

Autogebruik en welzijn

Een onderzoek naar welzijn en mobiliteit



Bron: Derde van autoverzekeraars weigert ouderen. www.automobielmanagement.nl

Wat voor effect heeft de mogelijkheid tot het gebruik van een auto op het welzijn van ouderen?

Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen
Sociale Geografie en Planologie
Bachelorthesis: Welzijn en Mobiliteit
Begeleiders: dr. ir. Gerd Weitkamp en dr. Louise Meijering
Eppie Silvius: s1613316

Samenvatting

Ouderen blijven een groot deel van hun leven relatief gezond. Een verbeterde gezondheid zorgt voor een verhoogde, zelfstandige mobiliteit. Een goede mobiliteit heeft haar weerslag op het welzijn van ouderen. Hierbij zijn zowel de eigen ervaringen, het subjectieve welzijn, alsook het objectieve welzijn, de meetbare karakteristieken van welzijn, onderdeel van het welzijn in het algemeen. Welzijn bestaat niet alleen uit twee segmenten: er zijn vier pijlers die waaruit zowel het subjectieve als objectieve welzijn bestaan. Het karakter, de gezondheid, de sociale contacten en overige activiteiten, alle activiteiten behoudens de sociale contacten, zijn allen van belang om te bepalen in welke mate iemand zich goed voelt.

Mobiliteit heeft met al deze pijlers van doen. In dit onderzoek is gefocust op het autogebruik en de raakvlakken die het heeft met drie van de vier pijlers die onderdeel zijn van welzijn: gezondheid, sociale contacten en overige activiteiten. Er is vervolgens gekeken in hoeverre het subjectieve welzijn beïnvloed wordt door de beschikking tot een auto. Hiervoor zijn 18 mensen een week lang gevolgd met een GPS-tracker. Deze stond in verbinding met satellieten en daarmee is na uitlezing een overzichtskaart gemaakt met alle trips die de respondent heeft ondernomen. In combinatie met een bijgehouden dagboek was daarna te achterhalen welke kenmerken, zoals het doel en vervoersmiddel, bij de trip toebehoren. Vervolgens zijn deze gegevens weer aan de respondent voorgehouden en is er een interview afgehouden met uiteenlopende vragen, waaronder vragen met betrekking tot het autogebruik.

De mate van gezondheid heeft een directe invloed op het autogebruik. Ouderen zijn vaker geneigd de auto te pakken wanneer hun gezondheid achteruit gaat. Reden hiervoor is dat de andere, voor de hand liggende modaliteiten zoals fietsen en lopen, juist meer fysieke inspanning vereisen. De auto dient in deze gevallen als substitutie voor de andere genoemde vormen van mobiliteit.

Wat betreft sociale contacten en overige activiteiten is er een duidelijke scheiding te zien. Bij respondenten zonder auto komt het vaker voor dat ze minder activiteiten hebben ondernomen ten opzichte van wat ze graag hadden willen doen. Autogebruikers hebben meer vrijheid en zijn daardoor minder beperkt in hun mogelijkheden. Hun potentieel wordt juist wel regelmatig vervuld en correspondeert zodoende veel frequenter met de gerealiseerde mobiliteit.

De beschikking tot een auto heeft door het hebben van een extra optie qua vervoersmiddel, een positieve werking op het subjectieve welzijn. Bij een mindere gezondheid is de auto een goed alternatief, terwijl het autorijden zelf ook een groot deel van de potentiële mobiliteit realiseert. Het hebben van een auto zorgt in feite voor een kettingreactie, waarmee in één zin de werking kan worden samengevat:

Een auto zorgt voor een alternatief bij mindere gezondheid en een verhoogde gerealiseerde mobiliteit wat betreft sociale contacten en overige activiteiten. Dit leidt tot een verhoogde mobiliteit in algemene zin, wat inhoudt dat het subjectieve welzijn toeneemt. De mogelijkheid tot het gebruik van een auto heeft daarmee een positieve invloed op het subjectieve welzijn van de onderzochte 65plussers.

Inhoud

Samenvatting.....	2
1. Inleiding.....	4
1.1 Aanleiding.....	4
1.2 Probleemstelling.....	5
1.3 Toelichting Hoofd- en Deelvragen.....	5
2. Theoretisch kader.....	6
2.1 Definities.....	6
2.2 Mobiliteit.....	6
2.3 Mobiliteit bij ouderen.....	7
2.4 Welzijn.....	7
2.5 Welzijn bij ouderen.....	8
2.6 Ouderen en autogebruik.....	9
2.7 Healthy ageing.....	9
2.8 Conceptueel model.....	10
3. Methodologie.....	12
3.1 Dataverzameling.....	12
3.2 Analyse.....	12
3.3 Ethische vraagstukken.....	13
4. Resultaten.....	14
5. Conclusies en aanbevelingen.....	22
Literatuurlijst.....	24
Bijlage 1.....	26

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In de huidige Nederlandse bevolkingssamenstelling is vergrijzing een alom erkend fenomeen. De lagere vruchtbaarheid en stijgende levensverwachting zijn hierbij directe oorzaken van een alsmaar groter aandeel 65plussers in de Nederlandse samenleving (Garssen et al., 2012). Het is daarom niet verwonderlijk dat veel maatschappelijke discussies, onderzoeken en instellingen zich bezig houden met *'healthy ageing'*, de heilige graal van het gezond ouder worden (Kalache & Kickbusch, 1997). Zo is in recent onderzoek in het Verenigd Koninkrijk gekeken naar allerlei verschillende factoren, zowel op psychologisch als lichamelijk vlak, die van invloed zijn op het gezond ouder worden (Kuh et al., 2012).

De prognose voor de Nederlandse bevolking geeft aan dat het aandeel ouderen elk jaar met 200.000 zal toenemen. Deze groei zal doorzetten tot 2037, terwijl in de jaren '90 de groei 'slechts' 130.000 bedroeg (CBS, 2014). De gevolgen hiervan zullen haar weerslag hebben op de samenleving. Niet alleen op financieel vlak met betrekking tot het in stand houden van de verzorgingsstaat, maar vooral ook qua huisvesting, faciliteiten, vervoer en voorzieningen voor ouderen (Philips et al., 2013).

Bij ouderen, waarbij de fysieke gesteldheid achteruit gaat, is de verbondenheid tussen welzijn en mobiliteit met name relevant (Nordbakke & Schwanen, 2014). Het ligt voor de hand dat bij verminderde fysieke capaciteiten de opties om gebruik te maken van verschillende vervoersmiddelen minder worden (Schwanen et al., 2012). In verschillende onderzoeken zijn onder andere de gevolgen daarvan gekoppeld aan het welzijn van ouderen. Hierin komt steeds naar voren dat de afname in mobiliteit zijn weerslag heeft op het welzijn van ouderen. Zo heeft onderzoek in Nieuw-Zeeland naar het leven zonder auto uitgewezen dat vervangende vervoersmiddelen kunnen zorgen voor een barrière om locaties te bereiken die voorheen wel met de auto bezocht konden worden (Davey, 2007).

In Nederland focust onderzoek zich meer op aanpassing van de fysieke omgeving (Hortulanus & Machielse, 2001). Er wordt uitgegaan van een afnemende mobiliteit bij ouderen en als reactie daarop moet de fysieke omgeving aangepast worden, zodat ouderen in hun eigen thuisomgeving kunnen blijven wonen. Hierbij moeten verschillende faciliteiten makkelijk bereikbaar zijn zodat de barrière voor ouderen minder wordt om van nabijgelegen voorzieningen daadwerkelijk gebruik te maken ((Hortulanus & Machielse, 2001). Omgekeerd is de focus minder in dergelijke onderzoeken: door het vergroten van de mobiliteit van ouderen, zoals het kunnen blijven gebruiken van de auto, kunnen verder weggelegen voorzieningen alsnog bereikbaar blijven (Davey, 2007).

In de vele recente onderzoeken naar *healthy ageing* die gedaan zijn vanuit verschillende wetenschappelijke invalshoeken ligt de nadruk vooral op welzijn (Nordbakke & Schwanen, 2014). De daaraan gekoppelde mobiliteit en de invloed die het uitoefent op het welzijn van ouderen wordt vaak verklaard vanuit gegevensperspectief. Oftewel, er wordt gekeken welke faciliteiten er wel of niet zijn en vanuit die constatering wordt een beeld van de mobiliteit geschetst van het individu. Veel minder vaak spelen de mogelijkheden die een individu zelf nog heeft, de ruimtelijke component hierbij een rol (Zeitler et al., 2012). Vanuit een ruimtelijk perspectief kan een analyse van de mate van mobiliteit gemaakt worden vanuit het individu, in aanvulling op de omgevingsfactoren die de mobiliteit van een individu zouden kunnen beïnvloeden. Ter verduidelijking in de context van dit

onderzoek: er wordt niet alleen gekeken of een respondent in een omgeving woont waar goede infrastructuur aanwezig is, maar ook of diegene er daadwerkelijk zelf gebruik van kan maken vanwege de aanwezige capaciteiten en middelen om auto te rijden. Dit geeft een beter beeld van de betreffende persoon en aan de hand van dergelijke constatering zou beleidsmatig veel specifieker ingespeeld kunnen worden op de individuele behoeftes van de oudere (Garssen et al., 2012). In dit onderzoek wordt daarom aandacht besteed aan zowel de analyse van welzijn en mobiliteit, alsmede de ruimtelijke component die daaraan verbonden is.

