

DE GEESTELIJKE GEZONDHEID VAN OUDEREN IN VLAANDEREN

RESULTATEN VANUIT POPULATIEPERSPECTIEF

Dr. LEONTIEN JANSEN

MARLIEN DE COEN

ANNELEEN VINDEVOGEL

Prof. RONNY BRUFFAERTS

Prof. KRIS VAN DEN BROECK

Dit betreft de herziene versie van het rapport, oorspronkelijk gepubliceerd in juni 2025 en herzien in augustus 2025. In deze versie zijn geen inhoudelijke correcties gebeurd, maar zijn enkele formuleringen aangepast ter verduidelijking en om mogelijke verwarring te voorkomen. De wetenschappelijke conclusies en resultaten zijn ongewijzigd gebleven.

1. Inleiding

De Vlaamse bevolking veroudert snel; het aantal personen van 65 jaar en ouder steeg tussen 2000 en 2024 met 27% naar 19% van onze Belgische algemene bevolking (StatBel, 2024). Veroudering is een geleidelijk en complex proces dat biologische, sociale en economische veranderingen (en uitdagingen) met zich meebrengt naarmate de tijd verstrijkt. Hoewel er geen universele definitie bestaat voor termen als 'oudere' of 'ouderen', hanteren demografische en beleidsmatige kaders vaak specifieke leeftijdsgrenzen. In België, net als in veel Europese landen, wordt de oudere bevolking doorgaans gedefinieerd als personen van 65 jaar en ouder. Deze drempel, vaak gekoppeld aan pensioenregelingen, dient als basis voor sociaal en economisch beleid.

Naarmate mensen ouder worden, stijgt de kans op (meerdere) gezondheidsproblemen. Meestal denken we dan aan lichamelijke aandoeningen, maar daarnaast kunnen ook psychische klachten optreden. Meer ouderen met meerdere gezondheidsproblemen stelt hoge eisen aan onze zorgsystemen. En dat net op een moment waarop het aantal mensen dat in de zorg werkt, daalt. De vergrijzing doet dan ook niet alleen een beroep op extra handen aan het bed, maar versterkt vooral de nood aan een proactief beleid. Gezond ouder worden wordt zo een maatschappelijke prioriteit. En als er toch problemen ontstaan, is het cruciaal om die tijdig te detecteren en adequaat aan te pakken (vroegdetectie, secundaire en tertiaire preventie) (WRR, 2021)

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert 'gezond ouder worden' als het proces van het ontwikkelen en behouden van de functionele capaciteit die het welzijn op latere leeftijd mogelijk maakt (WHO, 2020). Functionele capaciteit wordt bepaald door fysieke en mentale vermogens, de fysieke, sociale en maatschappelijke omgeving waarin hij of zij leeft en de interacties daartussen. Er bestaan aanzienlijke verschillen hierin. Vrouwen leven bijvoorbeeld gemiddeld langer dan mannen, maar hebben vaak een hoger risico op armoede en chronische ziekten op latere leeftijd. Daarnaast hebben personen met een lagere socio-economische status doorgaans meer gezondheidsproblemen en een kortere levensverwachting. Het erkennen van deze diversiteit is essentieel voor het ontwikkelen van een inclusief beleid dat inspeelt op de uiteenlopende behoeften van ouderen en hun welzijn in een vergrijzende samenleving waarborgt. Met andere woorden, de 'typische' oudere bestaat niet. Dit benadrukt de noodzaak voor een beter begrip van leeftijdsgerelateerde problemen en trends om effectief in te spelen op de behoeften van de ouder wordende bevolking.

Hoewel ouder worden onvermijdelijk gepaard gaat met verlieservaringen en veranderingen in levensomstandigheden, hoeft psychisch lijden geen vast onderdeel van het verouderingsproces te zijn. Er is

een onderscheid tussen typische ouderdomskenmerken, zoals fysieke achteruitgang en sociale veranderingen, en atypische kenmerken zoals depressieve of angstklachten. Het is cruciaal om te erkennen dat psychische problemen bij ouderen behandelbaar zijn en niet simpelweg 'bij de leeftijd horen'. Dit inzicht, door zowel de ouderen, de naaste omgeving als professionals, kan bijdragen aan een betere detectie en behandeling van psychische problemen in deze leeftijdsgroep.

