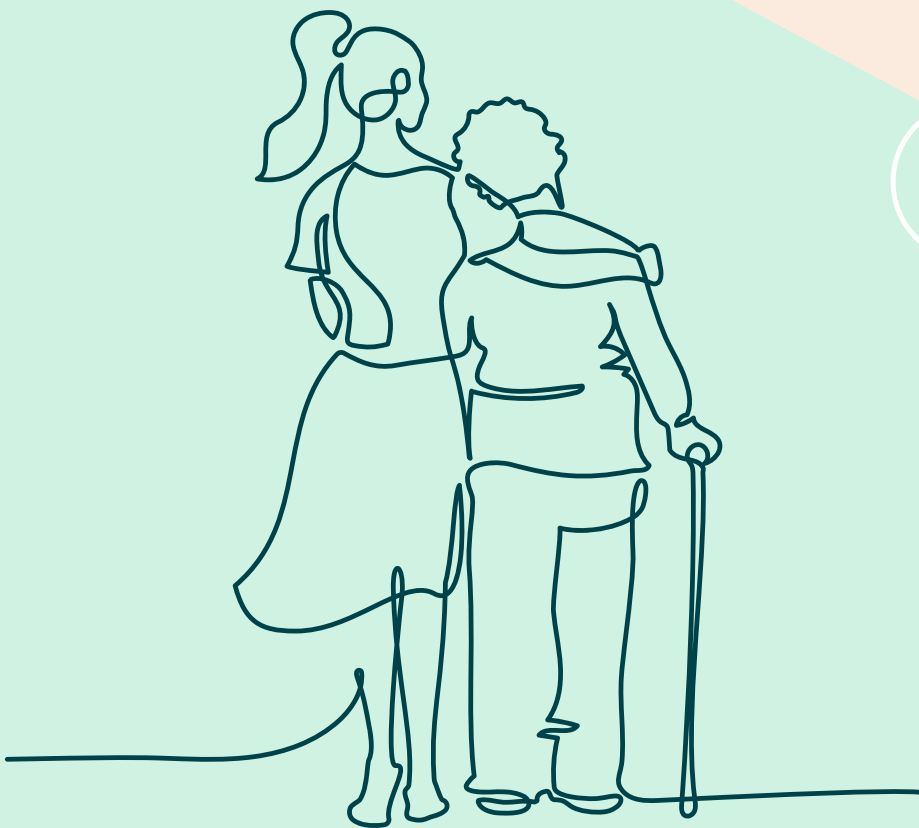


De psycholoog in de ouderenzorg en de ouderen-ggz

Een veelzijdig beroep



SECTIE OUDERENPSYCHOLOGIE

NIP 

Nederlands
Instituut van
Psychologen

Inhoud

Inleiding	3
------------------------	---

Diagnostiek	5
--------------------------	---

Wat is diagnostiek?	5
Behoeftendiagnostiek	7
Ziektediagnostiek	8
Zorgdiagnostiek	9
Indicatiestelling	10

Behandeling	11
--------------------------	----

Individuele behandeling	11
Groepsbehandeling	13
Mediatieve behandeling	15
Psycho-educatie	17
Preventieve behandeling	19

Verschillende rollen	21
-----------------------------------	----

De psycholoog als beleidsadviseur	21
De psycholoog als begeleider	23
De psycholoog als deskundigheidsbevorderaar	24
De psycholoog als onderzoeker	26
De psycholoog als regiebehandelaar	27
De psycholoog als vakgroepvoorzitter	28
De psycholoog als Wet zorg en dwang-functionaris (<i>Wzd-functionaris</i>)	29

Naslagwerken	30
---------------------------	----

Inleiding

Deze publicatie is tot stand gekomen als herziening van het productenboek (2009). De laatste jaren heeft ons vakgebied zich doorontwikkeld. Als gevolg van deze ontwikkelingen sluit het productenboek uit 2009 niet meer aan bij de huidige praktijk. De publicatie is voor en door psychologen geschreven die werkzaam zijn in de ouderenzorg en ouderen-ggz.

Het doel van de publicatie is om in beeld te brengen welke werkzaamheden en rollen de psycholoog in dit werkveld kan vervullen. Verschillende psychologische beroepen hebben een functie in de psychologische zorg bij ouderen. Deze publicatie kan helpend zijn om te reflecteren op het eigen functioneren en dat van de vakgroep. Daarnaast kan het een hulpmiddel zijn om het gesprek aan te gaan met het management van de organisatie.

Het werken in de ouderenzorg en ouderen-ggz is uitdagend en veelzijdig. Geen mens is hetzelfde, geen dag is gelijk. De psychologen die in dit werkveld actief zijn, werken met de ouderen, hun naasten en het zorgsysteem om hen heen. In het werken betrekken zij altijd de context. In de complexiteit van de praktijk hanteren zij een methodische aanpak die waar mogelijk *evidence-based* is, zonder de mens uit het oog te verliezen. Psychologen in dit werkveld werken persoonsgericht, hypothese-toetsend en methodisch, vanuit de therapeutische relatie en systeemgericht.

Psychologen die werken in het werkveld vertrekken vanuit het perspectief van de oudere. Vaak komt de hulpvraag vanuit de omgeving van de oudere en niet zozeer vanuit de oudere zelf. Een gezamenlijk vertrekpunt vinden is daarom juist bij ouderen van groot belang. De eerste stap is krijgen van toestemming voor onderzoek en behandeling. De volgende stap is een gedegen vraagverheldering: de psycholoog stelt de oudere centraal, vertaalt en stemt af met het multidisciplinair team.

Psychologen werken zelfstandig (multidisciplinair) én samen (interdisciplinair) als onderdeel van het multidisciplinaire team (zie *kader*). Zij gaan het proces van vraagverheldering zorgvuldig aan en zijn in staat het appèl van anderen om snel tot oplossingen te komen, te verdragen. De psycholoog kan uitzoeken en analyseren, overzien wat er in de dynamiek gebeurt en daarnaar handelen.

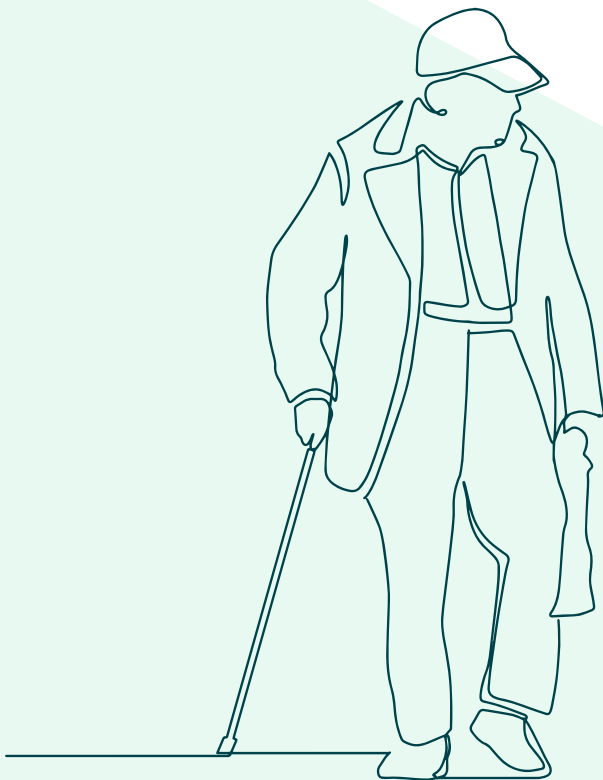
Multidisciplinair betekent dat verschillende vakgebieden parallel werken aan een probleem, maar ieder vanuit zijn eigen expertise en zonder veel interactie of integratie van kennis tussen de disciplines. De samenwerking is dus meer parallel dan geïntegreerd.

Interdisciplinair verwijst naar een nauwere samenwerking tussen verschillende vakgebieden, waarbij de kennis, methoden en inzichten van de verschillende disciplines worden geïntegreerd en gecombineerd om een complex probleem gezamenlijk op te lossen. Er is meer uitwisseling en interactie tussen de disciplines.

Psychologen betrekken in hun werkzaamheden altijd de brede context. In het werken met ouderen en hun systeem bieden psychologen maatwerk en tonen zij zich flexibel en creatief in het aanpakken van complexe vragen op verschillende niveaus. Het systeem kan bestaan uit het familiesysteem, maar kan ook gaan over het zorgsysteem of beide. Zij kunnen zich aanpassen aan de diverse doelgroepen en woonsettingen. Er zijn weinig pasklare protocollen voorhanden die ingezet kunnen worden. Psychologen vertalen wat theoretisch en wetenschappelijk onderbouwd is richting de oudere: het is maatwerk. Psychologen in het werkveld zijn goed in het maken van de vertaalslag van theorie en onderzoek naar het dagelijks leven. Zij houden rekening met het concept 'ageism' en kennen het risico op onderbehandeling bij ouderen.

In dit werkveld bekleden psychologen verschillende rollen. Naast het directe werk met de oudere en diens systeem op het gebied van diagnostiek en behandeling, zijn er ook rollen weggelegd voor de psycholoog op het gebied van onderzoek, opleiding en beleid. In deze publicatie worden deze uiteengezet in de categorieën diagnostiek, behandeling en verschillende rollen.

Deze publicatie is tot stand gekomen met dank aan actieve leden van de sectie Ouderenpsychologie en andere bevlogen collega's uit ons werkveld: Hella Smits, Ellen Bos-Ruijter, Brenda Piëtte-Bleijenberg, Justlin van Bruggen, Machiel de Snoo, Maaïke van Noort-Verheul, Miriam Huizenga, Hilde van Meel, Annefleur Hageman, Sabine Kruijer, Melanie van der Velde-van Buuringen, Arjan Videler, Marchien Giaccotto, Laura Arends, Roeslan Leontjevas, Claudia Disselhorst, Janneke Galesloot, Mathieu Klein Nienhuis en Ingrid Rietkerk.



Diagnostiek

Wat is diagnostiek?

In de GGZ Standaarden wordt diagnostiek omschreven als ‘het op een systematische wijze verzamelen en op een zinvolle manier ordenen, wegen en interpreteren van informatie over de psychische klachten of ontwikkelingsstagnatie van een patiënt’ (Akwa GGZ, 2022, para. 3.3).

Diagnostiek is een middel om betekenis te geven aan verkregen informatie en daarmee vragen te beantwoorden van de oudere of diens systeem. Bij diagnostiek doet de psycholoog onder andere onderzoek naar oorzakelijke en onderhoudende factoren om een inschatting te kunnen maken van de gevolgen hiervan voor het dagelijks leven.

