



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Vermoeden van ouderenmishandeling in het medisch-specialistische zorgdomein

Inhoudsopgave

Vermoeden van ouderenmishandeling in het medisch-specialistische zorgdomein	1
Inhoudsopgave	2
Startpagina - Vermoeden Ouderenmishandeling	3
Achtergrond ouderenmishandeling	5
Definitie van ouderenmishandeling	6
Vormen van ouderenmishandeling	14
Prevalentie van ouderenmishandeling	23
Risicofactoren voor ouderenmishandeling	35
Diagnostiek bij een vermoeden van OM	56
Signalen en vragen bij vermoeden OM	57
Letselgerelateerde kenmerken bij ouderen	67
Beoordeling/verslaglegging van letsel bij OM	76
Screening op ouderenmishandeling	82
Zorgplicht, beroepsgeheim en melden OM	95
Wet- en regelgeving bij vermoeden OM	97
Conflict van plichten bij vermoeden OM	106
Dossiervoering bij vermoeden OM	111
Regievoering bij vermoeden OM	114
Communicatie bij vermoeden OM	118
Organisatie van zorg bij vermoeden OM	121

Startpagina - Vermoeden Ouderenmishandeling

Waar gaat deze richtlijn over?

Ouderenmishandeling betreft *“Al het handelen of het nalaten van handelen van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere (iemand van 65 jaar of ouder) staan, waardoor de oudere persoon lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid”*.

De vijf hoofdvormen betreffen lichamelijke mishandeling, psychische mishandeling, financieel misbruik, verwaarlozing en tenslotte seksueel misbruik.

De relevantie van dit onderwerp wordt bepaald door het nog steeds heersende taboe omtrent ouderenmishandeling alsook de nog relatieve onbekendheid met dit fenomeen bij zowel slachtoffers als hulpverleners. Het meest recente prevalentieonderzoek van Regioplan (mei 2018) laat (in de interviewstudie) zien dat één op de twintig thuiswonende 65-plussers sinds 65-jarige leeftijd slachtoffer is geweest van enige vorm van ouderenmishandeling. In het afgelopen jaar gaat het om een prevalentie van één op de 50 thuiswonende 65-plussers (2%). Ouderenmishandeling wordt daarnaast geassocieerd met verschillende negatieve gezondheidssuitkomsten waaronder verhoogde mortaliteit en morbiditeit, groter gebruik van de gezondheidszorg en dan vooral de spoedeisende hulp en psychologische stress. Het is dus van groot belang dat hulpverleners binnen de medisch specialistische zorg meer alert zijn op ouderenmishandeling, tijdig misstanden signaleren en adequate maatregelen nemen.

Deze richtlijn geeft aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk betreffende het vroegtijdig signaleren van en handelen bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling en het verbeteren van de organisatie en zorg voor deze patiënten.

Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

De richtlijn is bedoeld voor alle zorgprofessionals werkzaam in het medisch-specialistisch zorgdomein die te maken krijgen met (een vermoeden van) ouderenmishandeling en biedt aanknopingspunten voor lokale protocollen en/of transmurale zorgafspraken. Deze richtlijn richt zich op wat volgens de huidige maatstaven en wet- en regelgeving de beste zorg is voor patiënten bij wie een vermoeden van ouderenmishandeling bestaat.

Voor patiënten

Wat is ouderenmishandeling?

Ouderenmishandeling is grensoverschrijdend gedrag naar de oudere toe door een persoon van wie die oudere afhankelijk is. Voorbeelden zijn het stevig beetpakken als de oudere niet luistert, ongevraagd beslissingen nemen voor de oudere of eigen boodschappen doen van het geld van de oudere. De plegers van ouderenmishandeling kunnen partners, kinderen of kleinkinderen zijn. Maar ook professionele verzorgers.

Deze richtlijn legt uit wat ouderenmishandeling is, hoe vaak het voorkomt en wat de mogelijke risicofactoren zijn die een verhoogde kans op ouderenmishandeling kunnen geven. Daarnaast staat de richtlijn stil bij de signalering en herkenning van ouderenmishandeling en hoe de arts dient te handelen bij een vermoeden van ouderenmishandeling.

Meer informatie:

- KNMG-meldcode: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-5.htm>
- Veilig Thuis: <https://www.vooreenveiligthuis.nl/veilig-thuis>

Informatie over ouderenmishandeling rijksoverheid en UnieKBO/ANBO:

- <https://www.anbo.nl/>; <https://www.kbo-pcob.nl/>
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenmishandeling>
- <https://www.aanpak-ouderenmishandeling.nl/>

Hoe is de richtlijn tot stand gekomen?

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) heeft het initiatief genomen voor deze richtlijn. Een multidisciplinaire werkgroep heeft de richtlijn opgesteld. In de werkgroep zaten vertegenwoordigers vanuit de klinische geriatrie, psychiatrie, psychologie, spoedeisende hulp-artsen, spoedeisende hulp-verpleegkunde, verpleegkunde, vertrouwensartsen, forensische geneeskunde en Veilig Thuis.

Ten behoeve van het patiëntenperspectief heeft er periodiek overleg plaatsgevonden met de Patiëntenfederatie Nederland, UnieKBO en ANBO. Verder is er informatie ingewonnen bij Het Verwey-Jonker Instituut. Aangaande ouderen met een migrantenachtergrond hebben het NOOM (Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten) en Pharos documentatiemateriaal aangeleverd. Movisie heeft ervaring met het in kaart brengen van het slachtoffer- en plegersperspectief bij huiselijk geweld. Deze organisatie is behulpzaam geweest met het toelichten van de door hen gepubliceerde cijfers en heeft eveneens documentatiemateriaal aangeleverd.

Status van de richtlijn

Voor het beoordelen van de actualiteit van deze richtlijn is de werkgroep niet in stand gehouden. Uiterlijk in 2021 bepaalt het bestuur van de NVKG of de modules van deze richtlijn nog actueel zijn. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 20-11-2018

Laatst geautoriseerd : 20-11-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Achtergrond ouderenmishandeling

Deze module licht het onderwerp ouderenmishandeling toe. Naast een beschrijving van de in deze richtlijn gehanteerde definitie en vormen van ouderenmishandeling, wordt er stil gestaan bij de omvang van ouderenmishandeling. Tot slot volgt een overzicht betreffende mogelijke risicofactoren die het meest geassocieerd lijken te zijn met een verhoogd risico op ouderenmishandeling.

Uitgangsvraag

Wat is bekend over de achtergrond van ouderenmishandeling?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen

1. Wat is de definitie van ouderenmishandeling?
2. Welke vormen van ouderenmishandeling kunnen worden onderscheiden?
3. Wat is de prevalentie van ouderenmishandeling?
4. Wat zijn de risicofactoren voor ouderenmishandeling?

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen database.

Definitie van ouderenmishandeling

Uitgangsvraag

Wat is de definitie van ouderenmishandeling?

Aanbeveling

“Al het handelen of het nalaten van handelen van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere (iemand van 65 jaar of ouder) staan, waardoor de oudere persoon lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid”.

Neem als zorgprofessional bij een vermoeden van ouderenmishandeling de biologische leeftijd meer in ogenschouw dan de kalenderleeftijd.

Overwegingen

Gehanteerde leeftijdsgrens

Ofschoon de gehanteerde leeftijdsgrens in de definitie van ouderenmishandeling in het actieplan Ouderen in veilige handen van het ministerie van VWS (2010/2011) het meest praktisch is voor de klinische praktijk, is deze zoals besproken ook arbitrair. De werkgroep adviseert bij een vermoeden van ouderenmishandeling derhalve de biologische leeftijd meer dan de kalenderleeftijd in ogenschouw te nemen.

Voor de screening op ouderenmishandeling heeft de werkgroep om praktische redenen gekozen om een leeftijdsgrens van 70 jaar en ouder aan te houden. Redenen hiervoor worden nader toegelicht in de module Screening op ouderenmishandeling.

Onderbouwing

Conclusies

Bij de keuze voor een definitie van ouderenmishandeling is van belang de doelstelling van het gebruik van die definitie centraal te stellen. Voor deze richtlijn betreft dit de medisch-specialistische praktijk. Hier is behoefte aan een praktische en herkenbare definitie die bijdraagt aan signalering. De richtlijnwerkgroep heeft om die reden gekozen de definitie van ouderenmishandeling van de Nederlandse overheid te hanteren (actieplan Ouderen in veilige handen van het ministerie van VWS, 2011) bij het opstellen van de richtlijn. Deze definitie is bovendien algemeen geaccepteerd en wordt in vrijwel alle Nederlandse documentatie aangaande ouderenmishandeling toegepast.

Samenvatting literatuur

Nederlandse definitie van ouderenmishandeling

De richtlijnwerkgroep heeft ervoor gekozen de Nederlandse definitie van ouderenmishandeling uit het actieplan ‘Ouderen in veilige handen 2011’ van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan te houden bij het opstellen van deze richtlijn. Deze definitie is gebaseerd op het prevalentieonderzoek van Comijs (1998) en is een verdere operationalisatie van de WHO-definitie van ouderenmishandeling.

Actieplan ouderen in veilige handen 2011:

De definitie van ouderenmishandeling luidt:

"Al het handelen of het nalaten van handelen van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere (iemand van 65 jaar of ouder) staan, waardoor de oudere persoon lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid".

In deze definitie wordt de doelgroep ouderen gedefinieerd als 65 jaar en ouder. De interpersoonlijke relatie betreft een terugkerende persoonlijke of professionele relatie. Ten slotte wordt de term afhankelijkheid benoemd als noodzakelijke dimensie binnen de mishandelingsrelatie. Door het benoemen van deze afhankelijkheid wordt onderscheid gemaakt met volwassenengeweld in het algemeen.

Historie definitie van ouderenmishandeling

De definitie van ouderenmishandeling is in de loop der jaren geëvolueerd. In de jaren 70 werd de focus vooral gelegd op fysiek geweld jegens oudere vrouwen. Veel gebruikte termen waren 'granny battering' en 'granny bashing'. Hierbij werd uitgegaan van een opzettelijk karakter van ouderenmishandeling (Mysyuk, 2013). Naarmate meer onderzoek naar mishandeling van ouderen plaatsvond, werd de definitie breder en gedetailleerder. Zo bleek er ook sprake te kunnen zijn van niet-intentionele mishandeling door bijvoorbeeld een overbelaste of incapabele mantelzorger. Tevens werd het nalaten van hulp of zorg ondergebracht in de definitie ouderenmishandeling. Met dit laatste werd de term verwaarlozing geïntroduceerd (Heath, 2009).

Er bestaat in de literatuur derhalve een groot aantal definities van ouderenmishandeling, die verschillende accenten leggen. Hieronder worden de twee internationaal meest gebruikte definities beschreven.

WHO 2002:

De definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO/WHO) luidt:

"A single, or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person".

Deze definitie stelt verschillende voorwaarden aan mishandeling, maar opvallend is dat daarin nadrukkelijk een relatie tussen slachtoffer en pleger is opgenomen. Daarnaast sluit de definitie willekeurig of crimineel gedrag tegen ouderen uit als ouderenmishandeling. De term 'older person' wordt in deze definitie niet nader uitgewerkt.

NRC 2003:

De definitie van de National Research Council (VS) luidt:

"(a) intentional actions that cause harm or create a serious risk of harm, whether or not intended, to a vulnerable elder by a caregiver or other person who stands in a trust relationship to the elder or (b) failure by a caregiver to satisfy the elder's basic needs or to protect the elder from harm"

Hierin worden de condities van mishandeling beperkt tot het bewust handelen dat een ouder persoon kan schaden. Daarnaast stelt de NRC de interpersoonlijke relatie tussen slachtoffer en pleger centraal en verduidelijkt daarmee het verschil met crimineel gedrag en sociale fenomenen als leeftijdsdiscriminatie. Ten

slotte wordt door de NRC wel gesproken over ouderen of mate van kwetsbaarheid, echter verduidelijkt de raad deze termen verder niet.

Behalve de verschillende definities van ouderenmishandeling worden er ook meerdere definities van de doelgroep ouderen in de literatuur gebruikt, of blijft deze onbesproken. De vaak gebruikte leeftijdsgrens van 65 jaar en ouder is gebaseerd op de in het verleden gehanteerde pensioenleeftijd in Nederland. Het stellen van deze leeftijdsgrens is echter aan discussie onderhevig. Ten eerste is de pensioenleeftijd in Nederland aan het opschuiven. Ten tweede is naast een indeling op basis van levensfase of leeftijd, een indeling op basis van biologische kenmerken van veroudering denkbaar. Deze laat zich moeilijker vatten in een absolute leeftijdsgrens. Een maat die voor biologische veroudering kan worden gebruikt is het optreden van kwetsbaarheid (frailty). Kwetsbaarheid komt ook voor bij jonger volwassenen, zoals kwetsbaarheid ook relatief vaker wordt aangetroffen bij ouderen met een migrantenachtergrond (Gezondheidsmonitor Volwassenen GGD's, CBS en RIVM in de Zorgatlas, 2014). Bij veel groepen oudere migranten is namelijk sprake van een accumulatie van factoren die de kans op een slechtere gezondheid en dus kwetsbaarheid vergroten (Den Draak, 2011). Het is daarom belangrijk bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling de biologische leeftijd in ogenschouw te nemen en minder strikt de kalenderleeftijd te hanteren.

Zoeken en selecteren

In de database Medline (via OVID) is op 9 maart 2017 met relevante zoektermen gezocht naar studies over de achtergrond van ouderenmishandeling. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 3079 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: systematische reviews en overige studiedesigns gericht op ouderenmishandeling en/of mishandeling bij volwassenen. In eerste instantie werden 102 studies voorgeselecteerd op basis van de volgende selectiecriteria: klinische studies over mishandeling bij oudere patiënten (humaan). Vervolgens zijn door twee beoordelaars op basis van titel en abstract 13 studies geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst werden vervolgens drie studies geëxcludeerd en zijn 10 studies definitief geselecteerd. De volgende studies zijn opgenomen in de literatuuranalyse: Mysuk, 2012; Mysuk, 2016; Heath, 2009; Comijs, 1998; Yon, 2017; Dong, 2013; Johanessen, 2013; Dong, 2015; McCausland, 2016 en Pillemer, 2016.

Verder is in deze module gebruikt gemaakt van beleidstukken en rapporten van relevante instanties:

1. Rapport Interculturele aspecten van ouderenmishandeling, Verwey-Jonker Instituut, 2010: https://www.verwey-jonker.nl/publicaties/2010/interculturele_aspecten_van_ouderenmishandeling, geraadpleegd op 21-10-2016.
2. SCP-rapport Ouderenmishandeling in Nederland, 2015, https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Ouderenmishandeling_in_Nederland, geraadpleegd op 21-10-2016.
3. Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>, geraadpleegd op 15-02-2018).
4. Gezondheidsmonitor Volwassenen en ouderen, 2016: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>, geraadpleegd op 15-02-2018).

5. Prevalentieonderzoek Aard en omvang ouderenmishandeling, Regioplan, mei 2018, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/05/17/aard-en-omvang-ouderenmishandeling>, geraadpleegd 13-06-2018.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

In onderstaande kaders staat een korte samenvatting van de voor de uitgangsvragen gebruikte Nederlandse onderzoeken. Daarnaast wordt in deze module regelmatig gerefereerd aan het Actieplan 'Ouderen in veilige handen', Ministerie van VWS, 30 maart 2011.

Tabel 1 Onderzoeken gebruikt in rapport Ouderenmishandeling in Nederland (Sociaal en Cultureel Planbureau 2015)

De gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

De Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 zijn uitgevoerd door de GGD's, CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) en RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en bevatten informatie over de gezondheid, sociale situatie en leefstijl van de Nederlandse bevolking van negentien jaar en ouder verkregen middels een grootschalige enquête.

In de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 werd aan ouderen (aselecte streekproef uit de gemeentelijke basisadministratie) die op 1 januari 2013 65 jaar of ouder waren, gevraagd of ze -in het afgelopen jaar, tot vijf jaar geleden of langer dan vijf jaar geleden- slachtoffer waren geweest van huiselijk geweld. De geweldsvormen waarnaar werd gevraagd zijn psychisch of emotioneel geweld, lichamelijk geweld, ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik. Financiële misbruik en verwaarlozing ontbraken.

In de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 werden specifiek vragen gesteld aan respondenten van 65 jaar en ouder over ouderenmishandeling. Het ging om nare gebeurtenissen in de thuissituatie aangedaan door gezinsleden, familieleden, (ex-) partners, huisvrienden, of door personen van wie de respondent afhankelijk is zoals een professionele hulpverlener of een mantelzorger. Het volgende werd voorgelegd: heeft iemand in de thuissituatie u de afgelopen 12 maanden:

Beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden?

- Geslagen, geschopt, geknepen of op een andere manier lichamelijk geweld aangedaan?
- Niet willen helpen met uw persoonlijke verzorging (zoals helpen met wassen, aankleden of naar het toilet gaan) terwijl die persoon wist dat u hulp nodig had?
- Financieel benadeeld (zoals geld of bezit afpakken of iets kopen op uw kosten zonder uw toestemming)?
- Uw vrijheid beperkt of uw privacy geschonden (zoals door het achterhouden van uw post of door u te verbieden het huis uit te gaan of te telefoneren)?
- Ongewenste seksuele opmerkingen gemaakt of aangeraakt zonder dat u dat wilde?

Meldingen Veilig Thuis verzameld door Movisie (2014)

Movisie verzamelde in samenwerking met het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling (LPBO) tot voor kort jaarlijks alle vragen en meldingen van huiselijk geweld die bij Veilig Thuis binnenkwamen. Het SCP-rapport beschrijft de meldingen betreffende huiselijk geweld over 2012, 2013 en de eerste helft van 2014. Hierbij werd onder huiselijk geweld verstaan: psychisch of emotioneel geweld, lichamelijk geweld, ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik. In 2014 is voor de eerste keer het aantal meldingen over ouderenmishandeling onderverdeeld in meldingen en adviesvragen. In voorgaande jaren werd dit onderscheid niet gemaakt door de Steunpunten Huiselijk Geweld (nu Veilig Thuis). Het geven van advies en het aannemen en onderzoeken van meldingen zijn twee wettelijke taken van Veilig Thuis.

In juni 2015 verscheen de factsheet ouderenmishandeling van Movisie. Hierin staan ook de meldingen en adviesvragen over de tweede helft van 2014 vermeld en vormen een toevoeging op het SCP-rapport 2015.

