



**vLaamse  
OUDERENRAAD**

## **Advies** 2021/3

---

Advies over de beleidsuitdagingen rond psychisch  
welzijn op oudere leeftijd

**17 november 2021**

Vlaamse Ouderenraad vzw — Broekstraat 49-53 — 1000 Brussel — [www.vlaamse-ouderenraad.be](http://www.vlaamse-ouderenraad.be)

## Inhoud

Vooraf.....	3
<b>1. Psychisch welzijn op oudere leeftijd, een bijzonder gediversifieerd verhaal .....</b>	<b>4</b>
1.1. Verlieservaringen, ingrijpende levensgebeurtenissen en zingevingsvraagstukken.....	4
1.2. Psychische aandoeningen op oudere leeftijd .....	8
1.3. Als rode draad: het taboe over psychisch welzijn bij ouderen .....	9
<b>2. Beleidsaanbevelingen .....</b>	<b>11</b>
2.1. Zet in op zichtbaarheid, bewustzijn en bronnen van veerkracht .....	14
2.2. Creëer een grotere alertheid voor signalen van psychisch onwelzijn bij ouderen.....	19
2.3. Maak psychologische hulpverlening laagdrempelig en toegankelijk voor ouderen.....	21
2.4. Bouw gespecialiseerde psychologische hulp op maat van ouderen met een psychiatrische aandoening uit.....	30
2.5. Versterk de aandacht voor psychisch welzijn binnen de residentiële ouderenzorg .....	34
Referenties .....	38

## Vooraf

Psychisch welzijn is een verhaal van alle leeftijden. Elke levensfase brengt eigen uitdagingen mee, die je draagkracht soms te boven kunnen gaan. Ook op oudere leeftijd stellen die uitdagingen zich, vaak in toenemende mate. Met het ouder worden, worden heel wat mensen geconfronteerd met ingrijpende levensveranderingen en verlieservaringen. Denk aan het zwarte gat na de pensionering, langdurige en intensieve mantelzorg, verlies van dierbaren, geconfronteerd worden met je eigen lichamelijke of cognitieve achteruitgang, relatieproblemen, eenzaamheid, levensmoeheid, ... Naarmate die uitdagingen en verlieservaringen toenemen en zich opstapelen, groeit de druk op hun veerkracht en psychisch welzijn.

De cijfers spreken voor zich: op basis van symptomen van psychisch onwelzijn concludeert de Gezondheidsenquête (2018) dat 1 op 5 van de 65- tot 74-jarigen geconfronteerd wordt met psychische problemen. Bij de 75-plussers stijgt dit naar 29,4%. **Dat is bijna 1 op 3.**

En toch stelt de Vlaamse Ouderenraad vast dat er maatschappelijk weinig aandacht naar psychisch welzijn bij ouderen gaat. Op het terrein is hulp op maat amper beschikbaar, en ook beleidsmatig ontbreken er heel wat hefboomen. Om aandacht te vragen voor het psychisch welzijn van ouderen lanceerde de Vlaamse Ouderenraad in oktober 2020 de sensibiliseringscampagne '**Kopzorgen verdienen zorg**'. Voor de Vlaamse Ouderenraad moet iedereen die worstelt met psychisch welzijn kunnen rekenen op gepaste ondersteuning, van een luisterend oor tot psychologische hulp, op elke leeftijd en in elke levensfase.

Met de website [www.kopzorgen.be](http://www.kopzorgen.be) als centraal platform creëerde de Vlaamse Ouderenraad doorheen de campagne zichtbaarheid voor het thema, en stimuleerden we het debat tussen ouderen, deskundigen en professionals over psychisch welzijn op latere leeftijd. Het voorbije jaar bracht de campagne in beeld met welke 'kopzorgen' ouderen worstelen, en welke impact dat heeft. Maar ook hoe belangrijk het is om te kunnen praten over je psychisch welzijn, welk verschil uiteenlopende bronnen van veerkracht kunnen maken en wat psychologische hulp kan betekenen voor ouderen.

Doorheen de uitvoerige gesprekken kregen we zicht op de knelpunten en barrières waar ouderen die worstelen met hun psychisch welzijn op botsen. De noden blijken hoog. Vanuit de inbreng van ouderen, deskundigen en partners van de campagne werkte de Vlaamse Ouderenraad een brede set van beleidsaanbevelingen uit die mee het verschil maken. In dit advies bundelen we het resultaat van dit participatieve traject.

## 1. Psychisch welzijn op oudere leeftijd, een bijzonder gediversifieerd verhaal

In dit eerste luik staan we stil bij de ingrijpende verlieservaringen, levensveranderingen en existentiële vraagstukken waarmee mensen op latere leeftijd geconfronteerd worden. Die dagen hun draagkracht uit en stellen hun veerkracht structureel op de proef. Daarbovenop botsen ze op barrières die deze ervaringen moeilijk bespreekbaar maken. Maatschappelijke kwetsbaarheden, zoals armoede of laaggeletterdheid, kunnen die balans nog meer uit evenwicht brengen.

### 1.1. Verlieservaringen, ingrijpende levensgebeurtenissen en zingevingsvraagstukken

Het voorbije jaar sprak de Vlaamse Ouderenraad met tal van ouderen en deskundigen over de uitdagingen en verlieservaringen waarmee ze geconfronteerd worden. Hieronder bieden we een blik op de meest genoemde bronnen van psychisch onwelzijn naarmate mensen ouder worden.

#### *Fysieke en cognitieve beperkingen*

Naarmate mensen ouder worden kunnen fysieke en cognitieve beperkingen opduiken. Het lichaam en de hersenen worden nu eenmaal ouder. Hoewel dit een normaal verschijnsel is, kan de weerslag op het psychisch welzijn van ouderen groot zijn. Het maakt immers dat dagelijkse activiteiten plots een stuk lastiger of zelfs onmogelijk worden. Denk bijvoorbeeld aan niet langer kunnen autorijden of fietsen, het huishouden niet meer alleen kunnen beredderen of door gehoorproblemen moeite hebben om gesprekken te volgen. Hierdoor komen ook de **zelfstandigheid en onafhankelijkheid van ouderen onder druk te staan**, wat vaak moeilijk is om te aanvaarden.

*“Jan en ik kwamen erachter dat we het soms moeilijk hadden met het ouder worden. Vooral dan met het feit dat door het ouder worden ons lichaam en onze geest niet meer doen wat we zelf zouden willen. [...] De laatste jaren merk ik dat mijn geest minder kan dan vroeger. Ik vergeet af en toe wel eens iets belangrijks en dat is erg vervelend. Ik kan echt woest zijn op mezelf daardoor.” - Nia, 63*

*“Een paar jaar geleden kreeg ik een hersenbloeding en verloor ik een groot deel van mijn zicht. Autorijden en fietsen zijn onmogelijk geworden voor mij. En daar heb ik het erg moeilijk mee.” - Louisa, 75*

#### *Mantelzorg*

Heel wat ouderen nemen met veel liefde een taak als mantelzorger op. Nochtans is het geen evidente rol en worden ze vaak met moeilijkheden geconfronteerd. De **druk op mantelzorgers** kan al te groot worden en hun draagkracht kan onder hoogspanning komen te staan. Zeker als ze de zorg niet kunnen delen, of als er niemand is bij wie ze hun verhaal, hun zorgen en frustraties eens kwijt kunnen. Ondanks

de grote inspanningen die gevraagd worden van mantelzorgers, ervaren ze al te vaak dat er amper aandacht is voor hun psychisch welzijn.

*“Ik heb de laatste zes jaren een zeer moeilijke tijd achter de rug. Mijn man kampt sindsdien met de ziekte van Alzheimer waardoor hij steeds meer begon te vergeten. De laatste jaren herkende ik mijn man praktisch niet meer, omdat hij zo verward en zo gedesoriënteerd sprak over ‘zijn realiteit’. De voorbije jaren ben ik mantelzorgster voor hem geweest, wat geen gemakkelijke taak was.” - M., 83*

*“Mijn partner met een psychische kwetsbaarheid zag ik terug beter worden. Zelf kreeg ik echter weinig steun. Ondertussen is er al veel schade aangericht binnen onze relatie omdat we niet weten hoe ermee omgaan. Ik kan enkel op mezelf rekenen en moet overeind blijven.” - R.S.S., 65*

### Verlies van een dierbare

De meeste ouderen worden vroeg of laat geconfronteerd met het verlies van iemand die hen dierbaar is. Dat **gemis** kan bijzonder zwaar zijn om te dragen. Bij ouderen die hun partner verliezen gaat dit verlies bovendien vaak gepaard met een grote impact op hun eigen identiteit. Doordat je klankbord wegvalt en plots niemand meer in die mate in jouw leven betrokken is, moet je opnieuw leren hoe je in het leven staat als individu zonder partner.

*“Zelf ziek zijn is zwaar om te dragen, maar afscheid moeten nemen van mensen die je graag ziet, die pijn is onbeschrijflijk. Zeker je eigen kind zien sterven, dat is onnatuurlijk.” – Lisette, 85*

*“Wat heel confronterend is, is dat mijn status veranderd is door het verliezen van mijn partner. 50 jaar lang waren we een koppel. Onze namen werden in één adem genoemd, het was altijd Marie-Ange en Eric. Nu ben ik weduwe. Zijn dood dwingt mij om in de spiegel te kijken en mij af te vragen wie ik ben zonder hem. Het is alsof de helft van mij geamputeerd werd en dat ik terug heel moet worden. Dat ik geen contact meer heb met hem, vind ik het ergste. 50 jaar lang hebben we samengeleefd en ons leven op elkaar afgestemd. Eric is nu mijn innerlijke coach. Als ik een beslissing moet nemen, stel ik mezelf de vraag ‘Wat zou Eric doen?’” - Marie-Ange, 73*

### Worstelen met existentiële vragen

Naarmate een groter deel van je leven achter je ligt en de resterende tijd korter en onzekerder voelt, stellen vragen als ‘Wat wil ik nog doen?’ en ‘Wat kan ik nog doen?’ zich steeds nadrukkelijker, terwijl het antwoord soms steeds minder evident wordt of alsmaar minder voldoening geeft. **Zingeving** wordt dan een voortdurende uitdaging. Verlieservaringen stellen dit soms pijnlijk scherp: het gevoel fysiek niet meer te kunnen wat betekenisvol is, je eigenheid te verliezen, je grip over je eigen leven kwijt te raken, ... Het kan leiden tot gevoelens van **existentiële eenzaamheid**.

*“De levensvragen veranderen op zich niet. Maar bij ouderen drukken verlieservaringen meer en meer een stempel op de levensvragen. Het gaat dan om verlies in al zijn facetten: verlies van een partner, van vrienden of zelfs kinderen. Maar ook om de vervaging van toekomstperspectief, het loslaten van een deel van je identiteit wanneer je op pensioen gaat, de achteruitgang van je lichaam, ... Je rouwt om de zaken die niet meer mogelijk zijn.” - An Haekens, psychiater-psychotherapeut Alexianen Zorggroep Tienen*

*“Voor mij is eenzaamheid oud worden en nooit meer gehoord of ernstig genomen worden. Men ziet je niet staan, praat over je hoofd heen en beslist wat schijnbaar goed is voor jou. Terwijl niemand vraagt: ‘wat wil jij?’, ‘waar gaat jouw voorkeur naar?’ of ‘heb je misschien al ervaring met dit of dat?’ Die eenzaamheid sluipt al heel vroeg binnen, zelfs nog voor je helemaal alleen valt zonder partner.” - Degryse, oudere*

Veranderende relaties en onderlinge verhoudingen kunnen existentiële vragen in de hand werken. Door toenemende zorgnoden kan een oudere immers naast een partner, vriend of ouder ook een persoon worden die zorg van zijn naasten nodig heeft. Dit kan de relaties en het mentaal welzijn van de oudere onder druk zetten. Bovendien loert het gevoel een last te zijn voor anderen om de hoek.

#### *Afscheid van de vertrouwde omgeving*

Met het ouder worden kan de woning waar je jarenlang lief en leed in deelde steeds **minder geschikt** blijken. Bijvoorbeeld omdat de woning veel te groot geworden is, niet aangepast is aan toenemende zorgnoden of in slechte staat verkeert. Toch is verhuizen naar een nieuwe plek een moeilijke knoop om door te hakken. Niet alleen heeft de woning vaak een grote emotionele waarde, er is ook een grote vertrouwdheid met de buurt en de mensen die er wonen. Bij een nakende verhuis naar een **residentiële zorgvoorziening** komen bovenop die beladen keuze nog onzekerheden over de kostprijzen en de vrees om slechter af te zijn.