Bewustzijn van en openheid over geestelijke gezondheid zijn, zoals eerder aangegeven, van wezenlijk maatschappelijk belang. Toch verlopen gesprekken over geestelijke gezondheid vaak in een sfeer van complexiteit en misinterpretatie, zowel in de publieke dialoog als in literatuur. Dat is niet anders voor ouderen.

De Belgische Gezondheidsenquêtes tonen dat om en bij een kwart van de ouderen in België psychische klachten¹ heeft (Gisle et al., 2018) en dat 60% aangeeft ooit psychische klachten te hebben gehad. De meest voorkomende zijn angst- of depressieve klachten en middelengebruik. Buitenlands onderzoek (voor een overzicht zie Bruffaerts et al., 2018) geeft aan dat ongeveer een tiende tot een kwart van de 65-plussers in het afgelopen jaar depressieve klachten heeft gehad, stijgend met de leeftijd. Op jaarbasis heeft rond de 5% van de 65-plussers een depressieve stoornis en 1-5% een angststoornis (Volkert et al., 2013; Byers et al., 2010; Sjöberg et al., 2017). Wanneer specifiek wordt gekeken naar ouderen in woonzorgcentra, verdubbelen deze percentages voor zowel psychische klachten als psychische stoornissen in het afgelopen jaar (Creighton et al., 2016; Fornaro et al., 2020; Gillis et al., 2025; Seitz et al., 2010). Alcoholafhankelijkheid lijkt even vaak voor te komen bij ouderen als in de algemene populatie (ongeveer 1/9); daarenboven zou 18% van de ouderen overmatig benzodiazepines gebruiken (Neutel et al., 2012; Luijendijk et al., 2008; Volkert et al., 2013). Met een prevalentie van 1520% mag suïcidaliteit niet worden onderschat, evenals de vaak onderliggende en meestal verborgen doodswens (Bruffaerts et al., 2024).

In tegenstelling tot het maatschappelijke belang van geestelijke gezondheid bij ouderen zijn er relatief weinig populatiestudies die effectief de geestelijke gezondheid en het hulpzoekgedrag van ouderen in beeld brengen. De meest recente populatiestudie in Vlaanderen en Brussel is deze uitgevoerd in het kader van de interuniversitaire Leerstoel Public Mental Health Monitor² van Zorgnet-Icuro (<https://www.zorgneticuro.be/nieuws/interuniversitaire-leerstoel-public-mental-health-monitor-vanstart>) (Bruffaerts et al., 2024). In het najaar van 2023 werden er epidemiologische gegevens over psychische gezondheid verzameld voor de 13 netwerken geestelijke gezondheid in Vlaanderen en Brussel. Hierbij namen 6401 deelnemers in de leeftijd van 18 tot 94 jaar deel, waaronder ongeveer 1500 thuiswonende personen van 65 jaar en ouder. De gegevens werden verzameld via zelfingevulde web-based bevragingen in het Nederlands.

Beschrijving steekproef

De steekproef bestaat voor ruim twee derde uit vrouwen (72%) en de helft is hoger opgeleid. De gemiddelde leeftijd is 71 jaar. Ruim een kwart is alleenstaand en thuiswonend, terwijl de meesten (64%) gehuwd zijn. Meer dan 1/10e geeft aan mantelzorg te verlenen aan een naaste in de vorm van bijvoorbeeld emotionele of praktische ondersteuning, waarbij 1/3e instaat voor deze zorg samen met één of meer naasten.

Afgaande op deze recente data-analyse kunnen we onderstaande kernboodschappen weerhouden.

