ziegler & Schwanen, 2011) en werd onder andere 'sociale omgang met mensen' genoemd als welzijnsbepalende factor (paragraaf 4.1.1). In paragraaf 2.4.2 werd echter ook aangegeven dat sociale netwerken zijn gesitueerd in geografische contexten (Jorgensen, 2010; Lager et al. 2015). Aangezien slechts een enkele participant heeft aangegeven een sociale activiteit buiten het eigen dorp te bezoeken, kan geconcludeerd worden dat de dorpen waar de participanten in wonen de belangrijkste geografische contexten voor hun sociale netwerken zijn. Dit kan ook veroorzaakt worden door het feit dat een groot deel van de participanten geen rijbewijs bezit (paragraaf 4.1.3), men liever niet afhankelijk is van anderen als het gaat om mobiliteit (paragraaf 4.1.4) en hulp vanuit de sociale omgeving niet vanzelfsprekend is (paragraaf 4.3), waardoor met name andere mensen en voorzieningen in de nabije omgeving worden bezocht (paragraaf 4.1.3). Ook andere onderzoeken wijzen op het belang dat de nabije omgeving van (minder mobiele) ouderen voor hun sociale netwerken heeft (Forrest & Kearns, 2001 en Gray, 2009 in Lager et al., 2015), op het feit dat ondersteuning vanuit sociale omgeving niet vanzelfsprekend is (Jager-Vreugdenhil, 2012; Lager et al., 2015) en op het belang van onafhankelijke mobiliteit voor het welzijn (o.a. Goins et al., 2014; Ziegler & Schwanen, 2011). Vanwege de positieve invloed van sociale contacten op het welzijn, het belang van de nabije omgeving voor de sociale netwerken van (minder mobiele) ouderen en de bevindingen dat ondersteuning vanuit de sociale omgeving niet vanzelfsprekend is en dat afhankelijke mobiliteit een negatieve invloed op het welzijn kan hebben, kunnen sociale voorzieningen het best in de nabije woonomgeving van ouderen worden gevestigd. Op deze manier is het met name voor de

minder mobiele ouderen mogelijk om mensen uit hun nabije omgeving te ontmoeten en een sociaal netwerk te onderhouden, zonder dat zij om ondersteuning in hun mobiliteit hoeven te vragen. Belangrijk is wel dat het voor alle leeftijden aantrekkelijk is om deze sociale voorziening te gebruiken, zodat ouderen en jongeren elkaar kunnen ontmoeten. Dit kan een oplossing zijn voor het probleem van de verschillende tijdruimtepatronen van ouderen en jongeren (paragraaf 4.3; Lager et al., 2015), waardoor ouderen gemakkelijker *bridging social capital* (Klein, 2013) bij jongeren kunnen opbouwen en voor ouderen de drempel voor het vragen om hulp aan jongeren wordt weggenomen. Hiervoor kunnen in Bellingwolde bijvoorbeeld andere activiteiten in de Steunsteede worden georganiseerd. In Weiteveen kan de gesloten christelijke basisschool (Weiteveen.info, 2013; zie Bijlage 8) een geschikte locatie zijn om een sociale ontmoetingsplek in te vestigen.

Gezondheidszorg het liefst in de buurt

Naast sociale ontmoetingsplaatsen worden tot slot gezondheidszorgvoorzieningen gemist. Dit speelt met name in Weiteveen, omdat in Bellingwolde, Veendam en Emmen nog huisartsen en apotheken aanwezig zijn en de huisarts in Bellingwolde een aantal participanten thuis bezoekt. Dat de participanten in Weiteveen behoefte hebben aan gezondheidszorgvoorzieningen kan verklaard worden door het feit dat ouderen veel gebruikmaken van gezondheidszorg (RIVM, 2015) en men daardoor vaak afhankelijk van anderen is om de huisarts te bereiken of om medicijnen op te halen. Opnieuw speelt hierbij dus het belang van onafhankelijke mobiliteit voor het welzijn, zoals al meerdere keren is aangegeven en ook verschillende onderzoeken hebben aangetoond (paragraaf 2.3 en 4.1.4; o.a. Goins et al., 2014; Schwanen et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011). Door in de behoefte aan gezondheidszorgvoorzieningen te voldoen, kan een groot deel van de afhankelijke mobiliteit worden voorkomen, wat een positieve invloed op het welzijn van ouderen zal hebben. Dit kan door een huisarts of apotheek in de dorpen 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 een dorp bezoeken, de vestiging van een afhaalpunt van medicijnen in het dorp, of het gebruik van de post of een koerier voor het verspreiden van medicijnen (PostNL, z.d.; Mediq Apotheek, 2010).



5. Conclusies en aanbevelingen

[LEESWIJZER](#)

Dit onderzoek geeft inzicht in de mobiliteit en het welzijn van ouderen (65+) in krimpgebieden en verklaart de verschillende relaties hiertussen. In dit hoofdstuk worden in paragraaf 5.1 conclusies uit de resultaten van dit onderzoek getrokken en worden in paragraaf 5.2 aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

5.1 Conclusies

Aanleiding

In krimpgebieden daalt het inwoneraantal doordat vooral jonge mensen wegtrekken voor bijvoorbeeld werk of studie (Haartsen & Venhorst, 2009). Ook heeft de toename van het autogebruik de schaal van het dagelijks leven vergroot, waardoor dorpen in krimpgebieden hoofdzakelijk een monofunctionele woonfunctie hebben (Droogleevers Fortuijn, 1999). Door deze ontwikkelingen kunnen voorzieningen in deze gebieden minder goed in stand worden gehouden, wat de *rural penalty* tot gevolg heeft: een lagere dichtheid van voorzieningen en daardoor een grotere afstand tot deze voorzieningen (Malecki, 2003). Mobiliteit is in krimpgebieden hierdoor erg belangrijk (Ziegler & Schwanen, 2011). Ouderen hebben echter te maken met verminderde mobiliteit (o.a. Kaiser, 2009; Mollenkopf et al., 2004), wat wordt veroorzaakt door hun verminderde lichamelijke gesteldheid en verminderde gezondheid (Ketcham & Stelmach, 2000). Hierdoor kan het voorkomen dat zij voorzieningen minder makkelijk kunnen bereiken, wat een negatieve invloed kan hebben op hun welzijn. Verschillende onderzoeken wijzen namelijk op een positieve multidimensionale relatie tussen mobiliteit en welzijn. (o.a. Alsnih & Hensher, 2003; Carp, 1988; Cvitkovich & Wister, 2001; Gabriel & Bowling, 2004; Goins et al., 2014; Metz, 2000; Mokhtarian & Salomon, 2001; Parkhurst et al., 2013; Schwanen et al., 2012; Waldorf, 2003; Zeitler et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011).

Tegelijk is het beleid van de overheid om *ageing in place* (het langer thuis wonen) te stimuleren, omdat dit gezondheidszorgkosten bespaart en een positieve invloed op het welzijn kan hebben (Smith, 2009; Van den Heuvel, 1997 en Wiles et al., 2012 in Lager et al., 2015). Vanwege het verdwijnen van voorzieningen en vanwege de verminderde mobiliteit van ouderen, waardoor zij deze voorzieningen minder gemakkelijk (zelfstandig) kunnen bereiken, kan *ageing in place* in krimpgebieden echter een negatief effect op het welzijn hebben.

Onderzoek

Omdat veel onderzoek en beleid is gericht op zogenaamde *age-friendly cities* (ouder worden in een stedelijke omgeving; zie Murray, 2015, Steels, 2015, WHO, 2007), kijkt het huidige onderzoek naar het verbeteren of behouden van het welzijn van ouderen die in krimpgebieden wonen. Het huidige onderzoek geeft inzicht in het welzijn en de mobiliteit van ouderen (65+) die in krimpgebieden in Groningen en Drenthe wonen en verklaart de relaties tussen de mobiliteit en het welzijn van deze ouderen. Ook bepaalt het op welke wijze deze kennis gebruikt kan worden om het welzijn van ouderen in krimpgebieden te behouden of te vergroten. Elf ouderen uit Veendam en Bellingwolde in Groningen en Emmen en Weiteveen in Drenthe hebben aan dit onderzoek deelgenomen. Om de fysieke verplaatsingen van deze participanten in kaart te brengen, hebben zij een week lang een GPS-logger bij zich gedragen, die al hun verplaatsingen registreerde. Vervolgens zijn interviews bij de participanten afgenomen. Tijdens deze interviews lichtten zij hun verplaatsingen toe, waarbij ze uitleg gaven over de bezochte locaties en activiteiten en over de ondersteuning die zij bij hun verplaatsingen hebben gekregen. Deze interviews zijn ook gebruikt om dieper inzicht te krijgen in de mobiliteit van de participanten, in de perceptie die de participanten op hun mobiliteit hebben en in de manier waarop zij om (denken te) gaan met mobiliteitsbeperkingen. Tot slot gaven de interviews inzicht in hoe de participanten zelf hun welzijn beoordelen en verklaren.

Relaties mobiliteit en welzijn

De resultaten van dit onderzoek zijn in lijn met eerdere onderzoeken. Als eerste blijkt dat mobiliteit voor de participanten de betekenis heeft van vrijheid, onafhankelijkheid en 'jong-zijn' (tegenover het imago van 'oud-zijn' dat immobiliteit met zich meebrengt). Verschillende onderzoeken komen ook op deze betekenissen van mobiliteit (Goins et al., 2014; Waldorf, 2003; Ziegler & Schwanen, 2011). Ziegler & Schwanen (2011) geven daarbij aan dat mobiliteit bijdraagt aan het welzijn, omdat het onafhankelijkheid mogelijk maakt: "*mobility contributes to wellbeing, because it provides independence*" (p.777). Bijna alle participanten gaven dan ook expliciet aan onafhankelijke mobiliteit te prefereren boven afhankelijke mobiliteit. Uit de resultaten van dit onderzoek blijken verder drie functies van mobiliteit, die bijdragen aan het welzijn van de participanten: de sociale, psychologische en fysieke functie.

