

Tilburg University

Forum

van den Broek, A.; van Alphen, B.; Verbeek, H.

Publication date:
2023

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

van den Broek, A., van Alphen, B., & Verbeek, H. (2023). Forum: Tijd om te specialiseren in ouderpsychologie., Tijdschrift de Psycholoog.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/366987619>

Tijd om te specialiseren in ouderen-psychologie

Article · January 2023

CITATIONS

0

READS

84

3 authors, including:



[Anneloes H.S. van den Broek](#)

GGz Breburg

36 PUBLICATIONS 133 CITATIONS

SEE PROFILE

Tijd om te specialiseren in ouderen-psychologie

Geen reacties

Door de snelle groei van het aantal ouderen met specifieke mentale en fysieke behoeften neemt in Nederland de vraag naar specialistische ouderen psychologen toe. Bas van Alphen, Anneloes van den Broek en Hilde Verbeek gaan in op specialistisch werken in de ouderenzorg, management in de ouderenzorg en wetenschappelijk onderzoek bij ouderen met daarbij de wettelijk gestelde eisen van specialismen (artikel 14 van de wet big) als onderlegger. 'Het potentieel van het individu staat centraal in plaats van de beperking.'

Anneloes van den Broek, Bas van Alphen, Hilde Verbeek

Inleiding

Door de verder oplopende dubbele vergrijzing krijgt de Nederlandse zorg niet alleen te maken met een toename van het aantal zorgvragen maar ook nog eens met meer (hoog)complexe aanmeldingen. Dubbele vergrijzing houdt in Nederland in dat het aandeel mensen van 65 jaar en ouder toeneemt van ongeveer 20% in 2020 tot 26% in 2040 waarbij tevens de levensverwachting verder stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040 (rivm, 2018).

Dementie veroorzaakt in 2040 de meeste sterfte en tevens de hoogste ziektelast. Multimorbiditeit en het aantal chronische somatische ziekten nemen toe. Momenteel heeft 70% van de mensen van 65 jaar en ouder een chronische ziekte. Bij 75 jaar en ouder heeft 63% twee of meer chronische ziekten en 32% heeft drie of meer chronische aandoeningen. Bovendien gaat multimorbiditeit gepaard met polyfarmacie; circa 45% van de Nederlandse ouderen gebruikt vijf of meer medicijnen tegelijk en voor bijna 20% van de 75-plussers loopt dit op tot meer dan negen (rivm, 2018). Polyfarmacie compliceert zowel de diagnostiek als de behandeling van ouderen en brengt ernstige risico's met zich mee, zoals ongewenste bijwerkingen, risico's op complicaties en cognitieve bijwerkingen.

De toename van het aantal chronische ziekten is aanleiding geweest voor een nieuwe focus op gezondheid. Werd voorheen gezondheid gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte of gebrek, nu wordt de focus verlegd naar het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen die ze hebben om te gaan met zoveel mogelijk eigen regie. Kortom: het potentieel van het individu staat centraal in plaats van de beperking. Van de ziekte ofwel de diagnose centraal, naar de patiënt centraal, met zelfregie en het duurzaam stimuleren van welbevinden, gezondheid en kwaliteit van leven.

Deze attitudewijziging loopt synchroon met de toenemende zelfstandigheid van ouderen. Zij willen zo lang mogelijk gezond en zelfstandig leven, stellen pensionering uit en blijven in het werkzame leven langer actief. Hiervoor zijn daadkracht, gezondheidsvaardigheden, eigen verantwoordelijkheid

nemen en betrokkenheid op de actualiteit de basis. De Nederlandse overheid is op zoek naar een goede balans (Van den Broek, Videler & Van der Voort, 2021). De urgentie om voorbereidingen te treffen voor de toekomstige zorgvraag wordt nog onvoldoende breed ervaren in de samenleving, zelfs onder professionals. Vroegtijdige signalering kan zorgkosten drukken en daarmee haalbaarheid, toegankelijkheid van de zorg en kwaliteit borgen. Dit vraagt in de ouderenzorg om specifieke expertise.