Diagnostiek is een middel om betekenis te geven aan verkregen informatie en daarmee vragen te beantwoorden van de oudere of diens systeem. Bij diagnostiek doet de psycholoog onder andere onderzoek naar oorzakelijke en onderhoudende factoren om een inschatting te kunnen maken van de gevolgen hiervan voor het dagelijks leven. Het is belangrijk om rekening te houden met de context. Denk daarbij aan ervaren klachten, ontstaan en beloop van de klachten, doel, cultuur, religie, comorbide somatische en psychische klachten, IQ, coping, in standhoudende factoren en positieve en negatieve factoren. Het is daarnaast van belang rekening te houden met stoorfactoren (Teunisse & Smal, 2017).

Het is goed om je bewust te zijn van het onderscheid tussen classificatie en diagnostiek.

- **Classificeren** is het ordenen van symptomen met behulp van een classificatiesysteem. Er zijn verschillende classificatiesystemen en ordeningsprincipes die hiervoor gebruikt kunnen worden. In Nederland wordt de DSM-5 vaak gebruikt als classificatiesysteem. Als er geen sprake is van een hulpvraag van cliënt of naasten en er ook geen sprake is van significante lijdensdruk en/of disfunctioneren, mag formeel niet worden gesproken van een psychische aandoening in de zin van de DSM-5 (Akwa GGZ, 2022, para. 3.5).
- **Diagnosticeren** is het zoeken naar het verhaal achter de symptomen. Enkel het toetsen van de symptomen aan de classificatiecriteria is onvoldoende om een goed begrip van de psychische aandoening te krijgen (Akwa GGZ, 2022, para. 3.5).

In de diagnostiek is het uitgangspunt: zo weinig mogelijk, zoveel als nodig. Er is geen vastomlijnd format voor het verrichten van diagnostiek en de aanpak kan per sector (bijv. ouderen-ggz of ouderenzorg) verschillen. Het is van belang om de oudere centraal te stellen en het doel van de diagnostiek scherp te hebben. Teunisse en Smal (2017) raden het volgende aan:

1. Besteed altijd voldoende tijd en aandacht aan de vertrouwensrelatie, waarbij respect, vertrouwen, nieuwsgierigheid, afstemming en samenwerking met de oudere en diens betrokkenen centraal staan.
2. Neem een uitgebreide (hetero)anamnese af en houd rekening met de setting waarin je werkt, de gevolgen die de resultaten van diagnostiek hebben en de communicatiemogelijkheden van de cliënt.

3. Volg de empirische cyclus. Deze cyclus bestaat uit: gegevens verzamelen, vermoedens formuleren over aard of oorzaak van de klachten en problemen, hypothesen opstellen, juiste instrumenten hierbij zoeken, onderzoek uitvoeren en verwerken, hypothesen bevestigen of weerleggen.
4. Weeg de sensitiviteit en specificiteit van de tests of methoden die je wilt gebruiken mee in de keuze.

In de diagnostiek zijn deelprocessen te onderscheiden waarbij de psycholoog in alle onderdelen een rol heeft (zie *kader*). Diagnostiek in de ouderenzorg en ouderen-ggz is onder te verdelen in behoeftendiagnostiek, ziektediagnostiek en zorgdiagnostiek. Hieronder is beschreven wat het is en welke rol de psycholoog erin heeft.

- aanvraaganalyse en dossieronderzoek (exploratie/observatie);
- anamnese en heteroanamnese (hulpvraaganalyse, exploratie klachten);

in kaart brengen van beloop, aard, comorbiditeit en systeem;
in kaart brengen van premorbide persoonlijkheid, vooropleiding, familieanamnese, copingstijl en veranderingen hierin, (i)ADL, sociale contacten, daginvulling, initiatief slaappatroon, mogelijke stoorfactoren;
specifieke kenmerken (sekse, religie, cultuur, gebruik van medicatie en middelen);
- observaties (klinische indruk diagnosticus - inductie);
- hypothesen, en afhankelijk van hypothesen, diagnostiek (inductie, deductie, toetsing);
- multidisciplinair overleg diagnostiek (evaluatie en integratie);

Referentielijst

Teunisse, S., & Smal, J. (2017). *Cognitie (hoofdstuk 6)*. In M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers, & A. M. Pot (Red.), *Handboek ouderenpsychologie (2e druk, pp. 123–155)*. De Tijdstroom.

**In de diagnostiek zijn
deelprocessen te onderscheiden
waarbij de psycholoog in
alle onderdelen een
rol heeft.**

Behoeftendiagnostiek

Het doel van behoeftendiagnostiek is om te begrijpen welke fysieke, emotionele, sociale en psychologische behoeften iemand heeft, zodat er een passend zorgplan is. Het sluit aan bij de zoektocht naar kwaliteit van het bestaan. Behoeftendiagnostiek kan preventief worden ingezet om probleemgedrag te voorkomen.

Behoeftendiagnostiek maakt deel uit van andere vormen van diagnostiek (zorg- en ziektediagnostiek). De psycholoog onderzoekt de (uitgesproken) wensen en (achterliggende) behoeften van de oudere en diens systeem.

Goede zorg is zorg die aansluit bij de kwaliteit van het bestaan. Het zet de oudere centraal en het past bij de manier van leven, mogelijkheden en wensen van de cliënt. Wat kwaliteit van bestaan is, is voor iedereen anders (Generiek Kompas, 2024). Hierdoor is er geen eenduidige vorm voor het uitvoeren van behoeftendiagnostiek. Het startpunt is altijd: weten wat er voor iemand toe doet. Denk aan de volgende uitgangspunten: ken je cliënt, kijk mensgericht, heb zicht op levensloop, normen en waarden, voor- en afkeuren, coping strategie en life events. Gehoord en gezien worden is voor iedereen belangrijk, maar de manier waarop is altijd op maat. De oudere vindt het belangrijk dat er niet alleen gekeken wordt naar de aandoening, maar dat de diagnostiek aansluit bij de gehele context.

Psychologen werkzaam in de ouderenzorg en ouderen-ggz hebben in hun opleiding geleerd om met specifieke gesprekstechnieken de behoeften, wensen en mogelijkheden van de oudere te exploreren en tastbaar te maken. Vooral bij verhoogde complexiteit, speelt de psycholoog een centrale rol in behoeftendiagnostiek. De psycholoog doet dit vaak samen met andere zorgverleners. Er zijn verschillende methodieken die de psycholoog en anderen kunnen inzetten. Een paar voorbeelden zijn:

- [Het model van Kitwood](#)
- [Sociale Benadering](#)
- [Triple C](#)
- [Het biopsychosociaal model](#) (in link blz. 23)
- [Presentietheorie](#)
- [Positieve gezondheid](#)

Referentielijst

Zorginstituut Nederland. (2024). *Generiek kompas: Samen werken aan kwaliteit van bestaan*. www.zorginzicht.nl

**Wat kwaliteit
van bestaan is,
is voor iedereen
anders.**

Ziektediagnostiek

De psycholoog in de ouderenzorg en ouderen-ggz speelt vaak een centrale rol in de ziekte-diagnostiek, zoals bij gedrag, cognitieve beperkingen en psychische problemen. De psycholoog is expert in het analyseren van cognitief, gedragsmatig en emotioneel functioneren en betreft hierbij kennis over de wisselwerking tussen sociale, lichamelijke en psychische aspecten van gezondheid en ziekte, mede vanuit een ontwikkelingsperspectief.

Vanuit de analyse wordt een (toetsbare) hypothese geformuleerd, waarbij de hulpvraag van de oudere een richtinggevende rol speelt. Het doel van de psycholoog is om op een analytische manier inzicht te krijgen én te geven aan de oudere en diens systeem op cognitief, gedragsmatig of emotioneel functioneren. De psycholoog is in staat dit functioneren te beïnvloeden door middel van interventies.

Psychologen baseren zich op wetenschappelijke inzichten en methodes, werken zoveel mogelijk *evidence-based* en maken gebruik van multidisciplinaire richtlijnen. Samenwerken in een multidisciplinair team is daarvoor van essentieel belang.

Binnen het werkveld vindt veel neuropsychologisch onderzoek en diagnostiek naar gedrag plaats. Om die reden lichten we hieronder twee varianten nader toe.

Neuropsychologische diagnostiek

Bij neuropsychologische diagnostiek wordt de relatie tussen gedrag en het functioneren van de hersenen bestudeerd. Hiervoor is kennis nodig over hersen-gedragsrelaties en uit vakgebieden die hieraan verwant zijn. Daarnaast moet deze kennis geïntegreerd en toegepast kunnen worden bij de diagnostiek van specifiek deze oudere. Het is bijvoorbeeld belangrijk om het verschil te kennen tussen frontale en occipitale hersenbeschadigingen of hoe een depressie in de testfase het interpreteren van neuropsychologische diagnostiek kan beïnvloeden. Bij het werken met ouderen is kennis over het lichamelijk functioneren, dementie en de gevolgen van hersenletsel cruciaal. Hierbij worden de beschreven richtlijnen gevolgd, specifiek voor elke ziektebeeld. Psychologen werken volgens de Algemene Standaard Testgebruik van het NIP. De psycholoog zet onderzoeksresultaten in hun context en houdt rekening met factoren als specificiteit, sensitiviteit, validiteit en betrouwbaarheid.

Diagnostiek naar gedrag

Voor de omgang met gedrag dat lastig is voor de oudere en diens systeem, is er de richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie', uitgebracht door Verenso en het NIP in 2018. Uitgangspunt daarin is dat persoonsgerichte zorg belangrijk is en dat deze zorg is gericht op de kwaliteit van leven, het bevorderen van het welbevinden en het optimaal functioneren in het dagelijks leven. Daarnaast is in 2023 het boek 'Gedragen' uitgekomen. Met name het hoofdstuk over meervoudig, breed en specifiek kijken, kan helpend zijn bij diagnostiek rondom gedrag.

Zorgdiagnostiek

Zorgdiagnostiek volgt vaak op ziektediagnostiek, maar kan in de praktijk ook overlappen met, of zelfs al ingezet worden voor het proces van de ziektediagnostiek. Zorgdiagnostiek is altijd onderdeel van het indiceren welke (woon)omgeving het beste past bij de oudere. Het doel is het psychisch functioneren, de eigen identiteit en het welbevinden vast te houden of te verbeteren.