De sociale functie draagt bij aan het welzijn, omdat het ouderen, vanwege de hierboven genoemde betekenissen, een bepaalde sociale status geeft (Cresswell, 2010; Kaiser, 2009). Een aantal participanten heeft dan ook het idee dat immobiliteit of afhankelijke mobiliteit een negatief sociaal imago heeft. Naast deze sociale status, maakt mobiliteit het mogelijk om anderen te bereiken en te participeren in sociale activiteiten en sociale netwerken te onderhouden, wat positieve gevolgen heeft voor het welzijn (o.a. Carp, 1988; Metz, 2000; Schwanen et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011). Ook de participanten geven aan dat factoren als 'er voor de ander kunnen zijn', 'sociale omgang met mensen' en 'contacten met eigen kinderen' bijdragen aan hun welzijn en hebben meerdere sociale bezoeken afgelegd in de periode dat de GPS-loggers hun verplaatsingen registreerde.

De tweede functie van mobiliteit is de psychologische functie. Om te voorkomen dat men hele dagen in huis doorbrengt, gaat een aantal participanten er geregeld 'tussenuit' en fietst dan een rondje zonder specifieke locatie of activiteit te bezoeken. Deze *undirected travel* geeft volgens de participanten en ook volgens Mokhtarian & Salomon (2001) een afwisseling in het leven, wat bijdraagt aan het welzijn. Daarnaast geeft mobiliteit een gevoel van controle, onafhankelijkheid en autonomie (Mokhtarian & Salomon, 2001), wat positieve gevolgen voor het welzijn heeft (Gabriel & Bowling, 2004; Gilroy, 2007). Dit is goed te zien bij de potentiële verplaatsingen (de mogelijkheden en opties om verplaatsingen af te leggen; Metz, 2000). Een participant gaf aan dat zij "*het niet zou willen missen*" dat ze de mogelijkheid heeft om weg te kunnen gaan. Volgens Parkhurst et al. (2013) draagt dit besef positief bij aan het welzijn. Participanten die verminderd mobiel zijn, beseffen daarentegen dat zij geen potentieel verplaatsingen kunnen afleggen en associeerden zij hun mobiliteitsbeperking met "*opgesloten zitten*" en "*vastzitten*", wat een negatieve invloed op hun welzijn kan hebben.

Undirected travel heeft ook positieve gevolgen voor de lichamelijke gesteldheid (Mollenkopf et al., 2004). Dit geeft, tot slot, de fysieke functie van mobiliteit aan. Participanten geven aan dat 'mentale en fysieke gezondheid' en 'actief zijn' factoren zijn die bijdragen aan het welzijn en de meesten gebruiken hun mobiliteit dan ook om in beweging te blijven. Daarnaast gebruikt een aantal participanten hun mobiliteit om fysieke locaties te bereiken. Ook dit kan een bijdrage leveren aan hun welzijn, aangezien ook 'de (natuurlijke) omgeving' en 'voorzieningen' door sommigen als welzijnsbepalende factoren zijn genoemd.

Adaptieve reacties

De bovenstaande bevindingen en bevindingen uit andere onderzoeken (o.a. Metz, 2000 en Ziegler & Schwanen, 2011) wijzen op een positieve, multidimensionale relatie tussen mobiliteit en welzijn. Toch zijn ook de minder mobiele participanten positief over hun welzijn, omdat zij adaptief reageren op mobiliteitsverminderingen. Zo accepteren zij hun beperkingen als *facts-of-life* (Torres & Hammarström, 2006) en vergelijken zij zich met anderen in vergelijkbare situaties (Von Faber, 2002). Ook selecteren participanten de taken die ze nog wel kunnen uitvoeren en de factoren die nog wel kunnen bijdragen aan hun welzijn. Deze optimaliseren ze waar nodig en mogelijk, waarbij deze middelen en factoren respectievelijk hun mobiliteit en welzijn deels compenseren (*selective optimization with compensation*; Chou & Chi, 2001; Markides, 2007). Op deze manier gebruiken de participanten hun *personal*

competence om de taken die zij nog wel kunnen uitvoeren te selecteren en te optimaliseren, om zo de *environmental press* te overwinnen en een betere *person-environment fit* te krijgen (Lawton & Nehmow, 1973 in Smith, 2009). De *environmental press* wordt in krimpgebieden onder andere veroorzaakt door het wegtrekken van voorzieningen. Participanten die verminderd mobiel zijn en hierdoor deze voorzieningen niet meer kunnen bereiken, compenseren deze beperking onder andere door zich te richten op hun *personal competence* waarmee ze taken in het huishouden kunnen uitvoeren, of door middel van virtuele mobiliteit (Sheller & Urry, 2006) in de vorm van televisiekijken. De *personal competence* die participanten gebruiken om voorzieningen die verder weg zijn gevestigd te bereiken, bestaat uit ondersteuning uit de sociale omgeving en het gebruik van hulpmiddelen of lichamelijke capaciteiten.

Een aantal participanten gebruikt hulpmiddelen, zoals rollators en rolstoelen, waardoor zij hun mobiliteit kunnen behouden (Mollenkopf et al., 2004). Voordat men dergelijke hulpmiddelen gebruikt, is men er over het algemeen echter terughoudend over. Dit wordt met name veroorzaakt door de voorkeur die de participanten voor onafhankelijke mobiliteit hebben en doordat immobiliteit door sommige participanten wordt geassocieerd met een negatief sociaal imago (Kaiser, 2009). Participanten die op dit moment nog geen hulpmiddelen gebruiken, denken later vooral later vooral gebruik te maken van taxi's als hulpmiddel. Met staat bijvoorbeeld negatief tegenover het gebruik van openbaar vervoer, omdat met er onbekend mee is, of omdat (men verwacht dat) zij niet in staat zijn om er gebruik van te maken (zie ook Broome et al., 2010). Ook de elektrische fietst lijkt echter (gezien het vele gebruik ervan en gezien het feit dat sommige participanten die geen rijbewijs hebben, er afhankelijk van zijn) een hulpmiddel bij mobiliteitsbeperkingen te zijn, met name in het geval men geen auto meer mag of kan rijden.

Ondersteuning uit de sociale omgeving krijgen de participanten hoofdzakelijk van de eigen kinderen. Hoewel men ook hierbij aangeeft dat men liever onafhankelijk mobiel is, rijdt men wel met de eigen kinderen mee, of de kinderen doen de boodschappen voor hun ouders. Een verklaring hiervoor kan zijn dat men heeft geïnvesteerd in vertrouwen en wederkerigheid bij de eigen kinderen (en dus in *social capital*; Klein, 2013) en dat deze investering zich nu terugverdient in de vorm van ondersteuning. Een aantal participanten is ook verhuisd om dichterbij de eigen kinderen te kunnen wonen. Dat men in de regel geen hulp vraagt aan anderen, kan verklaard worden vanuit Jager-Vreugdenhil (2012) en Lager et al., (2015), die stellen dat het ontvangen van ondersteuning uit sociale omgeving niet vanzelfsprekend is. Voor de participanten uit Weiteveen en Bellingwolde kan dit veroorzaakt worden doordat zij de bewoners die door de *counter-urbanization* (Bereton et al., 2011) in Weiteveen en Bellingwolde zijn komen wonen, als 'import' ziet. Deze perceptie kan resulteren in minder bereidheid tot investeringen in sociale relaties met deze nieuwe bewoners. Daarnaast wijken de tijdruimtepatronen van jongeren en de participanten van elkaar af, waardoor zij elkaar minder zien en hun verzoek om ondersteuning soms niet gelegen komt (zie ook Berg et al., 2014; Lager et al., 2015). Tot slot bestaat de sociale omgeving van veel participanten uit alleen andere oudere mensen, die geen hulp kunnen bieden (zie ook Lager et al., 2015).

Toepassing in de praktijk: Mobiliteit en welzijn van ouderen in krimpgebieden

De hierboven beschreven inzichten die dit onderzoek oplevert, kunnen gebruikt worden het welzijn van ouderen in krimpgebieden te behouden. Uit een factsheet van het RIVM (RIVM, 2015) blijkt dat inwoners van krimpgebieden behoefte hebben aan bepaalde voorzieningen in hun woonomgeving. Omdat onder andere de aanwezigheid en toegankelijkheid van lokale voorzieningen volgens Gabriel & Bowling (2004) bijdragen aan het welzijn van ouderen, kunnen de inzichten uit dit onderzoek gebruikt worden om in deze behoefte te voorzien, om zo het welzijn van ouderen in krimpgebieden te behouden. Dit kan ook het *ageing in place*-beleid van de overheid beter mogelijk maken in krimpgebieden. Aan de participanten is gevraagd welke behoefte zij precies ten aanzien van voorzieningen in hun woonomgeving hebben.

Wat hierbij naar voren komt is dat er verschil is tussen voorzieningen die er niet (meer) zijn en voorzieningen die dreigen te verdwijnen of recentelijk verdwenen zijn. Participanten geven namelijk aan dat zij voorzieningen die er niet (meer) zijn, minder missen, omdat men gewend is geraakt aan het feit dat deze voorzieningen er niet zijn. Gesteld kan worden dat de afwezigheid van deze voorzieningen voor hen een *fact-of-life* (Torres & Hammarström, 2006) is geworden. Voorzieningen die nog niet zo lang geleden verdwenen zijn, worden daarentegen wel gemist.