*“Mijn tuin is veel te groot, maar ik kan het huis vol herinneringen aan mijn overleden man niet zomaar achterlaten.” - Frieda, 78*

*“Om naar mijn slaap- en badkamer te gaan moet ik 6 treden nemen. Er is geen leuning. Ik ben eens van dat trapje gevallen. Daarom ga ik nu steeds op handen en voeten de trap op. Om naar beneden te gaan leun ik tegen de muur.” - oudere huurder sociale woning*

*“Ik weet dat ik niet eeuwig in dit groot huis kan blijven wonen en het onderhoud van de tuin wordt ook zwaar. Daar pieker ik vaak over. Ik voel me nog veel te jong voor een woonzorgcentrum, een serviceflat vind ik veel te klein en dan heb ik geen tuin meer. Ik geniet zo van tuinieren en buiten zijn, het is mijn beste medicijn.” - H.R., 77*

*“Omdat het woonzorgcentrum zo duur is wil ik zo lang mogelijk zelfstandig op het appartement blijven wonen. Ik heb altijd gewerkt als secretaresse in een kleine firma en ik heb maar een klein pensioentje, daar maak ik me ook zorgen over, hoe ik dat ga betalen.” - oudere, 80*

### *Ernstige ziekte of dementie*

Ten slotte worden ook heel wat ouderen geconfronteerd met **ernstige ziektes of de manifestatie van dementie**. De impact op het leven van de oudere en zijn of haar naasten is groot. Vanzelfsprekend brengen dergelijke diagnoses heel wat onzekerheid, angst en zorgen met zich mee. Bovendien weet de omgeving van de oudere vaak niet goed hoe ze hiermee moeten omgaan waardoor een groot aantal voorheen nauwe contacten uit het leven van de oudere verdwijnen. De leefwereld van de oudere kan daardoor al snel erg klein worden.

*“Toen ik de diagnose ‘kanker’ kreeg, kreeg ik meteen ook de boodschap dat ik niet meer zou genezen. De eerste vraag die je dan stelt is ‘Hoe lang nog?’ Maar dat kan niemand voorspellen. Die onwetendheid knaagt. [...] Ik word nauwgezet opgevolgd en moet regelmatig langsgaan bij mijn oncoloog. Elke keer weer ga ik daar met een bang hart naartoe.” - Leo, 68*

*“Ik was nog maar 62 jaar, nog maar net op pensioen en gediagnostiseerd met Parkinson en dementie. ‘En nu?’, schoot er meteen door mijn hoofd. ‘Hoe ga ik leven?’, ‘Wat gaat er gebeuren met mijn echtgenote en mijn kinderen?’ Ik had zeer veel kopzorgen.” - Paul, 68*

### *Maatschappelijke kwetsbaarheden*

Ook maatschappelijke kwetsbaarheden hebben een grote impact op het psychisch welzijn van ouderen. Denk bijvoorbeeld aan de steeds snellere **digitalisering** van de samenleving waardoor ouderen het gevoel krijgen niet meer mee te zijn. De stress die een **ontoereikend inkomen** met zich meebrengt. Of de impact van een **slechte woonkwaliteit, een onaangepaste woonomgeving en verdwijnende basisdiensten in de omgeving**. Stuk voor stuk kunnen ze situaties van psychisch onwelzijn in de hand werken.

*“Ik vecht tegen mijn onmacht om me nieuwe computerprogramma’s eigen te maken, en er komen er steeds meer bij. Alles verandert snel. Alles wat ik beheerste wordt vernieuwd, waardoor ik me hopeloos achterop voel geraken. Die digitale onmacht is zo frustrerend. Het is slopend om elke dag opnieuw tegen je grenzen te botsen en ermee geconfronteerd te worden dat je voor alles extra tijd en begeleiding nodig hebt.” - Geertrui, oudere*

*“Mijn vrouw is overleden aan longkanker. Tijdens haar ziekte konden we de hospitalisatie niet betalen, daarom zijn we een lening aangegaan. Toen we ook die lening niet meer konden afbetalen, heeft het OCMW mij doorgestuurd naar een schuldbemiddelaar. Nu zit ik dus in schuldbemiddeling.” - Pierre, 78*

*“Sinds 2018 lekt het dak. Door vocht en schimmel in het plafond en de muren, kan ik de slaapkamers boven momenteel niet gebruiken. Ik heb het probleem al meermaals gemeld, ik heb zelfs de Huurdersbond op de hoogte gebracht. Maar er gebeurt niets.” - oudere huurder sociale woning*

*“De verwarming slaat aan om 7 uur en valt uit om 21 uur. De temperatuur staat automatisch ingesteld op 20 graden. Volgens de sociale huisvestingsmaatschappij is dat kostenbesparend. Maar op koude dagen is het echt niet aangenaam in huis. Ik schaam mij wanneer ik bezoek heb. En als de verpleegster komt, kan ik enkel een lauwe douche nemen.” - oudere huurder sociale woning*

*“Ik zou mijzelf een tevreden huurder durven noemen, tenminste mocht onze woonomgeving wat beter onderhouden worden. De voetpaden tussen de woningen worden omhooggeduwd door de wortelgroei van de bomen. Dat leidt tot gevaarlijke situaties. In onze wijk heb ik al vaak ouderen rechtsomkeer zien maken omdat ze hun rollator niet over de hoge stoeprand konden tillen. Ook zitbanken waar ouderen even kunnen uitrusten, ontbreken in de buurt.” - oudere huurder sociale woning*

## 1.2. Psychische aandoeningen op oudere leeftijd

Op basis van verschillende geregistreerde symptomen van psychisch onwelzijn concludeerde onderzoek (Gezondheidsenquête, 2018) dat **1 op 10** van de 65- tot 74-jarigen een reële kans heeft om een **ernstige psychische aandoening** te ontwikkelen. Bij 75-plussers gaat het om **1 op 6** ouderen. Het gaat hierbij om aandoeningen waarvoor professionele begeleiding aangewezen is. En ook zelfmoordgedachten of een doodswens komen voor op oudere leeftijd. 9,1% van de 50-plussers geeft aan hiermee te worstelen (SHARE, 2019). Verontrustend is bovendien dat hoewel het aantal zelfmoordpogingen afneemt met het ouder worden, het risico op overlijden door zelfmoord net toeneemt. Bij ouderen kennen zelfmoordpogingen dus vaker een fatale afloop (VLESP, 2019).

*“In tegenstelling tot wat sommigen lijken te denken, is het helemaal niet normaal dat een negentigjarige zich lusteloos voelt en geen zin meer heeft in het leven. Ook psychiatrische aandoeningen als een depressie of een angststoornis kunnen ervoor zorgen dat ouderen geen zin meer hebben in het leven. Als zo’n aandoening behandeld wordt, komt de zin om te leven gelukkig meestal wel terug. Het is heel belangrijk om bij een oudere die alle zin kwijt lijkt te zijn, goed te onderzoeken vanwaar die gevoelens komen. Er is zeker niet altijd sprake van een psychiatrisch probleem, maar als dat het geval is, dan gaat het om een ziekte die behandeld kan worden. Ongeacht hoe oud die persoon is. Zelf heb ik verschillende patiënten behandeld die de 90 al voorbij waren en goed hersteld zijn van een zware depressie.” - An Haekens, psychiater-psychotherapeut Alexianen Zorggroep Tienen*



Er bestaat ook een groep van personen die al decennialang worstelen met hun psychische gezondheid. Ze lijden onder ernstige psychiatrische problemen als schizofrenie of verslaving. Deze bijzonder kwetsbare **populatie van personen met een psychiatrische aandoening vergrijst**.

*“Voor mensen met een chronische aandoening als schizofrenie, vraagt een verdere behandeling op oudere leeftijd een bijzondere aanpak. Door de impact van de aandoening doorheen de jaren is er vaak sprake van heel wat lichamelijke en mentale problemen, wat het heel moeilijk maakt om bij een nieuwe crisissituatie goed in te schatten wat er precies aan de hand is.” - An Haekens, psychiater-psychotherapeut Alexianen Zorggroep Tienen*

Vaak hebben deze personen **al een lang traject** binnen de psychiatrische hulpverlening achter de rug, maar blijft hun psychische gezondheid wankel.

*“Ik was klaar met het leven en wilde geen behandeling meer, daarom ben ik een euthanasietraject gestart. De groepstherapieën in het psychiatrisch ziekenhuis waar ik opgenomen ben geweest waren niets voor mij. Misschien bestaat er wel een ondersteuning die op mijn lijf geschreven is, maar ik heb ze in al die jaren niet gevonden. Ik ben opgelucht dat ik nu een plek gevonden heb waar ik over mijn doodsverlangen kan spreken. Door de gesprekken hier heb ik gemerkt dat ik eigenlijk niet dood wil, maar wel nood heb een ander leven. Al wil ik mijn euthanasietraject nog niet definitief stopzetten. Ik wil nog altijd een achterpoortje hebben voor mocht het toch niet meer gaan. Ik wil niet moeten kiezen voor zelfmoord.” - oudere gast Reakiro, 64*

### 1.3. Als rode draad: het taboe over psychisch welzijn bij ouderen

Hoewel psychisch welzijn op oudere leeftijd een bijzonder divers en individueel verhaal is, worden veel van de ervaringen die bovenkomen doorheen de campagne gekleurd door gelijklopende signalen.

Eerst en vooral merken ouderen op dat psychisch welzijn op oudere leeftijd vaak **anders bekeken** wordt. Al te vaak lijken hun verlieservaringen afgedaan te worden als een normaal ouderdomsverschijnsel waar ze simpelweg mee moeten leren leven, zonder hulp of ondersteuning.

*“Hoe ouder je wordt, hoe meer het als normaal beschouwd wordt dat je je partner verliest. Alsof het iets is dat je zomaar moet kunnen aanvaarden en plaatsen. Maar je partner verliezen doet op elke leeftijd immens veel pijn. Bovendien heb je als oudere geen job meer waarop je kunt terugvallen. Ook de kinderen zijn het huis uit. Daardoor is het voor mij elke dag opnieuw zoeken naar een goede reden om uit bed te komen.” - Marie-Ange, 73*

Daarnaast heerst er ook nog steeds een sterk **taboe** tussen ouderen onderling. Veel ouderen zijn beducht voor de reacties van generatiegenoten, gezien de sterke negatieve beeldvorming rond mentaal welzijn in het verleden. Ook leeft er een **grote schroom** om hun familie of naasten lastig te

vallen met moeilijke gesprekken over de zaken waar ze mee worstelen. En volgens sommige ouderen heeft het simpelweg geen zin om over hun gevoelens te praten, ze zijn er immers bij voorbaat van overtuigd dat een gesprek hen niet vooruit zal helpen.

*“Ik merk dat ouderen die maatschappelijke blik internaliseren. Ze durven amper hun verdriet tonen. Zo herinner ik mij een vrouw van 84 die een tijd geleden deelnam aan een ontmoetingsmoment van ConTempo. Na de sessie liet ze mij weten dat ze niet meer terug zou komen. Ze voelde zich schuldig tegenover de jongere mensen in de groep. In vergelijking met hen mocht ze immers niet klagen, ze had zoveel meer jaren samen met haar man gekregen. Haar verdriet was nochtans niet minder dan dat van een ander. Alsof je je als oudere zou moeten schamen voor je verdriet.” - Hilde Dewitte, educatief medewerker ConTempo*

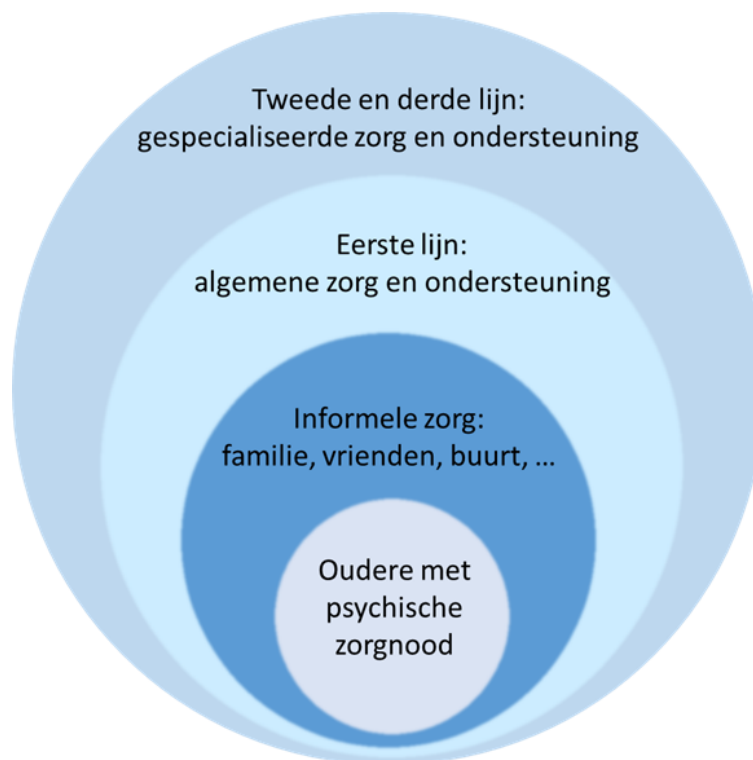
Door het heersende taboe hebben heel wat ouderen het gevoel dat ze **er alleen voor staan**. Ook in onderzoek (Koning Boudewijnstichting, 2020) komt dit naar voor. De cijfers tonen aan dat veel ouderen hun grootste zorgen en angsten niet kunnen delen. 22% van de 60- tot 84-jarigen die niet zorgbehoevend zijn, geeft aan hiermee bij niemand terecht te kunnen. Dat zijn zeer hoge cijfers. De Vlaamse Ouderenraad vreest dat deze percentages bij 84-plussers en bij ouderen die wel zorgbehoevend zijn, nog hoger liggen.

