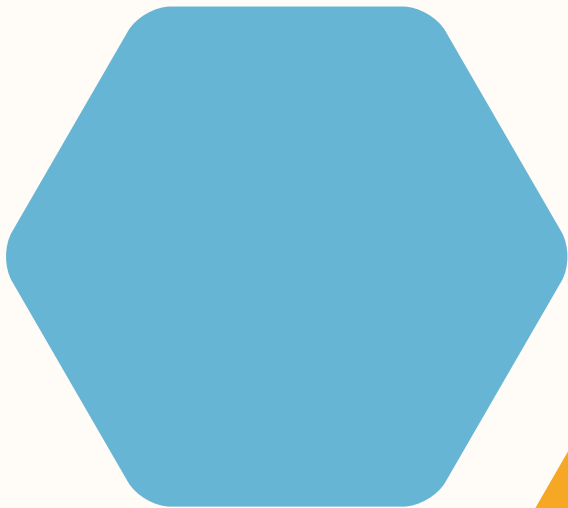




# Kennisagenda **Ouderenpsychiatrie 2023**

---



## Inhoudsopgave

Inleiding .....	3
De kennisvragen .....	4
Werkwijze .....	9
Kennisagenda in de praktijk .....	10
Referenties .....	11



## Inleiding

Met trots presenteren we de Kennisagenda Ouderenpsychiatrie 2023. In deze agenda staan de tien kennisvragen die door de doelgroep zelf en het veld - zorgprofessionals in de GGZ en de VVT en onderzoekers - als meest belangrijk bestempeld zijn voor de ouderenpsychiatrie de komende jaren. Met de ouderenpsychiatrie bedoelen we alle ouderen in Nederland waarbij er sprake is van psychiatrische of psychische problematiek. Dit kan een oudere zijn die ambulante behandeling krijgt binnen de GGZ voor een depressie of trauma, een oudere die in het verpleeghuis woont en bekend is met persoonlijkheidsproblematiek en angstklachten of een oudere waarbij een combinatie van verslaving en psychoses ertoe hebben geleid dat deze al langere tijd in een beschermde woonvorm verblijft. Goede zorg en behandeling van ouderen met psychiatrische problematiek beperkt zich niet tot een specifiek domein of discipline.

Wanneer een oudere kampt met psychiatrische problematiek, is het belangrijk dat er goede diagnostiek mogelijk is en passende behandeling, zorg en ondersteuning bestaat en geboden wordt. Op de eerste plaats voor de oudere zelf, maar ook voor de naasten en zorgprofessionals. Toch is dit nog niet vanzelfsprekend in onze maatschappij. Nog te vaak is er sprake van onderdiagnostiek en onderbehandeling bij ouderen. Klachten worden niet herkend of uitgelegd als passend bij de leeftijd. Behandel mogelijkheden worden onderschat. De heersende opvatting in onze maatschappij is dat behandeling na een zekere leeftijd nog weinig zin heeft. Dit soort negatieve, stereotype opvattingen en vooroordelen over het ouder worden, noemen we ageïsme. Deze opvattingen kunnen ertoe leiden dat er andere keuzes gemaakt worden in de zorg en ondersteuning voor ouderen, dan voor jongere mensen met soortgelijke problematiek en kunnen daarmee een negatief effect hebben op het mentaal welbevinden van ouderen. Onderzoek laat zien dat deze aannames niet kloppen.

Meer onderzoek is hard nodig. Enerzijds om bestaande behandelingen aan te passen aan de specifieke kenmerken van de oudere doelgroep, anderzijds voor het ontwikkelen van leeftijdsspecifieke behandelingen die expliciet rekening houden met lichamelijke achteruitgang en veranderende sociale rollen bij het ouder worden.

Met deze agenda willen we nadrukkelijk aandacht vragen voor het mentaal welbevinden van ouderen en de handen ineenslaan om deze verder te verbeteren. De vragen zijn bedoeld om richting te geven aan de toekomstige ontwikkelingen. Door samen te werken, over de grenzen van de verschillende domeinen en vakgebieden heen, kunnen we echt iets betekenen voor de ouderen met psychiatrische problemen in Nederland.

Namens het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) en allen die aan de totstandkoming van deze Kennisagenda Ouderenpsychiatrie hebben bijgedragen.

## De kennisvragen

### 1 Wat is de effectiviteit van herstel-ondersteunende zorg in de ouderenpsychiatrie?

Hoewel de effectiviteit van psychiatrische behandelingen sterk is verbeterd in de afgelopen decennia, houden veel mensen restklachten of beperkingen in het menselijk functioneren. Ook wanneer de primaire klacht volledig in remissie is, hoeft er geen sprake te zijn van herstel. Herstel is een individueel proces waarin mensen veerkracht ontwikkelen, leren omgaan met - en het leven weer oppakken na ontwrichtende ervaringen (GGZ Standaard Herstelondersteuning 2017). Het gaat om herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen, sociale relaties en sociale rollen die als gevolg van psychiatrische problemen zijn aangetast.

