

Ouderenpsychiatrie van morgen: oplossings-richtingen voor een toekomstbestendige zorg

G.J. Hendriks, S. Sobczak, M.L. Oudega, H. Jeurig, E. van Exel, D. Rhebergen, R.C. Oude Voshaar

Achtergrond Psychiatrische aandoeningen bij ouderen worden ondergediagnosticeerd en -behandeld, ondanks hun hoge prevalentie en impact op medisch zorggebruik. Door demografische ontwikkelingen en het beperkte aantal gespecialiseerde psychiaters is een op leeftijd gebaseerde ggz-indeling niet toekomstbestendig. Welke oplossingen zijn dat wel?

Doel Beschrijven van oplossingsrichtingen voor een toekomstbestendige ouderenpsychiatrie.

Methode Literatuurbespreking en beschouwing.

Resultaten Toekomstbestendige zorg vraagt om een strategische positionering van de ouderenpsychiater, gericht op diens specifieke expertise op het snijvlak van psychiatrie en somatiek, neurocognitieve stoornissen, psychosociale kenmerken van de derde en vierde levensfase, en zorg rond het levenseinde. Hierbij gaat het om goede positionering voor vroegdetectie en advies in de huisartspraktijk, voor begeleiding bij transitie in de psychosociale context van mensen en transitie van vitaal naar fysiek kwetsbaar in de ggz, en in de somatische zorgketen met het algemene ziekenhuis en verpleeg-/verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT).

Conclusie Voor toekomstbestendige zorg is strategische positionering van de ouderenpsychiater gewenst, evenals investeringen in onderzoek, onderwijs, netwerkzorg en digitale technologie om flexibel in te kunnen spelen op de veranderende zorgvraag.

Het aandeel 65-plussers in Nederland is toegenomen van 12,8% in 1990 naar 20,5% in 2024. Momenteel zijn er drie volwassenen van 20-65 jaar per oudere, maar dit zal tegen 2040 voor de decennia daarna liggen rond de twee per oudere. Daarbij zal de komende 20 jaar binnen de groep 65-plussers het aandeel 80-plussers verdubbelen van 20% naar 40%.¹ Deze demografische veranderingen zullen grote gevolgen hebben voor de leeftijdsopbouw van patiënten die verwezen worden naar de specialistische ggz. Van de bijna 4100 psychiaters in Nederland staan er 'slechts' 248 (6%) bij de NVvP geregistreerd met de interne aantekening 'ouderenpsychiatrie'. Dit staat niet in verhouding tot de demografische ontwikkelingen en de prevalentie van psychiatrische aandoeningen onder ouderen. Simpelweg vasthouden aan een categorale indeling van jeugd – volwassenen – ouderen is niet toekomstbestendig en heeft binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie al geleid tot de ontwikkeling van de 'transitiepsychiatrie'. De demografische ontwikkeling dwingt ons tot een strategie om de verwachte stijging in volume en zorgvraag te managen. Alvorens we een mogelijke oplossingsrichting beschrijven, schetsen we eerst de context met actuele cijfers over prevalentie en zorggebruik en de huidige positionering van de ouderenpsychiatrie.

Prevalentie en zorggebruik

In 2023 zijn de gegevens van de NEMESIS-3-studie gepubliceerd. Hieruit blijkt dat de jaarprevalentie van psychiatrische aandoeningen op oudere leeftijd bijna 14% is, waarbij angststoornissen en depressies het meeste voorkomen, met respectievelijk 8,7% en 4,9%.² De NEMESIS-3-onderzoekers vermelden echter geen gegevens van 75-plussers en van enkele frequent voorkomende psychiatrische aandoeningen, zoals persoonlijkheidsstoornissen (8%), somatisch-symptoomstoornissen (3,8%), posttraumatische stressstoornis (2,8%) en obsessieve-compulsieve stoornis (2,4%).³⁻⁶ Ook het ontstaan van psychose op latere leeftijd blijkt met een incidentie van 2,8% frequent voor te komen.⁷ Ten slotte is de (neuro)psychiatrische comorbiditeit bij dementie geen onderdeel van de gerapporteerde cijfers. De cijfers van de NEMESIS-3-studie zijn dus een onderschatting van de totale prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij ouderen.