Barometeronderzoek (2013 & 2014)

Het Barometeronderzoek is een online-enquête van het Verwey-Jonker Instituut in de regio's Gelderland-Zuid en Amsterdam waar aan zorgprofessionals en vrijwilligers in de ouderenzorg is gevraagd naar ervaringen met vormen van (vermoedelijke) ouderenmishandeling waarmee men in het afgelopen jaar te maken heeft gehad.

Meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2011 tot 2014)

In de periode 2011 tot 2014 registreerde de IGJ-meldingen van ouderenmishandeling door zorgprofessionals in zorginstellingen. In het SCP-rapport 2015 wordt alleen ingegaan op mishandeling door zorgprofessionals/leerlingen/vrijwilligers in intramurale instellingen, omdat het aantal meldingen over mishandeling in de thuiszorg te laag was.

NB bij navraag bij IGJ in juli zijn er na deze publicatie geen nieuwe cijfers bekend gemaakt van na 2014.

Tabel 2 Rapport Interculturele aspecten van ouderenmishandeling (Verwey Jonker instituut 2010)

Doelstelling van het onderzoek was meer inzicht te verschaffen in de specifieke problematiek met betrekking tot ouderenmishandeling en allochtonen.

Het onderzoek bestond uit vier onderdelen.

1. Een beknopt literatuuronderzoek waarin werd nagegaan wat al bekend was over de positie van ouderen in allochtone gezinssystemen, mantelzorg en ouderenmishandeling in allochtone gezinnen.

2. Interviews met

- vertegenwoordigers van zelforganisaties en sleutelfiguren van de verschillende allochtone groeperingen in Amsterdam en diverse instanties die hulp bieden aan mensen bij (vragen over) mantelzorg of huiselijk geweld alsook enkele experts.

- kwetsbare oudere allochtonen en (hun) mantelzorgers.

Deze interviews hadden tot doel de onderzoeksresultaten te verdiepen door concrete casuïstiek, op het terrein van (overbelasting bij) mantelzorg, belemmeringen in de eigen leefsituatie of bij (de organisatie van) het Amsterdamse hulpaanbod.

3. Het derde onderdeel van het onderzoek bestond uit een expertmeeting over interculturele aspecten van ouderenmishandeling. Voor deze bijeenkomst zijn twee typen (landelijke en lokale) experts uitgenodigd: experts op het terrein van ouderenmishandeling/huiselijk geweld en experts op het terrein van allochtone ouderen. De

expertmeeting had tot doel de resultaten uit het beknopte literatuuronderzoek en de interviews te valideren en aan te vullen en de perspectieven en expertise betreffende oudere allochtonen en ouderenmishandeling met elkaar in verband te brengen. De resultaten van de expertmeeting maken deel uit van de onderzoeksuitkomsten. 5. Het laatste deel van het onderzoek bestond uit het uitbrengen van een advies aan de gemeente, op basis van de uitkomsten van de bovengenoemde onderzoeksonderdelen.

NB In dit onderzoek wordt er gesproken over allochtone ouderen. Tegenwoordig gebruikt men de term persoon en in dit geval oudere met een (Westerse of niet-Westerse) migratieachtergrond (<http://www.cbs.nl>).

Tabel 3 Onderzoeken beschreven in proefschrift Elder mistreatment: Comijs (1999)

In dit proefschrift is verslag gedaan van een bevolkingsonderzoek naar de prevalentie (1994, N=1797), risico-indicatoren (1995, N=73) en de consequenties van ouderenmishandeling (1995). Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van de populatie en data van de 'Amsterdam Study of the Elderly' (Amstel). Het Amstel-onderzoek is een longitudinaal onderzoek naar de cognitieve veroudering van thuiswonende ouderen in Amsterdam (≥ 65 jaar oud). De gemiddelde leeftijd van de respondenten aan het bevolkingsonderzoek (N=1797) was 77,2 jaar (SD 5.5 jaar), in totaal 62,8% van de respondenten was vrouw. De gemiddelde MMSE-score betrof 27,1 voor de niet-slachtoffers en 27,4 voor de slachtoffers. Aan de ouderen werd gevraagd of zij een of meerdere van de 23 voorgelegde vormen van geweld en misbruik hadden meegemaakt. Dit betrof doorgemaakt fysiek of psychisch geweld, financieel misbruik of verwaarlozing vanaf de leeftijd van 65 jaar en ouder. Naar seksueel geweld werd niet gevraagd. Plegers van ouderenmishandeling betroffen zowel niet-professionele als professionele zorgverleners. Bij het interview werd gevraagd naar de frequentie van de mishandeling in het afgelopen jaar. Om de 1-jaars prevalentie te kunnen berekenen is derhalve besloten om bij de vormen verwaarlozing en verbale agressie (psychische mishandeling) aan de definitie toe te voegen dat deze vorm minstens 10x per jaar in het afgelopen jaar moest hebben plaatsgevonden. Bij lichamelijke mishandeling en financieel misbruik moest dit ten minste 1x in het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden.

Tabel 4 Onderzoeken beschreven in prevalentieonderzoek Aard en omvang ouderenmishandeling, Regioplan (mei 2018)

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Regioplan opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren naar de aard en omvang van ouderenmishandeling. Regioplan heeft het onderzoek in samenwerking met Avans Hogeschool (Lectoraat Veiligheid in afhankelijkheidsrelaties) en Leyden Academy on Vitality and Ageing in 2017 en 2018 uitgevoerd.

Het doel van dit onderzoek was tweeledig; het primaire doel was inzicht bieden in de actuele aard en omvang van ouderenmishandeling (op basis van onderzoek in drie Nederlandse gemeenten). Daarnaast moest het onderzoek kennis over ouderenmishandeling verdiepen en zo bijdragen aan het verbeteren van preventie- en interventiestrategieën.

Het onderzoek vond plaats in Rotterdam, Tilburg en Boxtel. Er zijn vooraf enkele kaders gesteld om het onderzoek af te bakenen: de ouderen die aan het onderzoek deelnamen waren (1) 65 jaar en ouder en (2) thuiswonend. In dit onderzoek werd onderscheid gemaakt tussen vijf vormen van ouderenmishandeling: verwaarlozing, psychische mishandeling waaronder schending van rechten, fysieke mishandeling, financiële benadeling en seksuele mishandeling. Om een zo goed mogelijk beeld te kunnen schetsen van de prevalentie is

een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden toegepast, namelijk (1) een groot aantal face-to-face-interviews met een representatieve groep van 65-plussers in drie gemeenten van verschillende omvang, de zogenoemde interviewstudie en (2) een informantenstudie waarbij signalen van ouderenmishandeling door diverse beroepsgroepen in drie gemeenten werden geregistreerd, (3) registraties van Veilig Thuis (meldingen en adviezen in drie gemeenten) als aanvullende bron en (4) een literatuurstudie als referentiekader voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Interviewstudie:

Een willekeurige steekproef van 8896 65-plussers is per brief uitgenodigd voor het onderzoek. Ruim de helft van de genodigden (52,7%) meldde zich na ontvangst van de brief af. De overgebleven adressen zijn bezocht door interviewers. Uit deze huisbezoeken (N = 4199) zijn in totaal 1015 interviews voortgekomen (24,2% van alle huisbezoeken en 11,4% van de aangeschreven personen). De analyses zijn uitgevoerd met 1002 bruikbare interviews. Van de responsgroep was 47,4 procent vrouw en 52,6 procent man. De gemiddelde leeftijd was 74,8 jaar, met uiteenlopende leeftijden van 65 jaar tot 100 jaar. Respondenten waren relatief hoogopgeleid. Circa 90 procent had een Nederlandse achtergrond.

Informantenstudie:

Gedurende de informantenstudie (4 maanden) zijn vermoedens van ouderenmishandeling geregistreerd door informanten uit 16 beroepsgroepen, zoals thuiszorg, verpleging, vrijwilligerswerk en notariaat. De meeste signalen die geregistreerd werden, waren afkomstig van professionals werkzaam in de extramurale zorg.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- Comijs HC, Pot AM, Smit JH, et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. J Am Geriatr Soc. 1998;46(7):885-8. PubMed PMID: 9670877.
- Comijs HC. 'Elder mistreatment: prevalence, risk indicators and consequences', PhD, Vrije Universiteit Amsterdam. 1999.
- den Draak M, de Klerk M. Oudere migranten, kennis en kennislacunes, SCP-rapport 2011, ISBN 978 90 377 05973
- Gezondheidsmonitor Volwassenen GGD'en, CBS en RIVM in de Zorgatlas. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Zorgatlas, 12 maart 2014.
- Heath H, Phair L. The concept of frailty and its significance in the consequences of care or neglect for older people: an analysis. Int J Older People Nurs. 2009;4(2):120-31. doi: 10.1111/j.1748-3743.2009.00165.x. PubMed PMID: 20925812.
- Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. Age Ageing. 2013;42(3):292-8. doi:10.1093/ageing/afs195. Epub 2013 Jan 22. Review. PubMed PMID: 23343837.
- Mysuk Y, Westendorp RG, Lindenberg J. Added value of elder abuse definitions: a review. Ageing Res Rev. 2013;12(1):50-7. doi: 10.1016/j.arr.2012.04.001. Epub 2012 Apr 25. Review. PubMed PMID: 22561470.
- Mysuk Y, Westendorp RG, Lindenberg J. Older persons' definitions and explanations of elder abuse in the Netherlands. J Elder Abuse Negl. 2016;28(2):95-113. doi: 10.1080/08946566.2015.1136580. Epub 2016 Jan 5. PubMed PMID: 26731491.
- National Research Council (US) Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect; Bonnie RJ, Wallace RB,

editors. Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003. PubMed PMID: 22812026.

Actieplan Ouderen in veilige handen, Ministerie van VWS, 30 maart 2011. Voortzetting Actieplan Ouderen in veilige handen (2015-2017).

World Health Organisation (WHO). Active Ageing: a policy framework WHO/NMH/NPH/02.8, 2002

Vormen van ouderenmishandeling

Uitgangsvraag

Welke vormen van ouderenmishandeling kunnen worden onderscheiden?

Aanbeveling

1. Verwaarlozing

Het nalaten van zorg, ondersteuning, aandacht en/of genegenheid waardoor er niet wordt voorzien in een belangrijke (levens-) behoefte wat nadelige gevolgen met zich meebrengt voor de oudere.

2. Financieel misbruik

Het ongepast gebruik van financiële of materiele middelen van de oudere

3. Psychische mishandeling

Elke handeling die al dan niet opzettelijk wordt uitgevoerd en die geestelijk en/of emotioneel kwetsend is voor de ander.

4. Lichamelijke mishandeling

Elke fysieke interactie waarbij ernstige schade wordt toegebracht of dreigt te worden berokkend in de vorm van fysiek letsel.

5. Seksueel misbruik

Alle gebeurtenissen waarbij personen tegen hun wil geconfronteerd worden met seksuele of seksueel geladen handelingen en waarbij de ongelijke machtsverhouding tussen de betrokkenen en/of de machtsongelijkheid tussen de seksen een rol speelt.

Onderbouwing

Conclusies

Er kunnen verschillende vormen van ouderenmishandeling worden onderscheiden die zowel afzonderlijk als in veel gevallen gecombineerd voorkomen. Voor deze richtlijn is gekozen om de indeling zoals beschreven in het SCP-rapport (2015) aan te houden waarbij de term financieel misbruik zal worden gehanteerd in plaats van financiële uitbuiting.

In de module 'Diagnostiek' wordt verder in detail in gegaan op de relevante signalen en vragen die geobserveerd respectievelijk gesteld kunnen worden bij de genoemde vormen van ouderenmishandeling.

Samenvatting literatuur

In het actieplan Ouderen in veilige handen 2010/2011 worden vijf categorieën van ouderenmishandeling onderscheiden, namelijk lichamelijke mishandeling; psychische mishandeling; financieel misbruik; verwaarlozing; en seksueel misbruik. De verschillende vormen van mishandeling komen vaak gecombineerd voor. Seksueel

misbruik komt bijvoorbeeld nagenoeg nooit solitair voor. Vaak is er tegelijkertijd sprake van lichamelijke en/of psychische mishandeling (SCP-rapport, 2015).

Tabel 1 Vormen van ouderenmishandeling

1. Verwaarlozing

Het nalaten van zorg, ondersteuning, aandacht en/of genegenheid waardoor er niet wordt voorzien in een belangrijke (levens-) behoefte wat nadelige gevolgen met zich meebrengt voor de oudere.

Voorbeelden:

Zowel fysieke verwaarlozing, zoals het onthouden van voeding, lichamelijke verzorging of toegang tot medische zorg, als affectieve verwaarlozing, zoals geen aandacht geven aan de zorgafhankelijke oudere. Daarnaast kan men ook denken aan het onthouden van financiële middelen zoals zakgeld of geld voor niet-verzekerde zorg.

2. Financieel misbruik**

Het ongepast gebruik van financiële of materiele middelen van de oudere

Voorbeelden:

Diefstal, veranderen van het testament, ongewenste bemoeienis met geldzaken, verduisteren van geld of goederen, vernielen van eigendommen, zonder toestemming verkopen van goederen, onbevoegd gebruik maken van iemands pinpas of creditcard, misbruik PGB.

3. Psychische mishandeling

Elke handeling die al dan niet opzettelijk wordt uitgevoerd en die geestelijk en/of emotioneel kwetsend is voor de ander.

Voorbeelden:

Herhaaldelijk uitschelden, kleineren, beledigen of structureel negeren of uitsluiten van de oudere, schending van rechten, zoals privacy en bewegingsvrijheid. Bij uitsluiting kan men denken aan discrimineren op grond van een ziekte, verstandelijke beperking, seksuele voorkeur* of leeftijd.

4. Lichamelijke mishandeling

Elke fysieke interactie waarbij ernstige schade wordt toegebracht of dreigt te worden berokkend in de vorm van fysiek letsel.

Voorbeelden:

Slaan, duwen, schoppen, gooien met voorwerpen (naar slachtoffer) of hardhandig beetpakken waardoor lichamelijk letsel wordt veroorzaakt. Ook bedreigen of letsel toebrengen met een steek- of vuurwapen of een voorwerp vallen hieronder.

5. Seksueel misbruik

Alle gebeurtenissen waarbij personen tegen hun wil geconfronteerd worden met seksuele of seksueel geladen handelingen en waarbij de ongelijke machtsverhouding tussen de betrokkenen en/of de machtsongelijkheid tussen de seksen een rol speelt.

Voorbeelden:

Verbale of fysieke grensoverschrijding, zoals ongewenste seksuele handelingen met of in het bijzijn van de oudere.

Bewerking van: <http://www.vooreenveiligthuis.nl/> <http://www.movisie.nl/> /SCP-bewerking

* De werkgroep heeft ervoor gekozen discriminatie op grond van seksuele voorkeur toe te voegen aan de vorm psychische mishandeling.

** De werkgroep heeft ervoor gekozen om de term financieel misbruik te hanteren in plaats van financiële uitbuiting.

Münchhausen by proxy

Een bijzondere vorm van (ouderen)mishandeling, die zich lastig laat onderbrengen in één van de gangbare vormen van ouderenmishandeling is nagebootste stoornis bij volmacht. Andere termen hiervoor zijn Münchhausen by Proxy (MBP), Condition Falsification by Proxy, Factitious Disorder by Proxy (FDP). Dit betreft een complexe vorm van mishandeling waarbij in geval van ouderenmishandeling de informele zorgverlener bij de oudere bewust fysieke of psychische klachten nabootst (fabricatie), klachten veroorzaakt (inductie), klachten verzint of deze de oudere aanpraat (verbale fabricatie) en/of bestaande klachten uitvergroot (exaggeratie). De nagebootste stoornis (bij volmacht) wordt gezien als een psychiatrische stoornis en valt onder de somatoforme stoornissen. Ofschoon MBP goed gedocumenteerd is in de pediatrie literatuur is er weinig casuïstiek bekend bij de oudere patiënt (Burton, 2015). In de differentiële diagnose bij ouderen die zich presenteren met een complexe hoeveelheid niet goed te verklaren symptomatologie hoort dus ouderenmishandeling als gevolg van nagebootste stoornis by proxy. Vroegtijdige identificatie is van groot belang om verdere schade te voorkomen, door zowel de vermoedelijke pleger als ook de zorgprofessional die onbedoeld overdiagnostiek zal plegen.

Systeem-ouderenmishandeling

Tot slot staan we stil bij de zogenoemde systeem-ouderenmishandeling. Naast de hierboven beschreven vormen van ouderenmishandeling wordt er in de literatuur voor gepleit om andere vormen te onderscheiden. Mysuk (2015) stelt bijvoorbeeld voor de term 'systeem-ouderenmishandeling' te introduceren. Dit betreft een schadelijk effect op groepsniveau, wat teweeg wordt gebracht door de manier waarop het (zorg)systeem is ingericht. Systeem-ouderenmishandeling is dus een gevolg van sociaal-maatschappelijke keuzes op samenlevingsniveau. Dit politieke domein valt buiten de reikwijdte van de klinische praktijk en wordt daarom in deze richtlijn buiten beschouwing gelaten.

Zoeken en selecteren

In de database Medline (via OVID) is op 9 maart 2017 met relevante zoektermen gezocht naar studies over de achtergrond van ouderenmishandeling. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 3079 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: systematische reviews en overige studiedesigns gericht op ouderenmishandeling en/of mishandeling bij volwassenen. In eerste instantie werden 102 studies voorgeselecteerd op basis van de volgende selectiecriteria: klinische studies over mishandeling bij oudere patiënten (humaan). Vervolgens zijn door twee beoordelaars op basis van titel en abstract 13 studies geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst werden vervolgens drie studies geëxcludeerd en zijn 10 studies definitief geselecteerd. De volgende studies zijn opgenomen in de literatuuranalyse: Mysuk, 2012; Mysuk, 2016; Heath, 2009; Comijs, 1998; Yon, 2017; Dong, 2013; Johanessen, 2013; Dong, 2015; McCausland, 2016 en Pillemer, 2016.

Verder is in deze module gebruikt gemaakt van beleidstukken en rapporten van relevante instanties:

1. Rapport Interculturele aspecten van ouderenmishandeling, Verwey-Jonker Instituut, 2010:
https://www.verwey-jonker.nl/publicaties/2010/interculturele_aspecten_van_ouderenmishandeling, geraadpleegd op 21-10-2016.