*“Ik mis een schouderklopje of een lief en bezorgd telefoontje. Iedereen is met zijn eigen problemen bezig en wil niet luisteren, terwijl ik altijd een luisterend oor had. Ik voel me nutteloos en heb geen doel meer. Ik heb schrik om alleen oud te worden en te sterven.” - Mieke, 69*

## 2. Beleidsaanbevelingen

In dit laatste luik richten we onze blik op de uitdagingen waar beleid en samenleving voor staan, en de hefboomen om hieraan tegemoet te komen. Als antwoord op de noden die leven in de praktijk schuift de Vlaamse Ouderenraad een brede set aan beleidsaanbevelingen naar voor. Deze richten zich **zowel tot het lokale, Vlaamse als federale niveau**.

We nemen daarbij bewust **alle cirkels van zorg** in ogenschouw. Uiteraard heeft niet elke oudere die kopzorgen ervaart nood aan elke zorgcirkel. Eigen veerkracht, de naaste omgeving en de eerstelijnszorg volstaan voor veel ouderen tijdens moeilijke momenten en ervaringen in het leven. Toch is het belangrijk om ook bij de meer gespecialiseerde tweede en derde lijn van de geestelijke gezondheidszorg stil te staan. Ook op deze niveaus is een toegankelijk en volwaardig zorgaanbod voor wie daar nood aan heeft een basisrecht, **op elke leeftijd en in elke levensfase**.



## Overzicht van de aanbevelingen

### **Zet in op zichtbaarheid, bewustzijn en bronnen van veerkracht**

1. Maak werk van sensibilisering rond psychisch welzijn op oudere leeftijd.
2. Versterk bronnen van draagkracht en veerkracht om psychisch onwelzijn te voorkomen.
3. Voer een structureel beleid om maatschappelijke bronnen van draaglast weg te nemen.
4. Stimuleer ondersteuning rond de voornaamste verlieservaringen.

### **Creëer een grotere alertheid voor signalen van psychisch onwelzijn bij ouderen**

5. Zorg voor meer aandacht voor psychosociaal welzijn van ouderen in de opleiding van zorg- en welzijnsprofessionals.
6. Stimuleer aandacht voor signalen van psychisch onwelzijn bij elke zorg- en welzijnsprofessional.
7. Realiseer een sterkere diagnostiek van psychische problemen bij ouderen.

### **Maak psychologische hulpverlening laagdrempelig en toegankelijk voor ouderen**

8. Zorg voor een transparanter psychologisch hulpverleningsaanbod.
9. Zet ouderen in als ervaringsdeskundige om de drempel naar psychische hulpverlening te verlagen.
10. Voorzie ondersteuning voor de naasten van ouderen met psychische problemen.
11. Stuur het voorschrijfgedrag van huisartsen bij en zorg voor meer gerichte doorverwijzing naar psychologische hulp.
12. Blijf inzetten op multidisciplinaire samenwerking en een sterker casemanagement op het niveau van de eerstelijnszone.
13. Realiseer meer nabijheid in het aanbod van eerstelijnspsychologische hulpverlening voor ouderen.
14. Garandeer een continuering van de taken en rollen die de projecten eerstelijnspsychologische zorg voor ouderen vandaag opnemen.
15. Monitor de RIZIV-conventie die de terugbetaling van eerstelijnspsychologische hulp mogelijk maakt.

16. Versterk de ouderenteams van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.
17. Verzeker de aanwezigheid van een psycholoog met expertise rond ouderen op elke geriatrie ziekenhuisafdeling.

**Bouw gespecialiseerde psychologische hulp op maat van ouderen met een psychiatrische aandoening uit**

18. Trek specifieke expertise rond ouderen binnen in de mobiele 2a en 2b teams.
19. Voorzie voldoende ziekenhuiscapaciteit en een geïntegreerde opvolging van ouderen met een psychiatrische aandoening.
20. Ontwikkel een goed gespreid zorgaanbod voor ouderen met een psychiatrische aandoening.

**Versterk de aandacht voor psychisch welzijn binnen de residentiële ouderenzorg**

21. Realiseer warme, persoonsgerichte zorg en garandeer de nodige aandacht voor het wonen en leven in de woonzorgcentra.
22. Bouw een sterke psychologische functie uit binnen de residentiële ouderenzorg.

## 2.1. Zet in op zichtbaarheid, bewustzijn en bronnen van veerkracht

Hoewel verlieservaringen op oudere leeftijd soms klein lijken, kunnen ze heel confronterend zijn, elke dag opnieuw. Ze hebben een steeds grotere impact op het psychisch welzijn. Zeker de oudste ouderen worden vaak geconfronteerd met een opeenstapeling van verlieservaringen, ingrijpende levensgebeurtenissen en existentiële vragen. Die zorgen en vragen wegen door, al te vaak zonder ze te (kunnen) delen. Daar een antwoord op bieden, begint met meer aandacht, begrip en bespreekbaarheid rond psychisch welzijn van ouderen.

### 1. Maak werk van sensibilisering rond psychisch welzijn op oudere leeftijd.

Verlieservaringen en ingrijpende gebeurtenissen op oudere leeftijd krijgen vaak weinig aandacht. Zowel in de omgeving van individuele ouderen, waar er soms weinig tijd wordt gemaakt om in gesprek te gaan over signalen van psychisch onwelzijn, als in de bredere maatschappij, waar er vaak amper begrip lijkt te zijn voor de impact van verlieservaringen op oudere leeftijd. Daarom pleit de Vlaamse Ouderenraad voor meer **sensibiliseringsinitiatieven rond psychisch welzijn op oudere leeftijd**.

*“Hoe ouder je wordt, hoe meer het als normaal beschouwd wordt dat je je partner verliest. Alsof het iets is dat je zomaar moet kunnen aanvaarden en plaatsen. Maar je partner verliezen doet op elke leeftijd immens veel pijn. Bovendien heb je als oudere geen job meer waarop je kunt terugvallen. Ook de kinderen zijn het huis uit. Daardoor is het voor mij elke dag opnieuw zoeken naar een goede reden om uit bed te komen.” - Marie-Ange, 73*

Zowel oudere als jongere generaties moeten aangesproken worden om het taboe op kopzorgen op latere leeftijd te overstijgen. Tal van actoren en initiatieven kunnen hierin een rol spelen. Recent verruimde ‘Te Gek!?’ zijn blik al. In de ‘Wellicht’ campagne komt ook geestelijke gezondheid op oudere leeftijd in beeld. De Vlaamse Ouderenraad vindt het bijzonder positief dat er ruimte is voor een specifieke focus op ouderen en hoopt dat ook andere sensibiliseringsinitiatieven hier navolging aan geven.

*“Naar mijn gevoel heerst er inderdaad een taboe rond dit thema. Ik heb dit in het verleden gemerkt en merk dit nu nog steeds. Er wordt amper over gesproken, zeker vroeger niet. Het leek wel alsof je het niet moeilijk mocht hebben.” - M.B., 77*

### 2. Versterk bronnen van draagkracht en veerkracht om psychisch onwelzijn te voorkomen.

Een krachtige hefboom op vlak van mentaal welzijn is het versterken van bronnen van draagkracht en veerkracht: die bepalen welke mentale uitdagingen mensen kunnen dragen, en hun vermogen om (sterker) terug te veren wanneer hun welzijn uit balans raakt. Het belang hiervan kan niet onderschat worden. Ze zijn bijzonder waardevol op het vlak van **primaire preventie** en kunnen een rol spelen in het voorkomen van psychische problemen bij ouderen.

Een **sterk sociaal netwerk** is een eerste belangrijke bron van draag- en veerkracht, en tegelijk een belangrijke dam tegen eenzaamheidsgevoelens. Alleen is het lang niet voor elke oudere makkelijk om nog nieuwe sociale relaties op te bouwen, bijvoorbeeld wanneer er zorgnoden of zintuiglijke beperkingen optreden. Verbinding stimuleren en participatiedrempels wegnemen zijn daarom cruciaal.

*“Zonder onze vriendschap zou het helemaal anders uitgedraaid zijn. De depressie was niet veraf. Wij hebben enorm veel steun aan elkaar en beseffen dat we niet alleen zijn met ons verdriet. Er zijn nog steeds moeilijke momenten, maar die kunnen we delen met elkaar.” - Leo, 85*

Daarnaast is een **betekenisvol engagement** opnemen voor veel ouderen een belangrijke bron van draagkracht en zingeving. Ouderen zetten zich op verschillende manieren in, van het opvangen van kleinkinderen tot het opnemen van vrijwilligerswerk, en putten hier heel wat kracht uit. Uit de barometer van de Koning Boudewijnstichting (2020) blijkt bovendien dat heel wat ouderen nog zin hebben om een maatschappelijk engagement op te nemen, maar dit vandaag nog niet doen. Door als (lokaal) bestuur en middenveld opportuniteiten te creëren waarbinnen ouderen een betekenisvol en evenwichtig engagement kunnen opnemen, bouwen we aan de draagkracht van ouderen.

*“Toen mijn vrouw in 2012 overleed, voelde ik mij erg down. Plots ontbrak er iemand in mijn leven. Na nog enkele tegenslagen, zocht ik op aanraden van een van mijn kinderen hulp. Mijn psychiater raadde mij aan om een bezigheid te zoeken. Zo kwam ik terecht bij een centrum voor basiseducatie waar ik nu als vrijwilliger werk. Ik voel mij weer goed en zou er graag nog enkele jaren bijdoen. Mijn gouden raad: zoek hulp als je mentale problemen hebt. Je kan er alleen maar beter van worden.” - Xavier, 83*

*“Ik help het ontbijt en de koffie klaarzetten in het naburige woonzorgcentrum. Dat geeft structuur aan mijn dagen en ik voel dat ik iets kan betekenen voor de medewerkers en de bewoners daar. Ze tonen altijd hoe dankbaar ze zijn voor mijn hulp.” - oudere bewoner 't Kruidenpand*

Verder zijn heel wat schijnbaar **alledaagse activiteiten** en contacten een bron van veerkracht. Denk aan de positieve effecten van beweging, intergenerationele contacten, natuurbeleving of zingevingen- en spirituele momenten. Ook daarin speelt beleid een belangrijke rol: het creëren van toegankelijke en leeftijdsvriendelijke omgevingen, maakt die alledaagse activiteiten voor iedereen mogelijk.

Tenslotte is ook **psycho-educatie** enorm belangrijk om veerkracht op te bouwen. Door informatie en tips aan te reiken, ervaringen te delen, uitwisseling te stimuleren, ouderen wegwijs te maken in het aanbod van psychische ondersteuning, ... kunnen we veerkracht versterken. Vandaag al bestaat er een breed aanbod aan digitale tools die inzetten op individuele veerkracht en zelfhulp. Hoewel we het belang hiervan onderschrijven, mogen we niet vergeten dat heel wat ouderen niet bereikt worden

door dit digitale aanbod. De Vlaamse Ouderenraad pleit daarom voor een face-to-face aanbod zodat alle ouderen kunnen rekenen op de nodige handvatten om hun veerkracht te versterken. De partnerorganisaties preventieve gezondheidszorg die focussen op psychisch welzijn kunnen instaan voor een gerichte vertaling van bruikbare methodieken naar ouderen en inzetten op een goede doorstroom van relevante tools richting deze doelgroep.

Al deze bronnen van veerkracht zijn bij uitstek zaken waar de sociaal-culturele **ouderenverenigingen** in Vlaanderen sterk op inzetten. De activiteiten die zij organiseren en de initiatieven die zij opzetten dragen rechtstreeks bij tot de verschillende bronnen van veerkracht die hier geschetst worden. Bovendien kunnen zij, net zoals de lokale dienstencentra en mantelzorgorganisaties, ook gericht inzetten op vormingen en uitwisselingsmomenten rond specifieke levensfasen en het omgaan met verlieservaringen. We vragen beleidsmakers dan ook om dit sociaal-cultureel werk structureel te ondersteunen en sterker te waarderen. Bij de evaluatie van het decreet sociaal-cultureel volwassenenwerk, en meer specifiek het beoordelingskader, dient rekening gehouden te worden met het typische DNA van de ouderenverenigingen, zodat de specifieke wijze waarop zij de veerkracht van ouderen versterken niet onder druk komt te staan.

Ouderenverenigingen zijn op het terrein ook vaak actief als trekkende kracht bij initiatieven rond **zorgzame buurten**. Deze buurten dragen heel wat kansen in zich om de veerkracht van ouderen te ondersteunen. Iedereen krijgt er de kans om actief aan de samenleving deel te nemen, buiten te komen, elkaar te ontmoeten en met elkaar in interactie te gaan, zowel jong als oud. Het is een omgeving waarin spontaan en informeel oog is voor elkaar, in combinatie met geïntegreerde, persoonsgerichte zorg en ondersteuning door professionele voorzieningen. In een zorgzame buurt kunnen mensen op een actieve en kwaliteitsvolle manier ouder worden. Het Vlaams welzijnsbeleid zet al in op de uitbouw van zorgzame buurten via een projectmatige aanpak. De Vlaamse Ouderenraad benadrukt het belang van een structurele en gebiedsdekkende aanpak zodat ouderen in elke stad en elke gemeente kunnen wonen in een buurt waar ze een betekenisvolle rol kunnen opnemen, participatiedrempels aangepakt worden en de nodige informele en formele zorg verzekerd is.