- ¹ Het is belangrijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen psychische klachten of symptomen enerzijds en een psychische stoornis anderzijds. Psychische symptomen (zoals stemmings- of angstklachten) komen veel vaker voor in de algemene bevolking dan daadwerkelijke psychische stoornissen. Van een stoornis is pas sprake wanneer voldaan wordt aan alle criteria zoals vastgelegd in een psychiatrisch classificatiesysteem (zoals de DSM-5), vastgesteld via een klinisch interview of een gevalideerd diagnostisch instrument. Een essentieel criterium van een stoornis is de impact die de symptomen hebben op iemands dagelijks functioneren. Vanuit een beeldvormingsperspectief wordt in publieke communicatie doorgaans gesproken over 'psychische problemen' in plaats van 'psychische stoornissen', omdat deze term minder stigmatiserend wordt ervaren. In dit rapport kiezen we echter bewust voor de wetenschappelijke term 'psychische stoornis', conform classificatiesystemen zoals de DSM-5.
- ² De Leerstoel Public Mental Health Monitor is een initiatief van Zorgnet-Icuro, met prof. Ronny Bruffaerts (KU Leuven) als titularis en prof. Gwendolyn Portzky (UGent), prof. Kris Van den Broeck (UAntwerpen) en prof. Mark Leys (VUB) als co-promotoren.

Kernboodschappen

1. De Vlaamse oudere is doorgaans veerkrachtig

- Veerkracht beschrijft het vermogen om met stress om te gaan en te herstellen na uitdagingen en/of tegenslagen.
- Een derde van de ouderen scoort hoog op veerkracht.
- Een vijfde beschrijft een lage tot zeer lage veerkracht.
- De veerkracht van ouderen is substantieel hoger dan die van personen onder de 65 jaar.
- Veerkracht bij ouderen is onafhankelijk van geslacht, woonsituatie, burgerlijke staat of nationaliteit, maar blijkt hoger te zijn bij hoogopgeleiden.

Een derde van de ouderen heeft een **hoge veerkracht**, waar respectievelijk een vijfde een lage tot zeer lage veerkracht beschrijven. Een oudere met hoge veerkracht heeft een goede capaciteit om met stress om te gaan en te herstellen na uitdagingen en/of tegenslagen. Over het algemeen rapporteren ouderen een gemiddelde veerkracht, waarmee men aangeeft met stress te kunnen omgaan maar dat men daar toch ook met momenten moeite mee heeft. Zij scoren substantieel hoger dan personen onder de 65 jaar. De veerkracht is onafhankelijk van geslacht, woonsituatie, burgerlijke staat of nationaliteit. Wel zijn hoger opgeleiden over het algemeen veerkrachtiger dan laagopgeleiden.

2. Eén op de zes ouderen heeft psychische klachten

- Ongeveer 1 op 6 ouderen rapporteert angstgevoelens en/of somberheid ervaren te hebben in de afgelopen maand. Dit is lager dan bij jongere leeftijdsgroepen.
- Bijna 10% van de ouderen in deze studie geeft aan zich overmatig of voortdurend zorgen te maken.
- 1 op 6 ouderen voldeed ooit in het leven aan de criteria van minstens één psychische stoornis. Acht procent voldeed het afgelopen jaar aan de criteria van een psychische stoornis.
- Psychische stoornissen ontstaan bij de helft van deze ouderen reeds vóór de leeftijd van 40 jaar.
- Angststoornissen komen voor bij 6% van de ouderen. Dit type psychische stoornissen heeft het meeste impact op het leven van ouderen.