In een recente Europese studie, waarbij men een voor ouderen gevalideerde screeningsmethode gebruikte, vermelden de onderzoekers een substantieel hogere jaarprevalentie voor depressies (14%) en angststoornissen (17%) dan de NEMESIS-3-studie.⁸ Daarnaast is het

algemeen zorggebruik van ouderen met psychiatrische aandoeningen hoger vergeleken met gezonde ouderen en in het specifieke geval van depressie zelfs hoger dan bij somatisch kwetsbare ouderen.⁹⁻¹¹ Als we dit plaatsen naast het gegeven dat ouderen met psychiatrische aandoeningen een driemaal hoger risico hebben om niet behandeld te worden dan 18-65-jarigen, dan ligt er een grote uitdaging om enerzijds het gebruik van ggz-voorzieningen te vergroten en anderzijds ondoelmatig zorggebruik te verminderen.¹²⁻¹⁴

Expertise van de ouderenpsychiater

Naast de algemene competenties wat betreft psychiatrische diagnostiek en behandeling (zowel farmacotherapie als psychotherapie) beschikt de ouderenpsychiater over specifieke competenties. De belangrijkste specifieke competenties betreffen:

- de diagnostiek en behandeling van neurocognitieve stoornissen (dementie en delier) alsmede van de hierbij en bij andere neurodegeneratieve aandoeningen (zoals de ziekte van Parkinson en Huntington) frequent optredende neuropsychiatrische symptomen;
- kennis van leeftijdsspecifieke presentatie van psychiatrische aandoeningen (bijv. de somatische presentatie van een ernstige melancholie) in interactie met somatische aandoeningen;
- kennis van de specifieke psychosociale context in de derde (veranderende sociale rollen zoals na pensionering) en vierde levensfase (lichamelijke aftakeling leidend tot functionele beperkingen);
- kennis van het naderend levenseinde;
- interdisciplinaire samenwerking met zowel professionals in de ggz, het sociaal domein, als de somatische gezondheidszorg.

Juist de interactie tussen problematiek op de verschillende biopsychosociale dimensies leidt tot complexe diagnostiek en vereist gepersonaliseerde benadering met goede prioritering in en aanpassing van behandelstappen. Deze complexiteit maakt het vakinhoudelijk uitdagend. Het hebben van meerdere chronische aandoeningen tegelijk (multimorbiditeit) zal bij ouderen toenemend eerder regel zijn dan uitzondering. Dit maakt de zorgvraag waarmee ouderen zich melden complexer. Het vraagt een integrale aanpak van meerdere disciplines in de zorg voor ouderen met psychiatrische aandoeningen. Deze specifieke vaardigheden van de ouderenpsychiater worden echter op verschillende posities in de zorgketen onvoldoende benut. Er is nauwelijks positionering in de huisartspraktijk, in de specialistische ggz bij chronische patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) die ouder worden of jongere patiënten met EPA en ernstige somatische of neuropsychiatrische problematiek, en er is vaak beperkte consultatie, laat staan meebehandeling, voor de verpleeghuissector. Dit is zorgelijk, aangezien het is aangetoond dat specialistische ouderenteams binnen de ggz beter tegemoetkomen aan de behoeften van ouderen met psychiatrische stoornissen dan leeftijdsonafhankelijke, generalistische ggz-teams.¹⁵

Wetenschappelijk onderzoek

Voor zover wij weten, telt Nederland op dit moment 1 lector en 8 hoogleraren met een focus op psychiatrische aandoeningen op oudere leeftijd. Dat staat in schril contrast met de 44 hoogleraren op het gebied van dementie in 2019.¹⁶ Hoewel het wetenschappelijk onderzoek naar psychiatrische aandoeningen bij ouderen geleidelijk toeneemt, blijft de achterstand ten opzichte van het dementieonderzoek onevenredig groot.