Zorgdiagnostiek is het onderzoek naar de gevolgen en de problemen die de oudere en diens systeem in het dagelijks leven op verschillende levensterreinen ondervinden. Dit vraagt om een zorgvuldige vaststelling van de (psychosociale) ondersteunings- en zorgbehoefte van de oudere en van de draaglast en draagkracht van diens systeem. Goede persoonsgerichte zorg houdt in dat je er gezamenlijk naar streeft de bejegening en de omgeving steeds optimaal af te stemmen op de behoeften, eigenheid, mogelijkheden en onmogelijkheden van de oudere mens (Handboek Ouderenpsychologie, 2017). Het is belangrijk om hierbij het vergroten van de veerkracht en het welbevinden mee te nemen.

Zorgdiagnostiek is een continu proces waarin cyclisch wordt geëvalueerd en bijgesteld. Dit vindt, indien mogelijk, plaats met behulp van gevalideerde meetinstrumenten. Zorgverleners vertalen de zorgdiagnostiek naar haalbare doelen, gericht op kwaliteit van bestaan. De wensen en voorkeuren van de oudere en diens systeem worden meegenomen.

In het proces van zorgdiagnostiek kan de coördinerende rol bij verschillende disciplines worden belegd, zoals bij een casemanager of bij het aanspreekpunt van de zorg. Psychologen kunnen bijdragen aan de zorgdiagnostiek en vertalen de uitkomsten van de diagnostiek naar praktische adviezen voor het dagelijks leven. De betrokkenheid van psychologen in het proces van zorgdiagnostiek varieert, afhankelijk van de complexiteit van de situatie en van samenwerkingsafspraken binnen het multidisciplinaire team. Complexiteit kan spelen bij de oudere zelf, bijvoorbeeld wanneer sprake is van zowel cognitieve als psychiatrische problematiek, of bij het systeem. Ook kunnen culturele aspecten een rol spelen. Kortom: de psycholoog heeft een rol in zorgdiagnostiek bij situaties waar het minder duidelijk is wat de zorgbehoefte precies is.

Referentielijst

Vink, M., Kuin, Y., Westerhof, G., Lamers, S., & Pot, A. M. (2e druk, 2017).
Handboek Ouderenpsychologie. de Tijdstroom.



Indicatiestelling

Indicatiestelling is het proces waarin op basis van diagnostiek en in samenspraak met de oudere wordt bepaald welke behandeling het meest passend is bij diens psychische klachten. Indicatiestelling wordt gezien als het sluitstuk van diagnostiek (Richtlijndatabase, 2015).

Doel

Het doel van indicatiestelling is tot een onderbouwd en verantwoord behandeladvies te komen, dat past bij de klachten, de hulpvraag en de voorkeuren van de oudere en zoveel als mogelijk aansluit bij de geldende richtlijnen en wetenschappelijke evidentie.

Inhoud

De psycholoog combineert gegevens uit de diagnostiek met de hulpvraag en de mogelijkheden van de cliënt. De psycholoog weegt factoren, zoals:

- aard, ernst, duur en beloop van de psychische klachten;
- aard, ernst, duur en beloop van cognitieve klachten;
- cognitieve belastbaarheid (informatie opnemen, begrijpen, verwerken en toepassen, taalbegrip en expressie);
- somatische comorbiditeit (o.a. lichamelijke klachten, vermoeidheid);
- eventuele eerdere behandelingen en de effectiviteit daarvan;
- inzicht, motivatie en leerbaarheid;
- risicofactoren (suïcidaliteit, agressie, middelengebruik);
- psychosociale context;
- setting en draagkracht van hulpverleners of naasten.

Deze factoren worden geïntegreerd met de behandelvoorkeuren en de hulpvraag van de oudere. Gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making*) kan de motivatie en het behandelresultaat vergroten (Richtlijndatabase, 2015).

In de ouderenzorg kan indicatiestelling complex zijn wanneer de vraag om psychologische betrokkenheid niet van de oudere zelf, maar van een hulpverlener of naaste komt. Het is belangrijk dat de psycholoog concreet maakt wie de hulpvraag heeft: de oudere of de omgeving? Dit beïnvloedt de indicatiestelling en heeft daarnaast beroepsethische consequenties (Geertsema, 2017).

Beoogd resultaat

Na de indicatiestelling is duidelijk of er behandeling geïndiceerd is, en zo ja: welke behandelvorm het meest passend is.

Referentielijst

Richtlijndatabase. (2015). Psychiatrische diagnostiek. Federatie Medisch Specialisten.

Geertsema, H. (2017). Beroepsethiek. In M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers, & A. M. Pot (Red.), *Handboek Ouderenpsychologie* (2e druk, pp. 609–622). De Tijdstroom.

Behandeling

Individuele behandeling

Psychologische behandeling bij ouderen staat volop in de belangstelling. *Evidence-based* behandelvormen zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), life review, EMDR en schematherapie zijn bewezen effectief en toepasbaar, ook bij mensen met cognitieve achteruitgang of complexe somatische comorbiditeit (GGZ Standaard Depressie, 2022; Angst, 2023; PTSS, 2023).

Psychische klachten horen niet bij de leeftijd, behandeling is op elke leeftijd passend en kan leiden tot positieve resultaten. Deze ontwikkeling stemt optimistisch: ouderen blijken goed te kunnen profiteren van psychologische interventies, zelfs bij complexe problematiek of bij cognitieve achteruitgang. Bovendien benadrukken de richtlijnen steeds nadrukkelijker dat gedragsmatige interventies de eerste en meest effectieve behandelkeuze vormen, terwijl psychofarmaca - nog te vaak onnodig vroeg ingezet - pas in tweede instantie aangewezen zijn.

Toch zijn we er nog niet. Veel ouderen krijgen bij psychische klachten nog steeds vooral medicijnen voorgeschreven terwijl daar grote risico's aan kleven, juist voor ouderen. Diverse richtlijnen geven aan dat psychotherapie de voorkeur verdient, maar ouderen worden minder vaak verwezen, klachten worden vaak later herkend en behandelen, ouderen en naasten twijfelen soms aan de toepasbaarheid van therapieën in deze levensfase.

Doelgroep en indicaties

Individuele psychologische behandeling is bedoeld voor ouderen met psychische klachten zoals depressie, angst, psychotrauma, aanpassingsproblemen, rouw, persoonlijkheidsstoornissen of existentiële vragen. De behandeling wordt toegepast binnen de ggz, maar ook in verpleeghuizen, de wijkzorg of in het ziekenhuis.

Contra-indicaties zijn onbehandelde somatische oorzaken van ontregeling, een acute crisis of middelengebruik dat het behandelproces belemmert.

Doelen van individuele behandeling

De behandeling richt zich niet alleen op symptoomvermindering, maar ook op betekenis, verbinding en participatie. Mogelijke doelen van individuele behandeling zijn:

- herstel van psychisch evenwicht;
- versterking van veerkracht;
- verbetering van kwaliteit van leven;
- beter begrijpen van klachten;
- reguleren van gevoelens;
- omgaan met beperkingen;
- hervinden van autonomie.

Inhoud

Welke behandelvorm geïndiceerd is hangt af van de specifieke problematiek en staat beschreven in de diverse bestaande richtlijnen. Voorbeelden van diverse behandelvormen zijn: CGT, Life review, EMDR en systeemtherapie, ACT, IPT en schematherapie.

Individuele behandeling zoals mediatieve therapie, sluit vaak aan bij andere interventies, zoals psycho-educatie, activering. De psycholoog werkt daarbij nauw samen met huisartsen, artsen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en naasten.

Referentielijst

GGZ Standaarden (Akwa GGZ):

- [GGZ Standaard Depressie](#) (Akwa GGZ, 2022).
- [GGZ Standaard Angst](#) (Akwa GGZ, 2023).
- [GGZ Standaard PTSS](#) (Akwa GGZ, 2023).

**Welke behandelvorm
geïndiceerd is hangt af van
de specifieke problematiek
en staat beschreven in de
diverse bestaande
richtlijnen.**



Groepsbehandeling

Groepsbehandeling is een bewezen effectieve interventie binnen de ouderenzorg en ouderen-ggz. Ouderen nemen deel aan een groep van personen met vergelijkbare klachten, met als doel symptomen te verminderen en het dagelijks functioneren te verbeteren. Naast de inhoud, biedt het feit dat de therapie in een groep plaatsvindt therapeutische meerwaarde: het bevordert herkenning, het geeft sociale steun en het doorbreekt gevoelens van isolement. Ouderen leren van elkaars ervaringen, wat kan leiden tot meer inzicht en motivatie. Bovendien is de groepsdynamiek zelf een werkzame factor: de groep fungeert als een veilig oefenterrein. De afgelopen jaren zijn er steeds meer verschillende soorten groepsbehandelingen wetenschappelijk effectief gebleken bij ouderen (Videler, 2025).

Doelgroep en indicaties

De doelgroep bestaat uit ouderen waarbij sprake is van een psychische stoornis vaak in combinatie met levensfaseproblematiek en/of somatische aandoeningen. Groepsbehandeling is vaak onderdeel van een ambulant traject, maar kan ook in een opnamesetting worden geboden.

Binnen de ouderenzorg richt psychologische groepsbehandeling zich op kwetsbare ouderen die verblijven in een zorginstelling of deelnemen aan dagbehandeling, opgezet vanuit de zorginstelling. Bij deze ouderen is in veel gevallen sprake van een combinatie van somatische aandoeningen, cognitieve stoornissen en/of psychische klachten (Vink e.a., 2017).

Indicatie voor groepsbehandeling

- psychiatrische stoornis, cognitieve stoornis of een combinatie van somatische aandoening, cognitieve stoornis en/of psychiatrische klachten;
- voldoende motivatie voor groepsdeelname.

Contra-indicatie voor groepsbehandeling

- acute crisissituatie;
- ernstige psychotische symptomen;
- agressie of grensoverschrijdend gedrag wat zorgt voor onveiligheid in de groep;
- ernstige cognitieve stoornissen;
- zintuiglijke beperkingen;
- verstandelijke beperking die groepsdeelname belemmert;
- verslavingsproblematiek, die detoxificatie behoeft;
- PTSS/cPTSS kan als contra-indicatie gelden, afhankelijk van het doel van de groepsbehandeling.

(Contra)-indicaties zijn niet per definitie permanent. Er kan ook individuele behandeling plaatsvinden, voorafgaand aan groepsbehandeling. In de ouderenzorg is het van belang dat de groepen worden afgestemd op de cognitieve belastbaarheid van de ouderen.

Doelen van groepsbehandeling

Het is van belang om samen met cliënt en naasten de juiste groepsbehandeling te kiezen (zie ook het onderdeel indicatiestelling). Deze keuze is afhankelijk van de hulpvraag van de oudere en het beoogde doel. Eén type groepsbehandeling kan meerdere doelen dienen. Hoe specifieker de selectie van deelnemers aan een groepsbehandeling, des te gericht een groepsbehandeling kan worden opgezet.