Door toenemende lichamelijke kwetsbaarheid en veranderde sociale rollen, is herstel juist bij ouderen moeilijker te bereiken (Wassink-Vossen, 2020). Daarom is het verbazend dat onderzoek naar de effectiviteit van herstelgerichte interventies bijna volledig is uitgevoerd bij (jong)volwassenen tot 65 jaar. Dit vraagt dan ook om meer onderzoek bij ouderen, in eerste instantie gericht op de meest voorkomende aandoeningen.

Ten eerste bij ouderen met een depressie. Dit is de meest voorkomende aandoening in de ouderenpsychiatrie. Hoewel de helft van alle depressieve ouderen na 2 jaar in remissie komt, verbetert slechts bij 1 op de 5 ook daadwerkelijk het menselijk functioneren (Wassink-Vossen et al, 2019).

Ten tweede bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis. Want binnen de GGZ heeft ongeveer de helft van alle ouderen te maken met een primaire of comorbide persoonlijkheidsstoornis. En juist bij deze ouderen zijn de belangrijkste elementen van herstel aangetast (Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, 2017).

### 2 Hoe moeten psychosociale interventies vormgegeven worden om functioneel herstel van ouderen te stimuleren?

Veel instellingen die ouderenzorg bieden zijn gericht op medische en symptomatische behandeling in plaats van herstelondersteuning. Dit bemoeilijkt implementatie van herstelondersteunende zorg. Ouderen hebben vaak een goede band met en vertrouwen in de hulpverlener. Echter, kwalitatieve studies tonen aan dat herstelondersteunende interventies niet voldoende concreet zijn uitgewerkt voor ouderen om binnen de ouderenpsychiatrie toe te passen. Zo kunnen cognitieve en fysieke beperkingen (mobiliteit) actieve deelname aan herstelondersteunende activiteiten belemmeren, maakt comorbiditeit dat activiteiten aangepast moeten worden aan verschillende gezondheidsbehoeften, en kan sociale isolatie het opbouwen van een ondersteunend sociaal netwerk bemoeilijken. Juist sociale isolatie leidt tot verlies van betekenisgeving en zingeving (Glaw et al, 2017). Hierdoor zijn taken die ze thuis moeten doen, zoals bijvoorbeeld huiswerk te ingewikkeld. Een meer persoonsgerichte, praktische (en mogelijk systemische) aanpak en aandacht voor 'hoe leer je te leren?' zou daarbij kunnen helpen. Ook interacties met een overbezorgde, onmachtige en of overbelaste naaste(n), kunnen onbedoeld het herstel van iemand negatief beïnvloeden en moeten daarom meegenomen worden binnen deze interventies.

### 3 Zijn resourcegroepen en/of PIMM effectief voor het persoonlijk herstel?

Sociale relaties zijn essentieel voor persoonlijk herstel. Veel herstelondersteunende interventies richten zich op sociale relaties en de rol die een cliënt hierin inneemt. Gezien de sociale isolatie van veel ouderen met een psychiatrische aandoening, zijn herstelondersteunende interventies die zich hierop richten essentieel. Een resourcegroep is een groep mensen, die door de cliënt zelf is uitgekozen en die helpt persoonlijke, zelfgekozen herstel doelen te bereiken. Deze doelen kunnen te maken hebben met alle dimensies van herstel, zoals persoonlijk herstel (herstel van identiteit), maatschappelijk herstel (zinnvolle participatie) en herstel van gezondheid (behandelen en verbeteren van lichamelijke en geestelijke symptomen). De haalbaarheid en effectiviteit van resourcegroepen zijn echter nooit onderzocht binnen de ouderenpsychiatrie.

Het belangrijkste kenmerk van de resourcegroepenmethodiek is dat eigenaarschap en regie bij de cliënt liggen. Hoewel de cliënt de regie heeft over wie hij of zij in de groep zou willen, is het in de ouderenpsychiatrie, waar veel systemisch wordt gewerkt, vanzelfsprekend naasten hierin een rol te geven. In dit kader zou de doorontwikkeling van resourcegroepen binnen de ouderenpsychiatrie verrijkt kunnen worden met elementen uit PIMM (Pakket Interventie Mantelzorg op Maat). PIMM is een erkende interventie voor het verbeteren van het psychosociaal welbevinden van naasten en het optimaliseren van de relatie met een oudere (55+) cliënt met een ernstige psychiatrische aandoening.