De Vlaamse Ouderenraad wijst op de faciliterende rol die **lokale dienstencentra** kunnen spelen in een zorgzame buurt. Gezien de in het woonzorgdecreet vastgelegde verbindende, preventieve en laagdrempelige werking, zijn de lokale dienstencentra belangrijke partners om mee te bouwen aan de veerkracht van ouderen. Bovendien kan het lokaal dienstencentrum initiatieven die groeien binnen het sociaal weefsel van een gemeente versterken en verduurzamen, door voort te bouwen op de competenties en netwerken die al onder bewoners, verenigingen en andere actoren aanwezig zijn. Niettegenstaande de betekenisvolle rol die is weggelegd voor lokale dienstencentra, is de vooropgestelde programmatie van deze centra nog steeds niet volledig uitgevoerd. De Vlaamse Ouderenraad vraagt om hier dringend werk van te maken en de uitbouw van een brede antennewerking te stimuleren. Dit moet samengaan met een sterke omkadering van de lokale dienstencentra waarbij de nodige aansturing en ondersteuning voorzien zijn, zodat zij hun rol kunnen waarmaken.



### 3. Voer een structureel beleid om maatschappelijke bronnen van draaglast weg te nemen.

Uitdagingen en verlieservaringen ontstaan niet alleen door persoonlijke levensgebeurtenissen. Ouderen stippen ook heel wat maatschappelijke bronnen van draaglast aan. Digitalisering, vervoersarmoede, een onaangepaste woonomgeving, het verdwijnen van nabije diensten, ... creëren stuk voor stuk maatschappelijke kwetsbaarheden die psychisch onwelzijn bij ouderen in de hand werken. Ouderen hebben hier zelf weinig vat op, maar ze creëren wel heel wat spanning.

De Vlaamse Ouderenraad ziet het als een verantwoordelijkheid van elke overheid en elk beleidsdomein om **actief structurele oplossingen te creëren voor deze maatschappelijke bronnen van psychisch onwelzijn**. In verschillende van zijn [adviezen](#) ging de Vlaamse Ouderenraad in detail in op deze maatschappelijke uitdagingen.

*“Nu er geen bankautomaat meer is in het dorp, is het voor de inwoners niet evident om aan cash geld te geraken. Ze gaan op zoek naar alternatieven. Zelf los ik het op door mijn kinderen te vragen om cash mee te brengen wanneer ze op bezoek komen. Ik schrijf het bedrag dan over op hun rekening. Maar niet iedereen heeft kinderen die hen kunnen helpen. Daarom moeten sommige mensen hun bankkaart meegeven aan een buur die voor hen geld kan afhalen.” - Julien, 76*

*“Gelukkig heb ik nog een autootje. Maar wat daarna? Openbaar vervoer wordt echt moeilijk. Parkeren wordt moeilijk. Ik durf niet aan morgen te denken.” - Omi, 71*

*“Ik weet dat ik niet eeuwig in dat groot huis kan blijven wonen en het onderhoud van de tuin wordt ook zwaar. Daar pieker ik vaak over. Ik voel mij veel te jong voor een woonzorgcentrum, een serviceflat vind ik veel te klein en dan heb ik geen tuin meer. Ik geniet zo van tuinieren en buiten zijn, het is het beste medicijn.” - H.R., 77*

Ook **ageïsme** en een negatieve stereotiepe beeldvorming over ouderen en ouder worden heeft een nefaste impact op het psychisch welzijn van ouderen. Al te vaak stellen ouderen vast dat ze betutteld worden, dat anderen in hun plaats denken en handelen of dat hun stem er minder toe lijkt te doen. Dat ondermijnt zowel hun regie over hun eigen leven, als hun gevoel van eigenwaarde. Ook de impact op het psychisch welzijn is niet gering. Zo rapporteren ouderen die leeftijdsdiscriminatie ervaren vaker depressieve symptomen (Jackson, Hackett, Steptoe, 2019). En ten slotte kan ageïsme ook een gepaste behandeling van psychische problemen in de weg staan (Fialova et al., 2018). Elke overheid heeft de taak praktijken van ageïsme en leeftijdsdiscriminatie aan te pakken en in te zetten op een genuanceerde en realistische beeldvorming over ouder worden om zo ageïsme mee de wereld uit te helpen. Ouderenverenigingen en lokale dienstencentra kunnen hierin een sleutelrol spelen, onder meer door intergenerationeel contact te stimuleren.

*“Wat mij vooral opvalt met het ouder worden, is dat mensen anders met mij omgaan. Dat begon eigenlijk al wanneer mijn pensioen in zicht kwam. De meerderheid van de vragen die mij gesteld werden net voor ik op pensioen ging, waren negatieve vragen. Heb je geen schrik voor het zwarte gat? Ga je je dagen nog kunnen vullen? Zal je nog wel mensen zien? Slechts enkelen zagen de positieve kanten of durfden mij een gelukzak noemen. Ik kreeg het gevoel dat de maatschappij mij een bepaald beeld van ouderen opdringt, een beeld waarmee ik mijzelf niet kan vereenzelvigen.” - Jean Paul Van Bendeghem, filosoof, 67*

*“Veel patiënten van onze afdeling zijn ervan overtuigd dat ze het niet waard zijn of dat ze te oud zijn om nog zorg te krijgen.” - Virginie Delberghe, hoofdverpleegkundige psychogeriatric, AZ Delta Roeselare*

#### 4. Stimuleer ondersteuning rond de voornaamste verlieservaringen.

Hoewel ouder worden voor iedereen anders loopt, komen een aantal verlieservaringen bij veel mensen voor: denk maar aan rouw, eenzaamheid, intensieve mantelzorg, chronische ziektes en dementie. Met deze specifieke verlieservaringen hangen ook specifieke ondersteuningsnoden samen. Vandaag al zetten heel wat organisaties zich in om hieraan tegemoet te komen: de mantelzorgverenigingen, de regionale expertisecentra dementie, ConTempo, Kom op Tegen Kanker, ...

Een bijzonder gewaardeerd aspect van hun werking is **lotgenotencontact** waar mensen met gelijkaardige ervaringen hun verhaal kunnen delen en kracht vinden bij elkaar. Eén van de doelen van deze groepen is om de deelnemers handvatten aan te reiken om te leren omgaan met gevoelens van psychisch onwelzijn.

*“Lotgenotencontact is ontzettend belangrijk omdat mensen op die manier herkenning vinden. Veel mensen die in rouw zijn, denken dat ze gek aan het worden zijn. Ze herkennen zichzelf niet en weten niet wat er met hen aan de hand is. Maar als je je gevoelens en ervaringen deelt met anderen die hetzelfde meemaken, dan beseft je dat wat je doormaakt normaal is.” - Hilde Dewitte, educatief medewerker ConTempo*

*“Enkele mensen in mijn omgeving hadden mij aangeraden om eens deel te nemen aan een bijeenkomst. Ik dacht ‘baat het niet, dan schaadt het niet’ en heb mij ingeschreven voor een rouwzorgtraject. Dat was echt een openbaring. Ik heb er zo veel geleerd. Pas op, in het begin is het heel zwaar. Al dat groot verdriet bijeen, dat was bijna ondraaglijk. Maar na elke bijeenkomst voel je dat iedereen een beetje lichter is. Mensen die hun partner verliezen kunnen het daar eens zeggen. Ze zijn het een beetje kwijt.” - Marie-Ange, 73*

*“Tijdens digitale praatgroepen kan ik kennis maken en ervaringen delen met andere mantelzorgers. Zo krijg ik tips om eventuele problemen op te lossen en vind ik een luisterend oor wanneer ik mijn hart wil luchten.” - Annick, 73*

Toch is dit ondersteuningsaanbod **niet in elke regio of voor elke verlieservaring** voldoende uitgebouwd. We vragen beleidsmakers om hier mee hun schouders onder te zetten, en zo iedereen toegang te geven tot warme nabije steun en begeleiding.

## 2.2. Creëer een grotere alertheid voor signalen van psychisch onwelzijn bij ouderen

Signalen en symptomen van psychisch onwelzijn bij ouderen worden nog al te vaak niet herkend door zorgverleners. Of ze weten niet goed hoe erop te reageren. Nog altijd worden deze signalen gezien als een normaal onderdeel van ouder worden, en niet gelijkwaardig benaderd in vergelijking met andere leeftijdsgroepen.

### 5. Zorg voor meer aandacht voor psychosociaal welzijn van ouderen in de opleiding van zorg- en welzijnsprofessionals.

De aandacht voor het psychosociaal welzijn van ouderen in de opleiding van toekomstige zorgprofessionals is momenteel ondermaats. Dat heeft vanzelfsprekend een grote weerslag op de aandacht voor en de omgang met het psychosociaal welzijn van ouderen in de professionele praktijk.

*“Het personeel in de woonzorgcentra klampt zich nog vaak te hard vast aan het taakgerichte, medische model. Daar botsen we regelmatig op bij mensen die moeilijk gedrag vertonen. Er is binnen de woonzorgcentra nood aan meer kennis over psychische en psychiatrische problemen en dementie, en over hoe je daar best mee om gaat. Daarnaast zou het helpen als medewerkers in de ouderenzorg ook kundiger zouden gemaakt worden in het bespreken van levens- of zingelevingsvragen.” - An Haekens, psychiater-psychotherapeut Alexianen Zorggroep Tienen*

In elke opleiding gericht op zorg en welzijn (secundair, hogeschool, universiteit, volwassenonderwijs) moet aandacht voor het psychosociaal welzijn mee geïntegreerd worden in de relevante opleidingsonderdelen, aangevuld met een breder aanbod aan (keuze)vakken en deelmodules rond psychisch welzijn bij ouderen.

Ook bij **stages** moet meer nadruk liggen op het aanleren van handelingsvaardigheden gericht op het ondersteunen van het psychosociaal welzijn van ouderen. Praktijkervaring is immers broodnodig om signalen van psychisch onwelzijn te leren herkennen en hier op gepaste wijze mee om te gaan.

Specifiek in de **opleiding klinische psychologie** en in de **opleiding tot psychiater** moet er een focus op ouderenpsychologie of –psychiatrie geïntroduceerd worden. Op die manier krijgen toekomstige klinisch psychologen en psychiaters de mogelijkheid om specifieke expertise te verwerven en zich te bekwamen in het domein van de ouderenpsychologie of –psychiatrie.

*“Ik ben begonnen met nul expertise, want expertise in de ouderenpsychologie bestond gewoonweg niet. Aan het eind van de cursus ontwikkelingspsychologie komt de lege nest fase nog aan bod, maar dan stopt het. Ik heb al mijn expertise zelf in de praktijk moeten opbouwen. Vandaag vertellen nieuwe collega’s die pas afstudeerden nog steeds een gelijkaardig verhaal.”*  
- Els Aerssens, psychologe lokaal dienstencentrum Gent

## 6. Stimuleer aandacht voor signalen van psychisch onwelzijn bij elke zorg- en welzijnsprofessional.

Elke zorg- en welzijnswerker speelt een belangrijke rol op het vlak van vroegdetectie. Toch pikken zij signalen van psychisch onwelzijn vaak onvoldoende op. Bovendien missen ze soms de nodige kennis en gespreksvaardigheid om geestelijke gezondheid bespreekbaar te maken, waardoor signalen onvoldoende opgevolgd worden. Voor ouderen zijn deze professionals nochtans wel een **belangrijk aanspreekpunt**.

Zorg- en welzijnsprofessionals moeten **meer bewust gemaakt worden van hun cruciale rol**. Dit gaat van zelf alert zijn voor mogelijke signalen van psychisch onwelzijn, over het gesprek aangaan en samen met de oudere nadenken wat voor hem/haar van betekenis kan zijn, tot het inschakelen van psychologische hulp en begeleiding als er een indicatie is van psychische problemen.

*“Het is een belangrijke taak voor huisartsen, thuisverpleegkundigen, sociaal werkers, kinesitherapeuten, ... om ogen, oren en een neus te hebben die kundig zijn om te zien, te horen en te ruiken dat er iets scheelt. Daarvoor moeten ze zelf nog niet kunnen diagnosticeren en handelen, maar wel opmerken dat er iets niet goed zit en ouderen aanmoedigen om met iemand te gaan praten. Ze moeten ook de wegen kennen naar ambulante centra die dieper kunnen ingaan op de problemen.”* - Luc Van de Ven, ouderenpsycholoog UPC Leuven

**Verdiepende opleidingsmomenten en praktische trainingsmodules** moeten deze professionals de methoden en vaardigheden geven om deze rol op te nemen. Het aanbod daarin moet versterkt worden.

