

DE KRACHT VAN PREVENTIE VOOR VITAAL OUDER WORDEN

DE STRATEGISCHE ROL
VAN GGD FRYSLÂN BIJ
STRESSVOLLE
LEVENSGEBEURTENISSEN



ADVIESRAPPORT
GGD FRYSLÂN
27 JUNI 2025



NOA SANDERS
S3792722
RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN
MASTER BIOMEDICAL SCIENCES
SCIENCE, BUSINESS & POLICY

SUPERVISIE:
DR. S. (STEFFIE) BUNK & S. (SYBOLD) DE BOER (MSC)
(GGD FRYSLÂN)
DR. N. (NYNKE) SMIDT (RUG)
DR. M. (MARION) VAN RIJSSEL (RUG)



rijksuniversiteit
groningen

FORMEEL KADER

Begeleiding

Naam	Organisatie	Functie	Rol in supervisie
Dr. Steffie Bunk	GGD Fryslân	Epidemiologisch onderzoeker en coördinator academische werkplaats	Werkplaats Supervisor
Dr. Nynke Smidt	University of Groningen, Faculteit Medische Wetenschappen/UMCG	Universitair Hoofd Docent Epidemiologie	Science Supervisor
Dr. Marion van Rijssel	University of Groningen, Science Business and Policy Master's track	Onderwijsmanager en docent Science & Society	SBP Supervisor
Sybold de Boer	GGD Fryslân	Beleidsadviseur regio Noord en coalitietrekker Fitaal Wiis	Begeleider thema Vitaal Ouder Worden

Disclaimer

Dit rapport is opgesteld in het kader van een onderwijsprogramma aan de Rijksuniversiteit Groningen (Nederland), Faculteit Science and Engineering, Curriculum van de Science, Business and Policy (SBP). Er kunnen geen rechten worden ontleend aan dit rapport, behalve zoals beschreven in de formele stageovereenkomst. Bronvermelding is alleen mogelijk met expliciete verwijzing naar de status van het rapport als stageproduct van een student en met schriftelijke toestemming van de SBP-medewerkers.

Proloog

Voor u ligt het adviesrapport, het eindproduct van mijn stageperiode bij GGD Fryslân. Deze stage heb ik ervaren als een bijzonder leerzaam traject, een mooie afsluiting van het intensieve, maar waardevolle jaar binnen de mastertrack Science, Business and Policy. Ik ben blij dat ik de keuze heb gemaakt om met mijn biomedische achtergrond een meer maatschappelijke richting in te slaan. De combinatie van gezondheidsthema's en het beleids- en adviesaspect spreekt mij enorm aan en past wat ik belangrijk vind.

Bij de GGD heb ik het ontzettend naar mijn zin gehad. Ik wil graag Steffie en Sybold bedanken voor hun betrokken begeleiding. Steffie zorgde voor een warm onthaal en dat alles organisatorisch op rolletjes liep. Sybold voorzag mij van waardevolle informatie, inzicht in de praktijk en inspirerende gesprekken over het thema. De begeleiding was prettig, kritisch waar nodig, maar vooral ook erg motiverend en gezellig.

Daarnaast wil ik Nynke bedanken voor haar enthousiasme en inhoudelijke input bij het wetenschappelijke gedeelte van mijn stage. Ook Marion wil ik in het bijzonder bedanken: haar begeleiding was enorm waardevol. Ik kreeg niet altijd direct antwoorden, maar werd wel telkens op een scherpe en constructieve manier in de juiste richting gestuurd.

Tot slot wil ik mijn vrienden, familie en mede-stagiairs bij de GGD bedanken. Jullie hebben eindeloos naar mijn verhalen, vragen en filosofische bespiegelingen geluisterd. Dank voor jullie geduld, meedenken en inspiratie.

Afkortingenlijst

SES: Sociaaleconomische Status

IZA: Integraal Zorgakkoord

WOZO: Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen

GALA: Gezond en Actief Leven Akkoord

AZWA: Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord

HLO: Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg

VWS: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

SZW: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

SPUK: Specifieke Uitkering

WPG: Wet Publieke Gezondheid

WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning

ZVW: Zorgverzekeringswet

WLZ: Wet langdurige zorg

GGD: Gemeentelijke Gezondheidsdienst

VTV: Volksgezondheid Toekomst Verkenning

HiAP: Health in All Policies

GLI: Gecombineerde Leefstijlinterventie

OKO: Opgroeien in een Kansrijke Omgeving

FAITH (research): Frailty by Assessment, Intervention and Technology towards Health

SRRS: Social Readjustment Rating Scale

CDI: Chronic Disease Index

MCA: Multi-Criteria Analyse

HPA: Hypothalamic–Pituitary–Adrenal (as)

SAM: Sympathico-Adrenal Medullary (as)

FRIZA: Friese Integraal Zorgakkoord

NPA: Nationaal Preventieakkoord

BA&O: Beleid, Advies & Ondersteuning

DPG: Directeuren Publieke Gezondheid

GR: Gemeenschappelijke Regeling

FMO – Fryske Mienskip Oanpak

Samenvatting

Dit rapport onderzoekt de impact van stressvolle levensgebeurtenissen op vitaal ouder worden in Friesland analyseert hoe GGD Fryslân haar rol hierin kan versterken. Door de snelle vergrijzing komt het zorgsysteem onder druk te staan. Nationale beleidsprogramma's (WOZO, GALA, IZA) benadrukken preventie en zelfredzaamheid, maar stressvolle levensgebeurtenissen zoals verlies, ziekte of verhuizing ondermijnen deze doelen als hier niet tijdig op wordt geanticipeerd.

De centrale vraag is: Hoe kan de GGD Fryslân kennis over de impact van stressvolle levensgebeurtenissen inzetten om vitaal ouder worden in Friesland te bevorderen?

Belangrijkste Bevindingen

- Start preventieve inzet al vanaf het 50e levensjaar, gezien de snelle vergrijzing en de verwachte piek rond 2040, én omdat het verouderingsproces juist bij mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) vaak eerder begint.
- Gezondheid en stress: Chronische stress door opeenvolgende levensgebeurtenissen leidt tot allostatische belasting (fysieke ontregeling), wat vooral mensen met een lagere SES treft. Zij ervaren vaker stress en hebben minder hulpbronnen.
- Preventieve aanpak: Effectieve interventies zijn laagdrempelig, aansluiten bij thema's als zingeving en vitaliteit, en vinden plaats binnen de lokale gemeenschap.
- Beleidscontext: Ondanks landelijke aandacht voor preventie is ouderenbeleid vaak versnipperd en tijdelijk gefinancierd. Gemeenten spelen lokaal een sleutelrol, maar missen soms een integrale visie op kwetsbare groepen.
- GGD-rol: GGD Fryslân beschikt over relevante expertise en een Expertteam Ouderen, maar wordt extern vaak als uitvoerder in plaats van strategisch partner gezien. Intern ontbreekt structurele inbedding van ouderen als thema.

De meest effectieve strategie combineert een sterk Expertteam met brede interne verankering binnen de GGD:

- Expertise behouden en verbreden: Positioneer het Expertteam als intern coördinatiepunt voor ouderengezondheid, met verbreding naar 50-plussers en extra focus op lage SES-groepen.
- Systeemgerichte advisering: Leg nadruk op onderliggende oorzaken van gezondheidsverschillen, en stimuleer collectieve, niet-stigmatiserende preventie gekoppeld aan levensgebeurtenissen.
- Datagedreven werken: Een gemeentelijke 50+ monitor met focus op levensgebeurtenissen, omgeving en sociale netwerken.
- Ouderen als mede-ontwikkelaars: Betrek ouderen actief bij beleidsvorming via bestaande netwerken, wat eigenaarschap en effectiviteit versterkt.

Met deze hybride aanpak kan GGD Fryslân een voortrekkersrol vervullen in de transitie naar een vitale, ouder wordende samenleving. De strategie biedt de juiste balans tussen focus, schaalbaarheid en duurzame impact.

INHOUDSOPGAVE

Formeel kader.....	1
Begeleiding.....	1
Disclaimer	1
Proloog.....	2
Afkortingenlijst.....	3
Samenvatting	4
Introductie	8
Aanleiding	8
Doelstelling	11
Aanpak	12
Leeswijzer.....	12
Hoofdstuk 1: Stress en stressvolle levensgebeurtenissen	13
1.1 Definitie en mechanismen van stress.....	13
1.2 Allostase en allostatische belasting.....	13
1.3 Leefstijl en gezondheidseffecten.....	15
1.4 Stressvolle levensgebeurtenissen	16
1.5 Meest voorkomend en meest stressvol	17
1.6 Cumulatief effect.....	17
1.7 Kernboodschappen	18
Hoofdstuk 2: Gevolgen van stressvolle levensgebeurtenissen	19
2.1 Fysiek domein	19
2.2 Mentaal domein.....	19
2.3 Cognitief domein.....	20
2.4 Sociaal domein	20
2.5 Kernboodschappen	21
Hoofdstuk 3: Sociaal-economische status en stressvolle levensgebeurtenissen	22
3.1 Socio-economische status	22
3.2 Mediërende factor	23
3.3 Modererende factor.....	25
3.4 Vitaal ouder worden en stressvolle levensgebeurtenissen	26
3.5 Welke soort preventie voor stressvolle levensgebeurtenissen?	26

Kernboodschappen	28
Hoofdstuk 4: Verkenning van werkzame aanpakken bij stressvolle levensgebeurtenissen	29
Hoofdstuk 5: Het huidige beleidslandschap rondom vitaal ouder worden.....	32
5.1 GGD Fryslân.....	32
5.2 Nationaal beleidskader.....	35
5.3 Wettelijke kaders	37
5.4 Regionaal beleid	38
5.5 Lokaal beleid	39
5.6 Stakeholders in kaart.....	41
5.7 Kernboodschappen	43
Hoofdstuk 6: Rol van de GGD	44
6.1 Interne analyse.....	44
6.2 Kernboodschappen	46
Hoofdstuk 7: Strategieën.....	47
7.1 Identificeren van interne en externe capaciteiten en genereren van strategieën	47
7.2 Strategische opties.....	50
7.3 Toetsen van de strategieën.....	54
7.4 Conclusie MCA	55
Hoofdstuk 8: Advies en implementatie.....	56
Referenties	59
Appendix.....	74
A. Samenvatting Interview met Sybold de Boer (GGD Fryslân)	74
B. Samenvatting interview met Jesse David Marinus (Planbureau Fryslân & FPA).....	76
C. Samenvatting interview met Almar Kok (Amsterdam UMC)	76
D. Samenvatting interview Marijke Hagedoorn (GGD Fryslân).....	78
E. Interview Maaïke Esselink (GGD Fryslân).....	79
F. Interview Jouke Douwe de Vries (gemeente Achtkarspelen).....	80
G. Samenvatting interview Julia Smid (GGD Fryslân).....	82
H. Samenvatting interview Cristien Bajema (gemeente Leeuwarden)	83
I. De volledige SRRS-tabel: toelichting hoofdstuk 1.4.....	83
J. Casestudies: toelichting hoofdstuk 4	85
K. Takenoverzicht van de GGD Fryslân: toelichting hoofdstuk 5.1	88

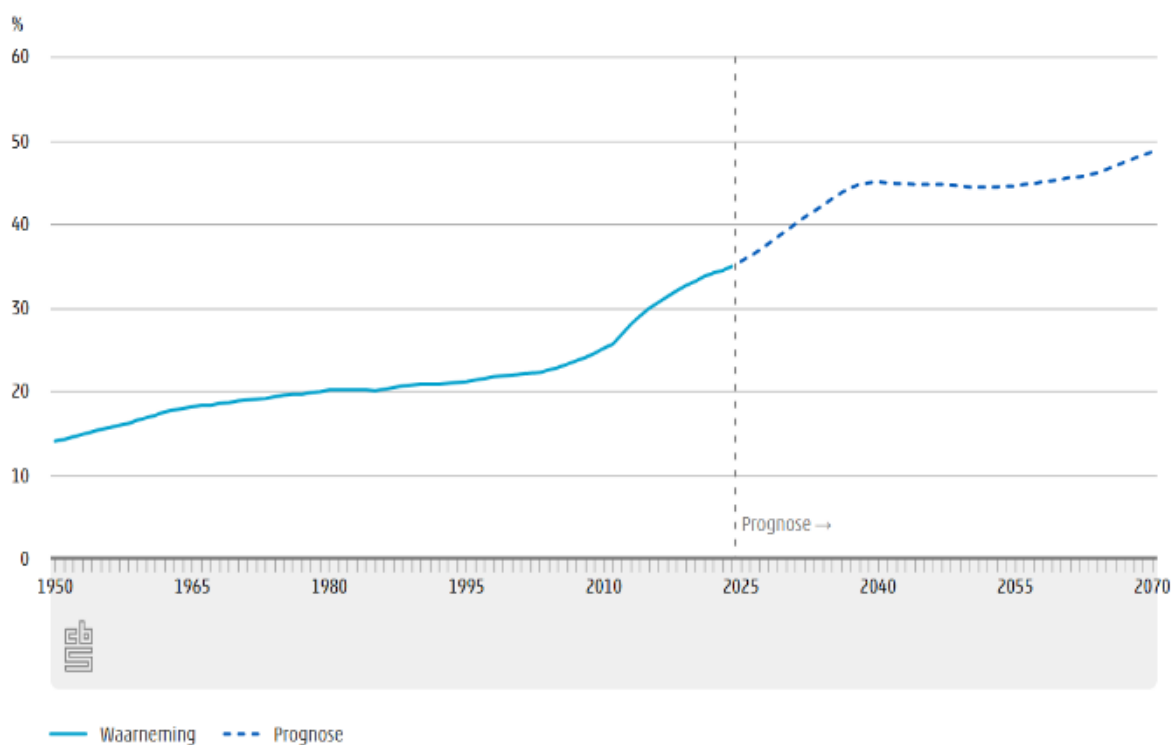
L.	Nationale beleidsakkoorden: toelichting hoofdstuk 5.2	89
M.	Gemeentelijke ondersteuning bij stressvolle levensgebeurtenissen: toelichting hoofdstuk 5.5.....	91
N.	Toelichting op de MCA hoofdstuk 7.4.....	93

INTRODUCTIE

Aanleiding

Demografische ontwikkelingen en druk op de zorg

Nederland vergrijsd in rap tempo. Het aandeel ouderen in de totale bevolking neemt toe, de levensverwachting wordt langer en de algehele natuurlijke bevolkingsgroei neemt af. In 1990 was 12,8% van de bewoners 65-plus, tegenwoordig is dat percentage al opgelopen tot 20,5%. De grijze druk, de verhouding 65-plussers tot de werkenden, neemt in de komende jaren toe tot bijna 50 procent zoals te zien in figuur 1 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2024).

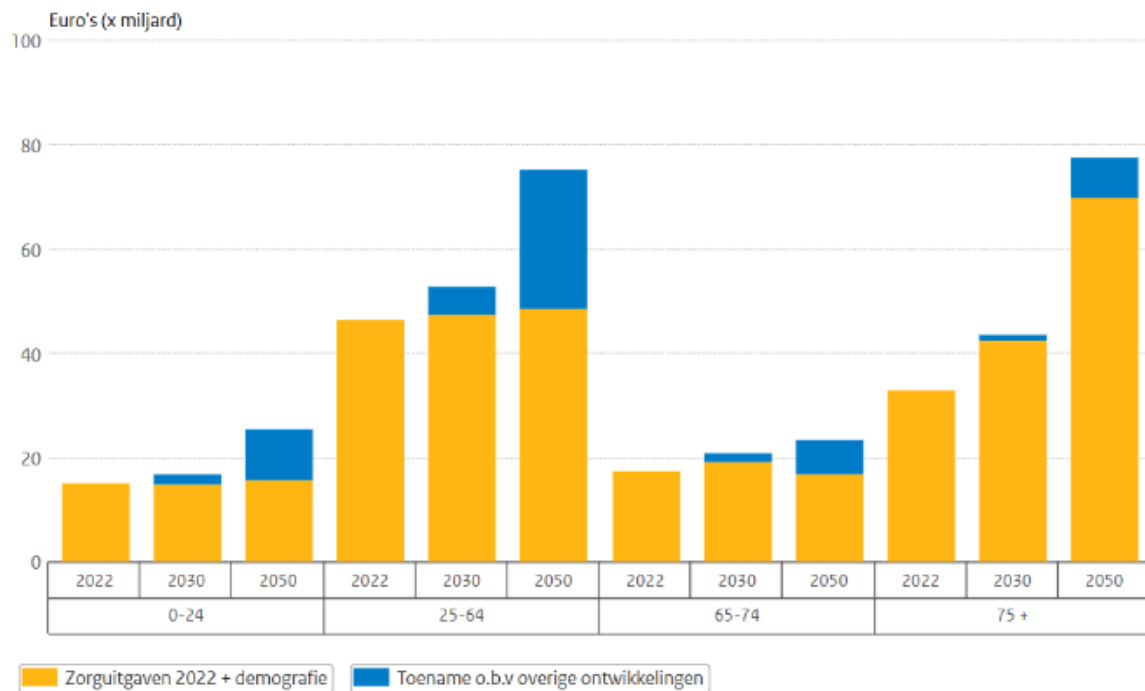


Figuur 1: De grijze druk in Nederland. Het aantal 65-plussers t.o.v. het aantal 20- tot 65-jarigen. Inclusief de voorspelling voor de aankomende 45 jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2024)

In Friesland is de vergrijzing hoger dan het landelijk gemiddelde: in 2024 stond het percentage op zelfs 23,1% (Planbureau Fryslân, 2024b). De komende vijftien jaar zal dit aandeel blijven groeien, vooral binnen de groep 75- tot 85-jarigen en 85-plussers. De verwachting is dat het aantal 85-plussers zelfs zal verdubbelen, een fenomeen dat bekendstaat als dubbele vergrijzing (Planbureau Fryslân, 2024a)

De gemiddelde resterende levensverwachting van 65-plussers is tegenwoordig al meer dan 20 jaar. Tegelijkertijd zien we ook een toename in het aantal ouderen met ouderdomsgerelateerde klachten. Vanaf

de leeftijd van 75 jaar ervaart één op de drie mensen al één of meerdere lichamelijke beperkingen. Dit zorgt er ook voor dat de zorgkosten enorm oplopen, zoals te zien in figuur 2. De vergrijzing is daarmee een van de belangrijkste verklaringen voor de toenemende druk op het zorgstelsel, naast technologische ontwikkelingen en veranderende zorgbehoeften (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2024).



Figuur 2: De verwachte toename in zorguitgave per leeftijdsgroep uitgebracht in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Gegevens komen van de Kosten van Ziekten-studie (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2024).

Daar komt bij dat de demografische verschuiving leidt tot een afname van het zogenoemde mantelzorgpotentieel: er zijn minder mensen beschikbaar om informele zorg te verlenen. Tegelijkertijd wordt verwacht dat vitale ouderen zelf vaker mantelzorg zullen moeten geven aan kwetsbaardere leeftijdsgenoten (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2024).

Nationale beleidsreacties: WOZO en preventie

Om deze ontwikkeling het hoofd te bieden, wordt op nationaal niveau ingezet op een fundamentele verandering in de manier waarop we zorg organiseren. In 2022 presenteerde minister Conny Helder samen met meer dan dertig partijen het programma *Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen* (WOZO). Dit programma biedt antwoorden op deze ontwikkelingen en vormt, samen met het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ), een langjarige transitieaanpak om Nederland voor te bereiden op de toekomst van de zorg (Juiste Zorg op de Juiste Plek, z.d.).

Een centrale pijler binnen al deze programma's is de nadruk op preventie en het versterken van ervaren grip van burgers. Ouderen worden gestimuleerd om zo lang mogelijk zelfstandig en in goede gezondheid te leven. Deze benadering sluit nauw aan bij het concept van Positieve Gezondheid, dat gezondheid niet uitsluitend beschouwt als de afwezigheid van ziekte, maar juist als het vermogen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen om te gaan (Institute for Positive Health, z.d.). Het vraagt om een verschuiving in denken en handelen: van een zorgsysteem dat vooral gericht is op genezen, naar een aanpak die inzet op het versterken van veerkracht en het voorkomen van achteruitgang.

Stressvolle levensgebeurtenissen en gezondheidsgevolgen

Een belangrijk aandachtspunt binnen die preventieve benadering zijn stressvolle levensgebeurtenissen. Ouder worden gaat vaak gepaard met ingrijpende veranderingen. Denk aan het overlijden van een partner, het verlies van mobiliteit, een ziekenhuisopname of een verhuizing naar een andere woonvorm. Dergelijke gebeurtenissen hebben grote impact op de mentale en fysieke gezondheid van ouderen (A. Kok et al., 2017). Door hier vroegtijdig op in te spelen, kunnen negatieve gezondheidsuitkomsten mogelijk worden voorkomen of verminderd. Dit vraagt om een brede en proactieve benadering van preventie, waarin ook de GGD een versterkende rol kan spelen.

De GGD Fryslân

De GGD speelt namelijk een belangrijke rol in gezondheidsbevordering en beleidsadvisering richting gemeenten (GGD Fryslân, 2024a). De GGD Fryslân is de gemeentelijke gezondheidsdienst voor alle achttien Friese gemeenten en speelt een centrale rol in het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van de bevolking in de regio (GGD Fryslân, z.d.; GGD GHOR Nederland, z.d.).

De taken van de GGD zijn vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg) en omvatten onder andere infectieziektebestrijding, gezondheidsvoorlichting, medische milieukunde, het monitoren van volksgezondheid en de ouderengezondheidszorg (Wpg, 2008). In Friesland hebben de gemeenten ook de jeugdgezondheidszorg belegd bij de GGD (consultatiebureaus en schoolgezondheidszorg). Naast deze wettelijke taken voert GGD Fryslân aanvullende werkzaamheden uit, zoals forensische geneeskunde en publieke gezondheidszorg voor asielzoekers (GGD Fryslân, 2024a).

Ruimte voor voortgang

GGD Fryslân benadrukt het belang van gezondheid in alle levensfasen. De missie van de GGD Fryslân luidt: "Gezonde en vitale inwoners die kansrijk opgroeien en kunnen participeren in de samenleving". Met deze missie hanteert de GGD het principe *Health in All Policies* (HiaP). Dit houdt in dat gezondheid in alle beleidsterreinen moet worden opgenomen, niet alleen binnen zorg, maar ook bij onderwerpen als wonen, mobiliteit en sociale participatie (GGD Fryslân, 2024b). Dit vraagt om samenwerking met andere domeinen én om aandacht voor preventie bij alle leeftijdsgroepen, waaronder ouderen.

Hoewel GGD Fryslân in haar Jaarplan 2025 expliciet benoemt zich sterker te willen richten op de gezondheid van volwassenen en ouderen, blijft de uitvoering van deze ambitie nog beperkt. Tot voor kort had de GGD slechts enkele gezondheidsbevorderende activiteiten voor ouderen, en ontbrak het aan een duidelijke visie op publieke gezondheid in deze levensfase. Tegelijkertijd erkent de organisatie dat gezondheid in alle levensfasen belangrijk is, en dat preventie niet alleen bij jeugd begint maar ook bij het ouder worden doorgezet moet worden. Deze beweging, van een adviserende rol richting gemeenten naar een actievere rol binnen het Friese netwerk, is gaande. De nadruk verschuift daarbij van het benaderen van ouderen als 'kwetsbare groep' naar het bevorderen van vitaliteit en grip.

Een belangrijke stap hierin is de oprichting van het Expertteam Ouderen, dat in 2020 voortkwam uit een denktank met de vraag: hoe moet het publieke gezondheidsbeleid voor ouderen eruitzien? Dit multidisciplinaire team werkte vanuit de wettelijke opdracht in de Wet publieke gezondheid (artikel 5) om gezondheid van ouderen te signaleren en bevorderen (Wpg, 2008). Op basis van bestaande wetenschappelijke inzichten en beleidsbronnen, zoals *De derde levensfase: het geschenk van de eeuw* (Raad Volksgezondheid & Samenleving, 2020), werd geconcludeerd dat de grootste opgaven liggen bij het versterken van vitaliteit en het positief beïnvloeden van de beeldvorming over ouder worden (GGD Fryslân, 2022).

Deze inzichten vormden de basis voor het Fitaal Wiis-model, dat in 2021 werd ontwikkeld in samenwerking met FAITH Research. FAITH staat voor *Frailty by Assessment, Intervention and Technology towards Health* (Kwetsbaarheid door beoordeling, interventie en technologie ten behoeve van de gezondheid). Deze lerende gemeenschap focust op prettig ouder worden (FAITH Research, z.d.). Het Fitaal Wiis model erkent dat ouder worden geen uniforme ervaring is en benadrukt stressvolle levensmomenten als strategische momenten om gezondheidsbevorderende informatie aan te bieden. Daarnaast kijkt het ook naar de fysieke leefomgeving, waarin de GGD aansluit bij ontwikkelingen rondom de Omgevingswet (GGD Fryslân, 2022).

Met dit model zet GGD Fryslân een belangrijke stap richting een proactieve invulling van haar taak op het gebied van gezondheidsbevordering voor ouderen. Tegelijkertijd staat de vertaling van deze visie naar structurele uitvoering in de praktijk nog in de kinderschoenen, met name als het gaat om het herkennen en benutten van stressvolle levensgebeurtenissen als aangrijpingspunten voor preventie. Dit advies verkent daarom hoe de GGD haar rol verder kan versterken in het ondersteunen van een vitale en gezonde oudere bevolking in Friesland.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de impact van stressvolle levensgebeurtenissen op vitaal ouder worden, en in de factoren die deze impact beïnvloeden. Daarnaast wordt onderzocht hoe het huidige beleid en de betrokken partijen zich tot dit vraagstuk verhouden. Op basis hiervan worden kansen geïdentificeerd voor de GGD Fryslân om bij te dragen aan het ondersteunen van vitaal en gezond ouder worden. De opgedane inzichten vormen de basis voor aanbevelingen om de negatieve gevolgen van stressvolle levensgebeurtenissen te beperken. Hieruit volgt de hoofdvraag:

Hoe kan de GGD Fryslân kennis over de impact van stressvolle levensgebeurtenissen inzetten om vitaal ouder worden in Friesland te bevorderen?

Aanpak

Om de hoofdvraag te beantwoorden is gekozen voor een stapsgewijze aanpak waarin theoretische verdieping wordt gecombineerd met beleidsmatige en praktijkgerichte inzichten. Allereerst wordt via literatuuronderzoek verkend wat onder stressvolle levensgebeurtenissen wordt verstaan en hoe deze gebeurtenissen het proces van vitaal ouder worden beïnvloeden. Hierbij is bijzondere aandacht voor de onderliggende mechanismen, de impact op verschillende levensdomeinen en de rol van SES als beïnvloedende factor, waarbij wordt onderzocht in hoeverre SES als moderator of mediator fungeert. Vervolgens worden relevante praktijkcasussen geanalyseerd die gericht zijn op vitaal ouder worden, om hieruit lessen te trekken over effectieve aanpakken en randvoorwaarden. Daarnaast wordt via beleidsonderzoek en een stakeholderverkenning inzicht verkregen in het huidige beleidslandschap rondom ouder worden en preventie, en in de betrokken partijen binnen Friesland. Vervolgens worden de interne capaciteiten en knelpunten geanalyseerd van de GGD Fryslân. Op basis van deze inzichten worden strategische handelingsopties voor GGD geformuleerd. Deze opties worden geanalyseerd aan de hand van een SWOT- en TOWS-analyse, en afgewogen met behulp van een Multi Criteria Analyse (MCA). De uitkomst hiervan leidt tot een onderbouwd advies, dat wordt geconcretiseerd in een implementatieplan. Dit plan wordt opgesteld met behulp van de I-OF-HELP-methode en richt zich op het verminderen van de impact van stressvolle levensgebeurtenissen tijdens vitaal ouder worden in Friesland, met aandacht voor de rol van SES.

Leeswijzer

Dit adviesrapport is opgebouwd uit acht hoofdstukken. Hoofdstuk 1 bevat de inleiding, waarin de aanleiding, doelstelling, hoofdvraag en de gekozen aanpak worden toegelicht. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de impact van stressvolle levensgebeurtenissen op vitaal ouder worden, met aandacht voor lichamelijke, mentale, cognitieve en sociale gevolgen, en de manier waarop deze elkaar beïnvloeden. Hoofdstuk 3 verkent de rol van SES als bepalende factor in de relatie tussen stressvolle gebeurtenissen en ouder worden. Daarbij wordt onderzocht of SES deze relatie medieert of modereert. Hoofdstuk 4 presenteert inzichten uit casestudies en praktijkervaringen die gericht zijn op vitaal ouder worden, en de lessen die hieruit te trekken zijn. Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van het relevante beleid en de betrokken stakeholders op nationaal en regionaal niveau die zich bezighouden met ouderen en preventie. Hoofdstuk 6 geeft de interne analyse weer met behulp van de McKinsey 7s methode. In hoofdstuk 7 worden, op basis van de voorgaande analyses, strategische opties voor GGD Fryslân geformuleerd. Deze strategieën worden geëvalueerd met behulp van een MCA. Tot slot wordt in hoofdstuk 8 de meest kansrijke strategie gepresenteerd, inclusief een implementatieplan voor de GGD Fryslân.

HOOFDSTUK 1: STRESS EN STRESSVOLLE LEVENSGEBEURTENISSEN

Voordat kan worden bepaald welke rol de GGD kan spelen bij stressvolle levensgebeurtenissen in het kader van vitaal ouder worden, is het belangrijk eerst duidelijk te definiëren wat onder stress en stressvolle levensgebeurtenissen wordt verstaan. Daarnaast is het essentieel om inzicht te krijgen in de onderliggende mechanismen van stress en de invloed ervan op de gezondheid. Met betrekking tot stressvolle levensgebeurtenissen is het relevant om in kaart te brengen welke gebeurtenissen het vaakst voorkomen, welke als het meest stressvol worden ervaren, en of het effect van meerdere gebeurtenissen zich opstapelt. In dit hoofdstuk worden al deze aspecten behandeld, op basis van bevindingen uit literatuuronderzoek.

1.1 Definitie en mechanismen van stress

Stress is een veelgebruikte, maar moeilijk eenduidig te definiëren term. Het complexe proces omvat de blootstelling aan psychologische of fysieke triggers, het beoordelen of waarnemen van deze stimuli als stressvol, en de daaropvolgende activering van een psychofysiologische cascade in het organisme om de balans (homeostase) te herstellen (Tsigos et al., 2000).