### 4 Welke ouderen hebben baat bij welke traumabehandeling?

Behandeling van psychotraumata bij ouderen wordt als kansrijk ingeschat en met regelmaat toegepast (Udo & Gash, 2012) ook bij ouderen met cognitieve problemen (Scelles & Bulnes, 2021). Het wetenschappelijk bewijs voor het effect van de behandeling voor deze leeftijdsgroep blijft beperkt tot enkele kleine gerandomiseerde en gecontroleerde studies (Thorp et al, 2019). Door onvoldoende statistische power werden geen significante verschillen gevonden tussen de geboden behandelcondities (Thorp et al, 2019; Lely et al, 2022; Bischescu et al, 2007; Knaevelsrud et al, 2014). Het blijft dus onduidelijk of beide behandelingen (waarvan sommige als controleconditie dienden) even effectief zijn en/of beiden zelfs niet effectief. Omdat behandelaren in de dagelijkse praktijk niet twijfelen aan de effectiviteit, wordt een gerandomiseerde studie met een niet-actieve controle conditie als niet ethisch gezien. Vergelijking met reguliere zorg zal tot besmetting leiden door deelname aan een studie. Toekomstig onderzoek moet zich dus niet richten op óf traumabehandeling effectief is, maar op welke behandeling voor wie effectief is. Gerandomiseerde studies waarin twee (of meer) traumabehandelingen worden vergeleken zijn noodzakelijk voor het veld. Door het trauma uitgebreid te beschrijven (inhoud, ernst, levensperiode) en mogelijk interacterende risicofactoren goed te meten (persoonlijke aspecten, comorbide psychiatrische aandoeningen, cognitieve functioneren, frailty), kunnen individuele predictiemodellen gemaakt worden: welke oudere heeft het meeste baat bij welke behandeling. Voor de meest complexe patiënten kan ook gedacht worden aan meer pragmatische of implementatie studies uitgaande van een 'single case experimental design' (SCED).



## **5 Verbeteren leefstijlinterventies het mentaal welbevinden van ouderen in de GGZ en VVT?**

Een gezonde leefstijl is heel belangrijk voor de psychische gezondheid. Het verbeteren van leefstijlfactoren bij mensen met psychische klachten kan het herstel versnellen en verergering van klachten en terugval voorkomen. Dit is helemaal belangrijk voor de oudere doelgroep, waarin psychiatrische aandoeningen sterk interacteren met lichamelijke veroudering (frailty; Hoogendijk et al, 2019). Naast algemene leefstijlinterventies (Jeurig, 2022), moet binnen de ouderenpsychiatrie ook gedacht worden aan geriatrie revalidatie modellen. Hoewel inmiddels duidelijk is dat een gezonde leefstijl ook de levensverwachting van ouderen kan verbeteren (Dregan et al, 2020), blijft het in de GGZ en VVT moeilijk om ouderen te motiveren voor gedragsverandering en is het effect op het mentaal welbevinden nauwelijks onderzocht. Dergelijke interventies horen zeker binnen de herstelondersteunende zorg voor ouderen en tevens bij de behandeling van affectieve stoornissen die sterk interacteren met frailty.

## **6 Kan psychotherapie het (psychisch) welbevinden van kwetsbare ouderen vergroten?**

Kwetsbaarheid of frailty is een onafhankelijke risicofactor voor negatieve gezondheidseffecten, zoals vallen, invaliditeit, ziekenhuisopname, opname in een instelling voor langdurige zorg en sterfte. Behandelastrategieën gericht op het stabiliseren of zelfs terugdringen van kwetsbaarheid bestaan vooral uit lichamelijk georiënteerde interventies, zoals lichaamsbeweging, voedingsadviezen en het verminderen van polyfarmacie. Deze strategieën hebben beperkte effecten. Dit is logisch, omdat alle mensen die "van ouderdom sterven" onvermijdelijk kwetsbaar zullen worden in de laatste jaren van hun leven.

Achteruitgang in subjectief welbevinden, tevredenheid met het leven en algehele gezondheid hangt nauwer samen met de afstand tot de dood dan met de chronologische leeftijd en begint over het algemeen ongeveer 3 tot 8 jaar voor de dood (Cohen-Mansfield et al, 2018). Vanwege de geleidelijke toename van kwetsbaarheid, hebben kwetsbare ouderen vaak langere tijd te maken met een verminderde kwaliteit van leven in vergelijking met patiënten met een terminale ziekte. In de laatste levensfase vinden mensen welbevinden vaak belangrijker dan het werkelijke niveau van fysiek functioneren. De prevalentie van psychiatrische aandoeningen neemt af met de leeftijd, terwijl kwetsbaarheid de prevalentie van