*“Op onze intervisies staan wij stil bij hoe hulpverleners bepaalde situaties aanpakken, maar even goed naar de manier waarop de hulpverleners zelf naar ouderen en ouder worden kijken. Een oefening die we vaak doen is dan de vraag stellen of je zelf oud wilt worden, waar je bang voor bent en hoe dat komt. We proberen hen vervolgens ook de positieve zaken en krachten rond ouder worden mee te geven, zodat zij zelf positiever in de dienstverlening naar ouderen kunnen staan.”* - Mikis Dormaels, medewerker CGG Elder Brussel

## 7. Realiseer een sterkere diagnostiek van psychische problemen bij ouderen.

Niet alleen presenteren ziektebeelden zich soms anders op oudere leeftijd, het is ook niet altijd makkelijk om het onderscheid te maken tussen normale en pathologische processen van veroudering.

Bovendien kunnen psychische problemen samengaan met dementie of somatische aandoeningen. Die samenhang van problemen maakt het complex om alle symptomen goed te doorzien en de juiste verbanden te leggen.

Voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg die geen specifieke expertise hebben op het vlak van psychische problemen bij ouderen, kan het stellen van een juiste diagnose bijzonder moeilijk zijn. Al te vaak is er nog sprake van **misdiagnoses** waardoor ouderen niet de hulp krijgen die ze eigenlijk nodig hebben. Er is een duidelijke nood aan meer inzicht in problematieken op latere leeftijd bij professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Ook hierin speelt het opleidings- en bijscholingsaanbod een cruciale rol.

*“Bij sommige hersenaandoeningen kunnen de eerste symptomen je op het verkeerde been zetten, ze doen immers niet direct denken aan een hersenaandoening. Eén van eerste symptomen van de ziekte van Parkinson kan bijvoorbeeld een depressie zijn. Wanneer er dan geen grondige diagnostiek wordt uitgevoerd, kan pas jaren later het eigenlijke probleem aan de oppervlakte komen. Vanzelfsprekend voelen de oudere, zijn of haar partner en kinderen zich bedrogen als er al die tijd beweerd werd dat het om bemoeilijkte rouw ging. [...] Deskundige diagnostiek is echt obligaant.” - Luc Van de Ven, ouderenpsycholoog UPC Leuven*

Een sterkere diagnostiek vraagt ook om meer **wetenschappelijk inzicht** in de manifestatie van psychische problemen bij ouderen. Bij uitbreiding is er ook dringend nood aan onderzoek naar de behandeling van psychische problemen bij ouderen. In het bijzonder dienen de voorgeschreven medicatie en de implicaties van de combinatie van verschillende geneesmiddelen onder de loep genomen te worden.

### 2.3. Maak psychologische hulpverlening laagdrempelig en toegankelijk voor ouderen

Voor veel ouderen blijft het moeilijk om zelf de stap naar psychologische hulpverlening te zetten. Deze hulp moet dan ook zo laagdrempelig mogelijk georganiseerd worden met aandacht voor betaalbaarheid, bereikbaarheid en fysieke toegankelijkheid. Ook werk maken van een vlottere toeleiding is essentieel.

*“Naar een psycholoog gaan, is de moeilijkste stap die ik in mijn hele leven genomen heb. ‘Zotten’, zo noemde ik vroeger de mensen die naar een psycholoog gingen.” - Viviane, 75*

### 8. Zorg voor een transparanter psychologisch hulpverleningsaanbod.

Het bestaande aanbod van psychologische hulp is bijzonder ondoorzichtig. Makkelijk te vinden en te begrijpen informatie is schaars en bovendien bijzonder versnipperd. Dit creëert een soms onoverkomelijke drempel voor ouderen die op zoek zijn naar psychologische ondersteuning.

Ook bij de zorg- en welzijnsprofessionals ontbreekt het vaak aan inzicht in het aanbod, wat het voor hen moeilijk maakt om goed in te schatten naar waar ze ouderen met een psychologische hulpvraag kunnen toeleiden. Er is nood aan een **heldere sociale kaart** die het regionaal aanbod overzichtelijk in beeld brengt zodat zorg- en welzijnsprofessionals duidelijk zicht hebben op naar wie ze kunnen doorverwijzen indien er nood is aan psychologische hulp.

*“Ouderen zien door de bomen het bos niet meer wat betreft het aanbod. Wanneer ze zich ergens aanmelden, zouden ze heel snel op de juiste plek terecht moeten kunnen komen. Vandaag de dag hangt het van te veel toevalsfactoren af of dit ook effectief gebeurt. Mensen maken vaak nodeloze omzwervingen voor ze bij de juiste persoon of instantie terecht komen.”*  
- An Haekens, psychiater-psychotherapeut Alexianen Zorggroep Tienen

Tegelijk moet deze sociale kaart een laagdrempelige vertaling krijgen via een **divers informatieaanbod voor** ouderen dat zij zowel on- als offline kunnen raadplegen. Ouderen en hun naasten moeten er snel en eenvoudig informatie terugvinden over het psychologisch hulpaanbod in hun regio.

*“De kruispunten zijn ontstaan vanuit de nood aan laagdrempelige hulp voor kwetsbare groepen. Iedereen kan hier gewoon binnenwandelen en ook vrij snel een gesprek krijgen. Deze hulpverlening bieden we gratis aan.”* - Marjolein Paepen, teamverantwoordelijke Kruispunt CAW Mortsel

## 9. Zet ouderen in als ervaringsdeskundige om de drempel naar psychische hulpverlening te verlagen.

De stap zetten naar psychologische hulpverlening blijft voor heel wat ouderen moeilijk. Soms ontbreekt bijvoorbeeld het vertrouwen of geloven ze niet in de meerwaarde van het aanbod.

*“Een psycholoog of een psychiater kunnen je in mijn ogen niet echt helpen. Zij vertrekken constant vanuit het boekje (de theorie), en niet per se vanuit de persoon zelf. Als je in de problemen zit, kan je het beter zelf oplossen samen met je netwerk. Je hoort bij een psycholoog toch alleen maar hoe het er ‘in de ideale wereld’ terug goed kan uitzien. Het verandert de situatie toch niet en uiteindelijk moet je zelf de stap zetten om de situatie te verwerken.”* - P., 60

Ouderen die wel al psychische ondersteuning kregen, kunnen hierin een belangrijke drempelverlagende rol spelen. Als **ervaringsdeskundigen** kunnen zij vertellen over het aanbod en hun ervaringen delen, en zo andere ouderen over de streep trekken om hetzelfde te doen. Op die manier kunnen zij zelf ook iets betekenisvol teruggeven vanuit het traject dat zij afgelegd hebben. Het is aan de begeleidende professionals om een warm kader te scheppen waarin ouderen deze rol met vertrouwen durven opnemen.

*“Wij proberen ook te werken met ouderen die ons al kennen, zodat zij hun ervaringen kunnen delen met anderen en onze hulpverlening op die manier toegankelijker wordt.” - Mikis Dormaels, medewerker CGG Elder Brussel*

## 10. Voorzie ondersteuning voor de naasten van ouderen met psychische problemen.

Ook voor mantelzorgers is het niet altijd vanzelfsprekend om goed in te schatten hoe ze moeten reageren bij signalen van psychisch onwelzijn. Tegelijk blijft hun eigen psychisch welzijn vaak buiten het vizier. De mentale impact van de zorgtaak die zij opnemen valt niet te onderschatten. Om hen te ondersteunen en te vermijden dat hun draagkracht in het gedrang komt, is er nood aan een divers en kwaliteitsvol ondersteuningsaanbod.

*“Mijn partner met een psychische kwetsbaarheid zag ik terug beter worden. Ik kreeg echter weinig steun. Ondertussen is er al veel schade aangericht binnen onze relatie omdat we niet weten hoe ermee omgaan, ik kan enkel op mezelf rekenen om overeind te blijven.” - R.S., 65*

Het informatie- en vormingsaanbod dat de mantelzorgverenigingen inrichten biedt mantelzorgers heel wat inzicht in de psychische kwetsbaarheid van hun naaste en reikt hen **handvatten** aan in de omgang met psychische problemen. Hier krijgen ze bovendien tools die helpen om hun eigen veerkracht te ondersteunen en hun grenzen te bewaken.

Ook **psychologische begeleiding** van de partner of mantelzorger(s) van een oudere die kampt met zorg- en ondersteuningsnoden, heeft een belangrijke preventieve functie. Zo zullen zij beter kunnen omgaan met de gebeurtenissen betreffende hun naaste, en wordt het risico dat zij zelf een psychische kwetsbaarheid ontwikkelen beperkt. De Vlaamse Ouderenraad vraagt om te onderzoeken hoe binnen het toekomstige persoonsvolgend financieringssysteem in de ouderenzorg psychosociale ondersteuning voor mantelzorgers gefinancierd en toegankelijk gemaakt kan worden.

*“Familiebegeleiding en therapie is ook een vorm van preventieve gezondheidszorg. Het is belangrijk om aan familie een duidelijke uitleg te geven over de problematiek van hun naaste. Door de context van een patiënt te begeleiden en deskundig te ondersteunen kan je leed in de toekomst vermijden. Het kan partners van zieke mensen opluchten om over hun gemis aan intimiteit te praten en om te beseffen dat hun gevoelens perfect normaal zijn en uitgesproken mogen worden.” - Luc Van de Ven, ouderenpsycholoog UPC Leuven*

Ten slotte wil de Vlaamse Ouderenraad benadrukken dat er ook in ruimere zin nood is aan een structureel **mantelzorgbeleid** dat de noodzakelijke ondersteuning van mantelzorgers op alle vlakken garandeert.

## 11. Stuur het voorschrijfgedrag van huisartsen bij en zorg voor meer gerichte doorverwijzing naar psychologische hulp.

De huisarts blijft voor veel ouderen een belangrijke **vertrouwenspersoon** op de eerste lijn. Voor huisartsen blijkt het echter niet vanzelfsprekend om altijd op gepaste wijze te reageren op signalen van psychisch onwelzijn. Niet alle huisartsen trekken voldoende tijd uit om hierover met oudere patiënten in gesprek te gaan en in samenspraak op zoek te gaan naar een oplossing.

Tekenend is het feit dat ouderen nog al te vaak **enkel medicatie** voorgeschreven krijgen als er sprake is van psychische problemen, zonder doorverwijzing naar psychologische hulp. De cijfers zijn ontluisterend. 66,5% van de 65- tot 74-jarigen die een depressie meemaakten nam hiervoor medicatie. In contrast hiermee zien we dat slechts 22,2% van hen beroep deden op psychotherapie. Bij de 75-plussers gaapt die kloof nog wijder: 72% met een depressie neemt medicatie, slechts 5,3% krijgt psychologische begeleiding (Gezondheidsenquête, 2018). Bovendien is de voorgeschreven medicatie niet altijd aangewezen voor de behandeling van ouderen (CM, 2018). Hoewel medicatie zijn nut kan hebben, zeker bij de behandeling van ernstige psychiatrische problematieken, mag medicatiegebruik niet de eerste reflex zijn bij signalen van psychisch onwelzijn.

*“Er is reeds een beweging gaande om de nodige aandacht te geven aan minder medicalisering, maar dat is een heel intensief traject. Er leeft namelijk nog steeds een beeld dat wanneer je bij de huisarts komt met een probleem, hij dit hier en nu oplost. Dat is het laatste wat je kan doen bij een psychopathologie. Veel mensen zien een voorschrift als een deel van de oplossing. Anderzijds is het voor huisartsen zelf ook niet makkelijk om patiënten binnen te krijgen in de geestelijke gezondheidszorg, door de legendarische wachtlijsten in Vlaanderen die soms oplopen tot 6 maanden.” - Stijn Vanholle, directeur kennis & beleid Domus Medica*

De Vlaamse Ouderenraad pleit ervoor om huisartsen te blijven **sensibiliseren over psychisch welzijn en medicatiegebruik** bij psychische problemen op oudere leeftijd en hen kapstokken te geven voor een goede praktijkvoering. Zo kan onder meer een vormingsaanbod aangeboden worden via de lokale kwaliteitsgroepen (lok's) om de perceptie van huisartsen over psychisch welzijn op latere leeftijd bij te sturen.

Tegelijk moeten ouderen **consequenter toegeleid worden naar psychologische hulpverlening** wanneer dat een meerwaarde kan bieden. Het stimuleren van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en psychologen op de eerste lijn is hiervoor essentieel. Het is vooral belangrijk dat de huisarts de psycholoog kent en zijn vertrouwen in deze hulpverlening overbrengt op de patiënt. Ook beroep doen op de expertise van de psycholoog bij moeilijke casussen van oudere patiënten moet een vanzelfsprekende reflex zijn.

*“Het is belangrijk om als huisarts om een zeker netwerk te hebben met enkele klinisch psychologen en andere professionals in de geestelijke gezondheidszorg, wat vaak een complex*



*gegeven is. Wanneer je problemen hebt met je nieren verwijst je naar de uroloog, als je een gebroken been hebt verwijst je naar orthopedie. Bij problemen rond geestelijke gezondheid verwijst je naar een klinisch psycholoog, maar binnen de verschillende therapievormen moet er een sterke match gevonden worden tussen hulpverlener en patiënt om vooruitgang te zien. Heel veel huisartsen zien door de grote hoeveelheid aan aangeboden therapieën en specialisaties ook gewoon door de bomen het bos niet meer. Hiervoor is het hebben van een netwerk cruciaal.” - Stijn Vanholle, directeur kennis & beleid Domus Medica*

## **12. Blijf inzetten op multidisciplinaire samenwerking en een sterker casemanagement op het niveau van de eerstelijnszone.**

**Multidisciplinaire samenwerking** moet vanzelfsprekend zijn binnen elke eerstelijnszone, ook als het gaat over de opvolging van psychische problemen bij ouderen. Dit vraagt dat elke welzijns- en zorgprofessional actief de brug maakt naar andere vormen van hulp en ondersteuning. Vandaag gebeurt dit onvoldoende waardoor een vlotte doorverwijzing en een sterk casemanagement op de helling staan.