Vroegtijdige signalering kan zorgkosten drukken en daarmee haalbaarheid, toegankelijkheid van de zorg en kwaliteit borgen

Door het snelgroeiende aandeel van ouderen in Nederland met specifieke mentale en fysieke behoeften neemt de vraag naar ouderenpsychologen toe. Zo werken in de Nederlandse Verzorging, Verpleging & Thuiszorgsector (VVT-sector) circa drieduizend psychologen van wie circa 66% als masterpsycholoog, 33% als gezondheidszorgpsycholoog en 1% als klinisch (neuro)psycholoog (nipsctie ouderenpsychologie, 2021). De werksetting van de ouderenpsycholoog is vooral de VVT-sector, geestelijke gezondheidszorg (GGZ), en de ziekenhuissector, bijvoorbeeld op de afdeling klinische geriatrie. Ziektebeelden waarmee de ouderenpsycholoog te maken krijgt zijn (combinaties van) neurodegeneratieve stoornissen met gedragsproblemen, problematiek met niet aangeboren hersenletsel (nah), (vasculaire) depressies, angststoornissen met specifieke uitingen, zoals de val-, incontinentie-, of vergeetfobie, complex psychotrauma, verslavingsproblematiek (voornamelijk alcohol- en anxiolyticagebruik), aanhoudende lichamelijke klachten (ALK), autismespectrumstoornissen en (laat zichtbare) persoonlijkheidsstoornissen, alle variërend in type en ernst. Binnen iedere werksetting heeft de ouderenpsycholoog specifieke aandachtsgebieden en, afhankelijk van de big-registratie(s), specifieke bevoegdheden tot handelingen.

Binnen de VVT-sector kan worden gedacht aan hersteltrainingen nadat iemand bijvoorbeeld een hersenbloeding heeft doorgemaakt. Of mensen met dementie gecompliceerd door ernstige gedragsproblemen voorzien van mediatieve behandeling door zorgmedewerkers of familieleden. Binnen de GGZ is de ouderenpsycholoog met de big-registratie gezondheidszorgpsycholoog goed geëquipeerd als het gaat om geprotocolleerde behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie bij ouderen met depressies, angststoornissen, ALK of verslavingsproblematiek. Ernstige en/of instabiele combinatieproblematiek bij ouderen vraagt om specialistische interventies. Voorbeelden zijn ouderen met een lange psychische hulpverleningsgeschiedenis en multimorbiditeit, ouderen in acute suïcidale crisis of een psychotische decompensatie.

Gesteund door sociaal-demografische gegevens in combinatie met de toename van specifieke behoeften en (hoog)complexe zorgvragen van ouderen is de verwachting dat er meer beroep wordt gedaan op specialisten in de ouderenpsychologie (van Alphen, 2015). Voortvloeiend uit deze verwachting is de tijd rijp voor een nieuwe specialisme naast de klinisch (neuro)psycholoog: de klinisch ouderenpsycholoog.

Deze bijdrage gaat in op de vier pijlers van de specialistische opleiding tot klinisch (neuro)psycholoog, namelijk diagnostiek en behandeling, management alsmede wetenschappelijk onderzoek met de vertaalslag naar een specialisme 'klinisch ouderenpsycholoog' met de wettelijk gestelde eisen van specialismen (artikel 14 van de wet big) als onderlegger.

Diagnostiek en behandeling in de ouderenzorg (Pijler 1 en 2)



Het was Sigmund Freud die ervan overtuigd was dat psychoanalytische psychotherapie faalt bij mensen vanaf vijftig jaar omdat er enerzijds te veel te verwerken valt en anderzijds het vermogen om psychische processen ongedaan te maken afneemt (van Alphen, 2019). Deze ontorechte aanname is diepgeworteld in de maatschappij en leidt niet alleen tot leeftijdsdiscriminatie en stereotypering maar ook tot onderbehandeling en nocebo-effect. Bij het nocebo-effect hebben ouderen weinig vertrouwen in de behandeling waardoor de behandeling ook minder effectief zal zijn (van Alphen, Videler & Sobczak, 2022).

De wetenschappelijke bewijsvoering staat diametraal tegenover de stellingname van Freud. Ouderen kunnen namelijk doorgaans even goed profiteren van psychotherapie als jongere cohorten. Zo blijkt uit een meta-analyse dat toename van de leeftijd op zich geen interfererende factor vormt in de effectiviteit van psychotherapie voor depressie voor jongere en oudere volwassenen (Cuijpers et al., 2020). Ook een recente publicatie naar de effectiviteit van intensieve traumabehandeling bij jongere en oudere volwassenen vermeldt grote behandel-effecten voor beide leeftijdsgroepen (Gielkens et al., 2021). Verder toont een meta-analyse aan dat cognitieve gedragstherapie niet alleen superieur is aan een wachtlijstconditie, maar ook aan een actieve controlegroep bij de behandeling van ouderen met angststoornissen (Hendriks et al., 2008). Ook zijn er aanwijzingen dat ouderen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen wel degelijk kunnen profiteren van individuele schematherapie (Videler et al., 2018). Obstacle is wel dat er in Nederland maar een beperkt aantal ouderenpsychologen deze specialistische behandelingen kunnen uitvoeren, zoals intensieve traumabehandelingen en schematherapie (nip-sectie ouderenpsychologie, 2021).