psychiatrische aandoeningen juist toeneemt met de ernst van de kwetsbaarheid (Andrew & Rockwood, 2009). Met andere woorden, kwetsbaarheid komt veel voor bij ouderen met psychiatrische stoornissen en kwetsbare ouderen hebben vaak psychiatrische comorbiditeit. Met of zonder de aanwezigheid van officiële psychiatrische comorbiditeit, gaat de zeer geleidelijke overgang van fitheid naar kwetsbaarheid vaak gepaard met onaangepaste psychologische reacties (Fillit et al, 2009; Andrew et al, 2012). Ook wordt kwetsbaarheid consequent/steeds geassocieerd met een laag niveau van welzijn (Andrew et al, 2012). Tot nu toe heeft deze kennis geen aandacht gekregen in de klinische zorg en ontbreken specifieke psychotherapieën gericht op het welbevinden van kwetsbare ouderen.

## **7 Het ontwikkelen van laagdrempelige, persoonsgerichte interventies rond alcoholmisbruik.**

Alcoholmisbruik onder ouderen is een relatief groot, maar onderschat probleem. De prevalentie van overmatig alcoholgebruik, gedefinieerd als meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen, is 7.3% bij 65-74-jarigen en 5.3% onder 75-plussers (CBS 2022). Het eerste aanspreekpunt is vaak de huisarts, maar het onderwerp is lastig herkenbaar en bespreekbaar. Vooral bij vrouwen. Oorzaken kunnen liggen in het ervaren van een sociaal isolement of rouw. Opvallend is dat bij ouderen juist onder hoogopgeleiden overmatig alcoholgebruik het hoogst is. De ervaring leert dat in de praktijk deze groep nauwelijks open staat voor behandeling in de verslavingszorg. Onderzoek naar preventie van overmatig gebruik onder ouderen en de rol van naasten hierin is daarom gewenst.

Onderzoek naar de effectiviteit van interventies voor ouderen met alcoholmisbruik is ook beperkt (Kuerbis, 2020). Vooral niet beoordelende, persoonsgerichte en laagdrempelige interventies blijken effectief (Kuerbis et al, 2017; Miller, 1992). Hoewel hierin aandacht moet zijn voor de relatie tussen alcohol en mentale gezondheid, pijn, fysieke of cognitieve beperkingen en stress (Behrendt et al., 2021), is het belangrijk dat de interventies algemeen blijven. Meer dan 60% van de alcoholverslaafde ouderen heeft namelijk geen duidelijk risicoprofiel. Wel moet er aandacht zijn voor goede nazorg, omdat het risico op terugval hoog is en mogelijk samenhangt met alcohol gerelateerde restsymptomen (Behrendt et al, 2021).

**8**

### **Wat is de effectiviteit van een psycho-educatie module voor ouderen met ASS en hun naasten?**

In de algemene bevolking heeft naar schatting 1% van de ouderen een autisme spectrum stoornis (ASS) (Robison, 2019). De impact van ASS op de kwaliteit van leven blijft ook bij ouderen groot (Thorell et al., 2019; van Heijst & Geurts, 2015; Patra, 2016). Zo leiden de sociale tekortkomingen en communicatieve beperkingen vaak tot interpersoonlijke conflicten, eenzaamheid of functionele afhankelijkheid. Bovendien heeft de overgrote meerderheid co-morbide psychiatrische aandoeningen. (Goodman et al, 2016; Ghirardi et al, 2018; Hand et al, 2020). Deze zijn vaak

reden voor verwijzing naar de GGZ of opname in het verpleeghuis.

Hoewel empirische gegevens ontbreken (Heynen-Kohl et al, 2022), is het aannemelijk dat erkennen van ASS bij ouderen belangrijk is voor hen. Zo kan de eigen levensloop beter begrepen worden. Ook kan zo gerichte psycho-educatie gegeven worden aan de ouderen zelf en hun naasten, om functioneren te verbeteren (Groenendijk et al., 2019; Andrea et al., 2022). Onderbouwing van de vermoedelijke effectiviteit van een psycho-educatie module voor ouderen met ASS is belangrijk en een eerste stap om dit beter te implementeren in de gerontopsychiatrie.



## 9 Wat is de meerwaarde van het gebruik van wearables voor detectie en monitoring van mentale klachten?

Met de ontwikkeling van classificatiesystemen en de noodzaak tot objectivering of vaststellen van psychiatrische symptomen zijn wereldwijd veel meetinstrumenten ontwikkeld ter screening, diagnostiek of ernstmeting van psychiatrische aandoeningen. Helaas gaat een hogere kwaliteit van deze instrumenten vaak gepaard met een grotere belasting voor de client. Juist voor de meest kwetsbare clienten waaronder ouderen, kan dit soms tot beperkingen leiden.