De bestaande federale **zorgprotocol 3-projecten** kunnen hiertoe inspiratie bieden. Het gaat om alternatieve zorgvormen voor ouderen die langer thuis wonen moeten bevorderen. De meerwaarde die de verschillende projecten in hun regio bieden blijkt groot te zijn, maar door de sterke versnippering kan lang niet elke oudere rekenen op dit aanbod. De lessen uit de voorbije projectrondes moeten aanleiding geven tot een verduurzaming en verdere verspreiding van inspirerende goede praktijken.

*“De doelstelling van het zorgprotocol 3-project is thuiswonende ouderen en hun mantelzorgers ondersteunen. We bieden verschillende diensten aan huis aan. Via casemanagement helpen we ouderen bij het organiseren van thuiszorg. We maken mensen wegwijs in het zorglandschap en helpen hen bij het vinden van de geschikte zorg en ondersteuning. Door de organisatie van overleg streven we naar een maximale afstemming tussen de verschillende thuiszorgondersteunende diensten. Daarnaast staan we ook in voor psychologische ondersteuning. Door de gepaste therapeutische technieken zoeken we samen een manier om met psychische kwetsbaarheden om te gaan. Tot slot verlenen we ergotherapeutisch advies rond mogelijkheden van woningaanpassing en helpen we mensen in de zoektocht naar de juiste hulpmiddelen. Door die combinatie leiden we mensen toe naar een maximale zelfredzaamheid.” - medewerker psychologische begeleiding zorgprotocol 3-project*

Daarnaast is een betere **zorgcoördinatie** van het psychologisch hulpverleningsaanbod een belangrijk aandachtspunt binnen de eerstelijnszones. Overlap en hiaten in het aanbod moeten dringend in kaart gebracht worden, zodat er gericht op ingespeeld kan worden.

*“Ik denk dat het grootste pijnpunt van de geestelijke gezondheidszorg op dit moment de versnippering van de zorg is. Als we tot een goede samenwerking willen komen zal er ook een goede governance nodig zijn, zowel op niveau van de overheden, als op niveau van de - netwerken geestelijke gezondheidszorg en op niveau van de zorgvrager zelf. Wie doet wat? Hoe zorgen we voor een goede zorgcontinuïteit bij overgangen van thuis naar ziekenhuis, van ziekenhuis naar revalidatie of kortverblijf, en van daaruit terug naar huis of naar een woonzorgcentrum?” - Veerle Van Vlierberghe, eerstelijnspsycholoog ouderen ELZ Leuven*

Op termijn draagt ook het **geïntegreerd breed onthaal** (GBO) kansen in zich om uit te groeien tot een spil in de toeleiding naar psychologische zorg. Zeker gezien de mogelijkheid om ook outreachend te werken, proactief te handelen en cliënten nauw te blijven vasthouden. De Vlaamse Ouderenraad vraagt om te onderzoeken waar de doorverwijzing van de betrokken eerstelijnsdiensten naar psychologische hulpverlening vandaag op vastloopt en hoe we deze knelpunten kunnen overstijgen.

*“Het geïntegreerd breed onthaal verwijst niet direct door naar ons. We hebben er al mee samengezeten, dus de verschillende diensten weten inmiddels dat we bestaan. Mogelijks neemt het CAW sommige hulpvragen zelf op, maar ik geloof wel dat een nauwere samenwerking in de toekomst verder uitgebouwd zou kunnen worden.” – Els Aerssens, psychologe lokaal dienstencentrum Gent*

### **13. Realiseer meer nabijheid in het aanbod van eerstelijnspsychologische hulpverlening voor ouderen.**

Voor heel wat eerstelijnsorganisaties- en professionals in de geestelijke gezondheidszorg is het een uitdaging om ouderen te bereiken. De kans dat een oudere door de mazen van het net glipt, blijft groot. En hoewel er wel sprake is van enige verbetering, blijft het voor ouderen ook moeilijk om zelf de stap te zetten naar psychologische hulpverlening.

*“Uit de groep van ouderen met een depressie, bereiken wij nog veel ouderen niet. De ouderen die nog nooit eerder hulp hebben gezocht en gekregen, ervaren nog steeds een grote drempel naar de psychische hulpverlening. Ouderen hebben nog al te vaak het idee dat je ‘zot’ moet zijn om gebruik te maken van een psycholoog.” - Mikis Dormaels, medewerker CGG Elder Brussel*

**Outreachend werken**, of hulp en ondersteuning naar de ouderen zelf brengen, kan een wereld van verschil maken. Het neemt de drempel naar psychologische hulpverlening grotendeels weg en kan voor ouderen de doorslag geven om hulp te aanvaarden. Een outreachende aanpak die zijn nut reeds bewezen heeft, is aanwezig zijn in organisaties waar ouderen zelf over de vloer komen.

*“Het is vooral belangrijk dat er een positieve en laagdrempelige sfeer gecreëerd wordt waardoor meer mensen de stap zetten om over deze gebeurtenissen te praten.” - G., 73*

*“We zijn al heel lang bezig met uit te zoeken hoe je de moeilijkst bereikbare ouderen kunt bereiken, dat is een heel moeilijke vraag. Zeker in grote steden glipt deze doelgroep door de mazen van het net. Als antwoord daarop werken we heel veel met organisaties waar ouderen al over de vloer komen, en proberen we ons via die manier bekend te maken en ouderen uit te leggen wat wij juist doen. Door regelmatig op deze plaatsen op bezoek te gaan herkennen ze je en krijgen ze vertrouwen, dat maakt het makkelijker om in gesprek te gaan” - Mikis Dormaels, medewerker CGG Elder Brussel*

Voor ouderen kan bijvoorbeeld de inbedding van een **eerstelijnspsychologische functie in wijkgezondheidscentra of lokale dienstencentra** de drempel richting psychologische hulp verkleinen. In steden en gemeenten waar dergelijke functie reeds voorzien is, blijkt het een grote meerwaarde te zijn die een vlottere toeleiding van ouderen naar psychologische hulp bewerkstelligt. De Vlaamse Ouderenraad pleit dan ook voor een algemene verankering van outreachende praktijken in heel Vlaanderen.

*“We zeggen altijd dat we een ‘rode draadfunctie’ hebben. De mensen weten dat we er zijn en dat doet heel veel. Doordat ik mij in de leefwereld van ouderen begeef, ben ik heel snel bereikbaar als ze opnieuw nood hebben aan een gesprek.” – Els Aerssens, psychologe lokaal dienstencentrum Gent*

*“Het grote voordeel van een eerstelijnspsychologische functie binnen het wijkgezondheidscentrum is dat het vertrouwen dat de patiënten in de huisarts stellen, bijna automatisch op mij, als professional die dicht bij de huisarts staat, wordt overgedragen.” – Kristel Luyckx, praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg wijkgezondheidscentrum Brugse Poort*

Verder is ook **psychologische hulpverlening bij ouderen thuis** een grote meerwaarde, zeker voor ouderen met een verminderde mobiliteit. Door psychologische hulp naar de oudere te brengen, is fysieke toegankelijkheid alvast geen issue. Maar ook voor ouderen die wel nog mobiel zijn kan psychologische thuishulp van grote betekenis zijn. Hoewel dit niet de standaard hoeft te worden, is het tegenwoordig nog te vaak een grote uitzondering.

Nochtans zijn de initiatieven die vandaag al inzetten op psychologische thuisbegeleiding grote pleitbezorgers. Van sommige projecten eerstelijnspsychologische hulp voor ouderen, over enkele CGG, tot de zorgprotocol 3-projecten. De Vlaamse Ouderenraad is tevreden dat de recente RIZIV-conventie voor de terugbetaling van psychologische hulp hiertoe een opening biedt en vraagt om de uitbouw van psychologische thuisbegeleiding in elke praktijk te stimuleren als belangrijke drempelverlagende interventie.

*“Binnen ons zorgprotocol 3-project werken we gratis en gaan we langs bij de mensen thuis, wat een groot voordeel is. Mobiel werken, zelfs op de eerste lijn, heeft een enorme*

*meerwaarde. Het werkt zowel drempelverlagend als outreachend, wat twee heel belangrijke pijlers zijn bij projecten rond ouderen.” - medewerker psychologische begeleiding zorgprotocol 3-project*

Specifieke groepen ouderen kunnen ook baat hebben bij **blended psychologische hulpverlening** waarbij fysieke consultaties gecombineerd worden met video- of teleconsultaties. De modaliteiten die sinds de coronapandemie gecreëerd werden kunnen gecontinueerd worden en uitgebreid naar andere psychologische zorgsettings. Belangrijk is uiteraard dat de oudere zich comfortabel voelt in deze digitale omgeving en er ook de toegang tot vindt.

#### **14. Garandeer een continuering van de taken en rollen die de projecten eerstelijnspsychologische zorg voor ouderen vandaag opnemen.**

Momenteel lopen er 6 projecten eerstelijnspsychologische zorg voor ouderen in evenveel eerstelijnszones. De meerwaarde van deze projecten is groot.

*“Elk project heeft een eigen focus naargelang de lokale partners en het zorglandschap binnen de eerstelijnszone, en de aanvankelijke doelstelling van het project. Binnen Leuven zijn er verschillende partners die individuele begeleiding aanbieden: psychologen binnen huisartsenpraktijken, twee CGG en sinds kort ook een mobiel outreach team voor ouderen vanuit het Universitair Psychiatrisch Centrum. De focus binnen het Leuvense project ligt dan ook minder op het aanbieden van individuele gesprekken en meer op het aanbieden van groepsvormingen voor ouderen, mantelzorgers en hulpverleners. Een belangrijke pijler van het project is ook het verbinden van de zorgactoren met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen en het bijdragen aan expertisebevordering van hulpverleners op de eerste lijn.” - Veerle Van Vlierberghe, eerstelijnspsycholoog ouderen ELZ Leuven*

De financiering van deze projecten loopt in februari 2022 ten einde. Vlaams minister van welzijn Wouter Beke liet al uitschijnen dat deze projecten niet met Vlaamse middelen verdergezet zullen worden, maar dat er bekeken zal worden of en hoe de projecten ingekanteld kunnen worden in de RIZIV-financiering voor eerstelijnspsychologische hulp. Een nadeel hiervan is dat het RIZIV-financieringsmechanisme in grote mate verschilt van de huidige Vlaamse financiering. In de prestatiegebonden RIZIV-financiering is geen ruimte voor de vele rollen die deze projecten vandaag in de praktijk opnemen. Er moet dan ook werk gemaakt worden van een **grondige evaluatie** waarbij bekeken wordt hoe de verschillende rollen in de praktijk **gecontinueerd** kunnen worden.

#### **15. Monitor de RIZIV-conventie die de terugbetaling van eerstelijnspsychologische hulp mogelijk maakt.**

Deze zomer bereikten het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de sector een akkoord over de financiering van toegankelijke psychologische zorg. Deze nieuwe overeenkomst bevat een aantal belangrijke hervormingen ten aanzien van de bestaande terugbetalingsregeling. Er gelden geen leeftijdsbeperkingen meer en de hulpverlening is niet langer gebonden aan bepaalde psychische

aandoeningen waardoor in principe iedereen vanaf 1 september recht heeft op een beperkt aantal terugbetaalde sessies eerstelijns- of gespecialiseerde psychologische hulp. De Vlaamse Ouderenraad juicht dit initiatief toe, maar benadrukt dat er nood is aan een meer structureel beleid: voorlopig gaat het immers om een proefproject waarvan het einde voorzien is in 2023. Het budget en het aantal professionals dat kan instappen in het project is beperkt.

De Vlaamse Ouderenraad is benieuwd naar de impact van deze nieuwe conventie in de praktijk en hoopt dat ook ouderen hier vlot gebruik van zullen kunnen maken. We vragen de netwerken geestelijke gezondheidszorg om ook **psychologen en/of organisaties met een expertise rond ouderen** te engageren om hierop in te tekenen. Dit is onontbeerlijk om ook voor ouderen een waardevol aanbod te verzekeren. Daarnaast vragen we om het gebruik van deze terugbetalingsregeling **nauwgezet te monitoren** om zo in kaart te brengen wie er gebruik van maakt. Een zicht op het gebruik naar leeftijd zou alvast interessante inzichten bieden. We hopen dat deze monitoring vervolgens aanleiding geeft tot een structurele verankering van deze terugbetalingsregeling, rekening houdend met de lessen die uit het proefproject getrokken kunnen worden.