Op het vlak van **psychische klachten** geeft ongeveer één op de zes 65-plussers aan in de afgelopen maand last te hebben gehad van symptomen zoals angstgevoelens of somberheid. Dit percentage ligt aanzienlijk lager dan bij jongere leeftijdsgroepen, al is er opnieuw een lichte toename merkbaar vanaf de leeftijd van 70 jaar. Meer dan één op de acht ouderen zegt zich de afgelopen maand zorgen te hebben gemaakt over meerdere aspecten van het leven. Ongeveer één op de tien voelt zich regelmatig bezorgd, angstig of zenuwachtig, of ervaart meer zorgen dan anderen in vergelijkbare omstandigheden. Bijna 10% geeft aan zich overmatig of voortdurend zorgen te maken. Wat betreft depressieve symptomen rapporteert ongeveer een tiende van de ouderen dat ze zich de afgelopen 30 dagen ontmoedigd voelden, weinig interesse of plezier ervaarden, en/of zich triest of depressief voelden.

Van alle personen van 65 jaar en ouder had een zesde in deze steekproef ooit gedurende zijn of haar leven minstens één **psychische stoornis**. De ouderen hebben, dit betekent ooit gedurende hun leven, het vaakst een depressie (7%) of een angststoornis (5-7%). Psychotische symptomen en eetproblemen lijken minder vaak voor te komen (4-6%). Mediaan zijn deze stoornissen ontstaan rond de leeftijd van 40 jaar en, opvallend, één vierde had al een psychische stoornis vóór de leeftijd van 25 jaar.

Wanneer we kijken naar het afgelopen jaar, dan had 8% van alle bevroagde personen van 65 jaar en ouder minstens één psychische stoornis. Meer specifiek heeft een kleine 2% een depressieve stoornis. Een angststoornis kwam bij 6% van de ouderen voor in het afgelopen jaar, waarbij een sociale angststoornis het meest aanwezig was (3%). Daarnaast voldeed 2% aan de criteria van een stoornis in het gebruik van alcohol. Een stoornis inzake middelengebruik komt bijna niet voor bij thuiswonende personen ouder dan 65. Het meest opvallende evenwel is dat om en bij de 3% positief screent op de criteria van een post-traumatische

stressstoornis, een gegeven dat ook binnen een levensloopperspectief sterk aanwezig is. Zo verdubbelt het verlies van een naast familielid of goede vriend bij een oudere de kans op het positief screenen op de criteria van een post-traumatische stressstoornis.

3. Eenzaamheid is een belangrijke voorspeller van psychisch onwelbevinden

- Twee derde van de ouderen in deze studie voelt zich zelden tot nooit eenzaam; 10% voelt zich (zeer) vaak eenzaam. Dat is beter dan bij de jongere Vlamingen.
- Alleenstaande ouderen hebben driemaal meer kans zich eenzaam te voelen.
- Hoe vaker en hoe ernstiger men eenzaamheid beleeft, des te vaker er sprake is van psychische klachten.

Waar bijna een tiende van de ouderen aangaf zich vaak tot zeer vaak **eenzaam** te voelen, rapporteert ruim twee derde van de ouderen zich zelden tot nooit eenzaam te voelen, wat niet verschilt tussen mannen en vrouwen. Een alleenstaande oudere, en dus ruim een kwart van de 65+populatie (StatBel, 2024), heeft drie keer meer kans zich eenzaam te voelen dan een samenwonende oudere. Ouderen voelen zich minder eenzaam dan de Vlaamse volwassenen onder de 65 jaar. Maar als men eenzaamheid ervaart, wordt dit door twee derde van de ouderen als ernstig tot zeer ernstig gerapporteerd. Bijkomend, hoe vaker men zich eenzaam voelt en hoe hoger de ernst van de eenzaamheid, hoe vaker psychische klachten aanwezig zijn.

4. Verlieservaringen en relationele stressfactoren verhogen psychische kwetsbaarheid

- Ouderen ervaren over het algemeen minder stress dan jongere generaties, maar ze maken meer verlieservaringen mee, zoals het overlijden van naasten, levensbedreigende ziekten en ernstige ongevallen in hun directe omgeving.
- Ouderen die geconfronteerd worden met een ernstige ziekte of overlijden van een naaste hebben een sterk verhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve en angstklachten. Voor relationele problemen, zoals het verbreken van een relatie of conflicten, is dit effect nog sterker.
- Relatieproblemen verhogen kans op suïcidaliteit tot factor 3.