Dit betreft ten eerste voorzieningen waar sociale ontmoetingen plaats kunnen vinden. Zo geven participanten uit Bellingwolde en Weiteveen aan dat zij respectievelijk door de verhuizing van de supermarkt en de sluiting van het zalencentrum sociale contacten zijn kwijtgeraakt en dat zij deze locaties als ontmoetingsplaatsen missen. Zoals beschreven heeft het kunnen participeren in sociale activiteiten en het kunnen onderhouden van een sociaal netwerk positieve gevolgen voor het welzijn (o.a. Carp, 1988; Metz, 2000; Schwanen et al., 2012; Ziegler & Schwanen, 2011). Daarnaast kan op basis van Forrest & Kearns (2001 in Lager et al., 2015) en Gray (2009 in Lager et al., 2015) en op basis van wat de participanten hebben aangegeven, gesteld worden dat de dorpen waar de participanten in wonen de belangrijkste geografische contexten voor hun sociale netwerken zijn. Ook bleek uit de resultaten dat participanten onafhankelijke mobiliteit prefereren boven afhankelijke mobiliteit, dat onafhankelijke mobiliteit bijdraagt aan het welzijn (o.a. Goins et al., 2014; Ziegler & Schwanen, 2011) en dat het voor participanten niet vanzelfsprekend is dat zij ondersteuning vanuit de sociale omgeving ontvangen (Jager-Vreugdenhil, 2012; Lager et al., 2015). Om deze redenen kunnen sociale voorzieningen het best in de nabije woonomgeving van ouderen, en dus in de dorpen waar de ouderen wonen, worden gevestigd. Hierdoor is het namelijk voor met name de minder mobiele ouderen mogelijk om mensen uit hun nabije omgeving te ontmoeten en een sociaal netwerk te onderhouden, zonder dat zij om ondersteuning in hun mobiliteit hoeven te vragen. Ook kunnen hier activiteiten voor zowel ouderen en jongeren worden georganiseerd, zodat men gemakkelijker kan investeren in sociale relaties met zowel ouderen als jongeren.

Een tweede categorie voorzieningen die men mist, zijn gezondheidszorgvoorzieningen. Dit speelt met name in Weiteveen, omdat deze voorzieningen in Bellingwolde, Veendam en Emmen nog wel aanwezig zijn. Omdat ouderen meer dan gemiddeld gebruikmaken van deze voorzieningen (RIVM, 2015) en men daardoor vaak afhankelijk is van anderen voor het bezoeken van een huisarts of het halen van medicijnen, kan het voldoen in de behoefte aan deze voorzieningen bijdragen aan het welzijn van ouderen. Hiermee kan namelijk een groot deel van de afhankelijke mobiliteit worden voorkomen, wat een positieve invloed op het welzijn van ouderen zal hebben (o.a. Goins et al., 2014; Ziegler & Schwanen, 2011).

5.2 Aanbevelingen

Het huidige onderzoek geeft op een aantal punten aanleiding voor vervolgonderzoek. In deze paragraaf worden aanbevelingen voor aanvullend onderzoek gedaan.

Het onderzoeksgebied van dit onderzoek bestond uit dorpen in krimpgebieden in Groningen en Drenthe (paragraaf 3.4). Hoewel de resultaten overeenkomen met resultaten uit andere onderzoeken naar de relaties tussen mobiliteit en welzijn, kan onderzoek in andere krimpgebieden nader inzicht bieden in (de relaties tussen) de mobiliteit en welzijn van de ouderen die in de context van die gebieden leven. De resultaten uit dit onderzoek kunnen door middel van *case-to-case translation* (Polit & Tatano Beck, 2010) in deze onderzoeken gebruikt worden. Bij *case-to-case translation* worden de onderzoeksresultaten toegepast op en vergeleken met mensen in contexten die overeenkomsten hebben met de participanten en de context van dit onderzoek. Deze aanvullende onderzoeken zouden in Nederland onder andere in krimpgebieden in zuid-Limburg en het zuidoosten van Zeeland uitgevoerd kunnen worden (zie Bijlage 1). Ook hier verdwijnen namelijk voorzieningen, waardoor de ouderen die hier wonen deze minder gemakkelijk (zelfstandig) kunnen bereiken. Door ook hier de relaties tussen de mobiliteit en het welzijn van ouderen te onderzoeken en te inventariseren aan welke

voorzieningen de ouderen hier precies behoefte hebben, kan in deze behoefte worden voldaan en zo het welzijn van deze ouderen worden behouden of vergroot. Hierdoor kan ook in deze gebieden *ageing in place* beter mogelijk worden gemaakt.

Naast onderzoek naar ouderen in andere krimpgebieden, kan in de toekomst onderzoek gedaan worden naar de ouderen die *dán* in krimpgebieden in Groningen en Drenthe worden. De toekomstige generatie 65+ers zal namelijk anders zijn dan de huidige generatie. De huidige generatie mensen die jonger is dan 65 jaar, kent bijvoorbeeld een hoger auto- en rijbewijsbezit dan de huidige generatie 65+ers in de tijd dat die generatie jonger was dan 65 jaar (CBS, 2013a). Ook in deze onderzoeken kunnen de resultaten uit het huidige onderzoek door middel van *case-to-case translation* (Polit & Tatano Beck, 2010) gebruikt worden.

De resultaten uit dit onderzoek kunnen ook gebruikt worden voor het opzetten van uitgebreide kwantitatieve onderzoeken, waarmee de inzichten uit dit onderzoek worden vertaald naar een grotere steekproef. Aan dit onderzoek hebben namelijk maar 11 ouderen deelgenomen en deze ouderen kwamen uit verschillende dorpen in Groningen en Drenthe. Hierdoor kan het voorkomen dat deze steekproef te beperkt of te divers is en meer participanten aanvullende inzichten opleveren. Door middel van een kwantitatief onderzoek met een grotere steekproef kan aangetoond worden of hetgeen de participanten aangeven ook geldt voor andere ouderen in Groningen en Drenthe. Zo kan bijvoorbeeld onderzoek gedaan worden naar degenen op wie men hoofdzakelijke terugvalt als het gaat om ondersteuning in de mobiliteit (eigen kinderen of anderen; paragraaf 4.1.3 onder *Sociale omgeving*) en naar de mate waarin ook andere ouderen in Groningen en Drenthe behoefte hebben aan sociale en gezondheidszorgvoorzieningen (paragraaf 4.4)

De twee bovenstaande aanbevelingen betreffen verbredende onderzoeken. Naast deze verbredende onderzoeken, kan nader onderzoek worden gedaan naar specifieke bevindingen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Zo werd ten eerste in paragraaf 4.1.3 onder *Modaliteiten* gesteld dat de elektrische fiets veel wordt gebruikt door participanten die niet in het bezit zijn van een rijbewijs of auto en dat een aantal participanten aangeeft dat zij zonder elektrische fiets niet de afstanden kunnen afleggen die ze nu met hun elektrische fiets afleggen. Hierdoor lijkt de elektrische fiets een goed alternatief voor de auto. Vervolgonderzoek kan uitwijzen of de elektrische fiets ook daadwerkelijk een vervanging van de auto is.

Ten tweede blijkt uit paragraaf 4.1.3 dat er een sterke relatie bestaat tussen *insideness*, *ageing in place* en *social capital* (zie onder het kopje *Sociale omgeving*). Een van de participanten woont namelijk haar hele leven al in hetzelfde dorp (*ageing in place*), waardoor ze veel *bonding social capital* in haar woonomgeving heeft opgebouwd en een grote sociale *insideness* heeft ontwikkeld. Het analyseren van de relatie tussen deze concepten viel echter buiten het kader van dit onderzoek, waardoor nader onderzoek meer inzicht in deze relatie kan geven.

Tot slot kan uit hetgeen de participanten hebben aangegeven worden opgemaakt dat men positief staat tegenover professioneel ondersteuning (paragraaf 4.3). In dit onderzoek is deze voorkeur verklaard vanuit het concept *social capital*. De afhankelijke persoon hoeft in het geval van professioneel ondersteuning namelijk niet te investeren in wederkerigheid bij de hulpverlener (een onderdeel van *social capital* dat Klein (2013) onderscheid), waardoor het ontvangen van deze ondersteuning geen gevolgen heeft voor de gelijkheid van sociale verhoudingen tussen de oudere persoon en de hulpverlener. Volgens Goins et al. (2014) kan ondersteuning uit de sociale omgeving wel gevolgen hebben voor de sociale verhoudingen tussen de oudere persoon en degenen van wie hij of zij ondersteuning ontvangt. De precieze reden voor het feit dat men positief staat tegenover professionele ondersteuning, kan uit dit onderzoek echter niet worden opgemaakt. Ook hier kan vervolgonderzoek nader inzicht in geven.

Referenties

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.

Awad, A. & Stüve, O. (2010). Multiple Sclerosis in the Elderly Patient. *Drugs Aging*, 27(4), 283-294.

Baarda, D. B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.

Brereton, F., Bullock, C., Clinch, J.P. & Scott, M. (2011). Rural change and individual well-being: the case of Ireland and rural quality of life. *European Urban and Regional Studies*, 18(2), 203-227.

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.

Birdsall, P.D., Hayes, J.H., Cleary, R., Pinder, I.M & Moran, C.G. (1999). Health outcome after total knee replacement in the very elderly. *The Journal of bone and joint surgery*, 81(4), 660-662.