Doelen van groepsbehandeling kunnen zijn:

- vergroten van kennis en inzicht in de diagnose (psycho-educatie);
- verminderen van psychische klachten;
- verbeteren van copingvaardigheden;
- bevorderen van sociaal functioneren;
- verhogen van kwaliteit van leven;
- voorkomen van verergering van klachten (zie preventieve behandeling);
- versterken van zelfinzicht, veranderen van patronen.

Er zijn verschillende vormen van groepsbehandeling ontwikkeld:

- psycho-educatiegroepen;
- cognitieve gedragstherapie (algemeen of specifieke modules);
- reminiscentietherapie;
- persoonlijkheidsveranderende groepsbehandeling (o.a. MBT, SFT, IPT)
- vaardigheidstrainingen (sociale vaardigheidstraining, VERS-training, mindfulnesstraining);
- mantelzorggroepen;
- lotgenotencontact.

Inhoud

Voor alle groepsbehandelingen geldt: het bewaken en begeleiden van het groepsproces en het creëren van openheid, veiligheid en respectvolle communicatie is cruciaal.

Voorafgaand aan de start van een groepsbehandeling, is de psycholoog verantwoordelijk voor correcte indicatiestelling en screening van de deelnemers. Voor sommige groepsbehandelingen wordt de indicatiestelling uitgevoerd door de betreffende regiebehandelaar. Daarnaast is de psycholoog verantwoordelijk voor het professioneel vormgeven, begeleiden en benutten van het groepsproces. Tijdens de behandeling bewaakt de psycholoog zowel de inhoud als het proces. Indien de groepsbehandeling samen met een andere therapeut wordt gegeven zijn ze gezamenlijk verantwoordelijk voor zowel de inhoud als het proces. Dat omvat het signaleren van overdracht, onderlinge verhoudingen en non-verbale communicatie, het tijdig bijsturen om een veilig en effectief groepsproces te waarborgen en het aanpassen van de vorm als dat nodig blijkt. Afhankelijk van het soort groepsbehandeling kunnen er extra verantwoordelijkheden bijkomen voor de psycholoog. Zo vraagt een psycho-educatiegroep andere vaardigheden en bekwaamheden dan bijvoorbeeld een groepsbehandeling voor persoonlijkheidsproblematiek, waarbij interactie tussen deelnemers actief wordt ingezet als veranderingsinstrument.

Referentielijst

Videler, A. C. (2025). *Psychotherapie bij ouderen: Hadden we het maar eerder gedaan*. Tilburg University.

Vink, M., Kuin, Y., Westerhof, G., e.a. (red) (2017). *Handboek Ouderenpsychologie*. Boom/De Tijdstroom.

Mediatieve behandeling

Mediatieve therapie is een behandelvorm waarbij concreet observeerbare gedragsproblemen van een cliënt worden beïnvloed via betrokkenen in de directe omgeving. Zij worden mediators genoemd. Dit kunnen familieleden, naasten, verpleegkundigen of zorgteams zijn, zowel thuis als in een zorginstelling. De psycholoog behandelt de oudere niet rechtstreeks, maar indirect: de mediators voeren onder begeleiding van de psycholoog de interventies uit. Daarbij is ook het gedrag van de mediator zelf onderdeel van de behandeling (Disselhorst & Borghouts, 2017). Een constructieve samenwerking en afstemming is noodzakelijk in het multidisciplinaire (zorg)team en met naasten.

Er zijn meerdere manieren om aandacht te hebben voor het systeem rondom de oudere.

Enkele voorbeelden zijn:

- Binnen systeemtherapie of relatietherapie voeren de betrokkenen uit het systeem zelf de interventies uit om tot klachtvermindering te komen.
- Binnen mediatieve therapie wordt per definitie ‘systemisch’ gewerkt, vanwege de aandacht die wordt besteed aan de behoeftes van mediators om de interventies te kunnen uitvoeren.
- Teambuilding richt zich op de systeemdynamiek binnen het team en is cliëntoverstijgend. Indien de psycholoog zelf onderdeel uitmaakt van het team is het niet mogelijk om zelfstandig de teambuilding vorm te geven vanwege deze dubbelrol.

Doelgroep en indicaties

Mediatieve therapie is geïndiceerd bij ouderen met gedragsproblemen, voor wie individuele therapie niet mogelijk is door ernstige cognitieve of communicatieve beperkingen. Er is vaak sprake van complex, langer bestaand probleemgedrag, dat onvoldoende vermindert na psycho-educatie en omgangsadviezen. Voorwaarden voor de inzet van mediatieve therapie zijn:

- Het probleemgedrag wordt mede uitgelokt of in stand gehouden door de omgeving.
- Lichamelijke of medische oorzaken (vb. pijn of delier) zijn uitgesloten of behandeld.

Contra-indicatie: acute crisissituaties die directe interventie vereisen.

Mediatieve therapie kan wel volgen op individuele therapie, maar individuele therapie en mediatieve therapie kunnen niet tegelijkertijd plaatsvinden. De omgeving kan ondersteunen bij het uitvoeren van interventies in individuele therapie, bijvoorbeeld door een cliënt te helpen herinneren aan huiswerkopdrachten, maar degene die de therapeutische interventies uitvoert blijft dan de oudere zelf.

Doelen van mediatieve behandeling

- Afname probleemgedrag;
- Toename gewenst gedrag;
- Toename welbevinden van mediators;
- Acceptatie van het probleemgedrag, door verandering in omgang en perceptie bij zorgteams en naasten.

Inhoud

Net als bij een individuele therapie, doorloopt de psycholoog een herkenbare cyclus: probleemkeuze, doelbepaling, basismeting, opstellen van analyse, uitvoeren van interventies op basis van deze analyse en een nameting (evaluatie) om te beoordelen of het bij aanvang gestelde doel is bereikt (Klaver, 2016). Het belangrijkste verschil met individuele therapie is dat de interventies niet worden uitgevoerd door

de oudere zelf, maar door de mediators. De psycholoog bewaakt het proces, terwijl de mediators verantwoordelijk zijn voor het aanleveren van inhoudelijke informatie en het uitvoeren van de metingen en interventies. Het samenspel met naastbetrokkenen brengt extra dynamiek met zich mee in de therapie. Dit vraagt om een sterke therapeutische relatie met mediators, duidelijke randvoorwaarden (bijvoorbeeld ruimte voor overleg) voor de uitvoering van interventies en aandacht voor dynamiek en samenwerking binnen het netwerk. Bekende methodieken die kunnen worden ingezet zijn GRIP op probleemgedrag, het Crisisontwikkelingsmodel, de ABC-methode en de CoMBI methode en focussen. Daarnaast zijn er diverse mediatieve interventies te vinden op de Vilans databank (Interventies)

Referentielijst

Disselhorst, C. & Borghouts, C. (2017) Mediatieve cognitieve gedragstherapie. In M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers & A.M. Pot (Red.) *Handboek Ouderenpsychologie* (pp. 367-385). Utrecht: de Tijdstroom

Klaver, M. (2016) Mediatieve therapie. In Smits, P., Ponds, R., Farenhorst, N. Klaver, M. & Verbeek, R. (Red.) *Handboek neuropsychotherapie* (pp.93-111). Amsterdam: Boom

**Het samenspel met
naastbetrokkenen
brengt extra dynamiek
met zich mee
in de therapie.**



Psycho-educatie

Anders dan bij voorlichting, wat vooral is gericht op het geven van algemene informatie, is psycho-educatie een doelgerichte en planmatige begeleiding waarbij een professional ouderen ondersteunt om meer inzicht te krijgen in hun ziektebeeld, psychosociale problemen en de betekenis daarvan in het dagelijks leven. Psycho-educatie helpt ervaringen te duiden en biedt een kader voor houvast.

Psycho-educatie kan zelfstandig worden aangeboden bijvoorbeeld als een korte, afgebakende cursus of e-learning voor naasten of het kan het onderdeel zijn van een multimodale behandeling, waarin aanwezige kennis en vaardigheden van ouderen, naasten en zorgteams worden versterkt naast andere therapieën, medicatie en casemanagement. Voorbeelden zijn blended e-health met coaching, ergotherapieprogramma's en zorgprogramma's in verpleeghuizen.

Doelgroep en indicaties

In de ouderenzorg en ouderen-ggz kan psycho-educatie worden ingezet bij:

- ouderen met dementie, stemmings- of angstklachten, of chronische aandoeningen;
- mantelzorgers en naasten, vanwege hun intensieve betrokkenheid en risico op overbelasting;
- zorgteams, bijvoorbeeld bij scholing over probleemgedrag of als onderdeel van mediatieve behandeling.

Doelen van psycho-educatie

In het algemeen beoogt psycho-educatie herstel te bevorderen, functioneren te ondersteunen en kwaliteit van leven te vergroten. Voorbeelden van specifieke doelen zijn:

- vergroten van bewustwording en inzicht;
- aanreiken van handvatten om met klachten en veranderingen om te gaan;
- versterken van zelfmanagement;
- ondersteunen van naasten bij het verminderen van zorgbelasting en gevoelens van onzekerheid of stigma;
- versterken van therapietrouw;
- bijdragen aan betere samenwerking binnen zorgteams;

Uitkomsten zijn onder meer: toegenomen kennis, zelfeffectiviteit, verminderde belasting, betere stemming, meer houvast en hogere kwaliteit van leven.

Inhoud

Psycho-educatie bestaat doorgaans uit een reeks bijeenkomsten met duidelijke leerdoelen en een herkenbare opbouw: uitleg » oefenen » toepassen » evalueren/nazorg. Mogelijke werkvormen zijn demonstraties, rollenspellen, persoonlijke signaleringsplannen en huiswerkopdrachten. De vorm wordt afgestemd op (het niveau van) de doelgroep en kan individueel, dyadisch of in een groep plaatsvinden, face-to-face, volledig online of hybride. Een heldere hulpvraaganalyse, maatwerk naar cognitieve belastbaarheid en gezondheidsvaardigheden (taal, cultuur) en gerichte uitkomstmeting (kennis, zelfeffectiviteit, belasting, stemming) zijn essentieel.