Ouderen ervaren over het algemeen minder stress en rapporteren ook minder **dagelijkse stressfactoren** dan jongere generaties, met uitzondering van verlieservaringen. Zij hebben tot 50% meer kans geconfronteerd te worden met stressoren, zoals het overlijden van naasten, levensbedreigende ziekten en ernstige ongevallen in hun directe omgeving in vergelijking met de jongere Vlaamse populatie.

Wanneer men dergelijke gebeurtenissen meemaakt heeft dit een aanzienlijke **invloed op de ontwikkeling van psychische klachten**. Zo blijkt dat ouderen bij ernstige ziekte of overlijden van een naaste 60-70% meer kans op het ontwikkelen van depressieve en angstklachten. Daarnaast vergroten relationele problemen, zoals het verbreken van een (partner-)relatie, conflicten of ernstige discussies, de kans op psychische klachten met een factor vier tot vijf.

Hoewel verlieservaringen frequenter voorkomen bij ouderen en mede de aanwezigheid van psychische klachten verklaren, lijkt de impact van relationele stressoren op de geestelijke gezondheid minder leeftijdsgebonden. Toch, ondanks dat relationele stressfactoren minder vaak worden gerapporteerd door ouderen dan door de jongere in de Vlaamse bevolking, hebben ze een aanzienlijke invloed op hun geestelijke gezondheid. Specifiek verhogen deze relationele stressoren de kans op suïcidale gedachten en/of gedrag bij ouderen met een factor drie.

5. Suïcidaliteit is niet uitzonderlijk bij ouderen

- 1 op 5 ouderen dacht ooit aan suïcide; 14% in het afgelopen jaar.
- 0,2% ondernam een poging in het afgelopen jaar. Dit strookt met de cijfers in de algemene populatie volwassenen.

Eén op de vijf ouderen heeft ooit gedacht aan **suïcide**, voor meer dan een tiende was dit in de afgelopen 12 maanden het geval. Suïcidale plannen werd door een tiende ooit gedurende zijn of haar leven gerapporteerd

en door 2% in de afgelopen 12 maanden. Een kleine 3% ondernam ooit een suïcidepoging; 0.2% deed dit in het afgelopen jaar. De mediane ontstaansleeftijd voor suïcidaliteit is 43 jaar, waarbij een kwart aangeeft reeds suïcidale gedachten en/of gedrag te hebben gehad vóór de leeftijd van 24 jaar.

6. Psychische klachten worden beperkt besproken

- Ouderen praten minder over hun zorgen dan jongere Vlamingen; één op drie doet dit zelden of nooit. Gelukkig spreekt één op vijf (zeer) geregeld over zijn/haar problemen en zorgen met anderen.
- De voornaamste reden om niet in gesprek te gaan over psychische klachten, is het gevoel het zelf te willen oplossen.

Eén op de vijf is bereid professionele hulp te zoeken wanneer psychische klachten zouden ontstaan, wat lager is dan bij de jongere Vlamingen. In vergelijking met de jongere Vlaamse leeftijdscategorieën bespreken Vlaamse ouderen substantieel minder hun problemen en zorgen met anderen. Zo spreekt (slechts) één op de vijf ouderen (zeer) geregeld over zijn of haar problemen en zorgen met anderen, terwijl een derde dit zelden tot nooit doet. De voornaamste reden om niet in gesprek te gaan over psychische klachten is het **zelf op willen lossen**. Wel voelen de ouderen zich over het algemeen meer begrepen dan de jongere generaties, maar kantelt dit wanneer psychische stoornissen aanwezig zijn. Hetzelfde geldt inzake de ervaren zorg uit de naaste omgeving wanneer er zorgen of problemen zijn. Bijkomend geeft één vijfde aan niet op een andere te kunnen rekenen wanneer zij daar nood aan hebben. Anderzijds geeft ook slechts één vijfde aan professionele hulpverlening te zoeken wanneer er psychische klachten zijn, wat lager is dan bij personen jonger dan 65.