Bovendien staat binnen het psychiatrisch onderzoek de ecologische validiteit van veel meetinstrumenten ter discussie en is de idee dat deze beperking met experience sampling methodieken kan worden verbeterd. Experience sampling betekent dat een persoon meerdere keren, vaak op willekeurige tijdstippen, zijn gemoedstoestand of ernst van zijn klachten rapporteert (veelal via een mobiele telefoon) of dat symptomen continu geregistreerd worden door wearables (denk aan slaap en fysieke activiteit met een Actiwatch, maar ook huidgeleiding of hartslag als stressgerelateerde maat). Vaak wordt zonder enige onderbouwing aangenomen dat ouderen niet voor dergelijke 'high-tech' methodieken in aanmerking komen. De nieuwe generatie ouderen staat zeker wel open voor en heeft meer affiniteit met digitale technieken. Daarbij zou de meest kwetsbare groep juist kunnen profiteren van het gebruik van wearables, omdat hierdoor de last van het invullen van vragenlijsten verminderd wordt.

## 10 Hoe kunnen geschikte screenings-, diagnostiek- en monitoringsinstrumenten beter geïmplementeerd worden in de VVT sector?

Het gebruik van meetinstrumenten voor psychiatrische aandoeningen kan een meerwaarde hebben voor diagnostiek en behandeling in het verpleeghuis. Om te verhelderen wat er speelt of om te kijken of de ingezette interventie ook het gewenste effect heeft. De idee bestaat dat er binnen de VVT minder gebruik wordt gemaakt van meetinstrumenten voor systematische screening en diagnostiek dan in de GGZ. Het is de vraag of dit klopt. Zo blijkt bijvoorbeeld dat screening op depressie bij het overgrote deel van de verpleeghuisinstellingen die meededen aan het zorgprogramma Doen bij Depressie (69% PG, 82 % somatiek) volgens de richtlijnen wordt toegepast (Vonder et al. 2020).

Meetinstrumenten zijn een hulpmiddel en geen doel op zich. Ze moeten niet enkel symptomen meten, maar ook daadwerkelijk richting geven aan het samen beslissen over 'vervolg'behandeling en bijdragen aan zorgverbetering.

Niet voor alle psychiatrische problemen zijn goede instrumenten beschikbaar voor ouderen. Denk bijvoorbeeld aan ADHD, ASS (Videler et al. 2020) en angst (Hendriks en Oude Voshaar, 2021).

Al met al ligt de uitdaging met name in het kijken hoe geschikte instrumenten (bestaande schalen en/of de meer persoonsgerichte observatielijsten) eenvoudiger (digitaal) toe te passen zijn of dat er innovatieve manieren bedacht kunnen worden om gemakkelijker informatie te verzamelen over het welzijn van bewoners.





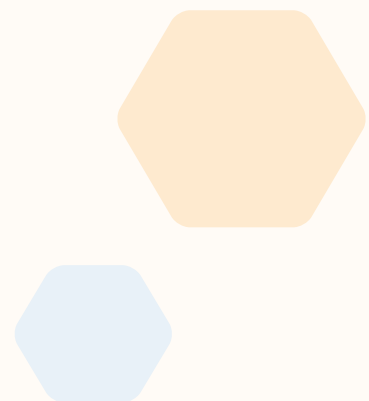
## Werkwijze

**In de periode 2021-2023 is door het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie in nauwe samenwerking met het veld gewerkt aan een kennissynthese en het opstellen van een Kennisagenda Ouderenpsychiatrie.**

- 1** In het najaar van 2021 is begonnen met het inventariseren van lopend onderzoek op het gebied van ouderen met psychiatrische problemen binnen de GGZ en VVT. Daarna zijn, met een verkennende uitvraag onder de NKOP leden, kennishiaten in de zorg voor ouderen met een psychiatrische aandoening opgehaald. Deze inventarisatie was de start voor het opstellen van een wetenschapsagenda voor Ouderen met een psychiatrische aandoening.
- 2** De resultaten van deze verkenning zijn besproken in een drietal online bijeenkomsten met 26 aanwezigen. Deze bijeenkomsten hadden als doel om de opgehaalde thema's vanuit verschillende perspectieven aan te vullen en te verduidelijken. Deze bijeenkomsten hebben plaatsgevonden met NKOP praktijkorganisaties, onderzoekers uit het veld van de ouderenpsychiatrie en verschillende vertegenwoordigers vanuit kenniscentra, brancheverenigingen en beroepsverenigingen. Deelnemers hebben de hiaten besproken en aanvullende onderwerpen aangedragen. Daarna is de opgehaalde informatie samengevat in 69 onderwerpen.
- 3** Deze onderwerpen zijn met een online vragenlijst verspreid om ze te laten prioriteren op relevantie voor het veld. De online vragenlijst is verspreid onder 136 personen die eerder ook waren uitgenodigd voor de online bijeenkomsten. Zestig respondenten hebben de vragenlijst volledig ingevuld. De inhoud van het voorliggende document is gebaseerd op 20 onderwerpen die in deze enquête als meest relevant zijn beoordeeld voor de GGZ en VVT. De geprioriteerde onderwerpen zijn door de onderzoekers samen met de leden van de Wetenschappelijke Adviesraad van het NKOP samengevat en uitgewerkt tot negen overstijgende thema's.