2. SCP-rapport Ouderenmishandeling in Nederland, 2015, https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Ouderenmishandeling_in_Nederland, geraadpleegd op 21-10-2016.
3. Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>, geraadpleegd op 15-02-2018).
4. Gezondheidsmonitor Volwassenen en ouderen, 2016: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>, geraadpleegd op 15-02-2018).
5. Prevalentieonderzoek Aard en omvang ouderenmishandeling, Regioplan, mei 2018, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/05/17/aard-en-omvang-ouderenmishandeling>, geraadpleegd 13-06-2018.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

In onderstaande kaders staat een korte samenvatting van de voor de uitgangsvragen gebruikte Nederlandse onderzoeken. Daarnaast wordt in deze module regelmatig gerefereerd aan het Actieplan 'Ouderen in veilige handen', Ministerie van VWS, 30 maart 2011.

Tabel 1 Onderzoeken gebruikt in rapport Ouderenmishandeling in Nederland (Sociaal en Cultureel Planbureau 2015)

De gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

De Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 zijn uitgevoerd door de GGD's, CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) en RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en bevatten informatie over de gezondheid, sociale situatie en leefstijl van de Nederlandse bevolking van negentien jaar en ouder verkregen middels een grootschalige enquête.

In de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 werd aan ouderen (aselecte streekproef uit de gemeentelijke basisadministratie) die op 1 januari 2013 65 jaar of ouder waren, gevraagd of ze -in het afgelopen jaar, tot vijf jaar geleden of langer dan vijf jaar geleden- slachtoffer waren geweest van huiselijk geweld. De geweldsvormen waarnaar werd gevraagd zijn psychisch of emotioneel geweld, lichamelijk geweld, ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik. Financiële misbruik en verwaarlozing ontbraken.

In de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 werden specifiek vragen gesteld aan respondenten van 65 jaar en ouder over ouderenmishandeling. Het ging om nare gebeurtenissen in de thuissituatie aangedaan door gezinsleden, familieleden, (ex-) partners, huisvrienden, of door personen van wie de respondent afhankelijk is zoals een professionele hulpverlener of een mantelzorger. Het volgende werd voorgelegd: heeft iemand in de thuissituatie u de afgelopen 12 maanden:

Beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden?

- Geslagen, geschopt, geknepen of op een andere manier lichamelijk geweld aangedaan?
- Niet willen helpen met uw persoonlijke verzorging (zoals helpen met wassen, aankleden of naar het toilet gaan) terwijl die persoon wist dat u hulp nodig had?
- Financieel benadeeld (zoals geld of bezit afpakken of iets kopen op uw kosten zonder uw toestemming)?
- Uw vrijheid beperkt of uw privacy geschonden (zoals door het achterhouden van uw post of door u te verbieden het huis uit te gaan of te telefoneren)?
- Ongewenste seksuele opmerkingen gemaakt of aangeraakt zonder dat u dat wilde?

Meldingen Veilig Thuis verzameld door Movisie (2014)

Movisie verzamelde in samenwerking met het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling (LPBO) tot voor kort jaarlijks alle vragen en meldingen van huiselijk geweld die bij Veilig Thuis binnenkwamen. Het SCP-rapport beschrijft de meldingen betreffende huiselijk geweld over 2012, 2013 en de eerste helft van 2014. Hierbij werd onder huiselijk geweld verstaan: psychisch of emotioneel geweld, lichamelijk geweld, ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik. In 2014 is voor de eerste keer het aantal meldingen over ouderenmishandeling onderverdeeld in meldingen en adviesvragen. In voorgaande jaren werd dit onderscheid niet gemaakt door de Steunpunten Huiselijk Geweld (nu Veilig Thuis). Het geven van advies en het aannemen en onderzoeken van meldingen zijn twee wettelijke taken van Veilig Thuis.

In juni 2015 verscheen de factsheet ouderenmishandeling van Movisie. Hierin staan ook de meldingen en adviesvragen over de tweede helft van 2014 vermeld en vormen een toevoeging op het SCP-rapport 2015.

Barometeronderzoek (2013 & 2014)

Het Barometeronderzoek is een online-enquête van het Verwey-Jonker Instituut in de regio's Gelderland-Zuid en Amsterdam waar aan zorgprofessionals en vrijwilligers in de ouderenzorg is gevraagd naar ervaringen met vormen van (vermoedelijke) ouderenmishandeling waarmee men in het afgelopen jaar te maken heeft gehad.

Meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2011 tot 2014)

In de periode 2011 tot 2014 registreerde de IGJ-meldingen van ouderenmishandeling door zorgprofessionals in zorginstellingen. In het SCP-rapport 2015 wordt alleen ingegaan op mishandeling door zorgprofessionals/leerlingen/vrijwilligers in intramurale instellingen, omdat het aantal meldingen over mishandeling in de thuiszorg te laag was.

NB bij navraag bij IGJ in juli zijn er na deze publicatie geen nieuwe cijfers bekend gemaakt van na 2014.

Tabel 2 Rapport Interculturele aspecten van ouderenmishandeling (Verwey Jonker instituut 2010)

Doelstelling van het onderzoek was meer inzicht te verschaffen in de specifieke problematiek met betrekking tot ouderenmishandeling en allochtonen.

Het onderzoek bestond uit vier onderdelen.

1. Een beknopt literatuuronderzoek waarin werd nagegaan wat al bekend was over de positie van ouderen in allochtone gezinssystemen, mantelzorg en ouderenmishandeling in allochtone gezinnen.
2. Interviews met
 - vertegenwoordigers van zelforganisaties en sleutelfiguren van de verschillende allochtone groeperingen in

Amsterdam en diverse instanties die hulp bieden aan mensen bij (vragen over) mantelzorg of huiselijk geweld alsook enkele experts.

- kwetsbare oudere allochtonen en (hun) mantelzorgers.

Deze interviews hadden tot doel de onderzoeksresultaten te verdiepen door concrete casuïstiek, op het terrein van (overbelasting bij) mantelzorg, belemmeringen in de eigen leefsituatie of bij (de organisatie van) het Amsterdamse hulpaanbod.

3. Het derde onderdeel van het onderzoek bestond uit een expertmeeting over interculturele aspecten van ouderenmishandeling. Voor deze bijeenkomst zijn twee typen (landelijke en lokale) experts uitgenodigd: experts op het terrein van ouderenmishandeling/huiselijk geweld en experts op het terrein van allochtone ouderen. De expertmeeting had tot doel de resultaten uit het beknopte literatuuronderzoek en de interviews te valideren en aan te vullen en de perspectieven en expertise betreffende oudere allochtonen en ouderenmishandeling met elkaar in verband te brengen. De resultaten van de expertmeeting maken deel uit van de onderzoeksuitkomsten.

5. Het laatste deel van het onderzoek bestond uit het uitbrengen van een advies aan de gemeente, op basis van de uitkomsten van de bovengenoemde onderzoeksonderdelen.

NB In dit onderzoek wordt er gesproken over allochtone ouderen. Tegenwoordig gebruikt men de term persoon en in dit geval oudere met een (Westerse of niet-Westerse) migratieachtergrond (<http://www.cbs.nl>).

Tabel 3 Onderzoeken beschreven in proefschrift Elder mistreatment: Comijs (1999)

In dit proefschrift is verslag gedaan van een bevolkingsonderzoek naar de prevalentie (1994, N=1797), risico-indicatoren (1995, N=73) en de consequenties van ouderenmishandeling (1995). Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van de populatie en data van de 'Amsterdam Study of the Elderly' (Amstel). Het Amstel-onderzoek is een longitudinaal onderzoek naar de cognitieve veroudering van thuiswonende ouderen in Amsterdam (≥ 65 jaar oud). De gemiddelde leeftijd van de respondenten aan het bevolkingsonderzoek (N=1797) was 77,2 jaar (SD 5.5 jaar), in totaal 62,8% van de respondenten was vrouw. De gemiddelde MMSE-score betrof 27,1 voor de niet-slachtoffers en 27,4 voor de slachtoffers. Aan de ouderen werd gevraagd of zij een of meerdere van de 23 voorgelegde vormen van geweld en misbruik hadden meegemaakt. Dit betrof doorgemaakt fysiek of psychisch geweld, financieel misbruik of verwaarlozing vanaf de leeftijd van 65 jaar en ouder. Naar seksueel geweld werd niet gevraagd. Plegers van ouderenmishandeling betroffen zowel niet-professionele als professionele zorgverleners. Bij het interview werd gevraagd naar de frequentie van de mishandeling in het afgelopen jaar. Om de 1-jaars prevalentie te kunnen berekenen is derhalve besloten om bij de vormen verwaarlozing en verbale agressie (psychische mishandeling) aan de definitie toe te voegen dat deze vorm minstens 10x per jaar in het afgelopen jaar moest hebben plaatsgevonden. Bij lichamelijke mishandeling en financieel misbruik moest dit ten minste 1x in het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden.

Tabel 4 Onderzoeken beschreven in prevalentieonderzoek Aard en omvang ouderenmishandeling, Regioplan (mei 2018)

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Regioplan opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren naar de aard en omvang van ouderenmishandeling. Regioplan heeft het onderzoek in samenwerking met Avans Hogeschool (Lectoraat Veiligheid in afhankelijkheidsrelaties) en Leyden Academy on Vitality and Ageing in 2017 en 2018 uitgevoerd.

Het doel van dit onderzoek was tweeledig; het primaire doel was inzicht bieden in de actuele aard en omvang

van ouderenmishandeling (op basis van onderzoek in drie Nederlandse gemeenten). Daarnaast moest het onderzoek kennis over ouderenmishandeling verdiepen en zo bijdragen aan het verbeteren van preventie- en interventiestrategieën.

Het onderzoek vond plaats in Rotterdam, Tilburg en Boxtel. Er zijn vooraf enkele kaders gesteld om het onderzoek af te bakenen: de ouderen die aan het onderzoek deelnamen waren (1) 65 jaar en ouder en (2) thuiswonend. In dit onderzoek werd onderscheid gemaakt tussen vijf vormen van ouderenmishandeling: verwaarlozing, psychische mishandeling waaronder schending van rechten, fysieke mishandeling, financiële benadeling en seksuele mishandeling. Om een zo goed mogelijk beeld te kunnen schetsen van de prevalentie is een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden toegepast, namelijk (1) een groot aantal face-to-face-interviews met een representatieve groep van 65-plussers in drie gemeenten van verschillende omvang, de zogenoemde interviewstudie en (2) een informantenstudie waarbij signalen van ouderenmishandeling door diverse beroepsgroepen in drie gemeenten werden geregistreerd, (3) registraties van Veilig Thuis (meldingen en adviezen in drie gemeenten) als aanvullende bron en (4) een literatuurstudie als referentiekader voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Interviewstudie:

Een willekeurige steekproef van 8896 65-plussers is per brief uitgenodigd voor het onderzoek. Ruim de helft van de genodigden (52,7%) meldde zich na ontvangst van de brief af. De overgebleven adressen zijn bezocht door interviewers. Uit deze huisbezoeken (N = 4199) zijn in totaal 1015 interviews voortgekomen (24,2% van alle huisbezoeken en 11,4% van de aangeschreven personen). De analyses zijn uitgevoerd met 1002 bruikbare interviews. Van de responsgroep was 47,4 procent vrouw en 52,6 procent man. De gemiddelde leeftijd was 74,8 jaar, met uiteenlopende leeftijden van 65 jaar tot 100 jaar. Respondenten waren relatief hoogopgeleid. Circa 90 procent had een Nederlandse achtergrond.

Informantenstudie:

Gedurende de informantenstudie (4 maanden) zijn vermoedens van ouderenmishandeling geregistreerd door informanten uit 16 beroepsgroepen, zoals thuiszorg, verpleging, vrijwilligerswerk en notariaat. De meeste signalen die geregistreerd werden, waren afkomstig van professionals werkzaam in de extramurale zorg.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Burton MC, Warren MB, Lapid MI, et al. Munchausen syndrome by adult proxy: a review of the literature. J Hosp Med. 2015 Jan;10(1):32-5. doi: 10.1002/jhm.2268. Epub 2014 Oct 1. Review. PubMed PMID: 25274180.

KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, editie 2015.

Mysuk Y, Westendorp RG, Biggs S, et al. Listening to the voices of abused older people: should we classify system abuse? BMJ. 2015;350:h2697. doi: 10.1136/bmj.h2697. PubMed PMID: 26043975.

TK. Actieplan Ouderen in veilige handen. Brief aan de Tweede Kamer van 11 maart 2011. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010/2011, 29389, nr. 30. 2010/2011.

Plaisier I, de Klerk M. Ouderenmishandeling in Nederland. Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling. Sociaal en Cultureel Planbureau 2015. isbn 978 90 377 0748 9, geraadpleegd op 29-12-2016

https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Ouderenmishandeling_in_Nederland.

Handleiding ouderenmishandeling mei 2017, Samen Veilig Midden-Nederland, Utrecht, mei 2017.

Regioplan, prevalentieonderzoek aard en omvang van ouderenmishandeling, 2018.

Prevalentie van ouderenmishandeling

Uitgangsvraag

Wat is de prevalentie van ouderenmishandeling?

Aanbeveling

Recente cijfers in Nederland (2018) tonen dat jaarlijks 1 op de 50 ouderen (2%) slachtoffer wordt van ouderenmishandeling.

Wereldwijd lopen de prevalentiecijfers sterk uiteen. Een recente review toonde een gecombineerde 1-jaarsprevalentie voor alle vormen van ouderenmishandeling van 15.7% oftewel 1 op de 6 ouderen.

Onderbouwing

Conclusies

Zowel nationaal als internationaal zijn er de afgelopen jaren veel studies uitgevoerd naar de prevalentie van ouderenmishandeling. De cijfers die hieruit naar voren komen variëren sterk. Recenten cijfers in Nederland (2018) tonen dat jaarlijks 1 op de 50 ouderen (2%) slachtoffer wordt van ouderenmishandeling. Wereldwijd lopen de prevalentiecijfers sterk uiteen. Een recente review toonde een gecombineerde 1-jaarsprevalentie voor alle vormen van ouderenmishandeling van 15.7% oftewel 1 op de 6 ouderen (Yon, 2017).

Het is zeer goed mogelijk dat de gevonden verschillen tussen de studies onderling alsook de regionale verschillen die men ziet kunnen worden toegeschreven aan verschillen in de methodologie van de studies. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het tijdstip en de methode van dataverzameling, het hanteren van verschillende definities en screeningsinstrumenten voor ouderenmishandeling, verschillen in steekproefomvang en populatiekenmerken, maar ook verschillen tussen landen wat betreft cultuur en de hoogte van het Bruto Nationaal Product (BNP).

Samenvatting literatuur

Zowel nationaal als internationaal zijn er de afgelopen jaren veel studies uitgevoerd naar de prevalentie van ouderenmishandeling. Hieronder volgt een overzicht van deze studies. Er is uit praktisch oogpunt voor gekozen om in kaders aan het begin van de module 'Achtergrond ouderenmishandeling' nadere informatie over de achtergrond van de Nederlandse onderzoeken te geven die hieronder beschreven worden.

In Nederland

Comijs heeft in 1998 onderzoek verricht naar de prevalentie van ouderenmishandeling onder zelfstandig wonende ouderen in Amsterdam van 65 jaar en ouder. In deze studie werd een prevalentiecijfer van 5,6% in het afgelopen jaar gevonden (N=1797). De prevalentie van de verschillende vormen liet de volgende verdeling zien: Verbale (psychische) mishandeling in de vorm van verbale agressie 3,2%, financieel misbruik 1,4%, lichamelijke mishandeling 1,2%, en verwaarlozing 0,2%. Sommige slachtoffers (0,4%, 95% BI: 0,1 tot 0,7%) hadden te maken gehad met meer dan één vorm van ouderenmishandeling. Prevalentie cijfers lieten geen verschillen zien qua leeftijd en geslacht. De prevalentiecijfers betroffen ouderenmishandeling door zowel professionele als niet-professionele plegers. Beperkingen van de studie waren dat de ouderen woonachtig waren in een (specifiek)

stedelijk gebied en dat de oudste leeftijdsgroep in de meerderheid was. Naast de studie van Comijs (1998) zijn er ook nog een aantal andere bronnen beschikbaar die behulpzaam kunnen zijn bij het maken van een inschatting hoe vaak ouderenmishandeling voorkomt in Nederland. Dit betreffen de volgende onderzoeken die in het rapport Ouderenmishandeling in Nederland van het Sociaal Cultureel planbureau (2015) zijn samengevat:

1. de Gezondheidsmonitor volwassenen (2012);
2. meldingen Veilig Thuis verzameld door Movisie (2014);
3. het Barometeronderzoek (2013 & 2014);
4. meldingen bij de inspectie voor de Gezondheidszorg (2011 tot 2014).

Ten slotte zijn de volgende meer recente bronnen toegevoegd die ten tijde van het schrijven van deze richtlijn zijn gepubliceerd, namelijk:

1. de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (2016);
2. prevalentie onderzoek Aard en omvang van ouderenmishandeling (Regioplan 2018).

De Gezondheidsmonitor (2012)

In de Gezondheidsmonitor 2012 werd aan ouderen die op 1 januari 2013 65 jaar of ouder waren, gevraagd of ze - in het afgelopen jaar, tot vijf jaar geleden of langer dan vijf jaar geleden - slachtoffer waren geweest van huiselijk geweld. Van alle 155.746 ouderen in de dataset (inclusief fitte, onafhankelijke ouderen) gaf 0,5% aan in de afgelopen vijf jaar huiselijk geweld te hebben ondergaan (oftewel 1 op de 200 ouderen). Bij het versmallen van het focus tot de meest kwetsbare ouderen (dat waren er 45.837 in dit onderzoek), gaf 1,0% aan dat zij in de afgelopen vijf jaar slachtoffer waren geweest van ouderenmishandeling (oftewel 1 op 100 kwetsbare ouderen). Deze percentages zijn vijfjaarsprevalenties waarbij het merendeel van de mishandelingen in het recentste jaar plaatsvond. Psychische mishandeling werd het meest gerapporteerd (84%); seksueel misbruik in een enkel geval (2%). Ruim 20% van de slachtoffers gaf aan meer dan één soort mishandeling te ondervinden, vaak een combinatie van psychische en lichamelijke mishandeling. In de Gezondheidsmonitor is mogelijk sprake geweest van onderrapportage door de abstracte vraagstellingen. Zo werd letterlijk gevraagd of men slachtoffer was geweest van huiselijk geweld, waardoor mogelijk een deel van de slachtoffers van ouderenmishandeling zich hier niet in heeft herkend. Bovendien werd in de Gezondheidsmonitor niet gevraagd naar verwaarlozing en financieel misbruik.