De adaptieve stressrespons wordt aangestuurd door een samenwerkend netwerk van neuro-endocriene, cellulaire en moleculaire processen, ook wel het stresssysteem genoemd. Het stresssysteem bestaat uit zowel centrale als perifere componenten. Tot de centrale componenten behoren de hypothalamus-hypofyse-bijnier as (HPA-as) en het autonome zenuwstelsel. Dit laatste omvat zowel het sympathische zenuwstelsel, met het sympatho-adrenomedullaire (SAM) systeem, als het parasympathische zenuwstelsel. De perifere componenten bestaan uit de door de HPA-as gereguleerde glucocorticoïden (voornamelijk cortisol) en de door het SAM-systeem gereguleerde catecholamines, in het bijzonder noradrenaline en adrenaline (Kaiser & Jaillardon, 2023).

De stressreactie is één van de belangrijkste copingmechanismen die de mens in staat stelt zich aan te passen aan veeleisende of potentieel gevaarlijke situaties (Hadany et al., 2006). In acute situaties stelt deze reactie het lichaam in staat snel te reageren en homeostase te herstellen. Echter, wanneer de stress langdurig aanhoudt of de reactie op de stimulus te sterk is, raakt het stresssysteem overbelast en ontstaat een chronisch verstoorde balans (Agorastos & Chrousos, 2022).

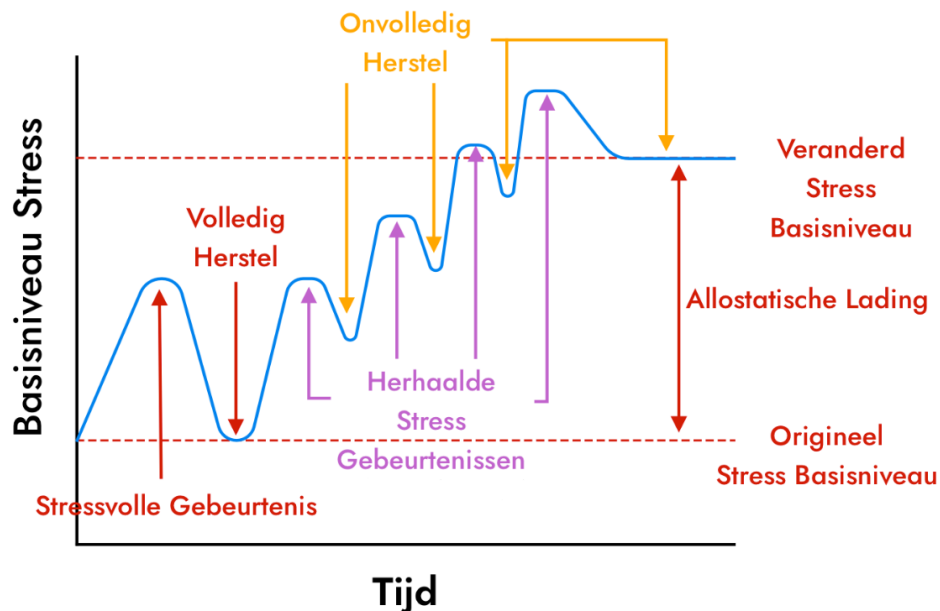
1.2 Allostase en allostatische belasting

In dit kader introduceerden Sterling en Eyer (1988) het begrip “allostase” waarmee zij het actieve proces beschrijven waarmee het lichaam reageert op dagelijkse gebeurtenissen en probeert een stabiele toestand te behouden. Allostase betekent letterlijk “stabiliteit bereiken door verandering” en is niet bedoeld als vervanging voor homeostase, maar als aanvulling erop (Sterling & Eyer, 1988).

Hoewel allostase in de basis een adaptief mechanisme is, kan deze reactie bij chronische blootstelling aan stressoren zoals langdurige stressvolle gebeurtenissen disfunctioneel worden. Dit gebeurt wanneer het lichaam herhaaldelijk of langdurig stressreacties activeert, onvoldoende herstelt of niet adequaat weet te

reageren. Dit proces wordt weergegeven in figuur 3. In dat geval raken meerdere biologische systemen in een toestand van aanhoudende activatie (McEwen & Seeman, 1999), wat kan leiden tot onder andere verhoogde bloeddruk, overactieve immuunreacties en verstoringen in het metabolisme, met cumulatieve schade aan lichaam en brein (McEwen, 2008).

De Opbouw van Chronische Stress



Figuur 3: Een weergave van het allostatische belastingmodel. Dit laat zien dat aanhoudende stressoren het basis stressniveau zullen verhogen, wat leidt tot allerlei ontregelingen (Hogue, 2025).

Om deze schadelijke gevolgen van chronische stress meetbaar te maken, werd het concept *allostatische belasting* geïntroduceerd. Dit model beschrijft de opeenstapeling van fysiologische ontregelingen als gevolg van langdurige blootstelling aan stressoren, en wordt vaak uitgedrukt als een index gebaseerd op vier biologische hoofdsystemen: het cardiovasculaire, metabole, immuun/inflammatoire en neuro-endocriene systeem (Juster et al., 2010).

De mate van allostatische belasting wordt doorgaans bepaald aan de hand van verhoogde (of juist verlaagde) waarden van neuro-endocriene biomarkers, zoals adrenaline en noradrenaline voor de SAM as, en cortisol voor de HPA as. Daarnaast worden ook cardiovasculaire en metabole indicatoren meegenomen om het totale fysiologische effect van chronische stress in kaart te brengen. De activiteit van beide assen wordt beschouwd als de primaire mediators van allostatische belasting, terwijl verstoringen in cardiovasculaire en metabole functies worden gezien als secundaire gevolgen van deze neuro-endocriene processen (Gruenewald et al., 2006). Tabel 1 vat het allostatische belastingsysteem samen, inclusief primaire, secundaire en tertiaire uitkomsten.

Tabel 1: Een samenvatting van het allostatische belastingmodel.

Stress mediators	Systeem	Biomarker
Primaire mediators	Neuro-endocrien	Adrenaline, noradrenaline, dopamine, cortisol, dehydroepiandrosteron sulfaat (DHEAS), aldosteron
Secundaire mediators	Immuunsysteem	Interleukine-6, tumornecrosefactor- α , C-reactief proteïne (CRP), insulineachtige groeifactor-1 (IGF-1)
	Metabolisch	HDL- en LDL-cholesterol, triglyceriden, geglycosyleerd hemoglobine, glucose-insuline, albumine, creatinine, homocysteïne
	Cardiovasculair en respiratoir	Systolische bloeddruk, diastolische bloeddruk, piek inspiratoire stroom, hartslag/pols
	Antropometrisch	Taille-heupverhouding, Body Mass Index (BMI)
Tertiaire uitkomsten	Slechte subjectieve gezondheid, invaliditeit, cognitieve achteruitgang, cellulaire veroudering, ziekten, overlijden	

1.3 Leefstijl en gezondheidseffecten

Volgens het allostatische belastingmodel proberen mensen stress vaak te reguleren via leefstijlgedrag, wat regelmatig resulteert in ongezonde gewoonten (McEwen, 1993). Zo kunnen stressoren leiden tot overmatige consumptie van suiker- en vetrijke voeding, ter stimulatie van het beloningssysteem in de hersenen (Adam & Epel, 2007). Ook komt het vaker voor dat gestreste personen grijpen naar sigaretten of overmatig alcoholgebruik als copingmechanismen (Cui et al., 2012; Veenstra et al., 2007). Bovendien zorgt mentale belasting ervoor dat men minder actief is en minder lichaamsbeweging krijgt, wat kan leiden tot een sedentaire (stilzittende of weinig bewegende) levensstijl (Hannan et al., 2015). Deze ongezonde leefstijlgewoonten komen vaak tegelijk voor en versterken elkaar, wat de negatieve effecten van allostatische belasting vergroot (Meader et al., 2016).

Een systematische review van Suvarna (2020) identificeerde zes leefstijlgerelateerde risicofactoren die significant geassocieerd zijn met verhoogde allostatische belasting: lichamelijke inactiviteit, alcohol- en druggebruik, roken, slechte slaapkwaliteit en ongezonde eetgewoonten. Andere studies, gericht op oudere populaties, wijzen daarnaast op sterke verbanden tussen allostatische belasting en kwetsbaarheid, mobiliteitsproblemen, beperkingen in het dagelijks functioneren en diverse chronische aandoeningen (Freire et al., 2020; Gruenewald et al., 2009). Binnen de literatuur wordt een toenemende aandacht besteed aan de rol van stressvolle levensgebeurtenissen als bepalende factor in het ontstaan en de accumulatie van allostatische belasting (Christensen et al., 2019).

1.4 Stressvolle levensgebeurtenissen

Levensgebeurtenissen worden in brede zin gedefinieerd als belangrijke gebeurtenissen en ervaringen in het leven van mensen die hun rol, positie en/of middelen kunnen beïnvloeden (Olaya Guzmán & Essau, 2011). Naarmate mensen ouder worden, lopen ze meer kans op het meemaken van een breed scala aan levensgebeurtenissen, die als meer of minder stressvol kunnen worden ervaren (Rosas et al., 2022). Enkele veelvoorkomende voorbeelden van stressvolle levensgebeurtenissen tijdens het ouder worden zijn pensionering, verlies van dierbaren, veranderingen in de woonsituatie en slechte gezondheid (Lindert et al., 2020). Levensgebeurtenissen zijn te categoriseren in een aantal belangrijke domeinen, zoals gezondheid, huwelijk, relaties, rouw, werk, huisvesting en financiën (Malik et al., 2013). Een van de aanbevolen instrumenten om stressniveaus te beoordelen is de *Social Readjustment Rating Scale* (Sociale aanpassing beoordelingsschaal, kort: SRRS), ontwikkeld door Holmes en Rahe (1967). In tabel X is de SRRS met levensgebeurtenissen voor volwassenen te zien. De gebeurtenissen worden gewogen op basis van hun versturende effect op iemands leven. Hierbij betekent een hogere score een hogere mate van levensverandering met bijbehorende hoeveelheid stress (Holmes & Rahe, 1967). Hoewel de SRRS waardevolle inzichten biedt in hoe stressvolle levensgebeurtenissen de gezondheid kunnen beïnvloeden, wordt de methode bekritiseerd om haar simplistische benadering, waarbij ervan wordt uitgegaan dat alle mensen dezelfde gebeurtenis op dezelfde manier ervaren, zonder rekening te houden met persoonlijke verschillen in perceptie en copingstrategieën.

Tabel 2: De Social Readjustment Rating Scale (SRRS), ontwikkeld door Holmes en Rahe (1967). Hier zijn de meest voorkomende levensgebeurtenissen tijdens het ouder worden geselecteerd (de volledige tabel staat in [appendix I](#)).

Nr.	Levensgebeurtenis	Eenheden			
1.	Overlijden van een partner of kind	100	11.	Veranderingen in werk / bedrijf	39
2.	Echtscheiding	73	12.	Veranderingen in financiële situatie	38
3.	Huwelijkse-relatie scheiding	65	13.	Dood van een goede vriend(in)	37
4.	Overlijden van een naast familielid	63	14.	Verandering in werkzaamheden	36
5.	Persoonlijk letsel of ziekte	53	15.	Kind uit huis	29
6.	Ontslag van werk	47	16.	Echtgenote start of stopt het werk	26
7.	Huwelijkse verzoening	45	17.	Veranderingen in woon- / leefomstandigheden	25
8.	Pensionering	45	18.	Wijziging van verblijfplaats / verhuizen	20
9.	Verandering in gezondheid van een familielid	44	19.	Verandering in sociale activiteiten	18
10.	Seksuele problemen	39			

1.5 Meest voorkomend en meest stressvol

Uit een onderzoek onder 65 tot 70-jarige oudere volwassenen blijkt dat ruim driekwart (72%) van de deelnemers ten minste één stressvolle gebeurtenis had meegemaakt in het afgelopen jaar. De meest voorkomende gebeurtenissen waren het verlies van een vriend of familielid (18% van de mannen en 20% van de vrouwen) en een nieuwe ernstige lichamelijke ziekte (17% van de mannen en 19% van de vrouwen) (Seematter-Bagnoud et al., 2010).

Naast medische gebeurtenissen blijken ook niet-medische stressoren, zoals verhuizen of slachtoffer worden van bedrog, door ouderen als even stressvol te worden ervaren als ziekte of letsel (Hardy et al., 2002). De impact van een gebeurtenis op de gezondheid hangt bovendien sterk samen met de betekenis die eraan wordt toegekend. Gebeurtenissen die het gevoel van competentie, status of verbondenheid bedreigen binnen domeinen die belangrijk zijn voor de identiteit van een individu, zoals werk, relaties of sociale status, hebben doorgaans de grootste invloed (Cohen et al., 2016). Hoewel negatieve interpersoonlijke gebeurtenissen, zoals conflicten of het verlies van een dierbare, minder vaak voorkomen dan positieve sociale interacties, blijken ze een zwaardere wissel te trekken op gezondheid en welzijn (Rook, 2014).

1.6 Cumulatief effect

Het is bekend dat levensgebeurtenissen die al eerder in het leven zijn gebeurd, geassocieerd zijn met negatieve ontwikkelingen in emotioneel functioneren op oudere leeftijd (A. A. L. Kok et al., 2016). Echter, de precieze rol van eerdere blootstelling aan stressoren in de impact die latere negatieve levensgebeurtenissen hebben op emotioneel functioneren is onduidelijk. Er zijn twee tegenstrijdige hypothesen over deze rol, namelijk de “sensibiliserende hypothese” en de “steeling hypothese” (verhardende hypothese) (A. A. L. Kok et al., 2021). De eerste stelt dat blootstelling aan stress mensen gevoeliger maakt voor latere stressoren. Dit zou dus voor meer negatieve gevolgen leiden wat betreft emotioneel functioneren (Stroud, 2020). De andere hypothese voorspelt dat de meerdere ervaringen met stressoren mensen in staat kan stellen om beter om te gaan met latere stressoren. Hiermee kunnen de ongunstige effecten van de latere stressoren op emotioneel vermogen kunnen worden verminderd (Rutter, 1985). Een derde mogelijkheid kan zijn dat individuen onderling verschillen in de mate waarin ze zijn “gesensibiliseerd” of “gestaald” door blootstelling aan negatieve ervaringen. De variatie hierin kan liggen aan factoren zoals individuele copingmechanismen en sociale steun (A. A. L. Kok et al., 2021; Sutin et al., 2010).

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat mensen die enige blootstelling aan stressvolle levensgebeurtenissen hebben gehad emotioneel beter functioneren bij een volgende gebeurtenis dan mensen zonder deze ervaring of mensen met veel blootstelling aan stressoren (A. A. L. Kok et al., 2021; Seery et al., 2010). Dit is in lijn met de “steeling hypothese”. Anderzijds, ouderen met meer cumulatieve gebeurtenissen hebben meer depressieve symptomen dan anderen, ondanks het steeling effect (A. A. L. Kok et al., 2021). Het lijkt er dus op dat beperkte blootstelling aan stressvolle gebeurtenissen adaptieve voordelen kan bieden, maar dat een cumulatie van dergelijke ervaringen uiteindelijk het psychisch welzijn ondermijnt.

1.7 Kernboodschappen

- Chronische stress verstoort meerdere biologische systemen, door allostatische belasting. Naast 'gevoelens van stress' laat het dus ook objectief meetbare schade achter, zoals hoge bloeddruk, metabole verstoringen, disbalans in het immuunsysteem en vroegtijdige veroudering.
- Stress beïnvloedt leefstijlgedrag (roken, ongezond eten, weinig beweging) wat de allostatische belasting versterkt. Dit zorgt voor een vicieuze cirkel. Daarom is het van belang om te focussen op stressreductie, aangezien hier de oorzaak ligt.
- Stressvolle levensgebeurtenissen komen veel voor tijdens het ouder worden. Door vroegtijdig te signaleren en hun subjectieve impact mee te nemen, kunnen preventieve maatregelen beter worden afgestemd op de behoeftes.
- Hoewel milde blootstelling aan stressoren beschermend kan werken (*steeling hypothesis*), leidt een opeenstapeling van negatieve levensgebeurtenissen juist tot verhoogde depressieve symptomen. Dit kan het psychisch welzijn op latere leeftijd sterk ondermijnen, wat duidt op het belang van langdurige monitoring en ondersteuning.

HOOFSTUK 2: GEVOLGEN VAN STRESSVOLLE LEVENSGEBEURTENISSEN

Veel levensgebeurtenissen gaan gepaard met veranderende levensomstandigheden en vereisen een aanpassingen die effect hebben op meerdere aspecten van iemands functioneren. Studies hebben zicht gericht op diverse uitkomsten, waaronder fysieke gezondheid, gezondheidsgedrag, geheugenfuncties en sociale netwerken, maar ook op depressie, angst en stress. Hieronder staan de effecten per domein uitgelegd.

2.1 Fysiek domein

Stressvolle levensgebeurtenissen kunnen aanzienlijke fysieke gevolgen hebben via verschillende biologische mechanismen. Chronische stressoren blijken het immuunsysteem het sterkst te onderdrukken, met afnames in vrijwel alle onderzochte immuunfuncties, ongeacht leeftijd of geslacht (Segerstrom & Miller, 2004). Naarmate stress langer aanhoudt, verschuift het effect van mogelijk adaptief naar schadelijk, beginnend bij de cellulaire immuniteit en zich vervolgens uitbreidend. Deze langdurige stressoren gaan vaak gepaard met ingrijpende veranderingen in identiteit of sociale rollen, zoals het verliezen van werk of mantelzorger worden, en zijn meestal moeilijk te beheersen, wat de psychologische en fysiologische belasting vergroot.

Een onderscheid kan worden gemaakt tussen verschillende typen stressvolle gebeurtenissen. Verlies en rouw worden vaak geassocieerd met een verhoogde cortisolproductie, wat leidt tot onderdrukking van de immuunfunctie. Daarentegen gaan trauma en posttraumatische stressstoornis vaak gepaard met een verlaagde cortisolproductie, wat kan leiden tot vermoeidheid en een lage bloeddruk (Segerstrom & Miller, 2004).

Deze fysieke reacties op stress zijn te begrijpen via het concept van allostatische belasting. Bij langdurige stress wordt de neuro-immuun as overmatig gestimuleerd, wat kan leiden tot ontregeling van vier biologische hoofdsystemen: het cardiovasculaire, metabole, immuun/inflammatoire en neuro-endocriene systeem (Juster et al., 2010). Dit kan resulteren in chronische laaggradige ontstekingen, die gelinkt zijn aan uiteenlopende aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes, auto-immuunziekten, kanker en psychische stoornissen zoals depressie en angst (Mariotti, 2015).

2.2 Mentaal domein

Stressvolle levensgebeurtenissen zijn direct geassocieerd met symptomen van depressie en angst (Hammen, 2016). Daarnaast verhogen ze de kans op zowel het eerste klinische optreden als op latere terugvallen van een depressieve stoornis (Hammen, 2005). Onderzoek toont aan dat mensen die een depressie ontwikkelen 2,5 tot 9,4 keer vaker een ingrijpende stressvolle levensgebeurtenis hebben meegemaakt voorafgaand aan het optreden van depressie. Daarom is recente blootstelling aan stress één van de sterkste risicofactoren voor depressie (Monroe et al., 2008). Bovendien worden bij mensen met een depressie stressvolle levensgebeurtenissen in verband gebracht met ernstigere symptomen, een langere duur van de ziekte en een verhoogde kans op terugval (Monroe et al., 2008).

Eerdere studies tonen aan dat stressvolle levensgebeurtenissen positief samenhangen met allostatische belasting (Christensen et al., 2019; McLoughlin et al., 2020). Deze positieve associatie blijkt vaker sterker te zijn tussen allostatische belasting en objectieve stress dan tussen allostatische belasting en subjectieve stress (Christensen et al., 2019). Deze relatie is sterker bij vrouwen dan bij mannen (Goldman et al., 2005).

In de SEBAS-cohortstudie bleken de duur van levensstress en bepaalde stressindicatoren, zoals een lage opleiding of weduwschap, niet gerelateerd aan de primaire mediators van allostatische belasting. Echter, vrouwen die meer familiale stress rapporteerden, hadden hogere scores op deze mediators, terwijl dit effect bij mannen niet werd gevonden (Gersten, 2008).

De mate van ontregeling door chronische stress lijkt sterk afhankelijk van subjectieve stressbeleving. Bijvoorbeeld, studies bij mantelzorgers tonen aan dat alleen degenen die zich daadwerkelijk belast voelen negatieve gezondheidseffecten ervaren (Schulz et al., 1997). Hoe men stress waarneemt en verwerkt hangt af van persoonlijke factoren als persoonlijkheid, coping mechanismen en de sociale context van de stressor (Chun et al., 2006). Hierdoor kunnen ogenschijnlijk stressvolle omstandigheden, zoals een lage SES of sociale isolatie, niet bij iedereen tot dezelfde fysieke, emotionele en gedragsmatige gevolgen leiden. Onderzoek dat persoonlijke stressperceptie meeneemt, kan een completer beeld geven van de relatie tussen stress, allostatische belasting en gezondheid (Seeman et al., 2010).

2.3 Cognitief domein

Stressvolle levensgebeurtenissen kunnen substantiële veranderingen en aanpassingen van het gebruikelijke leven vragen. Naast dat zulke gebeurtenissen hun tol eisen op de mentale gesteldheid, hebben ze ook invloed op het cognitief functioneren (Castanho et al., 2021). Eerder onderzoek van Comijs (2011) wees uit dat ouderen die recent zijn verhuisd of een (klein)kind zijn verloren in hogere mate achteruit gaan met hun geheugen. Daarentegen worden ouderen die slachtoffer zijn geweest van een criminele misdaad vaak trager in psychomotorische snelheidstaken dan anderen. De meer chronische stressoren, zoals een partner of familielid die ziek is of een conflict, waren juist geassocieerd met betere cognitieve functies (Comijs et al., 2011). Dit kan worden verklaard doordat licht verhoogde cortisolniveaus de cognitieve functie kunnen verbeteren. Daarentegen kunnen te hoge niveaus juist leiden tot cognitieve stoornissen (De Kloet et al., 1999).

2.4 Sociaal domein

Levensgebeurtenissen hebben een aanzienlijke impact op het welzijn van mensen en hun verbondenheid met anderen (Haehner et al., 2022). Uit de literatuur blijkt dat stressvolle levensgebeurtenissen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van eenzaamheid, vooral bij mensen met een verhoogde gevoeligheid daarvoor door cognitieve aanleg, genetische kwetsbaarheid of omgevingsfactoren. Ingrijpende veranderingen binnen het gezin of de familie, zoals (echt)scheiding, het beëindigen van samenwonenrelaties en weduwschap, verstoren vaak sociale netwerken en intieme relaties, en vormen zo een belangrijke oorzaak van eenzaamheid (Sheftel et al., 2024). Ook baanverlies blijkt bij te dragen aan zowel een directe als langdurige toename van eenzaamheidsgevoelens (Buecker et al., 2021). Vanaf ongeveer het 50e levensjaar

neemt eenzaamheid doorgaans toe met de leeftijd, wat deels te verklaren is door afnemende gezondheid en verminderde sociale integratie (Jylhä, 2004).

Naast directe gevolgen beïnvloeden stressvolle levensgebeurtenissen ook hoe mensen zichzelf en hun omgeving waarnemen, en kunnen ze een reeks van opeenvolgende veranderingen in gang zetten (Jayawickreme et al., 2024). Bijvoorbeeld, wanneer iemand van begin 60 zijn of haar partner verliest, heeft dat vaak een directe impact op hoe diegene zichzelf ziet, bijvoorbeeld van 'partner' naar 'alleenstaand'. Tegelijk kan zo'n verlies ook allerlei opeenvolgende veranderingen veroorzaken: het wegvallen van dagelijkse routines, minder sociale activiteiten, financiële onzekerheid, of zelfs de noodzaak om te verhuizen. Deze veranderingen versterken elkaar en kunnen langdurige gevolgen hebben voor het welzijn en functioneren.

2.5 Kernboodschappen

- Fysiek: stressvolle gebeurtenissen kunnen via allostatische belasting het risico verhogen op chronische lichamelijke aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes en ontstekingsziekten.
- Mentaal: stressvolle levensgebeurtenissen verhogen sterk het risico op depressie en angststoornissen, beïnvloeden de ernst en duur van psychische klachten, en verhogen de kans op terugval. De mentale impact wordt mede bepaald door hoe iemand stress beleeft en ermee omgaat.
- Cognitief: Stressvolle gebeurtenissen kunnen het cognitief functioneren ondermijnen, vooral bij ouderen (geheugen en verwerkingssnelheid).
- Sociaal: Ingrijpende levensgebeurtenissen kunnen sociale netwerken verstoren en gevoelens van eenzaamheid versterken. Verlies van een partner, werk of sociale rol leidt vaak tot identiteitsveranderingen en opeenvolgende sociale gevolgen, met langdurige impact op welzijn en verbondenheid.

HOOFDSTUK 3: SOCIAAL-ECONOMISCHE STATUS EN STRESSVOLLE LEVENSGEBEURTENISSEN

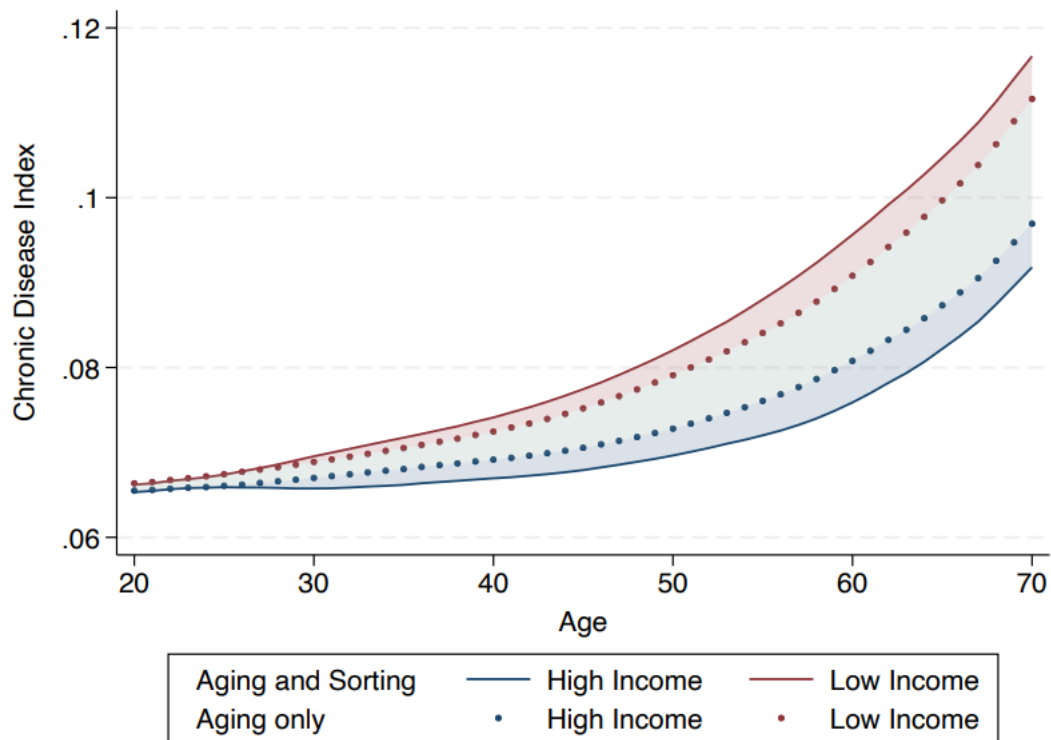
Om de impact van stressvolle levensgebeurtenissen op vitaal ouder worden goed te begrijpen, is het van belang om de rol van sociaaleconomische status (SES) mee te nemen. SES kan zowel een mediërende als een modererende factor zijn in de relatie tussen stress en gezondheid: het beïnvloedt de blootstelling aan stressvolle gebeurtenissen én de manier waarop mensen hiermee omgaan. In dit hoofdstuk wordt verkend hoe SES deze processen vormt en waarom dit inzicht cruciaal is voor het bevorderen van vitaal ouder worden.

3.1 Socio-economische status

Er wordt steeds meer erkenning gegeven aan psychosociale determinanten van gezondheid en gezondheidsverschillen, zowel in onderzoek als in beleid. In het geval van stressvolle levensgebeurtenissen spelen deze determinanten ook een rol. Met uitzondering van bijzondere gevallen (zoals natuurrampen of een accidentele dood van familieleden of vrienden) vinden stressvolle gebeurtenissen niet willekeurig plaats, maar worden ze beïnvloed door individuele verschillen in de omgeving en psychologische kenmerken (Cohen et al., 2019). Een voorbeeld van een opvallende factor die hierbij een rol speelt, is SES. Met SES wordt iemand zijn of haar maatschappelijke positie bedoeld en deze wordt vaak met drie indicatoren gemeten, namelijk opleidingsniveau, inkomensniveau en het beroepsniveau (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, z.d.). Op het gebied van gezondheid wordt SES gelinkt aan gezondheidsverschillen. Zo is de levensverwachting van iemand met een lagere opleiding tot wel vijf jaar korter dan met een hogere opleiding, en leven zij zelfs veertien jaar in minder goed ervaren gezondheid. Dit komt mede doordat mensen met een lage SES vaker één of meerdere chronische aandoeningen hebben vergeleken met mensen met hogere SES (Pharos, z.d.). De diagnose van aandoeningen en ziektes als diabetes, obesitas en leverziekten worden bij mensen met een lage SES vaak al tussen de 50 en 55 jaar vastgesteld (Kivimäki et al., 2020)

Figuur 4 laat zien hoe de gemiddelde gezondheidsbelasting (*Chronic disease index*, kort: CDI) toeneemt met de leeftijd, voor mensen met een hoog en laag inkomen. De doorgetrokken lijnen tonen het effect van zowel veroudering als gezondheid-gerelateerde inkomenssortering, terwijl de gestippelde lijnen alleen het effect van veroudering weergeven.

Het verschil tussen de lijnen maakt zichtbaar hoeveel extra gezondheidsverschillen ontstaan doordat mensen met een slechtere gezondheid vaker in lagere inkomensgroepen terechtkomen. Toch blijkt: het grootste deel van de kloof wordt veroorzaakt door snellere veroudering bij mensen met een laag inkomen, al vanaf jonge leeftijd (Danesh et al., 2024).



Figuur 4: Effect van veroudering en inkomenssortering op de Chronic Disease Index (CDI) in Nederland (Danesh et al., 2024).

3.2 Mediërende factor

Stressvolle levensgebeurtenissen blijken sterk samen te hangen met SES. Personen met een lagere SES lopen bijvoorbeeld een groter risico op het meemaken van scheiding, het verlies van een kind of gewelddadige mishandeling dan mensen met een hogere SES (Lantz et al., 2005). Ook wonen in een buurt met lage SES wordt geassocieerd met een hogere frequentie en intensiteit van stressoren, zoals overbevolking en blootstelling aan geweld (Evans & Kim, 2010).