- 4** Binnen deze thema's zijn door de Wetenschappelijke Adviesraad concrete onderzoeksvragen uitgewerkt. Zowel de thema's als de specifieke onderzoeksvragen zijn nogmaals getoetst aan de stand van zaken van de wetenschappelijke literatuur en er is ook rekening gehouden met een aantal belangrijke randvoorwaardelijke thema's, zoals de aanwezigheid van meetinstrumenten, psycho-educatie, herstel, naasten en multimorbiditeit. Alcoholmisbruik onder ouderen is geïdentificeerd als blinde vlek door de wetenschappelijke raad en toegevoegd als aanvullend mogelijk onderwerp voor de kennisagenda.

Bovenstaande procedure heeft geleid tot een 'discussiestuk kennisagenda Ouderenpsychiatrie'. Dit discussiestuk bestond uit een negental thema's, waarvan vijf stoornis-gerichte thema's (depressie, angst, persoonlijkheidsstoornissen, ontwikkelingsstoornissen, stoornissen in het gebruik alcohol), 1 transdiagnostisch thema (psychotrauma), en drie overstijgende thema's (lichamelijke veroudering, herstelgerichte zorg en naasten, implementatie en doorontwikkeling meetinstrumenten). Binnen elk overkoepelend thema is geprobeerd de belangrijkste kennishiaten te vertalen naar haalbare onderzoeksvragen. Dit leidde tot 35 onderzoeksvragen verdeeld over de negen thema's. Zowel de thema's als specifieke vraagstellingen zijn vervolgens voorgelegd aan het veld (NKOP-leden) en cliënten en cliëntvertegenwoordigers uit de VVT en GGZ. In deze raadpleging vond prioritering plaats per thema op basis van de volgende criteria: relevantie (ernst, prevalentie, kosten); urgentie; haalbaarheid van onderzoek en de impact op vakgebied/maatschappij. Op basis van de geleverde input zijn vervolgens de tien meest prangende onderzoeksvragen voor de komende jaren geïdentificeerd.



## De kennisagenda in de praktijk

Het initiatief voor het opstellen van deze kennisagenda is genomen door het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) in samenwerking met het Trimbos Instituut.

Het NKOP is een netwerk van praktijkinstellingen uit de GGZ en de VVT die zorg leveren aan ouderen met psychische problemen. We staan voor de preventie en behandeling van psychische problematiek op latere leeftijd en tijdige en kwalitatief goede hulpverlening aan ouderen met psychiatrische problematiek. Ongeacht waar ze wonen. Dit doen we door professionals te voorzien van relevante kennis, onderlinge verbinding en kennisuitwisseling te bevorderen en de onderlinge samenwerking over sectoren heen te versterken.

We nodigen iedereen van harte uit om met de verzamelde vragen aan de slag te gaan en zo samen te bouwen aan nog betere kennis, zorg en behandeling voor de oudere doelgroep. Dit kunnen academische werkplaatsen zijn, onderzoeksgroepen van universiteiten, hogescholen, GGZ of VVT instellingen en kennisinstututen.

Het NKOP stelt zich tot doel om de kennisagenda blijvend onder de aandacht te brengen om zo een bijdrage te leveren aan de uitvoering hiervan. Dit zullen we op verschillende manieren doen:

- Na de eerste presentatie op het NKOP symposium op 16 november 2023, zal de kennisagenda op alle komende NKOP symposia onder de aandacht gebracht worden bij een breed publiek van professionals in de ouderenpsychiatrie.
- Verbinding leggen met onderzoeksgroepen, brancheverenigingen, kennisnetwerken en academische werkplaatsen om aandacht te vragen voor en (indien gewenst) mee te denken over het beantwoorden van de kennisvragen.
- Samen met de wetenschapscommissie van het NKOP kijken naar mogelijkheden om het beantwoorden van de kennisvragen te stimuleren.
- Het jaarlijks centraal stellen van een van de vragen binnen de activiteiten van het NKOP.
- Een campagne ontwikkelen waarin we aandacht vragen voor het belang van kennisontwikkeling in het algemeen voor ouderen met psychische problemen en de vragen van de kennisagenda in het bijzonder.
- Een platform te bieden aan onderzoekers die met de kennisvragen aan de slag gaan om hun bevindingen te delen.