De psycho-educatie start meestal met het begrijpen van de ziekte (oorzaken, beloop, gevolgen prognose). Daarna verschuift de focus naar psychosociale impact en vaardigheidstraining: omgaan met stress, emoties en triggers, aandacht voor zelfmanagement, versterken van leefstijl (slaap, voeding,

beweging) en praktische steun. Expliciete aandacht gaat uit naar de innerlijke beleving en de balans tussen draagkracht en draaglast van naasten. Andere thema's zijn omgaan met gedragsproblemen, financiën en veiligheid en lotgenotencontact. Dat laatste biedt herkenning en kan stigma verminderen. Tot slot komen levensfase en zingeving aan bod: waarden, waardig ouder worden en betekenis in het dagelijks leven. Communicatie loopt als een rode draad door het traject: er is communicatie met de oudere, binnen de familie en richting de omgeving.

Voorbeelden psycho-educatie als zelfstandige programma's zijn Partner in Balans (blended, webgebaseerd voor mantelzorgers) en Dementie en nu (modules en werkboek voor mantelzorgers). Voorbeelden van psycho-educatie als onderdeel van een bredere interventie zijn Doen bij Depressie en GRIP op Probleemgedrag. Deze voorbeelden zijn beschreven en geëvalueerd in onderzoek en professionele publicaties (Boots et al., 2018; Dammekens & Lafosse, 2014; Leontjevas et al., 2012; Zwijsen, 2014).

Referentielijst

Boots, L. M. M., de Vugt, M. E., Smeets, C. M. J., Kempen, G. I. J. M., & Verhey, F. R. J. (2018). Effectiveness of a blended care self-management program for caregivers of people with early-stage dementia (Partner in Balance): Randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research, 20(7), e10017.

Dammekens, E., & Lafosse, C. (2014). Dementie en nu: Psycho-educatiepakket voor mantelzorgers van een persoon met dementie (inleiding en modules). Expertisecentrum Dementie Vlaanderen & Alzheimer Liga Vlaanderen.

Leontjevas, R., Gerritsen, D. L., Smalbrugge, M., Teerenstra, S., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., & Koopmans, R. T. C. M. (2013). A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: A multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. The Lancet, 381(9885), 2255–2264.

UKON Academy: Doen bij depressie

Zwijsen, S. A. (2014). Grip on Challenging Behaviour: Development, implementation and evaluation of a care programme for the management of challenging behaviour on dementia special care units (Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam).

Preventieve behandeling

Preventieve behandeling omvat interventies gericht op het voorkomen van het ontstaan van psychische klachten en het tegengaan van verergering van bestaande klachten. Dit kan variëren van het bevorderen van veerkracht en welbevinden tot vroegtijdige interventies bij subklinische symptomen, afgestemd op de fase- en risicobenaderingen van preventie.

In algemene zin is een preventieve behandeling onderdeel van het bredere domein van preventie, waarin vaak op twee manieren met preventie wordt omgegaan: naar fase en naar risico.

- Preventie naar fase verwijst naar drie niveaus:
 - Primaire preventie: het voorkomen dat psychische problemen ontstaan.
 - Secundaire preventie: het vroegtijdig signaleren en behandelen van beginnende klachten.
 - Tertiaire preventie: het beperken van de gevolgen en terugval bij bestaande problematiek. (Akwa GGZ, 2023; [Preventie | Wat is preventie? | Volksgezondheid en Zorg en GGZ Standaarden | Aandacht voor zingeving als preventie](#))
- Preventie naar risico richt zich op de doelgroep en het risicoprofiel:
 - Universele preventie: interventies voor de gehele bevolking.
 - Selectieve preventie: gericht op groepen met een verhoogd risico.
 - Geïndiceerde preventie: voor individuen met vroege signalen van problemen.
 - Zorggerelateerde preventie: preventie binnen de context van bestaande zorg. Zie: Van Asch & Lamers, 2017, p. 337

Psychologen in de ouderenzorg en de ouderen-ggz richten zich voornamelijk op secundaire en tertiaire preventie, ofwel geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Daarin ligt de focus op het vroegtijdig signaleren en behandelen van beginnende psychische klachten, het voorkomen van verergering, en het bevorderen van herstel en kwaliteit van leven.

Doelgroep en indicaties

Preventieve behandeling richt zich op ouderen bij wie sprake is van een risico op het ontwikkelen van psychische klachten (geïndiceerde preventie) of op het voorkomen van verergering van reeds bestaande psychische klachten (zorggerelateerde preventie). Het gaat om ouderen die signalen vertonen van verminderde veerkracht, eenzaamheid of beginnende somberheid, zonder dat er sprake is van een volledige classificatie van een psychische stoornis. Het is belangrijk dat de oudere die de preventieve behandeling krijgt, over voldoende cognitieve vaardigheden beschikt en gemotiveerd is om actief deel te nemen. Indien nodig kan behoeftendiagnostiek (zie pijler Diagnostiek, onderdeel behoeftendiagnostiek) worden ingezet om meer zicht te krijgen in de behoeften van de oudere.

Doelen van preventieve behandeling

Het formuleren van doelen gebeurt in samenspraak met de oudere en diens systeem. De gekozen interventie moet aansluiten bij deze doelen.

Doelen van preventieve behandeling kunnen zijn:

- het versterken van beschermende factoren bij ouderen in het algemeen;
- het verminderen van beginnende psychische klachten en voorkomen dat deze uitgroeien tot klinische stoornissen (bijv. somberheidsklachten, of angstklachten);
- versterken van veerkracht en eigen regie;

- bevorderen van sociale verbondenheid;
- verminderen van lijdensdruk omtrent de comorbiditeiten;
- verlagen van risico's op het ontwikkelen van klinische en cognitieve stoornissen;
- beperken van de mogelijkheid op terugval.

Onderzoek laat zien dat preventieve interventies de kans op psychische stoornissen bij ouderen kunnen verkleinen en bijdragen aan een betere kwaliteit van leven. Juist door vroegtijdig betrokken te raken, kunnen de gevolgen van subklinische klachten verminderen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een preventieve interventie een crisisopname voorkomt van een oudere die probleemgedrag vertoont bij dementie. Daarnaast zorgt het vroegtijdig interveniëren voor een verlaging van de zorgbelasting van de oudere en de naasten. Hoewel effecten soms bescheiden zijn, is elke klacht die wordt voorkomen of verminderd een winst voor het welzijn van de oudere.

Inhoud

Psychologen in de ouderenzorg en ouderen-ggz werken met individuen, groepen, of in blended formats. De setting (extramuraal, huisartsenzorg, basis-ggz, gespecialiseerde ggz, ziekenhuis) bepaalt mede de vorm van de behandeling. De behandeltrajecten kunnen variëren in duur en intensiteit, maar bevatten vaak vaste elementen, zoals thema's, oefeningen, reflectie en thuisopdrachten. Interventies kunnen bestaan uit psycho-educatie, cognitieve gedragstherapeutische technieken, ontspanningsoefeningen, mindfulness of ervaringsgerichte oefeningen. Preventieve behandelingen zijn inzetbaar bij diverse groepen. Zo zijn er behandelingen specifiek gericht op dementiezorg, rouwondersteuning of depressiepreventie. Doel van de interventies is altijd om hoop en handelingsperspectief te bieden en de kwaliteit van leven van ouderen en hun naasten tastbaar te verbeteren.

Voorbeelden van preventieve interventies voor ouderen zijn [Samen verder na de diagnose Dementie](#), [Partner in balans](#) en [In de put, uit de put 55+](#).

Referentielijst

Van Asch, I., & Lamers, S. (2017). Preventie. In M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers, & A. M. Pot (Red.), *Handboek ouderenpsychologie* (2e druk, pp. 337. de Tijdstroom.

Verschillende rollen

Naast werkzaamheden binnen diagnostiek en behandeling, vervult de psycholoog in de ouderenzorg en ouderen-ggz ook andere rollen. In dit hoofdstuk worden de volgende functies toegelicht:

- Beleidsadviseur
- Begeleider
- Deskundigheidsbevorderaar
- Onderzoeker
- Regiebehandelaar
- Vakgroepvoorzitter
- Wet zorg en dwang-functionaris

De psycholoog als beleidsadviseur

Binnen de ouderenzorg en de ouderen-ggz kan de psycholoog op uiteenlopende manieren bijdragen aan beleidsontwikkeling. Op overstijgend niveau denkt de psycholoog mee over het bevorderen van het welbevinden van ouderen en over de inrichting van het behandelaanbod. Iedere afgestudeerde psycholoog kan beschikken over competenties om een bijdrage te leveren aan beleid, waarbij de benodigde competenties, expertise en verantwoordelijkheid verschilt per onderwerp en per psycholoog. De organisatie dient hierbij rekening te houden met de competenties van de masterpsycholoog, gz-psycholoog en klinisch (neuro)psycholoog.

Preventie als beleidsfocus

Beleidsontwikkeling in de ouderenzorg is sterk verbonden met preventie. Zoals eerder benoemd, onderscheiden we binnen preventie verschillende vormen: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (Van Asch en Lamers, (2017), p. 337). Ook wordt vaak gewerkt met de indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie (zie [Preventie | Wat is preventie? | Volksgezondheid en Zorg](#)).

Psychologen in de ouderenzorg en de ouderen-ggz richten zich vooral op secundaire en tertiaire preventie, oftewel op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Daarin ligt de focus op het vroegtijdig signaleren en behandelen van beginnende psychische klachten, veranderingen in gedrag en daarop anticiperen, het voorkomen van verergering, en het bevorderen van herstel en kwaliteit van leven. De laatste jaren groeit de aandacht voor preventie, onder meer door initiatieven zoals het Generiek Kompas en beleid rond mentale gezondheid en preventie. Binnen deze ontwikkeling vervult de psycholoog een sleutelrol: preventieve interventies verminderen niet alleen psychische klachten, maar voorkomen ook ernstigere complicaties en dragen zo bij aan het algehele welbevinden en de kwaliteit van bestaan van ouderen en hun omgeving. De psycholoog verbindt preventie met thema's als persoonsgerichte zorg, kwaliteit van bestaan en behoeftendiagnostiek.

De psycholoog als brug tussen beleid en praktijk

Beleid kan betrekking hebben op inhoudelijke thema's (zoals behandelaanbod) én organisatorische vraagstukken (zoals werkprocessen, multidisciplinair samenwerken, opleidingsklimaat). Het is belangrijk dat beleid niet alleen op papier blijft, maar effectief wordt vertaald naar de dagelijkse praktijk,

wordt geïmplementeerd en geborgd. Dankzij de helikopterview en inzicht in menselijk gedrag kunnen psychologen hierbij een waardevolle brug slaan tussen beleid en uitvoering.