Meldingen Veilig Thuis verzameld door Movisie (2014)

Movisie verzamelde tot voor kort in samenwerking met het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling alle meldingen en adviesvragen die bij Veilig Thuis (VT) binnenkwamen. In 2014 ontvingen de VT-organisaties 2.360 meldingen en adviesvragen over ouderenmishandeling in huiselijke kring. In 2014 is voor de eerste keer het aantal meldingen over ouderenmishandeling onderverdeeld in meldingen (1.541) en adviesvragen (819). Bij analyse van het type mishandeling dat bij een melding werd gerapporteerd, bleek psychische mishandeling het meest als type mishandeling genoemd te worden (69%) en seksueel misbruik het minste (1%). Dat betekent een stijging van 39 procent ten opzichte van 2013, toen er 1.703 meldingen en adviesvragen (niet apart gekwantificeerd) binnenkwamen. Het merendeel van de meldingen bleek zelden gedaan te worden door het slachtoffer zelf, maar door de zorgprofessional. Deze stijgende trend is wellicht te verklaren door de

inwerkingtreding van de Wet Verplichte meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling in 2013, hetgeen mogelijk een aanleiding heeft gegeven tot meer bekendheid en handvatten voor zorgprofessionals over hoe te handelen en te melden in geval van (ouderen)mishandeling. De meldingen vormen waarschijnlijk geen realistische afspiegeling van de prevalentie omdat niet alle gevallen van ouderenmishandeling altijd als adviesvraag/melding bij VT terechtkomen.

Het Barometeronderzoek (2013 & 2014)

Bij dit onderzoek is aan 451 vrijwilligers en professionals uit de regio Gelderland-Zuid gevraagd in hoeverre zij het afgelopen jaar gevallen van ouderenmishandeling hadden gezien. Het bleek dat bij de eerste meting ruim een derde (37%) van de professionals en vrijwilligers in de zorg en ouderenwelzijn het afgelopen jaar in aanraking was gekomen met (vermoedelijke) ouderenmishandeling. Bij de tweede meting was dat de helft (49%).

In 15 tot 20% van de gevallen bleek de vermoedelijk pleger de zorgprofessional en in 40% van de gevallen bleek er sprake van ontspoorde zorg of overbelasting van de informele zorgverlener. Uit de respons bleek dat psychische mishandeling het meest voorkwam (63%), gevolgd door financieel misbruik (41%), verwaarlozing (31%) en tot slot lichamelijke mishandeling (26%). Seksueel misbruik kwam het minste voor (2%). Beperkingen van de Barometer waren dat meerdere respondenten konden rapporteren over één enkel geval, respondenten zelf bepaalden of ze een signaal of ervaring bestempelden als (vermoedelijke) ouderenmishandeling en dat het onderzoek maar in één regio in Nederland werd uitgevoerd. Dit onderzoek geeft door deze beperkingen vooral inzicht in de mate waarin hulpverleners in de regio Gelderland-Zuid in 2013 en 2014 te maken kregen met (een vermoeden van) ouderenmishandeling en niet in de prevalentie van (een vermoeden van) ouderenmishandeling in de betreffende regio.

Meldingen bij de inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) (2011 tot 2014)

Van juni 2011 tot juli 2014 zijn bij de IGJ 67 geanonimiseerde meldingen van ouderenmishandeling binnengekomen. Het betrof meldingen van ouderenmishandeling gepleegd door professionals, leerlingen of zorgvrijwilligers. Bij een groot deel van de meldingen van ouderenmishandeling in verpleeg- en zorginstellingen bleek ontspoorde zorg een belangrijke verklarende factor. Bij ontspoorde zorg is er vaak sprake van onwetendheid, onmacht of overbelasting. Lichamelijke mishandeling werd als meest voorkomende vorm aangegeven (49%), gevolgd door psychische mishandeling (30%). Seksueel en financieel misbruik waren de minst gerapporteerde vorm (10%). Beperking van deze registratie was dat niet alle incidenten als melding terechtkomen bij de IGJ, maar voornamelijk de incidenten waarbij er sprake is van een calamiteit of seksueel misbruik. De instelling zal in de praktijk ook incidenten binnen de instelling zelf afhandelen zonder actief melding te maken bij de IGJ.

Naast de bovengenoemde onderzoeken in het rapport Ouderenmishandeling in Nederland van het Sociaal Cultureel planbureau (2015) zijn twee onderzoeken recent gepubliceerd met de meest actuele prevalentiecijfers aangaande ouderenmishandeling in Nederland: de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (2016) en het Prevalentie onderzoek Aard en omvang van ouderenmishandeling van Regioplan (2018).

De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (2016)

In 2017 is er een nieuwe gezondheidsmonitor uitgebracht over het jaar 2016 (CBS, RIVM en GGD, 2016). Hierin

werd in tegenstelling tot de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 specifiek gevraagd naar het meemaken van ouderenmishandeling in de afgelopen 12 maanden bij ouderen van 65 jaar en ouder (peiljaar 2016). Ook werd gevraagd naar de vormen verwaarlozing en financieel misbruik. Helaas is er geen informatie te vinden over het totaal aantal ouderen in de dataset zoals wel het geval was bij de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012.

Psychische mishandeling (zijnde beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden) bleek met een gemiddeld percentage van 4% de meest gerapporteerde vorm van ouderenmishandeling in Nederland, gevolgd door financieel misbruik (1,1%) en verwaarlozing (0,6%). Percentages voor lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik betroffen elk 0,3%. Daarnaast werd vrijheidsbeperking met 0,5% als aparte vorm benoemd. Er bleek een grote spreiding te bestaan tussen de cijfers van de verschillende GGD-regio's.

Prevalentie onderzoek Aard en omvang van ouderenmishandeling van Regioplan (2018)

In dit onderzoek werd de prevalentie van ouderenmishandeling onderzocht middels een interviewstudie en een informantenstudie.

De interviewstudie (augustus 2017 tot en met eind februari 2018)

In de interviews is gevraagd naar slachtofferschap van (vormen van) ouderenmishandeling sinds 65-jarige leeftijd en in het afgelopen jaar. In de interviews met 65-plussers is naar concrete gebeurtenissen gevraagd. Deze gebeurtenissen kunnen worden ingedeeld in vijf vormen van ouderenmishandeling: financiële benadeling, psychische kwetsingen, fysieke mishandeling, seksuele mishandeling en verwaarlozing. Iemand werd als slachtoffer van verwaarlozing en psychische mishandeling meegerekend wanneer zich meer dan 10 incidenten hadden voorgedaan in de betreffende periode (sinds 65-jarige leeftijd of in het afgelopen jaar).

Prevalentie sinds 65-jarige leeftijd

In totaal rapporteerden 55 respondenten (5,5%, 95% BI: 4,1% tot 6,9%) slachtofferschap van een vorm (of meer vormen) van ouderenmishandeling sinds 65-jarige leeftijd: 27 mannen (49,1%) en 28 vrouwen (50,9%). Er was geen sprake van een statistisch significant verschil in slachtofferschap tussen mannen en vrouwen of leeftijdsgroepen in de responsgroep. Financiële benadeling werd het vaakst gerapporteerd (3,0%, 95% BI: 1,9% tot 4,1%), gevolgd door psychische kwetsingen (10 of meer incidenten) (1,6%, 95% BI: 0,8% tot 2,4%) en lichamelijke mishandeling (1,1%, 95% BI: 0,5% tot 1,7%). Het minst genoemd werd seksuele mishandeling (0,4%, 95% BI: 0,0% tot 0,8%), terwijl verwaarlozing (10 of meer incidenten) geheel niet werd gemeld. De meeste slachtoffers hadden meer dan één vorm van ouderenmishandeling meegemaakt (89,1%). Zes respondenten rapporteerden twee vormen van ouderenmishandeling. Het totale prevalentiepercentage lag lager dan het gemiddelde percentage van de verschillende vormen, omdat er slachtoffers waren die te maken hadden met meerdere vormen van ouderenmishandeling. Nagenoeg alle slachtoffers hadden een Nederlandse achtergrond (98,2%), één slachtoffer had een (Westerse) migratieachtergrond (1,8%).

Prevalentie in het afgelopen jaar

In totaal rapporteerden 20 respondenten (2,0%) slachtofferschap van (één vorm van) ouderenmishandeling in het afgelopen jaar. Onder de slachtoffers waren 11 vrouwen (55%) en 9 mannen (45%). Er waren geen statistisch significante verschillen in slachtofferschap wat betreft geslacht en leeftijd. Alle slachtoffers hadden een

Nederlandse achtergrond. Financiële benadeling werd het vaakst gerapporteerd (0,9%, 95% BI: 0,3% tot 1,5%), gevolgd door psychische kwetsingen (10 of meer incidenten) (0,7%, 95% BI: 0,2% tot 1,2%) en lichamelijke mishandeling (0,4%, 95% BI: 0,0% tot 0,8%). Seksueel misbruik en verwaarlozing werden niet gerapporteerd.

De onderzoekers gingen tenslotte in op het feit dat het prevalentiecijfer in de interviewstudie ruim tweemaal lager was dan het cijfer gevonden in de studie van Comijs (1998). Mogelijke verklaringen waren de aanwezigheid van andere kenmerken bij de studiebevolking van Comijs (ouder, woonachtig in stedelijk gebied, reeds langere tijd verbonden aan longitudinaal onderzoek), daarnaast was er in de interviewstudie sprake van relatief grote uitval welke mogelijk verhoudingsgewijs meer heeft plaatsgevonden onder kwetsbare ouderen wat een effect kan hebben gehad op de gemeten prevalentie. De onderzoekers gaven aan dat gezien de genoemde beperkingen van het onderzoek, er goede grond is aan te nemen dat de gevonden prevalentiecijfers een ondergrens betreft en dat het percentage ouderenmishandeling onder 65-plussers mogelijk hoger ligt.

De informantenstudie (november 2017 tot en met februari 2018)

In de informantenstudie hebben informanten gerapporteerd over (vermoedelijke) slachtoffers van ouderenmishandeling binnen de groep senioren die zij in hun (werk)praktijk tegenkwamen. De informantenstudie heeft niet tot een schatting van de prevalentie van ouderenmishandeling in de 65-plusbevolking geleid doordat er volgens de onderzoekers te grote onzekerheidsmarges bestonden rond het aantal registraties van ouderenmishandeling evenals het aantal (unieke) 65-plussers die informanten hadden kunnen zien. Wel maakte de studie het mogelijk om (kenmerken van) gesignaleerde vermoedelijke slachtoffers en vermoedelijke plegers te beschrijven, alsook de door professionals gesignaleerde aard van ouderenmishandeling. De meeste signalen die geregistreerd werden, waren afkomstig van zorgprofessionals. Informanten werkzaam als verpleegkundige in het ziekenhuis signaleerden overwegend fysieke en psychische mishandeling. De wijkverpleegkundigen signaleerden alle vormen van vermoedelijke ouderenmishandeling en de thuiszorg bleek met name signalen op te vangen van vermoedelijk financieel misbruik en vermoedelijke psychische mishandeling. De onderzoekers gaven aan dat er door de informanten een kwetsbaardere groep slachtoffers in beeld lijkt te zijn gebracht dan met de interviewstudie (zie ook de module 'risicofactoren'). In een periode van 4 maanden werden er door 51 informanten 44 unieke vermoedens van ouderenmishandeling geregistreerd. De vermoedens betroffen het vaakst psychische mishandeling, gevolgd door fysieke mishandeling en financiële benadeling. Daarnaast werden schending van rechten, verwaarlozing en éénmaal seksueel misbruik geregistreerd. Vaak ging het om een combinatie van twee vormen van ouderenmishandeling.

Prevalentie in het buitenland

De meest recente studie die middels een systematische review en meta-analyse wereldwijde prevalentieschattingen beschreef is de studie van Yon (2017). In totaal 52 studies aangaande de prevalentie van ouderenmishandeling van het voorafgaande jaar werden geïncludeerd. Bij inclusie van de studies werd een leeftijdsgrens van 60 jaar en ouder aangehouden. Studies betreffende ouderenmishandeling in instellingen werden niet meegenomen. De studies waren geografisch zeer divers en betroffen 28 landen, waarvan vijf studies uit landen in het westelijk deel van de Stille Oceaan, vijf studies uit Zuidoost-Azië, 15 studies uit Noord- en Zuid-Amerika, 25 studies uit Europa en ten slotte twee studies uit landen in het oostelijke Middellandse Zeegebied. Het merendeel van de studies kwam uit landen met een hoog bruto nationaal product (BNP). De gecombineerde prevalentie voor alle vormen van ouderenmishandeling wereldwijd in het voorafgaande jaar bleek 15,7% (95% BI: 12,8% tot 19,3%), oftewel 1 op de 6 ouderen. De prevalentieverdeling voor de

verschillende subvormen van ouderenmishandeling bedroegen: 11,6% voor psychische mishandeling, 6,8% voor financieel misbruik; 4,2%, voor verwaarlozing; 2,6% voor lichamelijke mishandeling en 0,9% voor seksueel misbruik. In deze review kwam psychische mishandeling dus als meest voorkomende vorm naar voren. Yon (2017) toonde daarnaast duidelijke regionale verschillen aan, met een prevalentie van 20,2% in Azië, 15,4% in Europa en 11,7% in Noord- en Zuid-Amerika.

Daarnaast zijn er nog twee vergelijkbare studies verricht:

1. In de studie van Dong (2015) zijn 1-jaars prevalentiecijfers van alle vormen van ouderenmishandeling binnen continenten vergeleken op basis van 35 geïncludeerde studies (studies met volwassenen jonger dan 60 jaar en studies die Engels niet als voertaal hadden werden geëxcludeerd door de onderzoekers). Ouderen waren zelfstandig wonend. De prevalentie binnen Azië varieerde van 14,0% in India tot 36,2% in China (Chokkanathan, 2014; Wu, 2012). De prevalentie binnen Europa varieerde van 2,2% in Ierland tot 61,1% in Kroatië (Naughton, 2012; Ajdukovic, 2009) en de prevalentie in Noord- en Zuid-Amerika varieerde van 10,0% in de Verenigde Staten tot 79,7% in Peru (Acierno, 2010; Silva-Fhon, 2015).
2. In de studie van Pillemer (2016) werd een overzicht gegeven van 20 wereldwijde studies betreffende bevolkingsonderzoek naar ouderenmishandeling bij zelfstandig wonende ouderen. Er werd in 1 jaar een prevalentie van 14,3% gevonden voor alle vormen van ouderenmishandeling. Betreffende lichamelijke mishandeling varieerden de prevalentiecijfers van alle studies samengenomen van 0,2% tot 4,9% (outlier 14,6%) met een gemiddelde van 2,8% (95% BI: 1,0% tot 4,6%). In Canada en de Verenigde Staten werden de laagste prevalentiecijfers gevonden, respectievelijk 0,5% en 1,4%, gevolgd door Europa (1,67%). Twee studies uit Azië lieten wat hogere cijfers zien voor lichamelijke mishandeling: India 4,3%, China 5,0%. Nigeria had het hoogste percentage van 14,6%. Betreffende seksueel misbruik varieerde het prevalentiecijfer van alle studies samengenomen van 0,04% tot 0,8% (outlier 3,3%), met een gemiddelde van 0,7% (95% BI: 0,0% tot 1,5%; In Nigeria werd de laagste prevalentie (0,04%) gevonden, gevolgd door de Verenigde Staten (0,5%), Mexico (0,8%) en Europa (1,0%). Betreffende financieel misbruik varieerden de prevalentiecijfers van alle studies samengenomen tussen 1,0% en 9,2% (outlier 13,1%) met een gemiddelde van 4,7% (95% BI: 2,8% tot 5%). Studies uit Nigeria en Israël hadden de hoogste prevalentie van financieel misbruik, respectievelijk 13,1% en 6,4%. Mexico had de laagste prevalentie van financieel misbruik (2,6%) terwijl de prevalentiecijfers uit Europa (3,8%) en de Verenigde Staten (4,5%) er precies tussenin zaten. Betreffende emotionele/psychische mishandeling varieerden de prevalentiecijfers van alle studies samen tussen 0,7% tot 27,3% met een gemiddelde van 8,8% (95% BI: 4,4% tot 13,1%). Deze vorm was lastiger te onderzoeken doordat in de studies verschillende criteria van psychische mishandeling werden toegepast. Bij studies die een strikt criterium aanhielden bleek India relatief de hoogste prevalentie te rapporteren (10,8%) en Canada, de Verenigde Staten en Europa de laagste cijfers van 1,4%, 1,5% en 2,9% respectievelijk. Betreffende verwaarlozing varieerden de prevalentiecijfers van alle studies samengenomen tussen 0,2% en 5,5% (outlier 15,8%) met een gemiddelde van 3,1% (95% BI: 0,6% tot 5,5%; Canada had de laagste prevalentie (0,4%) gevolgd door Europa (0,5%) en de Verenigde Staten (1,1%). India had de hoogste prevalentie betreffende verwaarlozing met 4,3%.

Zoeken en selecteren

In de database Medline (via OVID) is op 9 maart 2017 met relevante zoektermen gezocht naar studies over de achtergrond van ouderenmishandeling. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad

Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 3079 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: systematische reviews en overige studiedesigns gericht op ouderenmishandeling en/of mishandeling bij volwassenen. In eerste instantie werden 102 studies voorgeselecteerd op basis van de volgende selectiecriteria: klinische studies over mishandeling bij oudere patiënten (humaan). Vervolgens zijn door twee beoordelaars op basis van titel en abstract 13 studies geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst werden vervolgens drie studies geëxcludeerd en zijn 10 studies definitief geselecteerd. De volgende studies zijn opgenomen in de literatuuranalyse: Mysuk, 2012; Mysuk, 2016; Heath, 2009; Comijs, 1998; Yon, 2017; Dong, 2013; Johanessen, 2013; Dong, 2015; McCausland, 2016 en Pillemer, 2016.