1.2 Probleemstelling

De probleemstelling in dit onderzoek is om te kijken of het verschil in mobiliteit met betrekking tot het hebben en kunnen besturen van een auto zijn weerslag heeft op het welzijn van ouderen (65+). Er wordt hierbij gekeken naar het verschil tussen het nut (hedonic) en het hogere ideaal (eudaimonic) wat een oudere wil en kan bereiken (Nordbakke & Schwanen, 2014). Het nut is hierbij gekoppeld aan de gerealiseerde mobiliteit, het hogere ideaal aan de potentiële mobiliteit. Er wordt vervolgens gekeken naar de subjectieve kant van het welzijn. Het onderzoek is daarmee gericht op de vraag of de beschikking van een auto een verschil kan geven in deze twee verschillende doelen. De hoofdvraag is daarbij als volgt:

Wat voor effect heeft de mogelijkheid tot het gebruik van een auto op het welzijn van ouderen?

Deze hoofdvraag zal beantwoord worden met behulp van de volgende deelvragen:

- Waarvoor gebruiken ouderen de auto?
- Hoe zien autogebruikers een leven zonder auto voor zich?
- Wat zijn de verschillen tussen potentiële en gerealiseerde mobiliteit met betrekking tot autogebruik?

1.3 Toelichting Hoofd- en deelvragen

De hoofdvraag is toegespitst op het in het bezit hebben en het kunnen gebruiken van een auto. Dit hoeft niet perse aan het individu gekoppeld te zijn, maar de drempelwaarde is dat er binnen het gezin tenminste één auto beschikbaar is. Dat houdt in dat het individu of zelf een auto kan besturen, of een beroep kan doen op een gezinslid (de partner) om zich te laten vervoeren naar de gewenste locatie.

De deelvragen zijn een voortvloeisel uit de verschillende type respondenten waarop gefocust wordt in de hoofdvraag: degene met beschikking over een auto en degene zonder. Hierbij is het van belang om te kijken waarvoor de auto wordt gebruikt en welke alternatieven de niet-gebruiker toepast om dezelfde soort doelen te bereiken. Om het effect op welzijn te onderzoeken wordt gekeken naar het verschil voor de autogebruiker wanneer deze geen auto meer tot zijn/haar beschikking heeft. Er wordt gekeken naar de potentiële mobiliteit, die te bereiken valt bij het gebruik van de auto. Dit houdt in dat zowel autogebruikers als niet-autogebruikers een potentieel kunnen hebben wat betreft hun gewenste mobiliteit. Er wordt hierbij gekeken of een auto naar de volledige behoefte en mogelijkheden gebruikt wordt. Men kan hierbij zeggen wat ze gedaan hebben qua autotrips, aangeven wat ze daadwerkelijk meer zouden willen doen en uiteindelijk kan door middel van GPS besproken worden of ze tevreden zijn met hun mobiliteit. Niet-autogebruikers kunnen hierbij juist aangeven of zij wel of niet beperkt zijn in hun mobiliteit door het ontbreken van een auto. Tot slot wordt gekeken wat de verschillen zijn tussen de potentiële mobiliteit en gerealiseerde mobiliteit.

2. Theoretisch kader

2.1 Mobiliteit

Mobiliteit neemt af naar mate de fysieke fitheid van mensen achteruit gaat. Voor ouderen geldt dit, zei het in verschillende mate, uiteindelijk ook (Schwanen et al., 2012). Om een goed beeld te krijgen hoe ouder worden mobiliteit beïnvloedt is het eerst van belang het begrip mobiliteit af te bakenen. In veel onderzoek wordt gekeken naar mobiliteit als de gerealiseerde acties die een individu onderneemt (Scheiner, 2006). Met andere woorden: daar waar iemand heen gaat binnen een bepaalde periode wordt gezien als de mobiliteit die diegene heeft. Echter, dergelijke metingen hoeven niets te zeggen over de totale mogelijkheden qua mobiliteit die een persoon kan hebben. Wanneer iemand in een tijdsbestek van een week weinig activiteiten onderneemt, hoeft dat niet direct een indicatie te zijn dat een dergelijk patroon op jaarbasis exact hetzelfde is. Oftewel, de potentiële mobiliteit wordt hierbij weggelaten. Om deze variabele meetbaar te maken wordt in recent onderzoek gebruik gemaakt van de vraag- en aanbodzijde in mobiliteit (Scheiner, 2006).

- Vraagzijde: gezondheid, financiële mogelijkheden (vanuit het individu)
- Aanbodzijde: faciliteiten, mogelijkheden qua vervoer (vanuit de omgeving)

In dit onderzoek zal daarom sprake zijn van twee verschillende soorten mobiliteit:

- De gerealiseerde mobiliteit: dat wat blijkt uit absolute metingen
- De potentiële mobiliteit: dat wat de mogelijkheden zijn wanneer alle *resources* in zowel vraag- als aanbodzijde benut worden

Dit onderscheid is ook terug te vinden in de redenering van Nordbakke & Schwanen (2014). In het artikel *Well-being and mobility* wordt gekeken naar verschillende invalshoeken om welzijn en mobiliteit te definiëren. Bij mobiliteit worden twee soortgelijke categorieën genoemd, zoals die bij het artikel van Scheiner (2006) ook te vinden zijn. Er wordt gekeken naar *hedonische* en *eudaimonische* redenen om te zien op welke manier mobiliteit gebruikt wordt. De hedonische zijde is gefocust op het nut van mobiliteit, en is daarbij te koppelen aan de gerealiseerde mobiliteit. Er wordt bij beide zienswijzen gekeken naar handelingen die daadwerkelijk verricht zijn. Het is de gerealiseerde mobiliteit waarvan het individu het nut ontleent om daadwerkelijk de gedane actie te ondernemen.

De eudaimonische zijde is gericht op het ideaal van mensen: dat wat bereikt kan worden met de individuele behoeftes en omgevingsmogelijkheden meegenomen. De link tussen potentiële mobiliteit is hierbij duidelijk. In beide gevallen wordt gekeken naar welke mogelijkheden er zijn, zonder dat deze uitgeoefend hoeven te worden.

2.2 Mobiliteit bij ouderen

Mobiliteit is niet alleen op verschillende manieren te meten, het heeft ook variabele invloed op verschillende leeftijdsgroepen. Bij jonge mensen zal mobiliteit normaal gesproken toenemen. Denk aan een klein kind dat leert lopen, een kleuter die kan fietsen of een 18jarige die zijn rijbewijs haalt. In alle gevallen wordt de reikwijdte vergroot, zei het op verschillende ruimtelijke schaalniveaus.

Voor ouderen geldt dit, zoals eerder genoemd, in verschillende gradaties andersom (Kaiser, 2009). Naarmate men ouder wordt, neemt met name de fysieke capaciteit af om dezelfde mobiliteit als

voorheen te behouden. Denk hierbij aan verminderd zicht, afnemend concentratie- en hoorvermogen in combinatie met minder vertrouwen op de weg, maar ook beperkingen waardoor het autorijden in zijn geheel niet meer mogelijk is (Davey, 2007). Verschillende onderzoeken hebben dan ook aangetoond dat zowel de frequentie van het huis verlaten als de afstanden die worden afgelegd bij ouderen minder worden in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen (Scheiner, 2006).

2.3 Welzijn

Welzijn is, zoals in de definitie staat beschreven, op zowel objectieve als subjectieve manier te meten. De subjectieve kant, social well-being (SWB) geeft in combinatie met de sociaaleconomische status (SES) (Pinquart et al., 2000) een goede indicatie voor algeheel welzijn van een persoon. In dit onderzoek is met name de link tussen welzijn en mobiliteit relevant. De focus zal dan ook liggen op de factoren die met beide raakvlakken hebben.

Er zijn grofweg vier pijlers te noemen waarop subjectief welzijn rust (Diener, 2009): gezondheid, sociale contacten, activiteiten en het karakter. Deze vier facetten zijn weer op te delen in verschillende onderdelen. Zo bestaat gezondheid uit zowel het mentale als fysieke aspect en hebben beide hun invloed op zowel mobiliteit als welzijn (Davey, 2007).

Voor objectief welzijn wordt vaak de koppeling gebruikt naar de sociaaleconomische status. Er is geen exacte definitie voor de SES van iemand, maar vaak worden beroepsstatus, het opleidingsniveau en het inkomen als indicatoren gebruikt (Winkleby et al, 1992). Daarnaast zijn onderdelen van het subjectieve welzijn ook terug te vinden als objectief meetbare variabelen. Gezondheid is niet alleen een beleving van het individu, maar kan ook als nominale data fungeren (Kaiser, 2009). Zo is het gegeven of iemand wel of niet kan lopen een vaststaand feit. Net als het aantal sociale contacten die iemand heeft, de activiteiten die gedaan worden en persoonlijke karaktertrekken. Echter, zeggen dergelijke gegevens niets over het welzijn subjectieve welzijn. (Diener, 2009). Deze is namelijk berust op het feit wat iemand zelf ervaart. Met andere woorden: iemand die meer wekelijkse activiteiten onderneemt dan een ander, hoeft daarmee niet een 'hogere' welzijn te hebben. Het aantal activiteiten, dus de objectieve kant, zegt niets over de subjectieve voldoening die daaraan gekoppeld is. Het gaat erom wat beide ervaren en welke voldoening ze halen uit hun activiteiten. Hetzelfde gaat op voor sociale contacten en het karakter van een individu. Het is de eigen interpretatie en daarmee de subjectieve beleving die met name bepaalt welke mate van welzijn iemand ontleent aan zijn of haar activiteiten.