#### **16. Versterk de ouderenteams van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.**

Een combinatie van factoren maakt dat de behandeling van psychische problemen op oudere leeftijd vraagt om een **specifieke deskundigheid** en gespreksvaardigheid. Denk bijvoorbeeld aan de atypische uiting van psychische problemen, de combinatie met somatische problemen en lichamelijke achteruitgang, de cumulatie van verlieservaringen, de onderbelichte ontwikkelingstaken, de prominente zingevingsvraagstukken, ... Voor de Vlaamse Ouderenraad is de verdere uitbouw van de teams met **expertise rond ouderen in de centra voor geestelijke gezondheidszorg** (CGG) dan ook broodnodig.

Een aantal van deze teams bewijzen vandaag al dat ze van grote betekenis kunnen zijn in de directe psychologische hulpverlening ten aanzien van ouderen én binnen het ruimere netwerk van hulp- en dienstverlening voor ouderen waar ze een rol als deskundige partner opnemen. De verdere uitbouw van hun werking zou van grote betekenis zijn in de praktijk.

Hoewel de Vlaamse Ouderenraad waardeert dat er naar ouderen verwezen werd bij de toekenning van extra middelen aan de CGG's in 2020, werd toen niet bepaald dat (een deel van) de middelen ook werkelijk in de hulpverlening ten aanzien van deze doelgroep moest worden geïnvesteerd. We vragen om **in kaart te brengen** hoe deze middelen zijn ingezet en een inschatting te maken van de impact op het ondersteuningsaanbod voor ouderen. Ruimer bekeken lijkt het voorzien van een groeipad voor de verdere uitbouw van de ondersteuning ten aanzien van ouderen in de CGG's aangewezen, zeker gezien de verwachte toename van het aantal ouderen.

## 17. Verzeker de aanwezigheid van een psycholoog met expertise rond ouderen op elke geriatrische ziekenhuisafdeling.

Hoewel ouderen die terechtkomen in een geriatrische ziekenhuisafdeling vaak door een moeilijke periode vol vragen, vertwijfeling en soms moeilijke keuzes gaan, maakt ondersteuning door een psycholoog **geen standaard onderdeel** uit van de geriatrische ziekenhuispraktijk. Nochtans kan psychologische begeleiding van de oudere en zijn naasten tijdens het ziekenhuisverblijf een grote steun zijn. Op andere ziekenhuisafdelingen, zoals de oncologie-afdeling, is deze begeleiding wel verzekerd, wat een grote meerwaarde blijkt voor de oudere patiënt.

*“Ik voel mij ook erg gesteund door het oncologisch team dat mij behandelt. Dat team is multidisciplinair samengesteld wat betekent dat dokters, verpleegkundigen, diëtisten en psychologen er samen naar de beste zorg streven. Bijna elke keer dat ik langsga voor een behandeling, klopt de psycholoog aan voor een gesprek. Ik heb heel veel aan die gesprekken. Soms praten we over alledaagse besommeringen, een andere keer komen grote levensvragen aan bod.” - Leo, 68*

De wetgeving biedt vandaag al de mogelijkheid om een **psycholoog in te zetten op geriatrische ziekenhuisafdelingen**, maar dit is tot nu toe een vrijblijvende optie waarop lang niet elke geriatrische ziekenhuisafdeling intekent. De Vlaamse Ouderenraad vraagt daarom om de ondersteuning door een psycholoog te verzekeren voor de oudere patiënten die hier verblijven.

*“Mijn pleidooi is dat op elke geriatrische afdeling een ervaren klinische ouderenpsycholoog aanwezig is, omdat mensen daar dagelijks met psychische problemen worden geconfronteerd en er moeilijke familiegesprekken gevoerd worden. In de wetgeving met betrekking tot geriatrie staat dat er gekozen mag worden uit verschillende niet-medische disciplines om in te zetten op de afdeling. Psychologen zijn de duurste optie, waardoor ze nogal snel uit de boot vallen.” - Luc Van de Ven, ouderenpsycholoog UPC Leuven*

## 2.4. Bouw gespecialiseerde psychologische hulp op maat van ouderen met een psychiatrische aandoening uit

Niet alleen worden mensen die worstelen met een psychiatrische aandoening ouder, ook op latere leeftijd kunnen zich nog complexe psychiatrische problemen manifesteren. Het gespecialiseerde aanbod voor ouderen met psychiatrische problemen is echter beperkt en heel wat vormen van langdurige en intensieve psychiatrische zorg en ondersteuning zijn niet afgestemd op de noden van ouderen.

## 18. Trek specifieke expertise rond ouderen binnen in de mobiele 2a en 2b teams.

Hoewel vermaatschappelijking van de zorg al een hele tijd het credo is in de geestelijke gezondheidszorg, bleven 65-plussers lange tijd verstoken van de ondersteuning door mobiele teams voor acute en chronische psychologische hulpverlening, de zogenaamde teams 2a en 2b.

Recent werd deze situatie rechtgetrokken door extra financiering toe te kennen aan de mobiele teams. Met deze middelen moeten de mobiele teams outreachende, aanklappende en multidisciplinaire zorg aanbieden aan ouderen, met bijzondere aandacht voor ouderen in een sociaal-economisch kwetsbare positie. De Vlaamse Ouderenraad juicht deze extra financiering toe en staat achter de keuze om deze middelen in te bedden in de reguliere mobiele teams. Wel willen we wijzen op de nood om **specifieke expertise rond ouderen** aan te trekken binnen deze teams. Dit is noodzakelijk om een deskundige hulpverlening ten aanzien van ouderen te waarborgen.

Vandaag bestaan er al **verschillende mobiele werkingen voor ouderen**. Deze teams zijn verschillend van oorsprong en aard. Sommigen ressorteren onder een zorgprotocol 3-erkenning, anderen werden ingericht in het kader van een project eerstelijnspsychologische zorg voor ouderen, en sommige organisaties zetten zelf al een mobiele werking voor ouderen op met eigen middelen. Deze teams spelen in op de hoge nood aan mobiele begeleiding in de praktijk, maar bieden niet de intensieve ondersteuning die de 2a en 2b-teams bieden. Er moet dan ook bekeken worden hoe de verschillende soorten teams zich verhouden tot elkaar, hoe de verschillende rollen die zij vervullen gecontinueerd kunnen worden en hoe de opgebouwde expertise maximaal benut kan worden.

*“Een aantal jaren geleden hebben we een deel van onze eigen middelen geïnvesteerd in een mobiel team voor ouderen. Het is een klein team dat een sterke link heeft met de afdeling ouderenpsychiatrie. Het gaat om korte trajecten waarbij een inschatting van het probleem gemaakt wordt, advies wordt gegeven en we via expertisedeling het netwerk rond de oudere met een psychisch probleem proberen te versterken. We zien een grote meerwaarde van deze mobiele teams, waar ze ziekenhuisopnames kunnen vermijden en kunnen verkorten. Ook mensen die toch moeten opgenomen worden, kunnen via het mobiel team op een vlotte manier richting opname begeleid worden en onnodige opnames op spoedgevallendiensten kunnen zo vermeden worden.” - An Haekens, psychiater-psychotherapeut Alexianen Zorggroep Tienen*

## 19. Voorzie voldoende ziekenhuiscapaciteit en een geïntegreerde opvolging van ouderen met een psychiatrische aandoening.

Uit onderzoek van het KCE (2018) blijkt dat het aantal psychogeriatrische ziekenhuisbedden tegen 2025 met 25% moet stijgen om tegemoet te komen aan de noden van de groeiende populatie ouderen. Ook een **betere regionale en zelfs lokale spreiding** van deze bedden moet overwogen worden.

*“Wanneer ouderen doorverwezen worden naar een psychiatrisch ziekenhuis, heerst daar nog steeds een stigma rond. Wanneer ze naar een algemeen ziekenhuis komen, weet niemand dat ze op een psychiatrische afdeling opgenomen zijn. Dit helpt om ouderen tot bij ons te krijgen. Wat ook opmerkelijk is, is dat door een eerste opname bij ons, de drempel voor een eventuele overstap naar een psychiatrisch ziekenhuis voor intensievere therapie, veel kleiner wordt.” -*  
Virginie Delberghe, hoofdverpleegkundige afdeling psychogeriatric AZ Delta Roeselare

Het is niet ongewoon dat er naast de psychiatrische zorgen ook sprake is van lichamelijke gezondheidsproblemen. Daardoor verhuist de oudere patiënt vaak voortdurend van een psychogeriatric naar een geriatric ziekenhuisafdeling en omgekeerd. De psychiatrische begeleiding wordt zo voortdurend onderbroken. De Vlaamse Ouderenraad pleit voor een **geïntegreerde opvolging** van oudere patiënten met psychiatrische problemen. Continue afstemming over de behandeling en het medicatiegebruik van deze patiënten tussen de betrokken geriaters, psychiaters en bij uitbreiding ook het ruimere netwerk van de patiënt, moet daarbij vanzelfsprekend worden.

*“We hadden vroeger vier afdelingen geriatric zonder enige specialisatie of differentiatie, verschillende profielen kwamen allemaal op dezelfde afdeling terecht. We merkten dat er vaak mensen binnenkwamen met een psychische problematiek bovenop hun andere problemen. We zijn dan een samenwerking gestart met een psychiatrisch ziekenhuis. De psychiater kwam wekelijks op consult in het ziekenhuis, maar we misten een continue opvolging. We voelden dat de populatie groter werd en dat er nood was aan een specifieke afdeling voor deze doelgroep. De diversiteit en hoeveelheid aan patiënten die wij vandaag zien, bevestigt wat wij al jaren verkondigden: dit is geen luxegeneeskunde, maar echt noodzakelijke zorg. Het gaat om het delen van expertise en nauwe samenwerking” -* Virginie Delberghe, hoofdverpleegkundige afdeling psychogeriatric & Mieke Traen, psycholoog AZ Delta Roeselare

## 20. Ontwikkel een goed gespreid zorgaanbod voor ouderen met een psychiatrische aandoening.

Mensen met een psychiatrische aandoening hebben het bijzonder moeilijk om zorg en ondersteuning te vinden die aangepast is aan hun specifieke noden naarmate ze ouder worden. **Steeds meer ouderen dreigen zo door de mazen van het net te vallen.**

Thuis wonen is voor deze ouderen niet altijd vanzelfsprekend. Sommigen ervaren een gebrek aan structuur en opvolging of de zorg kan voor de partner lastig zijn om te dragen. Om een (nieuwe) ziekenhuisopname of een verblijf in een residentiële voorziening te vermijden, kan een **aanbod van dagopvang** voor ouderen met een psychiatrische aandoening een goede oplossing zijn. Hier kan de oudere een aangepast psychotherapeutisch behandel- en revalidatieprogramma volgen. Doordat dit aanbod de nodige ondersteuning en structuur biedt en de mantelzorger ontlast, kan de oudere thuis blijven wonen en wordt een (her)opname in een psychiatrisch ziekenhuis vermeden.



In andere gevallen is een terugkeer naar de thuissituatie, bijvoorbeeld na een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, niet aangewezen. Soms kunnen ouderen er niet rekenen op de ondersteuning van een sterk netwerk of de kans op een terugval kan thuis te groot zijn. Ze hebben echter geen nood aan de continue en doorgedreven ondersteuning die een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) biedt en hebben nog geen ernstige fysieke zorgnoden of dementie waardoor ze ook niet terecht kunnen in een woonzorgcentrum. Voor hen bieden **kleinschalige woonzorgalternatieven** een oplossing. Hier kunnen ze samenleven met ouderen met een gelijkaardige achtergrond en rekenen op een warme omkadering die hen structuur en houvast biedt. Dit aanbod is vandaag **zo goed als onbestaande**.

*“Het is hier een fijne omgeving. We komen niets te kort en we kunnen hier doen en laten wat we willen. Het samenwonen met de andere bewoners loopt goed, het is natuurlijk even wennen als er een nieuwe bewoner zijn intrek neemt, maar we praten hier tegen iedereen, dus dat loopt altijd wel los. De begeleiding hier is een stuk persoonlijker dan in een psychiatrisch ziekenhuis. Als we nood hebben aan een babbel, staat de begeleiding voor ons klaar. En als we een gesprek willen met een psycholoog, dan kan dat. In zo’n psychiatrisch ziekenhuis moeten er ook veel te veel mensen samenleven. Nee, dan is het hier fijner, met ons kleine groepje.” - oudere bewoners 't Kruidenpand*

Ouderen met een **psychiatrische aandoening én ernstige fysieke zorgnoden** of dementie kunnen voor gepaste zorg **vaak niet terecht in de residentiële ouderenzorg**. Sommige woonzorgcentra weigeren hen simpelweg. In woonzorgcentra waar ze wel terecht kunnen ontbreekt het dan weer vaak aan de nodige expertise en gespecialiseerde medewerkers als psychiatrisch verpleegkundigen om op een gepaste manier met hen om te gaan. Het levensritme in het woonzorgcentrum en de omgang met de bewoners is ook niet aangepast aan de noden van ouderen met een psychiatrische problematiek. Bovendien stellen sommige van deze ouderen gedrag dat de medebewoners als storend kunnen ervaren.