Perspectief op de toekomst

We concluderen dat op basis van prevalentie, kosten en actuele status van de ouderenpsychiatrie er werk aan de winkel is om de huidige positionering van de ouderenpsychiatrie toekomstbestendig te maken. We stellen daartoe de volgende oplossingsrichtingen voor.

Gezien de maatschappelijke verwevenheid van psychiatrische aandoeningen met sociaal-maatschappelijk functioneren en ook de interactie met somatische ziekten, is de psychiatrie hét voorbeeldspecialisme van de netwerkgeneeskunde. De ouderenpsychiater zal als netwerkexpert een meer strategische positionering moeten kiezen die verdergaat dan enkel deel uitmaken van multidisciplinaire zorg in de specialistische ggz, te weten:

- Positionering aan de voorzijde van de zorgketen in de huisartspraktijk.
- Positionering in de specialistische ggz op specifieke transitie in plaats van op kalenderleeftijd.
- Positionering binnen de somatische zorgketen.

Positionering in de huisartspraktijk

De onderbenutting van mentale zorg voor ouderen kan enerzijds een gevolg zijn van onderdiagnostiek als gevolg van leeftijdsspecifieke, veranderende fenomenologie en een groter focus op de somatiek en anderzijds negatieve stereotiepe opvattingen over ouderen zoals 'het hoort bij de leeftijd' of 'moeder is te oud om nog te veranderen'.¹⁷⁻²¹

De ouderenpsychiater kan hierin een rol vervullen als consulent in de huisartspraktijk en bijdragen aan vroegdetectie van psychiatrische aandoeningen bij ouderen en het verminderen van stereotiepe opvattingen. Voor de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen bij ouderen zijn psychologische interventies beschikbaar in de huisartspraktijk en bij de eerstelijnspsycholoog. Dit sluit aan bij de voorkeuren van ouderen voor een niet-medicamenteuze behandeling.^{22,23} Een prototypisch model voor de rol van de ouderenpsychiater in de eerstelijnszorg is een geïntegreerde samenwerking met huisarts (en/of specialist ouderengeneeskunde), praktijkondersteuner (POH-GGZ) en eerstelijnspsycholoog. In deze consultatieve rol kan de ouderenpsychiater optreden als diagnosticus en indiceren voor behandeling, waaronder zowel het starten als het saneren van psychofarmacagebruik. Hiermee kan een chronisch beloop en/of verwijzing naar de specialistische ggz beter voorkomen worden.

Positionering in de specialistische ggz

Binnen de specialistische ggz wordt de ouderenpsychiater veelal generalistisch ingezet op (poli)klinieken voor ouderen met psychiatrische aandoeningen en als consulent voor de verpleeghuissector.

Naast generalistische kennis over de grote psychiatrische ziektebeelden heeft de ouderenpsychiater specifieke expertise van neuropsychiatrische problematiek bij patiënten met neurodegeneratieve aandoeningen, waaronder niet alleen de dementieën, maar bijvoorbeeld ook de ziekte van Parkinson of de ziekte van Huntington. Daarnaast beschikt de ouderenpsychiater over bovengemiddeld meer somatische kennis en vaardigheden alsmede kennis en vaardigheden wat betreft somatische presentaties van psychiatrische aandoeningen (bijvoorbeeld bij ernstige melancholische depressies). Dit maakt de ouderenpsychiater uniek in het complexe zorglandschap van de specialistische ggz. Het profiel van de ouderenpsychiater biedt de mogelijkheid om verbindingen te maken met andere zorgonderdelen in de specialistische ggz. Wij stellen een positionering voor op de volgende transities:

- De overgang van fysiek gezond naar fysiek kwetsbaar bij 18-65-jarige patiënten met chronische, gecompliceerde psychiatrische problematiek. De specifieke somatische kennis van de ouderenpsychiater kan benut worden bij patiënten met ontwrichtende, chronisch verlopende psychiatrische problematiek die vaak ook een slechte fysieke gezondheid hebben.
- Binnen de ouderenpsychiatrie zou niet kalenderleeftijd het leidend criterium moeten zijn voor de inzet van de ouderenpsychiater, maar of de problematiek aansluit bij de specifieke kennis en kunde van de ouderenpsychiater. Dit kan zowel te maken hebben met psychosociale transities (pensionering of verlies van zingeving) als de transitie van vitale naar kwetsbare oudere.
- Gezien de gecompromitteerde levensverwachting van mensen met EPA (zie ook de eerstgenoemde transitie) is de interactie van psychiatrische stoornissen in de laatste levensfase een exclusief domein voor de ouderenpsychiatrie. De expertise van de ouderenpsychiater kan in dit geval ondersteunend zijn als het gaat om jongere patiënten met een naderend levenseinde of een doodswens als gevolg van uitzichtloos psychisch lijden.

Positionering binnen de somatische zorgketen

Wij zien een multidisciplinaire, netwerkgerichte benadering met verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), specialistische ggz en algemene ziekenhuizen (met name de afdelingen neurologie, geriatrie en revalidatiegeneeskunde), waarin de ouderenpsychiater een duidelijke, proactieve rol speelt in een constructief en toekomstbestendig model waarbij deze de meer reactieve rol als consulent overstijgt.

Een netwerkbenadering met de VVT borgt een grotere doelmatigheid van de beschikbare zorg, maar vraagt regionale bewustwording en initiatieven. Dit sluit aan op de actuele doelgroepontwikkelingen 'laag volume, hoog

complex' binnen de langdurige zorg in verpleeghuizen, waaronder bijvoorbeeld de ziekte van Huntington, mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), gerontopsychiatrie (feitelijk de gehele ouderenpsychiatrie binnen de VVT), en zeer ernstig probleemgedrag bij dementie (D-ZEP).²⁴ Aangezien de ouderenpsychiater expert is op het gebied van farmacologische, psychologische, systeem- en contextuele interventies, is een duidelijke positionering van de ouderenpsychiater niet alleen gewenst, maar ook noodzakelijk.

Wetenschappelijk onderzoek en opleiding

Onderzoek naar psychiatrische aandoeningen bij ouderen moet een prominentere plaats krijgen in o.a. de onderzoeksprogramma's van de universitaire en TOPGGz-instellingen. Het instellen van een leerstoel ouderenpsychiatrie bij alle medische faculteiten, zoals dat bij de kinder- en jeugdpsychiatrie al het geval is, en goede regionale samenwerkingsverbanden met de grote geïntegreerde ggz-instellingen zijn essentieel om een goede onderzoekstraditie op te zetten en te bestendigen. Wij bepleiten verschillende strategieën om hiernaar toe te werken.

Ten eerste adviseren wij een netwerkoverleg van kernhoogleraren met hoogleraren ouderenpsychiatrie en senior onderzoekers in te stellen met als doel het formuleren van thema's die voor beiden een win-winsituatie realiseren en op basis daarvan een agenda voor de toekomst formuleren. Nieuwe studies kunnen gezamenlijk worden opgezet waarbij men de inclusie niet hoeft te beperken tot 65 jaar uit angst voor ongewenste neveneffecten en bij verwachte interactie met leeftijd de opzet wordt aangepast om dit gestratificeerd te kunnen onderzoeken.

Ten tweede kan men op basis van gemeenschappelijke onderzoeksthema's gezamenlijk subsidies aanvragen.