Verder is in deze module gebruikt gemaakt van beleidstukken en rapporten van relevante instanties:

1. Rapport Interculturele aspecten van ouderenmishandeling, Verwey-Jonker Instituut, 2010: https://www.verwey-jonker.nl/publicaties/2010/interculturele_aspecten_van_ouderenmishandeling, geraadpleegd op 21-10-2016.
2. SCP-rapport Ouderenmishandeling in Nederland, 2015, https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Ouderenmishandeling_in_Nederland, geraadpleegd op 21-10-2016.
3. Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>, geraadpleegd op 15-02-2018).
4. Gezondheidsmonitor Volwassenen en ouderen, 2016: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>, geraadpleegd op 15-02-2018).
5. Prevalentieonderzoek Aard en omvang ouderenmishandeling, Regioplan, mei 2018, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/05/17/aard-en-omvang-ouderenmishandeling>, geraadpleegd 13-06-2018.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

In onderstaande kaders staat een korte samenvatting van de voor de uitgangsvragen gebruikte Nederlandse onderzoeken. Daarnaast wordt in deze module regelmatig gerefereerd aan het Actieplan 'Ouderen in veilige handen', Ministerie van VWS, 30 maart 2011.

Tabel 1 Onderzoeken gebruikt in rapport Ouderenmishandeling in Nederland (Sociaal en Cultureel Planbureau 2015)

De gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

De Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 zijn uitgevoerd door de GGD's, CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) en RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en bevatten informatie over de gezondheid, sociale situatie en leefstijl van de Nederlandse bevolking van negentien jaar en ouder verkregen middels een grootschalige enquête.

In de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 werd aan ouderen (aselecte streekproef uit de gemeentelijke basisadministratie) die op 1 januari 2013 65 jaar of ouder waren, gevraagd of ze -in het afgelopen jaar, tot vijf jaar geleden of langer dan vijf jaar geleden- slachtoffer waren geweest van huiselijk geweld. De geweldsvormen waarnaar werd gevraagd zijn psychisch of emotioneel geweld, lichamelijk geweld, ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik. Financiële misbruik en verwaarlozing ontbraken.

In de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 werden specifiek vragen gesteld aan respondenten van 65 jaar en ouder over ouderenmishandeling. Het ging om nare gebeurtenissen in de thuissituatie aangedaan door gezinsleden, familieleden, (ex-) partners, huisvrienden, of door personen van wie de respondent afhankelijk is zoals een professionele hulpverlener of een mantelzorger. Het volgende werd voorgelegd: heeft iemand in de thuissituatie u de afgelopen 12 maanden:

Beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden?

- Geslagen, geschopt, geknepen of op een andere manier lichamelijk geweld aangedaan?
- Niet willen helpen met uw persoonlijke verzorging (zoals helpen met wassen, aankleden of naar het toilet gaan) terwijl die persoon wist dat u hulp nodig had?
- Financieel benadeeld (zoals geld of bezit afpakken of iets kopen op uw kosten zonder uw toestemming)?
- Uw vrijheid beperkt of uw privacy geschonden (zoals door het achterhouden van uw post of door u te verbieden het huis uit te gaan of te telefoneren)?
- Ongewenste seksuele opmerkingen gemaakt of aangeraakt zonder dat u dat wilde?

Meldingen Veilig Thuis verzameld door Movisie (2014)

Movisie verzamelde in samenwerking met het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling (LPBO) tot voor kort jaarlijks alle vragen en meldingen van huiselijk geweld die bij Veilig Thuis binnenkwamen. Het SCP-rapport beschrijft de meldingen betreffende huiselijk geweld over 2012, 2013 en de eerste helft van 2014. Hierbij werd onder huiselijk geweld verstaan: psychisch of emotioneel geweld, lichamelijk geweld, ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik. In 2014 is voor de eerste keer het aantal meldingen over ouderenmishandeling onderverdeeld in meldingen en adviesvragen. In voorgaande jaren werd dit onderscheid niet gemaakt door de Steunpunten Huiselijk Geweld (nu Veilig Thuis). Het geven van advies en het aannemen en onderzoeken van meldingen zijn twee wettelijke taken van Veilig Thuis.

In juni 2015 verscheen de factsheet ouderenmishandeling van Movisie. Hierin staan ook de meldingen en adviesvragen over de tweede helft van 2014 vermeld en vormen een toevoeging op het SCP-rapport 2015.

Barometeronderzoek (2013 & 2014)

Het Barometeronderzoek is een online-enquête van het Verwey-Jonker Instituut in de regio's Gelderland-Zuid en Amsterdam waar aan zorgprofessionals en vrijwilligers in de ouderenzorg is gevraagd naar ervaringen met vormen van (vermoedelijke) ouderenmishandeling waarmee men in het afgelopen jaar te maken heeft gehad.

Meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2011 tot 2014)

In de periode 2011 tot 2014 registreerde de IGJ-meldingen van ouderenmishandeling door zorgprofessionals in

zorginstellingen. In het SCP-rapport 2015 wordt alleen ingegaan op mishandeling door zorgprofessionals/leerlingen/vrijwilligers in intramurale instellingen, omdat het aantal meldingen over mishandeling in de thuiszorg te laag was.

NB bij navraag bij IGJ in juli zijn er na deze publicatie geen nieuwe cijfers bekend gemaakt van na 2014.

Tabel 2 Rapport Interculturele aspecten van ouderenmishandeling (Verwey Jonker instituut 2010)

Doelstelling van het onderzoek was meer inzicht te verschaffen in de specifieke problematiek met betrekking tot ouderenmishandeling en allochtonen.

Het onderzoek bestond uit vier onderdelen.

1. Een beknopt literatuuronderzoek waarin werd nagegaan wat al bekend was over de positie van ouderen in allochtone gezinssystemen, mantelzorg en ouderenmishandeling in allochtone gezinnen.

2. Interviews met

- vertegenwoordigers van zelforganisaties en sleutelfiguren van de verschillende allochtone groeperingen in Amsterdam en diverse instanties die hulp bieden aan mensen bij (vragen over) mantelzorg of huiselijk geweld alsook enkele experts.

- kwetsbare oudere allochtonen en (hun) mantelzorgers.

Deze interviews hadden tot doel de onderzoeksresultaten te verdiepen door concrete casuïstiek, op het terrein van (overbelasting bij) mantelzorg, belemmeringen in de eigen leefsituatie of bij (de organisatie van) het Amsterdamse hulpaanbod.

3. Het derde onderdeel van het onderzoek bestond uit een expertmeeting over interculturele aspecten van ouderenmishandeling. Voor deze bijeenkomst zijn twee typen (landelijke en lokale) experts uitgenodigd: experts op het terrein van ouderenmishandeling/huiselijk geweld en experts op het terrein van allochtone ouderen. De expertmeeting had tot doel de resultaten uit het beknopte literatuuronderzoek en de interviews te valideren en aan te vullen en de perspectieven en expertise betreffende oudere allochtonen en ouderenmishandeling met elkaar in verband te brengen. De resultaten van de expertmeeting maken deel uit van de onderzoeksuitkomsten.

5. Het laatste deel van het onderzoek bestond uit het uitbrengen van een advies aan de gemeente, op basis van de uitkomsten van de bovengenoemde onderzoeksonderdelen.

NB In dit onderzoek wordt er gesproken over allochtone ouderen. Tegenwoordig gebruikt men de term persoon en in dit geval oudere met een (Westerse of niet-Westerse) migratieachtergrond (<http://www.cbs.nl>).

Tabel 3 Onderzoeken beschreven in proefschrift Elder mistreatment: Comijs (1999)

In dit proefschrift is verslag gedaan van een bevolkingsonderzoek naar de prevalentie (1994, N=1797), risico-indicatoren (1995, N=73) en de consequenties van ouderenmishandeling (1995). Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van de populatie en data van de 'Amsterdam Study of the Elderly' (Amstel). Het Amstel-onderzoek is een longitudinaal onderzoek naar de cognitieve veroudering van thuiswonende ouderen in Amsterdam (≥ 65 jaar oud). De gemiddelde leeftijd van de respondenten aan het bevolkingsonderzoek (N=1797) was 77,2 jaar (SD 5.5 jaar), in totaal 62,8% van de respondenten was vrouw. De gemiddelde MMSE-score betrof 27,1 voor de niet-slachtoffers en 27,4 voor de slachtoffers. Aan de ouderen werd gevraagd of zij een of meerdere van de 23 voorgelegde vormen van geweld en misbruik hadden meegemaakt. Dit betrof doorgemaakt fysiek of psychisch geweld, financieel misbruik of verwaarlozing vanaf de leeftijd van 65 jaar en ouder. Naar seksueel geweld werd niet gevraagd. Plegers van ouderenmishandeling betroffen zowel niet-professionele als professionele zorgverleners. Bij het interview werd gevraagd naar de frequentie van de mishandeling in het afgelopen jaar. Om

de 1-jaars prevalentie te kunnen berekenen is derhalve besloten om bij de vormen verwaarlozing en verbale agressie (psychische mishandeling) aan de definitie toe te voegen dat deze vorm minstens 10x per jaar in het afgelopen jaar moest hebben plaatsgevonden. Bij lichamelijke mishandeling en financieel misbruik moest dit ten minste 1x in het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden.

Tabel 4 Onderzoeken beschreven in prevalentieonderzoek Aard en omvang ouderenmishandeling, Regioplan (mei 2018)

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Regioplan opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren naar de aard en omvang van ouderenmishandeling. Regioplan heeft het onderzoek in samenwerking met Avans Hogeschool (Lectoraat Veiligheid in afhankelijkheidsrelaties) en Leyden Academy on Vitality and Ageing in 2017 en 2018 uitgevoerd.

Het doel van dit onderzoek was tweeledig; het primaire doel was inzicht bieden in de actuele aard en omvang van ouderenmishandeling (op basis van onderzoek in drie Nederlandse gemeenten). Daarnaast moest het onderzoek kennis over ouderenmishandeling verdiepen en zo bijdragen aan het verbeteren van preventie- en interventiestrategieën.

Het onderzoek vond plaats in Rotterdam, Tilburg en Boxtel. Er zijn vooraf enkele kaders gesteld om het onderzoek af te bakenen: de ouderen die aan het onderzoek deelnamen waren (1) 65 jaar en ouder en (2) thuiswonend. In dit onderzoek werd onderscheid gemaakt tussen vijf vormen van ouderenmishandeling: verwaarlozing, psychische mishandeling waaronder schending van rechten, fysieke mishandeling, financiële benadeling en seksuele mishandeling. Om een zo goed mogelijk beeld te kunnen schetsen van de prevalentie is een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden toegepast, namelijk (1) een groot aantal face-to-face-interviews met een representatieve groep van 65-plussers in drie gemeenten van verschillende omvang, de zogenoemde interviewstudie en (2) een informantenstudie waarbij signalen van ouderenmishandeling door diverse beroepsgroepen in drie gemeenten werden geregistreerd, (3) registraties van Veilig Thuis (meldingen en adviezen in drie gemeenten) als aanvullende bron en (4) een literatuurstudie als referentiekader voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Interviewstudie:

Een willekeurige steekproef van 8896 65-plussers is per brief uitgenodigd voor het onderzoek. Ruim de helft van de genodigden (52,7%) meldde zich na ontvangst van de brief af. De overgebleven adressen zijn bezocht door interviewers. Uit deze huisbezoeken (N = 4199) zijn in totaal 1015 interviews voortgekomen (24,2% van alle huisbezoeken en 11,4% van de aangeschreven personen). De analyses zijn uitgevoerd met 1002 bruikbare interviews. Van de responsgroep was 47,4 procent vrouw en 52,6 procent man. De gemiddelde leeftijd was 74,8 jaar, met uiteenlopende leeftijden van 65 jaar tot 100 jaar. Respondenten waren relatief hoogopgeleid. Circa 90 procent had een Nederlandse achtergrond.

Informantenstudie:

Gedurende de informantenstudie (4 maanden) zijn vermoedens van ouderenmishandeling geregistreerd door informanten uit 16 beroepsgroepen, zoals thuiszorg, verpleging, vrijwilligerswerk en notariaat. De meeste signalen die geregistreerd werden, waren afkomstig van professionals werkzaam in de extramurale zorg.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

- Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health.* 2010;100(2):292-7. doi: 10.2105/AJPH.2009.163089. Epub 2009 Dec 17. PubMed PMID: 20019303; PubMed Central PMCID: PMC2804623.
- Ajdukovic M, Ogresta J, Rusac S. Family violence and health among elderly in Croatia. *J Aggress Maltreat Trauma.* 2009;18:26179. Geen PubMed PMID bekend.
- Barometer 2013.&2014; <https://www.verwey-jonker.nl/publicaties/2015/eindmeting-barometer-ouderenmishandeling-gelderland-zuid> geraadpleegd op 29-12-2016.
- Chokkanathan S. Factors associated with elder mistreatment in rural Tamil Nadu, India: a cross-sectional survey. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2014;29(8):863-9. doi: 10.1002/gps.4073. Epub 2014 Jan 17. PubMed PMID: 24436119.
- Comijs HC, Pot AM, Smit JH, et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46(7):885-8. PubMed PMID: 9670877.
- Comijs HC. 'Elder mistreatment: prevalence, risk indicators and consequences', PhD, Vrije Universiteit Amsterdam. 1999.
- Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(6):1214-38. doi: 10.1111/jgs.13454. Epub 2015 Jun 11. Review. PubMed PMID: 26096395.
- Gezondheidsmonitor GGDen, CBS en RIVM, 2012 & 2016, <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM> (versie 2012 geraadpleegd op 29-12-2016; versie 2016 geraadpleegd op 15-02-2018).
- IGJ (2011-2014): cijfers geanonimiseerd verstrekt aan auteurs SCP-rapport ouderenmishandeling 2015.
- Justitiële verkenningen, jaargang 41, nr 6, 2015 https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&src=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiqwfb-jYjAhULaIAKHRJdBPQFggvMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.wodc.nl%2Fbinaries%2Fjv1506-volledige-tekst_tcm28-77301.pdf&usq=AOvVaw2QuGdWk1Rmlva4NP8bFXvi.
- Movisie, factsheet ouderenmishandeling in 2014, uitgave juni 2015; <https://www.movisie.nl/feiten-en-cijfers/ouderenmishandeling-2014-meldingen-adviesvragen>, geraadpleegd 29-12-2016.
- Naughton C, Drennan J, Lyons, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age Ageing.* 2012;41(1):98-103. doi: 10.1093/ageing/afr107. Epub 2011 Oct 13. PubMed PMID: 21997767.
- Pillemer K, Burnes D, Riffin C, et al. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist.* 2016r;56Suppl2:S194-205. doi: 10.1093/geront/gnw004. Review. PubMed PMID: 26994260; PubMed Central PMCID: PMC5291158.
- Plaisier I, de Klerk M. Ouderenmishandeling in Nederland. Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling. Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 978.90.377.0748.9.
- Regioplan (2018), Prevalentieonderzoek Aard en omvang ouderenmishandeling.
- Silva-Fhon, Del Rio-Suarez, Motta-Herrera, et al. Domestic violence in older people living in the district of Breña, Peru. *Revista de la Facultad de Medicina* 2015;63:36775. Geen PubMed PMID bekend.
- Sociaal Cultuur Planbureau (SCP), https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Ouderenmishandeling_in_Nederland. 2015. Geraadpleegd januari-augustus 2017.
- Wu L, Chen H, Hu Y, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2012;7(3):e33857. doi: 10.1371/journal.pone.0033857. Epub 2012 Mar 20. PubMed PMID: 22448276; PubMed Central PMCID: PMC3309016.
- Yan E. Tang CS-K. Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse. *J Interpers Violence* 2001;16:11581174.

PMID nummer onbekend.

Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017;5(2):e147-e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2. PubMed PMID: 28104184.

Risicofactoren voor ouderenmishandeling

Uitgangsvraag

Wat zijn de risicofactoren op ouderenmishandeling?

Aanbeveling

Wees u als professional in de medisch-specialistische zorg zich ervan bewust dat risicofactoren op het ontstaan van ouderenmishandeling zowel bij het vermoedelijk slachtoffer, de vermoedelijk pleger dan wel in relatie- en omgevingsfactoren kunnen worden gevonden.

Onderbouwing

Conclusies

In de literatuur is een groot aantal potentiële risicofactoren voor ouderenmishandeling beschreven. De variatie in studiemethode, patiëntpopulatie en definities van ouderenmishandeling maken het onmogelijk om de resultaten goed te kunnen duiden. Wel geven deze resultaten een indicatie van de mogelijke risicofactoren, waarbij ze met de grootste voorzichtigheid en binnen de context waarin ze zijn onderzocht dienen te worden geïnterpreteerd.

Uit resultaten van studies blijkt dat risicofactoren bij slachtoffers vaak samenhangen met andere factoren en veelal betrekking hebben op het cognitieve niveau, socio-economische status, psychische en psychiatrische aandoeningen, een slechte fysieke gezondheid, functionele beperkingen en afhankelijkheid van zorg, en een beperkt sociaal netwerk of eenzaamheid. Vaak beschreven risicofactoren bij de plegers zijn psychische en psychiatrische aandoeningen, alcohol- en middelengebruik, overbelasting in de mantelzorgsituatie, en geweld in de familiegeschiedenis. Voor andere socio-demografische en socio-economische kenmerken werden geen of onvoldoende sterke dan wel tegenstrijdige associaties gevonden.

Samenvatting literatuur

In kaders aan het begin van de module 'Achtergrond ouderenmishandeling' staat nadere informatie over de achtergrond van de Nederlandse onderzoeken die hieronder beschreven worden.

In Nederland

Comijs heeft in 1998 onderzoek verricht naar welke risicofactoren bij het slachtoffer mogelijk geassocieerd zijn met het ontstaan van de volgende vormen van ouderenmishandeling (in de studie van Comijs genaamd indicatoren): chronische verbale agressie, (psychische mishandeling), lichamelijke mishandeling en financieel misbruik (n=73). De risicofactoren van verwaarlozing konden niet worden onderzocht als gevolg van het kleine aantal slachtoffers (n=4).

Voor chronische verbale agressie bleek er in de univariate analyse sprake van een significante associatie ($p < 0,05$) met gehuwd zijn (OR 1,48, 95% BI: 1,13 tot 1,94), samenwonend zijn met een partner of ander (OR 1,57, 95% BI: 1,18 tot 2,08) en het hebben van een matige of slechte gezondheid (OR 1,51, 95% BI: 1,16 tot 1,97). In de

multivariate analyse bleven alleen samenwonend zijn met een partner of ander (OR 1,61, 95% BI: 1,22 tot 2,15) en het hebben van een matige of slechte gezondheid (OR 1,55, 95% BI: 1,19-2,03) over als statistisch significante associaties ($p < 0,05$).