SES fungeert als een mediërende factor in de relatie tussen stressvolle levensgebeurtenissen en gezondheid. Dit betekent dat SES zowel de blootstelling aan levensgebeurtenissen beïnvloedt als de reactie erop. Mensen met een lagere SES ervaren dus gemiddeld meer van deze gebeurtenissen en beschikken daarnaast over minder hulpbronnen om de negatieve gevolgen daarvan op te vangen (McMaughan et al., 2020).

Risico's en buffers

Personen met een lage SES ervaren niet alleen relatief vaker scheidingen, werkloosheid of financiële problemen, maar beschikken ook over minder veerkrachtbronnen zoals stabiele huisvesting, financiële buffers of professionele en sociale ondersteuning. Hierdoor is hun kans op negatieve gezondheidseffecten aanzienlijk hoger (Aneshensel, 1992).

Een belangrijke hulpbron in het omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen is sociale steun. Sarason en Sarason (1986) definiëren dit als de beschikbaarheid van mensen op wie men kan vertrouwen, die genegenheid tonen, waardering uitspreken en emotionele steun bieden. Onderzoek van Terry et al. (1995) laat zien dat sociale steun stress vermindert, het gevoel van beschikbare hulpbronnen versterkt, negatieve emoties dempt en het ontwikkelen van actieve copingstrategieën bevordert.

Daarnaast blijkt uit het werk van Thoits (1995) dat zowel het sociale netwerk als de ervaren sociale steun directe positieve effecten hebben op de mentale en fysieke gezondheid. Vooral de waargenomen steun werkt als buffer tegen de negatieve impact van stressvolle gebeurtenissen. Personen met een hogere SES hebben vaker toegang tot deze beschermende factoren, zoals sterke netwerken, effectieve copingmechanismen en de middelen om hulp in te schakelen. Dit vergroot hun veerkracht. Zo kan een scheiding voor een hoogopgeleide professional vooral tijdelijke stress veroorzaken, terwijl diezelfde gebeurtenis voor iemand met een laag inkomen en beperkte sociale kring langdurige psychische en financiële gevolgen heeft. Dit benadrukt het belang van beleidsmaatregelen die rekening houden met SES-context.

Naast sociale steun dragen ook sociale participatie en arbeid bij aan het behoud van cognitieve functies op latere leeftijd. Deelname aan sociale activiteiten en het onderhouden van een sociaal netwerk blijken van groot belang voor cognitieve gezondheid (Castanho et al., 2021). Ook werken beschermt tegen cognitieve achteruitgang, onder meer door het stimuleren van vaardigheden, sociale interactie en zingeving (Vance et al., 2016). Wanneer werk wegvalt, bijvoorbeeld door ziekte, ontslag of pensionering, en niet vervangen wordt door andere stimulerende activiteiten, kan dit nadelige gevolgen hebben voor de cognitie.

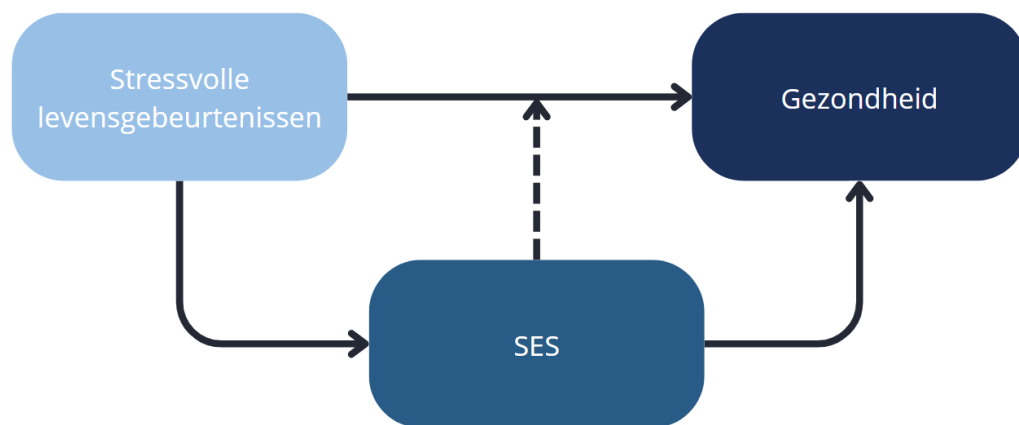
De *Cumulative Disadvantage Theory* (theorie van cumulatieve nadelen) stelt dat een lage SES in de loop der tijd leidt tot een opeenstapeling van nadelen, waaronder een grotere kans op ingrijpende levensgebeurtenissen (Dannefer, 2003). De studie van Torres (2016) benadrukt dit door aan te tonen dat zowel de SES in de kindertijd als op volwassen leeftijd samenhangt met de gezondheid op latere leeftijd. Dit benadrukt het belang van een levensloopbenadering bij het terugdringen van gezondheidsverschillen in latere levensfasen.

Succesvol oud worden met lage SES

Het gevaar is dat hierdoor hele groepen met lage SES als kwetsbaar worden gezien. Hiermee worden de substantiële verschillen in functioneren van individuen in deze groep tenietgedaan. Tijdens een studie van Kok (2018) interviewde hij oudere mensen met een lage SES die goed oud waren geworden. Hij vond zes factoren die naar voren kwamen die veerkracht mogelijk maakten. Drie factoren waren meer praktisch; steun zoeken bij anderen, actief iets doen aan je situatie, en investeren in de jongere generaties. De laatste drie waren meer mentaal; problemen in perspectief plaatsen, doorzettingsvermogen en je neerleggen bij wat je niet kan veranderen. Een mix van houding en actie ondernemen hielp de deelnemers om ondanks tegenslag toch succesvol ouder te worden (A. A. L. Kok et al., 2018). Dit suggereert dat het veel van een persoon met lage SES vraagt om vitaal ouder te worden, zowel op sociaal als mentaal vlak. Dit is iets wat logischerwijs niet iedereen met een lage SES lukt om zelf op te pakken en juist daarom is het zo belangrijk dat er beleid komt om het voor hen ook mogelijk te maken.

3.3 Modererende factor

Als modererende factor beïnvloedt SES de sterkte van het verband tussen stressvolle levensgebeurtenissen en gezondheid. Dit betekent dat hetzelfde gebeurtenis, zoals het verlies van een partner, bij mensen met een lage SES gemiddeld een groter negatief effect heeft dan bij mensen met een hogere SES. De invloed van SES op de relatie tussen stressvolle levensgebeurtenissen is weergegeven in figuur 5.



Figuur 5: Visuele weergave van de relatie tussen stressvolle levensgebeurtenissen en gezondheid. SES heeft zowel een mediërend (doorgetrokken pijlen onderlangs) als een modererend (gestreepte pijl) op de relatie.

Een deel van de negatieve gezondheidseffecten bij mensen met een lagere SES kan worden toegewijd aan veerkracht. Alhoewel veerkracht van origine uit de ontwikkelingspsychologie komt, wordt het tegenwoordig steeds vaker gebruikt in onderzoek naar veroudering (Smith & Hayslip Jr., 2012). Vooral bij ouderen met een lage SES is veerkracht interessant. Een moeilijke jeugd of vroege stress kunnen namelijk invloed hebben op hoe iemand ouder wordt en hoe iemand omgaat met tegenslagen, ongeacht latere omstandigheden (Brandt et al., 2012). Veerkracht wordt herkend aan twee dingen: iemand heeft duidelijke risico's meegemaakt (zoals armoede of stress) en ondanks dat functioneert die persoon goed (Masten, 2001). Belangrijk is dat veerkracht niet alleen iets persoonlijks is, maar ook ontstaat door steun uit de omgeving (zoals familie, zorg of beleid) (Wiles et al., 2012). Een veelgebruikte definitie is:

“Veerkracht is het proces waarin iemand effectief omgaat met grote stress of trauma, waarbij persoonlijke én omgevingsfactoren helpen om zich aan te passen en weer op te veren” (Windle, 2011).

Uit onderzoek van Klokgieters et al. (2021) blijkt dat veerkracht wordt bepaald door meerdere hulpbronnen, waaronder sociale steun, psychologische factoren (zoals mindset) en een gezonde leefstijl. In haar onderzoek vergeleek ze drie verschillende cohorten (1992, 2002 en 2012) met volwassenen tussen de 55 en 64 en welke mechanismen van invloed zijn op de gezondheidsverschillen. Vroeger lag de nadruk sterk op ongezonde leefstijl als verklaring. Over alle cohorten zijn BMI, netwerk grootte en zelfredzaamheid factoren die van even grote invloed zijn op de verschillen. De recentste cohort laat zien dat psychosociale factoren als ervaren grip en emotionele steun belangrijker zijn geworden in de verklaring voor de verschillen.

3.4 Vitaal ouder worden en stressvolle levensgebeurtenissen

Vitaal ouder worden omvat meer dan het uitblijven van ziekte of fysieke achteruitgang. Het verwijst naar het behoud van mentale veerkracht, zelfredzaamheid en sociale participatie. Hiermee kunnen ouderen blijven meedoen in de samenleving en grip houden op hun eigen leven. Stressvolle levensgebeurtenissen vormen een risico voor alle dimensies van vitaliteit. Gezien de heterogeniteit van de groep ouder wordende volwassenen en ouderen hebben deze levensgebeurtenissen niet bij iedereen dezelfde impact. Bij mensen met een lagere SES is er eerder kans op langdurige mentale klachten, verminderde zelfredzaamheid en sociale uitsluiting. Deze factoren maken het moeilijker om vitaal ouder te worden. Om iedereen die kans te geven, is het nodig om al vroeg in te zetten op veerkracht, sociale steun en armoedebestrijding. Daarbij moeten stressvolle levensgebeurtenissen gezien worden als sleutelmomenten waarop gerichte ondersteuning het verschil kan maken voor een gezond en waardig ouder worden.

3.5 Welke soort preventie voor stressvolle levensgebeurtenissen?

Er zijn meerdere niveaus waarop preventie kan worden uitgevoerd. In figuur 6 staat het Friese Preventiemodel van de FPA afgebeeld. Het onderscheidt vier niveaus die aansluiten bij de verantwoordelijkheden van gemeenten en de GGD, bijvoorbeeld op basis van de Wet publieke gezondheid (Wpg) (Friese Preventieaanpak, z.d.-c):

- Universele preventie: richt zich op het bevorderen en beschermen van de gezondheid, het welzijn en de participatie van de gehele bevolking, ongeacht individuele risicofactoren.
- Selectieve preventie: is bedoeld voor mensen met een verhoogd risico op een bepaalde aandoening of situatie. Het doel is te voorkomen dat zij daadwerkelijk ziek worden, minder welzijn ervaren of minder gaan deelnemen aan de samenleving.
- Geïndiceerde preventie: richt zich op mensen met beginnende klachten of problemen. Het doel is om verergering te voorkomen, zodat een aandoening, verlies van welzijn of afname in participatie uitblijft.
- Zorg- en hulpgerelateerde preventie: is gericht op mensen die al een aandoening of probleem hebben. Deze vorm van preventie wil complicaties, beperkingen, achteruitgang in welzijn of participatie én sterfte zoveel mogelijk voorkomen (Friese Preventieaanpak, z.d.-c).



Figuur 6: Het Friese Preventiemodel ontwikkeld door een werkgroep van Friese gemeenten en GGD Fryslân (Friese Preventieaanpak, z.d.-c).

Het thema stressvolle levensgebeurtenissen roept, net als preventie in bredere zin, de vraag op of de aanpak hiervan primair op individueel of collectief niveau moet liggen. In zijn recente afscheidsrede stelt Lex Burdorf dat preventiebeleid zich steeds vaker richt op het individu, waarmee verantwoordelijkheid verschuift van samenleving naar persoon (Burdorf, 2025). Deze tendens sluit aan bij de preventieparadox van Geoffrey Rose: de grootste gezondheidswinst wordt niet geboekt door in te zetten op de kleine groep met het hoogste risico, maar juist door structurele maatregelen die het iets verhoogde risico van de meerderheid verkleinen (Rose, 1985). Burdorf pleit daarom voor preventiebeleid dat zich meer richt op populatieniveau, op de omgeving waarin mensen leven, de sociale structuren, en de keuzes die daarbinnen mogelijk zijn. Voorbeelden hiervan zijn de suiker taks, vaccinaties en autogordels. (Burdorf, 2025).

Stressvolle levensgebeurtenissen lenen zich bij uitstek voor zo'n collectieve benadering. Bijna iedereen krijgt er in de loop van het leven mee te maken. Deze gebeurtenissen verhogen het risico op gezondheidsproblemen licht tot matig, vooral als mensen onvoldoende ondersteuning of veerkracht hebben om ermee om te gaan. Juist omdat dit risico zo breed gedeeld wordt, is er potentieel grote gezondheidswinst

te boeken door op deze momenten collectieve ondersteuning te bieden, bijvoorbeeld via toegankelijke voorzieningen, signalering in de wijk, of beleid dat sociaal isolement of financiële stress beperkt.

Tegelijkertijd weten we dat mensen met een lagere SES gemiddeld vaker en heftiger worden geraakt door stressvolle gebeurtenissen, én tegelijkertijd minder buffers hebben, zoals een gezonde leefstijl, sociaal netwerk of financiële armslag, om hiermee om te gaan. Zij behoren dus tot de hoog risicogroep. Dat lijkt haaks te staan op het idee om in te zetten op de brede middenmoot, maar juist dit spanningsveld benadrukt het belang van collectieve preventie: maatregelen op populatieniveau kunnen ook bijdragen aan het verkleinen van ongelijkheid, zolang ze toegankelijk en effectief zijn voor de meest kwetsbare groepen.

Daarnaast vraagt de demografische realiteit om vooruit te kijken. Rond 2040 wordt een vergrijzingspiek verwacht, wat de urgentie vergroot om tijdig te investeren in vitaal ouder worden. Deze inzet kan niet pas beginnen op pensioengerechtigde leeftijd: preventie moet al starten rond het 50^e levensjaar. Vanaf die leeftijd neemt kwetsbaarheid toe, onder andere voor eenzaamheid (Mund et al., 2020), verlieservaringen en lichamelijke achteruitgang (Rosas et al., 2022). Bovendien wordt het grootste deel van de gezondheidskloof tussen hoge en lage SES veroorzaakt door een snellere veroudering (Danesh et al., 2024). Ook daarom is het van belang om tijdig in te zetten op veerkracht, gezondheid en participatie, zodat mensen langer vitaal blijven en beter kunnen omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen.

Door stressvolle levensgebeurtenissen te zien als vensters voor collectieve preventie, ontstaat dus een kans om zowel algemene gezondheidswinst te boeken als gezondheidsverschillen te verkleinen. Dat vraagt wel om een preventiebeleid dat verder kijkt dan het individu, en inzet op structuren, sociale netwerken en omstandigheden die mensen helpen veerkrachtig te blijven, juist op momenten dat het leven op zijn kop staat.

Kernboodschappen

- Lage SES verhoogt de kans op ingrijpende gebeurtenissen én beperkt de beschikbare hulpbronnen om hiermee om te gaan. Dit vergroot de kans op mentale klachten, verminderde zelfredzaamheid en sociale uitsluiting op latere leeftijd.
- Veerkracht is niet alleen een persoonlijke eigenschap, maar ontstaat ook door steun uit de omgeving. Beleidsmaatregelen die sociale steun, participatie en grip versterken, maken succesvol ouder worden ook voor mensen met lage SES realistischer.
- Stressvolle levensgebeurtenissen treffen iedereen, maar mensen met lage SES worden vaker en harder geraakt. Door deze momenten te benutten voor collectieve en laagdrempelige ondersteuning, kan zowel algemene gezondheidswinst worden geboekt als ongelijkheid worden verminderd.

HOOFDSTUK 4: VERKENNING VAN WERKZAME AANPAKKEN BIJ STRESSVOLLE LEVENSGEBEURTENISSEN

In het kader van preventie gericht op 50-plussers is het van belang om breder te kijken dan alleen medische of mentale klachten. Juist stressvolle levensgebeurtenissen zoals pensionering, verlies van een partner, veranderende zorgtaken of fysieke achteruitgang vragen om een integrale en laagdrempelige benadering die mensen tijdig ondersteunt bij het behouden van hun veerkracht. In onderstaand overzicht zijn enkele lokale en regionale initiatieven geanalyseerd die in potentie bijdragen aan het collectief versterken van gezondheid en welzijn in deze levensfase (zie tabel 3).

Uit deze verkenning komen een aantal werkzame kenmerken naar voren. Effectieve aanpakken voor collectieve preventie rondom levensgebeurtenissen combineren universele toegankelijkheid met herkenbare, niet-stigmatiserende thema's zoals vitaliteit, meedoen of betekenisvol ouder worden. In plaats van te problematiseren, erkennen deze initiatieven levensgebeurtenissen als normale, maar soms ingrijpende overgangsmomenten. Aansluiting bij de fysieke, mentale én sociale dimensie van gezondheid is daarbij cruciaal.

Daarnaast blijkt uit de praktijk dat lokale en gemeenschapsgerichte werkwijzen goed werken. Initiatieven zoals de Fryske Mienskip Oanpak tonen aan dat preventie effectiever is wanneer deze ingebed is in bestaande dorpsstructuren, gedragen wordt door bewoners en inspeelt op collectieve behoeften. Ook proactieve en persoonlijke vormen van contact, zoals de huisbezoeken met gesprekken over zingeving, zijn waardevol. Zij slagen erin kwetsbaarheden vroegtijdig te signaleren zonder dat mensen zelf hulp hoeven te zoeken.

Fysieke activiteiten, zoals fittesten, bieden een laagdrempelige ingang en blijken bijzonder geschikt om ook mentale en sociale onderwerpen aan te snijden, zeker wanneer ze gekoppeld worden aan gesprekken of een vervolgtraject. Vertrouwde schakels, zoals de huisarts of het buurthuis, fungeren hier als cruciale ingang.

Tot slot is thematisch werken rondom herkenbare levensfasen en gebeurtenissen veelbelovend. Denk aan bijeenkomsten over pensioen, mantelzorg, verlies of nieuwe levensinrichting na het 50e levensjaar. Campagnes en ontmoetingsactiviteiten die hierop aansluiten, bijvoorbeeld via bibliotheken, sportclubs of welzijnsorganisaties, maken het onderwerp bespreekbaar zonder dat het voelt als een zorginterventie.

Belangrijke lessen:

- Verlaag de drempel: Vermijd medische insteken; gebruik thema's die aansluiten bij de belevingswereld van 50-plussers.
- Werk vanuit de gemeenschap: Lokale verankering en participatie vergroten bereik en effect.
- Integreer fysieke, mentale en sociale gezondheid: Deze zijn onlosmakelijk verbonden bij ingrijpende levensgebeurtenissen.
- Bied collectieve momenten als uitnodiging, geen diagnose: Denk aan leefstijlweken, groepsbijeenkomsten of preventieve huisbezoeken als 'gesprek zonder verplichting'.

Deze inzichten vormen een waardevolle basis voor beleidsontwikkeling en preventieve interventies gericht op vitaal ouder worden. De voorbeelden uit de praktijk tonen dat investeren in collectieve en integrale aanpakken loont, mits deze goed aansluiten bij de leefwereld van mensen vanaf 50 jaar.

Tabel 3: Casestudies als verkenning van werkzame aanpakken van stressvolle levensgebeurtenissen tijdens het ouder worden.

Case	Doelgroep	Type preventie	Doel	Aansluiting bij stressvolle levensgebeurtenissen
Fittesten Bloeizone Grou Georganiseerd door: Bloeizone Grou2030 Huisartsenpraktijk BV Sport Hanzehogeschool	Inwoners van Grou van 75+, op uitnodiging van de huisarts	Gericht op een leeftijdsgroep met verhoogd risico (selectief), via een groepsgerichte aanpak (collectief).	In kaart brengen van fysieke gezondheid van ouderen; vroegtijdig signaleren van kwetsbaarheid en stimuleren van passende ondersteuning of leefstijlinterventies.	Matig. Door laagdrempeligheid en brede doelgroep sluit het aan op populatiegerichte benadering. Stressvolle gebeurtenissen zijn niet de expliciete focus, maar het programma kan mensen wel in beweging brengen tijdens kwetsbare levensfasen. Mogelijkheid om breder te kijken dan alleen fysiek en ook mentaal, cognitief en sociaal meenemen voor volledige check.
Fittesten Sport Fryslân Georganiseerd door: Sport Fryslân in opdracht van gemeente.	Keuze aan de opdrachtgever	Universeel of selectief, hangt af van de uitvoering	Organisatie en uitvoering van fittesten met adviesgesprek en doorverwijzing naar lokaal beweegaanbod.	Matig. Gericht op leefstijl, maar weinig focus op sociale componenten of levensgebeurtenissen. Kan wel als ingang dienen voor bredere preventie als het gekoppeld wordt aan lokale ondersteuning. Kansrijker bij integratie mentale gezondheid en veerkracht.
Fryske Mienskip Oanpak Georganiseerd door: Kennislab Noordoost Friesland (gebaseerd op rapport J.D. de Vries)	Dorpsgemeenschappen	Universeel en selectief, gemeenschapsgericht	Versterken van gezondheid, leefomgeving en welbevinden vanuit de kracht van de gemeenschap. Focus op lokale samenwerking en initiatieven.	Erg goed, mits expliciet gekoppeld aan levensfasen en gebeurtenissen. Benut lokale verbondenheid en sociale steun, vaak essentieel bij ingrijpende gebeurtenissen.
Sosjaal en Sun in gemeente Súdwest-Fryslân Georganiseerd door: Sociaal Collectief Thuiszorg Gebiedsteam Huisartspraktijken	Inwoners van de gemeente 75+	Selectieve preventie op collectief niveau	Vormen van een duurzame aanpak tegen eenzaamheid (d.m.v. lava-gesprekken) en het opzetten van een lokaal netwerk.	Goed. Benut ouderdom als risicofactor, maar kijkt ook naar sociale omstandigheden, en biedt mogelijk ondersteuning bij stressvolle levensgebeurtenissen. Echter, wel kosten- en tijdsintensief aangezien het veel opschaling vereist.

Gezondheidsrace gemeente Laarbeek, Noord-Brabant Georganiseerd door: GGD Brabant-Zuidoost, gemeente Laarbeek en gezondheidsteams	Alle inwoners van gemeente Laarbeek	Universeel	Gezond gedrag stimuleren via een competitieve en speelse aanpak in dorpen.	Beperkt. Sluit goed aan bij gemeenschapszin en preventie voor de massa, maar stressvolle levensgebeurtenissen worden niet als ingang benut. Eerder een indirecte aansluiting, via sociale verbinding en activering.
Mentale gezondheidsnetwerken in Nederland van Huisartsenzorg, GGZ zorg en sociaal domein Georganiseerd door: GGZ Friesland, Dokterszorg Friesland en Zilveren Kruis	Brede doelgroep, vaak met nadruk op kwetsbare mensen met psychische kwetsbaarheid.	Selectief en geïndiceerd	Samenwerking bij triage en samenwerking tijdens en na zorg- en ondersteuningstrajecten. Sluit aan op IZA. Voor mensen met psychische klachten én met problemen op andere levensdomeinen.	Goed. Gericht op veerkracht, sociale steun en geeft de persoon de regie bij psychische problematiek. Is wel reactief, mist een proactieve en laagdrempelige benadering.
Deens Preventie model: Reablement Georganiseerd door: overheid (wettelijk verankerd in zorgsysteem)	Oudere volwassenen met functionele achteruitgang	Geïndiceerd en selectief	Ouderen (tijdelijk) ondersteunen om zelfstandig te blijven na een ingrijpende gebeurtenis (bijv. ziekenhuisopname). Friese variant wil zich gaan richten op reablement vóór zorgvraag.	Goed, vooral functioneel sterk. Gericht op herstel van autonomie na stressvolle gebeurtenis, met aandacht voor capaciteiten in plaats van beperkingen.

HOOFDSTUK 5: HET HUIDIGE BELEIDSLANDSCHAP RONDOM VITAAL OUDER WORDEN

Om te bepalen waar de GGD kan aansluiten of bijsturen, is inzicht in het huidige beleidslandschap essentieel. In dit hoofdstuk worden de relevante nationale en wettelijke kaders besproken, gevolgd door regionaal en gemeentelijk beleid. Ook komt de uitvoering aan bod en worden de belangrijkste stakeholders in kaart gebracht.

5.1 GGD Fryslân

De GGD Fryslân is de gemeentelijke gezondheidsdienst voor alle achttien Friese gemeenten en speelt een centrale rol in het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van de bevolking in de regio (GGD Fryslân, z.d.; GGD GHOR Nederland, z.d.). Dit doet de GGD via diverse wettelijke taken, zoals monitoring, advisering, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering.

Zo voert de GGD epidemiologisch onderzoek uit en deelt deze informatie met inwoners, gemeenten en samenwerkingspartners. Ook richt de GGD zich op preventie, met aandacht voor leefstijl, leefomgeving en opvoeding. Daarnaast biedt de organisatie ondersteuning bij rampen en crises, en houdt zij toezicht op onder andere kinderopvang en technische hygiëne (Veiligheidsregio Fryslân, 2023). Een overzicht van belangrijke taken is te vinden in tabel 4 (GGD Fryslân, 2024a). Het volledige takenoverzicht is te vinden in [appendix K](#).

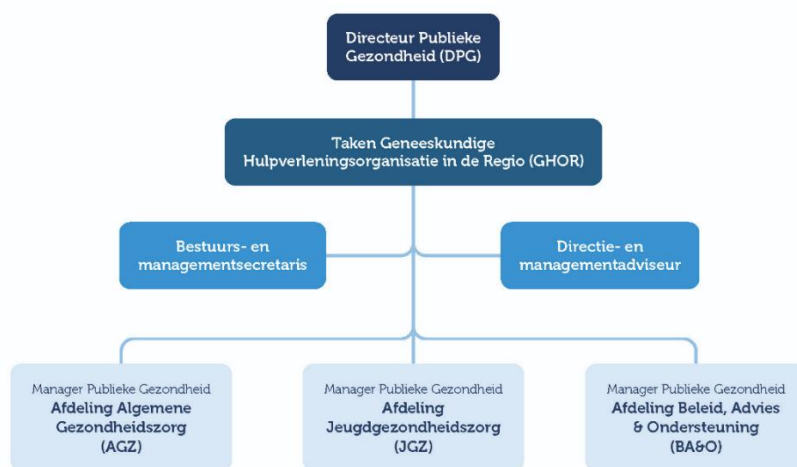
Tabel 4: Een selectie van de belangrijke taken van de GGD Fryslân en hoe deze taken bij hen zijn belegd (GGD Fryslân, 2024a).

Verantwoordelijkheid	Specifieke taken
Wettelijke taken GGD die direct belegd zijn bij GGD Fryslân via de Gemeenschappelijke Regeling (GR)	▪ <u>Beleidsadvisering</u> ▪ <u>Preventieprogramma's</u> ▪ <u>Ouderengezondheidszorg</u> ▪ <u>Analyse van en inzicht in de gezondheid</u> ▪ Infectieziektebestrijding ▪ Medische milieukundige zorg ▪ Toezicht kinderopvang
Andere wettelijke taken (van gemeenten) die direct belegd zijn bij GGD Fryslân via de GR	▪ Jeugdgezondheidszorg ▪ Lijkschouw
Wettelijke en overige taken van derden (gemeenten of andere organisaties) die op andere wijze provinciaal belegd zijn bij GGD Fryslân	▪ Openbare geestelijke gezondheidszorg ▪ Publieke gezondheid asielzoekers ▪ Forensische geneeskunde
Wettelijke en overige taken die GGD Fryslân uitvoert voor individuele gemeenten of organisaties	▪ Toezicht Wmo ▪ Taken gericht op kinderen en jeugd

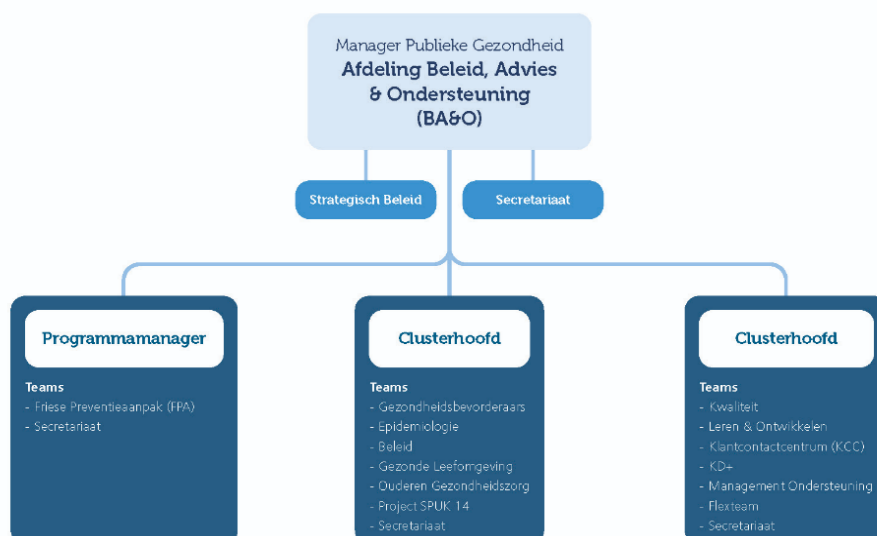
Afdelingen en organisatie

GGD Fryslân kent drie hoofdafdelingen: Algemene Gezondheidszorg (AGZ), Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en Beleid, Advies & Ondersteuning (BA&O) zoals te zien in figuur 7. Binnen BA&O bevinden zich onder andere de epidemiologen, gezondheidsbevorderaars en beleidsadviseurs, zie figuur 8.

- Epidemiologen verzamelen en analyseren gezondheidsdata van alle leeftijdsgroepen en adviseren gemeenten op basis hiervan.
- Gezondheidsbevorderaars werken op wetenschappelijke basis aan gedragsverandering en een gezonde leefomgeving.
- Beleidsadviseurs ondersteunen gemeenten bij het ontwikkelen van gezondheidsbeleid.



Figuur 7: De organogram van de GGD Fryslân (Veiligheidsregio Fryslân, 2025)



Figuur 8: Organogram van de afdeling Beleid, Advies & Ondersteuning (Veiligheidsregio Fryslân, 2025).

Expertteam Ouderen en het Fitaal Wiis Model

Binnen BA&O is het Expertteam Ouderen actief, dat zich richt op vitaal ouder worden. Ze bestaan uit een kleine, multidisciplinaire groep medewerkers: een expert op gebied van vitaal ouder worden, een epidemioloog, een gezondheidsbevorderaar en de ketenregisseur valpreventie (FPA). Ze werken nauw samen met de andere beleidsadviseurs, gezondheidsbevorderaars en lokale overheden. Het expertteam ontwikkelde het Fitaal Wiis-model, te zien in figuur 9: een praktische tool voor gemeenten en GGD om ouderengezondheid vorm te geven, met nadruk op grip en leefomgeving (GGD Fryslân, 2022).