Bohte, 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*, 17, 285-297.

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In: J. Richardson (red.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Westport: Greenwood Press.

BOVAG (2015). *E-bike zorgt voor 18% meer fietskilometers sinds 2010*. Geraadpleegd op 23 oktober 2015 via <http://bovag.nl/nieuws/e-bike-zorgt-voor-18-meer-fietskilometers-sinds-2>.

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

Broome, K. Worrall, L., McKenna, K. & Boldy, D. (2010). Priorities for an age-friendly bus system. *Canadian Journal on Aging*, 29(3), 435-444.

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 (2012). *Prognose bevolking kerncijfers, 2012-2060*. Geraadpleegd op 9 december 2014 via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81593NED&D1=a&D2=0&D3=0-1,3,8,13,18,23,28,33,38,43,I&HDR=G1,G2&STB=T&VW=T>.

CBS (2013a). *Mobiliteit; voertuigenbezit naar achtergrondkenmerken, 1985-2007*. Geraadpleegd op 30 november 2015 via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37856&D1=5&D2=a&D3=17-22&D4=0,10,I&HDR=G3,G1&STB=G2,T&VW=T>

CBS (2013b). *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>.

Chen, D.S., Genther, D.J., Betz, J. & Lin, F.R. (2014). Association Between Hearing Impairment and Self-Reported Difficulty in Physical Functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), 850-856.

Chou, K. & Chi, I. (2001). Selection, Optimization, and Compensation Questionnaire. *Clinical Gerontologist*, 24(1-2), 141-151.

Clifford, N. French, S. & Valentine, G. (2010). Getting Started in Geographical Research: how this book can help. In: N. Clifford, S. French & G. Valentine (Red.), *Key Methods in Geography* (pp. 3-15). London: SAGE Publications.

Coakes S.J. & Bishop, B.J. (1996). The experience of moral community in a rural community context. *Journal of Community Psychology*, 24(2), 108-117.

Cresswell, T. (2001). The Production of Mobilities. *New Formations*, 43, 11-25.

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.

Diener, E. (2009). *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*. New York: Springer.

Dienst Landelijk Gebied (2011). *Geografische Afbakening van de Anticipatiegebieden*. Den Haag: Dienst Landelijk Gebied.

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

Droogleever Fortuijn, J. (2010). The challenges of ageing: towards an inclusive perspective. In Z. Kovács (Red.), *Challenges of Ageing in Villages and Cities: The Central European Experience* (pp. 11-23). Szeged: University of Szeged.

DUB (2013). Oma's United: studenten brengen eenzame ouderen samen. Geraadpleegd op 25 september 2015 via <http://www.dub.uu.nl/artikel/naast-je-studie/omas-united-studenten-brengen-eenzame-ouderen-samen.html>.

Ellegård, K. (1999). A time-geographical approach to the study of everyday life of individuals: a challenge of complexity. *GeoJournal*, 48(3), 167-175.

Fietsersbond (2014). *Actieradius van de elektrische fiets*. Geraadpleegd op 23 oktober 2015 via <https://www.fietsersbond.nl/de-fiets/fietssoorten/elektrische-fietsen/actieradius#.Vin3IG7KYvk>.

Fobker, S. & Grotz, R. (2006). Everyday mobility of elderly people in different urban settings the example of the city of Bonn, Germany. *Urban Studies*, 43(1), 99-118.

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

Forrest, R. & Kearns, A. (2001). Social cohesion, social capital and the neighbourhood. *Urban Studies*, 38(12), 2125-2143.

Frello, B. (2008). Towards a discursive analytics of movement: on the making and unmaking of movement as an object of knowledge. *Mobilities*, 3(1), 25-50.

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

Gallagher, B.A.M, Hart, P.M., O'Brien, C., Stevenson M.R. & Jackson, A.J. (2011). Mobility and access to transport issues as experienced by people with vision impairment living in urban and rural Ireland. *Disability and Rehabilitation*, 33(12), 979-988.

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.

Gray, A. (2009). The social capital of older people. *Ageing and Society*, 29(1), 5-31.

Haartsen, T. & Wissen, L., van (2012). Krimp uit de kramp. *Noorderbreedte*, 32(4), 6-11.

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.

Hägerstrand, T. (1970). What about people in regional science? *Papers of the Regional Science Association*, 24(1), 7-21.

Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. London: SAGE Publications.

Het Oude Ambt (2015a). *Op-StapBus*. Geraadpleegd op 28 oktober 2015 via <http://www.hetoudeambt.nl/1/187/content/op-stapbus.html>

Het Oude Ambt (2015b). *Steunsteet Algemeen*. Geraadpleegd op 15 oktober 2015 via <http://www.hetoudeambt.nl/1/135/content/bellingwedde/steunsteet-algemeen/steunsteet-algemeen.html>.

Heuvel, W., van den (1997). Policy towards the elderly: twenty-five years of Dutch experience. *Journal of Aging Studies*, 11(3), 251-258.

Jager-Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland Participatieland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

- Jorgensen, B.S. (2010). Subjective mapping methodologies for incorporating spatial variation in research on social capital and sense of place. *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, 101(5), 554-567.
- Juvani, S. Isola, A. & Kyngäs, H. (2005). The northern physical environment and the well-being of the elderly aged over 65 years. *International journal of circumpolar health*, 64(3), 246-256.
- 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*. 5e editie (pp. 313-348). Academic Press, San Diego: California.
- KKNN (2010). *Wie zijn wij?* Geraadpleegd op 26 november 2014 via <http://kkn.vanmeernaarbeter.nl/over-kkn/wij-zijn-wij>.
- KKNN (2013). *Update kennisagenda krimp*. <http://kkn.vanmeernaarbeter.nl/sites/kkn.vanmeernaarbeter.nl/files/update%20kennisagenda%20krimp%20def.pdf>.
- Klein, C. (2013). Social Capital or Social Cohesion: What Matters For Subjective Well-Being? *Social Indicators Research*, 110, 891-911.
- Klößner C.A. (2004). *How single events change travel mode choice – A life span perspective*. Paper gepresenteerd op het 3e International Conference on Traffic and Transport Psychology in Nottingham, Verenigd Koninkrijk, 5-9 September 2004.
- Lanzendorf, M. (2010). Key Events and Their Effect on Mobility Biographies: The Case of Childbirth, *International Journal of Sustainable Transportation*, 4(5), 272-292.
- Lawton, M.P. & Nahemow, L. (1973). Ecology of the aging process. In C. Eisdorfer & M.P. Lawton (Red.) *Psychology of adults development and aging* (pp. 619-624). Washington DC: American Psychology Association.
- Lawton, M.P. (1982). Competence, environmental press, and the adaption of older people. In M.P. Lawton, P.G. Windley & T.O. Byerts (Red.), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 33-59). New York: Springer.
- Lawton, M.P. (1990). An environment psychologist ages. In I. Altman & K. Christensen (Red.). *Environment and behavior studies: Emergence in intellectual traditions* (pp. 339-363). New York: Plenum Press.
- Lawton, M.P. (1999). Environmental taxonomy: generalizations from research with older adults. In S.L. Friedman & T.D. Wachs (Red.), *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts* (pp. 91-124). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lucas (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.
- Maas, J., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P. & Groenewegen, P. P. (2008). Physical activity as a possible mechanism behind the relationship between green space and health: A multilevel analysis. *BMC Public Health*, 8(206), 1-13.

- Maas, J., van Dillen, S. M. E., Verheij, R. A. & Groenewegen, P. P. (2009). Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health & Place*, 15(2), 586-595.
- Malecki, E.J. (2003). Digital development in rural areas: potentials and pitfall. *Journal of Rural Studies*, 19, 201-214.
- Markides, K.S. (2007). *Encyclopedia of Health & Aging*. Californië: SAGE Publications.
- Marotolli, R.A., Mendes de Leon, C.F., Glass, T.A., Williams, C.S., Cooney, L.M. & Berkman, L.F. (2000). Consequences of driving cessation: decreased out-of-home activity levels. *The Journals of Gerontology*, 55(6), 334-340.
- McIntosh, G., & Phillips, J. (2001). *Disability services in Australia*. Beschikbaar via www.fed.gov.au.
- Mediq Apotheek (2010). *Dienstverlening*. Geraadpleegd op 11 september 2015 via <https://mediq-apotheek.nl/content/31/dienstverlening.aspx>.
- Meer, M., van der, Droogleever Fortuijn, J. & Thissen, F. (2008). Vulnerability and environmental stress of older adults in deprived neighbourhoods in the Netherlands. *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, 99(1), 53-64.
- Metz, D.H. (2000). Mobility of older people and their quality of life. *Transport Policy*, 7(2), 149-152.
- Miles, J. & Roberts, J. (2005). *Chronic obstructive pulmonary disease*. London : Class Publishing.
- 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., Tacke M., Kaspar R. & Wahl H.W. (2002). The role of driving in maintaining mobility in later life: a European view. *Gerontechnology*, 1, 231-250.
- Mollenkopf, H., Marcellini, F., Ruoppila, I., Sze´man, Z., Tacke, 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.
- Mollenkopf, H., Marcellini, F., Ruoppila, I., Sze´man, Z. & Tacke, M. (2005). *Enhancing Mobility in Later Life: Personal Coping, Environmental Resources and Technical Support. The Out-ofhome Mobility of Older Adults in Urban and Rural Regions in Five European Countries*. IOS Press: Amsterdam.
- Movisie (2015). *Wmo 2015: wat is er veranderd?* Geraadpleegd op 24 november 2015 via <https://www.movisie.nl/artikel/wmo-2015-wat-er-veranderd>.
- Murray (2015). Age-friendly mobilities: A transdisciplinary and intergenerational perspective. *Journal of Transport & Health*, 2, 302-307.
- Nordbakke, S. & Schwanen, T. (2014). Well-being and mobility: a theoretical framework and literature review focusing on older people. *Mobilities*, 9(1), 104-129.