Daarnaast vraagt hulpverlening aan ouderen aanpassing en expertise op het gebied van biopsychosociale veroudering en daarmee samenhangende kwetsbaarheid. Vanuit diagnostisch perspectief kan onder meer gedacht worden aan de grote interindividuele variabiliteit binnen het cohort ouderen en hieruit voortvloeiende beperkte validiteit van psychologische tests, of soms

specifieke klinische presentatie van psychopathologie al of niet veroorzaakt door multimorbiditeit en/of polyfarmacie. Diagnostiek bij ouderen impliceert dan ook kennis van multipele en multicausaal problematiek met specifieke uitingswijzen van psychopathologie waarbij testpsychologisch onderzoek gezien de beperkte belastbaarheid van veel ouderen vaak gefaseerd plaatsvindt. Daarnaast dient de aandacht uit te gaan naar de cruciale rol van hetero-anamnestiche informatie en het belang om de testitems aan te passen aan de leef- en belevingswereld alsmede een adequate taxatie van het begripsniveau van ouderen (van Alphen, 2007).

Vanuit het behandelperspectief kan gedacht worden aan het inhoudelijk aanpakken van cohortgebonden overtuigingen over ouder worden, psychotherapie en psychiatrie of de omgang met existentiële thema's als de dood, rouw en de zin van het leven. Het heractiveren van positieve zelfopvattingen of schema's, die minder ondersteund worden met het ouder worden is eveneens zinvol (Videler et al., 2020).

Ook zijn praktische aanpassingen in de therapie aangewezen, zoals het inkorten van de duur en/of frequentie van therapie sessies, aanpassen van behandelprotocollen naar het taalgebruik overeenkomstig met de leef- en belevingswereld van ouderen en het betrekken van het systeem, zoals mantelzorgers of zorgprofessionals bij de behandeling en begeleiding. Verder zijn er specifieke behandelinterventies ontwikkeld in de ouderenzorg, zoals mediatietherapievormen. Mediatietherapie wordt ingezet bij ouderen met ernstige psychopathologie die als gevolg multimorbiditeit, zoals ernstige cognitieve stoornissen niet in staat zijn om individuele of groepspsychotherapie te ondergaan. Andere voorbeelden zijn life review (interventie gericht het systematisch terugkijken op het leven om te komen tot nieuwe reconstructies van het levensverhaal) en reminiscentie (interventie gericht op positieve levenservaringen uit het verleden zodat een positiever zelfbeeld wordt verkregen).

Helaas komen op ouderen gerichte diagnostische en behandelinterventies bij de meeste opleidingsinstellingen niet of nauwelijks aan bod in de specialistische opleiding tot klinisch (neuro)psycholoog

Naast kennis over multimorbiditeit, farmacotherapie en polyfarmacie zijn bovengenoemde voorbeelden van zowel inhoudelijke als praktische aanpassingen in de diagnostiek en behandeling evenals specifieke interventies wezenlijk om ouderen de zorg te geven die ze nodig hebben. Helaas komen op ouderen gerichte diagnostische en behandelinterventies bij de meeste opleidingsinstellingen niet of nauwelijks aan bod in de specialistische opleiding tot klinisch (neuro)psycholoog. Niettemin vormen pijler 1 en 2 een specifiek specialistisch aandachtsgebied waarbij in de opleiding tot klinisch ouderenpsycholoog de aandacht vooral uitgaat naar vaardigheden in relatie tot de interpretatie van test scores bij multimorbiditeit, specifieke diagnostische of behandelinterventies voor ouderen en aanpassingen van specialistische interventies uit de volwassenenzorg voor ouderen.

Management in de ouderenzorg (Pijler 3)

De Nederlandse ouderenzorg kent een specifieke ketenzorg van de VVT, GGZ-ouderen, somatische ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en verstandelijke gehandicaptenzorg. De VVT bestaat vooral uit (combinatie)afdelingen psychogeriatric, somatiek, revalidatie en specifieke dagbehandelingen (onder andere Parkinson, jonge mensen met dementie, hoogopgeleiden met dementie, Korsakov, nah/afasie) maar ook uit Topcare-expertisecentra, zoals op het gebied van de ziekte van Huntington of geriatrische revalidatiezorg met als doel de kwaliteit van hoogspecialistische zorg en behandeling aan ouderen te optimaliseren.