2.4 Welzijn bij ouderen

Wat geldt voor mobiliteit met betrekking tot ouderen, geldt in enige mate ook voor het welzijn. Veel factoren die gepaard gaan met ouder worden hebben invloed op verschillende aspecten van welzijn (Kaiser, 2009). De verschillende pijlers die eerder werden genoemd bij subjectief welzijn zijn allemaal onderhevig aan de impact van het ouder worden (Diener, 2009). Hierbij dient aangemerkt te worden dat de invloed ook omgekeerd evenredig kan zijn. Zo zou iemand vanwege een handicap niet auto kunnen rijden, maar omgekeerd kan ook: zo zou het autorijden zelf diegene ook invalide hebben kunnen maken vanwege een ongeluk (Davey, 2007). Het *karakter* is van de 4 pijlers het aspect waar veel wisselwerking plaatsvindt tussen de invloed op mobiliteit, en omgekeerd. De mate van mobiliteit heeft weer invloed op het karakter (Diener, 2009). Omdat het uitdiepen van het karakter van een respondent, de invloed op de mobiliteit en vice versa een studie op zich is, wordt deze in dit onderzoek verder buiten beschouwing gelaten.

Gezondheid

In recent onderzoek is gebleken dat gezondheid van grote invloed is op het welzijn van de mens. Bij een onderzoek naar ziekte en beperkingen is gebleken dat deze de maatschappelijke participatie ernstig verminderen (Hoeymans et al., 2005). Dit geldt voor zowel fysieke als mentale beperkingen. Eerder is al genoemd dat dit vooral bij ouderen relevant is, aangezien bij hen fysieke en mentale beperkingen steeds frequenter aanwezig zijn (Pinquart & Sörensen, 2000).

Sociale contacten

Voor sociale contacten geldt een zelfde patroon. De gebreken die komen kijken bij ouderdom zorgen voor minder mobiliteit waardoor het onderhouden van sociale contacten minder wordt. Vooral in de huidige tijdsgeest, waarin veel 'moderne' alternatieven voor handen zijn om sociale contacten te onderhouden, lijken ouderen buiten de boot te vallen. Alhoewel het aantal ouderen dat actief is op internet toeneemt, blijft het percentage nog steeds sterk achter in vergelijking met jongeren (Helsper, 2009). Het is daarom niet verwonderlijk te noemen dat voor ouderen fysiek contact in de vorm van een bezoek nog steeds als voornaamste middel geldt om sociale contacten te onderhouden.

Activiteiten

Activiteiten worden gezien als elke handeling die verricht wordt buiten de eigen residentie (Scheiner, 2006). Ook hierbij is mobiliteit onlosmakelijk verbonden met de mate waarin activiteiten ondernomen kunnen worden. Activiteiten kunnen als ratio opgevat worden, maar zijn als beleving voor het individu een subjectieve ervaring (Diener, 2009).

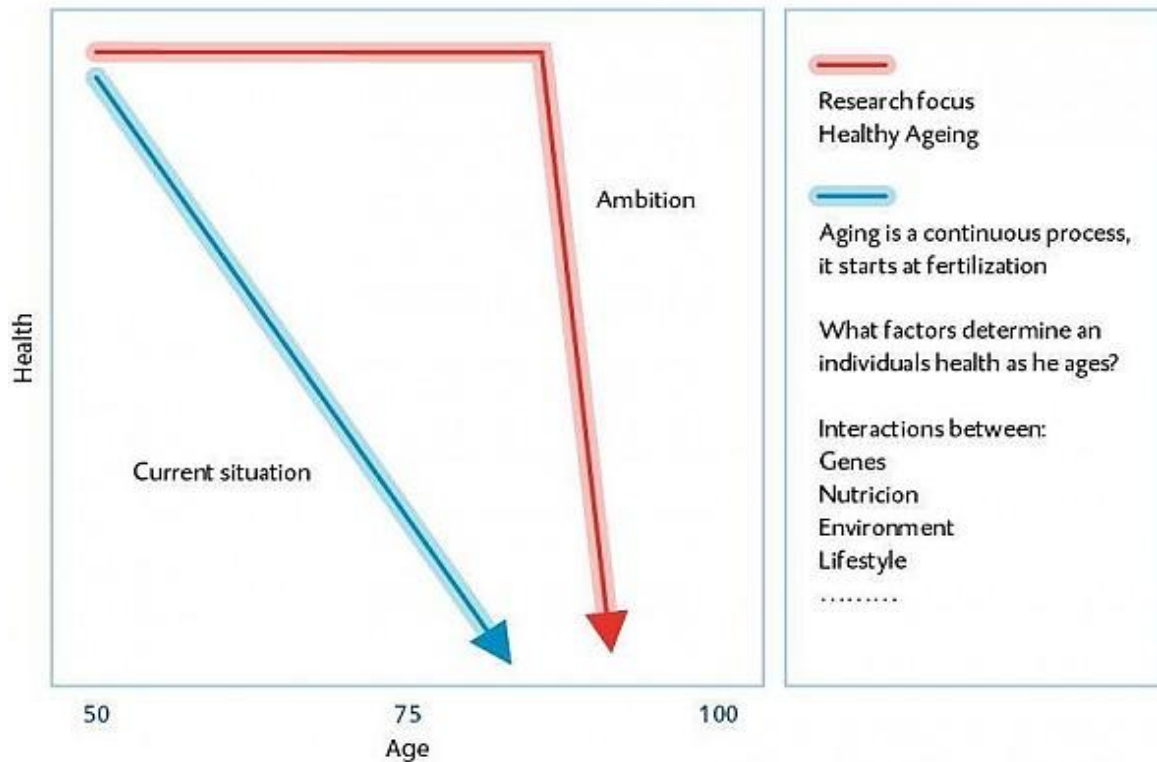
2.5 Ouderen en autogebruik

De auto is van alle opties nog steeds het meest gebruikte vervoersmiddel voor afstanden die (doorgaans) niet lopend of per fiets te overbruggen zijn (Scheiner, 2006). Niet alleen voor ouderen is het hebben en kunnen besturen van een auto daarom ook een grote bijdrage aan het gevoel van onafhankelijkheid (Davey, 2007). Het opgeven van deze onafhankelijkheid zorgt voor een barrière: een hogere drempel om dezelfde acties te ondernemen zonder auto. Dit heeft zijn weerslag op het welzijn van mensen (Davey, 2007). Ouderen (65+) zijn echter de leeftijdsgroep waarbij het verloren gaan van deze mogelijkheid het vaakst voorkomt. Redenen daartoe zijn eerder al genoemd: afnemende gezondheid die het autorijden belemmeren of een veranderende financiële situatie (o.a. pensioen) waardoor het hebben en onderhouden van een auto niet meer tot de mogelijkheden behoort.

Het autogebruik is onderdeel van het actieve, reisgerelateerde element wat invloed heeft op de kwaliteit van leven (Banister & Bowling, 2004). De andere kant is het passieve gedeelte, oftewel: omgevingsfactoren en sociale contacten. Deze twee factoren zorgen samen voor een beter begrip van de kwaliteit van leven van ouderen. In dit onderzoek is autogebruik de focus van het actieve element wat invloed heeft op het welzijn. Bij niet-autogebruikers ontbreekt de auto als modaliteit en er zou daardoor verschil moeten zijn op te merken tussen beide groepen. Niet -autogebruikers hebben immers een optie minder wat betreft de actieve kant van het welzijn. Het is daarom interessant om te kijken welke invloed dit heeft op de passieve kant. Het hebben van een auto hoeft niet een verschil te betekenen aan de passieve kant. Ouderen kunnen bijvoorbeeld binnen hun eigen omgeving zonder auto wel hun sociale contacten onderhouden (Banister & Bowling, 2004).

2.7 Healthy ageing

De oplossing om het omvangrijke cohort van ouderen op te vangen in zowel maatschappelijke context als individueel, is te zorgen dat ouderen langer gezond blijven. De bijbehorende term die in hedendaags onderzoek regelmatig naar voren komt luidt: *Healthy Ageing*. Het is hierbij de bedoeling dat niet zozeer de gemiddelde levensduur verlengt wordt, maar juist de gezonde jaren dat iemand op aarde rondloopt. In onderstaand figuur wordt dit visueel weergegeven:



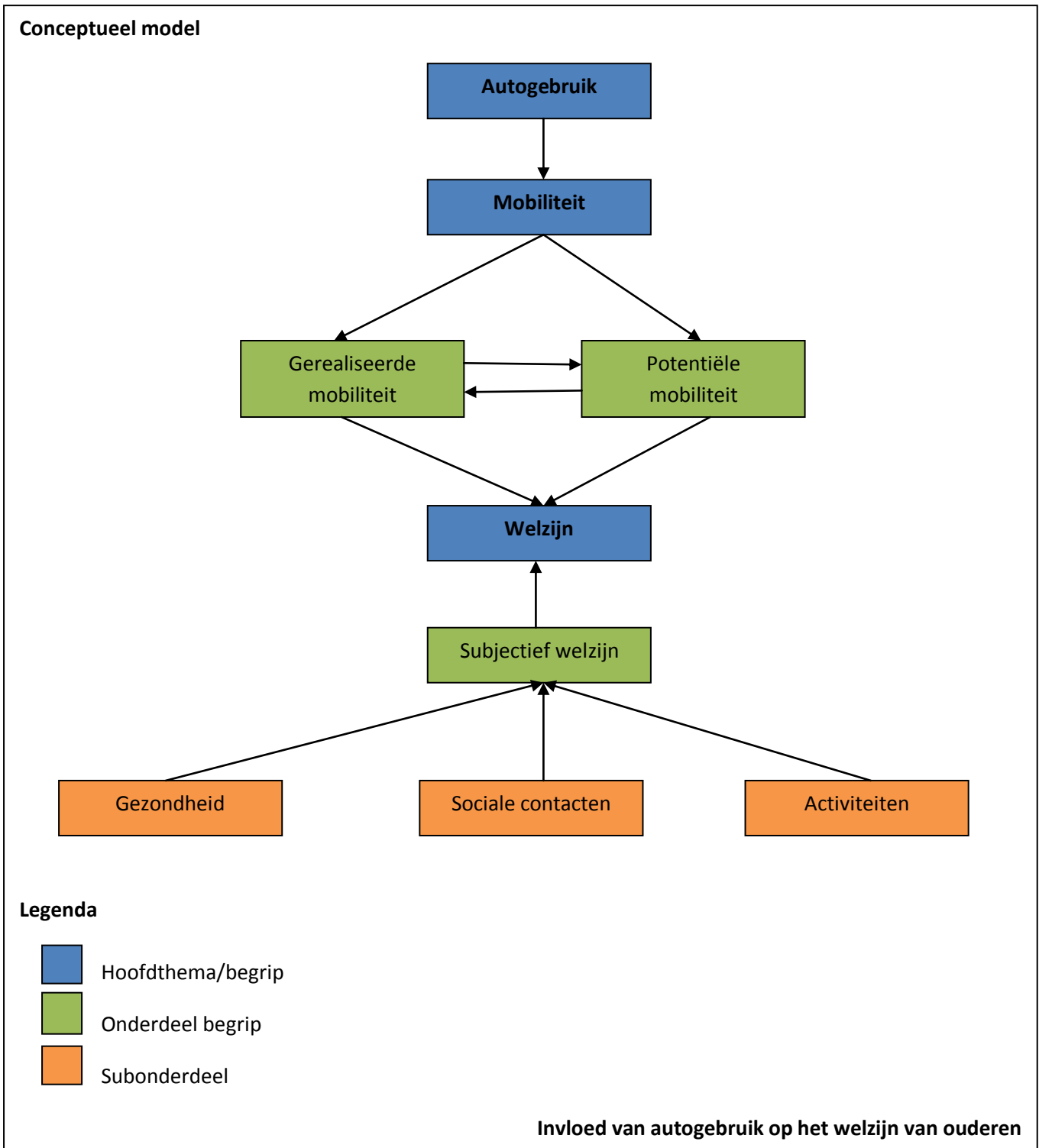
Figuur 1: Healthy Ageing over the course life. Bron: healthy ageing Campus the Netherlands

Nederland is op dit gebied vooruitstrevend bezig met onder andere de Healthy Ageing Campus in Groningen, verbonden aan het UMCG. Het streven, zoals aangegeven in het figuur, zou betekenen dat een veel korter deel van een mensenleven problemen zou opleveren wat betreft mobiliteit, het welzijn wat daaraan gekoppeld is en vice versa (Kalache & Kickbusch, 1997).

Healthy ageing zou met betrekking tot het autogebruik een alternatief zijn ten opzichte van het eerder genoemde ouder worden in de eigen thuisomgeving, of *ageing in place* (Hortulanus & Machielse, 2001). Door ouderen een langer deel van hun leven gezond te houden en daarmee de mogelijkheid tot autorijden kunnen laten behouden, hoeft de leefomgeving niet perse aangepast te worden. Ouderen kunnen immers langer acteren binnen een grotere reikwijdte. In dit onderzoek wordt onder andere gekeken naar de gezondheid van ouderen en de mate van mobiliteit ten opzichte van anderen, die niet meer de beschikking hebben tot een auto.

2.8 Conceptueel model

In het conceptueel model wordt de invloed van het autogebruik als onderdeel van de mobiliteit op de welzijn van ouderen beschreven. De pijlen geven aan op welke richting de invloed van toepassing is. Bij 2 pijlen is er zodoende sprake van een wisselwerking tussen 2 concepten.



Toelichting conceptueel model

Het conceptueel model neemt als basis het autogebruik van ouderen. Hieruit wordt gekeken wat het autogebruik (of juist geen autogebruik) voor invloed heeft op de mobiliteit. Deze mobiliteit is opgedeeld in 2 categorieën, zoals in het theoretisch kader genoemd. Vervolgens wordt gekeken wat de invloed is op het welzijn van ouderen. Omdat in het onderzoek alleen wordt gekeken naar het subjectief welzijn is het objectief welzijn weggelaten. Het subjectief welzijn is vervolgens opgedeeld in drie subonderdelen die elk een segment zijn van het totale welzijn. Verder bestaat er een wisselwerking tussen potentiële en gerealiseerde mobiliteit. Gerealiseerde mobiliteit is een onderdeel van potentiële mobiliteit en potentiële mobiliteit afhankelijk van wat er reeds bij gerealiseerde mobiliteit verwezenlijkt is.

3. Methodologie

3.1 Dataverzameling

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van primaire data, ondersteund door de theorie vanuit het theoretisch kader. Zowel kwalitatieve als kwantitatieve data zijn daarmee van waarde voor de conclusies van het onderzoek. De data is verzameld door middel van GPS-trackers, waarmee een week lang de patronen via satellietwerking zijn gevolgd. Hiermee kan een goed beeld worden gevormd welke afstanden worden afgelegd. In combinatie met een bijgehouden dagboek kan vervolgens achterhaald worden welke trips ondernomen worden met de auto om zo een overzicht te krijgen van het aanwezige, of juist afwezige autogebruik van de participant. Het aantal trips, de activiteiten die hieraan verbonden zijn en het sociale netwerk wat hierbij blootgelegd wordt zijn onderdeel van de kwantitatieve dataverzameling. Door middel van deze methode van dataverzameling wordt vooral de gerealiseerde mobiliteit blootgelegd.

Voor de potentiële mobiliteit en de daaruit voortvloeiende aspecten van welzijn worden interviews gebruikt. Het is immers niet te achterhalen welke mogelijke trips een participant kan ondernemen, naast de bewegingspatronen die geanalyseerd kunnen worden via de GPS-trackers. Door middel van interviews kan gevraagd worden naar wat participanten graag zouden willen en kunnen doen naast hun wekelijkse routine. Daarmee kunnen verschillen en overeenkomsten aangetoond worden tussen gerealiseerde en potentiële mobiliteit op het gebied van activiteiten, sociale contacten en (subjectieve) gezondheid. Het is hierbij van belang om 'uitschieters' te filteren uit het weekpatroon. Respondenten die op vakantie gaan of op jaarbasis één keer een activiteit ondernemen die juist in de betreffende week valt, hebben een bijzondere week gehad. Deze vraag is onderdeel van de interviewgids zodat snel genoeg blijkt wanneer dit het geval is. Interviews zijn hierbij de beste methode als aanvulling op de GPS-tracker en het bijgehouden dagboekje, aangezien de motivatie achter de gedane trips van belang is voor het onderzoek. Bij andere manieren van dataverzameling, zoals enquêteren, is het veel lastiger om achterliggende redenen te achterhalen wat betreft autogebruik, omdat vragen veel meer gesloten zijn en er niet ingespeeld kan worden op mogelijke antwoorden van de respondent. Doorvragen is hierbij veel meer van te voren vastgesteld. Daarom is er ook gekozen voor een semi-structured interview, waarbij de interviewgids als houvast dient, en niet als blauwdruk voor het gehele interview.

3.2 Analyse

In de analyse van de GPS-logbestanden wordt in combinatie met een bijgehouden dagboek gekeken welke acties zijn ondernomen met een auto. Hierbij worden het aantal acties bekeken, de afstand en het doel van de trip. Vanwege de verschillende terminologie hieronder nogmaals ter verduidelijking welke termen in dit onderzoek relevant zijn en hoe ze worden toegepast:

Trips:	alle fysiek ruimtelijke activiteiten die ondernomen worden buiten de residentie van de respondent
Sociale contacten:	Trips waarbij vrienden/familie/buren en aangedaan worden met het sociaal contact als primair doel
Activiteiten:	Alle overige trips die niet het sociaal contact als doel hebben

In de interviews wordt gekeken naar aanvullende informatie uit het conceptueel model, die niet achterhaald kunnen worden door middel van de logbestanden. Ter verduidelijking wordt onderstaand schema gebruikt waarin afgevinkt kan worden welke aspecten aanwezig zijn. Zo kan gekeken worden of gerealiseerde en potentiële mobiliteit met elkaar corresponderen.

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant:		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Subjectief welzijn	Gezondheid		
	Sociale contacten		
	Activiteiten		

Wanneer gerealiseerde mobiliteit gelijk staat aan de potentiële mobiliteit zal er een vinkje gebruikt worden in de kolom van gerealiseerde mobiliteit = potentiële mobiliteit. Wanneer de potentiële mobiliteit echter niet overeenkomt, wordt in de rechter kolom het vinkje neergezet. Zo kan snel gekeken worden hoe de verschillende aspecten van welzijn volledig 'benut' worden door de participanten. Met andere woorden: is een respondent tevreden met zijn activiteiten wat betreft autogebruik (gerealiseerde mobiliteit = potentiële mobiliteit) of is de potentiële mobiliteit meer aanwezig.