Voor lichamelijke mishandeling bleek er in de univariate analyse een significante associatie ($p < 0,05$) met het hebben van depressieve symptomen (OR 1,67, 95% BI: 1,07 tot 2,61). In de multivariate analyse bleef de associatie met depressieve symptomen statistisch significant ($p < 0,05$) en ontstond er een nieuwe significante associatie met het samenwonen met de partner of een ander (OR 1,63, 95% BI: 1,03 tot 2,58).

Voor financieel misbruik bleek er in de univariate analyse sprake van een significante negatieve associatie te zijn ($p < 0,05$) met 'wonend met een partner of ander' (OR 0,60, 95% BI: 0,38 tot 0,95) of het hebben van een slechte gezondheid (OR 0,85, 95% BI: 0,76 tot 0,95), en een significante positieve associatie te zijn met gedeeltelijke afhankelijkheid van hulp van anderen voor instrumentele activiteiten in het dagelijkse leven (IADL) (OR 1,17, 95% BI: 1,05 tot 1,3) en de aanwezigheid van depressieve symptomen (OR 2,13, 95% BI: 1,44 tot 3,15). In de multivariate analyse bleken het alleenwonend zijn (OR 1,95, 95% BI: 1,19 tot 3,20), gedeeltelijke afhankelijkheid van hulp van anderen voor IADL (OR 1,14, 95% BI: 1,01 tot 1,28) en depressieve symptomen (OR 1,87, 95% BI: 1,24 tot 2,83) significant ($p < 0,05$) geassocieerd met financieel misbruik. Ook was het mannelijk geslacht significant geassocieerd met financieel misbruik (OR 1,85, 95% BI: 1,21 tot 2,82).

Comijs (1998) vond verder geen significante associaties bij het slachtoffer ten aanzien van alle onderzochte vormen van ouderenmishandeling voor de factoren: geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status, ADL-functioneren en gemiddelde MMSE-score. Uit de resultaten bleek verder dat de met financieel misbruik geassocieerde risicofactoren afweken van die van chronische verbale agressie en lichamelijke mishandeling. Dit zou kunnen betekenen dat financieel misbruik vaker in geïsoleerde vorm voorkwam dan de twee andere vormen van ouderenmishandeling.

Naast de studie van Comijs (1998) waren er ook nog een aantal andere bronnen beschikbaar die behulpzaam kunnen zijn bij het onderzoek naar mogelijke risicofactoren die geassocieerd kunnen zijn met het ontstaan van ouderenmishandeling. Hiervoor is het Rapport van het Verwey Jonker instituut over interculturele aspecten van ouderenmishandeling (2010) meegenomen alsook de volgende onderzoeken die in het rapport Ouderenmishandeling in Nederland van het Sociaal Cultureel planbureau (2015) zijn samengevat:

1. de Gezondheidsmonitor volwassenen (2012);
2. meldingen Veilig Thuis verzameld door Movisie (2014);
3. het Barometeronderzoek (2013 & 2014);
4. meldingen bij de inspectie voor de Gezondheidszorg (2011 tot 2014).

Ten slotte is er een recente bron toegevoegd die ten tijde van het schrijven van deze richtlijn is gepubliceerd, namelijk: het Prevalentie onderzoek Aard en omvang van ouderenmishandeling (Regioplan, 2018).

De gezondheidsmonitor volwassenen (2012)

De data uit de Gezondheidsmonitor 2012 zijn gebruikt om te kijken of huiselijk geweld significant vaker geassocieerd was met de aanwezigheid van bepaalde kenmerken bij de ouderen. Er werd (multivariaat) gekeken

naar kenmerken (verbanden) die tegelijkertijd voorkwamen, waardoor er geen uitspraak kon worden gedaan over oorzaak en gevolg. Ruim de helft van de slachtoffers van mishandeling werd mishandeld door hun partner (55%); ook mishandeling door ex-partner (15%) en kinderen (17%) kwam regelmatig voor.

De volgende bevindingen werden gerapporteerd waarbij de aanwezigheid van een kenmerk afgezet werd tegen de afwezigheid van hetzelfde kenmerk (weergegeven met een OR van 1,0). Als een kenmerk werd vergeleken met een ander kenmerk dan werd dit erbij vermeld (NB in dit rapport ontbraken de betrouwbaarheidsintervallen):

- Huiselijk geweld was significant vaker positief geassocieerd met het zijn van een vrouw dan met het zijn van een man (OR 1,39 respectievelijk 1,0; $p < 0,01$).
- Huiselijk geweld was significant vaker negatief geassocieerd met een hogere leeftijd dan met een lagere leeftijd: 65 tot 74 jaar (OR: 1,0); 75 tot 84 jaar (OR: 0,63; $p < 0,001$); en ≥ 85 jaar (OR 0,46; $p < 0,001$).
- Huiselijk geweld was significant vaker positief geassocieerd met het hebben van minimaal 1 chronische aandoening (OR 1,51 respectievelijk 1,0; $p < 0,05$).
- Huiselijk geweld was significant vaker positief geassocieerd met de aanwezigheid van angststoornissen en/of depressieve klachten (OR 2,24, respectievelijk 1,0; $p < 0,001$).
- Huiselijk geweld was significant vaker positief geassocieerd met moeite met kunnen rondkomen (OR 1,96 respectievelijk 1,0; $p < 0,001$).
- Huiselijk geweld was significant vaker positief geassocieerd met het gescheiden zijn van de oudere dan wanneer deze gehuwd was (OR 1,44 respectievelijk 1,0; $p < 0,01$).
- Huiselijk geweld was significant vaker positief geassocieerd met alcohol gebruik bij de oudere OR 1,34 respectievelijk 1,0; $p < 0,05$).
- Huiselijk geweld was significant vaker positief geassocieerd met het hoger opgeleid zijn dan met laag opgeleid zijn (opleidingsniveau: laag (lo): odds ratio: 1,0; midden 1 (mavo, lbo): OR 1,37 (ns), midden 2 (havo, vwo, mbo): OR: 1,62 ($p < 0,01$) en hoog (hbo, wo): OR 2,29; $p < 0,001$).
- Huiselijk geweld was significant vaker positief geassocieerd met de aanwezigheid van emotionele en sociale eenzaamheid (OR 2,55 en OR 2,01 respectievelijk 1,0 $p < 0,001$).
- Huiselijk geweld was significant vaker positief geassocieerd met het hebben van een migrantenachtergrond (westers en niet-westers) (OR: 1,47 respectievelijk 1,0; $p < 0,01$).

De multivariate resultaten lieten zien dat eenzaamheid en een hoge score op de angststoornis- en depressieschaal de meest duidelijke positief significante associaties hadden met het voorkomen van huiselijk geweld. Beperking van de Gezondheidsmonitor 2012 was dat deze gericht was op huiselijk geweld en niet specifiek op (de verschillende vormen van) ouderenmishandeling. Daarnaast is de inschatting dat de meest kwetsbare ouderen minder vertegenwoordigd zijn onder de respondenten, waardoor er een vertekend beeld kan zijn ontstaan ten aanzien van de gevonden associaties. Ten slotte was de wijze van afname schriftelijk en niet middels interviews en kregen mensen vragen die de termen huiselijk geweld, slachtoffer en dader bevatten. Het vragen naar feitelijke gebeurtenissen zou betrouwbaardere gegevens hebben kunnen opleveren omdat mensen zich daar mogelijk beter in herkennen.

Meldingen huiselijk geweld Veilig Thuis (VT) verzameld door Movisie (2014)

De meldingen bij Veilig Thuis van ouderenmishandeling in huiselijke kring in de jaren 2012-2014 gaven het volgende beeld:

- Er bleken vaker meldingen van vrouwen (tussen 67 en 73%) dan van mannen (tussen 27 en 32%) die slachtoffer van huiselijk geweld waren.
- De meeste meldingen betroffen mensen in de leeftijdsgroep 70 tot 79 jaar (circa 40%) (overige leeftijdscategorieën: 65 tot 69 jaar: circa 25%; 80 tot 89 jaar: circa 28%; en ≥ 90 jaar: circa 8%).
- De meeste meldingen betroffen slachtoffers die samenwonend waren (53% woonde samen met een partner of iemand anders), 40% woonde alleen en 7% woonde in een instelling.

De vermoedelijke pleger kwam meestal uit huiselijke kring: kinderen waren het meest voorkomende (van 36% in 2012, 52% in 2013 en 61% in 2014), daarna partners (32% in 2012 en 2014, 33% in 2013), daarna overige (40,2% in 2012; 17,2% in 2013, en 11,6% in 2014).

Het Barometeronderzoek (2013 & 2014)

In een (internet)enquête heeft het Verwey-Jonker Instituut bij zorgprofessionals en vrijwilligers in de zorg en ouderenwelzijn gevraagd naar hun ervaringen van (vermoedelijke) ouderenmishandeling. In 40% van gevallen was sprake van ontspoorde mantelzorg of overbelasting van de (vermoedelijke) pleger. Hierbij werd geen duidelijke uitspraak gedaan over de aanwezigheid van psychopathologie bij de pleger.

Meldingen Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2011 tot 2014)

De meldingen van ouderenmishandeling die de IGJ tussen 2011 en 2014 uit verpleeg- en verzorgingshuizen ontving, omvatten in 70% van de gevallen ouderen die psychogeriatrische zorg ontvingen. De (vermoedelijke) pleger was in de meeste gevallen de zorgprofessional (75,9%) gevolgd door vrijwilligers (15,5%) en leerlingen (11,6%).

Rapport Verwey Jonker instituut, 2010

In 2010 heeft het Verwey-Jonker instituut een rapport opgesteld over interculturele aspecten van ouderenmishandeling. De opzet van het rapport was inventariserend van aard. Resultaten werden onder andere verkregen middels interviews met kwetsbare ouderen met een migratieachtergrond alsook vertegenwoordigers van zelforganisaties en sleutelfiguren van de verschillende migrantengroeperingen. Ook diverse instanties die hulp bieden aan mensen bij (vragen over) mantelzorg of huiselijke geweld en enkele experts werden geïnterviewd.

Uit de interviews kwam naar voren dat beperkingen in fysieke gezondheid en lagere sociaaleconomische omstandigheden in duidelijke mate aanwezig waren bij de geïnterviewde ouderen met een migratieachtergrond. Dit zijn factoren die als potentiële risicofactoren zouden kunnen worden gezien op het ontstaan van ouderenmishandeling. De ouderen met een migratieachtergrond hadden over het algemeen wel een beter sociaal vangnet en leunden zwaarder op het eigen netwerk. Uit de interviews bleek dat financiële uitbuiting het vaakst voorkwam bij ouderen met een migratieachtergrond. Andere vormen van ouderenmishandeling bleken in gezinnen met een migratieachtergrond even frequent voor te komen als in gezinnen zonder een migratieachtergrond.

Prevalentie onderzoek aard en omvang van ouderenmishandeling (Regioplan, 2018)

In deze studie werd naast naar de prevalentie ook gekeken naar de rol van risicofactoren op het ontstaan van

ouderenmishandeling. De studie bestond uit een interviewstudie en informantenstudie. Bij de interviewstudie werd de aanwezigheid van risicofactoren, in deze studie kwetsbaarheden genoemd, geïnventariseerd. Vervolgens werden aanwezige kwetsbaarheden bij slachtoffers vergeleken met niet-slachtoffers. Bij de groep plegers werden de resultaten enkel beschreven en was vergelijking onmogelijk. Bij de informantenstudie werden de kenmerken van vermoedelijke slachtoffers en vermoedelijke plegers gerapporteerd.

De interviewstudie (augustus 2017 tot en met eind februari 2018)

In totaal 55 respondenten (27 mannen, 28 vrouwen) rapporteerden slachtofferschap van een vorm (of meer vormen) van ouderenmishandeling sinds 65-jarige leeftijd.

Slachtoffers (vastgesteld)

Nagenoeg alle slachtoffers hadden een Nederlandse achtergrond (98,2%). De volgende kwetsbaarheden waren vaker aanwezig bij slachtoffers, in vergelijking tot niet-slachtoffers (ook als werd gewogen naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau conform de algemene bevolking van 65-plussers):

1. *Financieel gebied*: moeilijk rondkomen ($\chi^2=6,47$; $p=0,04$; $df=2$) en betalingsachterstanden ($\chi^2=7,02$; $p=0,01$; $df=1$).
2. *Gezondheid*: meer chronische gezondheidsklachten: lagere ervaren gezondheid ($t=2,69$; $p=0,01$); meer gezondheidsklachten ($t=-1,73$; $p=0,08$) (trend); meer chronische gezondheidsklachten ($t=-1,68$; $p=0,09$); (trend); doet minder aan lichamelijke beweging ($\chi^2=3,89$; $p=0,048$; $df=1$).
3. *Zelfredzaamheid en behoefte aan hulp*: lagere zelfredzaamheid ($t=2,52$; $p=0,02$; $df=57,1$); vaker formele hulp ($\chi^2=11,23$; $p=0,00$; $df=1$).
4. *Eenzaamheid en sociale participatie*: hogere eenzaamheidsscore ($t=3,66$; $p=0,00$); minder sociale participatie ($\chi^2=11,85$; $p=0,00$; $df=1$); minder deelname culturele activiteiten ($\chi^2=4,35$; $p=0,04$; $df=1$); minder uitjes ($\chi^2=17,98$; $p=0,00$; $df=1$); minder vakantie ($\chi^2=7,88$; $p=0,00$; $df=1$).
5. *Eerder slachtofferschap mishandeling (voor 65ste levensjaar)*: eerder slachtoffer van mishandeling in algemene zin ($\chi^2=6,89$; $p=0,01$; $df=1$); fysieke mishandeling ($\chi^2=11,62$; $p=0,00$; $df=1$); psychische mishandeling ($\chi^2=3,10$; $p=0,08$; $df=1$) (trend); seksuele mishandeling ($\chi^2=7,63$; $p=0,01$; $df=1$).
6. *Algemene levenstevredenheid*: lagere levenstevredenheid ($t=3,63$; $p=0,00$).
7. *Stressvolle gebeurtenissen*: meer stressvolle levensgebeurtenissen sinds 65e levensjaar ($t=-3,20$; $p=0,00$).
8. *Psychisch functioneren*: vaker depressieklachten ($\chi^2=26,22$; $p=0,00$; $df=1$); meer stressklachten ($\chi^2=28,92$; $p=0,00$; $df=1$).

Concluderend laten op basis van de interviewstudie de resultaten (van statistische toetsen) zien dat slachtoffers vergeleken met niet-slachtoffers:

- vaker moeilijkheden op financieel gebied hebben;
- meer gezondheidsklachten ervaren/hebben;
- minder zelfredzaam zijn en meer behoefte aan formele hulp hebben;
- minder participeren en eenzaam zijn;
- vaker eerder (voor 65 jaar) slachtoffer van mishandeling zijn;
- een lagere levenstevredenheid hebben;
- meer stressvolle levensgebeurtenissen (exclusief mishandeling) hebben meegemaakt;

- en meer psychische klachten zoals depressie-en stressklachten ervaren.

De resultaten duiden erop dat slachtoffers op een aantal vlakken kwetsbaarder zijn dan 65-plussers die géén slachtoffer van ouderenmishandeling zijn. Onduidelijk is echter hoe de samenhang tussen de kwetsbaarheden en het slachtofferschap getypeerd kan worden; zo is er niet zonder meer sprake van een oorzakelijk verband.

Plegers (vastgesteld)

Van de gerapporteerde plegers bleken bijna zes op de tien man. De plegers betroffen veelal een vriend(in) of kennis, buurman, broer of zus, of zoon of dochter van het slachtoffer. Hoewel in alle gevallen sprake was van een pleger uit de sociale kring van het slachtoffer, is door de meeste slachtoffers niet expliciet blij gegeven van afhankelijkheid van de pleger. Voor zover bekend had een deel van de plegers te maken met financiële problemen, verslavingsproblemen en/of emotionele problemen, of was men met politie of justitie in aanraking geweest. Daarnaast had een deel van de plegers een zeer beperkte sociale kring. De verkregen informatie over plegers was niet altijd compleet, omdat alle informatie over de pleger is gebaseerd op de antwoorden van de respondent.

De informantenstudie (november 2017 tot en met februari 2018)

Er lijkt door de informanten (51 informanten uit 16 beroepsgroepen) een meer kwetsbare groep vermoedelijk slachtoffers in beeld gebracht te zijn dan met de interviewstudie. De vermoedelijk slachtoffers die werden gesignaleerd waren merendeels vrouw, bijna de helft van de vermoedelijk slachtoffers was op hoge leeftijd (80 jaar of ouder) en circa tien procent had een niet-Nederlandse herkomst. Voor een deel (bijna 1 op de 5) van de vermoedelijk slachtoffers vermoedden informanten dat deze slachtoffers een lage sociaaleconomische status hadden. De helft van de vermoedelijk slachtoffers was gehuwd en woonachtig met een partner. Een kwart van de vermoedelijk slachtoffers was weduwe/weduwnaar.

Daarnaast werden door de informanten nog de volgende kenmerken gezien bij de vermoedelijke slachtoffers:

1. Bij bijna de helft van de vermoedelijke slachtoffers was er mogelijk sprake van geheugenproblemen.
2. Eén op de vijf had te maken met stressklachten.
3. Voor drie op de vier vermoedelijke slachtoffers gold dat ze niet of beperkt zelfredzaam waren.
4. Bij ongeveer de helft van de vermoedelijke slachtoffers was sprake van eenzaamheid en miste een sociaal netwerk.
5. Bij ruim een kwart van de vermoedelijke slachtoffers was er mogelijk sprake van financiële problemen.

Van de vermoedelijke plegers bleek de meerderheid man te zijn. Het vaakst betrof het de echtgenoot (en minder echtgenote) van het slachtoffer als vermoedelijk pleger, gevolgd door een zoon of dochter, maar ook ging het in een aantal gevallen om professionals werkzaam bij een zorginstelling. Ook aan de kant van de vermoedelijk pleger bleek er sprake te zijn van kwetsbaarheden: bij ruim een derde bleek er mogelijk sprake van financiële problemen, zoals het hebben van schulden. Daarnaast speelde bij een deel van de vermoedelijk plegers problematiek als een (Alzheimer-) dementie, een licht verstandelijke beperking of verslaving een rol. Er werd met name over een vermoeden van ouderenmishandeling in een context van ontspoorde mantelzorg (onmacht, onvermogen, overbelasting bij pleger) gerapporteerd. Ook betrof het volgens de informanten soms

een situatie van wederkerig slachtofferschap, waarbij er volgens hen sprake was van vermoedelijke mishandeling tussen partners onderling en het onderscheid tussen vermoedelijk pleger en vermoedelijk slachtoffer niet altijd duidelijk was.