Een kennisagenda is nooit af. Binnen het NKOP blijven we de ontwikkelingen in het veld volgen en kennishiaten signaleren. Op basis hiervan zal de kennisagenda worden bijgesteld en geactualiseerd.



## Referenties

- Andrea, H., Diekhorst, J., Wilting, R.M.H.J. & Videler, A.C. (2022). Een nieuw narratief: de meerwaarde van een de ADHD diagnose ouderen. *GZ – Psychologie*, 14, 14–17
- Andrew, M. K., Fisk, J. D., & Rockwood, K. (2012). Psychological well-being in relation to frailty: A frailty identity crisis? *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1347–1353. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000269>
- Behrendt, S., Kuerbis, A., Braun-Michl, B., Bilberg, R., Bühringer, G., Bogenschutz, M., Mejdal, A., Andersen, K., & Søgaard Nielsen, A. (2021). Residual alcohol use disorder symptoms after treatment predict long-term drinking outcomes in seniors with DSM-5 alcohol use disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(11), 2396–2405. <https://doi.org/10.1111/acer.14722>
- Borges, M. K., Jeurig, H. W., Marijnissen, R. M., van Munster, B. C., Aprahamian, I., van den Brink, R. H. S., Hoogendijk, E. O., & Oude Voshaar, R. C. (2022). Frailty and affective disorders throughout adult life: A 5-year follow-up of the Lifelines Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(12), 3424–3435. <https://doi.org/10.1111/jgs.18021>
- Böttche, M., Kuwert, P., & Knaevelsrud, C. (2012). Posttraumatic stress disorder in older adults: An overview of characteristics and treatment approaches. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 230–239. <https://doi.org/10.1002/gps.2725>
- Cohen-Mansfield, J., Skornick-Bouchbinder, M., & Brill, S. (2018). Trajectories of End of Life: A Systematic Review. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(4), 564–572. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx093>
- Dregan, A., McNeill, A., Gaughran, F., Jones, P. B., Bazley, A., Cross, S., Lillywhite, K., Armstrong, D., Smith, S., Osborn, D. P. J., Stewart, R., Wykes, T., & Hotopf, M. (2020). Potential gains in life expectancy from reducing amenable mortality among people diagnosed with serious mental illness in the United Kingdom. *PLoS ONE*, 15(3), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230674>
- Fillit, H., & Butler, R. N. (2009). The Frailty Identity Crisis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(2), 348–352. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02104.x>
- Ghirardi, L., Brikell, I., Kuja-Halkola, R., Freitag, C. M., Franke, B., Asherson, P., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2018). The familial co-aggregation of ASD and ADHD: A register-based cohort study. *Molecular Psychiatry*, 23(2), 257–262. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.17>
- Glaw, X., Kable, A., Hazelton, M., & Inder, K. (2017). Meaning in Life and Meaning of Life in Mental Health Care: An Integrative Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(3), 243–252. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1253804>
- Groenendijk, E. R., Van Heijst, B. F. C., & Geurts, H. M. (2023). Short report: A co-designed psychoeducation for older autistic adults—a multiple case study. *Autism*, 27(4), 1163–1169. <https://doi.org/10.1177/13623613221138691>
- Hand, B. N., Angell, A. M., Harris, L., & Carpenter, L. A. (2020). Prevalence of physical and mental health conditions in Medicare-enrolled, autistic older adults. *Autism*, 24(3), 755–764. <https://doi.org/10.1177/1362361319890793>
- Hendriks, G.J., Oude Voshaar, R.C. (2021). Diagnostiek bij ouderen met angststoornissen en depressies. *Gedragstherapie*, 54(4).
- Heijnen-Kohl, S. M. J., Hitzert, B., Schmidt, R., Geurts, H. M., & van Alphen, S. P. J. (2022). Features and Needs of Autistic Older Adults: A Delphi Study of Clinical Experiences. *Clinical Gerontologist*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2060157>
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365–1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
- Hubbard, R. E., Andrew, M. K., & Rockwood, K. (2009). Effect of parental age at birth on the accumulation of deficits, frailty and survival in older adults. *Age and Ageing*, 38(4), 380–385. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp035>
- Kuerbis, A. (2020). Substance Use among Older Adults: An Update on Prevalence, Etiology, Assessment, and Intervention. *Gerontology*, 66(3), 249–258. <https://doi.org/10.1159/000504363>
- Kuerbis, A. N., Hail, L., Moore, A. A., & Muench, F. J. (2017). A pilot study of online feedback for adult drinkers 50 and older: Feasibility, efficacy, and preferences for intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 77, 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.04.004>