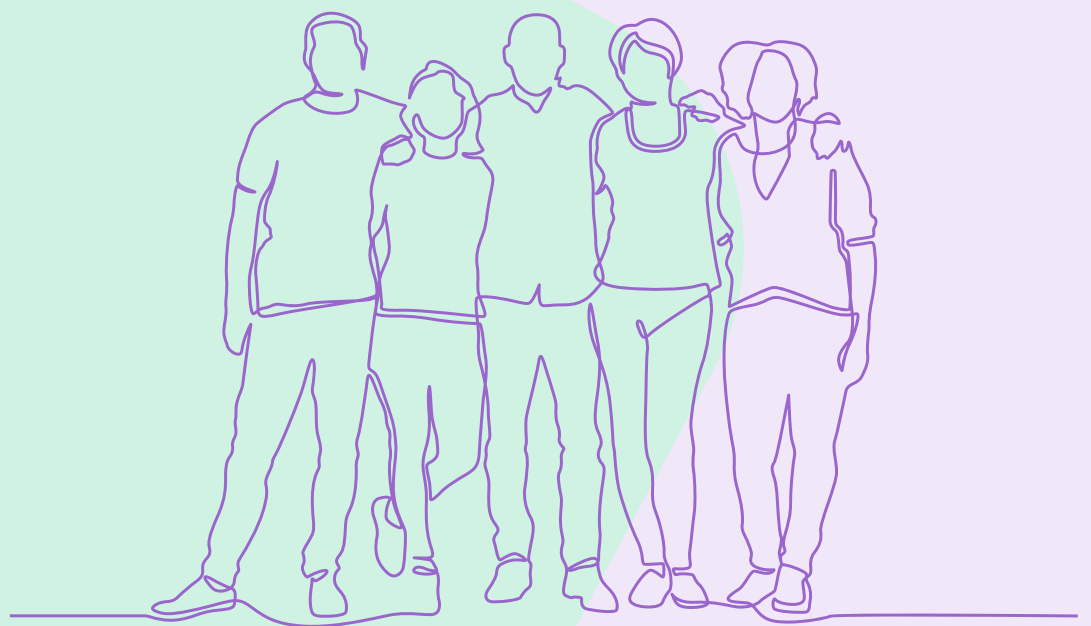
Concreet bijdragen aan beleid

De bijdrage van de psycholoog kan uiteenlopen van deelname aan werkgroepen tot advisering op directieniveau. Voorbeelden zijn:

- Opstellen van beleid over welbevinden, psychosociale problematiek of preventie van probleemgedrag.
- Versterken van persoonsgerichte zorg en implementeren van nieuw behandelaanbod.
- Implementeren van beleid rondom wetgeving naar de praktijk, zoals de Wet zorg en dwang, met aandacht voor thema's als vrijheid en veiligheid.
- Bijdragen aan organisatiebrede thema's zoals taakdelegatie, taakdifferentiatie en multidisciplinaire samenwerking.
- Gedragsdeskundige input bij (ver)bouw van woonzorgcentra, bijvoorbeeld over de invloed van de fysieke omgeving op gedrag en welbevinden.
- Matchen van bewoners binnen afdelingen, met aandacht voor groepsdynamiek, leefmilieu en zorgbehoeften.
- Ontwikkelen van beleid rond vroegsignalering van depressie en angstklachten, gericht op het verhogen van kwaliteit van leven en het voorkomen van crisisopnames.
- Eerste gedragskundige: steeds vaker wordt in de ouderenzorg een psycholoog als eerste gedragskundige aangesteld, die als vaste gesprekspartner deel uitmaakt van het management- of directieteam. Deze ontwikkeling sluit aan bij de beweging naar een welzijnsmodel, waarin organisaties kiezen voor een eerste gedragsdeskundige naast een eerste geneeskundige.

Referentielijst

Van Asch, I., & Lamers, S. (2017). Preventie. In M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers, & A. M. Pot (Red.), *Handboek ouderenpsychologie* (2e druk, pp. 337. de Tijdstroom.



De psycholoog als begeleider

Psychologen vormen een kerndiscipline binnen de ouderenzorg, wat vraagt om een hoog niveau van vakbekwaamheid. De masteropleiding en gz-opleiding samen vormen de basis voor een BIG-geregistreerde psycholoog. De wet BIG en het NIP vinden dat alle psychologen in de ouderenzorg minimaal een BIG-registratie als gz-psycholoog zouden moeten hebben. Dit is nu echter nog niet het geval. Daarom zijn in veel organisaties afspraken vastgelegd over het begeleiden van masterpsychologen, zoals geadviseerd in de [handreiking Inzet masterpsychologen in de zorg \(NIP, 2024\)](#).

Uit een peiling in 2025 door het NIP blijkt dat in de ouderenzorg naar verhouding meer niet BIG-geregistreerde psychologen werkzaam zijn dan BIG-geregistreerde psychologen, zoals gz-psychologen en specialisten ([Factsheet Psychologische beroepen in de ouderenzorg, NIP, 2022](#)). Gz-psychologen en specialisten vervullen een cruciale rol in het bieden van structurele, methodische en doelgerichte begeleiding. Dit kan zijn als praktijkopleider, werkbegeleider of supervisor van een psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog (PioG). Meer informatie over deze rollen vind je in [het meest recente besluit van de FGzPt](#) over de eisen voor de opleiding van de gezondheidszorgpsycholoog en de erkenning als opleider en praktijkopleidingsinstelling.

Vanuit belang van patiëntveiligheid is goede begeleiding van de masterpsycholoog gewenst. De gz-psycholoog of specialist kan begeleiding geven aan een (beginnende) masterpsycholoog of stagiair. Begeleiding is structureel van aard en de begeleider zorgt voor een klimaat waarin alles bespreekbaar is, wat de masterpsycholoog helpt in het uitvoeren van het werk. Er is aandacht voor een wederzijdse vertrouwensband en voor een methodische, ontwikkelgerichte en competentiegerichte aanpak, vergelijkbaar met de gz-opleiding. Het streven is masterpsychologen te ondersteunen in het behalen van persoonlijke leerdoelen en het ontwikkelen van competenties.

Het doel van de begeleiding is gericht op individuele leervragen en van onbewuste onbekwaamheid naar bewuste onbekwaamheid naar bekwaamheid te gaan. Het kan onderdeel van de begeleiding zijn om aandacht te hebben voor het vergaren van kennis en de masterpsycholoog te begeleiden bij het kiezen van relevante en passende scholing.

Verantwoordelijkheid

Iedereen is verantwoordelijk voor zijn eigen handelen. De begeleider is verantwoordelijk voor de begeleiding. Draag zorg voor goede afspraken over de werkwijze en het proces van de begeleiding tussen begeleider en masterpsycholoog (zie ook: [FAQ Begeleiding masterpsychologen - NIP](#)). Degene die begeleid wordt dient serieus te luisteren naar instructies van en afspraken met de begeleider. De gz-psycholoog of specialist begeleidt op afstand en heeft geen volledig zicht op het werk van de masterpsycholoog. Ook werkt de masterpsycholoog niet onder de directe leiding van de begeleider. De begeleider is daarmee niet inhoudelijk verantwoordelijk voor de werkzaamheden van de masterpsycholoog ([Beroepscode NIP 2024, artikel 30](#)). Het is goed om met collega's een visie en afspraken op te stellen over hoe goede psychologische zorg geboden kan worden.

De psycholoog als deskundigheidsbevorderaar

Deskundigheidsbevordering heeft betrekking op alle activiteiten die bijdragen aan het verbeteren van de deskundigheid van professionals, naasten en vrijwilligers. Hoewel het niet altijd als kerncompetentie wordt gezien, is het een belangrijk onderdeel van het werk van de psycholoog, gericht op veranderingsprocessen en het leren van mensen (De Wit, (2017), p. 639). In het [competentieprofiel van de gezondheidszorgpsycholoog](#) wordt dit eveneens belicht in het competentiegebied 'Kennis en wetenschap'.

Psychologen in de ouderenzorg en ouderen-ggz spelen dan ook een actieve rol in het versterken van deskundigheid binnen de (psychologische) zorgverlening. Dit draagt ertoe bij dat zorgmedewerkers hun beroep professioneel en ethisch verantwoord kunnen uitoefenen. Bovendien kan deskundigheidsbevordering preventief worden ingezet en zo bijdragen aan het voorkomen van onder andere gedragsproblemen. Daarnaast geldt dat psychologen ook hun eigen deskundigheid moeten onderhouden, door middel van bij- en nascholing, reflectie en intervisie.

Vormen van deskundigheidsbevordering waaraan de psycholoog een waardevolle bijdrage kan leveren, zijn:

Scholing

Scholing is een vorm van deskundigheidsbevordering, waarin het ontwikkelen van kennis, vaardigheden en competenties centraal staat. De psycholoog levert een bijdrage aan cursussen, trainingen, workshops, klinische lessen of opleidingen. Binnen de postdoctorale opleidingen tot gz-psycholoog, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog heeft de psycholoog naast het opleiden in het cursorisch onderwijs ook een rol in deskundigheidsbevordering tijdens supervisie en werkbegeleiding.

Voorlichting

Voorlichting is gericht op bewustwording, gedragsbeïnvloeding en preventie. Het vindt bijvoorbeeld plaats tijdens avonden voor naasten, in gespreksgroepen of tijdens een startbijeenkomst voor nieuwe medewerkers of vrijwilligers.

Teamadvisering

De psycholoog adviseert zorgteams over omgang met ouderen. Dit is iets anders dan een mediatieve behandeling, waarin instructie wordt gegeven aan het team, met als doel de oudere te behandelen. Zie voor meer informatie de [FAQ Privacy en beroepsgeheim/vertegenwoordiging in de ouderenzorg](#) (NIP, 2023) en een [webinar van het NIP over beroepsethiek in de ouderenzorg](#) (door Henk Geertsema en Rosalinde Visser, alleen beschikbaar voor leden). [Hier](#) lees je meer over mediatieve behandeling.

Consultatie

Consultatie kan plaatsvinden binnen de eigen organisatie of via expertisecentra (REC, DEC) of specialistische teams. Hierbij is kennisoverdracht vaak casusoverstijgend en gericht op zowel procesmatige als inhoudelijke aspecten. Ook kan het CCE verwezen worden voor consultatie en advies.

Reflectie

Professioneel handelen is zó complex dat het de deskundigheid van de psycholoog ten goede komt om er achteraf bij stil te staan. Reflecteren is het nadenken over ervaringen om ervan te leren en vindt plaats in opleidingssupervisie en intervisie. Het leren van eigen ervaringen staat centraal (bron 1). Naast de reflectie op het eigen handelen, speelt de psycholoog ook een rol in het begeleiden van andere professionals bij reflectie. Denk bijvoorbeeld aan zorgteams tijdens het omgangsoverleg (zie: [Generiek Kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan', Bouwsteen 4: leren en ontwikkelen, 2024](#)) of het begeleiden van intervisie.