Concluderend is zowel in de interviewstudie als in de informantenstudie aandacht besteed aan kwetsbaarheden als mogelijke risicofactoren voor ouderenmishandeling, waarbij de onderzoekers echter aangaven dat een daadwerkelijk oorzakelijk verband tussen het optreden van ouderenmishandeling en de gerapporteerde factoren niet kon worden vastgesteld.

Internationale literatuur

Risicofactoren op ouderenmishandeling zijn onderzocht in verschillende studies wereldwijd. De volgende studies worden hieronder beschreven: Dong (2013 en 2015), Johannesen (2013), McCausland (2016) en Pillemer (2016). In sommige studies werd er duidelijk gesproken over risicofactoren voor het ontstaan van ouderenmishandeling, bij andere studies werd er puur gesproken over associaties met het ontstaan van ouderenmishandeling. De terminologie gebruikt in de betreffende studie is hierbij aangehouden.

De systematische review van Dong (2013) geeft een overzicht van de literatuur (41 studies) over de associatie tussen psychische stress (zowel door de patiënt zelf waargenomen als de aanwezigheid van de klinische diagnose depressieve stoornis bij de patiënt) en ouderenmishandeling. De studies betroffen, op 1 studie na, allen zelfstandig wonende ouderen. Zowel een depressieve stoornis als gevoelens van eenzaamheid waren geassocieerd met alle vormen van ouderenmishandeling. De OR in studies varieerde van OR 1,44, 95% en BI 1,11 tot 1,87 (Dong 2009c) tot OR 3,26, 95% en BI 1,49 tot 7,10 (Dong, 2008). Verder liet de studie van Acerno (2010) een associatie zien tussen een beperkt sociaal netwerk en de vormen psychische mishandeling (OR 3,17, 95% BI: 2,14 tot 4,69), lichamelijke mishandeling (OR 2,95, 95% BI: 1,19 tot 7,30), seksueel misbruik (OR 5,68, 95% BI: 1,30 tot 2,44) en verwaarlozing (OR 4,14, 95% BI: 2,34 tot 7,35). In vergelijking met de studies betreffende slachtofferkarakteristieken bleek de hoeveelheid studies over mantelzorgkarakteristieken schaars. Williamson (2001) beschreef wel bij oudere zorgontvangers een correlatie met blootstelling aan ouderenmishandeling door een mantelzorger als de week voorafgaand een verhoogd risico op een depressieve stoornis was vastgesteld bij die mantelzorger ($r=0,39$, $p<0.001$). Hierbij werd voor demografische factoren, aard van de relatie en ziekte-ernst bij het slachtoffer gecorrigeerd.

In *de systematische review van Johannesen (2013)* werden 49 studies betreffende ouderenmishandeling bij zelfstandig wonende ouderen geïnccludeerd. Studies met volwassenen <55 jaar en studies die zelfverwaarlozing als vorm van ouderenmishandeling definieerden, werden geëxcludeerd. De studies werden middels een vooraf opgestelde set criteria (gebaseerd op de STROBE Statement, Von Elm, 2007) beoordeeld op de hoogte van kwaliteit. Van de 37 statistisch significante risicofactoren die in de studies werden geïdentificeerd, waren 13 risicofactoren aanwezig in minimaal vier van de hoog-kwalitatieve studies. Deze 13 risicofactoren waren van toepassing op het slachtoffer, de pleger en omgevingsfactoren:

Slachtoffer

Cognitieve beperkingen en dementie

Deze factor werd vooral gezien bij de aanwezigheid van afhankelijkheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Studie-uitkomsten voor deze risicofactor varieerden van OR 1,20, 95% BI; 1,00 tot 1,40 (Cooper, 2008) tot OR 3,0, 95% BI; 1,10 tot 7,70 (Lachs, 1997).

Probleemgedrag bij ouderen met ADL-afhankelijkheid dan wel dementie

Studie-uitkomsten voor deze risicofactor varieerden van OR 1,56, 95% BI; 1,21 tot 2,00 (Ogioni, 2007) tot OR 38,3, 95% BI; 4,6 tot 326 (Cooper, 2008).

Een psychiatrische aandoening of psychische problemen

Deze risicofactor werd vooral gezien in de aanwezigheid van ADL-afhankelijkheid. Studie-uitkomsten voor deze risicofactor varieerden voor alle vormen van ouderenmishandeling van OR 2,39, 95% BI; 1,17 tot 4,89 (Shugarman, 2003) tot OR 3,26, 95% BI; 1,49 tot 7,10 (Dong, 2008); voor financieel misbruik was er één studie met een OR 1,87, 95% BI; 1,24 tot 2,83 (Comijs, 1998); voor psychische mishandeling varieerde de OR van 1,05, 95% BI; 1,00 tot 1,10 (Daly, 2007) tot OR 1,65 95% BI; 1,01 tot 2,72 (Garre-Olmo, 2009).

Functionele afhankelijkheid/beperkingen

Deze risicofactor voor alle vormen van ouderenmishandeling varieerde met een OR 1,30, 95% BI; 1,10 tot 1,80 (Lachs, 1997) tot een OR 4,39, 95% BI; 2,44 tot 7,88 (Perez-Carceles, 2009), voor psychische mishandeling met een OR 1,55, 95% BI; 1,19 tot 2,03 (Comijs, 1998) tot een OR van 1,83, 95% BI; 1,27 tot 2,71 (Acierno, 2010); voor studies voor financieel misbruik met een OR van 1,14, 95% BI; 1,01 tot 1,28 (Comijs, 1998) tot een OR 2,00, 95% BI; 1,51 tot 2,64 (Acierno, 2010). Eén studie voor verwaarlozing betrof een OR van 1,98, 95% BI; 1,96 tot 4,99 (Cohen, 2008). Eén studie is hier niet benoemd omdat odds ratio's ontbraken.

Matige fysieke gezondheid of kwetsbaarheid

De OR van deze risicofactor voor alle vormen van ouderenmishandeling betrof in één studie 1,18, 95% BI; 1,03 tot 1,34 (Buri, 2006); in een studie voor verwaarlozing was de OR 2,18, 95% BI; 1,42 tot 3,37 (Acierno, 2010); en in een studie voor psychische mishandeling was de OR van 1,55, 95% BI; 1,19 tot 2,03 (Comijs, 1998). Er waren nog een aantal andere studies die hier niet zijn benoemd omdat odds ratio's ontbraken.

Laag inkomen

De studieresultaten voor deze risicofactor die betrekking had op alle vormen van ouderenmishandeling varieerden van een OR van 1,91, 95% BI; 1,10 tot 3,34 (Buri, 2006) tot een OR van 4,84, 95% BI; 3,03 tot 7,75 (Oh, 2006). De studies-resultaten voor deze risicofactor voor financieel misbruik varieerden met een OR van 1,83, 95% BI; 1,05 tot 3,20 (Garre-Olmo, 2009) tot een OR van 9,80, 95% BI; 4,89 tot 19,60 (Oh, 2006); voor psychische mishandeling was de OR 4,10, 95% BI; 2,23 tot 7,55 (Oh, 2006); voor lichamelijke mishandeling was de OR 4,42, 95% BI; 1,85 tot 10,55 (Oh, 2006); voor verwaarlozing was de OR 3,36, 95% BI; 1,67 tot 6,74 (Oh, 2006).

Doorgemaakt trauma of eerdere mishandeling

In een studie voor psychische mishandeling was de OR voor deze risicofactor 2,27, 95% BI; 1,47 tot 3,51 (Acierno, 2010). Details over het doorgemaakt trauma werden niet toegelicht.

Etniciteit

De studieresultaten lieten een relatie zien tussen financieel misbruik en het hebben van een Afrikaans-Amerikaanse etniciteit met een OR variërend van 1,77, 95% BI onbekend (Lauman, 2008) tot een OR van 8,57, 95% BI onbekend (Beach, 2010). De studieresultaten beschreven daarnaast een relatie tussen het voorkomen van alle vormen van ouderenmishandeling en het hebben van een niet-blanke huidskleur (OR 4,00, 95% BI 2,20 tot 7,20 (Lachs, 1997).

Mantelzorger als pleger

Overbelasting of stress bij mantelzorger

Deze risicofactor werd gezien bij ouderen met ADL-beperkingen dan wel dementie. Voor alle vormen van ouderenmishandeling varieerde de OR van 1,10, 95% BI 1,00 tot 1,10 (Cooper, 2008) tot OR 1,81, 95% BI 1,19 tot 2,74 (Cohen, 2007).

Psychiatrische ziekten of psychische problemen

Eén studie voor lichamelijke mishandeling toonde een OR voor deze risicofactor van 3,12, 95% BI 1,37 tot 7,12 (Paveza, 1992).

Relationeel

Conflicten binnen de familie

Deze risicofactor werd vooral gezien bij ouderen met ADL-beperkingen of dementie. Voor alle vormen van ouderenmishandeling varieerde de OR van 1,05, 95% BI 1,02 tot 1,07 (Cooney, 2006) tot OR 9,01, 95% BI 4,84 tot 16,78 (Perez-Carceles, 2009). De OR voor psychische mishandeling was OR 6,67, 95% BI 3,03 tot 16,67 (Oh, 2006), de OR voor financieel misbruik was OR 5,00, 95% BI 2,18 tot 11,11 (Oh, 2006), de OR voor verwaarlozing was OR 7,14, 95% BI 3,22 tot 16,67 (Oh, 2006).

Omgeving gerelateerd

Laag niveau van sociale steun vanuit de omgeving

Deze risicofactor was vooral aanwezig bij ADL-beperkingen. Voor alle vormen van ouderenmishandeling varieerde de OR voor deze risicofactor van 3,54, 95% BI 1,54 tot 8,13 (Shugarman, 2003) tot OR 4,59, 95% BI 2,37 tot 8,85 (Buri, 2006). Voor psychische mishandeling varieerde de OR van 2,86, 95% BI 1,45 tot 5,56 (Garre-Olmo, 2009) tot OR 3,17, 95% BI 2,14 tot 4,69 (Acierno, 2010). Voor verwaarlozing varieerde de OR van 1,92, 95% BI 1,01 tot 3,70 (Garre-Olmo, 2009) tot OR 4,14, 95% BI 2,34 tot 7,35 (Acierno, 2010).

Samenwonend met anderen

Voor alle vormen van ouderenmishandeling varieerde de OR van deze risicofactor van 1,96, 95% BI 1,16 tot 3,32 (Oh, 2006) tot een OR van 3,30, 95% BI 1,20 tot 10,00 (Lachs, 1997). Voor verwaarlozing betrof de OR 5,29, 95% BI 2,65 tot 10,56 (Garre-Omo, 2009), voor financieel misbruik betrof de OR 2,74, 95% BI 1,34 tot 5,60 (Oh, 2006), voor psychische mishandeling betrof de OR 1,61, 95% BI 1,22 tot 2,15 (Comijs, 1998) en tenslotte voor lichamelijke mishandeling betrof de OR 2,97, 95% BI 1,30 tot 6,76 (Paveza, 1992).

Overige slachtoffer gerelateerde risicofactoren die mogelijk een rol spelen bij ouderenmishandeling waren: eenzaamheid, alcoholmisbruik, bepaalde persoonlijkheidstrekken zoals bijvoorbeeld passende bij een antisociale persoonlijkheid, incontinentie en de afwezigheid van een vaste arts (geen referentie of OR vermeld). Er werd geen significante associatie gevonden tussen ouderenmishandeling en de factoren leeftijd, geslacht en

opleidingsniveau. Bij de mantelzorger bleek geslacht ook geen significante risicofactor. Ten slotte bleek een hoog niveau van sociale steun een beschermende factor voor alle vormen van ouderenmishandeling met een OR van 0,41, 95% BI 0,19 tot 0,90 (Dong, 2008).

In *de systematische review van Dong (2015)* werden in de 35 geanalyseerde studies de onderstaande mogelijke risicofactoren op ouderenmishandeling gevonden bij zelfstandig wonende ouderen (studies met volwassenen jonger dan 60 jaar en studies die Engels niet als voertaal hadden, werden geëxcludeerd door de onderzoekers).

Bij de analyse werden voor de risico- en beschermende factoren alleen studies geïnccludeerd waarbij ouderenmishandeling duidelijk was gedefinieerd als primaire onafhankelijke variabele, waarbij potentiële confounders werden meegenomen in de analyse van de studie en waarbij odds ratio's en betrouwbaarheidsintervallen waren vermeld. Studies waarbij alleen een bivariate analyse werd toegepast werden geëxcludeerd. Cognitieve stoornissen bleken de meest consistente risicofactor in de geïnccludeerde studies. De studie van VandeWeerd (2013) toonde bij ouderen met dementie van het Alzheimer-type een 4,8x hoger risico op lichamelijke ouderenmishandeling dan ouderen zonder dementie (OR 4,82, 95% BI 3,51 tot 12,52). De factoren fysieke functiebeperkingen, psychische stress/depressieve stoornis/angstklachten en beperkt sociaal netwerk/eenzaamheid bleken in bepaalde onderzoeken geassocieerd met een verhoogd risico op alle vormen van ouderenmishandeling en in andere studies bleek juist dat dit specifiek de vormen psychische mishandeling of zelfverwaarlozing betrof. De OR varieerde voor fysieke functiebeperkingen van een OR van 1,08, 95% BI 1,03 tot 1,13 (Dong, 2010) tot een OR van 1,40, 95% BI 0,40 tot 4,60 (Lachs, 1997). De OR varieerde voor een beperkt sociaal netwerk/eenzaamheid van een OR van 1,17, 95% BI 0,77 tot 1,77 (Yan, 2012) tot een OR van 4,06, 95% BI 1,49 tot 11,10 (Dong, 2007). De verschillende studies leverden geen consistente associaties op betreffende sociodemografische en socio-economische kenmerken (Beach, 2010; Oh, 2006; Naughton, 2012; Chokkanathan, 2014; Dong, 2010; Abrams, 2002; Yan, 2012).

In *de systematische review van McCausland (2016)* (zes studies) werd gekeken naar ouderenmishandeling bij ouderen met dementie. Uit meerdere studies bleek dat agressie van de oudere, in het verleden óf als nieuw symptoom van dementie, gecorreleerd was met mishandeling door de mantelzorger (Cooper, 2010: $r = -0.3$ ($p < 0.001$): correlatie mishandeling met positief "belonende" relaties). In de studie van Coyne (1993) was 33,1% van de geïnterviewde mantelzorgers zelf slachtoffer van mishandeling door de oudere met dementie. Wanneer de oudere met dementie in het verleden zelf voormalig pleger was geweest van huiselijk geweld verdubbelde dit percentage. Mantelzorgers die levenslang bloot hadden gestaan aan mishandeling door degene waar ze, nu deze ouder en dementerend was geworden, zorg voor droegen, hadden een 2x zo hoge kans om zelf pleger te worden van ouderenmishandeling.

In *het literatuuroverzicht van Pillemer (2016)* (20 studies) werd een overzicht gegeven van wereldwijde studies betreffende bevolkingsonderzoek naar mogelijke risicofactoren voor verschillende vormen van ouderenmishandeling. Hierin werd een indeling gemaakt in sterke risicofactoren die ondersteund werden door substantieel bewijs; potentiële risicofactoren waar de bewijslast varieerde/of beperkt aanwezig was; en dubieuze risicofactoren waar duidelijk bewijs ontbrak. De wijze waarop deze indeling werd gedaan is niet verder uitgelegd. Ten slotte werd er nog een beschermend factor besproken.

Slachtoffer

Mogelijke risicofactoren die als sterk werden beschreven waren functionele afhankelijkheid of functionele beperkingen, een slechte fysieke gezondheid, cognitieve beperkingen of dementie, slechte psychische of emotionele gezondheid en een laag inkomen of lage sociaaleconomische status. Mogelijke risicofactoren die als potentieel werden beschreven waren het mannelijk of vrouwelijke geslacht, een hogere of lagere leeftijd, financiële afhankelijkheid en ras of etniciteit.

Pleger

Mogelijke risicofactoren die als sterk werden beschreven waren het hebben van een psychiatrische ziekte en misbruik van alcohol of middelen en emotionele of financiële afhankelijkheid van het slachtoffer.

Relatie slachtoffer-pleger

Mogelijke risicofactoren die als potentieel werden beschreven waren de relatie tot het slachtoffer (welke wereldwijd variëren tussen partner en kinderen) en huwelijkse staat of juist het alleen wonen.

Omgeving

Mogelijke risicofactoren die als potentieel werden beschreven waren de geografische locatie en woonplaats.

Maatschappelijk

Mogelijke risicofactoren die als dubieus werden beschreven waren een negatief beeld over ouderen en de invloed van sociale en culturele normen en waarden.

Beschermende factoren

Mogelijke beschermende factoren die als sterk werden beschreven waren sociaal netwerk waar een gedeelde leefomgeving juist een risicofactor was.

Bij alle beschreven risico- en beschermende factoren ontbraken cijfers en statistische toetsbeschrijvingen (OR, p-waarden, BI).

Beperkingen van de bestudeerde studies

De studies die zijn bestudeerd voor het beantwoorden van de deelvraag worden gekenmerkt door een zeer grote variatie in gebruikte definities van ouderenmishandeling, patiëntpopulaties en steekproefomvang, meetinstrumenten, meetmethoden en geïnccludeerde risicofactoren. Dit maakt dat de beschreven uitkomsten moeilijk met elkaar te vergelijken zijn en met terughoudendheid moeten worden geïnterpreteerd. Daarnaast werd bij een groot deel van de bestudeerde reviews geen kwaliteitstoetsing van de geïnccludeerde studies gedaan en was de rapportage van onderzoeksmethoden en resultaten vaak suboptimaal. Hierdoor is de interpretatie en aggregatie van onderzoeksresultaten een uitdaging.

Zoeken en selecteren

In de database Medline (via OVID) is op 9 maart 2017 met relevante zoektermen gezocht naar studies over de achtergrond van ouderenmishandeling. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 3079 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: systematische reviews en overige studiedesigns gericht op ouderenmishandeling en/of mishandeling bij volwassenen. In eerste instantie werden 102 studies voorgeselecteerd op basis van de

volgende selectiecriteria: klinische studies over mishandeling bij oudere patiënten (humaan). Vervolgens zijn door twee beoordelaars op basis van titel en abstract 13 studies geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst werden vervolgens drie studies geëxcludeerd en zijn 10 studies definitief geselecteerd. De volgende studies zijn opgenomen in de literatuuranalyse: Mysuk, 2012; Mysuk, 2016; Heath, 2009; Comijs, 1998; Yon, 2017; Dong, 2013; Johanessen, 2013; Dong, 2015; McCausland, 2016 en Pillemer, 2016.