Ten derde stellen we voor om een consortium te vormen met als doel optimalisatie van implementatie van richtlijnen over de levensloop. Naast gezondheidswinst en verbetering van levenskwaliteit kan dit ook veel zorg- en maatschappelijke kosten besparen. Vooral omdat de opbrengsten van het onderzoek goed aansluiten bij de behoeften van de ouder wordende mens in de klinische praktijk. Een recent voorbeeld laat zien dat een korte, pragmatische behandeling van ouderen met depressie door de POH-GGZ kosteneffectiever is dan gebruikelijke zorg en op de langere termijn € 1500,- aan zorg- en maatschappelijke kosten per patiënt bespaart.²⁵ Bij een landelijke implementatiegraad van 50% zou dit resulteren in 50 miljoen euro besparing per jaar.

Ten slotte bevelen wij aan wat betreft de opleiding tot psychiater om levensloop-, neuropsychiatrische en somatische aspecten van psychiatrische aandoeningen bij ouderen binnen het huidige curriculum uit te breiden met verdiepende keuzemodules voor alle aiossen psychiatrie. Voor aiossen die de aantekening ouderenpsychiatrie willen behalen, dient de verdiepingscursus ouderenpsychiatrie behouden te blijven, evenals de kli-

nische stages, maar met uitbreiding naar positionering van de ouderenpsychiater als netwerkspecialist.

Actuele ontwikkelingen

We bespreken ook twee actuele ontwikkelingen die niet direct betrekking hebben op de rol en de positionering van de ouderenpsychiater, maar die wel relevant zijn voor ons vakgebied.

De rol van digitale technologie

De verwachtingen van digitale technologie en kunstmatige intelligentie bij het verduurzamen van de gezondheidszorg en het vergroten van de efficiëntie ervan zijn hooggespannen. Zorgtechnologie die al op grote schaal is geïmplementeerd binnen de ouderenpsychiatrie betreft bijvoorbeeld valdetectie met sensoren in kamers, woonverblijven en gangen en het vergemakkelijken van communicatie op afstand tussen patiënten en zorgpersoneel. Andere voorbeelden binnen de geriatrie zijn cognitieve trainingen voor het verbeteren van de geheugenprestaties en executieve functies bij ouderen en 'exergaming' om de fysieke conditie van ouderen te optimaliseren.²⁶⁻²⁹

Daarnaast lijkt er een algemeen gezondheids- en welzijnsbevorderend effect te zijn van goede digitale vaardigheden op oudere leeftijd.³⁰ Het Centrum Digitale Inclusie van de Universiteit Twente rapporteerde echter onlangs dat digitale vaardigheden afnemen na het 55ste jaar; dit betekent dat binnen deze leeftijdsgroep een groter deel van de mensen nieuwe ontwikkelingen onvoldoende kan bijbenen.³¹ Dit verzwakt de sociaal-maatschappelijke positie en versterkt het gevoel van uitsluiting bij oudere leeftijdsgroepen, wat negatieve effecten kan hebben op welbevinden en gezondheid. Hierbij is de grootste uitdaging dat ouderen niet op nog grotere achterstand komen te staan als het gaat om hun digitale vaardigheden.

Rol van het sociaal domein

Sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen zijn bij uitstek relevant voor de kwetsbaarsten in onze samenleving, onder wie ouderen met psychiatrische aandoeningen. Het beleid van de overheid is erop gericht om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen en de vereiste zorg waar mogelijk over te hevelen van het medische naar het sociale domein. Ouderen zijn hierdoor toenemend aangewezen op mantelzorg en hun sociale netwerken, die echter door steeds kleinere gezinsverbanden niet zijn meegegroeid met de toenemende behoefte. Daarnaast is de capaciteit van professionele mantelzorgorganisaties beperkt. Deze beperkingen vloeien deels voort uit het feit dat ouderen veelal ervoor kiezen zelfstandig te blijven wonen in hun eigen woning. Deze keuze belemmert de sociaal-maatschappelijke samenhang die past bij de levensfase van ouderen. Het 'oude' verzorgingshuis bood deze samenhang wel in het geval van toenemende kwetsbaarheid en afnemende mobiliteit. Daarnaast bestaat er het risico

van beperkte toegang tot zorg, waar vooral mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen tegenaanlopen. Bovendien was de noodzakelijke zorg efficiënt georganiseerd, namelijk beschikbaar op één locatie. Regionale overheden zijn hier echter wel toenemend mee bezig, zoals te zien is op het platform Zorgsaamwonen, dat zich richt op woonvormen voor fysiek en mentaal kwetsbare mensen, ook op oudere leeftijd, met als doel sociaal-maatschappelijke inclusiviteit te bevorderen (www.zorgsaamwonen.nl).