Figuur 9: Het Fitaal Wiis Model van de GGD Fryslân (GGD Fryslân, 2022).

De ontwikkeling van dit model was in samenwerking met FAITH (*Frailty by Assessment, Intervention and Technology towards Health*) research, een consortium onder andere gericht op het ouder worden in de toekomst (FAITH Research, z.d.). In het Fitaal Wiis Model staan drie factoren centraal voor het bevorderen van vitaliteit: beweging, voeding en sociale activiteit. Om voeding, beweging en sociale activiteit bij ouderen te bevorderen, zijn er vier aangrijppunten geïdentificeerd die de middelste schil. Dit zijn de fysieke omgeving, sociale omgeving, medisch, en voorlichting & advies. De buitenste schil van het model zijn de vier denkrichtingen die het draagvlak verhogen, gebaseerd op input van stakeholders waaronder ouderen zelf. De schil bestaat uit; samen met ouderen, niet betuttelen, positieve gezondheid, en het waardeerperspectief.

Waardeerperspectief

Dit laatste houdt in dat we de oudere generatie weer moeten gaan herwaarderen in plaats van de ouderwetse kijk op ouder worden. Daarmee wordt namelijk het 'verval perspectief' bedoeld, waarbij ouderdom wordt geassocieerd met achteruitgang, of het 'trotseer perspectief', waarbij ouderen zo lang mogelijk jong moeten blijven. Beide perspectieven zetten ouderen negatief tegenover de jongere generatie en weerhoudt ons ervan om de waarde van deze levensfase te zien en te benutten. Het rapport van de Raad van Ouderen brengt een duidelijke boodschap naar voren, namelijk dat ouder worden een volwaardige fase

is en dat ouderen op die leeftijd zich nog kunnen ontwikkelen en juist kunnen bijdragen aan de maatschappij (Raad van Ouderen, 2019). De GGD Fryslân heeft dit standpunt van de Raad van Ouderen gebruikt, en met inspiratie vanuit Positieve Gezondheid is dit tot het waardeerperspectief gekomen. Dit houdt in dat de aandacht juist moet komen liggen op het stimuleren van vitaliteit en gezonde leefstijl met de achterliggende gedachte dat ouder worden niet kan worden voorkomen.

Door de derde levensfase als volwaardige fase te gaan zien denkt het Expertteam Ouderen dat er juist gezondheidswinst te behalen valt. Zij geven als voorbeeld dat meer ouderen zich zullen aansluiten bij sport- of cultuurverenigingen als zij hun aanbod voor senioren bijvoorbeeld overdag aanbieden (Friese Preventieaanpak, z.d.-e).

Speerpunt Ouderengezondheid

De raad van Directeuren Publieke Gezondheid (DPG) heeft ouderengezondheid dit jaar niet erkend als speerpunt. De focus ligt op mentale gezondheid en preventieinfrastructuur. Hierdoor zijn er geen uren beschikbaar voor het thema ouderengezondheid. De GGD Fryslân wil wel zichtbaar invulling geven aan haar wettelijke taak rondom ouderengezondheid. Vanuit deze overtuiging is ingezet op het ontwikkelen van een gedeelde visie met andere individuele GGD'en (de Boer, 2025). Dit bemoeilijkt uiteraard het proces van GGD op de kaart zetten voor ouderengezondheid, als er geen uren beschikbaar zijn om eraan te werken. Aangezien het wel een wettelijke taak is zal er een andere aanpak moeten komen om iets te kunnen betekenen voor ouderengezondheid.

5.2 Nationaal beleidskader

De landelijke beleidsakkoorden vormen de basis voor samenwerking en koersbepaling binnen het volksgezondheidsdomein. Ze bevatten afspraken tussen overheid en veldpartijen over doelen, prioriteiten en verantwoordelijkheden, en geven richting aan regionale en lokale uitwerking. Hieronder worden in tabel 5 de belangrijkste akkoorden voor het thema vitaal ouder worden uitgelicht. Voor uitgebreidere uitleg hierover, zie [appendix L](#).

Tabel 5: Een overzicht van akkoorden en beleidsplannen relevant voor het thema vitaal ouder worden en de rol van de GGD Fryslân hierbij.

Akkoord / Beleid	Periode	Doelen & Inhoud	Relevant voor ouderen	Rol GGD Fryslân
WOZO (Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen)	2022 – 2026	Transitie naar zelfstandig, vitaal ouder worden. Uitgangspunten: <i>zelfstandig als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan</i> . €770 miljoen beschikbaar.	Zelfredzaamheid, preventie, gezonde leefstijl, sociale participatie, woonzorgvisies.	Bevordering vitaliteit en samenredzaamheid. Partner in integrale aanpak wonen-welzijn-zorg.
GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord)	2023 – 2026	Lokale gezondheidsbevordering en preventie. Specifieke ketenaanpakken.	Valpreventie, Welzijn op Recept, GLI. Oog voor kwetsbare ouderen.	Uitvoering lokale programma's (zoals Nuchtere Fries). Actieve partner in preventie.
IZA (Integraal Zorgakkoord)	2022 – 2027	Passende, toekomstbestendige zorg. Minder medisch, meer in de leefomgeving.	Regionale samenwerking ouderenzorg. Gezond ouder worden als prioriteit.	Partner in FrlZA. Ondersteunende rol bij ouderenzorg, meer op leefomgeving en gezondheid.
Landelijke Nota Gezondheidsbeleid	2020 – 2024	<i>Health in All Policies</i> . Gezondheid in domeinen als wonen, armoede, participatie.	Ouderennetwerken, zingeving, regie over ouder worden.	Betrokken bij domeinoverstijgende initiatieven, volgt nieuwe nota vanaf 2025.
Nationaal Preventieakkoord (NPA)	2018 – heden	Aanpak roken, alcohol, overgewicht. Resultaten blijven achter zonder extra maatregelen.	Leefstijlinterventies ook relevant voor ouderen.	Programma's zoals Rookvrije Generatie Fryslân, ondersteuning gemeenten.
Omgevingswet	2024 – heden	Gezonde, veilige fysieke leefomgeving. Gezondheid meenemen in ruimtelijk beleid.	Gezond ouder worden via toegankelijke woonomgeving, mobiliteit en ontmoeting.	Adviespartner gemeenten. Positie als expert leefomgeving voor ouderen.
Toekomstige plannen (AZWA & HLO)	n.t.b.	AZWA: samenwerking zorg en sociaal domein. HLO: focus op mantelzorg, reablement. Vertraging door politiek.	Toekomstige koers ouderenbeleid. Onzekerheid door 'ravijnjaar' 2026.	

Hoewel de landelijke akkoorden nadrukkelijk inzetten op preventie en integrale samenwerking, blijft de aandacht voor ouderen daarin vaak versnipperd en onvoldoende structureel geborgd. Ouderen zijn weliswaar een benoemde doelgroep binnen akkoorden als GALA, WOZO en IZA, maar de beschikbare middelen en uitvoeringskracht zijn beperkt en veelal tijdelijk. GGD Fryslân is betrokken bij de planvorming en uitvoering, maar mist structurele ruimte om duurzaam impact te maken op het thema vitaal ouder worden. De Omgevingswet biedt mogelijk een steviger fundament, omdat gezondheid daarin wettelijk verankerd is binnen ruimtelijk en sociaal beleid. Dit biedt GGD Fryslân kansen om zich blijvend te positioneren

als adviespartner voor een leefomgeving die ouderen daadwerkelijk ondersteunt bij het langer gezond en zelfstandig wonen, mits dit ook lokaal wordt omgezet in prioriteit én middelen.

5.3 Wettelijke kaders

Het beleid en de uitvoering van preventie en zorg voor ouderen zijn ingebed in verschillende wetten. Deze wettelijke kaders bepalen welke partijen verantwoordelijk zijn en welk type ondersteuning of preventie zij moeten organiseren. Tabel 6 geeft een overzicht van de belangrijkste wetten, de verantwoordelijke partijen, een korte omschrijving en het type preventie of zorg dat hieronder valt.

Tabel 6: Een overzicht van de wettelijke kaders relevant voor vitaal ouder worden.

Wet	Verantwoordelijk	Omschrijving	Type preventie
Wet publieke gezondheid (Wpg)	Rijksoverheid + gemeenten	Legt taken van overheden vast op het gebied van publieke gezondheid. Gemeenten moeten o.a. infectieziektebestrijding, gezondheidsbevordering en JGZ organiseren.	Collectief (universeel en selectief)
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	Gemeenten	Verplicht gemeenten tot ondersteuning van inwoners die niet volledig zelfstandig kunnen functioneren, zoals huishoudelijke hulp, dagbesteding en mantelzorg.	Selectief en individueel
Zorgverzekeringswet (Zvw)	Zorgverzekeraars / zorgkantoren	Regelt de verplichte basiszorgverzekering. Vergoedt medisch noodzakelijke zorg zoals huisartsenzorg, medicatie en ziekenhuiszorg.	Individueel (geïndiceerd en zorggerelateerd)
Wet langdurige zorg (Wlz)	Landelijke overheid / zorgkantoren	Voor mensen met een blijvende, intensieve zorgvraag. Dekt o.a. verblijf, verpleging en langdurige begeleiding.	Zorggerelateerd

5.4 Regionaal beleid

Dit hoofdstuk schetst het regionale beleidslandschap in Friesland dat relevant is voor vitaal ouder worden.

De Friese Preventieaanpak

Sinds 2020 is de Friese Preventieaanpak de regionale vertaling van het Nationaal Preventieakkoord. (Friese Preventieaanpak, z.d.-f). De FPA is een samenwerking tussen meerdere, diverse (kennis)organisaties die werken aan goede gezondheid en welzijn met gelijke kansen voor iedereen in de provincie (GGD Fryslân, 2024a).

De FPA sluit aan op het Integraal Zorgakkoord (IZA) en maakt deel uit van de Friese variant hiervan: FriZA. Vanuit deze preventie-infrastructuur werkt de FPA aan opgaven zoals Kansrijk opgroeien & gezond leven, mentale gezondheid, en het fundament versterken van de sociale basis. Ook de vijf verplichte preventieve ketenaanpakken uit het GALA worden opgepakt (Friese Preventieaanpak, z.d.-b).

Binnen de FPA wordt gewerkt met acht thematische coalities zoals weergegeven in figuur 10. Eén daarvan is de coalitie Fitaal Wiis, gericht op vitaal ouder worden. Deze coalitie baseert zich op het Fitaal Wiis-model en ondersteunt gemeenten bij het stimuleren van gezonde voeding, voldoende beweging en sociale betrokkenheid onder ouderen. Hiervoor is een praktische toolbox ontwikkeld voor toepassing in lokaal beleid (Friese Preventieaanpak, z.d.-a).



Figuur 10: Overzicht van de coalities van de Friese Preventieaanpak (Friese Preventieaanpak, z.d.-d)

Regiobeeld en Regioplan Friesland

Het regiobeeld Friesland beschrijft de belangrijkste maatschappelijke en zorginhoudelijke uitdagingen in de provincie, zoals dubbele vergrijzing, gezondheidsachterstanden en druk op de zorgcapaciteit. Op basis van dit regiobeeld is het Regioplan Friesland opgesteld: een gezamenlijke strategie om de zorg toegankelijk, betaalbaar en toekomstbestendig te houden. Het plan richt zich op vier opgaven (zoals vitaal ouder worden

en mentale gezondheid) en vijf fundamenteën (zoals versterking van de sociale basis en digitalisering) (FrIZA, 2023). De bijbehorende werkagenda vertaalt deze doelen naar concrete activiteiten in de regio (FrIZA, 2024).

Aan het regioplan werken diverse organisaties samen binnen FrIZA. Dit zijn onder andere: gemeenten, zorgverzekeraar De Friesland / Zilveren Kruis, GGD Fryslân, de FPA, ROS (Regionale Ondersteuningsstructuur voor eerstelijnszorg) Friesland, zorgaanbieders en welzijns- en maatschappelijke organisaties. Deze brede samenwerking vormt de basis voor de regionale beweging van zorg naar gezondheid en passende ondersteuning (FrIZA, 2023).

5.5 Lokaal beleid

Dit deelhoofdstuk duikt in het lokale beleid rondom vitaal ouder worden in Friesland, waar gemeenten de hoofdrol spelen in de uitvoering binnen kaders van de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en landelijke akkoorden.

Gemeenten en ouderenbeleid

Binnen Friesland zijn gemeenten verantwoordelijk voor de lokale uitvoering van het ouderenbeleid, binnen de kaders van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en landelijke overheidsakkoorden. Hoe dit beleid wordt vormgegeven, verschilt per gemeente. Zo benoemt De Fryske Marren vitaal ouder worden expliciet als speerpunt binnen hun Uitvoeringsprogramma Wonen, Welzijn en Zorg, waarbij ook een adviseur gezondheidsbevordering betrokken is bij de beleidsontwikkeling (J. Smid, persoonlijke communicatie, 20 mei 2025). Leeuwarden en Súdwest-Fryslân wordt het thema ouder worden benoemd binnen de gezondheidsnota's, maar daar is sprake van een minder integrale benadering (Gemeente Leeuwarden, 2024; Gemeente Súdwest-Fryslân, 2022).

Een belangrijk thema binnen het gemeentelijk ouderenbeleid is valpreventie. Veel gemeenten zetten in op beweeginterventies voor ouderen met een verhoogd valrisico. Deze geïndiceerde preventie biedt ook kansen voor verbreding, zoals het stimuleren van doorstroom naar regulier beweegaanbod of sociale activiteiten (Friese Preventieaanpak, z.d.-g). Naast valpreventie krijgen ook thema's als eenzaamheid, mantelzorg, dementie en een gezonde leefomgeving aandacht binnen het beleid (Gemeente Leeuwarden, 2024). Ook zijn gemeenten bezig met het verbeteren van de informatievoorziening voor ouderen, bijvoorbeeld door online-informatie te structureren rond verschillende levensfasen. Dit kan de toegankelijkheid van voorzieningen verbeteren (S. de Boer, persoonlijke communicatie, 3 maart 2025).

Gezondheidsverschillen tijdens ouder worden

Een opkomende trend is het streven om gezondheidsverschillen al in een eerdere levensfase aan te pakken. Hoewel het beleid van oudsher vooral gericht was op het uitstellen van kwetsbaarheid in de derde levensfase, groeit het bewustzijn dat deze verschillen al eerder ontstaan. Gemeenten tonen bereidheid om ook de tweede levensfase te betrekken bij hun aanpak. Wethouders kunnen hierin een domeinoverstijgende en verbindende rol vervullen, al ontbreekt het binnen gemeenten soms nog aan samenwerking of een gezamenlijke visie onder ambtenaren (S. de Boer, persoonlijke communicatie, 3 maart 2025).

Wat betreft inclusiviteit blijft de sociaaleconomische doelgroep een uitdaging. Hoewel er regelingen bestaan, zoals minimaregelingen, worden deze niet altijd benut, onder andere door schaamte of een gebrek aan kennis ervan. Specifieke beleidsaanpakken voor mensen met een lagere SES zijn beperkt. Wel komen zij vaker in beeld via thema's als laaggeletterdheid of digitale vaardigheden (J. D. de Vries, persoonlijke communicatie, 14 mei 2025).

Samenwerking met de GGD Fryslân

De samenwerking tussen gemeenten en de GGD wordt over het algemeen als positief ervaren, al bestaan er nog misvattingen over de rol van de GGD. Zo wordt de GGD soms nog primair gezien als een uitvoeringsinstantie, terwijl de organisatie zich, mede door het IZA en de FPA, steeds meer ontwikkelt tot een kennispartner op het gebied van publieke gezondheid (J. D. de Vries, persoonlijke communicatie, 14 mei 2025). Deze positionering biedt kansen, maar vraagt ook om maatwerk: gemeentelijke partners benadrukken dat advies vanuit de GGD concreet en afgestemd moet zijn op de lokale context en bestaande initiatieven. In de praktijk werkt dit vaak effectiever via interne collega's dan externe advisering (C. Bajema, persoonlijke communicatie, 22 mei 2025).

De veranderende rol van de GGD sluit aan bij de bredere verandering in gezondheidsbenadering: van een individuele naar een systeemgerichte kijk op gezondheid. Binnen de GGD wordt momenteel met beide benaderingen gewerkt, wat bij kan dragen aan de dubbele beeldvorming (M. Hagedoorn, persoonlijke communicatie, 29 april 2025).

De mate van samenwerking tussen gemeenten en gezondheidsbevorderaars van de GGD varieert echter. In gemeenten zoals De Fryske Marren is er sprake van nauwe samenwerking, waarbij de GGD actief betrokken is bij beleidsontwikkeling (J. Smid, persoonlijke communicatie, 20 mei 2025). Andere gemeenten kiezen ervoor om taken rondom gezondheidsbevordering vooral intern te beleggen bij eigen beleidsadviseurs. In Leeuwarden is er bijvoorbeeld wel een beleidsadviseur publieke gezondheid aanwezig, maar ontbreekt het soms aan een integrale visie waarin gezondheid standaard wordt meegenomen in alle beleidsdomeinen (M. Esselink, persoonlijke communicatie, 29 april 2025).

Gemeentelijke ondersteuning bij stressvolle levensgebeurtenissen

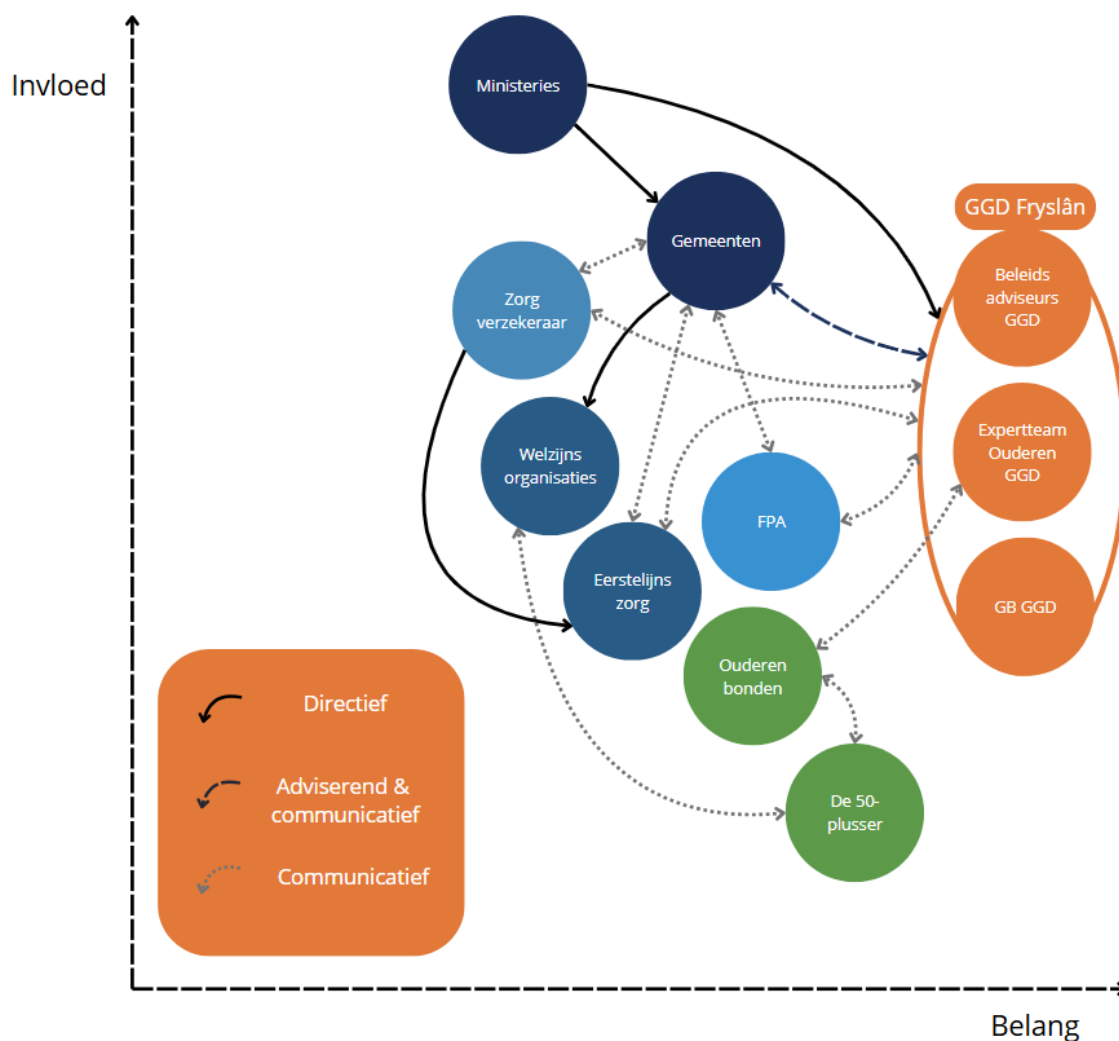
Wat betreft stress en ingrijpende levensgebeurtenissen is de aanpak minder expliciet, maar wel deels aanwezig binnen het sociaal domein. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor ondersteuning op het gebied van participatie, bestaanszekerheid en psychosociale hulp (Kenniscentrum Europa Decentraal, 2025). In dat kader voeren zij diverse regelingen en voorzieningen uit die kunnen bijdragen aan het opvangen van de impact van ingrijpende situaties, zeker bij ouderen met een kwetsbare positie. In tabel 7 worden concrete uitvoeringsmaatregelen belicht die gemeenten inzetten bij levensgebeurtenissen. Deze worden in [appendix M](#) uitgebreider toegelicht.

Tabel 7: Gemeentelijke ondersteuning bij verschillende soorten stressvolle levensgebeurtenissen.

Thema	Rol van gemeente	Voorbeelden of toelichting
Verlies en rouw	Administratieve afhandeling overlijden, evt. informatievoorziening over rouwverwerking	Overlijdensakte op basis van doktersverklaring; mogelijkheid tot doorverwijzing naar welzijnsorganisaties
Echtscheiding	Administratieve afhandeling, evt. doorverwijzing naar hulp	Programma <i>Scheiden zonder Schade</i> (gericht op ouders met kinderen); minder aanbod voor oudere volwassenen
Mantelzorgondersteuning	Ondersteuning via welzijnsorganisaties	Lotgenotenactiviteiten, mantelzorgcafés, respijtzorg (bijv. Amaryllis in Leeuwarden)
Ziekte, ouderdom en beperking	Wmo-ondersteuning, informatievoorziening, doorverwijzing naar activiteiten	Huishoudelijke hulp, maaltijdservice, beweegprogramma's, dementievriendelijke aanpak (bv. Súdwest-Fryslân)
Werkloosheid	Uitkeringen, toeslagen, begeleiding, mentale ondersteuning	Via gebiedsteams en Regionale Mobiliteitsteams ondersteuning bij nieuw werk en psychische klachten
Financiële problemen	Vroegsignalering, budgetcoaches, schuldhulpverlening	Samenwerking met woningcorporaties en zorgverzekeraars, voorkomen van problematische schulden
Eenzaamheid	Lokale regie, samenwerking in coalities, aanpak via Wmo	Programma <i>Eén tegen eenzaamheid</i> (2018), samenwerking met bedrijven en maatschappelijke organisaties

5.6 Stakeholders in kaart

Naast de GGD en gemeenten, kent het speelveld rondom ouderenpreventie een breed scala aan betrokken partijen met elk hun eigen rol, invloed en mate van betrokkenheid. Hierbij is gebruikgemaakt van een invloed-/belangmatrix en is afgebeeld in figuur 11. Deze matrix categoriseert stakeholders op basis van hun mate van invloed of macht (bijvoorbeeld via beleid, financiering of uitvoering) en hun belang of betrokkenheid bij het thema ouderenpreventie. Daarbij geven de pijlen de relaties tussen de stakeholders weer. Er is onderscheid gemaakt tussen directieve, communicatieve of een combinatie van adviserende en communicatieve relaties. De matrix helpt om strategische keuzes te maken: welke partijen moeten actief betrokken worden, met wie is nauwe samenwerking nodig, en bij wie ligt vooral een informerende rol.



Figuur 11: Stakeholdersoverzicht van de betrokken partijen bij ouderen en ouderenbeleid in Friesland.

Op landelijk niveau zetten de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) de koers uit op het gebied van gezondheid, wonen en sociaal beleid. Ondanks hun grote invloed, blijft de praktische houvast voor ouderengezondheid in programma's zoals het GALA en de landelijke gezondheidsnota beperkt (M. Esselink, persoonlijke communicatie, 29 april 2025).

Zorgverzekeraars zoals De Friesland/Zilveren Kruis zijn invloedrijke financiers binnen preventie, maar tonen vooral interesse wanneer dit aansluit bij hun contractuele kaders of kostenbesparing oplevert. Op regionaal niveau zijn samenwerkingsstructuren zoals de FPA en het Regiobeeld belangrijk om afstemming te bevorderen. Hun formele macht is beperkt, maar ze spelen een verbindende rol tussen partijen.

Lokale partners zoals welzijnsorganisaties en eerstelijnszorgprofessionals (huisartsen, praktijkondersteuners) hebben een hoge betrokkenheid bij ouderen maar beperkte formele macht. Welzijnsorganisaties vervullen een brugfunctie tussen zorg en preventie, terwijl de eerstelijns cruciaal is in signalering en verwijzing. De samenwerking met GGD en gemeente is waardevol maar soms stroef, mede door verschillen in visie en financiering (J. D. de Vries, persoonlijke communicatie, 14 mei 2025; M. Hagedoorn, persoonlijke communicatie, 29 april 2025).

Ouderenbonden vertegenwoordigen de stem van ouderen en kunnen zorgen voor draagvlak en beleidsadvies vanuit praktijkervaring. Zij scoren hoog op betrokkenheid, maar hebben weinig formele invloed. De doelgroep zelf, 50-plussers, is cruciaal om bij het beleid te betrekken. Door hun ervaring en participatie kunnen interventies beter aansluiten bij hun behoeften, mits zij niet worden betutteld (J. D. Marinus, persoonlijke communicatie, 13 maart 2025). Daarnaast kan dit ook bijdragen aan de ervaren regie, wat weer leidt tot behoud van gezondheid (Stichting Institute for Positive Health, 2020).

Een succesvolle aanpak vraagt dus om samenwerking tussen partijen met hoge macht (zoals ministeries, gemeenten, verzekeraars) én partijen met hoge betrokkenheid (zoals eerstelijnszorg, welzijn, ouderen en hun vertegenwoordigers). Door krachten te bundelen en elkaars perspectieven te benutten, kan een structurele beweging richting gezondheid en vitaliteit op oudere leeftijd worden gerealiseerd.

5.7 Kernboodschappen

- Er is toenemende aandacht voor gezondheid buiten de zorg, bijvoorbeeld via de Omgevingswet en 'Health in All Policies'. Dit biedt kansen om ouderengezondheid steviger te verankeren in gemeentelijk beleid op wonen, armoede en sociale verbinding.
- Hoewel ouderengezondheid een wettelijke taak is, wordt het landelijk niet erkend als speerpunt binnen de DPG-agenda. Daardoor ontbreken structurele uren en middelen, wat zichtbaarheid en voortgang belemmert. Ook landelijke programma's als GALA zijn eindig, wat onzekerheid voor de toekomst geeft. Zonder bestuurlijke verankering en financiering verdwijnt ouderengezondheid gemakkelijk van de beleidsradar, ondanks het belang ervan in het licht van vergrijzing en preventie.
- Gezond ouder worden raakt zorg, wonen, mobiliteit, armoedebelief én sociale participatie. Samenwerking tussen beleidsterreinen en organisaties is cruciaal. Nu is de focus op dure en smalle valpreventie, maar de GGD Fryslân wordt tegenwoordig op meer thema's gevonden als kennispartner.
- Gemeenten verschillen sterk in hoe ze ouderenbeleid vormgeven. Sommige zetten stevig in op integraal beleid (zoals De Fryske Marren), anderen minder. Daarbij blijven kwetsbare groepen, zoals mensen met lage SES, onderbelicht. Er is bewustzijn dat gezondheidsverschillen al eerder ontstaan, maar een gerichte, structurele aanpak ontbreekt nog vaak.

HOOFDSTUK 6: ROL VAN DE GGD

Om de mogelijkheden van het Expertteam Ouderen en de GGD Fryslân te bepalen, is een interne analyse nodig van de aanwezige capaciteiten en knelpunten van de organisatie. Om dit gestructureerd in beeld te krijgen, is ervoor gekozen om het McKinsey 7s model te gebruiken (Chmielewska et al., 2022). Dit model biedt een samenhangende kijk op zeven interne organisatie-elementen die gezamenlijk het functioneren bepalen. De drie ‘harde’ elementen (strategie, structuur, systemen) en vier ‘zachte’ elementen (gedeelde waarden, stijl, personeel, skills) worden hieronder uitgewerkt.

6.1 Interne analyse

Structuur

GGD Fryslân kent een functionele organisatiestructuur met drie hoofdafdelingen: Algemene Gezondheidszorg (AGZ), Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en Beleid, Advies & Ondersteuning (BA&O). Binnen BA&O werken professionals met uiteenlopende expertises, zoals epidemiologie, gezondheidsbevordering en beleidsadvies, onder één clusterhoofd. De organisatie werkt in opdracht van gemeenten en samenwerkingsverbanden, zoals de FPA

Het Expertteam Ouderen bestaat uit een kleine, multidisciplinaire groep medewerkers: een expert op gebied van vitaal ouder worden, een epidemioloog, een gezondheidsbevorderaar en de ketenregisseur valpreventie (FPA). Ze werken nauw samen met andere beleidsadviseurs, gezondheidsbevorderaars en lokale overheden. Doordat de uitvoering vaak door externe partijen wordt gedaan, mist het team zichtbaarheid. De rol van GGD Fryslân in externe netwerken rondom ouderengezondheid is daardoor soms onduidelijk. Hoewel het team flexibel en innovatief werkt, ontbreekt formele positionering in de organisatie. Dit bemoeilijkt interne verankering en structurele samenwerking in gemeentelijke en provinciale netwerken.

Strategie

GGD Fryslân vervult haar wettelijke taken op het gebied van publieke gezondheid, zoals vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Dit betreft onder andere de signalering van gezondheidsproblemen, advisering aan gemeenten en het bevorderen van gezondheid. Ouderengezondheid is hiervan een onderdeel, maar lange tijd geen expliciet speerpunt geweest, zowel landelijk als binnen de eigen organisatie.