Afbakening onderzoek

Om het gehele welzijn van een respondent weer te geven zou een specifiek diepte-interview afgegeven moeten worden. Omdat in het interview niet alleen de focus op autogebruik ligt, is de vraagstelling zodoende afgebakend tot het subjectief welzijn, met de bijbehorende facetten. Deze zijn door onder andere de analyse van het dagboekje en de overgebleven interviewvragen goed vast te stellen.

3.3 Ethische vraagstukken

Bij het onderzoek wordt inbreuk gemaakt op het dagelijks leven van de participant en er zijn daarom enkele ethische aspecten die daarbij extra aandacht verdienen.

Machtsverhoudingen en 'positionality'

In het onderzoek zijn participanten gezocht binnen het eigen netwerk van de onderzoeker. Hiermee is de onderzoeker een *insider* en dit zorgt ervoor dat machtsverhoudingen wellicht anders liggen ten opzichte van een meer anonieme situatie. Zo is er sneller een wederzijds vertrouwen, maar is het voor een respondent misschien ook lastiger om te weigeren aan het onderzoek deel te nemen.

Er worden in totaal 18 geschikte participanten door alle deelnemers van het onderzoek gezocht en vanwege het vertrouwelijke contact is er in dat opzicht een barrière minder.

Privacy

Alle data worden vertrouwelijk verwerkt en dit wordt voor het onderzoek ook duidelijk aangegeven. Het is echter de vraag in hoeverre de data echt anoniem zijn wanneer de participant zich in het netwerk van de onderzoeker bevindt. Om dergelijke bezwaren aan het licht te brengen, is goede voorlichting over het gehele proces nodig. Van te voren is daarom eerst naar de respondenten gemaïld zodat er niet een directe druk op de vraag zou ontstaan (bij bijvoorbeeld bellen of bezoeken) of ze aan het onderzoek wilden deelnemen. Zo kon de deelnemer rustig nadenken en nadat er positief gereageerd werd is er gebeld om eventuele vragen te beantwoorden en onduidelijkheden te verhelderen. Er is daarna een afspraak gemaakt om de GPS-tracker af te leveren en het proces van dataverzameling in gang te zetten.

Impact

Vanwege het lage aantal respondenten zal er niet snel sprake zijn van een stereotype respondent. De impact die het onderzoek met zich mee brengt zal met bovenstaande ethische aspecten in acht nemende, niet snel betrokkenen schaden.

4. Resultaten

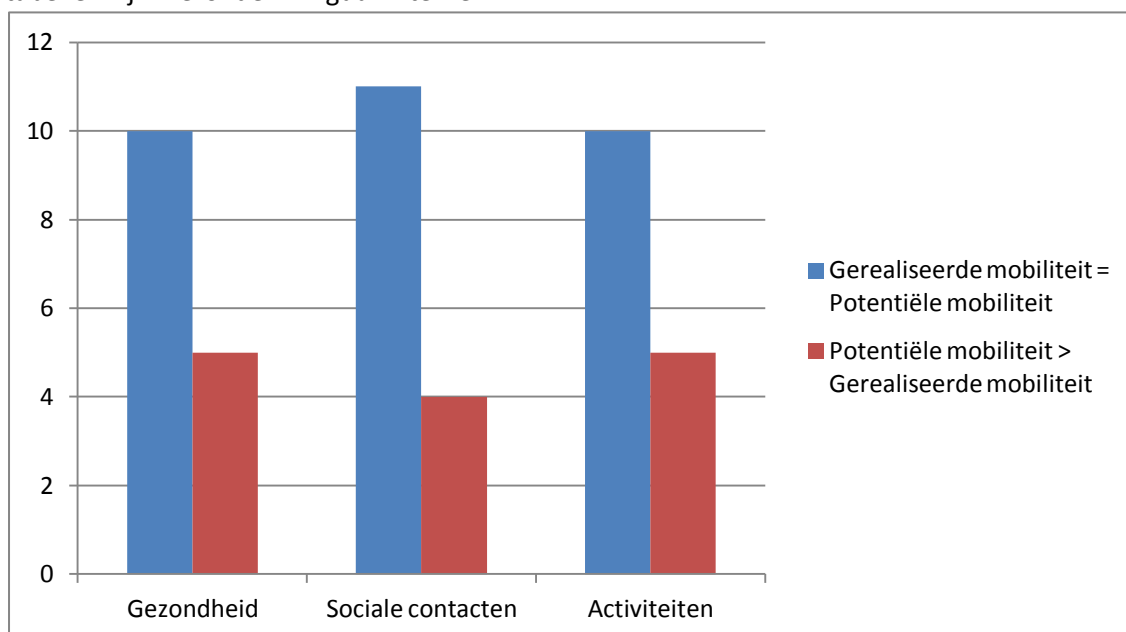
Overzicht kenmerken respondenten

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Woonomgeving	Wel/niet auto	Tot. aantal act.
Respondent 1	Vrouw	68	Platteland	Niet	8
Respondent 2	Vrouw	81	Platteland	Wel	20
Respondent 3	Man	70	Stedelijk	Wel	10
Respondent 4	Man	65	Stedelijk	Wel	25
Respondent 5	Vrouw	85	Platteland	Niet	8
Respondent 6	Man	84	Platteland	Wel	10
Respondent 7*	Man	70	Platteland	Wel	N.v.t.
Respondent 8*	Man	75	Platteland	Wel	N.v.t.
Respondent 9	Vrouw	82	Stedelijk	Niet	6
Respondent 10	Vrouw	76	Platteland	Wel	15
Respondent 11	Vrouw	79	Platteland	Wel	13
Respondent 12	Vrouw	81	Stedelijk	Niet	8
Respondent 13	Vrouw	66	Stedelijk	Wel	9
Respondent 14*	Man	72	Platteland	Wel	N.v.t.
Respondent 15	Vrouw	65	Stedelijk	Wel	15
Respondent 16	Vrouw	74	Platteland	Wel	13
Respondent 17	Vrouw	84	Platteland	Niet	11
Respondent 18	Vrouw	90	Stedelijk	Wel	24

* Respondenten worden niet meegenomen in de resultaten in verband met het ontbreken van het dagboekje

Resultaten analyse

In de analyse is per respondent op het gebied van gezondheid, sociale contacten en overige activiteiten gekeken in hoeverre zij hun mobiliteit vervullen, op het vlak van het subjectieve welzijn. Alle gegevens zijn per respondent in tabelvorm terug te vinden in bijlage 1. De totalen van al deze tabellen zijn hieronder in figuur 2 te zien.



Figuur 2: Overzicht van gezondheid/sociale contacten en activiteiten, afgezet tegen de gerealiseerde en potentiële mobiliteit

In alle gevallen is de gerealiseerde mobiliteit hoger dan de potentiële mobiliteit. Hieronder de uitleg wat dit per categorie inhoudt.

Gezondheid

Bij tien van de vijftien respondenten is de gerealiseerde mobiliteit qua gezondheid gelijk aan de potentiële mobiliteit, zo is te zien in figuur 2. Dit heeft met name te maken met het feit dat de auto wordt gezien als alternatief wanneer de gezondheid (tijdelijk) afneemt. Zo zegt respondent 4:

'Als ik me minder voel en ik heb koorts of iets dergelijks pak ik eerder de auto.'

Dezelfde strekking wordt ook aangegeven door respondent 11. In het interview, bij de vraag of haar gezondheid invloed heeft op het autorijden zegt ze:

'Ja, dat mijn gezondheid invloed heeft op 't autogebruik. Ja, ja, ja, dat heb ik al een beetje uitgelegd hè. Ja, dat het meer wordt eigenlijk.'

Bij de vijf mensen waarbij de potentiële mobiliteit hoger ligt dan de gerealiseerde mobiliteit ligt in 3 gevallen de oorzaak bij het feit dat hun gezondheid het niet meer toelaat om überhaupt auto te rijden. Respondent 12 geeft in haar interview een directe link tussen haar gezondheid en het niet meer gebruiken van de auto:

'Het was toch wel erg leuk, maar nou ja. Ik was, ik ben nu een gevaar op de weg. Ik heb ja, ik ben echt een gevaar op de weg. Ja, ik was eh, ik heb hem toen, toen meteen toen ik geopereerd ben, toen eh, toen heb ik hem, heb ik hem verkocht.'

In twee gevallen bij de vijftien respondenten was de gezondheid een barrière om minder vaak in de auto te stappen, maar werd er nog wel steeds gebruik gemaakt van de auto. De onzekerheid bij respondent 10 is ook duidelijk af te lezen in haar bijgehouden dagboek. Van de 15 activiteiten die ze heeft ondernomen is slechts 1 uitgevoerd met de auto. Over haar (mentale) gezondheid zegt ze:

'Ja. Dat is 8 jaar straks in april. 7 jaar geleden heb ik wat ongemakjes gehad en dat heeft invloed op mijn... maar ik weet duvels goed of ik met de auto weg kan ja of nee.'