Ouderen Journaal (2014). Openingscongres Week tegen Eenzaamheid in Den Bosch. Geraadpleegd op 25 september 2015 via <http://www.ouderenjournaal.nl/n-brabant/2014/09/22/openingscongres-week-tegen-eenzaamheid-den-bosch/>.

Parkhurst, G., Galvin, K., Musselwhite, C., Shergold, I. & Todres, L. (2013). *A continuum for understanding the mobility of older people*. Bijdrage aan de 45^e conferentie van de Universities Transport Study Group van het St. Annes College, Oxford, UK.

Pendlebury, S.T., Giles, M.F. & Rothwell, P.M. (2009). *Transient ischemic attack and stroke : diagnosis, investigation and management*. New York : Cambridge University Press.

Phillips, D. (2006). *Quality of Life: Concept, Policy and Practice*. London: Routledge.

Polit, D.F. & Tatano Beck, C. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1451-1458.

Popay, J. (2006). Whose theory is it anyway? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 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/>.

Prohaska, T.R., Anderson, L.A., Hooker, S.P., Hughes, S.L. & Belza, B. (2011). Mobility and Aging: Transference to Transportation. *Journal of Aging Research*, 1-3.

Putman, R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.

Radio Westerwolde (2013). *Spanten nieuwe COOP geplaatst*. Geraadpleegd op 19 oktober via <http://www.westerwoldeactueel.nl/2013/10/22/spanten-nieuwe-coop-geplaatst/>.

RDW (2013). *Keuringsleeftijd rijbewijs ouderen van 70 naar 75 jaar*. Geraadpleegd op 9 december 2014 via <https://www.rdw.nl/Particulier/Paginas/Keuringsleeftijd-senioren.aspx>.

Ringen, S. (1995). Well-being, Measurement, and Preferences. *Acta Sociologica*, 38, 3-15.

Rivlin, L.G. (1982). Group membership and place meanings in an urban neighborhood. *Journal of Social Issues*, 38(3), 75-93.

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

Rosenbloom, S. (2001). Sustainability and automobility among the elderly: an international assessment. *Transportation*, 28, 375-408.

Rosenbloom, S. (2003). *The mobility needs of older Americans: implications for transportation reauthorisation*. *Brookings Institution series on transportation reform*. Center on Urban and Metropolitan Policy: Washington.

Rowles G.D. (1978). *Prisoners of space? Exploring the geographical experience of older people*. Boulder: Westview Press.

- Rowles, G. D. (1990). Place attachment among the small town elderly. *Journal of Rural Community Psychology*, 11, 103-120.
- Schwanen, T., Banister, D. & Bowling, A. (2012). Independence and mobility in later life. *Geoforum*, 43, 1313-1322.
- Secker, J., Hill, R., Villeneuve, L. & Parkman, S. (2003). Promoting independence. But promoting what and how? *Ageing & Society*, 23(3), 375-391.
- 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.
- Shumway-Cook, A., Ciol, M. A., Yorkston, K. M., Hoffman, J. M. & Chan, L. (2005). Mobility limitations in the Medicare population: Prevalence and sociodemographic and clinical correlates. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1217-1221.
- Smith, A.E. (2009). *Aging in Urban Neighbourhoods: Place attachment and social exclusion*. The Policy Press: Bristol.
- Steels (2015). Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review. *Cities*, 47, 45-52.
- Stewart, D.W. & Shamdasani, N.P. (2015). *Focus Groups: Theory and Practice*. Californië: SAGE Publications.
- Suls, J. & Mullen, B. (1982). From the cradle to the Grave: Comparison and self-evaluation across the life-span. In: J. Suls (red.), *Psychological perspectives on the self* (pp. 97-128). New York: Erlbaum.
- 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, 291-302.
- Trell, E. & Van Hoven, B. (2010). Making sense of place: exploring creative and (inter)active research methods with young people. *Fennia*, 18(1), 91-104.
- Urry, J. (2007). *Mobilities*. Cambridge: Polity Press.
- Valentine, G. (2005). Tell me about...: using interviews as a research methodology. In: R. Flowerdew & D. Martin (Red.), *Methods in Human Geography* (pp. 110-127). Harlow: Pearson Education Limited.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2002). Why Social Policy Needs Subjective Indicators. *Social Indicators Research*, 58, 33-46.
- Verkeersnet (2015). *Elektrische fiets stuwt fietsverkopen*. Geraadpleegd op 26 november 2015 via <http://www.verkeersnet.nl/17207/elektrische-fiets-stuwt-fietsverkopen/>.

VNG (2013). *Mobiliteitsbeleid op lokaal niveau*. S.l.: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Von Faber, M. (2002). *Maten van succes bij ouderen: gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden*. Rotterdam: Optima.

Waldorf, B. (2003). Automobile Reliance Among the Elderly: Race and Spatial Context Effects. *Growth and Change*, 34(2), 175-201.

Ward, M.R.M., Somerville, P. & Bosworth, G. (2013). 'Now without my car I don't know what I'd do': The transportation needs of older people in rural Lincolnshire. *Local Economy*, 28(6), 553-566.

Weiteveen.info (2013). *C.B.S. De Kienstobbe gaat sluiten*. Geraadpleegd op 19 oktober 2015 via <http://www.weiteveen.info/2013/11/c-b-s-de-kienstobbe-gaat-sluiten/>.

Weiteveen.info (2014). *Zorggroep Vitez wil participeren in Weiteveen*. Geraadpleegd op 19 oktober 2015 via <http://www.weiteveen.info/2014/01/zorggroep-vitez-wil-participeren-in-weiteveen/>.

Webber, S., Porter, M. & Menec, V. (2010). Mobility in Older Adults: A comprehensive framework. *The Gerontologist*, 50(4), 443-450.

Wiles, J.L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve & J. & Allen, R.E.S. (2012). The meaning of 'Aging in Place' to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366.

WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Genève: World Health Organization.

WHO (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Genève: World Health Organization.

Woods, M. (2006). Redefining the 'rural question': The new 'politics of the rural' and social policy. *Social Policy and Administration*. 40(6), 579-595.

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.

Lijst van tabellen en afbeeldingen

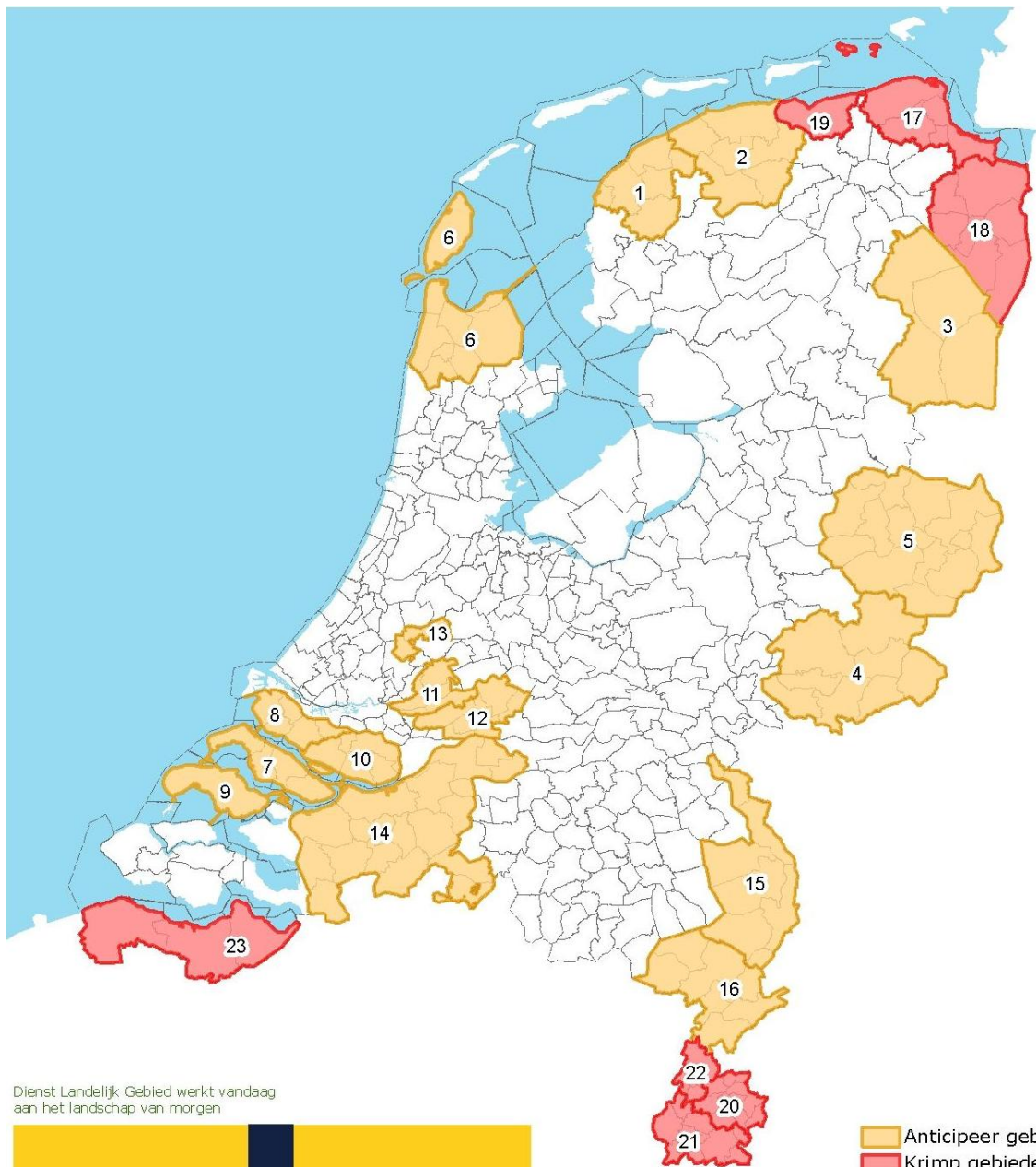
Tabellen

Tabel 1 Het <i>quality of life</i> -concept	6
Tabel 2 Aspecten <i>quality of life</i>	7
Tabel 3 Kenmerken participanten	26
Tabel 4 Demografische gegevens en prognoses onderzoekslocaties	27