Problematiek in de VVT-sector ontstaat in de complexe dynamiek tussen ouderen, hun naasten en zorgprofessionals, al dan niet in combinatie met de fysieke omgeving. Psychodiagnostiek,

indicatiestellingen, analyse en (mediatieve) behandeling van psychologische en gedragsproblematiek bij bewoners behoren tot de kerntaken. Bij de diagnostiek en behandeling moet er regelmatig creatief van protocollen worden afgeweken om behandelingen passend te maken binnen de setting en aan te sluiten bij de behoeftes en mogelijkheden van ouderen. Verder spelen psychologen vanwege hun kennis en expertise over probleemgedrag ook een rol in het terugdringen van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen. Verwacht wordt dat deze behoefte aan psychische zorg en behandeling verder toeneemt (Capaciteitsorgaan, 2018).

De GGZ voor ouderen beslaat de generalistische basis-GGZ en (top)specialistische GGZ voor ouderen met tevens een consultatieve (anderhalvelijns) functie naar de huisartsenpraktijken, VVT en verstandelijk gehandicaptenzorg. De Nederlandse topspecialistische centra ofwel TOP-GGZ-afdelingen voor ouderen zijn vooral gespecialiseerd op het gebied van neurocognitieve stoornissen, stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en autismespectrumstoornissen. De interferentie van cognitieve en somatische comorbiditeit, het beperkt aantal gevalideerde psychologische tests voor ouderen en de beperkingen in de diagnostische classificatiemodellen waarin de definitie van psychische ziekten onvoldoende is toegespitst op de leef- en belevingswereld van ouderen zijn voor psychologen werkzaam in de (top)specialistische GGZ wezenlijke uitdagingen.

In de somatische ziekenhuizen vormen ouderen de meerderheid van de totale patiëntenpopulatie bij ziekten als kanker en ernstig nierfalen. Naast de somatiek waarvoor ouderen naar het ziekenhuis komen, is vaak sprake van een samengaan van problemen op somatisch, psychisch en sociaal vlak (ZonMw-Meer aandacht voor ouderen in het ziekenhuis, 2019). De somatische ziekenhuizen hebben naast een GGZ-functie voor ouderen ook (consultatieve) samenwerkingsverbanden met bijvoorbeeld afdelingen klinische geriatrie en neurologie waar de ouderenpsycholoog kan worden ingezet ten behoeve van neurocognitieve diagnostiek, kortdurende psychologische behandeling of gedragsadviesing.

Door de complexiteit als gevolg van multimorbiditeit en interindividuele variabiliteit van ouderen is onderlinge samenwerking in de zorgketen tussen VVT, GGZ, ziekenhuizen en huisartsenpraktijken van essentieel belang. Naast onderlinge samenwerking wordt de ouderenzorgketen door genoemde complexiteit gekenmerkt door een geïntegreerde, biopsychosociale werkwijze. Dit betekent bij uitstek werken in een multidisciplinair team met geïntegreerde specialistische expertise per discipline, waarbij de klinisch ouderenpsycholoog niet mag ontbreken naast de ouderenpsychiater, klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig (ouderen)specialist als specialistisch gedragswetenschapper op het gebied van ouderen. In een geïntegreerde samenwerking draagt pijler 3 bij aan zorginnovatie waarbij de klinisch ouderenpsycholoog (i.o.) een belangrijke bijdrage levert aan het ontwerpen, evalueren en verbeteren van zorgprogramma's, zorgpaden, zorgvraagtypering en cetera. Dit raakt het zorgmanagement waarbij de klinisch ouderenpsycholoog inhoudelijke verantwoordelijkheid draagt voor de organisatie van het zorgproces binnen de ouderenketenzorg. De managementvaardigheden in pijler 3 zouden zich in de opleiding tot klinisch ouderenpsycholoog moeten richten op projectmatig innoveren in de specifieke keten van ouderenzorg.