Voor ouderen met een psychiatrische aandoening en ernstige fysieke zorgnoden bieden **ook de PVT's geen oplossing**. Hoewel deze tehuizen wel de juiste omkadering voor de psychiatrische zorgnoden kunnen bieden, kunnen ze niet instaan voor de noodzakelijke ondersteuning voor de zware fysieke zorgnoden. Ze hebben niet de juiste infrastructuur en beschikken niet over het nodige hulp- en verzorgingsmateriaal om somatische zorg te verlenen. Bovendien zijn de medewerkers niet opgeleid voor het verlenen van deze zorg. Ook **dementie** vormt een pijnpunt: ouderen met dementie behoren immers niet tot de doelgroep van de PVT's. Wanneer iemand met een psychiatrische aandoening na verloop van tijd geconfronteerd wordt met dementie, zal er naarmate de aandoening vordert en dagelijkse handelingen moeilijker worden, aangestuurd worden op een andere ondersteuningsvorm, zoals een woonzorgcentrum.

De noden van mensen met een psychiatrische aandoening zijn divers, ook naarmate ze ouder worden. Een eenduidig antwoord ligt daardoor niet voor de hand. Wat wel vaststaat is dat een oplossing voor dit probleem steeds dringender wordt, gezien deze groep enkel zal groeien als gevolg van de

vergrijzing. Om tot een antwoord op maat te komen moeten **diverse pistes** verkend worden: van het realiseren van kleinschalige woonzorgalternatieven, over het inrichten van psychogeriatrische eenheden in woonzorgcentra, tot het introduceren van zorgalternatieven in de PVT's. Innovatieve praktijken die vandaag al de bakens uitzetten kunnen hierbij inspiratie bieden.

*“We hebben sinds kort twee huizen voor ouderen met een psychiatrische kwetsbaarheid. We merken dat de verhuis voor deze bewoners positief is. Vroeger werden ze weleens gezien als storend. Hun noden verschillen van die van onze andere bewoners, dat vraagt dus een andere aanpak van onze medewerkers. Nu kunnen we hen de structuur bieden die ze nodig hebben.” - Ann Desmet, directeur Woonzorgcentrum Roosendaelveld*

In omgekeerde richting blijkt dat een psychiatrische diagnose in het verleden soms een blijvend ‘etiket’ vormt. De oudere wordt dan toegang tot residentiële ouderenzorg geweigerd, niettegenstaande de psychiatrische problematiek doorheen de tijd afgezwakt is en wonen in een woonzorgcentrum perfect mogelijk is. Ook hier moet rond gesensibiliseerd worden. Het is belangrijk om steeds individueel en met alle betrokkenen te beoordelen wat de beste oplossing is.

## 2.5. Versterk de aandacht voor psychisch welzijn binnen de residentiële ouderenzorg

Binnen de residentiële ouderenzorg schiet de aandacht voor en omgang met het psychisch welzijn van bewoners vaak nog tekort: het psychisch welzijn van bewoners moet er structureel op de voorgrond komen.

De inzet van **voldoende en gekwalificeerde medewerkers** is een noodzakelijke voorwaarde om dit te realiseren. Veel woonzorgcentra hebben amper genoeg medewerkers om degelijke basiszorg te bieden, laat staan om goede psychologische ondersteuning er nog bij te nemen als een volwaardige taak. Het ontbreekt bovendien aan de nodige expertise om in te spelen op signalen van psychisch onwelzijn. Ook na het VIA6-akkoord blijft de werkdruk in woonzorgcentra immens en het vinden van gekwalificeerde medewerkers is bovendien een bijzonder moeilijke opgave. De overheid heeft een belangrijke rol te spelen in het aantrekkelijker maken van werken in de residentiële ouderenzorg, het realiseren van werkbaar werk en het ondersteunen van bijkomende opleidingsmogelijkheden voor de medewerkers.

Aanvullend daarop schuift de Vlaamse Ouderenraad twee belangrijke aanbevelingen die een verschil kunnen maken voor het psychisch welzijn van bewoners van woonzorgcentra naar voor:

## 21. Realiseer warme, persoonsgerichte zorg en garandeer de nodige aandacht voor het wonen en leven in de woonzorgcentra.

Warme en persoonsgerichte zorg moet hand in hand gaan met aandacht voor het wonen en leven in de woonzorgcentra. Dit betekent onder meer dat er activiteiten aangeboden worden die betekenisvol zijn voor de bewoner, dat de band met het netwerk van de bewoner warm gehouden wordt en dat er aansluiting gezocht wordt bij het leven in de buurt. Hoewel heel wat woonzorgcentra hierin stappen vooruitzetten, is dit nog lang niet vanzelfsprekend. Bovendien toonde de coronacrisis aan dat de focus op medische zorgverlening snel terug de bovenhand kan nemen.

*“Tegen al onze verwachtingen in biedt het woonzorgcentrum niet de nodige hulp, zorg, begrip, verantwoordelijkheid noch aandacht. Dat baart mij zorgen en doet mij veel verdriet. Het personeel moet zijn taken uitvoeren op een draffje en dat gebrek aan tijd en geduld is nefast voor een alleenstaande met dementie.” - Irene, 69*

*“Ik stemde uiteindelijk toe met de verhuis van mijn man naar het woonzorgcentrum. Maar hij werd er meteen op de gesloten afdeling geplaatst. Hij werd continu geconfronteerd met roepende mensen of mensen die volledig het noorden kwijt waren. Daardoor ging hij ook sterk achteruit. Na een kleine twee maanden kon hij niet meer zelfstandig wandelen, hij werd steeds zwakker. Ik vond dit erg confronterend om te zien. Bovendien stel ik me vragen bij het feit dat er in het weekend maar één personeelslid verantwoordelijk is voor een hele gang van bewoners. Door de grote zorgnoden moet die zich als het ware in tien stukken verdelen om toch iedereen te helpen.” - M., 83*

De Vlaamse Ouderenraad is ervan overtuigd dat het **verder stimuleren van persoonsgerichte zorg en aandacht voor het wonen en leven** in de woonzorgcentra cruciaal is voor het psychisch welzijn van de bewoners. Als medewerkers bewoners door en door kennen en niet enkel aandacht hebben voor zijn of haar zorgnoden, maar ook voor de persoon, dan kunnen ze snel symptomen van psychisch onwelzijn herkennen. Bovendien verkleint dit de drempel om hierover met de bewoner zelf in gesprek te gaan. Ook als het gaat over zogenaamd storend gedrag.

*“Er gaat binnen het woonzorgcentrum veel aandacht naar de kwaliteit van wonen en leven. Het kleinschalige aspect is voor veel bewoners rustgevend. Mensen die voorheen altijd in hun eigen kamer aten, sluiten nu wel aan bij het gezamenlijke eetmoment in hun huis. De psycholoog bekijkt voor iedere bewoner individueel welke structuur hij of zij nodig heeft. Ook de activiteiten willen we in de toekomst afstemmen op de interesses van de ouderen. We willen daarnaast ook graag deel uitmaken van de omgeving, zodat de wijk hier binnenkomt en de mensen nog steeds het gevoel krijgen deel uit te maken van de maatschappij.” - Ann Desmet, directeur Woonzorgcentrum Roosendaelveld*

## 22. Bouw een sterke psychologische functie uit binnen de residentiële ouderenzorg.

De aandacht voor de psychische klachten van bewoners is vandaag in te veel woonzorgcentra nog ondermaats, en vooral: onvoldoende structureel ingebed.

Dit vraagt in de eerste plaats om **dwarsverbindingen tussen de residentiële ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg**. Vandaag vormen de schotten tussen deze sectoren nog te vaak een barrière voor multidisciplinaire opvolging en een geïntegreerde zorgverlening. Er bestaan enkele innovatieve praktijkvoorbeelden, maar de structurele financiering is schaars. Hierdoor gaan samenwerkingen als de inbedding van het aanbod van de CGG in woonzorgcentra of het uitbouwen van een samenwerkingsverband met een psychogeriatrische ziekenhuisdienst vandaag vaak ten koste van andere vormen van zorg en ondersteuning of van de betaalbaarheid van de zorg voor de bewoner.

Nochtans liggen in deze samenwerkingen heel wat kansen besloten. Dwarsverbindingen kunnen niet alleen de aandacht voor het psychisch welzijn in het woonzorgcentrum verscherpen, de inzet van expertise uit de geestelijke gezondheidszorg en het creëren van mogelijkheden tot uitwisseling kan de medewerkers van woonzorgcentra ook ondersteunen in het omgaan met psychische problemen bij bewoners en gedrag dat als storend ervaren wordt.

*“We hebben een groepsaanbod voor ouderen die recent verhuisden naar het woonzorgcentrum uitgewerkt. Een jaar na hun verhuis gaan we in op wat de verhuis voor hen betekend heeft. We staan ook stil bij het levensverhaal van de ouderen, zodat ze terug meer worden dan enkel een bewoner met zorgnoden. Voor ouderen met dementie hebben we een ganzenbord ontwikkeld. Elk vakje op het spelbord staat symbool voor een bepaald levensthema. Zo gaan we doorheen het spel het gesprek aan over een heel aantal levenservaringen.” - Mikis Dormaels, medewerker CGG Elder Brussel*

*“Over patiënten die doorstromen naar een woonzorgcentrum wordt soms overleg georganiseerd en bij moeilijkheden kunnen de medewerkers van het woonzorgcentrum de psychogeriatrische ziekenhuisafdeling contacteren. Wederzijds professioneel contact is heel belangrijk.” - Virginie Delberghe, hoofdverpleegkundige afdeling psychogeriatric AZ Delta Roeselare*

*“Vanuit het mobiel team proberen we het woonzorgcentrum te ondersteunen in de specifieke aanpak die ouderen met een psychiatrische achtergrond toch wel vaak vereisen. Het team draagt kennis over en voorziet begeleiding waar nodig. De medewerkers van het woonzorgcentrum zijn zelf vaak onvoldoende geschoold over profielen met een psychiatrische achtergrond. Soms lukt dat goed en soms loopt dat nog stroef. We merken wel dat door deze vlotte samenwerking de angst om mensen uit ‘de psychiatrie’ op te nemen kleiner wordt.” - An Haekens, psychiater-psychotherapeut Alexianen Zorggroep Tienen*

Ook de inzet van een **interne psycholoog** in het woonzorgcentrum kan een belangrijke hefboom zijn qua aandacht voor het psychosociaal welzijn van de bewoners. Een psycholoog kan trekker zijn van een mentaliteitswijziging door teams te begeleiden, advies te geven, met een andere bril naar complexe casussen te kijken, ... Extra stimulansen om een psycholoog in te schakelen in de reguliere werking van de woonzorgcentra zijn dan ook welkom.

*“In het woonzorgcentrum werk ik op vier domeinen: het begeleiden van bewoners, het ondersteunen van de familie en mantelzorgers, het inspireren van de teams en het adviseren van het beleid rond psychisch welzijn. Dat zorgt ervoor dat ik als psycholoog in contact sta met allerlei zorgverleners uit verschillende disciplines. Zo werk ik nauw samen met onze referentiepersoon palliatieve zorg, bijvoorbeeld voor juridische en ethische aspecten, en met de collega’s van de sociale dienst als het gaat over de verhuis van kandidaat-bewoners. We vinden het belangrijk dat we de bewoner en zijn familie leren kennen. Tijdens briefings en vormingen praat ik met de ergo- en kinesitherapeuten, coaches wonen en leven, pastores, zorg- en verpleegkundigen en poetshulpen over verschillende thema’s.” - Elyn Smets, psychologe woonzorgcentrum Sint Bernardus Bertem*

## Referenties

Adriaenssens J, Farfan-Portet M-I, Benahmed N, Kohn L, Dubois D, Devriese S, Eyssen M, Ricour C. *Hoe de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen verbeteren?* Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2018. KCE Reports 301As. D/2018/10.273/28.

CM (2018). *Bewoners woonzorgcentra massaal aan antidepressiva*. Geraadpleegd via [https://www.cm.be/media/Antidepressiva-bijlage\\_tcm47-44958.pdf](https://www.cm.be/media/Antidepressiva-bijlage_tcm47-44958.pdf)

Fialová D., Kummer I., Držaić M., Leppee M. (2018) Ageism in Medication Use in Older Patients. In: Ayalon L., Tesch-Römer C. (eds) *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*, vol 19. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_14)

Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018*. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: [www.gezondheidsenquête.be](http://www.gezondheidsenquête.be)

Jackson, S., Hackett, R. en Steptoe, A. (2019). Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet Public Health*. Geraadpleegd via [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(19\)30035-0/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30035-0/fulltext#articleInformation)

Koning Boudewijn Stichting. (2020). *Levenskeuzes op latere leeftijd*. Geraadpleegd via <https://www.kbs-frb.be/nl/Newsroom/Press-releases/2020/20201215AJBaro60plus>

SHARE (2019). *Wave 7, Suicidal feelings or wish to be dead*. Geraadpleegd via [https://www.share-datadocutool.org/data\\_variables/view/46105](https://www.share-datadocutool.org/data_variables/view/46105)

VLESP. (2019). *Suicidepreventie bij ouderen. Praktijkadviezen voor zorg- en hulpverleners*. Geraadpleegd via <https://www.vlesp.be/assets/pdf/richtlijn-suicidepreventie-bij-ouderen-nl-152526.pdf>