Afbeeldingen

Afbeelding 1 Verplaatsingen van een van de participanten op een bepaalde dag, weergegeven in ArcGIS.	24
Afbeelding 2 Verplaatsingen van een van de participanten op een bepaalde dag, weergegeven in Google Earth™	25
Afbeelding 3 Onderzoekslocaties in krimp- en anticipeergebieden	28
Afbeelding 4 Tevredenheid over nabijheid van voorzieningen	28
Afbeelding 5 Gesloten voorzieningen in Weiteveen.	29
Afbeelding 6 De oude en nieuwe locatie van de supermarkt in Bellingwolde.....	30
Afbeelding 7 Buitenkant en binnenkant van appartementencomplex Reiderstee	31
Afbeelding 8 Verplaatsingen van een van de participanten die tijdens het registeren van verplaatsingen geen verplaatsingen heeft afgelegd, weergegeven in Google Earth™	33
Afbeelding 9 Locaties van de gesloten christelijke basisschool en zalencentrum in Weiteveen	80
Afbeelding 10 Locaties van appartementencomplex Reiderstee en de oude en nieuwe vestigingen van de supermarkt in Bellingwolde	80

Bijlage 1 – Topkrimp- en anticipeergebieden in Nederland



Beeldmateriaal:
 Copyright © 2011, Dienst voor het Kadaster, Apeldoorn.
 Copyright Dienst Landelijk Gebied, 2011. Aan deze kaart kunnen geen rechten worden ontleend.

Dienst Landelijk Gebied werkt vandaag
 aan het landschap van morgen

 Dienst Landelijk Gebied
 Ministerie van Economische Zaken,
 Landbouw en Innovatie

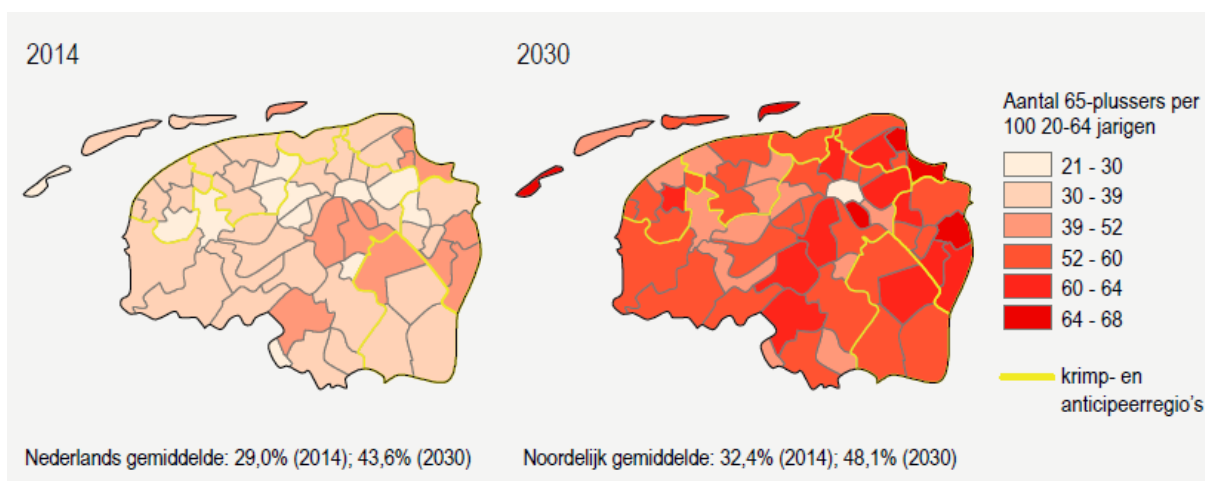
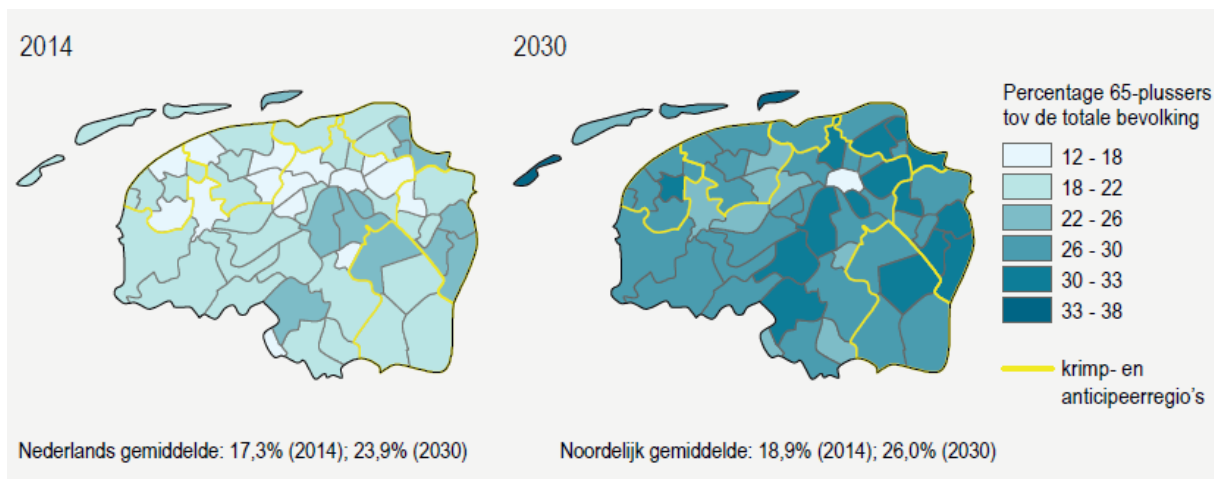
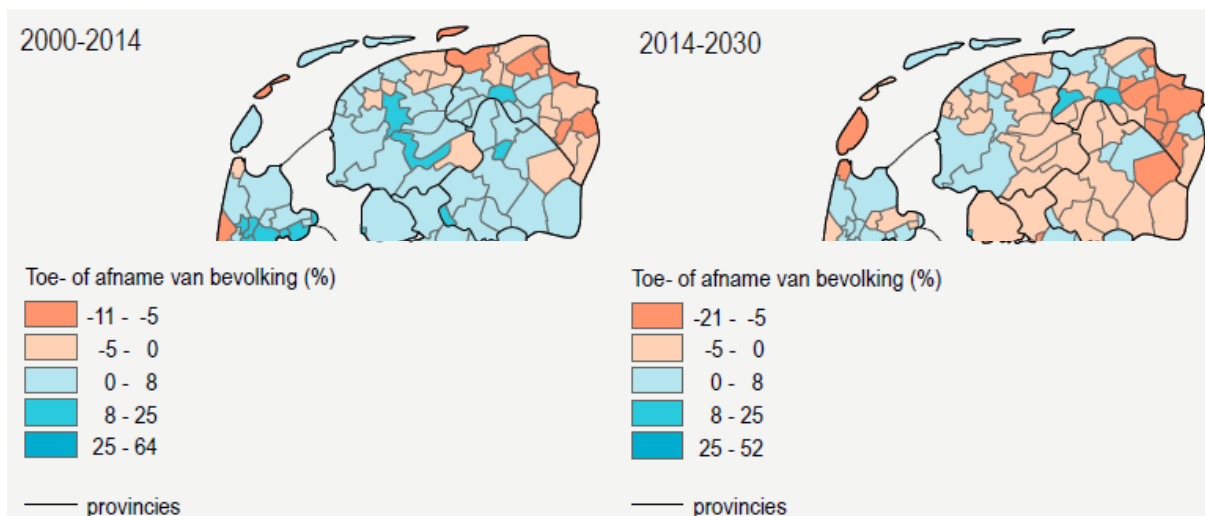
Krimp / Anticipeergebieden
 Vervaardigd door GIS Competence Center, DLG
 in opdracht van RVOB

17 oktober 2011

Anticipeer gebieden
 Krimp gebieden

0 20km
 A4 - schaal 1: 1.500.000

Bijlage 2 – Demografische gegevens noordelijke provincies



Bijlage 3 – Informatiebrief algemeen



Informatiebrief voor het onderzoek 'Mobiliteit en Welzijn van Ouderen in Krimpgebieden'

Datum en tijd van onze afspraak:

Beste ...

Leuk dat u wilt meedoen aan mijn onderzoek 'Mobiliteit en Welzijn van Ouderen in Krimpgebieden'. In deze brief wordt beschreven wat er komt kijken bij uw deelname aan mijn onderzoek. Als u nog vragen heeft na het lezen van de brief kunt u altijd contact met mij opnemen. Mijn telefoonnummer staat onder aan de brief.