De missie van GGD Fryslân luidt echter: “Gezonde en vitale inwoners die kansrijk opgroeien en kunnen participeren in de samenleving” (GGD Fryslân, 2024b). Om de lacune rondom ouderengezondheid te vullen, is het Expertteam Ouderen opgericht. Dit team adviseert over de rol van de GGD in het bevorderen van vitaliteit in de tweede en derde levensfase en het veranderen van de beeldvorming rond ouder worden (GGD Fryslân, 2022).

In het Jaarplan 2025 worden initiatieven genoemd die bijdragen aan deze strategische ambitie, zoals de ontwikkeling van een toolbox voor gemeenten en samenwerking binnen de Friese Preventieaanpak (FPA) (GGD Fryslân, 2024b). Toch is de strategische richting ten aanzien van ouderengezondheid nog niet volledig uitgekristalliseerd.

Systemen

GGD Fryslân maakt actief gebruik van epidemiologische data, onder andere via gezondheidsmonitors die per levensfase zijn ingericht. De gegevens worden ingezet voor beleidsadvisering richting gemeenten. Voor ouderen zijn bijvoorbeeld cijfers beschikbaar over gezondheidstoestand, leefstijl en participatie. Wel ontbreekt nog specifieke informatie over thema’s zoals stressvolle levensgebeurtenissen, die van belang zijn voor het begrijpen van gezondheidsverschillen.

Informatiedeling binnen de organisatie gebeurt via SharePoint, nieuwsbrieven en teamoverleggen. Er bestaan tools zoals de ouderen-toolbox van het expertteam, maar structurele feedbackmechanismen om deze producten door te ontwikkelen op basis van gebruikerservaringen zijn beperkt.

Gedeelde waarden

Binnen GGD Fryslân bestaat een sterk gedeeld gevoel van maatschappelijke verantwoordelijkheid en publieke waarde. De organisatie gelooft in de kracht van preventie, het belang van gezondheidsvaardigheden, en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Hoewel ouderengezondheid geen nationaal speerpunt is, zet GGD Fryslân zich bewust in om dit thema op de kaart te houden, zowel regionaal als via samenwerkingen met andere GGD'en.

De kernwaarden die daarbij naar voren komen zijn:

- Iedereen verdient een vitaal en waardig ouder worden.
- Preventie is essentieel voor gezondheid en houdbaarheid van zorg.
- Samenwerking over domeinen heen is cruciaal.
- Gelijkwaardigheid, inclusiviteit en nabijheid staan centraal in de benadering van doelgroepen.

Deze waarden komen goed tot uiting in initiatieven zoals het expertteam, maar vragen om bredere verankering in de organisatie.

Stijl

De werkstijl van GGD Fryslân is adviserend, verbindend en ondersteunend. De organisatie werkt vanuit kennis en expertise, met als doel gemeenten en partners te versterken in hun preventieve aanpak. Op het gebied van ouderenbeleid is deze rol echter nog zoekende: de GGD is niet vanzelfsprekend een uitvoerende partij en wordt niet altijd gezien als noodzakelijke samenwerkingspartner in het netwerk rondom ouderenzorg.

Binnen de organisatie is de stijl vaak reactief en afhankelijk van externe vragen of beleidskaders. Er is behoefte aan meer proactiviteit en agendering, zeker bij opkomende of 'vergeten' thema's zoals gezond ouder worden. Dit vraagt om heldere keuzes over positionering en mandaat.

Personeel

GGD Fryslân beschikt over inhoudelijk sterke professionals op het gebied van epidemiologie, gezondheidsbevordering en beleidsadvisering. In multidisciplinaire teams wordt gewerkt aan uiteenlopende thema's, waaronder jeugd, mentale gezondheid en leefomgeving. Ouderen vormen (nog) geen structureel onderdeel van de portefeuilles van deze professionals. Daardoor is er sprake van versnipperde inzet, afhankelijk van persoonlijke affiniteit of losse projecten.

Het Expertteam Ouderen laat zien dat er binnen de organisatie wél de bereidheid en capaciteit is om dit thema op te pakken. Tegelijkertijd is er nog onvoldoende afstemming tussen bestaande structuren zoals Fitaal Wiis, de Sociale Basis en Mentale Gezondheid.

Skills

De kerncompetenties van GGD Fryslân liggen in het verzamelen, analyseren en vertalen van gezondheidsdata naar beleid. De organisatie is sterk in netwerken en in het leveren van inhoudelijke bijdragen aan beleidsontwikkeling. Op het gebied van praktische implementatie, bijvoorbeeld in de wijk, heeft het expertteam minder ervaring. Daarnaast is het scholingsaanbod voor medewerkers beperkt (J. Smid, persoonlijke communicatie, 20 mei 2025).

Het potentieel om in co-creatie met partners nieuwe interventies te ontwikkelen en ouderengezondheid lokaal vorm te geven, wordt nu nog beperkt benut. Er liggen kansen om de verbindende rol van de GGD verder te versterken, juist in het samenspel tussen zorg, welzijn, sport en gemeenten.

Deze analyse laat zien dat het Expertteam Ouderen beschikt over inhoudelijke expertise en netwerken, maar dat er nog winst te behalen valt in strategische koersbepaling, structurele verankering en aansluiting bij de leefwereld van ouderen.

6.2 Kernboodschappen

- GGD Fryslân beschikt over veel inhoudelijke expertise en betrokken professionals. Toch is ouderengezondheid geen structureel thema binnen portefeuilles, waardoor de inzet afhankelijk blijft van losse projecten en persoonlijke affiniteit. Aanbod van scholingsmateriaal zou een goede toevoeging zijn voor het versterken van de skills van de GGD, zeker op het thema vitaal ouder worden.
- De functionele organisatiestructuur biedt ruimte voor samenwerking binnen en tussen afdelingen. Toch is de positionering van innovatieve initiatieven, zoals het Expertteam Ouderen, onvoldoende geborgd in de formele structuur, wat zorgt voor onduidelijkheid over mandaat en continuïteit.
- GGD Fryslân excelleert in haar rol als adviseur en verbinder, met sterke netwerken en beleidsmatige impact. Toch wordt de organisatie vooral gedreven door externe vragen. Voor thema's als ouderengezondheid is er behoefte aan meer interne regie, proactiviteit en profilering in het netwerk. Data vanuit de gezondheidsmonitor kan deze rol kracht bijzetten.

HOOFDSTUK 7: STRATEGIEËN

In dit hoofdstuk komen alle kernboodschappen samen. De externe analyse brengt de kansen en bedreigingen met zich mee, terwijl de interne analyse de sterktes en zwaktes identificeert. Met gebruik van een SWOT en TOWS-matrix wordt met deze informatie meerdere strategische opties geformuleerd voor de rol van de GGD Fryslân in ouderengezondheid en de uitvoering ervan. Deze opties worden getoetst met een Multi-Criteria Analyse (MCA) en vervolgens komt daar de beste strategie uit.

7.1 Identificeren van interne en externe capaciteiten en genereren van strategieën

Een SWOT-matrix is een overzichtelijke samenvatting van de interne en externe analyses (Teoli et al., 2025). In tabel 8 staan de interne sterktes en zwaktes in de bovenste twee vakken van de tabel beschreven en de externe kansen en bedreigingen staan in de onderste twee vakken.

Door het maken van combinaties tussen interne factoren (sterktes of zwaktes) met externe factoren (kansen of bedreigingen) kunnen vier soorten strategieën ontstaan. Deze combinaties worden weergegeven in de TOWS-matrix in tabel 9 (Weihrich, 1982).

Tabel 8: SWOT-analyse van de GGD Fryslân omtrent stressvolle levensgebeurtenissen tijdens vitaal ouder worden.

Intern	Sterktes	Zwaktes
	Basis: ▪ Signalering en monitoring ▪ Kennis en expertise ▪ Verbinding tot lokale netwerken ▪ Gezondheidsbevordering: wettelijke taak (ook voor ouderen) Analyses: ▪ Focus verschuift van ‘uitstellen kwetsbaarheid’ naar versterken 2^e en 3^e levensfase (waar de gezondheidsverschillen ontstaan) ▪ Expertteam Ouderen opgericht voor doelgroep ▪ Gezondheidsbevorderaars en beleidsadviseurs hebben een ingang bij gemeenten ▪ Individuele beleidsadviseurs van GGD lobbyen voor lokaal beleid voor ouderengezondheid vanuit GGD	Basis: ▪ Beperkte focus op ouder worden ▪ Nog geen erkende partner in ouderengezondheid ▪ Beperkte middelen voor Expertteam ▪ Afhankelijk van wettelijke kaders en protocollen Analyses: ▪ Werken met thema’s en leeftijdsgroepen: gezamenlijke aanpak tussen domeinen mist ▪ Mogelijke kloof tussen onderzoek en praktijk ▪ <i>Health in All Policies</i> nog niet volledig uitgedragen naar gemeenten ▪ Intern verschil in ‘oude’ en ‘nieuwe’ kijk op gezondheid ▪ Inzet op valpreventie: biedt geen structurele preventie voor ouderen en is duur
Extern	Kansen	Bedreigingen
	▪ Zorginfarct & vergrijzing zorgen voor meer vraag naar preventieve maatregelen gericht op ouderen ▪ Meer aandacht voor gezondheid in sociaal beleid en akkoorden als GALA en vraagt om domeinoverstijgende aanpak en integrale samenwerking ▪ Valpreventie als verplichte taak biedt aanknopingspunt voor bredere preventie ▪ Omgevingswet biedt wettelijke verankering van gezondheid ▪ Groeiende aandacht en bereidheid bij gemeenten voor vitaal ouder worden ▪ Preventie vanaf 50^e levensjaar biedt kansen om kwetsbaarheid uit te stellen en gezondheidsverschillen aan te pakken voor ze toenemen	▪ Ouderengezondheid geen landelijk speerpunt binnen DPG-agenda ▪ Onzekerheid over structurele financiering van preventie na afloop van nationale akkoorden (ravijnjaar 2026) ▪ GGD wordt nog niet als kennispartner gezien op alle beleidsterreinen ▪ Complexiteit van onderliggende oorzaken van stress vragen om een brede, systeemgerichte benadering ▪ Kans op afname focus ouderen als er geen sturing is ▪ Andere prioriteiten/werkwijze per gemeente: niet één enkele oplossing

Tabel 9: TOWS-matrix met vier strategische opties voor de GGD Fryslân.

Sterktes – Kansen	Sterktes – Bedreigingen	Zwaktes – Kansen	Zwaktes – Bedreigingen
Sterktes (S): ▪ Expertteam ouderen (bestaand team met zichtbaarheid) ▪ Gezondheidsbevordering en signalering zijn wettelijke taken ▪ Sterke positionering richting gemeenten Kansen (O): ▪ Vergrijzing vraagt om structurele preventie ▪ GALA en gezondheidsbevorderende Omgevingswet ▪ Toenemende aandacht voor vitaal ouder worden	Sterktes (S): ▪ Expertteam ouderen ▪ Goede relatie en positie t.o.v. gemeenten ▪ Wettelijke taken (gezondheidsbevordering + signalering) ▪ Kennis in huis (onderzoek, monitoring) Bedreigingen (T): ▪ Tijdelijke middelen expertteam → onzekerheid ▪ Versnippering als vitaal ouder worden niet goed geborgd wordt	Zwaktes (W): ▪ Expertteam is afhankelijk van tijdelijke financiering ▪ Valpreventie als dure interventie met smalle focus ▪ Nog geen brede interne borging op ouderenbeleid Kansen (O): ▪ GALA vraagt integrale samenwerking ▪ Vitaal ouder worden op gemeentelijke agenda	Zwaktes (W): ▪ Tijdelijke middelen expertteam ▪ Valpreventie kost veel maar levert beperkt op ▪ Geen gedeelde interne structuur rond ouderengezondheid Bedreigingen (T): ▪ Beperkte capaciteit en middelen bij gemeenten én GGD belemmeren preventieve inzet ▪ Kans op afname focus ouderen als er geen sturing is
Strategie Expertteam	Strategie Hybride	Strategie Organisatiebreed	Strategie Regionale werkgroep
Expertteam voortzetten en versterken als regisseur vitaal ouder worden ▪ Gebruik expertise en positie in het netwerk om meer structurele financiering te verkrijgen ▪ Proactief adviseren aan gemeenten ▪ Valpreventie als aanknopingspunt voor verbreding van ouderenbeleid	Hybride structuur: klein Expertteam gecombineerd met brede interne borging ▪ Je ondervangt de zwakte (onzekerheid expertteam, versnipperde inzet) en benut tegelijk de kans om ouderenbeleid steviger neer te zetten via de gesprekken die huidige GGD-professionals al hebben bij gemeenten. ▪ Door interne kennisdeling + beleidsmatige borging wordt je positie als partner sterker.	GGD verliest Expertteam maar borgt ouderengezondheid intern ▪ GGD blijft door structurele verankering onafhankelijker van landelijke dynamiek. ▪ Minder afhankelijk van specifieke financieringslijnen of politieke prioriteiten. ▪ Sterke wettelijke taak biedt legitimiteit, zelfs bij gebrek aan expliciet ouderenbeleid.	Regionale werkgroep Vitaal Ouder Worden ▪ GGD als aanjager van het thema, maar gedeelde verantwoordelijkheid. ▪ Domeinoverstijgende samenwerking met welzijn, gemeente, sport etc. ▪ Brede betrokkenheid en flexibiliteit maken de werkgroep duurzaam.

7.2 Strategische opties

Sterktes – Kansen: Expertteam voortzetten en versterken als regisseur vitaal ouder worden

Strategie en uitvoering

In deze strategie benut de GGD Fryslân haar sterke positie met het bestaande Expertteam Ouderen om in te spelen op de toenemende urgentie van vergrijzing en het belang van vitaal ouder worden. De maatschappelijke en demografische ontwikkelingen dwingen gemeenten om keuzes te maken over ouderenbeleid. Hoewel programma's als GALA en IZA bijna op hun eind lopen en daarmee ook tijdelijke gelden wegvallen, heeft dit wél gezorgd voor bewustwording en aandacht voor ouderengezondheid. De GGD kan deze aandacht vasthouden door via het Expertteam proactief te blijven adviseren richting gemeenten.

Daarnaast is valpreventie inmiddels een verplichte taak voor gemeenten. Hoewel dit weinig ruimte laat om middelen anders in te richten, biedt het wél een inhoudelijk aanknopingspunt. Door valpreventie breder te positioneren binnen het thema 'vitaal ouder worden', kan het gesprek met gemeenten worden verbreed richting structurele preventie en eerder in de levensloop.

Aansluiting op stressvolle levensgebeurtenissen

Die verbreding biedt ook ruimte om het thema stressvolle levensgebeurtenissen in te brengen als risicofactor voor kwetsbaarheid op latere leeftijd. Het team kan zich verder verdiepen in de rol van stressvolle levensgebeurtenissen bij ouder worden en de effecten daarvan op gezondheid. Door dit thema mee te nemen in de regionale monitor, ontstaat er data gedreven inzicht. Door data en signalen vanuit monitoring actief te vertalen naar beleidsadvies en interventies, bouwt het team expertise op die gedeeld wordt met gemeenten.

Voordelen en risico's

Voordelen zijn een herkenbaar aanspreekpunt voor gemeenten, structurele kennisopbouw, en de mogelijkheid om innovatieve aanpakken gericht op stressvolle levensgebeurtenissen te ontwikkelen. Risico's zijn er op het gebied van financiering (het team draait nu op tijdelijke middelen) en organisatorische keuzes: het vraagt herijking van inzet binnen de GGD en mogelijk een politieke lobby richting gemeenten om structurele inzet te realiseren. Ook kan het risico ontstaan dat het thema ouderengezondheid te veel bij één team wordt belegd, terwijl het thema organisatiebreed relevant is.

Zwaktes – Kansen: geen Expertteam, maar wettelijk taken breed intern borgen.

Strategie en uitvoering

Vanwege de onzekerheid over structurele financiering kiest GGD Fryslân ervoor het Expertteam Ouderen af te bouwen. In plaats daarvan wordt ingezet op interne versterking: gezondheidsbevorderaars en beleidsadviseurs nemen vitaal ouder worden structureel op in hun werk. Ouderengezondheid, inclusief de impact van stressvolle levensgebeurtenissen, wordt hiermee onderdeel van het reguliere gemeentelijk advies en de uitvoeringspraktijk.

Via interne trainingen en duidelijke werkafspraken krijgen professionals de kennis en vaardigheden om het gesprek met gemeenten aan te gaan. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de wettelijke taken van de GGD op het gebied van signalering en gezondheidsbevordering. Deze verplichting biedt een stevig kader om preventie voor ouderen agenderend en adviserend in te zetten, zonder dat daar een apart team voor nodig is.

Aansluiting op stressvolle levensgebeurtenissen

Doordat de meerdere GGD-professionals het thema vitaal ouder worden meenemen in hun werk, wordt de kans groter dat stressvolle levensgebeurtenissen worden gesignaleerd, besproken en vertaald naar lokale actie. Dit vergroot de responsiviteit van gemeenten op thema's als verlies, mantelzorgdruk of armoede onder ouderen, en draagt bij aan het verkleinen van de gezondheidskloof.

Voordelen en risico's

Voordelen zijn dat deze aanpak op de lange termijn minder afhankelijk is van tijdelijke financiering. Door ouderenpreventie te integreren in bestaande functies van gezondheidsbevorderaars en beleidsadviseurs, ontstaat er een brede interne bewustwording en wordt gebruikgemaakt van bestaande contactstructuren met gemeenten. De wettelijke taken van gezondheidsbevordering en signalering worden expliciet benut om ouderenpreventie op de agenda te zetten. Dit kan leiden tot een duurzame verankering van het thema in het reguliere werkproces.

Risico's zijn dat er geen gespecialiseerd team meer op ouderen zit, waardoor expertise kan versnipperen. Op zichzelf hoeft dat geen probleem te zijn, want binnen de GGD zijn er meer thema's die succesvol organisatiebreed zijn geborgd zonder een aparte expertgroep, zoals jeugd of gezondheid in de fysieke leefomgeving. Echter, ouderen is nog geen vanzelfsprekend of erkend thema binnen alle werkstructuren, en zonder inhoudelijke regie of overzicht is de kans op versnippering reëel. Dit kan ook invloed hebben op de kwaliteit en consistentie van interventies en beleidsadviezen.

Daarnaast vereist deze strategie veel interne afstemming en gedragsverandering. Het kost tijd om medewerkers op te leiden, verantwoordelijkheden te herverdelen en de nieuwe werkwijze werkend te krijgen. Extern kan de positionering van de GGD als aanjager van ouderenpreventie hierdoor ook minder zichtbaar zijn, waardoor het momentum van de huidige urgentie rond vitaal ouder worden mogelijk verloren gaat.

Sterktes – Bedreigingen: Klein expertteam behouden én organisatiebreed versterken.

Strategie en uitvoering

Deze strategie ondervangt de risico's en stimuleert vooruitgang. De GGD Fryslân behoudt het Expertteam Vitaal Ouder Worden als intern kenniscentrum en zet het in als coördinator en vraagbaak op het gebied van ouderenpreventie. Tegelijkertijd worden gezondheidsbevorderaars en beleidsadviseurs geschoold en gestimuleerd om ouderen structureel mee te nemen in hun reguliere werk, met name in contact met gemeenten.

Door het Expertteam te positioneren als inhoudelijk ankerpunt, wordt de wettelijke taak van gezondheidsbevordering en signalering ingebed in de werkstructuur. Dit gebeurt via richtlijnen, overlegmomenten, kennisdeling en ondersteuning bij complexe vraagstukken. Gemeentelijke advisering over ouderen wordt uitgevoerd door reguliere teams, met inhoudelijke input van het Expertteam.

Aansluiting op stressvolle levensgebeurtenissen

Deze strategie biedt ruimte voor zowel verdieping als brede toepassing. Het Expertteam kan gericht onderzoek doen naar de impact van stressvolle levensgebeurtenissen op ouderen en ontwikkelt onderbouwde adviezen en interventies. Tegelijkertijd zorgen getrainde collega's voor verspreiding van deze inzichten in de dagelijkse praktijk en beleid beïnvloeding. Hierdoor wordt de koppeling tussen stressvolle levensgebeurtenissen en gezondheid structureel meegenomen in lokaal beleid, wat bijdraagt aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden.

Voordelen en risico's

Een voordeel van deze strategie is dat deze werkwijze duurzaam is, aangezien het een combinatie is van diepgang en brede implementatie. Daarmee is het niet alleen intern verankerd, maar ook extern zichtbaar.

Deze aanpak brengt wel risico's, het vergt namelijk veel interne coördinatie en afstemming. Dit kan leiden tot vertraging in de uitvoering als bijvoorbeeld prioriteiten onvoldoende scherp zijn. Ook kan er onduidelijkheid ontstaan over de rollen tussen het Expertteam en de overige collega's. Dus vereist deze strategie continue investering in kennisontwikkeling en goede communicatie.

Zwaktes – bedreigingen: regionale werkgroep als netwerkstructuur voor ouderengezondheid

Strategie en uitvoering

Er is beperkte structurele borging van ouderen als thema binnen de organisatie, en veel van de landelijke stimulansen (zoals GALA en IZA) lopen op hun eind.

Deze strategie richt zich op het versterken van ouderenpreventie via een regionale werkgroep waarin de GGD een aanjagende en coördinerende rol vervult, maar de uitvoering en verantwoordelijkheid gedeeld worden met relevante externe partners, zoals gemeenten, welzijnsorganisaties, woningcorporaties, vrijwilligersorganisaties en zorgaanbieders. De werkgroep fungeert als een centraal coördinatiepunt voor afstemming, kennisdeling, monitoring en gezamenlijke beleidsontwikkeling op het thema vitaal ouder worden, met specifieke aandacht voor stressvolle levensgebeurtenissen.

Aansluiting op stressvolle levensgebeurtenissen

De GGD brengt in deze structuur haar kennis en data in (zoals de Gezondheidsmonitors en signaleringen) en agendeert via deze werkgroep onderwerpen als preventie in het sociale domein, het herkennen van kwetsbaarheid vroeg in het leven, en het belang van veerkrachtbevordering. Hiermee sluit deze strategie aan op het Health in All Policies-principe, waarbij gezondheid niet alleen een verantwoordelijkheid is van de GGD, maar van alle maatschappelijke sectoren.

De werkgroep kan decentraal georganiseerd zijn (per gemeente of cluster van gemeenten) of juist regionaal centraal (vooral als schaalvoordelen of gedeelde problematieken spelen).

De thema's worden afgestemd op lokale opgaven, waarbij de werkgroep flexibel kan schakelen tussen uitvoeringsvragen (zoals interventieaanbod) en strategische beleidsontwikkeling (zoals ouderenhuisvesting of armoedebeleid). Zo ontstaat een adaptieve en verbindende structuur waarin preventie niet alleen een interne opgave is van de GGD, maar ook een gezamenlijke publieke verantwoordelijkheid.

Voordelen en risico's

De strategie zorgt voor structurele samenwerking en afstemming met externe domeinen, wat nodig is bij complexe thema's als stressvolle levensgebeurtenissen. De brede betrokkenheid vergroot het draagvlak en vergemakkelijkt implementatie in lokale contexten. De GGD behoudt de regierol, zonder dat alle uitvoering intern hoeft te liggen. Dit versterkt netwerkcapaciteit en kennisdeling tussen gemeenten en organisaties. Past bij een meerjarige, beleidsmatige aanpak die niet afhankelijk is van tijdelijke financiering.

De werkgroep vereist coördinatie, agenda's en continuïteit, wat zonder heldere afspraken kan verzanden in vrijblijvendheid. Het biedt geen directe borging van ouderen als intern thema binnen de GGD, dus interne aandacht blijft nodig. Daarnaast kunnen de rollen en verantwoordelijkheden diffuus worden als niet helder is wie waarvoor eindverantwoordelijk is. De kwaliteit van interventies en beleidsadviezen is afhankelijk van actieve participatie van alle partners.

7.3 Toetsen van de strategieën

Multi-Criteria Analyse (MCA)

Om te toetsen welke strategie het meest gunstig is voor de GGD Fryslân, worden ze getoetst op meerdere criteria. Deze zijn in tabel 10 weergegeven inclusief het gewicht welke bij het criterium hoort en toelichting hierop. De scores in de MCA zijn toegewezen op basis van de voordelen en risico's die per strategie zijn genoemd. De scores worden vermenigvuldigd met het gewicht en opgeteld per strategie. De hoogste uitkomst van deze analyse wijst uit dat die strategie het beste past bij de GGD Fryslân.

Tabel 10: Gekozen criteria voor de MCA met gewicht en toelichting.

Criteria	Vraag	Gewicht en toelichting
Structurele borging	In hoeverre wordt kennis en actie op ouderengezondheid structureel verankerd in de GGD?	25% want duurzame interne verankering is cruciaal
Bereik en schaalbaarheid	Hoeveel collega's/gemeenten kunnen via dit scenario bereikt of beïnvloed worden?	15% Vitaal ouder worden breed en in alle gemeenten bereiken
Inhoudelijke effectiviteit	In hoeverre draagt het bij aan het signaleren en beperken van de impact van stressvolle levensgebeurtenissen bij ouderen?	10% Kwaliteit van interventies en aanpak
Financiële haalbaarheid	Past het binnen bestaande middelen of vraagt het grote extra investeringen?	20% realistisch binnen (tijdelijke/beperkte) middelen
Wendbaarheid en toekomstbestendigheid	Kan dit scenario omgaan met beleidsveranderingen of wegvallende financiering?	15% kan het meebewegen met veranderend beleid
Organisatorische uitvoerbaarheid	Is het haalbaar qua personele inzet, samenwerking en interne draagkracht?	15% is het inpasbaar in huidige organisatie

Tabel 11: Multi-Criteria Analyse van de vier strategieën uit de TOWS-analyse.

	%	Expertteam	GS	Hybride	GS	Organisatie breed	GS	Regionale werkgroep	GS
Structurele borging	25%	4	1	5	1,25	3	0,75	3	0,75
Financiële haalbaarheid	20%	2	0,4	3	0,6	4	0,8	4	0,8
Bereik en schaalbaarheid	15%	3	0,45	4	0,6	3	0,45	5	0,75
Wendbaarheid en bestendigheid	15%	3	0,45	4	0,6	4	0,6	5	0,75
Organisatorische uitvoerbaarheid	15%	4	0,6	3	0,45	4	0,6	3	0,45
Inhoudelijke effectiviteit	10%	4	0,4	5	0,5	2	0,2	3	0,3
Totaal	100%		3,3		4		3,4		3,8

Afkortingen; gewogen score (GS)

7.4 Conclusie MCA

Uit de MCA blijkt dat de hybride strategie (strategie 2) het beste scoort op de combinatie van structurele borging, inhoudelijke effectiviteit, bereik en toekomstbestendigheid. Hoewel deze opties organisatorisch en financieel iets meer vraagt, biedt het de beste balans tussen focus en brede implementatie. Daarmee is het de meeste kansrijke strategie om vitaal ouder worden, inclusief stressvolle levensgebeurtenissen, duurzaam te verankeren binnen en buiten de GGD.

Strategie 3 is financieel aantrekkelijk en organisatorisch eenvoudig, maar kent risico's op versnippering van kennis en een verminderde zichtbaarheid buiten de organisatie. Strategie 1 is inhoudelijk sterk, maar minder toekomstbestendig zonder structurele middelen. Strategie 4 is waardevol als aanvulling, maar onvoldoende als zelfstandig fundament. Voor een uitgebreide toelichting op de MCA, zie [appendix N](#).

Daarom is het advies om in te zetten op de hybride strategie, met indien mogelijk een aanvullend netwerk zoals een regionale werkgroep (met bijv. gemeente, welzijn, zorg, sport, wonen, vrijwilligerswerk) om ook het brede domeinoverstijgende aspect van ouderengezondheid te borgen. De werkgroep bouwt voort op bestaande netwerken zoals die van de coalitie Fitaal Wiis, maar krijgt een concretere taak als operationele denktank en uitvoeringsstructuur voor het thema vitaal ouder worden. De GGD vervult hierin een regierol, en zorgt dat de verbinding met monitoring, signalering en gezondheidsbevordering goed gelegd wordt.

HOOFDSTUK 8: ADVIES EN IMPLEMENTATIE

De GGD Fryslân staat op een kruispunt waar externe ontwikkelingen en interne keuzes bepalend zijn voor de toekomst van ouderengezondheid. Landelijk is er sprake van financiële en politieke onzekerheid, maar lokaal groeit de aandacht voor vitaal ouder worden. Gemeenten erkennen het belang, al lopen zij tegen knelpunten aan in financiering. Toch wordt er actief gezocht naar manieren om het thema op te pakken.

Interne borging en Expertteam Vitaal ouder worden

Een kansrijke strategie is een hybride aanpak, waarbij het thema vitaal ouder worden zowel breed als gericht wordt verankerd. Beleidsadviseurs en gezondheidsbevorderaars kunnen hun bestaande contacten met gemeenten benutten om vitaal ouder worden proactief op de agenda te zetten. Zo dragen zij op gemeentelijk niveau bij aan de zichtbaarheid van de GGD op dit thema.

Gezien de toenemende vergrijzing is het wenselijk om het huidige expertteam te verbreden. De naam Expertteam Vitaal Ouder Worden sluit beter aan bij een bredere doelgroep en een preventieve focus vanaf ongeveer 50 jaar. Daarnaast wordt zo ook de groep mensen met een lagere sociaaleconomische status meegenomen, bij wie het verouderingsproces vaak eerder begint. Dit past bij de visie van GGD Fryslân: inzetten op preventie in de tweede levensfase, in plaats van handelen bij het ontstaan van kwetsbaarheid.

Om deze hybride aanpak duurzaam te maken, is het cruciaal dat een klein, intern expertteam behouden blijft. Dit team kan:

- De regie voeren op de inhoudelijke koers van vitaal ouder worden;
- Als kennisbron fungeren voor beleidsadviseurs en gezondheidsbevorderaars;
- Trainingen verzorgen en ondersteunende materialen ontwikkelen;
- De externe zichtbaarheid van de GGD versterken, door op bovenlokaal en thematisch niveau deel te nemen aan netwerken van welzijn, sport, zorg en vrijwilligers.

Voor implementatie is beperkte extra financiering nodig. De meeste taken vallen binnen bestaande functies. Structurele ondersteuning van het expertteam is wel wenselijk. Op termijn kan dit team evolueren naar een werkgroep, een evaluatierol vervullen of worden afgebouwd, mits het thema stevig is ingebed in de reguliere processen.

Inhoudelijke focus: van gedrag naar systeemverandering

Een versterking van de adviesrol van GGD Fryslân vraagt om inhoudelijke verdieping. De opgave van gezond ouder worden is complex en overstijgt individuele gedragsverandering. Wetenschappelijke inzichten tonen aan dat chronische stress leidt tot allostatische belasting, een verstoring van meerdere biologische systemen, met meetbare gevolgen zoals verhoogde bloeddruk, metabole ontregeling en een verzwakt immuunsysteem. Deze lichamelijke schade ontstaat niet alleen door 'gevoelens van stress', maar laat ook op objectief niveau sporen na, zoals versnelde veroudering.