Sociale contacten en activiteiten

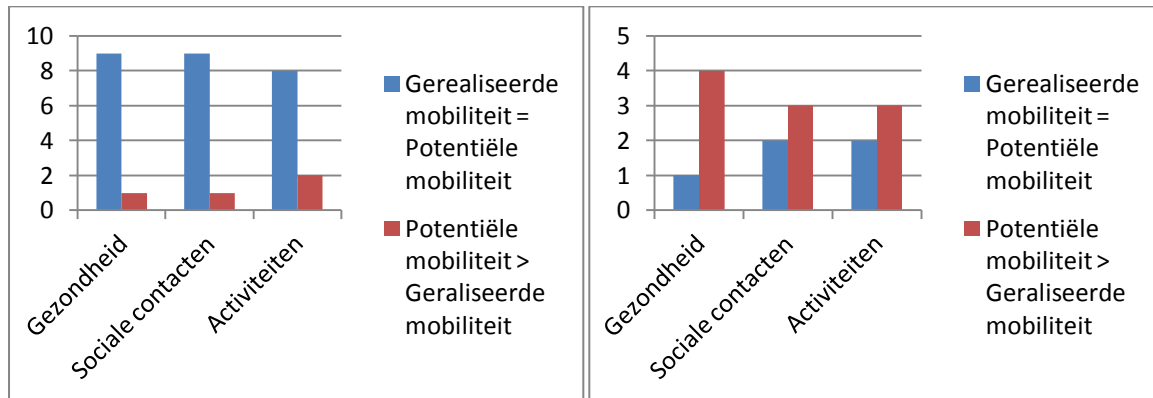
Elf van de vijftien respondenten kan naar gelang zijn/haar sociale contacten bezoeken. Dit hoeft niet alleen met de auto te zijn, omdat hier de mensen die geen auto tot hun beschikking hebben ook zijn meegenomen. Zo kunnen respondenten die geen auto tot hun beschikking hebben wel een gerealiseerde mobiliteit hebben die gelijk is aan de potentiële mobiliteit. Respondent 1 is hier een mooi voorbeeld van. In het interview zegt ze:

'En dan, ja ik heb wel, eh, ik heb wel veel aanloop. Ik krijg heel veel kennissen op bezoek en zo. D'r is zelden haast een dag bij dat ik denk van: hè, wat vervelend.'

Voor activiteiten geldt hetzelfde als bij sociale contacten. Tien van de vijftien respondenten hebben de mogelijkheid om hun activiteiten te ontplooiën in de mate waarin zij daar behoefte aan hebben.

Verschillen tussen autogebruikers en niet-autogebruikers

In het kader van dit onderzoek is het met name interessant om te kijken naar de verschillen tussen autogebruikers en niet-autogebruikers. In figuur 3 & 4 worden daarom dezelfde data nogmaals weergegeven die in figuur 2 ook beschreven zijn, met het verschil dat in dit geval beide groepen zijn opgesplitst. Tien respondenten hebben hierbij de beschikking tot een auto, de overige vijf niet.



Figuur 3 & 4: Overzicht van gezondheid/sociale contacten en activiteiten, links van autogebruikers, rechts van niet-autogebruikers

In figuur 3 is te zien dat het contrast tussen de gerealiseerde mobiliteit en potentiële mobiliteit groter is geworden ten opzichte van figuur 2. Veel autogebruikers geven aan dat de auto voor hen een vervoersmiddel is waarmee ze hun reisdoelen kunnen verwezenlijken. Het belang van de auto wordt regelmatig aangeduid bij de vraag: hoe ziet een leven zonder auto er voor u uit? Zo antwoordt respondent 4 kort maar doeltreffend:

'Gehandicapt.'

Voor de sociale contacten is het gemis van een auto voor de autogebruiker ook direct merkbaar. Respondent 6 zegt hierover:

'Nou, daar zou je mee leren leven moeten, maar dat lijkt me heel moeilijk. Dan kan je ook niet meer zo uitzwerven, vind ik. Ik ga naar omliggende dorpen om eens bij iemand langs te gaan die ziek is of bij een boer die wat heeft, en ja nou, of naar het ziekenhuis. Zonder auto lijkt mij dit heel moeilijk.'

Figuur 4 geeft een heel ander beeld: in alle 3 categorieën is de potentiële mobiliteit groter dan de gerealiseerde mobiliteit. Dat de auto, of beter gezegd, het niet hebben van de auto hier invloed op heeft, wordt meerdere malen bevestigd. Zo laat respondent 9 in haar interview weten. Ze legt duidelijk uit wat het verschil is tussen de twee verschillende situaties:

'Ze vergeten mij omdat ik alleen ben en toen we met zijn tweeën waren had ik er geen probleem mee omdat we met de auto alle kanten op konden, maar ik kan niet autorijden. En dan zeggen ze: 'Je moet er uit gaan!' Maar dat kan ik ook niet.'

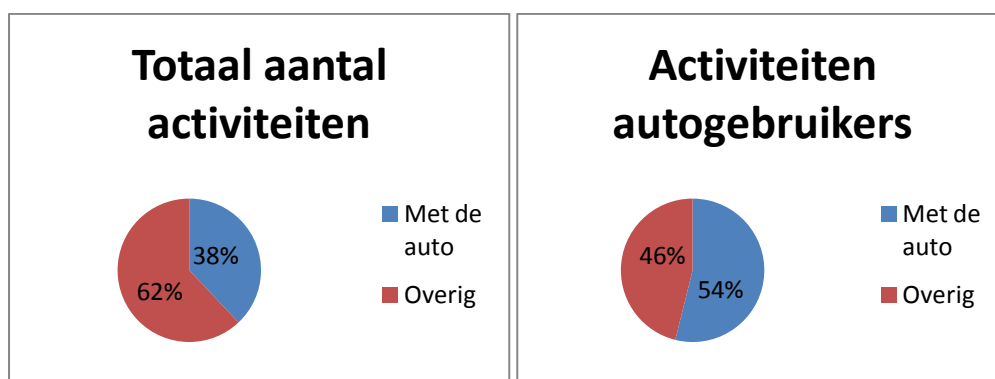
Een tegengeluid is er ook wat betreft autoafhankelijkheid. Respondent 3 heeft genoeg alternatieven in een situatie zonder auto:

'Nee, je moet ook inventief wezen niet? En dan komt misschien openbaar vervoer in aanmerking. Maar er zijn ook een hoop die mij wel willen rijden hoor. Naar mijn kinderen en zo.'

In de week dat de GPS-tracker is gedragen is ook een dagboekje bijgehouden. De data die hieruit voortvloeien geven ook een goed beeld van de verschillen tussen autogebruikers en niet-autogebruikers. Daarom onderstaand een overzicht van de totalen die voortvloeien uit de data van de bijgehouden dagboekjes.

Totaal aantal activiteiten:	195
Met auto:	74
Waarvan sociale contacten:	29
Overig:	45

Vanuit deze gegevens kan een overzicht gegeven worden welk deel van alle activiteiten zijn ondernomen met de auto (figuur 5). Deze data kan vervolgens vergeleken worden met het aandeel van autotrips door de autogebruikers alleen (figuur 6).



Figuur 5 & 6: Totaal aantal activiteiten opgedeeld in auto en overig. Rechts idem, maar dan voor de respondenten met een auto

Wanneer er wordt gekeken naar het totaal aantal activiteiten van alle respondenten worden van alle activiteiten die genoteerd staan in de dagboeken, 38 procent met de auto uitgevoerd. Dit percentage ligt een stuk hoger (54%) wanneer er alleen gekeken wordt naar de activiteiten van mensen die de beschikking hebben tot een auto.

Het verschil in percentages valt goed te verklaren. Niet-autogebruikers hebben nu eenmaal niet of nauwelijks trips kunnen ondernemen met de auto en trekken daarmee het percentage 'met de auto' omlaag. Het is wellicht opvallender dat het percentage van de autogebruikers juist vrij hoog ligt. Meer dan 1 op de 2 activiteiten die worden ondernomen met autogebruikers zijn ook daadwerkelijk met de auto gedaan. De mate van autogebruik wordt mooi getypeerd door respondent 15, die juist geen auto meer heeft. Over de tijd dat ze zelf nog auto kon rijden zegt ze:

'Heel veel meer. Ja, ooh, toen was het dagelijks gebruik met de auto.'

Wanneer de gezondheid het toelaat wordt de auto voor verschillende doeleinden gebruikt. Sociale contacten zijn hierbij een aparte categorie, de rest valt bij overige. Het gros van de overige activiteiten zijn bij de respondenten de boodschappen. Op de vraag waar respondent het meest de auto voor gebruikt zegt ze:

'Nou, boodschappm en familiebezoek, wat ik nou nog heb in de omgeving of zo wat heen, maar verder gebruik ik mien auto niet.'

De vrijheid van het autogebruik om reisdoelen te bereiken, zoals boodschappen en daarmee dus overige activiteiten, komt duidelijk naar voren. Respondent 14 geeft bijvoorbeeld aan, op de vraag waarvoor hij de auto gebruikt:

'Nou, hier in het dorp niet, alleen een keer in de week de boodschappen. Verder gebruiken we hem hier in het dorp niet. En verder overal waar je maar naar toe wilt.'

Om het beeld compleet te maken wat betreft de verschillen tussen autogebruikers en niet-autogebruikers is hieronder een tabel waarin staat hoeveel activiteiten de verschillende groepen in totaal hebben ondernomen.