7. Ouderen komen amper in behandeling, ondanks het gegeven dat ze het nodig hebben

- 20% van de 65+ers kreeg ooit in zijn/haar leven professionele hulp voor psychische of middelengerelateerde klachten. In het afgelopen jaar ging om slechts 2% (psychische klachten) of 10% van zij die een psychische stoornis rapporteerden.
- Twee op de vijf ouderen zoekt hulp binnen het jaar. Bij de helft van de mensen die geen hulp zoeken binnen het jaar, duurt het 12 jaar of langer vooraleer ze hulp krijgen.

Ongeveer één vijfde van alle personen ouder dan 64 is ooit (gedurende zijn of haar leven) in **behandeling** geweest omwille van psychische of middelengerelateerde klachten, en (slechts) twee procent in de afgelopen 12 maanden. Van de ouderen met een psychische stoornis is amper een tiende in behandeling geweest in het afgelopen jaar. Ouderen met suïcidale plannen en/of poging kwamen het vaakst in zorg, namelijk een derde. Deze gegevens tonen aan dat personen ouder dan 64 amper tot niet in behandeling komen, ook al hebben ze ernstige psychische problemen zoals suïcidaliteit.

Het is ook interessant te kijken naar hoeveel personen effectief zeggen dat ze **nood** aan behandeling hebben. Er zijn hier twee bevindingen van cruciaal belang. (1) Van alle bevroegde ouderen geeft ongeveer 5% momenteel een nood aan behandeling aan omwille van psychische klachten. (2) Deze nood is niét ingevuld voor 3%. Dit doet vermoeden dat we bijna twee derde van alle ouderen met een nood niét of onvoldoende bereiken. Ondanks de grote maatschappelijke aandacht voor geestelijke gezondheid komen ouderen dus amper tot behandeling. De vraag moet dan ook worden gesteld hoe we de zorg dichterbij de ouderen kunnen brengen. Initiatieven zoals vindplaatsgericht werken binnen de conventie eerstelijnspsychologische zorg, goed voor één op de zes sessies, kunnen dit bewerkstelligen door de drempel te verlagen, zichtbaarheid te creëren van het aanbod als ook emotionele problemen bespreekbaar te maken bij de oudere zelf, maar vooral ook in de naaste informele en professionele omgeving (Jansen et al., 2024).

Zij die uiteindelijk de stap naar hulp zetten stellen dit doorgaans lang uit; mediaan zo'n 4 jaar. Het goede nieuws is dat de meeste ouderen met psychische stoornissen uiteindelijk wel ooit in behandeling komen, maar dat gebeurt vaak pas nadat de psychische klachten al geruime tijd duren. Twee van de vijf ouderen (42%) komt binnen het jaar na ontstaan van psychische klachten in behandeling, wat niet verschillend is met de jongere leeftijdscategorieën. Maar, eens de klachten een jaar duren en men nog niet in behandeling is, wacht

de oudere mediaan 12 jaar vóór de eerste stap naar behandeling effectief wordt gezet. Deze **uitsteltijd** loopt op naargelang de ernst van de psychische stoornissen en verschillen zijn hierbij substantieel met de jongere Vlamingen. We mogen dan ook stellen dat, wanneer binnen het eerste jaar na ontstaan van psychische klachten geen hulp is gezocht, de Vlaamse oudere pas in hulpverlening komt als de psychische klachten en diens impact op dagelijks leven heel erg ernstig zijn. Zo zien we dat suïcidale ouderen erg lang wachten voor men effectief hulp zoekt. Het gaat hier over een uitsteluur van méér dan 20 jaar bij de 65-plussers die al eens een suïcidepoging ondernamen, en 12-14 jaar bij dezen met suïcide-ideatie en -plannen. Tegen de achtergrond dat suïcidaliteit gemiddeld start rond de leeftijd van 43 jaar kunnen we dus zeggen dat de suïcidale oudere gemiddeld pas rond 60-65 jaar voor het eerst een stap zet naar behandeling.