Daarbij beïnvloedt stress ook het gedrag: het verhoogt de kans op roken, ongezond eten of verminderde fysieke activiteit, wat op zijn beurt de allostatische belasting weer versterkt. Zo ontstaat een vicieuze cirkel waarbij ongezonde leefstijl en biologische ontregeling elkaar versterken. Preventie gericht op gedragsverandering is dan ook pas effectief als die ingebed is in een omgeving die stress reduceert en veerkracht versterkt.

Bij ingrijpende levensgebeurtenissen, die vaker voorkomen met het ouder worden, is het essentieel om mentale, fysieke en sociale gezondheid in samenhang te benaderen. De impact van zulke gebeurtenissen is bovendien niet voor iedereen gelijk. Mensen met een lagere sociaaleconomische status ervaren deze gebeurtenissen niet alleen vaker, maar hebben ook minder hulpbronnen om ermee om te gaan. Hierdoor neemt de kans op mentale klachten, sociale uitsluiting en verminderde zelfredzaamheid op latere leeftijd toe. Dit benadrukt het belang van een contextuele benadering die nadrukkelijk rekening houdt met ongelijkheid.

Effectieve preventie rondom levensgebeurtenissen:

- Is universeel toegankelijk en laagdrempelig;
- Sluit thematisch aan op belevingswerelden zoals zingeving, vitaliteit en meedoen;
- Erkent dat levensgebeurtenissen normale overgangen zijn, die soms wél diep ingrijpen;
- Gebeurt via vertrouwde structuren zoals huisarts, bibliotheek of buurthuis;
- Biedt collectieve momenten van ontmoeting zonder verplichting (zoals fittesten of leefstijlweken) als ingang tot vervolgesprekken.

Onderzoek toont aan dat niet alleen individuele eigenschappen zoals optimisme of copingstijl bijdragen aan veerkracht, maar dat sociale steun, participatie en ervaren grip minstens zo belangrijk zijn. Beleidsmaatregelen die inzetten op het versterken van deze omgevingsfactoren maken succesvol ouder worden ook voor mensen in kwetsbare posities haalbaarder.

Ook lokale werkwijzen, zoals de Fryske Mienskip Oanpak, laten zien dat gemeenschapsgericht werken effectiever is dan top-down interventies. Door in te zetten op een veerkrachtige omgeving, wordt gezondheid bevorderd én gezondheidsongelijkheid aangepakt.

Datagedreven en doelgroepgericht werken

Om gemeenten beter te kunnen adviseren over lokaal ouderenbeleid, is het wenselijk dat GGD Fryslân investeert in het uitbreiden van bestaande monitorinstrumenten. Denk aan:

- Het verbreden van de huidige gezondheidsmonitor 65+ naar een 50+ monitor op gemeentelijk niveau, met specifieke aandacht voor leefomgeving, sociale netwerken en ervaren gezondheid;
- Het toevoegen van indicatoren over levensgebeurtenissen;
- Het gebruiken van voorspellende data om bij te dragen aan beleid tegen het dreigende zorginfarct.

Deze datagedreven aanpak maakt het mogelijk om “collectief waar het kan, selectief waar het moet” in praktijk te brengen. Zo kan de GGD differentiëren in haar advisering: collectief inzetten op versterking van

netwerken en mentale gezondheid, en tegelijk specifieke groepen vroegtijdig signaleren die extra ondersteuning nodig hebben.

Betrekken van ouderen en versterken van regie

Ouderen moeten niet alleen onderwerp van beleid zijn, maar ook medevormgever. Start bij bestaande netwerken zoals ouderenbonden of seniorenverenigingen. Gezamenlijke activiteiten met inwoners en vrijwilligers zorgen voor draagvlak én versterken het gevoel van regie – een belangrijke beschermende factor bij stressvolle gebeurtenissen.

Conclusie

GGD Fryslân kan een voortrekkersrol vervullen in de transitie naar een vitale, ouder wordende samenleving. Door strategisch in te zetten op borging in de organisatie, systeemgerichte preventie, datagedreven werken en participatie, positioneert de GGD zich als betrouwbare kennispartner. De sleutel: geen belerende aanpak, maar uitnodigende, collectieve en herkenbare preventie.

REFERENTIES

- Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.011>
- Agorastos, A., & Chrousos, G. P. (2022). The neuroendocrinology of stress: The stress-related continuum of chronic disease development. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 502-513. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01224-9>
- Amaryllis Leeuwarden. (z.d.). *Mantelzorg*. Geraadpleegd 17 mei 2025, van <https://www.amaryllisleeuwarden.nl/mantelzorg/>
- Andersson, Elffers & Felix. (2022). *Een goede dag op eigen kracht*.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social Stress: Theory and Research. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 15-38. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.000311>
- Bajema, C. (2025, mei 22). *Interview Senior Beleidsadviseur Wmo Leeuwarden Cristien* [Persoonlijke communicatie].
- Baltesen, F. (2025, mei 23). AZWA voorlopig van de baan. *Skipr*. <https://www.skipr.nl/nieuws/azwa-voorlopig-van-de-baan/>
- Brandt, M., Deindl, C., & Hank, K. (2012). Tracing the origins of successful aging: The role of childhood conditions and social inequality in explaining later life health. *Social Science & Medicine*, 74(9), 1418-1425. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.004>
- Buecker, S., Denissen, J. J. A., & Luhmann, M. (2021). A propensity-score matched study of changes in loneliness surrounding major life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 121(3), 669-690. <https://doi.org/10.1037/pspp0000373>
- Burdorf, A. (Regisseur). (2025, mei 23). *Afscheidsrede Prof.dr.ir. A Burdorf* [Video recording]. <https://eur.cloud.panopto.eu/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=7caab9b1-c014-46e4-a599-b27600a1801b>
- Castanho, T. C., Santos, N. C., Meleiro-Neves, C., Neto, S., Moura, G. R., Santos, M. A., Cruz, A. R., Cunha, O., Castro Rodrigues, A., Rodrigues, A. J., & Sousa, N. (2021). Association of positive and negative life

- events with cognitive performance and psychological status in late life: A cross-sectional study in Northern Portugal. *Aging Brain*, 1, 100020. <https://doi.org/10.1016/j.nbas.2021.100020>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). *Ouderen* [Webpagina]. Centraal Bureau voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
- Chmielewska, M., Stokwiszewski, J., Markowska, J., & Hermanowski, T. (2022). Evaluating Organizational Performance of Public Hospitals using the McKinsey 7-S Framework. *BMC Health Services Research*, 22(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07402-3>
- Christensen, D. S., Dich, N., Flensburg-Madsen, T., Garde, E., Hansen, Å. M., & Mortensen, E. L. (2019). Objective and subjective stress, personality, and allostatic load. *Brain and Behavior*, 9(9), e01386. <https://doi.org/10.1002/brb3.1386>
- Chun, C.-A., Moos, R. H., & Cronkite, R. C. (2006). Culture: A Fundamental Context for the Stress and Coping Paradigm. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Red.), *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping* (pp. 29-53). Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-26238-5_2
- Cohen, S., Gianaros, P. J., & Manuck, S. B. (2016). A Stage Model of Stress and Disease. *Perspectives on Psychological Science*, 11(4), 456-463. <https://doi.org/10.1177/1745691616646305>
- Comijs, H. C., Van Den Kommer, T. N., Minnaar, R. W. M., Penninx, B. W. J. H., & Deeg, D. J. H. (2011). Accumulated and Differential Effects of Life Events on Cognitive Decline in Older Persons: Depending on Depression, Baseline Cognition, or ApoE 4 Status? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(Supplement 1), i111-i120. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr019>
- Cui, X., Rockett, I. R., Yang, T., & Cao, R. (2012). Work stress, life stress, and smoking among rural–urban migrant workers in China. *BMC Public Health*, 12(1), 979. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-979>
- Danesh, K., Kolstad, J., Parker, W., & Spinnewijn, J. (2024). *The Chronic Disease Index: Analyzing Health Inequalities Over the Lifecycle* (No. w32577; p. w32577). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w32577>

- Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S327-S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
- de Boer, S. (2025, maart 3). *Interview Beleidsadviseur GGD Fryslân Sybold* [Persoonlijke communicatie].
- de Boer, S. (2025, april 14). *Hernieuwde visie ouderengezondheid*.
- De Kloet, E. R., Oitzl, M. S., & Joëls, M. (1999). Stress and cognition: Are corticosteroids good or bad guys? *Trends in Neurosciences*, 22(10), 422-426. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(99\)01438-1](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(99)01438-1)
- de Vries, J. D. (2025, mei 14). *Interview Burgemeester Achtkarspelen J.D. de Vries* [Persoonlijke communicatie].
- Dijkema, P. (2012). *Resultaten Gezondheidsrace 2011-2012 5*.
- Eén tegen eenzaamheid. (z.d.). *Lees over het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid en doe mee*. Geraadpleegd 19 mei 2025, van <https://www.eentegeneenzaamheid.nl/gemeenten-en-organisaties/deelnemen-aan-het-actieprogramma>
- Esselink, M. (2025, april 29). *Interview Strategisch Beleidsadviseur Maaike GGD Fryslân* [Persoonlijke communicatie].
- FAITH Research. (z.d.). *Over faith*. Geraadpleegd 15 mei 2025, van <https://www.faithresearch.nl/over-faith>
- Freire, A. D. N. F., Barbosa, J. F. D. S., Pereira, D. S., Gomes, C. D. S., & Guerra, R. O. (2020). Allostatic load and stress biomarkers in a sample of community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 104006. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.104006>
- Friese Preventieaanpak. (z.d.-a). *Fitaal Wiis*. Geraadpleegd 10 juni 2025, van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/over-de-friese-preventieaanpak/onze-coalities-en-ketenaanpakken/fitaal-wiis/>
- Friese Preventieaanpak. (z.d.-b). *Fitaal Wiis: Achtergrond*. Geraadpleegd 19 maart 2025, van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/fitaal-wiis/achtergrond/>
- Friese Preventieaanpak. (z.d.-c). *Ons gedachtegoed*. Geraadpleegd 17 mei 2025, van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/over-de-friese-preventieaanpak/ons-gedachtegoed/>

- Friese Preventieaanpak. (z.d.-d). *Onze coalities*. Geraadpleegd 15 mei 2025, van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/over-de-friese-preventieaanpak/onze-coalities-en-ketenaanpakken/>
- Friese Preventieaanpak. (z.d.-e). *Ouderen zijn waardevol*. Geraadpleegd 15 mei 2025, van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/fitaal-wiis/achtergrond/ouderen-zijn-waardevol/>
- Friese Preventieaanpak. (z.d.-f). *Over de Friese Preventieaanpak*. Geraadpleegd 12 mei 2025, van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/over-de-friese-preventieaanpak/>
- Friese Preventieaanpak. (z.d.-g). *Valpreventie in Fryslân*. Geraadpleegd 10 juni 2025, van <https://www.friesepreventieaanpak.nl/fitaal-wiis/achtergrond/valpreventie-in-fryslân/>
- FrIZA. (2023). *Regioplan Friesland 2023*.
- FrIZA. (2024, juli 8). *Werkagenda Friesland*.
- Gemeente Leeuwarden. (z.d.). *Echtscheiding melden*. Gemeente Leeuwarden. Geraadpleegd 17 mei 2025, van <https://www.leeuwarden.nl/trouwen-en-registratie-partnerschap/echtscheiding-melden/>
- Gemeente Leeuwarden. (2024). *Gezondheidsnota Samen Gezond gemeente Leeuwarden 2024-2028*. <https://www.leeuwarden.nl/wp-content/uploads/2024/01/Gezondheidsnota-Samen-Gezond-gemeente-Leeuwarden-2024-2028.pdf>
- Gemeente Súdwest-Fryslân. (z.d.). *Gezond ouder worden*. Súdwest-Fryslân. Geraadpleegd 17 mei 2025, van <https://sudwestfryslan.nl/onderwerp/gezond-ouder-worden/>
- Gemeente Súdwest-Fryslân. (2022). *Nota gezondheid 2022-2026*. <https://pdc.sudwestfryslan.nl/wp-content/uploads/2024/04/Nota-gezondheid-2022-2026-1.pdf>
- Gersten, O. (2008). Neuroendocrine biomarkers, social relations, and the cumulative costs of stress in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 66(3), 507-519. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.09.004>
- GGD Fryslân. (z.d.). *Over ons*. Geraadpleegd 8 april 2025, van <https://www.ggdfryslan.nl/over-ggd/>
- GGD Fryslân. (2022). *Vitaliteit in de derde levensfase*. <https://www.ggdfryslan.nl/media/8121/vitaliteit-in-de-derde-levensfase-extern-adviesrapport-ggd-fryslan.pdf>
- GGD Fryslân. (2024a, mei). *Takenoverzicht GGD Fryslân*.

GGD Fryslân. (2024b, december). *Jaarplan Gezondheid 2025*.

GGD GHOR Nederland. (z.d.). *Wat doet een GGD*. GGD GHOR Nederland. Geraadpleegd 7 april 2025, van <https://ggdghor.nl/home/wat-doet-een-ggd/>

GGD GHOR Nederland. (2024, januari 16). Over de omgevingswet. *GGD GHOR Nederland*. <https://ggdghor.nl/actueel-bericht/over-de-omgevingswet/>

Goldman, N., Gleib, D. A., Seplaki, C., Liu, I.-W., & Weinstein, M. (2005). Perceived stress and physiological dysregulation in older adults. *Stress*, 8(2), 95-105. <https://doi.org/10.1080/10253890500141905>

Grou2030. (2024, juni 19). Eerste editie Fittesten in Grou. *Grou2030*. <https://grou2030.nl/2024/06/19/eerste-editie-fittesten-in-grou/>

Gruenewald, T. L., Seeman, T. E., Karlamangla, A. S., & Sarkisian, C. A. (2009). Allostatic Load and Frailty in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1525-1531. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02389.x>

Gruenewald, T. L., Seeman, T. E., Ryff, C. D., Karlamangla, A. S., & Singer, B. H. (2006). Combinations of biomarkers predictive of later life mortality. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103(38), 14158-14163. <https://doi.org/10.1073/pnas.0606215103>

Hadany, L., Beker, T., Eshel, I., & Feldman, M. W. (2006). Why is stress so deadly? An evolutionary perspective. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 273(1588), 881-885. <https://doi.org/10.1098/rspb.2005.3384>

Haehner, P., Würtz, F., Kritzler, S., Kunna, M., Luhmann, M., & Woud, M. L. (2022). *The Relationship Between the Perception of Major Life Events and Depression in Adulthood: A Systematic Scoping Review and Meta-Analysis*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/p3qzc>

Hagedoorn, M. (2025, april 29). *Interview Beleidsadviseur Marijke GGD Fryslân* [Persoonlijke communicatie].

Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293-319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>

- Hammen, C. (2016). Depression and stressful environments: Identifying gaps in conceptualization and measurement. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(4), 335-351.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1134788>
- Hannan, J., Brooten, D., Youngblut, J. M., Hildago, I., Roche, R., & Seagrave, L. (2015). Physical activity and stress in adult Hispanics. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(2), 79-86.
<https://doi.org/10.1002/2327-6924.12127>
- Hogue, A. (2025, februari 3). *Allostatische belasting: Hoe stress zich in het lichaam opbouwt*.
https://neurofit.app/learn/nl/allostatic_load/
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Institute for Positive Health. (z.d.). Wat is het? *Institute for Positive Health*. Geraadpleegd 30 april 2025, van <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>
- Jayawickreme, E., Tsukayama, E., & Blackie, L. E. R. (2024). Examining the impact of major life events on the frequency and experience of daily social events. *Journal of Personality*, 92(1), 147-161.
<https://doi.org/10.1111/jopy.12819>
- Juiste Zorg op de Juiste Plek. (z.d.). *Wonen, Ondersteuning en Zorg Ouderen (WOZO)*. Juiste Zorg op de Juiste Plek. Geraadpleegd 30 april 2025, van <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/wonen-ondersteuning-en-zorg-ouderen-wozo/>
- Juster, R.-P., McEwen, B. S., & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.002>
- Jylhä, M. (2004). Old Age and Loneliness: Cross-sectional and Longitudinal Analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 23(2), 157-168. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0023>

- Kaiser, M., & Jaillardon, L. (2023). Pathogenesis of the crosstalk between reproductive function and stress in animals—part 1: Hypothalamo–pituitary–adrenal axis, sympatho-adrenomedullary system and kisspeptin. *Reproduction in Domestic Animals*, 58(S2), 176-183. <https://doi.org/10.1111/rda.14444>
- Karremans, V. P. G. (2024). Nr. 791 BRIEF VAN DE STAATSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT.
- Kenniscentrum Europa Decentraal. (2025, februari 25). *Sociaal domein en aanbesteden—Europa decentraal*. <https://europadecentraal.nl/onderwerp/aanbesteden/beleidsterreinen/sociaal-domein-en-aanbesteden/>
- Kennislab NOF. (2025). *‘Leren mei de Mienskip’ De Fryske Mienskip Oanpak, van paper naar praktijk*.
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., Suominen, S. B., Oksanen, T., Stenholm, S., Virtanen, M., Marmot, M. G., Singh-Manoux, A., Brunner, E. J., Lindbohm, J. V., Ferrie, J. E., & Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: A multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(3), e140-e149. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8)
- Klokgieters, S. S., Kok, A. A. L., Visser, M., Van Groenou, M. I. B., & Huisman, M. (2021). Changes in the role of explanatory factors for socioeconomic inequalities in physical performance: A comparative study of three birth cohorts. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01592-2>
- Kok, A. A. L., Aartsen, M. J., Deeg, D. J. H., & Huisman, M. (2016). The Effects of Life Events and Socioeconomic Position in Childhood and Adulthood on Successful Aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbw111. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw111>
- Kok, A. A. L., Twisk, J. W. R., Blom, F., Beekman, A. T. F., & Huisman, M. (2021). Stealing or Sensitizing? A Longitudinal Examination of How Ongoing Accumulation of Negative Life Events Affects Depressive Symptoms in Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(10), 2041-2053. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab114>

- Kok, A. A. L., Van Nes, F., Deeg, D. J. H., Widdershoven, G., & Huisman, M. (2018). "Tough Times Have Become Good Times": Resilience in Older Adults With a Low Socioeconomic Position. *The Gerontologist*, 58(5), 843-852. <https://doi.org/10.1093/geront/gny007>
- Kok, A., Aartsen, M., Deeg, D., & Huisman, M. (2017). De invloed van stressvolle levensgebeurtenissen en sociaal-economische positie op succesvol ouder worden. *Geron*, 19(1), 71-74. <https://doi.org/10.1007/s40718-017-0020-y>
- Lindert, J., Lee, L. O., Weisskopf, M. G., McKee, M., Sehner, S., & Spiro, A. (2020). Threats to Belonging—Stressful Life Events and Mental Health Symptoms in Aging Men—A Longitudinal Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 575979. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.575979>
- Malik, J. A., Morgan, T. A., Kiefer, F., Al'Absi, M., Phillips, A. C., Heyn, P. C., Hall, K. S., Wheeler, A. J., DeBerard, S., Carlson, J., Richard, S. M., DeBerard, S., Sublette, V. A., Kothe, E., Carlson, J., Carlson, J., Newman, J., Rosenberg, L., Harlapur, M., ... Gidron, Y. (2013). Life Events. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Red.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1150-1151). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_468
- Marinus, J. D. (2025, maart 13). *Interview Onderzoeker Planbureau Fryslân Jesse David* [Persoonlijke communicatie].
- Mariotti, A. (2015). The Effects of Chronic Stress On Health: New Insights Into the Molecular Mechanisms of Brain–Body Communication. *Future Science OA*, 1(3), FSO23. <https://doi.org/10.4155/fso.15.21>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- McEwen, B. S. (1993). Stress and the Individual: Mechanisms Leading to Disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>
- McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583(2-3), 174-185. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2007.11.071>

- McEwen, B. S., & Seeman, T. (1999). Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress: Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 30-47. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08103.x>
- McLoughlin, S., Kenny, R. A., & McCrory, C. (2020). Does the choice of Allostatic Load scoring algorithm matter for predicting age-related health outcomes? *Psychoneuroendocrinology*, 120, 104789. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104789>
- McMaughan, D. J., Oloruntoba, O., & Smith, M. L. (2020). Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Frontiers in Public Health*, 8, 231. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231>
- Meader, N., King, K., Moe-Byrne, T., Wright, K., Graham, H., Petticrew, M., Power, C., White, M., & Sowden, A. J. (2016). A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. *BMC Public Health*, 16(1), 657. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3373-6>
- Mentale gezondheidsnetwerken. (z.d.). *Mentale gezondheidsnetwerken*. Mentale gezondheidsnetwerken. Geraadpleegd 28 april 2025, van <https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/>
- Ministerie van Algemene Zaken. (z.d.). *Regels voor bijstand—Bijstand* [Onderwerp]. Ministerie van Algemene Zaken. Geraadpleegd 17 mei 2025, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bijstand/regels-voor-bijstand>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (z.d.). *Uitvoeringsprogramma Scheiden zonder Schade 2019—Rapport—Rijksoverheid.nl* [Rapport]. Ministerie van Algemene Zaken. Geraadpleegd 17 mei 2025, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/07/01/tk-uitvoeringsprogramma-scheiden-zonder-schade-2019>
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (z.d.). *Onderwijsdeelname naar sociaaleconomisch milieu—Onderwijs algemene feiten en cijfers—OCW in cijfers* [Webpagina]. Ministerie van Algemene Zaken. Geraadpleegd 30 mei 2025, van <https://www.ocwincijfers.nl/sectoren/onderwijs-algemeen/leerlingen-en-studenten/aantallen-onderwijsdeelname-naar-sociaaleconomisch-milieu>

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (z.d.). *Wat doet de gemeente om mij te helpen bij*

schulden? [Onderwerp]. Ministerie van Algemene Zaken. Geraadpleegd 17 mei 2025, van

[https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/schulden/vraag-en-](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/schulden/vraag-en-antwoord/onderwerpen/schulden/vraag-en-antwoord/wat-doet-de-gemeente-om-mij-te-helpen-bij-schulden)

[antwoord/onderwerpen/schulden/vraag-en-antwoord/wat-doet-de-gemeente-om-mij-te-helpen-bij-schulden](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/schulden/vraag-en-antwoord/wat-doet-de-gemeente-om-mij-te-helpen-bij-schulden)

Ministerie van Volksgezondheid, W. en S. (z.d.). *Welke hulp kan ik thuis krijgen van de gemeente vanuit de*

Wmo? - Rijksoverheid.nl [Onderwerp]. Ministerie van Algemene Zaken. Geraadpleegd 17 mei 2025,

van [https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015)

[antwoord/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Vervangende zorg (respijtzorg)—Mantelzorg—*

Regelhulp [Webpagina]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd 17 mei

2025, van <https://www.regelhulp.nl/mantelzorgers/ondersteuning-en-advies/vervangende-zorg>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Nationaal Preventieakkoord*. Ministerie van VWS.

www.rijksoverheid.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024:*

Gezondheid breed op de agenda. Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022a). *Integraal Zorg Akkoord—Samen werken aan*

gezonde zorg. Ministerie van VWS. <https://www.rijksoverheid.nl>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022b). *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg*

voor Ouderen (WOZO). Ministerie van VWS. www.rijksoverheid.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023a). *GALA - Gezond en Actief Leven Akkoord*.

Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023b, februari 8). *Regeling van de Minister voor*

Langdurige Zorg en Sport van 6 februari 2023, kenmerk 3507504-1043050-PG [Officiële publicatie].

artikelen 3 en 5 van de Kaderwet VWS-subsidies; Ministerie van Binnenlandse Zaken en

Koninkrijksrelaties. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2023-4245.html>

- Monroe, S., Slavich, G., & Georgiades, K. (2008). *Handbook of Depression, Second Edition* (I. Gotlib & C. Hammen, Red.; 2nd ed). Guilford Publications.
- Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (2020). The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Personality and Social Psychology Review*, 24(1), 24-52. <https://doi.org/10.1177/1088868319850738>
- Olaya Guzmán, B., & Essau, C. A. (2011). Life Events. In S. Goldstein & J. A. Naglieri (Red.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 885-887). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9_1656
- Pharos. (z.d.). Sociaal economische Gezondheidsverschillen (SEGV). *Pharos*. Geraadpleegd 4 juni 2025, van <https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/>
- Planbureau Fryslân. (2024a, mei 1). Update monitor bevolking: Positieve prognoses. *Planbureau Fryslân*. <https://www.planbureau Fryslan.nl/nieuws/update-monitor-bevolking-positieve-prognoses/>
- Planbureau Fryslân. (2024b, oktober 30). Demografische overgang in Fryslân. *Planbureau Fryslân*. <https://www.planbureau Fryslan.nl/monitoren/bevolking/>
- Raad van Ouderen. (2019). *Advies Raad van Ouderen campagne de waarde van ouder worden*. https://www.ouderworden2040.nl/wp-content/uploads/2021/05/Advies_Raad_van_Ouderen_campagne_herwaardering_ouderen.pdf
- Raad Volksgezondheid & Samenleving. (2020). *De derde levensfase: Het geschenk van de eeuw*. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/01/08/de-derde-levensfase-het-geschenk-van-de-eeuw>
- Rijksoverheid. (2019, april 5). *Wat doet de gemeente om mij te helpen bij schulden?* - *Rijksoverheid.nl* [Onderwerp]. Ministerie van Algemene Zaken. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/schulden/vraag-en-antwoord/onderwerpen/schulden/vraag-en-antwoord/wat-doet-de-gemeente-om-mij-te-helpen-bij-schulden>
- RIVM. (2024). *Impact van het Nationaal Preventieakkoord voor roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik*. RIVM.

- Rook, K. S. (2014). The Health Effects of Negative Social Exchanges in Later Life. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 38(1), 15-23. JSTOR.
- Rosas, C., Oliveira, H. C., Neri, A. L., & Ceolim, M. F. (2022). Stressful events, depressive symptoms, and frailty associated to older adults' survival and mortality. *Geriatric Nursing*, 46, 62-68.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.04.025>
- Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32-38.
<https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1986). Experimentally provided social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(6), 1222-1225. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.6.1222>
- Schulz, R., Newsom, J., Mittelmark, M., Burton, L., Hirsch, C., & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving: The caregiver health effects study: An ancillary study of the cardiovascular health study. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 110-116. <https://doi.org/10.1007/BF02883327>
- Seeman, T., Epel, E., Gruenewald, T., Karlamangla, A., & McEwen, B. S. (2010). Socio-economic differentials in peripheral biology: Cumulative allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 223-239. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05341.x>
- Seematter-Bagnoud, L., Karmaniola, A., & Santos-Eggimann, B. (2010). Adverse life events among community-dwelling persons aged 65–70 years: Gender differences in occurrence and perceived psychological consequences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 9-16.
<https://doi.org/10.1007/s00127-009-0035-3>
- Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025-1041.
<https://doi.org/10.1037/a0021344>
- Seegerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>

- Sheftel, M. G., Margolis, R., & Verdery, A. M. (2024). Life Events and Loneliness Transitions Among Middle-Aged and Older Adults Around the World. *The Journals of Gerontology: Series B*, 79(1), gbad149. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad149>
- Smid, J. (2025, mei 20). *Interview Adviseur Gezondheidsbevordering GGD Fryslân Julia* [Persoonlijke communicatie].
- Smith, G. C., & Hayslip Jr., B. (2012). Chapter 1 Resilience in Adulthood and Later Life: What Does it Mean and Where Are We Heading? *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1), 1-28. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.32.3>
- Sociaal Collectief. (2023). *Jaarwerkplan Sociaal Collectief 2024*.
- Sport Fryslân. (z.d.-a). Fitheid meten met fittesten | Sport Fryslân ondersteunt de organisatie. *Sport Fryslân*. Geraadpleegd 28 april 2025, van <https://sportfryslan.nl/project/fittesten/>
- Sport Fryslân. (z.d.-b). *Fittest informatie*.
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis, a new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher & J. Reason (Red.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-549). John Wiley & Sons.
- Stichting Institute for Positive Health. (2020, december 9). Sense of coherence helps to keep people healthy. *Stichting Institute for Positive Health*. <https://www.iph.nl/en/knowledge-base/sense-of-coherence-helps-to-keep-people-healthy/>
- Stroud, C. B. (2020). The Stress Sensitization Model. In K. L. Harkness & E. P. Hayden (Red.), *The Oxford Handbook of Stress and Mental Health* (pp. 348-370). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190681777.013.16>
- Sutin, A. R., Costa, P. T., Wethington, E., & Eaton, W. (2010). Turning points and lessons learned: Stressful life events and personality trait development across middle adulthood. *Psychology and Aging*, 25(3), 524-533. <https://doi.org/10.1037/a0018751>
- Suvarna, B., Suvarna, A., Phillips, R., Juster, R.-P., McDermott, B., & Sarnyai, Z. (2020). Health risk behaviours and allostatic load: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 108, 694-711. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.12.020>

- Teoli, D., Sanvictores, T., & An, J. (2025). SWOT Analysis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537302/>
- Terry, D. J., Tonge, L., & Callan, V. J. (1995). Employee adjustment to stress: The role of coping resources, situational factors, and coping responses. *Anxiety, Stress & Coping*, 8(1), 1-24.
<https://doi.org/10.1080/10615809508249360>
- Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53. <https://doi.org/10.2307/2626957>
- Torres, J. M., Rizzo, S., & Wong, R. (2016). Lifetime Socioeconomic Status and Late-life Health Trajectories: Longitudinal Results From the Mexican Health and Aging Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbw048. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw048>
- Tsigos, C., Kyrou, I., Kassi, E., & Chrousos, G. P. (2000). Stress: Endocrine Physiology and Pathophysiology. In K. R. Feingold, S. F. Ahmed, B. Anawalt, M. R. Blackman, A. Boyce, G. Chrousos, E. Corpas, W. W. de Herder, K. Dhatariya, K. Dungan, J. Hofland, S. Kalra, G. Kaltsas, N. Kapoor, C. Koch, P. Kopp, M. Korbonits, C. S. Kovacs, W. Kuohung, ... D. P. Wilson (Red.), *Endotext*. MDText.com, Inc.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278995/>
- Vance, D. E., Bail, J., Enah, C., Palmer, J., & Hoenig, A. (2016). The impact of employment on cognition and cognitive reserve: Implications across diseases and aging. *Nursing: Research and Reviews, Volume 6*, 61-71. <https://doi.org/10.2147/NRR.S115625>
- Veenstra, M. Y., Lemmens, P. H. H. M., Friesema, I. H. M., Tan, F. E. S., Garretsen, H. F. L., Knottnerus, J. A., & Zwietering, P. J. (2007). Coping style mediates impact of stress on alcohol use: A prospective population-based study. *Addiction*, 102(12), 1890-1898. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02026.x>
- Veiligheidsregio Fryslân. (2023). *Meerjarenkoers 2023-2026*.
- Veiligheidsregio Fryslân. (2025, februari). *Organogram GGD Fryslân*.
<https://veiligheidsregiofryslan.embracecloud.nl/umbraco/gezondheid/organogram-ggd-frysl%C3%A2n/>

- VNG. (2025a, april 18). *Gemeenten vallen in financieel ravijn* / VNG. <https://vng.nl/artikelen/gemeenten-vallen-in-financieel-ravijn>
- VNG. (2025b, april 18). *Voorjaarsnota 2025: Financiële verlichting voor gemeenten* / VNG. <https://vng.nl/nieuws/voorjaarsnota-2025-financiele-verlichting-voor-gemeenten>
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning. (2024). *Zorggebruik en zorguitgaven / Trendscenario VTV-2024* / *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024*. <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024/trendscenario/zorggebruik-zorguitgaven>
- Wehrich, H. (1982). The TOWS matrix—A tool for situational analysis. *Long Range Planning*, 15(2), 54-66. [https://doi.org/10.1016/0024-6301\(82\)90120-0](https://doi.org/10.1016/0024-6301(82)90120-0)
- Wet publieke gezondheid, Pub. L. No. Stb. 2008, 460, Staatsblad (2008). <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2025-01-01>
- Wijzer in geldzaken. (z.d.). *Checklist overlijden*. Wijzer in geldzaken. Geraadpleegd 17 mei 2025, van <https://www.wijzeringeldzaken.nl/overlijden/checklist-overlijden/>
- Wiles, J. L., Wild, K., Kerse, N., & Allen, R. E. S. (2012). Resilience from the point of view of older people: 'There's still life beyond a funny knee'. *Social Science & Medicine*, 74(3), 416-424. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.005>
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- ZonMw. (z.d.). *Samen werken aan gezondheid*. ZonMw Projects. Geraadpleegd 20 juni 2025, van <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/samen-werken-aan-gezondheid>
- ZuidOostZorg. (z.d.). *Reablement*. Reablement. Geraadpleegd 20 juni 2025, van <https://www.zuidoostzorg.nl/over-zuidoostzorg/ons-verhaal/reablement>

APPENDIX

A. Samenvatting Interview met Sybold de Boer (GGD Fryslân)

Geïnterviewde: Sybold de Boer

Datum: 3 maart 2025

Uitgevoerd door: N.C. Sanders

Doel van het interview: Overzicht krijgen van Fries beleid rond vitaal ouder worden, met aandacht voor speerpunten, preventie-uitdagingen en initiatieven voor kwetsbare groepen.