Wetenschappelijk onderzoek bij ouderen (Pijler 4)

Ondanks genoemde positieve uitkomsten van behandelstudies bij ouderen is er nog steeds sprake van een ondervertegenwoordiging van ouderen in wetenschappelijke studies (van Alphen, 2019). Voornaamste redenen hiervoor zijn enerzijds leeftijdsdiscriminatie omdat veel studies de leeftijdsgrenzen van 18 tot 65 jaar hanteren. Anderzijds behoren leeftijdsgerelateerde kenmerken van ouderen, zoals multimorbiditeit en polyfarmacie tot de exclusiecriteria van veel wetenschappelijk onderzoek (Rhebergen, 2018). Daarnaast hebben we te maken met een heterogene

onderzoeksgroep door genoemde grote interindividuele variabiliteit met tevens relatief hoge uitval tijdens de behandeling hetgeen de inclusie voor (grootschalig) randomized control treatment (RCT)-onderzoek bij ouderen kan ontmoedigen.

Een interessant en tevens haalbaar wetenschappelijk alternatief voor het wetenschappelijk deel van de specialistische opleiding is de zogenaamde single case experimental design (SCED). Bij de SCED komt het er kort gezegd op neer dat er vele metingen per respondent plaatsvinden in plaats van de RCT's met een beperkt aantal metingen bij doorgaans grote groepen van respondenten. Bij de SCED worden de veranderingen binnen een respondent onderzocht en worden de condities willekeurig afgewisseld of in fasen uitgevoerd. Doordat respondenten hun eigen controleconditie vormen en de primaire uitkomstmaat zeer frequent wordt gemeten wordt het potentiële verlies op de kans dat een bepaald klinisch verschil wordt waargenomen in de onderzoekspopulatie gecompenseerd (Borckardt et al., 2008).

Een ander design dat zich goed leent in de VVT-sector is het stepped-wedge design. Dit cluster gerandomiseerd onderzoek waar de interventie getrapt wordt ingevoerd, is wenselijk wanneer randomiseren op individueel niveau niet goed mogelijk is als gevolg van ethische, logistieke of financiële redenen. In dit design wordt de interventie gefaseerd uitgevoerd waarbij over de gehele onderzoeksperiode alle patiënten overgaan van controlegroep naar interventiegroep (Leontjevas et al., 2013).

Cruciaal is dat de klinisch ouderenpsycholoog (i.o.) een belangrijke bijdrage levert aan het vertalen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten naar de praktijk en het vertalen van praktijkproblemen in wetenschappelijke onderzoeksvragen

Zo zijn er meer aanpassingen bij ouderen in wetenschappelijk onderzoek te bedenken. Maar cruciaal is dat de klinisch ouderenpsycholoog (i.o.) een belangrijke bijdrage levert aan het vertalen van wetenschappelijke onderzoeksresultaten naar de praktijk en het vertalen van praktijkproblemen in wetenschappelijke onderzoeksvragen. De klinisch ouderenpsycholoog (i.o.) vormt een cruciale bijdrage ten aanzien van voor ouderen wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen en protocollen met tevens aandacht voor persoonlijke omstandigheden en voorkeuren van oudere patiënten te integreren in het geheel van de aangeboden zorg. De onderzoekvaardigheden in pijler 4 in de opleiding tot klinisch ouderenpsycholoog zouden zich vooral moeten richten op specifieke onderzoekdesigns, haalbaarheidsanalyses en daarmee samenhangende kenmerken van ouderen als onderzoeksgroep, zoals multimorbiditeit, beperkte belastbaarheid, wilsonbekwaamheid, hoge uitval en suboptimaal aanbod van gevalideerde meetinstrumenten (van Alphen, 2019).

Stappen richting een nieuw specialismen

Wettelijk erkende specialismen vallen onder artikel 14 van de wet big. Dit artikel beslaat een aantal beleidscriteria voor erkenning van specialistentitels. Wij denken dat het specialisme 'klinische ouderenpsycholoog' goed aansluit op de gestelde criteria in artikel 14. Zo heeft de klinisch ouderenpsycholoog betrekking op de individuele gezondheidszorg met een eigen identiteit door specifieke deskundigheid van ouderen en daarmee afgrenzing van het specialisme ten opzichte van de klinisch (neuro)psycholoog enerzijds en de gezondheidszorgpsycholoog als generalist anderzijds.

Inmiddels heeft de klinische ouderenpsychologie een eigen (inter)nationaal wetenschapsdomein met onder meer leerstoelen binnen de ouderenpsychologie, inclusief een Nederlands convent hoogleraren ouderenpsychologie, een eigen vereniging (nip-sectie Ouderenpsychologie) en een eigen wetenschappelijk tijdschrift in wording (Tijdschrift voor Ouderenpsychologie). Vanuit het oogpunt van oudere patiënten is wenselijk dat complexe psychodiagnostiek en/of psychologische behandeling wordt uitgevoerd door een specialist op het gebied van ouderen. Hierbij kan onder meer gedacht

worden aan persoonlijkheidsonderzoek, autismeonderzoek of inzichtgevende vormen van individuele of groepspsychotherapie of mediatietherapie bij ernstig gedragsgestoorde ouderen met multimorbiditeit.