Conclusies

Deze studie toont aan dat psychische klachten bij ouderen reëel en betekenisvol zijn. Eén op de zes Vlaamse ouderen ervaart depressieve of angstklachten. De impact van deze klachten op het dagelijks functioneren lijkt op het eerste gezicht beperkt, maar is sterk afhankelijk van het sociale netwerk en de individuele veerkracht. Vooral relationele stressfactoren zoals verlieservaringen en eenzaamheid spelen een cruciale rol op de geestelijke gezondheid. Sociale isolatie, wat in verband wordt gebracht met ernstige gezondheidsrisico's zoals hartziekten en dementie, komt veel voor bij thuiswonende ouderen en blijft een structurele uitdaging.

Hoewel ouderen in het algemeen over een opmerkelijke psychische veerkracht beschikken – opgebouwd door hun levenservaring – leidt dit er ook toe dat psychische klachten minder snel als problematisch worden ervaren. Veel ouderen proberen eerst zelf met hun psychisch leed om te gaan, en vaak ervaren zij een groter stigma bij het bespreekbaar maken hiervan vergeleken met jongere leeftijdsgroepen. Dit verklaart deels waarom de hulpvraag bij ouderen vaak uitblijft. Zowel de zorgbehoefte als het percentage ouderen dat effectief in behandeling is, neemt af met de leeftijd – ondanks het gegeven dat ze er nood aan hebben. Wanneer er niet op korte termijn hulp gezocht wordt (binnen het jaar), wachten ouderen in vergelijking met jongere leeftijdscategorieën veel langer om hulp te zoeken, tenzij de klachten een ernstige impact hebben op het dagelijks leven.

De psychische veerkracht van ouderen moet dus niet onderschat worden, maar moet steeds begrepen worden in een bredere context van biopsychosociale factoren. Tegelijk biedt deze veerkracht een krachtig uitgangspunt om geestelijke gezondheid bespreekbaar te maken, op voorwaarde dat dit gebeurt in afstemming met de leefwereld en de noden van de oudere zelf. Door ouderen niet enkel als kwetsbaar maar vooral ook als krachtig te benaderen, ontstaat er ruimte voor echte dialoog.

Het vóórkomen van psychische problemen bij ouderen wordt op basis van deze studie dus relatief gunstig ingeschat. Tegelijk moeten we hierbij twee methodologische kanttekeningen maken. Ten eerste werd de studie uitgevoerd via een web-based vragenlijst, wat vermoedelijk geleid heeft tot een vertekening van de steekproef. Hierdoor bestaat het risico op een onderschatting van het werkelijke voorkomen van psychische stoornissen, aangezien hoogopgeleiden – oververtegenwoordigd in dit soort bevestigingen – doorgaans betere gezondheidsvaardigheden hebben en een lagere kans op het ontwikkelen van psychische problemen. Bovendien zijn de psychiatrische classificatiesystemen die doorgaans worden gebruikt in populatiestudies niet steeds voldoende fijnmazig om psychische stoornissen bij ouderen te detecteren.

Tot slot onderstreept de studie de nood aan een brede en geïntegreerde maatschappelijke aanpak. Psychische klachten en het gebrek aan ondersteuning – zowel informeel als professioneel – maken duidelijk dat geestelijke gezondheid(szorg) van ouderen een gedeelde verantwoordelijkheid is van zorgverleners, beleidsmakers én de samenleving als geheel. In het licht van de demografische vergrijzing wordt het essentieel om de komende decennia in te zetten op toegankelijke geestelijke gezondheidszorg én sociale ondersteuning voor ouderen, met het oog op het bevorderen van welbevinden, het behoud van autonomie en het verbeteren van levenskwaliteit.

KIJK EENS ONDER DE Schil

TE GEK!?

**KOPZORGEN
BIJ 65-PLUSERS
BESPREEKBAAR MAKEN**

www.onderdeschil.be
www.tegek.be/wijdoenmee