	Aantal	Tot. aantal act.	Gem. aantal act.
Autogebruikers	10	155	15.5
Niet-autogebruikers	5	41	8.2

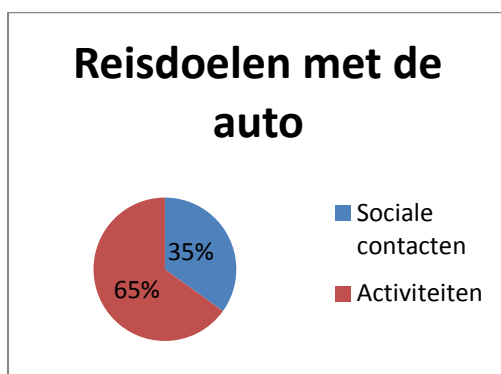
Het aantal activiteiten van autogebruikers (15,5) ligt aanmerkelijk hoger ten opzichte van de niet-autogebruikers (8,2). Dit heeft vooral te maken met het feit dat de niet-autogebruikers geen alternatieven aanwenden voor autotrips, maar dan gewoon thuisblijven. Respondent 7, die wel in het bezit is van een auto, refereert hier aan op de vraag hoe hij een leven zonder auto voor zich ziet, en welke problemen daarbij komen kijken:

'Ja. Verschrikkelijk. Ja, dat denk ik wel. Ja, maar dat is ook omdat we nooit treinen en... Het gepriegel met die O.V.-jaarkaarten, dat kan ons nog niet zo bekoren als ik die verhalen allemaal hoor. Het is niet eenvoudiger geworden.'

De alternatieven liggen veel minder makkelijk voor de hand met betrekking tot een autorit. Dit geldt niet alleen voor het onderhouden (en bezoeken) van sociale contacten, maar ook met andere activiteiten, zoals boodschappen doen. Respondent 10 geeft aan dat een alternatief in zo'n situatie lastiger wordt:

'Nou, dan wordt het wel wat moeilijker want dan hang je inderdaad af van anderen die boodschappen met je willen gaan doen.'

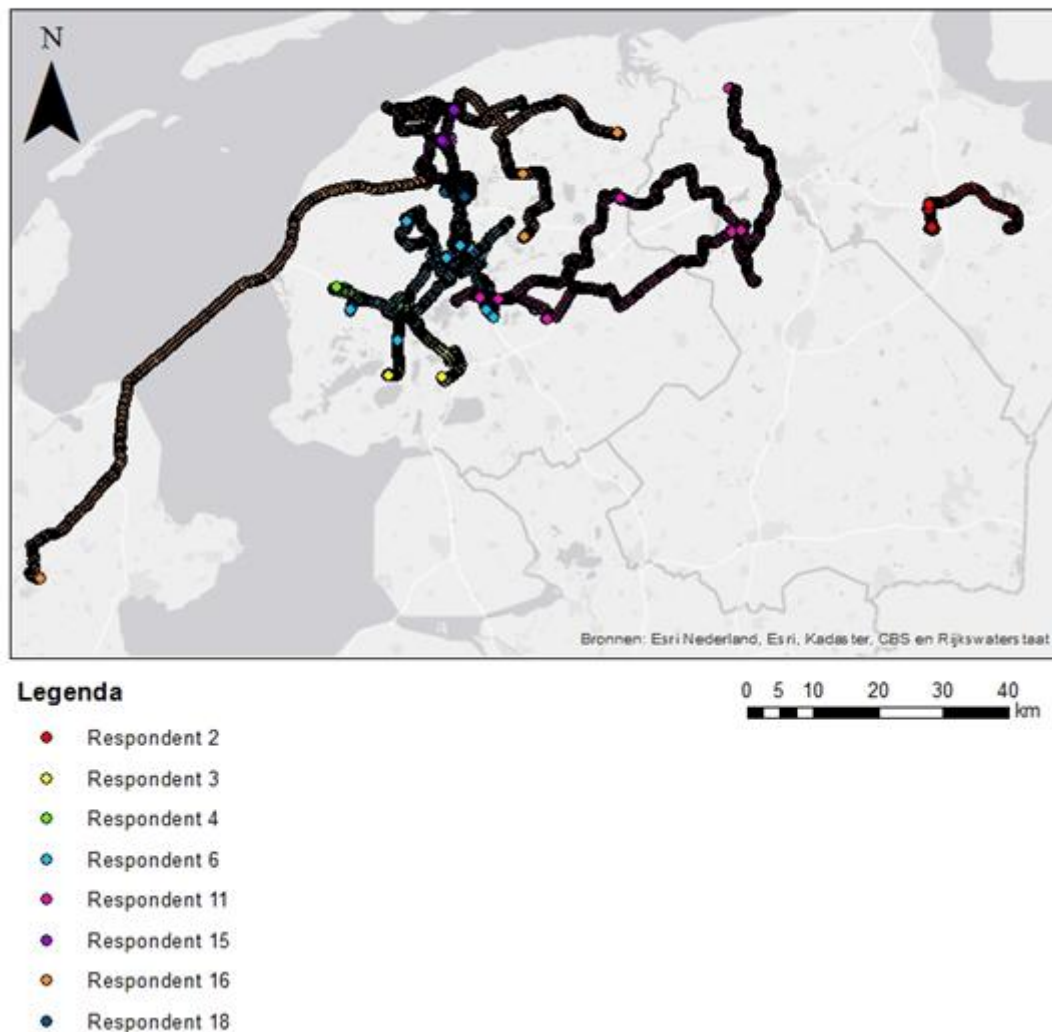
De 54% die door autogebruikers worden afgelegd zijn daarmee nog op te delen in sociale contacten en overige activiteiten. In figuur 7 een overzicht wat de reisdoelen zijn van alle trips die ondernomen zijn met de auto, en waartoe niet-autogebruikers veel beperkter zijn qua mogelijkheden.



Figuur 7: Totaal aantal autotrips opgedeeld in de verschillende reisdoelen: sociale contacten en overige activiteiten

Tot slot nog een overzichtskaart (figuur 8) die gekoppeld kan worden aan de cirkeldiagram in figuur 6: de activiteiten van autogebruikers. Oorspronkelijk was het idee om deze data, die voortvloeit uit de GPS-trackers, eerder toe te passen in het interview. Vanwege de vertraging die onvermijdelijk is bij communicatie tussen verschillende onderzoeksmethoden van studenten, is deze kaart pas veel later beschikbaar gemaakt. Desalniettemin geeft het een mooi overzicht en een goed beeld van de activiteiten die autogebruikers hebben ondernomen.

Automobiliteit van autobezitters



Figuur 8: Overzichtskaart van de automobiliteit van autogebruikers

Wat vooral opvalt is dat de meeste autogebruikers relatief dichtbij hun woonlocatie blijven. Dit onderstreept het feit dat de auto niet in de eerste plaats gebruikt wordt voor verre trips, maar juist voor activiteiten dichtbij huis. Zo geeft respondent 4 aan, op de vraag of hij ook trips heeft ondernomen die eventueel ook zonder auto gedaan hadden kunnen worden:

'Dan kan je het niet houden. Vanwege dat ik dat dan één keer in de week maar doe. Want als ik elke dag boodschappen zou moeten halen zou ik niet weten waar ik de tijd weg zou moeten halen want binnen moet ook alles gebeuren omdat ik alleen ben.'

Ook het weer speelt een rol in het bereiken van dichtbij gelegen locaties, waarbij toch de auto wordt gebruikt. Respondent 9, die zelf geen auto kan rijden, geeft daarbij aan:

'Ja, dan haalt mijn oudste dochter me op. Normaal op de fiets, maar zoals nu als het zo koud is, gaan we met de auto.'

5. Conclusies

In dit onderzoek is er gezocht naar een antwoord op de vraag:

Wat voor effect heeft de mogelijkheid tot het gebruik van een auto op het welzijn van ouderen?

In de zoektocht naar een antwoord op deze vraag is uit voorgaande onderzoeken gebleken dat de invloed van mobiliteit op welzijn in het algemeen bestaat uit 4 verschillende facetten: het karakter, de gezondheid, de sociale contacten en de overige activiteiten van de respondent. Hierbij zijn de 4 facetten weer op te delen in subjectief welzijn, de eigen ervaring, alsmede objectief welzijn, waarbij meer een analyse van buitenaf wordt gegeven. De mobiliteit bestaat vervolgens uit datgene wat daadwerkelijk is uitgevoerd, de gerealiseerde mobiliteit, en dat wat wellicht nog meer haalbaar zou kunnen zijn: de potentiële mobiliteit. Omdat een dergelijk onderzoek naar alle facetten te grootschalig zou zijn is gekeken naar de twee verschillende mobiliteiten, en hoe deze te vangen zijn in 3 facetten van het subjectief welzijn met betrekking tot mobiliteit: gezondheid, sociale contacten en overige activiteiten. In alle gevallen gaat het hier over de activiteiten die zijn gekoppeld aan autogebruik en daarmee automatisch niet aan andere modaliteiten.

Gezondheid

De factor gezondheid heeft een omgekeerd effect op autogebruik ten opzichte van de sociale contacten en overige activiteiten. Gezondheid beïnvloedt het autogebruik zelf, waarbij vervolgens het autogebruik weer aangeeft hoeveel sociale contacten en andere activiteiten ondernomen worden. Wat opvalt is dat bij de meerderheid van de respondenten de gerealiseerde mobiliteit qua gezondheid gelijk was aan de potentiële mobiliteit tegenover een potentiële mobiliteit die groter is dan de gerealiseerde mobiliteit. Dit heeft vooral te maken met het feit dat de meeste 65plussers vaker de auto gebruiken wanneer hun gezondheid afneemt. Juist andere modaliteiten, waarbij meer fysieke inspanning is vereist, zoals lopen en fietsen, zijn dan minder aantrekkelijk. De auto wordt gezien als een vervangend vervoersmiddel op dat moment. Slechts in één geval was een verminderde fysieke gesteldheid reden om minder de auto te pakken. Dit had vooral te maken met het afnemend vertrouwen bij beperkter zicht.