➤ **Uw rol in het onderzoek**

Tijdens onze eerste afspraak zult u apparaatje zo groot als een luciferdoosje ontvangen. Dit apparaatje draagt u 1 week bij u en legt al uw verplaatsingen vast. Met dit apparaatje kunt u **niet** rechtstreeks gevolgd worden. Ook zal het **niet** u gesprekken e.d. opnemen. U hoeft dit apparaatje alleen bij u te dragen.

Na afloop van deze week haal ik het apparaatje weer op. We maken dan een tweede afspraak voor een gesprek naar aanleiding van de vastgelegde verplaatsingen.

➤ **Onderwerpen die in het gesprek aan bod zullen komen**

- Hoe u de bereikbaarheid van voorzieningen in uw omgeving beoordeelt.
- Wat voor sociale contacten en activiteiten u in uw omgeving heeft en hoe u zich daar bij voelt.
- Hoe u uw eigen mobiliteit ervaart, nu u ouder wordt.
- Hoe u het dagelijks leven in het algemeen ervaart.

Verder zal ik u nog vragen naar wat algemene gegevens, zoals uw leeftijd.

➤ **Hoe lang duurt het gesprek?**

U hoeft zich niet voor te bereiden op het gesprek, het gaat immers om uw eigen verhaal. Het gesprek zal +/- 1 uur duren, langer kan ook als u meer te vertellen heeft. U kunt tijdens het gesprek altijd aangeven dat u wilt stoppen of

even een pauze wilt nemen. Ook kunt u het aangeven wanneer u een vraag niet wilt beantwoorden. Hier hoeft u geen reden voor te geven.

➤ **Wat gebeurt er met uw gegevens?**

Het gesprek zal worden opgenomen met een audio-recorder. Ik kan mijn aandacht dan goed bij het gesprek houden en naderhand kan ik me geen dingen verkeerd herinneren. Er wordt **vertrouwelijk** met uw gegevens omgegaan: ik verwijder al uw persoonlijke informatie, zoals uw naam. Mijn begeleiders, Bettina van Hoven en Marja Janssens, hebben ook toegang tot uw gegevens. Ik zal het gesprek en de vastgelegde verplaatsingen gebruiken voor mijn afstudeerscriptie. Ook kan het gebruikt worden voor vakinhoudelijke tijdschriften en wetenschappelijke publicaties. Tijdens onze eerste afspraak zal ik hier voorbeelden van meenemen.

➤ **Toestemmingsformulier**

Voor uw deelname aan het onderzoek zal ik u vragen of u een toestemmingsformulier wilt ondertekenen. U gaat hiermee **géén** verplichting aan. Het formulier is er alleen voor om te bevestigen dat u vrijwillig deelneemt aan mijn onderzoek.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet
Eelco Bos

Mijn mobiele telefoonnummer: <>

E-mail: e.bos@cmostamm.nl



Bijlage 4 – Toestemmingsformulier



Toestemmingsformulier voor het onderzoek 'Mobiliteit en Welzijn van Ouderen in Krimpgebieden'

Ik heb de informatiebrief over het onderzoek 'Mobiliteit en Welzijn van Ouderen in Krimpgebieden' gelezen. Ik heb aanvullende vragen kunnen stellen. Mijn vragen zijn goed beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat de mensen die genoemd staan in de informatiebrief mijn gegevens kunnen zien.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen.

Naam deelnemer:.....

Handtekening:

Datum: __ / __ / 2015

.....

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker: Eelco Bos

Handtekening:

Datum: __ / __ / 2015

.....

Bijlage 5 – Interview Guide

Deel 1 – Algemene vragen

Hartelijk dank dat u mee wilt doen aan dit onderzoek. Tijdens dit interview zullen we uw verplaatsingspatroon bespreken en zal ik daarover aanvullende vragen stellen. Eerst zal ik een aantal algemene vragen stellen, deze kunnen we snel doornemen.

Persoonlijke kenmerken

- Wat is uw leeftijd?

- Bent u getrouwd?
 - o Of getrouwd geweest?
 - o Sinds hoe lang bent u weduwe/weduwnaar?

- Heeft u kinderen of kleinkinderen?
 - o Hoeveel?
 - o Waar wonen zij?
 - o Hoe vaak ziet u hen? (*sociale omgeving*)

Mobility biografie

- Heeft u vroeger een beroep gehad?
 - o Was dat voltijd of deeltijd?
 - o Hoe ging u naar uw werk, met welk vervoermiddel?
 - o Sinds hoe lang bent u niet meer werkzaam?

- Bent u in het bezit van een rijbewijs?
- Bent u in het bezit van een auto?
 - o Of bent u dit geweest?
 - o Sinds hoe lang bent u dit niet meer?
 - In hoeverre ervaart u dit als belemmering voor uw dagelijkse activiteiten?

Fysieke/mentale gesteldheid/adaptievermogen

- Hoe zou u uw gezondheid op dit moment beschrijven?
 - o Gebruikt u medicijnen?
 - o Gebruikt u hulpmiddelen (rollator/wandelstok/rolstoel)
 - Hoe lang doet u dat al?
 - In hoeverre bent u hier afhankelijk van?
 - Wat vindt u daarvan?

Age in place/place attachment/insideness/mobility of the self

- Waar bent u geboren en opgegroeid?
- Hoe lang woont u op de plek waar u nu woont?
 - o Hoe zou u uw eigen woonplaats omschrijven aan iemand die hier nog nooit is geweest?
 - Wat valt eronder, hoe ziet het eruit, welke voorzieningen, hoe is de sfeer in woonplaats, sociale omgang, etc
 - o Vindt u het fijn om hier te wonen? / Hoe belangrijk is deze woonplaats voor u?
 - o Kent u deze plek goed?
 - Zijn er dingen in uw woonplaats veranderd?
 - Wat vindt u daarvan?
 - o Zou u hier willen blijven wonen? Waarom?

- Als u zou moeten verhuizen, zou u dan binnen uw woonplaats willen blijven wonen? Of zou u ook bijvoorbeeld naar [nabijgelegen kern in gebied] willen verhuizen?

Deel 2 – Verplaatsingspatroon

We gaan nu uw verplaatsingen per dag bespreken. We bespreken daarbij eerst de locaties waar u bent geweest en dan de verplaatsingen die u hiervoor heeft afgelegd.

Per locatie:

Fysiek omgeving/voorzieningen/(sociale) activiteiten

- Wat heeft u daar gedaan?
 - Doet u dat graag? Waarom doet u dat graag?
 - Is dit belangrijk voor u?

Sociale omgeving/social capital

- Wie heeft u daar ontmoet?
 - Wat is uw relatie ten opzichte van deze mensen? (sociaal, formeel, etc.)
 - Hoe heeft u deze mensen leren kennen?
 - Hoe zou u deze relatie omschrijven?
 - Hoe belangrijk zijn deze mensen voor u?
 - Ziet u deze mensen graag?
 - Ziet u deze mensen vaak?
 - Komen zij ook bij u, of gaat u vaker naar hen toe?

Social capital/mobility of the self

- Hoe belangrijk zijn deze sociale contact voor u?
- Bent u tevreden met de sociale contacten die u nu heeft?
 - Is het genoeg?
 - Zou u nieuwe mensen willen ontmoeten?
 - Zoja, op welke manier?

Verplaatsingen

Beschikbare modaliteiten/fysieke verplaatsingen/sociale omgeving

- Welk vervoermiddel heeft u gebruikt?
- Bij welke verplaatsingen hebt u samen gereisd?
- Met wie deed u dat? Wat vond u daarvan?

- Wie komt u onderweg tegen?
 - Wat gebeurt er tijdens deze ontmoetingen? (praatje, alleen groeten, etc)

Mogelijkheden ondersteuning/adaptievermogen/social capital

- Heeft u hulp gekregen bij het vervoer? (WMO-taxi/deeltaxi/sociaal vervoer (meerijden))
 - Van wie heeft u hulp gekregen?
 - Wat is de relatie tussen u en deze persoon?
 - Hoe u ervaart u het om geholpen te worden/afhankelijk te zijn?

 - Vraagt u wel eens aan iemand om ergens naartoe te gaan?
 - Aan wie vraag u dat?
 - Wie zou u om hulp kunnen vragen bij uw mobiliteit als dit nodig is?

 - Weet uw waar de dichtstbijzijnde bushalte is?

Deel 3 – Waardering welzijn en mobiliteit

Bedankt voor deze toelichting op uw verplaatsingen. Ik zal u nu een aantal vragen stellen over hoe u uw eigen mobiliteit beoordeeld.