Conclusie en aanbevelingen

De ouderenpsychiaters acteren in een complexe context. Enerzijds dwingen de demografische veranderingen ons tot uitbreiding van de capaciteit van de specialistische ggz voor ouderen. Het is immers aangetoond dat dit tot betere zorg leidt binnen de specialistische ggz dan leeftijdsonafhankelijke teams kunnen bieden.¹⁵ Anderzijds is de ouderenpsychiater bij uitstek een netwerkspecialist gezien de vereiste intensieve samenwerking met de somatische gezondheidszorg en het leeftijdsspecifieke sociale domein. Dit sluit naadloos aan bij de door KNMG beschreven positionering van de moderne, toekomstbestendige arts als netwerker.³² Deze netwerkfunctie is cruciaal omdat het onmogelijk zal zijn om de demografische veranderingen enkel binnen de specialistische ggz op te vangen.

Het vinden van een goede balans binnen een steeds veranderend zorglandschap vraagt om een flexibele, zich steeds vernieuwende ouderenpsychiater met een focus op vroegdetectie, netwerken en samenwerken, en het optimaliseren van kwaliteit van zorg voor ouderen met psychiatrische aandoeningen, niet alleen in de specialistische ggz, maar ook binnen de verschillende echelons van de (somatische) gezondheidszorg en de langdurige zorg.

Voor een toekomstbestendige ouderenpsychiatrie bevelen wij het volgende aan:

- Versterk het levensloopperspectief in de opleiding tot psychiater door inzet van ouderenpsychiaters met sleutelposities in onderwijs en onderzoek. Dit vergroot de competentie van generalistisch opgeleide psychiaters voor het diagnosticeren en behandelen van vitale ouderen met psychiatrische stoornissen.
- Leid meer ouderenpsychiaters op om adequaat in te kunnen spelen op de toekomstige zorgbehoefte van ouderen met psychiatrische stoornissen in de komende decennia.
- Investeer in geïntegreerde samenwerking in netwerkconstructies met de eerstelijnszorg, VVT en algemene ziekenhuizen. Dit leidt tot betere signalering en behandeling van ouderen met psychiatrische stoornissen,³³⁻³⁶ en vermindert onnodige medische consumptie.

Door ouderenpsychiaters goed te positioneren in de specialistische ggz en op strategische posities als netwerkspecialist in te zetten verbeteren we transities tussen eerste- en tweedelijnszorg, transities van fysiek

gezonder naar fysiek kwetsbaar in de specialistische ggz en transitie aan het eind van de zorgketen in samenwerking met de VVT en de algemene ziekenhuizen. Wij hopen met onze visie over een toekomstbestendige ouderenpsychiatrie het draagvlak hiervoor te vergroten bij zowel de brancheorganisatie GGZ Nederland, de NVvP en andere beroepsorganisaties als ook beleidsmakers van de overheid.