Referentielijst

De Wit, A. (2017). Deskundigheidsbevordering. In M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers, & A. M. Pot (Red.), *Handboek ouderenpsychologie* (2e druk, pp. 639). de Tijdstroom.

**Reflecteren is het
nadenken over ervaringen
om ervan te leren
en vindt plaats in
opleidingssupervisie
en intervisie.**



De psycholoog als onderzoeker

Onderzoek doen geeft verdieping aan het werk van psychologen in de ouderenzorg en ouderenggz. Het houdt je scherp, zorgt voor afwisseling en vergroot je invloed op thema's die ertoe doen. Dankzij hun wetenschappelijke achtergrond zijn psychologen goed in staat een cultuur te stimuleren waarin kritisch denken, kennis delen en samen leren vanzelfsprekend zijn. Dat gaat verder dan het toepassen van *evidence-based* interventies. Het betekent ook dat je anderen meeneemt in het stellen van vragen, samen onderzoek opzet en praktijkervaringen vertaalt naar nieuwe inzichten.

Een psycholoog onderzoekt wat werkt, voor wie en waarom en draagt daarmee actief bij aan zorg die steeds beter aansluit bij wat mensen echt nodig hebben. De psycholoog is op de hoogte van ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied, zoals bijvoorbeeld gepubliceerd in het Tijdschrift voor Ouderenpsychologie, en kent de [databank erkende interventies](#) van Vilans.

Psychologen kunnen op verschillende manieren betrokken zijn bij onderzoek, bijvoorbeeld via een Wetenschappelijke Onderzoekscommissie (WOC) of een werkgroep binnen een zorgorganisatie die praktijkgericht onderzoek stimuleert en ondersteunt. Ook kun je meewerken aan projecten binnen een Topcare-instelling, waar onderzoek, innovatie en complexe zorg hand in hand gaan. Of aansluiten bij een Regionaal of Doelgroep Expertisecentrum (REC/DEC), waar meerdere organisaties samenwerken aan gespecialiseerde zorg en kennisontwikkeling.

Daarnaast kun je actief zijn binnen landelijke en regionale netwerken, bijvoorbeeld als promovendus, mede-onderzoeker, *linking pin* of sparringpartner. Deze netwerken zorgen voor verbinding tussen praktijk, onderzoek, onderwijs en beleid. Een voorbeeld is SANO (Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg), waarin zes academische netwerken samenwerken: Universitair Netwerk Ouderenzorg Amsterdam (UNO Amsterdam), Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON), Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L), Universitair Netwerk voor de Care-sector Zuid-Holland (UNC-ZH), Academische Werkplaats Ouderen van Tranzo en het Universitair Netwerk Ouderenzorg UMCG (UNO-UMCG). Binnen deze netwerken werken professionals, onderzoekers, docenten, ouderen en naasten samen aan praktijkgericht onderzoek en kennisdeling.

Onderzoek doen kan dus in verschillende vormen. Welke rol je ook vervult, goede randvoorwaarden zijn essentieel: tijd, ruimte, ondersteuning en een werkomgeving waarin leren en nieuwsgierigheid worden gestimuleerd. Bespreek met je leidinggevende hoeveel tijd je kunt vrijmaken en leg dit vast in een contract. Ook kan je onderzoek expliciet opnemen als ontwikkelpunt in je jaargesprek of beoordelingscyclus. Overweeg bovendien om samen met collega's en je leidinggevende onderzoekstaken op te nemen in het functieprofiel van psychologen in de ouderenzorg en ouderenggz, bijvoorbeeld door onderzoeksactiviteiten te benoemen als taak.

De psycholoog als regiebehandelaar

Met de mogelijkheid van het toekennen van de rol van regiebehandelaar aan de gz-psycholoog in het multidisciplinaire behandelteam, breekt een nieuw en veelbelovend tijdperk aan. De laatste jaren is binnen de ouderenzorg het besef gegroeid dat somatisch welbevinden weliswaar essentieel blijft, maar dat autonomie, participatie en psychisch welbevinden minstens zo belangrijk zijn. De dubbele vergrijzing en de daarmee samenhangende complexe problematiek benadrukken het toenemende belang van psychologische zorg.

Het toekennen van het regiebehandelaarschap aan de gz-psycholoog brengt andere taken en verantwoordelijkheden met zich mee. Naast het uitvoeren van diagnostiek en behandeling behoort ook de coördinatie van de multidisciplinaire zorgverlening tot het takenpakket. Het doel van de regie is om te voorkomen dat in de zorgverlening hiaten ontstaan. De precieze invulling van de taken en verantwoordelijkheden van een regiebehandelaar kan per werkveld verschillen. Voor gz-psychologen werkzaam in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet) zijn de taken en verantwoordelijkheden beschreven in het [Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz](#). Voor andere werkvelden is onder andere de handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' van de KNMG (2022) van belang. Hierin staat omschreven dat de regiebehandelaar er in ieder geval op toeziet dat:

- de continuïteit en samenhang van de zorgverlening wordt bewaakt en dat waar nodig de gezamenlijke behandeling wordt aangepast;
- adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg plaatsvindt tussen betrokken zorgverleners uit verschillende disciplines;
- er één vast aanspreekpunt is voor vragen over de behandeling (de regiebehandelaar hoeft dit niet zelf te zijn).

Tot slot vraagt het regiebehandelaarschap om actuele kennis ten aanzien van relevante wet- en regelgeving (zie ook [NIP Wegwijzer wet- en regelgeving](#)), met name van de [Wet zorg en dwang](#). De regiebehandelaar is niet automatisch verantwoordelijk voor de zorg of behandeling door andere disciplines. Meer informatie daarover vind je in de rolbeschrijving '[De gz-psycholoog als regiebehandelaar in de ouderenzorg](#)' (NIP, 2025) en in [deze tuchtrechtspraak](#).

De psycholoog als vakgroepvoorzitter

De vakgroepvoorzitter vertegenwoordigt de vakgroep psychologie binnen een organisatie en wordt door collega's aangewezen. In deze rol draait het om het versterken van samenhang, visie en verbinding binnen de vakgroep en het onderhouden van contact met het management. De concrete invulling van de functie verschilt per organisatie en hangt af van de grootte van de vakgroep, de werkomgeving en de gemaakte afspraken. In grotere vakgroepen wordt de rol vaak gedeeld en is het gebruikelijk dat er elke twee tot drie jaar een nieuwer voorzitter wordt aangesteld.

De vakgroepvoorzitter werkt nauw samen met de manager behandeldienst om de afstemming binnen het bredere zorgteam en de organisatie soepel te laten verlopen. Verder zorgt de voorzitter ervoor dat alle psychologen in de vakgroep goed geïnformeerd blijven over relevante ontwikkelingen binnen de organisatie en het vakgebied. Belangrijke taken zijn onder andere:

- het bewaken van het groepsproces en de voortgang van afspraken en plannen, waarbij besluiten gezamenlijk worden genomen;
- het organiseren en waar nodig voorzitten van vakgroeptoverleggen;
- het samen met de vakgroep opstellen en bewaken van het jaarplan;
- het zorgen voor een evenwichtige taakverdeling binnen de groep, zodat ieders kennis en capaciteit optimaal wordt benut.
- Het deelnemen aan multidisciplinair overleg met andere sleutelfiguren, zoals vakgroepvoorzitters van andere disciplines en managers behandeldienst, voor informatie-uitwisseling en afstemming van samenwerking.

De vakgroepvoorzitter is een *primus inter pares*: een eerste onder gelijken. De rol is organiserend, faciliterend en coördinerend, met respect voor de gelijkwaardigheid van alle vakgroepleden. De vakgroepvoorzitter moedigt collega's aan om actief mee te denken, samen te werken en bij te dragen en creëert een werkomgeving waarin ruimte is voor verschillende perspectieven en expertise. Zo voelen alle groepsleden zich gezien en gehoord en nemen zij gezamenlijk verantwoordelijkheid, zonder hiërarchische druk.

Heldere afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen vakgroep en management zijn cruciaal. Richting het management is de vakgroepvoorzitter een adviserende gesprekspartner die besluiten en feedback vanuit de vakgroep inbrengt en niet zelfstandig besluiten neemt of adviseert op persoonlijke titel. Deze werkwijze bevordert transparantie en vertrouwen binnen zowel de vakgroep als de gehele organisatie.

Voor een goed functionerende vakgroepvoorzitter zijn enkele randvoorwaarden essentieel:

- Vertrouwen en mandaat: de voorzitter is gekozen door de vakgroep en heeft formeel mandaat én de benodigde ruimte om namens de vakgroep besluiten te nemen en hun te vertegenwoordigen.
- Heldere taakafbakening: afspraken over verantwoordelijkheden voorkomen verwarring.
- Bestuurlijke steun: management en directie moeten de rol actief ondersteunen.
- Tijd en faciliteiten: voldoende uren, toegang tot informatie, deelname aan relevante overleggen en waar nodig ondersteuning (bijvoorbeeld secretariële hulp).
- Professionele ontwikkeling: structurele scholing of intervisie versterkt het adequaat invullen van de voorzittersrol.

De vakgroepvoorzitter is daarmee een verbindende en coördinerende spil binnen de vakgroep en organisatie.

De psycholoog als Wet zorg en dwang-functionaris (*Wzd-functionaris*)

Vanaf 1 januari 2020 is de Wet zorg en dwang (Wzd) van kracht. De deskundigheid van de psycholoog op het gebied van welbevinden, gedragsmatige en psychosociale interventies is onmisbaar voor een zorgvuldige uitvoering van deze wet welke tot doel heeft ouderen te ondersteunen in hun rechtspositie en onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen.

Psychologen kunnen in het kader van de Wet zorg en dwang verschillende rollen vervullen en zo bijdragen aan zorgvuldige besluitvorming over de inzet van onvrijwillige zorg aan ouderen met een psychogeriatrische aandoening, een verstandelijke beperking of een gelijkgestelde aandoening (bijv. het syndroom van Korsakov of de ziekte van Huntington). Deze rollen zijn:

- direct bij de zorg betrokken zorgverlener
- zorgverantwoordelijke
- niet bij de zorg betrokken deskundige
- onafhankelijk deskundige
- Wzd-functionaris

De functie van Wzd-functionaris is voorbehouden aan de gz-psycholoog, de specialist ouderengeneeskunde en de orthopedagoog-generalist.