- Lely, J. C. G., Ter Heide, F. J. J., Moerbeek, M., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2022). Psychopathology and resilience in older adults with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial comparing narrative exposure therapy and present-centered therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2022277>
- Norden, T. (2013). Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: a meta-analysis 1). *Nederlands Tijdschrift Voor Evidence Based Practice*, 11(5), 13–14. <https://doi.org/10.1007/s12468-013-0042-y>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Patra, S. (2016). Autism Spectrum Disorder in the Elderly. *Autism Spectrum Disorder*, June, 139–146. <https://doi.org/10.1093/med/9780199349722.003.0009>
- Robison, J. E. (2019). Autism prevalence and outcomes in older adults. *Autism Research*, 12(3), 370–374. <https://doi.org/10.1002/aur.2080>
- Scelles, C., & Bulnes, L. C. (2021). EMDR as Treatment Option for Conditions Other Than PTSD: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12(September), 1–22. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644369>
- Tegeler, C., Beyer, A. K., Hoppmann, F., Ludwig, V., & Kessler, E. -M. (2020). Current state of research on psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 53(8), 721–727. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01805-3>
- Thorell, L. B., Holst, Y., & Sjöwall, D. (2019). Quality of life in older adults with ADHD: links to ADHD symptom levels and executive functioning deficits. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(7), 409–416. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1646804>
- Thorp, S. R., Glassman, L. H., Wells, S. Y., Walter, K. H., Gebhardt, H., Twamley, E., Golshan, S., Pittman, J., Penski, K., Allard, C., Morland, L. A., & Wetherell, J. (2019). A randomized controlled trial of prolonged exposure therapy versus relaxation training for older veterans with military-related PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 45–54. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.02.003>
- Udo, I., & Gash, A. (2012). Challenges in management of complex panic disorder in a palliative care setting. *BMJ Case Reports*, 2012, bcr2012006800. <https://doi.org/10.1136/bcr-2012-006800>
- van Heijst, B. F., & Geurts, H. M. (2015). Quality of life in autism across the lifespan: A meta-analysis. *Autism*, 19(2), 158–167. <https://doi.org/10.1177/1362361313517053>
- Videler, A. A. C., Heijnen-kohl, S. M. J., Wilting, R. M. H. J., & Alphen, S. P. J. Van. (2020). *Differentiële diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen en autisme spectrum stoornis bij ouderen*. 1–10. <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.04>
- Vonder, A. S. T., Gerritsen, D. L., Kuntze, J., & Leontjevas, R. (2020). *Toepassing van richtlijnen voor depressiezorg in verpleeghuizen en door professionals ervaren competentie , autonomie en verbondenheid*. 1–10. <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.01.04>
- <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2023/on-gezonde-leefstijl-2022-opvattingen-motieven-en-gedragingen/7-alcoholgebruik>
- Wassink-Vossen, S., Collard, R. M., Wardenaar, K. J., Verhaak, P. F. M., Rhebergen, D., Naarding, P., & Voshaar, R. C. O. (2019). Trajectories and determinants of functional limitations in late-life depression: A 2-year prospective cohort study. *European Psychiatry*, 62, 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.09.003>
- Wassink-Vossen, S., Oude Voshaar, R. C., Naarding, P., & Collard, R. M. (2022). Effectiveness of late-life depression interventions on functional limitations: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4), 823–842.

## Colofon

### *Initiatief*

**Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP)**

### *In samenwerking met*

**Het Trimbos-instituut, Programma Ouderen**

### *Financiering*

**De kennisagenda is deels gefinancierd door VWS**

**Richard Oude Voshaar (UMCG)**

**Henriëtte van der Roest (Trimbos-instituut)**

**Stasja Draisma (Trimbos-instituut)**

**Marieke Sikkes (Trimbos-instituut)**

**Arjan Videler (GGZ Breburg)**

**Bas van Alphen (Mondriaan)**

**Leon Botter (Atlant)**

**Marian Zegwaard (Vilans)**

**© November 2023 NKOP**

[nkop@trimbos.nl](mailto:nkop@trimbos.nl)

[www.nkop.nl](http://www.nkop.nl)

*De kennisagenda is tot stand gekomen op basis van de input van de NKOP praktijkorganisaties, onderzoekers uit het veld van de ouderenpsychiatrie, cliënten en clientvertegenwoordiging en verschillende vertegenwoordigers vanuit kenniscentra, brancheverenigingen en beroepsverenigingen.*

### *Vormgeving*

**Canon**