LITERATUUR

- 1 CBS. Bevolkingspiramide. www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingspiramide
- 2 Ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, e.a. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry* 2023; 22: 275-85.
- 3 Schuster JP, Hoertel N, Le Strat Y, e.a. Personality disorders in older adults: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21: 757-68.
- 4 Dehoust MC, Schulz H, Harter M, e.a. Prevalence and correlates of somatoform disorders in the elderly: Results of a European study. *Int J Methods Psychiatr Res* 2017; 26: e1550.
- 5 Reynolds K, Pietrzak RH, Mackenzie CS, e.a. Post-traumatic stress disorder across the adult lifespan: findings from a nationally representative survey. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016; 24: 81-93.
- 6 Heydarikhatay S, Kazemina M, Heydarikhatay N, e.a. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the older person: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2024; 24: 874.
- 7 Vasiladis HM, Pitrou I, Lamoureux-Lamarche C, e.a. Factors associated with late-life psychosis in primary care older adults without a diagnosis of dementia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022; 57: 505-18.
- 8 Andreas S, Schulz H, Volkert J, e.a. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 125-31.
- 9 Bock JO, Brettschneider C, Weyerer S, e.a. Excess health care costs of late-life depression – Results of the AgeMooDe study. *J Affect Disord* 2016; 199: 139-47.
- 10 Bock JO, Hajek A, Weyerer S, e.a. The impact of depressive symptoms on healthcare costs in late life: longitudinal findings from the AgeMooDe Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2017; 25: 131-41.
- 11 Ruiz JG, Rodriguez-Suarez M, Tang F, e.a. Depression but not frailty contributed to a higher risk for all-cause hospitalizations in male older veterans. *Int J Geriatr Psychiatry* 2020; 35: 37-44.
- 12 Gellert P, Lech S, Kessler EM, e.a. Perceived need for treatment and non-utilization of outpatient psychotherapy in old age: two cohorts of a nationwide survey. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 442.
- 13 Pettit S, Qureshi A, Lee W, e.a. Variation in referral and access to new psychological therapy services by age: an empirical quantitative study. *Br J Gen Pract* 2017; 67: e453-9.
- 14 Volkert J, Andreas S, Harter M, e.a. Predisposing, enabling, and need factors of service utilization in the elderly with mental health problems. *Int Psychogeriatr* 2018; 30: 1027-37.
- 15 Abdul-Hamid WK, Lewis-Cole K, Holloway F, e.a. Comparison of how old age psychiatry and general adult psychiatry services meet the needs of elderly people with functional mental illness: cross-sectional survey. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 440-3.
- 16 Alzheimer Nederland. 'Onder dementieprofessoren' biedt totaalbeeld van dementieonderzoek. 2019. www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/onder-dementieprofessoren-totaalbeeld-dementieonderzoek
- 17 Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, e.a. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 275-81.
- 18 Hendriks GJ, Keijsers GP, Kampman M, e.a. Agoraphobic cognitions in old and young patients with panic disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 1155-8.
- 19 Frost R, Beattie A, Bhanu C, e.a. Management of depression and referral of older people to psychological therapies: a systematic review of qualitative studies. *Br J Gen Pract* 2019; 69: e171-81.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Gert-Jan Hendriks, psychiater, bijzonder hoogleraar Behandeling van angststoornissen en depressie bij ouderen, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen; Expertisecentrum 'Overwaal' voor Angst-, Dwangstoornissen & PTSS, Pro Persona, Nijmegen.

Sjacko Sobczak, psychiater, Mondriaan GGZ Ouderen, Heerlen en Maastricht, senior onderzoeker, afd. Neuropsychologie en Psychofarmacologie, faculteit Psychology and Neuroscience, Universiteit Maastricht, lector Dementie, geestelijke gezondheid en gedrag, Hogeschool Rotterdam.

Mardien Oudega, psychiater, medisch bioloog en senior onderzoeker, Polikliniek voor Ouderen en Neuropsychiatrie, GGZ inGeest Mental Health Care, Amsterdam UMC en Amsterdam Neuroscience.

Hans Jeuring, psychiater en onderzoeker, UCP ouderenpsychiatrie, UMCG, Groningen.

Eric van Exel, psychiater, hoogleraar Ouderenpsychiatrie, Vrije Universiteit Amsterdam, GGZinGeest.

Didi Rhebergen, psychiater, senior onderzoeker en A-opleider, GGZ Centraal, Amersfoort.

Richard Oude Voshaar, psychiater, hoogleraar Ouderenpsychiatrie, afd. Psychiatrie, UMC Groningen.

Correspondentie

Prof. dr. Gert-Jan Hendriks (g.hendriks@propersona.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-1-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(2):84-88