Mobiliteit

Perceptie mobiliteit/adaptievermogen

- Kijkend naar deze verplaatsingen, wat vindt u van uw eigen (mate van) mobiliteit?
 - o Bent u tevreden met uw mobiliteit?
 - Op een schaal van 1-10, welk cijfer zou u uw mobiliteit geven?
 - Waarom, wat bepaalt dit cijfer?
 - o Zou u mobieler willen zijn? Waarom?
 - o Is uw mobiliteit belangrijk voor u? Waarom?
- Kijkend naar de locaties, op welke plekken waar u bent geweest komt u het graagst?
 - o Waarom?
 - o Wat vindt u van de voorzieningen die u heeft bezocht (voorbeelden noemen)?
 - Wat vindt u van de afstand tot deze voorzieningen ?
 - o Kunt u voldoende activiteiten, voorzieningen en mensen bereiken?
 - Waar zou u eventueel meer willen komen?
 - Welke voorziening mist u in uw omgeving?
 - Zijn er plekken waar u niet meer of minder vaak kunt komen, maar waar u wel graag (vaker) naartoe zou willen?
 - Welke plekken zijn dit? Wat deed u daar? Met wie deed u dat?
 - Waarom wilt u hier vaker komen? Welke gevoelens roepen deze plek bij u op?
 - Hoe komt het dat dit niet meer kan?
 - Wat vindt u ervan dat dat niet meer kan? Hoe gaat u hiermee om?
 - o Heeft dit invloed op hoe zich voelt?
- Indien niet mobiel:
 - o Hoe gaat u om met beperkingen in uw mobiliteit? (aanpassingsstrategieën)
 - Zijn er andere mogelijkheden om deze locaties alsnog te bezoeken?
 - Aanpassen, accepteren, virtuele mobiliteit (TV, Facebook, telefoon), hulpmiddelen, hulp zoeken
 - Bent u bereid om hierom te verhuizen?
- Indien wel mobiel:
 - o Vindt u het belangrijk om zelfstandig voorzieningen, activiteiten en mensen te bereiken?
 - Waarom?
 - Wat zou het voor betekenen als u niet meer zelfstandig kunt verplaatsen?
 - Als u niet meer kunt autorijden, fietsen of lopen, etc.
 - Wat is de plek waar u het liefst kwam?
 - Wat zou het voor u betekenen als u daar niet meer kon komen?
 - Hoe zou u daarmee omgaan?

Dan volgen nu enkele vragen over uw kijk op het uw leven.

Welzijn

- Heeft u een bepaalde levensvisie of levensbeschouwing?

Welzijnsbepalende factoren

- Wat is volgens u belangrijk in het leven?
 - o Waar leeft u voor?
 - o Wat geeft het leven plezier of waarde? En waarom?
 - o Wat draagt bij aan de kwaliteit van het leven? En waarom?

Koppeling mobiliteit-welzijn

- Hoe draagt mobiliteit volgens u bij aan wat u hierop heeft geantwoord?
 - o Waarom?
 - o En draagt uw mobiliteit hier voldoende aan bij?

- Bent u tevreden met uw leven in het algemeen? En waarom?

Afsluiting

Dit waren de laatste vragen van het interview. Hartelijk dank dat u mee wilde werken. Ik heb tot slot nog twee kleine afsluitende vragen over het interview zelf.

- Wat vond u van het interview?
- Heeft u verder nog opmerkingen of dingen die u graag wilt toevoegen?

Dit was het interview. Als u geïnteresseerd bent in de uitkomsten van het onderzoek, dan kan ik uw adres noteren en stuur ik u een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten.

Bijlage 6 – Codering MAXQDA



Bijlage 7 – Voorbeeld schermweergave MAXQDA

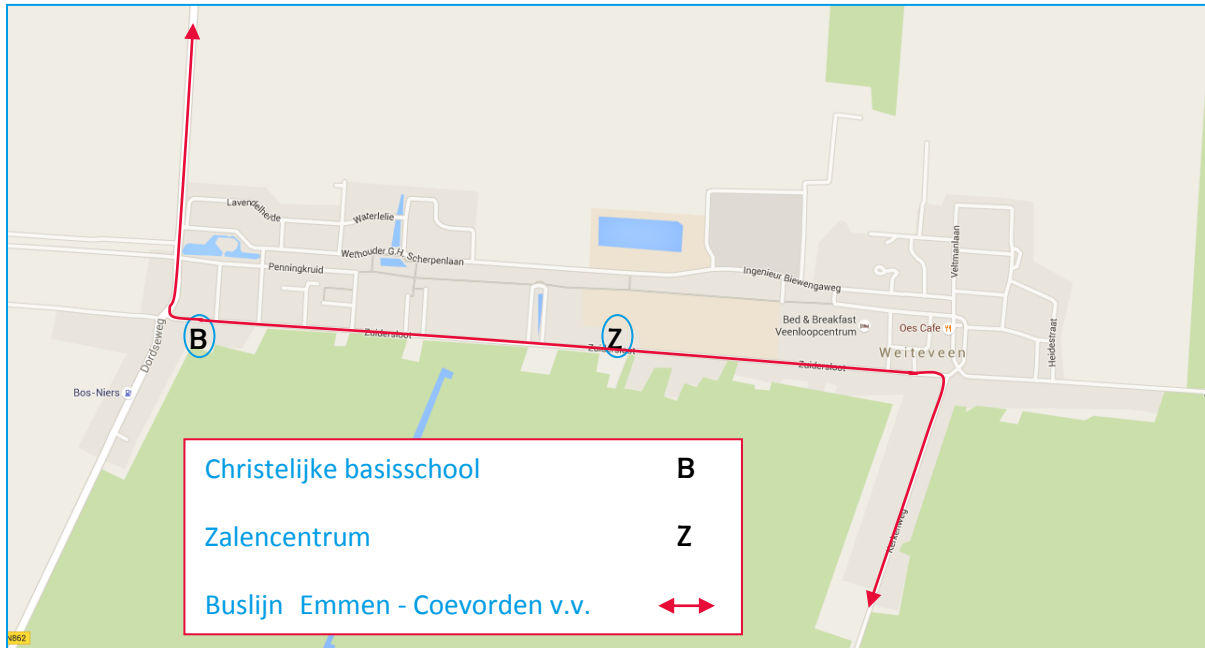
The screenshot displays the MAXQDA software interface. At the top, there is a menu bar with options like Project, Edit, Documents, Codes, Summaries, Memos, Variables, Analysis, Mixed methods, Visual tools, Windows, and Toolbars. Below the menu is a toolbar with various icons for document management and analysis.

The main interface is divided into three main sections:

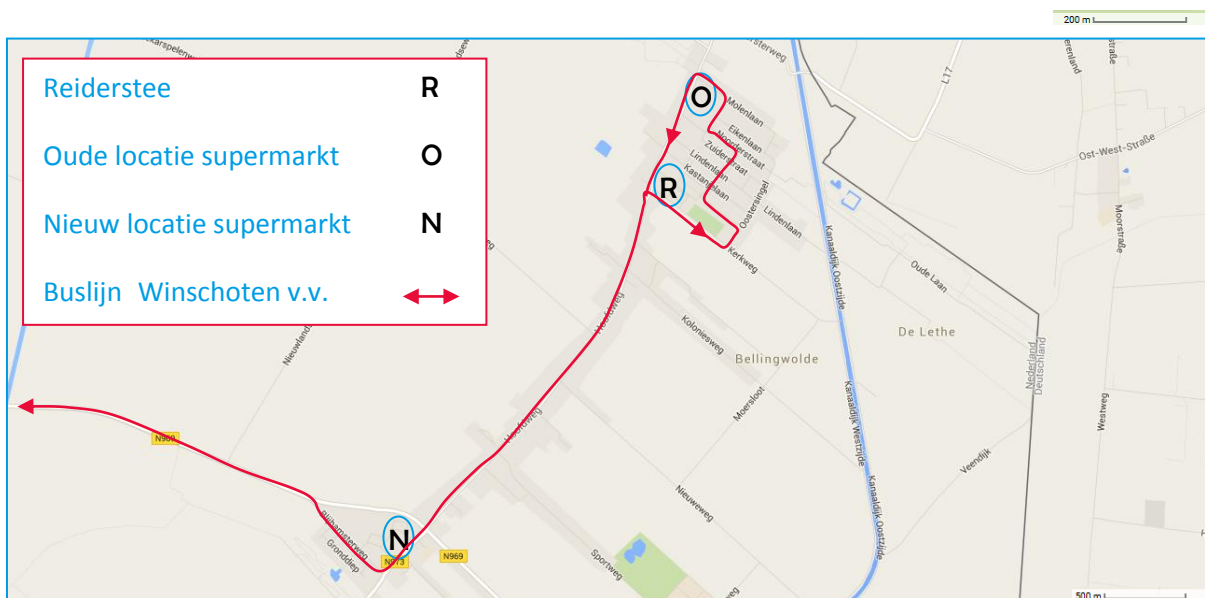
- Documents:** A list of documents on the left, including 'Transcript Participant 1...' through 'Transcript Participant 8...' and 'Sets'. The 'Transcript Participant 1...' document is selected, showing a count of 1325.
- Code System:** A list of codes on the right, including 'Opmerkingen over int...', 'Veligheid/voorzorg', 'Externe mobiliteitsbep...', 'Levensvisie', 'Beoordelingen', 'Adapte', 'Functiones mobiliteit', 'Gebruikte modaliteiten', 'Activiteiten', 'Voorzieningen', 'Dagelijkse bezigheden', 'Insiderness', 'Age in place', 'Place attachment', 'Social capital', 'Mobility of the Self', 'Mobility biografie', 'Gevoelens burgerlijke staat', and 'Set 1'. The 'Code System' is selected, showing a count of 1325.
- Document View:** The central area shows a document with a grid of codes applied to different parts of the text. The text is in Dutch and discusses topics like 'Aanwezig', 'Sociale contacten', 'Belangrijk', 'Sociale insluiting', 'Bonding', 'Bijzondere mobiliteit', 'Negatief', 'Accepteren', 'Net kunnen', 'Mobility biografie', and 'Alternatieve'. The grid shows which codes are applied to which lines of text.

At the bottom right, there is a status bar showing 'Simple query (OR combination)' and '1/1'.

Bijlage 8 – Weiteveen en Bellingwolde



Afbeelding 9 | Locaties van de gesloten christelijke basisschool en zalencentrum in Weiteveen | Bron: Google Maps



Afbeelding 10 | Locaties van appartementencomplex Reiderstee en de oude en nieuwe vestigingen van de supermarkt in Bellingwolde | Bron: Google Maps.