Sociale contacten en activiteiten

Beide factoren lieten een soortgelijk patroon zien. Ook hier was de gerealiseerde mobiliteit hoger dan de potentiële mobiliteit. Echter, dit is het geval wanneer er gekeken wordt naar het totaal aantal respondenten. Het meest opvallende gegeven is dat wanneer er gekeken wordt naar de respondenten die niet de beschikking hebben tot een auto, de gerealiseerde mobiliteit niet de overhand heeft. Met andere woorden: het niet hebben van een auto zorgt er in deze groep aanzienlijk vaker voor dat er een veel grotere beperking opgelegd wordt. De mogelijkheden om sociale contacten en andere activiteiten te ontplooiën worden minder wanneer er geen auto beschikbaar is.

Deze constatering wordt door twee andere gegevens bevestigd. Zo zijn het aantal activiteiten van autogebruikers aanzienlijk hoger (15,5) ten opzichte van niet autogebruikers (8,2). Wanneer er geen auto meer beschikbaar is wordt deze mogelijkheid niet vervangen door alternatieven. Het O.V., en andere modaliteiten die de auto kunnen vervangen worden onder respondenten nauwelijks aangewend. Dat trips met de auto juist onvervangbaar zijn laat het overzichtskaartje in figuur 8 duidelijk zien. Het overgrote deel van de autotrips zijn korte, lokale ritjes. De auto is vaak onmisbaar

bij het doen van de wekelijkse boodschappen bij de lokale supermarkt, waarbij de hoeveelheid aangekochte goederen teveel is om met een alternatief vervoersmiddel te transporteren.

Wat voor effect heeft de mogelijkheid tot het gebruik van een auto op het welzijn van ouderen?

Wat betreft de subjectieve kant van het welzijn: veel. In de interviews is ook de vraag gesteld of de respondent zich een leven zonder auto zou voor kunnen stellen. In veel gevallen was de strekking dat het verlies van de auto als modaliteit niet perse het einde van de wereld hoefde te zijn. Als er gekeken wordt naar de onderzochte gegevens van het welzijn lijkt dit toch anders te liggen. Autogebruikers vervullen veel vaker hun potentiële mobiliteit, waardoor deze gelijk ligt aan de gerealiseerde mobiliteit. Dit gebeurt op zowel op het vlak van sociale contacten als overige activiteiten. In beide gevallen ligt de gerealiseerde mobiliteit hoger dan de potentiële, en laten de niet-autogebruikers juist een omgekeerde trend zien. Ook wat betreft gezondheid wordt juist de auto gezien als een oplossing. De auto dient als substitutie voor modaliteiten waarbij meer fysieke inspanning nodig is. Wanneer de gezondheid achteruit gaat, wordt in bijna alle gevallen vaker de auto gebruikt. Op de vraag welk effect de auto heeft op het welzijn is qua subjectieve kant de auto een positieve aanvulling. Het hebben van een auto zorgt bij alle onderzochte facetten in dit onderzoek voor een verbeterde mobiliteit, en daarmee (zo blijkt uit het theoretisch kader) een verhoogd welzijn.

Verdere aanbevelingen

Omdat er verschillende facetten die in het theoretisch kader genoemd zijn niet zijn onderzocht in dit onderzoek, zijn er genoeg aanbevelingen te noemen. Vooral de kant van het objectieve welzijn is nu onderbelicht en daar is ongetwijfeld nog genoeg informatie over in te winnen. Maar ook de beleving en inschatting van respondenten zelf is nog onderbelicht. Als aanvulling op de subjectieve kant zou het interessant zijn om dezelfde groep respondenten voor wederom een periode van een week te volgen met de omgekeerde situatie als waar zij nu in verkeren. Voor de autogebruikers een week geen auto, en voor de niet-autogebruikers bijvoorbeeld een soort taxidienst die ten aller tijde voor hun beschikbaar is, tegen alleen brandstofkosten. Vervolgens zou in een evaluatie van die week gekeken kunnen worden naar de antwoorden die de respondenten van tevoren gegeven hebben op de vraag of er een leven is zonder auto, en of dat antwoord ook veranderd is na deze week. Hiermee kan meteen gekeken worden of er een verschil zit tussen de subjectieve kant van het welzijn gemeten in dit onderzoek en de eigen perceptie van respondenten, en hoe het autogebruik daar invloed op heeft.

Reflectie

Wat vooral naar voren komt is het samenwerkingsverband. Doordat we met 9 studenten afhankelijk waren van elkaars data zat er enorm veel vertraging in het gehele proces. Dit resulteerde uiteindelijk in een opschuiving van het gehele programma. Zo werd de deadline voor de eerste versie tot na de kerstvakantie verplaatst. Alhoewel dit voor sommige onderzoeken noodzakelijk was heeft het mij zelf niet geholpen. Juist het proces van het theoretisch kader afstellen op de methodologie en de resultaten die daarop volgden, is daarbij in mijn ogen minder uit de verf gekomen. De wisselwerking die normaal ontstaat uit het continu aanpassen van het theoretisch kader en daarmee je onderzoek toespitsen op de data die voor handen ligt was veel minder dan bij een normale gang van zaken (een individueel onderzoek). Toch was juist de manier van werken een enorme stimulans en erg leerzaam. De houvast aan een bepaalde structuur van onderzoeken hebben mij zeker geholpen bij dit onderzoek, inclusief de goede sfeer tussen zowel de onderzoekers als de begeleiders.

Literatuur

Banister, D. and Bowling, A. (2004). Quality of life for the elderly: the transport dimension. *Transport Policy*, 11(2), pp.105-115.

Davey, J. A. 2007. "Older People and Transport: Coping Without a Car." *Ageing & Society* 27 (1):49–65.

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.

Healthy Ageing Campus The Netherlands. *Healthy Ageing over the Course Life*. Geraadpleegd op 10-10-2014 via: <http://www.healthyageingcampus.nl/about/healthy-ageing>

Helsper, E. (2009). The ageing internet: digital choice and exclusion among the elderly. *Working with Older People*, 13(4), pp.28–33.

Hoeymans, N., Timmermans, J., De Klerk, M., De Boer, A., Deeg, D., Poppelaars, J., Thissen, F., JC, D. and De Hollander, A. (2005). Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM*.

Hortulanus, R.P. & J.E.M. Machielse (red.) 2001. *Op het snijvlak van de fysieke en sociale leefomgeving. Het sociale debat*. Elsevier, Den Haag.

Kaiser, H.J., 2009. Mobility in old age: beyond the transportation perspective. *Journal of Applied Gerontology* 28, 411-418. doi: 10.1177/0733464808329121.

Kalache, A. and Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World health*, 50(4), pp.4--5.

Kuh, D., Cooper, R., Richards, M., Gale, C., von Zglinicki, T. and Guralnik, J. (2012). A life course approach to healthy ageing: The HALCyon programme. *Public Health*, 126(3), pp.193-195.

Larsen, R. and Eid, M. (2008). Ed Diener and the science of subjective well-being. *The science of subjective well-being*, pp.1--13.

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

Phillips, J., Walford, N., Hockey, A., Foreman, N., Lewis, M., 2013. Older people and outdoor environments: pedestrian anxieties and barriers in the use of familiar and unfamiliar spaces. *Geoforum* 47, 124.

Pinquart, M. and Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 15(2), p.187.

Scheiner, J. (2006). Does the car make elderly people happy and mobile? Settlement structures, car availability and leisure mobility of the elderly. *European journal of transport and infrastructure research*, 6(2), pp.151--172.

Schwanen, T., Banister, D., Bowling, A., 2012. Independence and mobility in later life. *Geoforum* 43, 1313-1322. doi: 10.1016/j.geoforum.2012.04.001.

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. doi: 10.1155/2012/257186.

Bijlage 1: Schema's gerealiseerde en potentiële mobiliteit per respondent

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 1		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid		✓
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten		✓

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 2		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid	✓	
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten	✓	

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 3		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid	✓	
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten		✓

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 4		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid	✓	
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten	✓	

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 5		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid		✓
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten		✓

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 6		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid	✓	
	Sociale contacten		✓
	Activiteiten	✓	

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 9		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid		✓
	Sociale contacten		✓
	Activiteiten		✓

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 10		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid		✓
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten	✓	

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 11		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid	✓	
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten	✓	

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 12		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid		✓
	Sociale contacten		✓
	Activiteiten	✓	

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 13		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid	✓	
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten	✓	

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 15		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid	✓	
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten	✓	

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 16		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid	✓	
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten		✓

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 17		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid	✓	
	Sociale contacten		✓
	Activiteiten	✓	

Invloed autogebruik op welzijn			
Participant: 18		Gerealiseerde mobiliteit = Potentiële mobiliteit	Potentiële mobiliteit > Gerealiseerde mobiliteit
Objectief welzijn	Gezondheid	✓	
	Sociale contacten	✓	
	Activiteiten	✓	