Goedkeuringsverklaring: Deze samenvatting van dit interview is goedgekeurd door S. de Boer

S. de Boer schetst een beeld van het huidige beleid rondom vitaal ouder worden in Friesland. Hij geeft aan dat dit thema wel terugkomt in landelijke akkoorden zoals WOZO en het GALA, maar dat de invulling ervan in de praktijk beperkt blijft tot bijvoorbeeld valpreventie. Zelf is hij kritisch op die inzet: hij beschouwt valpreventie meer als een zorginterventie dan als echte preventie, en merkt op dat het vaak vooral hoogopgeleide ouderen bereikt en dat de borging na afloop vaak te wensen overlaat.

Binnen het GALA ligt de nadruk sterk op valpreventie en wordt het Fitaal Wiis-model gevolgd. Dat model biedt een denkrichting over gezond ouder worden, maar blijft volgens De Boer nog te algemeen. Het IZA legt de focus vooral op het efficiënter inzetten van zorg in plaats van op preventie. In Friesland is de werkagenda van het IZA gebaseerd op bestaande programma's en richt het zich voornamelijk op het terugbrengen van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Het Fitaal Wiis-model is in dit proces niet betrokken geweest. De Boer vindt daarom de term 'gezond ouder worden' misleidend binnen deze context, omdat de maatregelen vooral over effectiever zorggebruik gaan en minder over het daadwerkelijk bevorderen van gezondheid.

Vanuit de GGD en de FPA lopen er wel programma's, vooral op het gebied van valpreventie. Toch zijn er ook pogingen om breder te kijken. Zo wordt er in sommige gemeenten gewerkt aan toegankelijke informatievoorziening voor ouderen, bijvoorbeeld via gemeentelijke websites met informatie per levensfase. Vitaliteitsmarkten trekken bezoekers, maar het effect ervan hangt sterk af van goede opvolging en aansluiting op het lokale aanbod. Zonder die verbinding blijft het bij een eenmalig evenement zonder blijvende impact.

Het beleid richt zich oorspronkelijk op het uitstellen van kwetsbaarheid in de derde levensfase, dus van pensionering tot het moment dat zorg nodig is. Toch groeit het besef dat gezondheidsverschillen al veel eerder ontstaan, en daarom is er een tendens om ook de tweede levensfase, grofweg vanaf het veertigste levensjaar, te betrekken. Dit vraagt om een andere benadering, waarbij de GGD verder af komt te staan van traditionele zorgorganisaties, omdat investeren in vroege preventie moeilijker meetbaar en financieerbaar is dan bijvoorbeeld een concrete interventie bij valgevaar.

Er bestaan wel initiatieven gericht op kwetsbare groepen, zoals mensen met een lagere sociaaleconomische status of een migratieachtergrond. Zo loopt er een project om gezondheidsverschillen te verkleinen, waarvoor extra geld is aangevraagd om kennis op dit gebied te versterken. Hoewel dit project onder een ander thema valt, wordt er samengewerkt met initiatieven rondom gezond ouder worden.

De effectiviteit van het beleid wordt op dit moment nog weinig gemeten. Binnen het GALA zijn er alleen voor valpreventie concrete doelstellingen; voor het bredere beleid rondom gezond ouder worden ontbreken goede indicatoren. Dit hangt samen met een fundamenteel probleem in de financiering: investeringen in bijvoorbeeld woonaanpassingen kunnen zorgkosten verlagen, maar de winst komt terecht in een ander domein dan waar de kosten zijn gemaakt. Hierdoor zijn investeringen in preventie lastig rendabel te maken.

In de uitvoering zijn verschillende organisaties betrokken: gemeenten, welzijnsorganisaties en burgerinitiatieven zoals de Bloeizones. Wethouders kunnen hier een verbindende rol spelen tussen beleidsdomeinen, maar het blijft een uitdaging of ambtenaren van verschillende afdelingen elkaar daadwerkelijk weten te vinden. Vanuit de Friese Preventie Aanpak is per gemeente beperkte tijd beschikbaar gesteld om lokaal invulling te geven aan de gezamenlijke opgave. Het zicht op hoe dit lokaal wordt opgepakt is beperkt, en evaluaties blijven vaak op papier.

Initiatieven rondom eenzaamheid en sociale cohesie zijn er wel, zoals de eerdergenoemde Bloeizones. Deze zijn vaak gestart op dorpsniveau, soms met steun van het *Healthy Ageing Netwerk Noord-Nederland* (HANNN). Voor de lange termijn is het lastig om deze initiatieven overeind te houden, omdat ontmoetingsplekken geld kosten en structurele financiering ontbreekt. De Friese Preventie Aanpak laat deze initiatieven wel zien als voorbeeld, maar is niet direct betrokken bij hun opzet. Volgens De Boer is het jammer dat deze burgerinitiatieven niet sterker geïntegreerd zijn binnen het beleid.

Een concreet voorbeeld dat hij noemt zijn de fittesten in Grou, die door een bewonersinitiatief en met hulp van de huisarts zijn georganiseerd. Het versturen van een brief naar ouderen leidde tot een hoge opkomst, wat volgens De Boer het belang van een vertrouwd gezicht, zoals een arts, benadrukt. Zulke initiatieven zijn relatief goedkoop, maar vaak alleen haalbaar voor mensen met een goed netwerk of kennis van het systeem. Een sleutelpersoon die deze verbindingen kan leggen is cruciaal voor succes.

Er wordt ook gekeken naar het koppelen van dorpsondersteuners aan lokale bewonersinitiatieven. Dat kan waardevol zijn, maar sommige initiatieven willen liever direct financiering ontvangen dan een aangewezen professional. Dit laat zien hoe belangrijk het is om in samenspraak draagvlak en balans te vinden.

Voor de toekomst liggen de grootste uitdagingen en kansen in het vinden van duurzame en flexibele financiering voor preventie en lokale initiatieven. Er is behoefte aan meer aandacht voor de onderliggende factoren die leiden tot ongezondheid, in plaats van pas te handelen wanneer problemen al zijn ontstaan. Dat vraagt om een levensloopgerichte en domeinoverstijgende benadering.

Beleid wordt nog niet altijd gevoed door wetenschappelijke inzichten of regionale trends, terwijl al jaren bekend is dat vergrijzing een grote impact zal hebben. Zowel burgers als professionals stellen het nadenken over ouder worden vaak uit tot het echt moet. Dat bemoeilijkt vroege preventie.

Wel wordt er nagedacht over het faciliteren van ontmoetingsplekken, eventueel met gezondheidsloketten erbij. Maar alleen een gebouw neerzetten is niet voldoende om een wijk gezonder te maken. Gezondheid raakt aan veel verschillende aspecten van het leven en vraagt om samenhangende inzet. Het tijdelijk sluiten van een wijkgebouw, bijvoorbeeld vanwege administratieve rompslomp, kan direct negatieve gevolgen hebben voor de sociale functie in een kwetsbare wijk. De manier waarop gemeenten omgaan met zulke situaties maakt een groot verschil.

Tot slot merkt De Boer op dat ondanks alle inspanningen en programma's, de algemene trend is dat mensen ongezonder oud worden. Gemeenten kunnen zich positief profileren, maar feit blijft dat de zorgvraag stijgt en de kosten toenemen, niet alleen door vergrijzing, maar ook doordat er meer en duurdere behandelingen beschikbaar zijn. In het huidige systeem is het moeilijk om gezondheid 'rendabel' te maken. Preventie heeft geen prijskaartje, in tegenstelling tot behandelingen, en dat maakt het lastig om structureel te financieren. Ook ethische vraagstukken, bijvoorbeeld over vergoeding van zorg op basis van leefstijl of leeftijd, spelen hierin een rol.

B. Samenvatting interview met Jesse David Marinus (Planbureau Fryslân & FPA)

Geïnterviewde: Jesse David Marinus

Datum: 13 maart 2025

Uitgevoerd door: N.C. Sanders

Doel van het interview: Inzicht krijgen in de visie van Planbureau Fryslân op toekomstbestendige ouderenzorg, sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de spanning tussen lokale initiatieven en systeemverandering in Friesland.

Goedkeuringsverklaring: Deze samenvatting van dit interview is goedgekeurd door Jesse David Marinus

Jesse David Marinus is onderzoeker bij Planbureau Fryslân en extern promovendus aan de RUG. Zijn werk richt zich op het verzamelen en analyseren van gezondheidsdata in Friesland en het adviseren van beleidsmakers. Hij onderzoekt hoe ouderenzorg toekomstbestendig kan worden ingericht, met focus op langer thuis wonen. Volgens Marinus is de FPA een waardevol netwerk, maar blijft de impact beperkt door bestuurlijke traagheid. Lokale initiatieven tonen volgens hem meer slagkracht en betrokkenheid dan het hogere bestuursniveau, dat vaak gericht is op behoud van eigen positie.

Hij wijst op de spanning tussen systeemverandering en inspirerende lokale praktijken, en bespreekt filosofische perspectieven over maatschappelijke verandering. Hij waarschuwt dat kleine initiatieven soms grote systeemverandering juist kunnen vertragen als ze structurele problemen tijdelijk opvangen. Marinus pleit voor een meer democratische zorgpraktijk waarin patiënten, inwoners en zorgverleners centraal staan.

Specifiek voor Friesland noemt hij een toename in chronische ziekten en eenzaamheid onder ouderen, wat de zorgvraag verhoogt. De sociale verbondenheid ("mienskip") is nog aanwezig, maar afnemend. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn ook in Friesland zichtbaar, vooral in steden. Statistische interpretatie vereist nuance, zoals bij gezondheidsdata van de eilanden. Hij pleit voor beleid dat ouderen actief betreft bij beslissingen en gebruikmaakt van hun ervaring, in plaats van hen te betuttelen.

C. Samenvatting interview met Almar Kok (Amsterdam UMC)

Geïnterviewde: Almar Kok

Datum: 13 maart 2025

Uitgevoerd door: N.C. Sanders

Doel van het interview: Wetenschappelijke inzichten verzamelen over gezondheidsverschillen en veerkracht bij ouderen uit LASA-onderzoek.

Goedkeuringsverklaring: Deze samenvatting van dit interview is goedgekeurd door Almar Kok

Almar Kok is werkzaam als universitair hoofddocent bij de Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Sociologie. Met een achtergrond in de sociale wetenschappen en een master in Sociologie, richt hij zich in zijn werk op de invloed van sociale omstandigheden op gezondheid. Zijn onderzoek spitst zich met name toe op sociaaleconomische gezondheidsverschillen bij ouderen. Hij benadrukt dat mensen met een lagere sociaaleconomische positie gemiddeld korter leven en bovendien minder jaren in goede gezondheid doorbrengen, een patroon dat zichtbaar is op alle domeinen van gezondheid.

Zijn onderzoek is breed van opzet en kijkt naar fysieke, cognitieve, emotionele en sociale aspecten van functioneren. Hij onderzoekt hoe deze domeinen samenhangen met factoren als opleiding, werk en inkomen. Een belangrijk thema in zijn promotieonderzoek was veerkracht bij ouderen: waarom sommige mensen met een lage sociaaleconomische positie, ondanks levenslange tegenslagen, toch gezond en gelukkig oud worden. Deze mensen doorbreken het gangbare patroon van toenemende gezondheidsproblemen bij een lagere sociaaleconomische status.

Om veerkracht te verklaren combineerde Kok kwantitatieve data-analyse met kwalitatieve diepte-interviews. Uit zijn onderzoek blijkt dat veerkracht meestal voortkomt uit een combinatie van hulpbronnen: sociale steun, psychologische factoren (zoals een positieve mindset en omgaan met tegenslag) en een gezonde leefstijl. Hoewel leefstijl in de data duidelijk naar voren komt, werd dit door geïnterviewden zelf minder vaak expliciet genoemd. Ook externe factoren, zoals overheidsregelingen of gemeentelijke ondersteuning, blijken van invloed, maar zijn moeilijk meetbaar in longitudinaal cohortonderzoek.

De *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA), waarin Kok actief is, is bijzonder vanwege haar focus op de brede aspecten van ouder functioneren, in tegenstelling tot studies die zich beperken tot specifieke aandoeningen of biologische veroudering. LASA bevat uitgebreide data over al deze domeinen. Binnen de studie is ook een algoritme ontwikkeld om allostatistische belasting te meten, een maat voor de belasting van het lichaam door langdurige stress, wat relevant is voor het begrijpen van de impact van negatieve levensgebeurtenissen op gezondheid.

Kok bespreekt ook psychologische theorieën, zoals de Life Span Theory of Control, die onderscheid maakt tussen primaire controle (het veranderen van de externe situatie) en secundaire controle (het aanpassen van de eigen perceptie). Naarmate mensen ouder worden, wordt secundaire controle, zoals acceptatie, belangrijker. Mensen die meer regie over hun leven ervaren, lijken minder hinder te ondervinden van gezondheidsproblemen. In studies naar veerkracht na depressie bij ouderen spelen zowel primaire als secundaire controle een rol.

Op de vraag of veerkracht trainbaar is, antwoordt Kok bevestigend. Interventies zoals cognitieve gedragstherapie kunnen hierbij helpen. Tegelijkertijd waarschuwt hij voor een te sterke nadruk op

individuele verantwoordelijkheid, omdat dit kan leiden tot een *'blame the victim'*-benadering. De rol van de sociale en fysieke omgeving mag niet worden onderschat.

Hoewel LASA zelf geen interventieonderzoek doet, heeft het nauwe contacten met onder meer GGD'en, gemeenten en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), dat de studie initieerde. De verzamelde kennis bereikt maatschappelijke partijen via kennisinstituten en samenwerkingen met de GGZ.

Kok gaat ook in op de hardnekkigheid van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Een verklaring ligt volgens hem in het feit dat de onderliggende mechanismen voortdurend veranderen. Het is als een "bewegend doelwit": waar eerder leefstijl centraal stond (zoals roken of obesitas), blijken nu psychosociale factoren, zoals ervaren regie of emotionele steun, belangrijker. Dit blijkt ook uit analyses van LASA-data over meerdere decennia. Mogelijk voelen mensen met een lage sociaaleconomische positie zich steeds minder 'in control', wat hun gezondheid negatief beïnvloedt. Een focus op psychosociale ondersteuning lijkt daarom steeds relevanter. Er is bovendien groeiende aandacht voor een systeemperspectief, waarin de wisselwerking tussen maatschappelijke factoren beter in beeld komt.

Tot slot bespreekt Kok een specifieke studie getiteld *Steeling or Sensitizing*, over de impact van herhaalde negatieve levensgebeurtenissen. Gemiddeld gezien blijken mensen veerkrachtiger te worden naarmate ze meer tegenslagen meemaken. Opvallend is echter dat deze veerkrachttoename minder zichtbaar is bij mensen die een sterk gevoel van regie ervaren. Een mogelijke verklaring is dat oncontroleerbare gebeurtenissen extra frustrerend zijn voor mensen die gewend zijn aan controle, waardoor zij er minder van leren. In zulke gevallen kan acceptatie een belangrijke rol spelen in het omgaan met stress.

D. Samenvatting interview Marijke Hagedoorn (GGD Fryslân)

Geïnterviewde: Marijke Hagedoorn

Datum: 29 april 2025

Uitgevoerd door: N.C. Sanders

Doel van het interview: Inzicht krijgen in hoe de GGD en gemeenten werken aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

Goedkeuringsverklaring: Deze samenvatting van dit interview is goedgekeurd door Marijke Hagedoorn

Marijke is beleidsadviseur publieke gezondheid en houdt zich specifiek bezig met thema's rondom gezondheidsachterstanden, leefomgeving; en ze is beleidsadviseur in zuidwest Fryslân, waar ze een brede rol heeft met betrekking tot publieke gezondheid. Vanuit haar visie zijn leefomgeving en bestaanszekerheid de belangrijkste aangrijpingspunten voor het verkleinen van deze verschillen.

Ze merkt op dat dit ook gaat over politieke keuzes: linkse politiek sluit beter aan bij het GGD-doelstellingen, terwijl de huidige (rechtse) koers dit bemoeilijkt. De Omgevingswet biedt wel belangrijke kansen om gezondheid breder mee te nemen.

In gesprek over deze thesis benadrukt Marijke dat het nodig is om structurele ongelijkheid te adresseren, mits het gebeurt met oog voor rechtvaardigheid (*reality, equality, equity, justice*) en het structureel aanpakken van de oorzaken van ongelijkheid. In de praktijk ziet ze dat lage SES-groepen vaker te maken hebben met meerdere stressvolle levensgebeurtenissen, zoals werkloosheid, scheiding of verlies, die vitaal ouder worden kunnen belemmeren; vicieuze cirkels waar mensen in vastlopen. Ook woonproblemen na een scheiding of baanverlies worden als urgent gezien.

De samenwerking tussen GGD en welzijn verloopt redelijk, maar kent beperkingen door aparte financieringsstromen en de verschillende benaderingen van gezondheid. De GGD kijkt wat meer naar structurele onderliggende oorzaken. Marijke benoemt dat '*Health in all Policies*' nog lang niet overal de praktijk is weinig zichtbaar is bij gemeenten, ondanks de potentie ervan. Er is behoefte aan meer bewustwording, maar vooral daadwerkelijk samenwerken met andere beleidsdomeinen. Ook de GGD zelf worstelt nog met een "verouderde" kijk op gezondheid als individuele verantwoordelijkheid.

E. Interview Maaïke Esselink (GGD Fryslân)

Geïnterviewde: Maaïke Esselink

Datum: 29 april 2025

Uitgevoerd door: N.C. Sanders

Doel van het interview: Inzicht krijgen in de rol van de GGD bij het adviseren en ondersteunen van gemeenten op het gebied van publieke gezondheid én ouderengezondheid.

Goedkeuringsverklaring: Deze samenvatting van dit interview is goedgekeurd door Maaïke Esselink

Maaïke houdt zich als strategisch adviseur op provinciaal niveau bezig met het brede beleid rondom publieke gezondheid. In samenwerking met de lokale beleidsadviseurs vertaalt zij maatschappelijke signalen en beleidskaders naar passende adviezen richting gemeenten. Gemeenten ontvangen vanuit de GGD een basispakket en kunnen aanvullend kiezen voor projecten en producten zoals logopedie, pedagogische begeleiding, mentale gezondheid, valpreventie en begeleiding bij scheiding. De inhoudelijke uitvoering ligt deels bij de gemeente zelf; de GGD geeft advies en voert taken uit binnen landelijke kaders.

Er is frictie tussen het groeiende belang van gezondheidsthema's en de deels beperkte integratie ervan binnen gemeentelijk beleid. Hoewel in sommige gemeenten, zoals Leeuwarden, meerdere beleidsadviseurs zich al met volksgezondheid bezighouden, ontbreekt vaak een overkoepelende visie waarin gezondheid standaard wordt meegenomen in alle domeinen (*Health in all Policies*). De GGD zou hierin een bewustere rol kunnen pakken, maar loopt tegen landelijke richtlijnen en uitvoeringskaders aan. Zo wordt er sterk vastgehouden aan vaste protocollen (bijv. hoeveel contactmomenten op scholen), waardoor er weinig ruimte is voor vernieuwende of integrale aanpakken, zoals bredere aandacht voor ouders bij consultatiebureaus.

Initiatieven zoals Fitaal Wiis proberen hier verandering in te brengen door ouderenpreventie meer op de agenda te krijgen. Echter, knelpunten blijven: het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) biedt gemeenten weinig houvast voor ouderenbeleid; de landelijke gezondheidsnota noemt ouderen wel, maar er is geen

structurele en brede financiering. Ook vanuit de GGD ontbreekt vaak actieve ondersteuning. Hierdoor is lobbywerk de belangrijkste manier om ouderenpreventie lokaal van de grond te krijgen, wat afhankelijk is van individuele beleidsadviseurs en lokale context.

Tot slot werd besproken dat bestaande gemeentelijke ondersteuning bij stressvolle levensgebeurtenissen zoals werkloosheid, scheiding of verlies vaak fragmentarisch is, met name voor 55-plussers. Er is ruimte voor verbetering in doorverwijzing en preventieve inzet. De huidige kijk dat ouderen zich wel redden na bijvoorbeeld een scheiding is achterhaald en vraagt om herziening.

F. Interview Jouke Douwe de Vries (gemeente Achtkarspelen)

Geïnterviewde: Jouke Douwe de Vries

Datum: 14 mei 2025

Uitgevoerd door: N.C. Sanders

Doel van het interview: Begrijpen hoe gemeente en GGD samenwerken rond vitaal ouder worden in Friesland.

Goedkeuringsverklaring: Deze samenvatting van dit interview is goedgekeurd door Jouke Douwe de Vries

J.D. de Vries was tot juli 2024 wethouder sociaal domein en is sinds begin dit jaar burgemeester. Zijn achtergrond ligt vooral in het voortgezet en beroepsonderwijs. Hij behaalde een master in managementwetenschappen waarin hij zich richtte op netwerken en samenwerking, en deed onderzoek naar netwerken in onderwijs en zorg.

Als voorzitter van de FPA De Vries schreef een *position paper* over de Fryske Mienskip Oanpak (FMO). Daarbij liet hij zich inspireren door het IJslands preventiemodel, dat gericht is op het tegengaan van eenzaamheid, middelengebruik en suicide onder jongeren door groepsvorming via sport, kunst, muziek en vrijwilligerswerk. Volgens hem is dit model ook geschikt voor ouderen, gezien de hoge eenzaamheid onder mensen boven de 75 jaar. Door sociale verbinding te stimuleren, kunnen ouderen elkaar ontmoeten en ondersteunen, wat van belang is nu de zorg steeds meer onder druk komt te staan. Er is sprake van toenemende vergrijzing van de bevolking en het aantal werkenden in de zorg neemt de komende jaren steeds verder af.

De FMO kreeg uiteindelijk een plek in het Regio Plan Friesland, onder het IZA, als onderdeel van het versterken van de sociale basis en de bredere beweging van zorg naar gezondheid en welzijn. Hij vindt dat de FPA zich met Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO), het Nederlandse antwoord op het IJslands Preventie Model, nog te veel richt op middelengebruik, en pleit voor een bredere focus op sociale samenhang.

Wat betreft vitaal ouder worden vindt De Vries dat dit onderwerp inmiddels op de agenda staat bij Friese gemeenten. Hij noemt de Deense Reablement-aanpak als inspirerend voorbeeld. Deze richt zich op het versterken van zelfredzaamheid bij ouderen, bijvoorbeeld door hen te trainen in dagelijkse handelingen zoals traplopen of stofzuigen. Een sprekend voorbeeld is een verplichte training voor weduwnaars waarin zij leren zelf het huishouden te doen. Dit leidde tot minder inzet van thuiszorg en een betere kwaliteit van leven. De

Vries gelooft dat een dergelijke aanpak ook in Friesland waardevol kan zijn, omdat het mensen in hun kracht zet en hun vitaliteit versterkt en daarmee hun kwaliteit van leven bevordert. Hij ziet daarbij grote verschillen in vitaliteit tussen ouderen, die vaak samenhangt met de mate waarin zij een gezonde en actieve leefstijl hebben.

Over het bereiken van doelgroepen met een lagere sociaaleconomische status geeft hij aan dat de aanpak in Friesland niet heel specifiek op deze groep gericht is, omdat deze relatief groot is. Mensen met een lage SES komen vaak in beeld via thema's als laaggeletterdheid of digitale vaardigheden. Hoewel er voorzieningen zijn, zoals minimaregelingen, blijkt het voor deze groep vaak moeilijk om daar gebruik van te maken, onder andere door schaamte of een gebrek aan kennis ervan. Opvallend is wel dat mensen met een lage SES vaak beschikken over een breed sociaal netwerk volgens de Vries.

De samenwerking tussen gemeenten en de GGD in Friesland is over het algemeen goed. De GGD wordt gezien als uitvoerende partij van de gemeenten en wordt door hen gefinancierd. Er vindt structureel overleg plaats, bijvoorbeeld via de Bestuurscommissie Gezondheid, waarin wethouders en GGD samenkomen. De GGD geeft zowel gevraagd als ongevraagd advies en ontwikkelt zich volgens De Vries steeds meer tot een kennisorganisatie. Deze ontwikkeling wordt mede gestimuleerd door het IZA en de Friese Preventie Aanpak. De expertise van de GGD wordt betrokken bij beleid op het gebied van leefomgeving, participatie en armoede, al gebeurt dit nog niet altijd vanuit een samenhangende visie op positieve gezondheid.

De Vries heeft veel vertrouwen in de Friese Mienskip Oanpak (FMO). Hij hoopt dat dit gedachtegoed verder verankerd wordt in het uitvoeringsplan van het Regio Plan Friesland. Volgens hem ligt de kracht van Friesland in de mienskip (de gemeenschap) waarin mensen omkijken naar elkaar. Toch benadrukt hij dat dit niet voldoende is; ook professionele zorg- en welzijnsorganisaties blijven onmisbaar.

Wat betreft de financiering van preventie merkt De Vries op dat dit complex is, omdat preventie zich vooral terugverdiend in de zorg, die op een andere manier is georganiseerd en gefinancierd. Kortom: Hoe breng je de besparing in beeld van zorg die niet of minder geleverd hoefde te worden door preventie? Preventieve investeringen worden vaak gezien als extra kosten voor de overheid, terwijl de baten pas op langere termijn zichtbaar worden. Hij pleit daarom voor een fundamentele verschuiving van 'zorg' naar 'gezondheid en welzijn'. Hoewel deze visie ook in het IZA wordt onderschreven, blijft structurele financiering voor preventie uit. Dat maakt het lastig om een sluitend verdienmodel te ontwikkelen, omdat voorkomen van zorgkosten zich niet direct vertaalt in lagere cijfers.

De vergrijzing en het toenemende personeelstekort in de zorg maken het volgens De Vries noodzakelijk om de sociale basis en zelfredzaamheid te versterken. Dit geldt in het bijzonder voor ouderen met een lagere SES, die vaak wel beschikken over een groot sociaal netwerk dat informele hulp kan bieden. Hij is kritisch op het huidige pensioenbeleid, waarbij ouderen na hun 67e verplicht worden om te stoppen met werken. Hij pleit ervoor dat vitale ouderen, als zij dat willen, langer betaald aan het werk kunnen blijven, in plaats van uitsluitend als vrijwilliger actief te zijn.

Tot slot schetst hij een ideaalbeeld van samenwerking tussen gemeenten en GGD in het terugdringen van gezondheidsachterstanden bij het ouder worden. Deze samenwerking zou volgens hem samen met welzijnsorganisaties en andere maatschappelijke partners (zoals sport- en cultuurverenigingen en vrijwilligers) vorm moeten krijgen op provinciaal niveau. Hij ziet, in navolging van Denemarken, community

centers in alle grote dorpen en steden als ideaal: plekken waar ouderen samenkomen en waar verschillende diensten aanwezig zijn, zoals de GGD, ergotherapeuten of hulp bij formulieren. Zo'n aanpak moet landelijk gecoördineerd worden om versnippering te voorkomen. De GGD kan hierin een belangrijke rol spelen, mede dankzij de aandachtsfunctionarissen voor GALA/FrIZA die via de FPA/GGD inmiddels aanwezig zijn op gemeentehuizen. Een goede samenwerking tussen GGD en welzijn is volgens hem essentieel, al verloopt deze niet altijd soepel, mede omdat welzijn niet als wettelijke taak wordt gezien en onder druk staat door bezuinigingen bij de gemeenten.

G. Samenvatting interview Julia Smid (GGD Fryslân)

Geïnterviewde: Julia Smid

Datum: 20 mei 2025

Uitgevoerd door: N.C. Sanders

Doel van het interview: Inzicht krijgen in hoe de gemeente De Fryske Marren, samen met de GGD, werkt aan vitaal ouder worden.