De WZD-functionaris beoordeelt de toepassing van onvrijwillige zorg en hoe deze in een zorgplan is opgenomen. Dit met het doel onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen. De WZD-functionaris weegt af of de interventie noodzakelijk en geschikt is om bepaalde risico's (ernstig nadeel) af te wenden, of de interventie in verhouding staat tot dit nadeel (proportionaliteit) en of de minst ingrijpende vorm wordt toegepast (subsidiariteit).

Bovendien ziet de Wzd-functionaris toe op het zo tijdig mogelijk afbouwen van de onvrijwillige zorg en is deze betrokken bij besluiten over verlof en ontslag van ouderen die zijn opgenomen met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling. Door sensitief toezicht te houden bevordert de WZD-functionaris de bewustwording met betrekking tot de Wet zorg en dwang bij zorgverleners en de zorgvuldige toepassing daarvan binnen de organisatie.

De deskundigheid van de gz-psycholoog omvat zowel gedragsmatige en psychosociale interventies, als het overstijgend meedenken en zorgvuldig afwegen van proportionaliteit en subsidiariteit. Ligt een interventie buiten het eigen deskundigheidsgebied? Dan moet een andere Wzd-functionaris, die wel over de nodige deskundigheid beschikt, worden betrokken.

De onafhankelijkheid van de WZD-functionaris ten opzichte van de zorgaanbieder moet gewaarborgd zijn. De WZD-functionaris heeft een directe lijn met de raad van bestuur van een organisatie – toetsend, signalerend en adviserend – met het oog op een goede toepassing van de wet zorg en dwang in de individuele cliëntenzorg.

Om de functie van Wzd-functionaris goed te kunnen uitvoeren, moet de gz-psycholoog voldoende gefaciliteerd te worden. Zowel in tijd en middelen voor de toetsende en toezichthoudende taken, als in deskundigheidsbevordering, zoals deelname aan intervisie met andere Wzd-functionarissen.

Naslagwerken

Richtlijnen en handreikingen

- [GGZ Standaarden \(Akwa GGZ\). Algemeen](#)
- [GGZ Standaarden \(Akwa GGZ\). \(2023\). Zingeving in de psychische hulpverlening](#)
- [GGZ Standaarden \(Akwa GGZ\). \(2017\). Ouderen met psychische aandoeningen](#)
- [GGZ Standaarden \(Akwa GGZ\). \(2019\). Psychotherapie](#)
- [GGZ Standaarden \(Akwa GGZ\). \(2022\). Generieke module Zingeving bij psychische problematiek.](#)
- [GGZ Standaarden \(Akwa GGZ\). \(2022\). GGZ Standaard Depressie.](#)
- [GGZ Standaarden \(Akwa GGZ\). \(2023\). GGZ Standaard Angst.](#)
- [GGZ Standaarden \(Akwa GGZ\). \(2023\). GGZ Standaard PTSS.](#)
- [SKILZ. Richtlijnen SKILZ](#)
- [Federatie Medisch Specialisten. Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen \(2022\)](#)
- [Generiek Kompas. Samen werken aan kwaliteit van bestaan \(2024\)](#)
- [KNMG e.a. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling samenwerking zorg \(2022\)](#)
- [Handreiking Wet zorg en dwang voor Orthopedagogen en Psychologen](#)
- [Profiel WZD-functionaris](#)
- [Dwang in de zorg \(website van de rijksoverheid\)](#)
- [Ouderenpsychologie Noord. Testbatterij Neuropsychologische diagnostiek bij ouderen \(2026\)](#)

NIP-materialen en -communicatie

- [NIP | Webinar Beroepsethiek in de ouderenzorg \(alleen voor leden\)](#)
- [Nieuwsbrief sectie Ouderenpsychologie – NIP \(maart 2025: interview gedragskundige Oosterlengte\) \(in link blz. 42\)](#)
- [NIP – Wegwijzer Wet- en Regelgeving voor Psychologen](#)
- [NIP – Algemene Standaard Testgebruik \(2024\)](#)
- [NIP – Beroepscode voor Psychologen \(2024\)](#)
- [NIP – Beroepsprofielen BIG-geregistreerde beroepen](#)
- [NIP – Handreiking inzet masterpsychologen in de ouderenzorg \(2023\)](#)
- [NIP – Competentieprofiel Gezondheidszorgpsycholoog-generalist \(2024\)](#)
- [NIP – FAQ Privacy en beroepsgeheim/ vertegenwoordiging in de ouderenzorg \(2023\)](#)
- [NIP – Handreiking Extramuraal werken \(2023\)](#)
- [NIP – De gz-psycholoog als regiebehandelaar in de ouderenzorg \(2025\)](#)
- [NIP – Rolbeschrijving GZSP door de psycholoog in de ouderenzorg \(2025\)](#)
- [Tijdschrift De Psycholoog. De meerwaarde van de psycholoog in het verpleegtehuis \(2022\)](#)

Kenniscentra en onderzoeken

- [UNC-ZH. Need-studie niet-medicamenteuze interventies bij ernstige dementie](#)
- [UNC-ZH. Interview Sabine Kruijer](#)
- [UNC-ZH. De Vitale Tuin](#)
- [UNC-ZH. Promotieonderzoek Melanie van der Velde](#)
- [Korsakov Kenniscentrum – promotieonderzoek leefomgeving](#)
- [Academische Ouderenzorg](#)
- [Topcare](#)

- [ActiZ. Expertiseontwikkeling en kennisuitwisseling](#)
- [PgD Expertise. Intervisiegroep WZD-functionarissen](#)
- [Tuchtrechtbank. Uitspraak 2022/ECLI_NL_TGZCTG_2022_110 | onjuiste verklaring of rapport](#)
- [Goede preventieve ouderenzorg](#)
- [Trimbos-instituut. Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie \(2022\)](#)
- [Trimbos-instituut. Samen Verder na de Diagnose Dementie \(dossier\)](#)
- [Trimbos-instituut. In de put uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen](#)
- [Vilans. Interventie Partner in Balans \(databank\)](#)
- [Vilans. GRIP op probleemgedrag \(databank\)](#)
- [Vilans. ABC-methode \(databank\)](#)
- [Vilans. Interventies \(databank\)](#)
- [TRADE-onderzoek. Trauma en Dementie](#)
- [UKON. Oratie Debby Gerritsen: Ode aan kwetsbaarheid](#)
- [UKON. Programma Doen bij Depressie](#)

Artikelen

- [Bas van Alphen. De ouderenpsycholoog: positie en profilering in Nederland](#)
- [Bas van Alphen. CoMBI methode. De aanpak van gedragsproblemen vanuit de persoonlijkheid](#)
- [Bas van Alphen. Tijdschrift voor Ouderenpsychologie. Waarom Nederland een klinisch ouderenpsycholoog nodig heeft](#)

Boeken en hoofdstukken in boeken

- Zuidema et al. (2018). Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie. Verenso & NIP
- Hendriks et al. (2014). Neuropsychologische diagnostiek: de klinische praktijk. Boom
- Klaver (2024). Doodsverlangens: Therapeutische gespreksvoering met ouderen die verlangen naar de dood
- Ponds et al. (2010). Neuropsychologische behandeling. Boom
- Van Alphen et al. (2018). Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. De Tijdstroom
- Van der Gaag & Staring (2019). Handboek Psychose. Boom
- Van Heugten et al. (2014). Handboek Revalidatiepsychologie. Boom
- Vink et al. (2017). Handboek Ouderenpsychologie. De Tijdstroom
- Allewijn et al. (2022). Gedragen Mensgericht samenwerken rondom dementie. CCE/NIP/PgD
- Videler & Wilting (2023). Met de jaren. Boom
- Van Alphen et al. (2018). Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Boom
- Cuijpers (2011). Preventie van psychische problemen. In Handboek voor GZ-psychologen
- Van den Kieboom (2024). Let's care together (proefschrift)

Referenties

- Boots, L. M. M., de Vugt, M. E., Smeets, C. M. J., Kempen, G. I. J. M., & Verhey, F. R. J. (2018). Effectiveness of a blended care self-management program for caregivers of people with early-stage dementia (Partner in Balance): Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(7), e10017.
- Dammekens, E., & Lafosse, C. (2014). Dementie en nu: Psycho-educatiepakket voor mantelzorgers van een persoon met dementie. Expertisecentrum Dementie Vlaanderen & Alzheimer Liga Vlaanderen.
- Geertsema, H. (2017). Beroepsethiek. In M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers, & A. M. Pot (Red.), *Handboek ouderenpsychologie* (2e druk, pp. 609–622). De Tijdstroom.
- Klaver, M. (2016). Mediatieve therapie. In P. Smits, R. Ponds, N. Farenhorst, M. Klaver, & R. Verbeek (Red.), *Handboek neuropsychotherapie* (pp. 93–111). Boom.
- Leontjevas, R., Gerritsen, D. L., Smalbrugge, M., Teerenstra, S., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., & Koopmans, R. T. C. M. (2013). A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: A multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *The Lancet*, 381(9885), 2255–2264.
- Richtlijnendatabase. (2015). Psychiatrische diagnostiek. Federatie Medisch Specialisten.
- Teunisse, S., & Smal, J. (2017). Cognitie (hoofdstuk 6). In M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers, & A. M. Pot (Red.), *Handboek ouderenpsychologie* (2e druk, pp. 123–155). De Tijdstroom.
- UKON. (z.d.). Doen bij depressie.
- Van Asch, I., & Lamers, S. (2017). Preventie. In M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers, & A. M. Pot (Red.), *Handboek ouderenpsychologie* (2e druk, p. 337). De Tijdstroom.
- Van den Kieboom, R. C. P. (2024). Let's care together: Burden trajectories of informal caregivers for people with dementia (Doctoral dissertation). Tilburg University.
- Videler, A. C. (2025). Psychotherapie bij ouderen: Hadden we het maar eerder gedaan. Tilburg University.
- Vink, M., Kuin, Y., Westerhof, G., Lamers, S., & Pot, A. M. (2017). *Handboek ouderenpsychologie* (2e druk). De Tijdstroom.
- Zorginstituut Nederland. (2024). Generiek kompas: Samen werken aan kwaliteit van bestaan.
- Zwijsen, S. A. (2014). Grip on Challenging Behaviour: Development, implementation and evaluation of a care programme for the management of challenging behaviour on dementia special care units (Proefschrift). Vrije Universiteit Amsterdam.

Sectie Ouderenpsychologie

(030) 820 1500 | ouderenpsychologie@nip.nl | info@nip.nl

NIP  Nederlands
Instituut van
Psychologen