In opleidingsland is een aantal ontwikkelingen gaande om te specialiseren in de ouderenpsychologie. Zo kan binnen de KP-opleiding van RINO Zuid de aantekening 'expertise ouderen' verkregen worden waarbij extra aandacht uitgaat naar diagnostiek/behandeling, management en wetenschappelijk onderzoek bij ouderen. Afgelopen kalenderjaar kwam daar nog een specifieke vierjarige leerroute in de ouderenzorg bij. Zo vindt een pilot plaats bij GGZ-instellingen Breburg en Mondriaan met deze leerroute; de eerste twee jaar van de KP-opleiding worden ingevuld bij de GGZ voor ouderen, gevolgd door een jaar medische psychologie in de somatische ziekenhuizen met specifieke aandacht voor klinische geriatrie en neurologie. Het laatste opleidingsjaar wordt afgerond in de VVT.

Momenteel is er een groot tekort aan gz-psychologen in de VVT en zijn er nauwelijks klinisch (neuro)psychologen werkzaam in de VVT. Dit betekent dat er vanuit de VVT ook weinig mogelijkheden zijn om door te groeien naar een specialistische rol terwijl de vraag daar wel toeneemt wat betreft specialistische expertise. Opleidingsplaatsen tot klinisch ouderenpsycholoog moeten dan ook op de korte termijn in samenwerking geïnitieerd worden. Door vanuit ervaren opleidingsinstellingen klinisch ouderenpsychologen op te leiden die uiteindelijk vanuit de VVT werkzaam zijn en de brugfunctie in het zorgnetwerk kunnen leggen, wordt de uitstroom van gz-psychologen in de VVT-sector minder en de expertise groter.

De pijlers management en wetenschappelijk onderzoek kunnen door de instellingen samen worden ingezet ter bevordering van netwerk en kennisuitwisseling.

Genoemde KP-aantekening 'expertise ouderen' en KP-leerroute in de ouderenzorg is een belangrijke stap voorwaarts, maar betreft niet een landelijke erkenning om te specialiseren in een leeftijdsgroep, zoals de KP-opleiding met differentiatie Kinderen & Jeugd, en al evenmin een wettelijk erkend specialisme 'klinisch ouderenpsycholoog'.

Besluit

De tijd is kortom rijp om te specialiseren in de ouderenpsychologie vanwege de toename van (hoog)complexe zorgvragen als gevolg van de dubbele vergrijzing, de specifieke infrastructuur binnen de ouderenketenzorg, met een duidelijke wens voor meer zorginnovatie, en de behoefte om meer op ouderen gefundeerde richtlijnen en protocollen te implementeren. Bovendien worden hiermee het beroepsperspectief en doorontwikkeling vergroot van de gz-psycholoog in de VVT-sector. Dat waarborgt de continuïteit van specifiek opgebouwde kennis en kwaliteit van zorg.

*Correspondentie aangaande dit artikel via Bas van Alphen. **E-mail:** b.van.alphen@mondriaan.eu.*

Referenties

1. Borckardt, J.J., Nash, M.R., Murphy, M.D., Moore, M., Shaw, D. & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analyses. *American Psychologist*, 63, 77-95.
2. Werkprocesonderzoek vijf beroepen GG. Ten behoeve van de raming 2018 van het Capaciteitsorgaan voor de vijf beroepen geestelijke gezondheid.
3. Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 77, 694-702.
4. Comparing intensive trauma-focused treatment outcome on PTSD symptom severity in older and younger adults. *Journal of Clinical Medicine*. doi: 10.3390/jcm10061246.

5. Cognitivebehavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 403–411.
6. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial, *The Lancet*, 2255-2264
7. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 504-506.
8. De impact van de vergrijzing 2018. Beschikbaar via <https://www.vtv2018.nl/impact-van-de-vergrijzing>.
9. *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
10. Een persoonlijke kwestie. Inaugurale rede leerstoel beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. Tilburg University.
11. *Geron*, 15, 22-25.
12. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 1-4.
13. Positive schemas in older adults: Clinical implications and research suggestions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48, 481–91.

Beeld: Chiara Arkesteijn