Goedkeuringsverklaring: Deze samenvatting van dit interview is goedgekeurd door Julia Smid

Julia werkt aan het thema vitaal ouder worden binnen de gemeente De Fryske Marren, naar aanleiding van een inventarisatie door de GGD. Vanuit de GGD werd het idee geopperd bij de gemeente, die vervolgens instemde en het initiatief verder oppakte. Julia helpt mee bij de ontwikkeling van de uitvoeringsagenda van het beleidskader wonen-welzijn-zorg.

Het traject staat nog in de kinderschoenen. Julia heeft het idee dat er waardering voor de gezondheidsbevorderaars is binnen de gemeente, daarom worden ze ook actief betrokken. Julia ervaart dat ze inspraak heeft. In sommige gemeenten is dat misschien anders. Sommige taken zoals valpreventie zijn in andere gemeenten niet belegd bij de GGD maar bij de beleidsadviseurs van de gemeente zelf.

Samenwerking met welzijnsorganisaties en wijkteams verloopt regelmatig. Soms is er wat frictie of weerstand, maar ze werken toch veel praktisch samen aan thema's als valpreventie en overgewicht. Verbeterpunten ziet Julia vooral in het structureel maken van beweegaanbod na een valpreventie interventie, en met betrekking tot vitaal ouder worden, meer aandacht voor het waardeerperspectief van ouderen. De GGD kan hierin adviseren, verbinden en coördineren. Uitbreiden naar een uitvoerende rol voor de GGD ziet Julia niet in de toekomst.

Binnen Friesland is De Fryske Marren een van de eerste gemeenten met een gezondheidsbevorderaar in deze rol. In Heerenveen werkt Melanie Meyer ook op het thema vitaal ouder worden, maar met andere taken. Tot slot merkt Julia op dat het scholingsaanbod voor gezondheidsbevorderaars binnen de GGD beperkt is.

H. Samenvatting interview Cristien Bajema (gemeente Leeuwarden)

Geïnterviewde: Cristien Bajema

Datum: 22 mei 2025

Uitgevoerd door: N.C. Sanders

Doel van het interview: Inzicht krijgen in WMO-implementatie in Leeuwarden, de rol van stressvolle levensgebeurtenissen bij ouderen en samenwerking met de GGD.

Goedkeuringsverklaring: Deze samenvatting van dit interview is goedgekeurd door Cristien Bajema

Cristien Bajema vervult een brede, coördinerende rol als senior beleidsadviseur Wmo in Leeuwarden. Ze houdt zich bezig met diverse domeinen zoals aanvullende ondersteuning (specialistische begeleiding en dagbesteding), cliëntvervalsingsonderzoek en onafhankelijke cliëntondersteuning. Ze werkt nauw samen met uitvoerende partijen en is betrokken bij het Integraal Zorg Akkoord en het Gezond en Actief Leven Akkoord.

Ze zet zich o.a. in voor valpreventie, dementiezorg en het betrekken van migrantenouderen bij dagactiviteiten. Eenzaamheid is een belangrijk speerpunt, onder meer via het project Over de drempel. Ze signaleert dat migrantenouderen en digitaal minder vaardige mensen moeilijker bereikt worden. Huisbezoeken zijn intensief; sleutelpersonen en wijkgerichte aanpakken lijken effectiever.

De Wmo scoort in Leeuwarden goed op de toegang en kwaliteit van de Wmo ondersteuning. Aandachtspunten zijn meerdere toegangen voor de Wmo en iets mindere vindbaarheid van Amaryllis (sociaal wijkteam en welzijnsorganisatie). Wachtlijsten zijn relatief kort, maar afhankelijk van personeel en systemen.

Cristien benadrukt het belang van preventie in de tweede levensfase, maar geeft aan dat structurele financiering daarvoor ontbreekt. Over samenwerking met de GGD is ze iets terughoudend: advies moet concreet en afgestemd zijn op wat er lokaal al gebeurt. Ze ziet meerwaarde als gezondheid integraal in gemeentelijk beleid wordt meegenomen, maar vindt dat dit beter werkt via interne collega's dan via externe advisering.

I. De volledige SRRS-tabel: toelichting hoofdstuk 1.4

Tabel 12: De Social Readjustment Rating Scale (SRRS), ontwikkeld door Holmes en Rahe (1967).

Levensgebeurtenis	Eenheden
Overlijden van een partner of kind	100
Echtscheiding	73
Huwelijkse-relatie scheiding	65
Gevangenisstraf	63

Overlijden van een naast familielid	63
Persoonlijk letsel of ziekte	53
Trouwen	50
Ontslag van werk	47
Huwelijkse verzoening	45
Pensionering	45
Verandering in gezondheid van een familielid	44
Zwangerschap	40
Seksuele problemen	39
Krijgen van een nieuw gezinslid	39
Veranderingen in werk / bedrijf	39
Veranderingen in financiële situatie	38
Dood van een goede vriend(in)	37
Verandering in werkzaamheden	36
Communicatieproblemen met partner	35
Grote hypotheek	32
Afscherming van hypotheek of lening	30
Veranderingen in verantwoordelijkheden op werk	29
Kind uit huis	29
Problemen met schoonfamilie	29
Uitstekende persoonlijke prestatie	28
Echtgenote start of stopt het werk	26
Begin of einde schooljaar	26
Veranderingen in woon- / leefomstandigheden	25
Veranderingen van persoonlijke (leef)gewoonten	24
Problemen met leidinggevende / collega's op werk	23
Veranderingen in werktijden of voorwaarden	20
Wijziging van verblijfplaats / verhuizen	20
Verandering van school	20

Veranderingen in recreatie / hobby	19
Veranderingen in kerkelijke activiteiten	19
Verandering in sociale activiteiten	18
Kleine hypotheek of lening aangaan	17
Verandering in slaapgewoonten	16
Verandering in aantal familiebijeenkomsten	15
Verandering van eetgewoontes	15
Vakantie	13
Feestdagen	12
Kleine overtreding van de wet	11

J. Casestudies: toelichting hoofdstuk 4

Onderstaande voorbeelden beschrijven verschillende lokale en regionale initiatieven gericht op het ondersteunen van inwoners, vaak in samenwerking tussen gemeenten, GGD'en, zorg- en welzijnsorganisaties. De initiatieven richten zich op het bevorderen van fysieke en mentale gezondheid, het versterken van sociale netwerken en het vroeg signaleren van risico's. Dit zijn allemaal relevante elementen in de context van stressvolle levensgebeurtenissen bij 50-plussers.

Fittesten Bloeizone Grou

In het Friese dorp Grou werden 75-plussers door hun huisarts uitgenodigd voor een fittest, georganiseerd door Bloeizone Grou²⁰³⁰ in samenwerking met BV Sport en de Hanzehogeschool. Tijdens de test werden onder andere knijpkracht, beenkracht en valrisico gemeten, evenals leefstijlgewoonten. Na afloop konden deelnemers terecht op een Gezondheidsmarkt voor informatie en vervolgstappen (Grou²⁰³⁰, 2024).

De opzet richt zich op vroegsignalering en activering in een kwetsbare levensfase. Hoewel fysieke gezondheid centraal staat, ontbreekt expliciete aandacht voor mentale gezondheid. Een gesprek op basis van het gedachtegoed van Positieve Gezondheid zou het concept kunnen versterken, evenals uitbreiding naar de 50- tot 75-jarigen die vaak ook met ingrijpende veranderingen te maken krijgen (bijvoorbeeld pensionering of mantelzorgtaken).

Aansluiting bij stressvolle gebeurtenissen: Matig, kansrijk bij uitbreiding naar jongere ouderen, mentale gezondheid en veerkracht.

Type preventie: Selectief preventief, collectief georganiseerd.

Werkzame elementen: Vertrouwde toegang via huisarts, lokale verankering, laagdrempelige opvolging.

Fittesten Sport Fryslân

In de provincie Friesland organiseert Sport Fryslân fittesten, met name voor de doelgroep ouderen. Gemeenten kunnen Sport Fryslân inschakelen voor de uitvoering. De test wordt gevolgd door een adviesgesprek en een doorverwijzing naar lokaal beweegaanbod (Sport Fryslân, z.d.-a). De fittesten hebben een mogelijkheid om uitgebreid te worden met het concept van Positieve Gezondheid (Sport Fryslân, z.d.-b).

Hoewel de frequentie van deze testen beperkt is, kunnen ze dienen als laagdrempelige ingang tot gesprek over bredere gezondheidsvragen. Voorlichting over veerkracht en mentale gezondheid zou het bereik en de impact kunnen vergroten. De fysieke insteek trekt mogelijk meer deelnemers dan een direct aanbod op mentale gezondheid, en biedt dus kansen voor integratie.

Aansluiting bij stressvolle gebeurtenissen: Matig, kansrijk bij integratie mentale gezondheid/veerkracht.

Type preventie: Universeel of selectief, afhankelijk van uitvoering.

Werkzame elementen: Toegankelijkheid, combinatie van testen en advies, samenwerking met lokale beweegaanbieders.

Fryske Mienskip Oanpak

In meerdere Friese dorpen wordt geëxperimenteerd met de Fryske Mienskip Oanpak, een benadering waarbij dorpsbewoners, lokale professionals en gemeenten samen optrekken om de gezondheid en leefomgeving te verbeteren. De aanpak verschilt per dorp, maar kenmerkt zich door maatwerk, participatie en het benutten van lokale kracht. Voorbeelden zijn het inrichten van dorpssteunpunten, gezamenlijk opgezette initiatieven rondom bewegen, ontmoeten of hulp bij geldzaken (Kennislabs NOF, 2025).

Hoewel niet specifiek gericht op 50-plussers, zijn zij vaak actief in de uitvoering én doelgroep van de activiteiten. De aanpak is bij uitstek geschikt om veerkracht in dorpsgemeenschappen te versterken, ook in tijden van stressvolle gebeurtenissen zoals verlies, armoede of toenemende zorgdruk.

Aansluiting bij stressvolle gebeurtenissen: Goed, mits expliciet gekoppeld aan levensfasen en gebeurtenissen

Type preventie: Universeel en selectief, via gemeenschapsgerichte preventie.

Werkzame elementen: Lokale regie, maatwerk, sociale cohesie, integrale aanpak.

Sosjaal en Sun: Lava-methode gesprekken

In de gemeente Súdwest-Fryslân voeren wijkverpleegkundigen, gebiedsteams en vrijwilligers van Sociaal Collectief LAVA (*Life and Vitality Assessment*) gesprekken met 75-plussers tijdens huisbezoeken. Deze gespreksmethode verkent wat goed gaat en wat beter kan in het leven van ouderen, met aandacht voor

onder andere eenzaamheid, participatie en zingeving. De aanpak is bedoeld om tijdig ondersteuning te bieden, en signalen worden gedeeld met betrokken professionals (Sociaal Collectief, 2023).

De aanpak is persoonlijk, vroegtijdig en integraal. Door aan te sluiten bij alledaagse ervaringen van ouderen (zoals verlies van mobiliteit of partner, mantelzorgdruk of sociale isolatie), is het zeer geschikt om collectief beleid op te baseren. Het is daarentegen wel kosten- en tijdsintensief. Hierom is het niet geschikt als universele aanpak voor 50+ zonder veel opschaling of aanpassing.

Aansluiting bij stressvolle gebeurtenissen: Goed, sluit goed aan bij stressoren.

Type preventie: Selectieve preventie, proactief georganiseerd.

Werkzame elementen: Vertrouwde huisbezoeken, participatieve benadering, verbinding sociaal en medisch domein.

Gezondheidsrace Laarbeek

In de Brabantse gemeente Laarbeek organiseerden inwoners een competitie tussen dorpen onder de titel Fitste Kern van Laarbeek. Gezondheidsteams, bestaande uit inwoners, organiseerden meer dan honderd activiteiten op het gebied van bewegen, voeding en sociaal contact. De race was een burgerinitiatief met ondersteuning van GGD Brabant-Zuidoost en de gemeente (Dijkema, 2012).

Hoewel het accent ligt op leefstijl en gemeenschapszin, is er geen specifieke koppeling met levensgebeurtenissen of risicogroepen. Toch kan het sociale karakter indirect bijdragen aan veerkracht, door mensen met elkaar te verbinden en te activeren.

Aansluiting bij stressvolle gebeurtenissen: Beperkt, indirect via sociale verbinding en activering.

Type preventie: Universeel.

Werkzame elementen: Eigenaarschap bij burgers, dorpscohesie, positieve benadering.

Mentale Gezondheidsnetwerken

In het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) worden vanaf 2025 in heel Nederland Mentale Gezondheidsnetwerken uitgerold. Hierin werken huisartsen, GGZ-instellingen en het sociaal domein samen aan een brede en laagdrempelige aanpak van mentale problematiek, vaak in samenhang met armoede, huisvesting of werk (Mentale gezondheidsnetwerken, z.d.).

Hoewel het een belangrijke infrastructuur biedt voor samenwerking in het sociaal domein, is deze aanpak vooral reactief, mensen moeten zichzelf melden of worden verwezen. Het is dus geen universele of collectieve aanpak.

Aansluiting bij stressvolle gebeurtenissen: Goed, maar mist proactieve of laagdrempelige benadering.

Type preventie: Selectieve en geïndiceerde preventie.

Werkzame elementen: Samenwerking sociaal-medisch, triage in context, integrale ondersteuning.

Reablement

Reablement betekent herstel. Daarom richt het Deense Reablement-model zich op het versterken van de zelfredzaamheid van oudere mensen door tijdelijk en intensief in te zetten op begeleiding en training in plaats van langdurige zorg te bieden. In plaats van direct huishoudelijke hulp of thuiszorg te verstrekken, wordt samen met de oudere bekeken wat zij nog zelf kunnen leren of hervatten (Andersson, Elffers & Felix, 2022). De aanpak is inmiddels breed ingebed in het Deense zorgbeleid en richt zich met name op mensen van 65 jaar en ouder, maar is in essentie ook toepasbaar bij jongere ouderen vanaf 50 jaar die tijdelijk kwetsbaar zijn door een stressvolle levensgebeurtenis. Echter, de focus ligt sterk op herstel van functionele zelfstandigheid na achteruitgang, dus niet zozeer op brede veerkracht of mentale weerbaarheid bij alledaagse levensgebeurtenissen op middelbare leeftijd. Voor de doelgroep 50+ die te maken krijgt met andere stressoren (pensioen, scheiding, mantelzorg), is dit model minder passend zonder aanpassing.

Reablement is individueel gericht, maar ingebed in een collectieve visie: zelfredzaamheid is een publieke waarde, ondersteund door gemeenten. Interessant als principe (activeren i.p.v. verzorgen), maar te beperkt voor brede, collectieve preventie rond levensgebeurtenissen bij 50-plussers.

In Friesland wordt Reablement al gebruikt door de thuiszorg, onder andere door ZuidOostZorg (ZuidOostZorg, z.d.). Daarnaast is de gemeente Smallingerland ook bezig met Reablement, maar dan het ZonMw-programma. Hierin wordt onderzocht hoe Reablement kan worden ingezet vóór er een zorgvraag is ontstaan. Ze beogen hiermee bewustwording onder ouderen over de veranderingen in de zorg en hopen hiermee mensen aan het denken te zetten over hun eigen zelfredzaamheid (ZonMw, z.d.). In dat geval zou Reablement wel een geschikte manier zijn als preventieve maatregel.

Aansluiting bij stressvolle gebeurtenissen: Goed, mits aangepast aan bredere levensgebeurtenissen.

Type preventie: Geïndiceerde/selectieve preventie, collectief georganiseerd.

Werkzame elementen: Tijdelijke begeleiding, activerend in plaats van verzorgend, gericht op functioneren en herstel.

K. Takenoverzicht van de GGD Fryslân: toelichting hoofdstuk 5.1

Verantwoordelijkheid	Specifieke taken
Wettelijke taken GGD die direct belegd zijn bij GGD Fryslân via de GR	- Beleidsadvisering - Preventieprogramma's - Ouderengezondheidszorg - Analyse van en inzicht in de gezondheid - Infectieziektebestrijding - Medische milieukundige zorg

	- Technische hygiënezorg - Toezicht kinderopvang - Gezondheidsonderzoek bij rampen - Psychosociale hulp bij rampen - Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
Andere wettelijke taken (van gemeenten) die direct belegd zijn bij GGD Fryslân via de GR	- Jeugdgezondheidszorg - Lijkschouw
Wettelijke en overige taken van derden (gemeenten of andere organisaties) die op andere wijze provinciaal belegd zijn bij GGD Fryslân	- Openbare geestelijke gezondheidszorg - Verkennend onderzoek en 'horen' - Bevolkingsonderzoek - Publieke gezondheid asielzoekers - Forensische geneeskunde - Reizigers- en beroepsvaccinaties
Wettelijke en overige taken die GGD Fryslân uitvoert voor individuele gemeenten of organisaties	- Pedagogische dienstverlening - Toezicht Wmo - Gezonde school traject - Jongeren op gezond gewicht regisseur - KIES voor het kind - Preventieve logopedie - Vertrouwenspersoon - Voorzorg - Sociaal Medische advisering - Toeleiding voor- en vroegschoolse educatie - Casemanagement Integrale vroeghulp

L. Nationale beleidsakkoorden: toelichting hoofdstuk 5.2

Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO): 2022-2026

WOZO is hét programma dat direct gericht is op de transitie naar zelfstandig, vitaal ouder worden. Het uitgangspunt is: zelfstandig als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan. Dit vraagt om vroegtijdige ondersteuning, bevordering van zelfredzaamheid en aandacht voor preventie, zoals het stimuleren van een gezonde leefstijl en sociale participatie. Voor deze genoemde actielijnen is over de periode van vijf jaar 770 miljoen beschikbaar gemaakt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022b).

De werkagenda Gezond ouder worden van de Friese Werkagenda (2024) sluit nauw aan op de doelen van WOZO. De GGD is betrokken bij het bevorderen van vitaliteit en samenredzaamheid onder ouderen. Ze worden meegenomen in de integrale aanpak tussen wonen, welzijn en zorg, inclusief woonzorgvisies per gemeente.

Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA): 2023-2026

GALA versterkt het lokale gezondheidsbeleid en geeft gemeenten extra middelen en verantwoordelijkheden voor preventie (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023a). Ouderen zijn expliciet een doelgroep binnen het akkoord, met specifieke ketenaanpakken zoals:

- Valpreventie: Gericht op het voorkomen van valincidenten bij ouderen.
- Welzijn op Recept: Bevordert sociale betrokkenheid en mentaal welzijn.
- Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI): Voor volwassenen en ouderen met (risico op) overgewicht.

Andere ketenaanpakken zijn Kansrijke start en Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen. De GGD is een actieve uitvoerder binnen de GALA-opgaven in gemeenten. Specifieke programma's zijn; Nuchtere Fries en Nuchter over Gewicht (aanpak overmatig alcoholgebruik en overgewicht) (FrIZA, 2024). GALA bouwt voort op eerdere akkoorden en stimuleert een integrale aanpak, met oog voor kwetsbare groepen. Het Rijk biedt een Brede Specifieke Uitkeringsregeling (SPUK) voor gemeenten voor sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en de sociale basis. De SPUK voor het GALA zal na 2026 stoppen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023b) en dat biedt onzekerheid.

Integraal Zorgakkoord (IZA): 2022-2027

Dit akkoord benadrukt het belang van passende, toekomstbestendige zorg, met meer focus op preventie en samenwerking. Voor ouderen betekent dit: minder medische zorg waar mogelijk, meer ondersteuning in de leefomgeving. IZA sluit aan bij WOZO en GALA en stimuleert regionale netwerken rondom ouderenzorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2022a).

De GGD Fryslân is actief partner binnen de uitvoering van het IZA in Friesland (FrIZA). In het FrIZA werkt de GGD met zorgpartijen, gemeenten, zorgverzekeraars en andere regionale partners. Ze werken aan de vier prioritaire opgaven: kansrijk opgroeien, gezond ouder worden, mentale gezondheid & veerkracht, en toekomstbestendige medisch specialistische zorg. Ze zijn betrokken bij alle vijf fundamenteën: sociale basis, eerste lijn, arbeidsmarkt, digitalisering, en inwonersparticipatie. GGD neemt deel aan coalities en netwerken, en is (mede)verantwoordelijk voor domeinoverstijgende samenwerking en collectieve preventie (FrIZA, 2023). De grootste invloed ligt bij kansrijk opgroeien & gezond leven, en sociale basis. Voor gezond ouder worden heeft GGD meer een ondersteunende rol en is ze minder zichtbaar op de wonen/zorg-logistiek en juist meer op omgeving en gezondheid.

Landelijke Nota Gezondheidsbeleid: 2020-2024

Stelt gezondheid centraal in alle beleidsdomeinen (Health in All Policies). Dit is relevant voor ouderen, omdat gezondheidswinst vaak wordt geboekt buiten de zorg, zoals via wonen, armoedebestrijding of sociale verbinding. De nota stimuleert domeinoverstijgende initiatieven zoals ouderennetwerken, zingeving en regie bij het ouder worden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020). Hoewel de nota voor 2025 nog niet is gepubliceerd, zal dit voortbouwen op de domeinoverstijgende aanpak voor volksgezondheid (Karremans, 2024).

Nationaal Preventieakkoord (NPA): 2018

Richt zich weliswaar op roken, alcohol en overgewicht in brede zin, maar raakt ook ouderen via leefstijlinterventies (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Toch blijkt uit RIVM-rapporten dat zonder aanvullende maatregelen de gestelde doelen niet worden gehaald (RIVM, 2024). De GGD Fryslân draagt actief bij aan de uitvoering met programma's zoals Rookvrije Generatie Fryslân en NIX18. Daarbij ondersteunen ze gemeenten in het realiseren van rookvrije omgevingen en het terugdringen van alcohol- en drugsgebruik (FrIZA, 2024).

Omgevingswet: 2024

Vanaf 2024 is de Omgevingswet in werking getreden. Het maatschappelijke doel van de Omgevingswet is het creëren van een veilige en gezonde fysieke leefomgeving van goede kwaliteit. Hierbij komt er meer nadruk op gezondheid dat wordt meegenomen in omgevingsbeleid. De GGD kan hierin meedenken over een omgevingsvisie of -plan van de gemeente (GGD GHOR Nederland, 2024).

Toekomstige plannen

Als aanvulling op het IZA komt het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Deze had eigenlijk 1 januari 2025 in moeten gaan. Hierin wordt de onderlinge samenwerking vastgelegd tussen ouderen- en wijkzorg, eerstelijnszorg en het sociaal domein. Voor nu is het AZWA uitgesteld omdat de zorgpartijen vinden dat er vanuit het huidige kabinet te weinig financiering wordt uitgetrokken om het succesvol uit te voeren (Baltesen, 2025). Parallel aan het AZWA wordt ook gewerkt aan het Hoofdlijnenakkoord Ouderen (HLO), deze bouwt voort op het WOZO, met een aantal aanvullingen en enige verschillen. Hierin komt meer focus op mantelzorgers, passende zorg en reablement. Het stuklopen van het AZWA heeft ook gevolgen voor het HLO. De resultaten van het HLO akkoord zouden namelijk worden meegenomen in het AZWA.

Gemeenten mogen zich dus gaan voorbereiden op een zogenoemd 'ravijnjaar' die ze te wachten staat in 2026. Naast het aflopen van een aantal akkoorden, zou er voor gemeenten ook nog een bezuiniging komen van 2,4 miljard (VNG, 2025a). Later is er wel (t/m 2027 cumulatief) 3 miljard vrijgemaakt voor gemeenten om onder andere jeugdzorguitgaven te dekken en om de terugval in het gemeentefonds te dempen (VNG, 2025b).

M. Gemeentelijke ondersteuning bij stressvolle levensgebeurtenissen: toelichting hoofdstuk 5.5

Gemeenten spelen een belangrijke rol in het ondersteunen van inwoners die te maken krijgen met stressvolle levensgebeurtenissen. Ze doen dit via wijk- of gebiedsteams die hulp bieden op het gebied van maatschappelijke ondersteuning (Wmo), financiële problemen en welzijnswerk. Deze teams zijn het eerste aanspreekpunt voor inwoners en werken samen met lokale organisaties om passende hulp te bieden.

Gemeenten ontvangen van het Rijk middelen om onder andere kosteloze schuldhulpverlening aan te bieden (Rijksoverheid, 2019).

Verlies en rouw

Bij een overlijden wordt dit doorgaans gemeld bij de gemeente, meestal door een begrafenisondernemer. Een doktersverklaring is nodig om een overlijdensakte te verkrijgen (Wijzer in geldzaken, z.d.). Hoewel het administratieve proces vastligt, zou de gemeente ook informatie kunnen verstrekken over rouwverwerking en begeleiding, bijvoorbeeld via welzijnsorganisaties.

Echtscheiding

Een echtscheiding moet binnen zes maanden na de uitspraak bij de gemeente worden gemeld (Gemeente Leeuwarden, z.d.). De gemeente verzorgt de administratieve afhandeling, maar verwijst in sommige gevallen ook door naar aanvullende hulp of begeleiding via het gebiedsteam of welzijnsorganisaties. In de meeste gevallen is dit gericht op ouders met kinderen. Hiervoor is sinds 2018 het programma Scheiden zonder Schade opgericht om de schade bij de kinderen te voorkomen bij een heftige scheiding tussen de ouders (Ministerie van Justitie en Veiligheid, z.d.). Voor oudere volwassenen of ouders met kinderen van volwassen leeftijd is er minder ondersteuning bekend of beschikbaar.

Mantelzorgondersteuning

Gemeenten bieden ondersteuning aan mantelzorgers via lokale welzijnsorganisaties, zoals Amaryllis in Leeuwarden. Zij organiseren onder meer lotgenotenactiviteiten, mantelzorgcafés en speciale dagen voor mantelzorgers (Amaryllis Leeuwarden, z.d.). Daarnaast is het mogelijk om respijtzorg aan te vragen: tijdelijke vervanging van de mantelzorger om overbelasting te voorkomen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.).

Ondersteuning bij ziekte, ouderdom en beperking

Via de Wmo kunnen inwoners ondersteuning krijgen bij het dagelijks functioneren, zoals huishoudelijke hulp, een was- en strijkservice of een klussenbus. Gemeenten bieden daarnaast informatie over maaltijdservices en andere praktische hulp (Ministerie van Volksgezondheid, z.d.). In gemeenten zoals Súdwest-Fryslân wordt tevens ingezet op een dementievriendelijke samenleving en zijn er doorverwijzingen naar beweegprogramma's en welzijnsactiviteiten voor ouderen (Gemeente Súdwest-Fryslân, z.d.).

Werkloosheid

Inwoners die werkloos raken, kunnen terecht bij de gemeente voor uitkeringen, toeslagen en begeleiding via een stappenplan. Daarnaast kunnen zij via het gebiedsteam worden doorverwezen naar hulp bij mentale klachten. Regionale Mobiliteitsteams bieden gratis ondersteuning bij het vinden van (nieuw) werk (Ministerie van Algemene Zaken, z.d.).

Financiële problemen

Gemeenten zetten in op vroegsignalering van schulden, bijvoorbeeld in samenwerking met woningcorporaties en zorgverzekeraars. Inwoners kunnen hulp krijgen van budgetcoaches en gebruikmaken

van schuldhulpverleningstrajecten. Gemeenten proberen zo problematische schulden te voorkomen en financiële stabiliteit te bevorderen (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, z.d.).

Eenzaamheid

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2018 het programma 'Eén tegen eenzaamheid' gelanceerd, dat zich richt op het verminderen van eenzaamheid in Nederland. Dit programma stimuleert gemeenten om lokale aanpakken te ontwikkelen en samen te werken met maatschappelijke organisaties. Vanuit de Wmo zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het vormen van deze lokale aanpak van eenzaamheid. De gemeenten vormen als regisseur een lokale coalitie samen met bedrijven, burgers en maatschappelijke organisaties (Eén tegen eenzaamheid, z.d.).

N. Toelichting op de MCA hoofdstuk 7.4

Expertteam voortzetten en versterken als regisseur vitaal ouder worden

Deze strategie scoort goed op structurele borging omdat het Expertteam Ouderen als vast expertisepunt fungeert dat de ouderenpreventie structureel draagt. Ook inhoudelijk is deze strategie sterk: het team kan zich verdiepen in stressvolle levensgebeurtenissen en daar passende interventies voor ontwikkelen.

Daarentegen scoort deze optie laag op financiële haalbaarheid, omdat het Expertteam momenteel op tijdelijke middelen draait en er geen garantie is op structurele financiering. Organisatorisch is de uitvoering haalbaar, maar er zijn risico's zoals afhankelijkheid van een klein team en mogelijk interne spanning over het herprioriteren van middelen. Wendbaarheid en bereik zijn gemiddeld, gezien de focus op een vast team.

Klein expertteam behouden én organisatiebreed versterken

Deze strategie scoort het hoogst over de hele linie en komt als beste optie uit de MCA. Op structurele borging en inhoudelijke effectiviteit scoort deze het maximale: het combineert de kracht van een gespecialiseerd team met brede interne verankering.

Ook organisatorische uitvoerbaarheid is goed, mits er voldoende afstemming en coördinatie is. Bereik en schaalbaarheid zijn sterk doordat zowel gemeenten als interne collega's worden betrokken. De financiële haalbaarheid is niet optimaal, want het vraagt wel om enige investering. Wendbaarheid scoort goed omdat het model flexibel is bij veranderende omstandigheden.

Geen Expertteam, maar wettelijk taken breed intern borgen

Deze strategie scoort het hoogste op financiële haalbaarheid, doordat er geen afhankelijkheid meer is van extra middelen; bestaande rollen en taken worden uitgebreid. Ook is het organisatorisch relatief makkelijk uitvoerbaar, zeker als er draagvlak en sturing is.

Tegelijkertijd zijn er belangrijke aandachtspunten: structurele borging is redelijk, maar er bestaat een risico op versnippering van kennis. Inhoudelijke effectiviteit scoort lager, omdat zonder gespecialiseerd team de

diepgang van interventies kan afnemen. Bereik is beperkt, omdat het afhankelijk is van hoe goed individuen hun rol oppakken. Wendbaarheid is redelijk goed, aangezien de aanpak flexibel aangepast kan worden.

Regionale werkgroep als netwerkstructuur voor ouderengezondheid

Deze strategie scoort hoog op bereik en schaalbaarheid, omdat het meerdere externe partners zoals welzijn, wonen en vrijwilligersorganisaties activeert. Ook op wendbaarheid/toekomstbestendigheid scoort het goed: het model is aanpasbaar aan regionale behoeften.

Wel is de structurele borging minder vanzelfsprekend, want het is afhankelijk van het commitment van partners. Financieel is de werkgroep redelijk haalbaar, zeker als middelen gedeeld worden met partners. Organisatorisch is het lastiger vanwege de coördinatie en het feit dat de GGD hierin een sturende rol moet aannemen. De inhoudelijke effectiviteit is gemiddeld, omdat de diepgang sterk afhangt van wie meedoet en hoeveel expertise aanwezig is.