Verder is in deze module gebruikt gemaakt van beleidstukken en rapporten van relevante instanties:

1. Rapport Interculturele aspecten van ouderenmishandeling, Verwey-Jonker Instituut, 2010:
[https://www.verwey-jonker.nl/publicaties/2010/interculturele aspecten van ouderenmishandeling](https://www.verwey-jonker.nl/publicaties/2010/interculturele_aspecten_van_ouderenmishandeling), geraadpleegd op 21-10-2016.
2. SCP-rapport Ouderenmishandeling in Nederland, 2015,
[https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Ouderenmishandeling in Nederland](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Ouderenmishandeling_in_Nederland), geraadpleegd op 21-10-2016.
3. Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>, geraadpleegd op 15-02-2018).
4. Gezondheidsmonitor Volwassenen en ouderen, 2016: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>, geraadpleegd op 15-02-2018).
5. Prevalentieonderzoek Aard en omvang ouderenmishandeling, Regioplan, mei 2018,
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/05/17/aard-en-omvang-ouderenmishandeling>, geraadpleegd 13-06-2018.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

In onderstaande kaders staat een korte samenvatting van de voor de uitgangsvragen gebruikte Nederlandse onderzoeken. Daarnaast wordt in deze module regelmatig gerefereerd aan het Actieplan 'Ouderen in veilige handen', Ministerie van VWS, 30 maart 2011.

Tabel 1 Onderzoeken gebruikt in rapport Ouderenmishandeling in Nederland (Sociaal en Cultureel Planbureau 2015)

De gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

De Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 zijn uitgevoerd door de GGD's, CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) en RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en bevatten informatie over de gezondheid, sociale situatie en leefstijl van de Nederlandse bevolking van negentien jaar en ouder verkregen middels een grootschalige enquête.

In de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012 werd aan ouderen (aselecte streekproef uit de gemeentelijke basisadministratie) die op 1 januari 2013 65 jaar of ouder waren, gevraagd of ze -in het afgelopen jaar, tot vijf

jaar geleden of langer dan vijf jaar geleden- slachtoffer waren geweest van huiselijk geweld. De geweldsvormen waarnaar werd gevraagd zijn psychisch of emotioneel geweld, lichamelijk geweld, ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik. Financiële misbruik en verwaarlozing ontbraken.

In de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 werden specifiek vragen gesteld aan respondenten van 65 jaar en ouder over ouderenmishandeling. Het ging om nare gebeurtenissen in de thuissituatie aangedaan door gezinsleden, familieleden, (ex-) partners, huisvrienden, of door personen van wie de respondent afhankelijk is zoals een professionele hulpverlener of een mantelzorger. Het volgende werd voorgelegd: heeft iemand in de thuissituatie u de afgelopen 12 maanden:

Beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden?

- Geslagen, geschopt, geknepen of op een andere manier lichamelijk geweld aangedaan?
- Niet willen helpen met uw persoonlijke verzorging (zoals helpen met wassen, aankleden of naar het toilet gaan) terwijl die persoon wist dat u hulp nodig had?
- Financieel benadeeld (zoals geld of bezit afpakken of iets kopen op uw kosten zonder uw toestemming)?
- Uw vrijheid beperkt of uw privacy geschonden (zoals door het achterhouden van uw post of door u te verbieden het huis uit te gaan of te telefoneren)?
- Ongewenste seksuele opmerkingen gemaakt of aangeraakt zonder dat u dat wilde?

Meldingen Veilig Thuis verzameld door Movisie (2014)

Movisie verzamelde in samenwerking met het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling (LPBO) tot voor kort jaarlijks alle vragen en meldingen van huiselijk geweld die bij Veilig Thuis binnenkwamen. Het SCP-rapport beschrijft de meldingen betreffende huiselijk geweld over 2012, 2013 en de eerste helft van 2014. Hierbij werd onder huiselijk geweld verstaan: psychisch of emotioneel geweld, lichamelijk geweld, ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik. In 2014 is voor de eerste keer het aantal meldingen over ouderenmishandeling onderverdeeld in meldingen en adviesvragen. In voorgaande jaren werd dit onderscheid niet gemaakt door de Steunpunten Huiselijk Geweld (nu Veilig Thuis). Het geven van advies en het aannemen en onderzoeken van meldingen zijn twee wettelijke taken van Veilig Thuis.

In juni 2015 verscheen de factsheet ouderenmishandeling van Movisie. Hierin staan ook de meldingen en adviesvragen over de tweede helft van 2014 vermeld en vormen een toevoeging op het SCP-rapport 2015.

Barometeronderzoek (2013 & 2014)

Het Barometeronderzoek is een online-enquête van het Verwey-Jonker Instituut in de regio's Gelderland-Zuid en Amsterdam waar aan zorgprofessionals en vrijwilligers in de ouderenzorg is gevraagd naar ervaringen met vormen van (vermoedelijke) ouderenmishandeling waarmee men in het afgelopen jaar te maken heeft gehad.

Meldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2011 tot 2014)

In de periode 2011 tot 2014 registreerde de IGJ-meldingen van ouderenmishandeling door zorgprofessionals in zorginstellingen. In het SCP-rapport 2015 wordt alleen ingegaan op mishandeling door zorgprofessionals/leerlingen/vrijwilligers in intramurale instellingen, omdat het aantal meldingen over mishandeling in de thuiszorg te laag was.

NB bij navraag bij IGJ in juli zijn er na deze publicatie geen nieuwe cijfers bekend gemaakt van na 2014.

Tabel 2 Rapport Interculturele aspecten van ouderenmishandeling (Verwey Jonker instituut 2010)

Doelstelling van het onderzoek was meer inzicht te verschaffen in de specifieke problematiek met betrekking tot ouderenmishandeling en allochtonen.

Het onderzoek bestond uit vier onderdelen.

1. Een beknopt literatuuronderzoek waarin werd nagegaan wat al bekend was over de positie van ouderen in allochtone gezinssystemen, mantelzorg en ouderenmishandeling in allochtone gezinnen.

2. Interviews met

- vertegenwoordigers van zelforganisaties en sleutelfiguren van de verschillende allochtone groeperingen in Amsterdam en diverse instanties die hulp bieden aan mensen bij (vragen over) mantelzorg of huiselijk geweld alsook enkele experts.

- kwetsbare oudere allochtonen en (hun) mantelzorgers.

Deze interviews hadden tot doel de onderzoeksresultaten te verdiepen door concrete casuïstiek, op het terrein van (overbelasting bij) mantelzorg, belemmeringen in de eigen leefsituatie of bij (de organisatie van) het Amsterdamse hulpaanbod.

3. Het derde onderdeel van het onderzoek bestond uit een expertmeeting over interculturele aspecten van ouderenmishandeling. Voor deze bijeenkomst zijn twee typen (landelijke en lokale) experts uitgenodigd: experts op het terrein van ouderenmishandeling/huiselijk geweld en experts op het terrein van allochtone ouderen. De expertmeeting had tot doel de resultaten uit het beknopte literatuuronderzoek en de interviews te valideren en aan te vullen en de perspectieven en expertise betreffende oudere allochtonen en ouderenmishandeling met elkaar in verband te brengen. De resultaten van de expertmeeting maken deel uit van de onderzoeksuitkomsten.

5. Het laatste deel van het onderzoek bestond uit het uitbrengen van een advies aan de gemeente, op basis van de uitkomsten van de bovengenoemde onderzoeksonderdelen.

NB In dit onderzoek wordt er gesproken over allochtone ouderen. Tegenwoordig gebruikt men de term persoon en in dit geval oudere met een (Westerse of niet-Westerse) migratieachtergrond (<http://www.cbs.nl>).

Tabel 3 Onderzoeken beschreven in proefschrift Elder mistreatment: Comijs (1999)

In dit proefschrift is verslag gedaan van een bevolkingsonderzoek naar de prevalentie (1994, N=1797), risico-indicatoren (1995, N=73) en de consequenties van ouderenmishandeling (1995). Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van de populatie en data van de 'Amsterdam Study of the Elderly' (Amstel). Het Amstel-onderzoek is een longitudinaal onderzoek naar de cognitieve veroudering van thuiswonende ouderen in Amsterdam (≥ 65 jaar oud). De gemiddelde leeftijd van de respondenten aan het bevolkingsonderzoek (N=1797) was 77,2 jaar (SD 5.5 jaar), in totaal 62,8% van de respondenten was vrouw. De gemiddelde MMSE-score betrof 27,1 voor de niet-slachtoffers en 27,4 voor de slachtoffers. Aan de ouderen werd gevraagd of zij een of meerdere van de 23 voorgelegde vormen van geweld en misbruik hadden meegemaakt. Dit betrof doorgemaakt fysiek of psychisch geweld, financieel misbruik of verwaarlozing vanaf de leeftijd van 65 jaar en ouder. Naar seksueel geweld werd niet gevraagd. Plegers van ouderenmishandeling betroffen zowel niet-professionele als professionele zorgverleners. Bij het interview werd gevraagd naar de frequentie van de mishandeling in het afgelopen jaar. Om de 1-jaars prevalentie te kunnen berekenen is derhalve besloten om bij de vormen verwaarlozing en verbale

agressie (psychische mishandeling) aan de definitie toe te voegen dat deze vorm minstens 10x per jaar in het afgelopen jaar moest hebben plaatsgevonden. Bij lichamelijke mishandeling en financieel misbruik moest dit ten minste 1x in het afgelopen jaar hebben plaatsgevonden.

Tabel 4 Onderzoeken beschreven in prevalentieonderzoek Aard en omvang ouderenmishandeling, Regioplan (mei 2018)

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Regioplan opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren naar de aard en omvang van ouderenmishandeling. Regioplan heeft het onderzoek in samenwerking met Avans Hogeschool (Lectoraat Veiligheid in afhankelijkheidsrelaties) en Leyden Academy on Vitality and Ageing in 2017 en 2018 uitgevoerd.

Het doel van dit onderzoek was tweeledig; het primaire doel was inzicht bieden in de actuele aard en omvang van ouderenmishandeling (op basis van onderzoek in drie Nederlandse gemeenten). Daarnaast moest het onderzoek kennis over ouderenmishandeling verdiepen en zo bijdragen aan het verbeteren van preventie- en interventiestrategieën.

Het onderzoek vond plaats in Rotterdam, Tilburg en Boxtel. Er zijn vooraf enkele kaders gesteld om het onderzoek af te bakenen: de ouderen die aan het onderzoek deelnamen waren (1) 65 jaar en ouder en (2) thuiswonend. In dit onderzoek werd onderscheid gemaakt tussen vijf vormen van ouderenmishandeling: verwaarlozing, psychische mishandeling waaronder schending van rechten, fysieke mishandeling, financiële benadeling en seksuele mishandeling. Om een zo goed mogelijk beeld te kunnen schetsen van de prevalentie is een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden toegepast, namelijk (1) een groot aantal face-to-face-interviews met een representatieve groep van 65-plussers in drie gemeenten van verschillende omvang, de zogenoemde interviewstudie en (2) een informantstudie waarbij signalen van ouderenmishandeling door diverse beroepsgroepen in drie gemeenten werden geregistreerd, (3) registraties van Veilig Thuis (meldingen en adviezen in drie gemeenten) als aanvullende bron en (4) een literatuurstudie als referentiekader voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Interviewstudie:

Een willekeurige steekproef van 8896 65-plussers is per brief uitgenodigd voor het onderzoek. Ruim de helft van de genodigden (52,7%) meldde zich na ontvangst van de brief af. De overgebleven adressen zijn bezocht door interviewers. Uit deze huisbezoeken (N = 4199) zijn in totaal 1015 interviews voortgekomen (24,2% van alle huisbezoeken en 11,4% van de aangeschreven personen). De analyses zijn uitgevoerd met 1002 bruikbare interviews. Van de responsgroep was 47,4 procent vrouw en 52,6 procent man. De gemiddelde leeftijd was 74,8 jaar, met uiteenlopende leeftijden van 65 jaar tot 100 jaar. Respondenten waren relatief hoogopgeleid. Circa 90 procent had een Nederlandse achtergrond.

Informantenstudie:

Gedurende de informantstudie (4 maanden) zijn vermoedens van ouderenmishandeling geregistreerd door informanten uit 16 beroepsgroepen, zoals thuiszorg, verpleging, vrijwilligerswerk en notariaat. De meeste signalen die geregistreerd werden, waren afkomstig van professionals werkzaam in de extramurale zorg.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

- Abrams RC, Lachs M, McAvay G, et al. Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. Am J Psychiatry. 2002;159(10):1724-30. PubMed PMID: 12359679.
- Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. Am J Public Health. 2010;100(2):292-7. doi: 10.2105/AJPH.2009.163089. Epub 2009 Dec 17. PubMed PMID: 20019303; PubMed Central PMCID: PMC2804623.
- Alexandra Hernandez-Tejada M, Amstadter A, Muzzy W, et al. The national elder mistreatment study: race and ethnicity findings. J Elder Abuse Negl. 2013;25(4):281-93. doi: 10.1080/08946566.2013.770305. PubMed PMID: 23768412; PubMed Central PMCID: PMC3694735.
- Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, et al. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. J Interpers Violence. 2011;26(15):2947-72. doi: 10.1177/0886260510390959. Epub 2011 May 20. PubMed PMID: 21602200; PubMed Central PMCID: PMC4182959.
- Anetzberger GJ, Korbin JE, Austin C. Alcoholism and elder abuse. Journal of Interpersonal Violence, 9, 184193. doi:10.1177/088626094009002003. Geen PubMed PMID gevonden. 1994.
- Baker MW, LaCroix AZ, Wu C, et al. Mortality risk associated with physical and verbal abuse in women aged 50 to 79. J Am Geriatr Soc. 2009;57(10):1799-809. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02429.x. Epub 2009 Aug 13. PubMed PMID: 19682130.
- Barometer 2013 & 2014, <https://www.verwey-jonker.nl/publicaties/2015/eindmeting-barometer-ouderenmishandeling-gelderland-zuid> geraadpleegd op 29-12-2016.
- Beach SR, Schulz R, Williamson GM, et al. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. J Am Geriatr Soc. 2005 Feb;53(2):255-61. PubMed PMID: 15673349.
- Beach SR, Schulz R, Castle NG, et al. Financial exploitation and psychological mistreatment among older adults: differences between African Americans and non-African Americans in a population-based survey. Gerontologist. 2010;50(6):744-57. doi: 10.1093/geront/gnq053. Epub 2010 Jul 22. PubMed PMID: 20650947; PubMed Central PMCID: PMC3003550.
- Begle AM, Strachan M, Cisler JM, et al. Elder mistreatment and emotional symptoms among older adults in a largely rural population: the South Carolina elder mistreatment study. J Interpers Violence. 2011;26(11):2321-32. doi: 10.1177/0886260510383037. Epub 2010 Sep 9. PubMed PMID: 20829233; PubMed Central PMCID: PMC3005541.
- Browne K. Family violence: Spouse and elder abuse. In K. Howells & C.R. Hollin (Eds.), Clinical approaches to violence (pp. 119154). Chichester, UK: Wiley. Geen PubMed PMID gevonden. 1989.
- Brozowski K, Hall DR. Growing old in a risk society: Elder abuse in Canada. Journal of Elder Abuse & Neglect, 16, 6581. doi:10.1300/J084v16n03_04. Geen PubMed PMID bekend. 2004.
- Brozowski K, Hall DR. Aging and risk: Physical and sexual abuse of elders in Canada. Journal of Interpersonal Violence, 25, 11831199. doi:10.1177/0886260509340546. Geen PubMed PMID bekend. 2010.
- Buri H, Daly JM, Hartz AJ, et al. Factors associated with self-reported elder mistreatment in Iowas frailest elders. Res Aging 2006;28:562-581. Geen PubMed PMID bekend.
- Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, et al. Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study. J Am Geriatr Soc. 2015;63(9):1906-12. doi: 10.1111/jgs.13601. Epub 2015 Aug 27. PubMed PMID: 26312573.
- Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, et al. Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study. J Am Geriatr Soc. 2015;63(9):1906-12. doi: 10.1111/jgs.13601. Epub 2015 Aug 27. PubMed PMID: 26312573.
- Burnett J, Jackson SL, Sinha AK, et al. Five-year all-cause mortality rates across five categories of substantiated elder abuse

- occurring in the community. *J Elder Abuse Negl.* 2016;28(2):59-75. doi: 10.1080/08946566.2016.1142920. Epub 2016 Jan 21. PubMed PMID: 26797389.
- Bytheway B. Ageism. Buckingham: Open University Press. Geen PubMed PMID gevonden. 1994.
- Cadmus EO, Owoaje ET. Prevalence and correlates of elder abuse among older women in rural and urban communities in South Western Nigeria. *Health Care Women Int.* 2012;33(10):973-84. doi: 10.1080/07399332.2012.655394. PubMed PMID: 22946597.
- Cannell MB, Manini T, Spence-Almaguer E, et al. U.S. population estimates and correlates of sexual abuse of community-dwelling older adults. *J Elder Abuse Negl.* 2014;26(4):398-413. doi:10.1080/08946566.2013.879845. PubMed PMID: 24410194.
- Chokkanathan S. Factors associated with elder mistreatment in rural Tamil Nadu, India: a cross-sectional survey. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2014;29(8):863-9. doi: 10.1002/gps.4073. Epub 2014 Jan 17. PubMed PMID: 24436119.
- Chokkanathan S, Lee AE. Elder mistreatment in urban India: a community based study. *J Elder Abuse Negl.* 2005;17(2):45-61. PubMed PMID: 16611611.
- Cohen M, Levin SH, Gagin R, et al. Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(8):1224-30. PubMed PMID: 17661961.
- Cohen M. Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting. *Intern Med J.* 2008 Sep;38(9):704-7. doi:10.1111/j.1445-5994.2008.01630.x. Epub 2008 Apr 16. PubMed PMID: 18422563.
- Cooney C, Howard R, Lawlor B. Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006;21(6):564-71. PubMed PMID: 16783768.
- Cooper C, Katona C, Finne-Soveri H, et al. Indicators of elder abuse: a crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006;14(6):489-97. PubMed PMID: 16731717.
- Cooper C, Manela M, Katona C, et al. Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(3):283-8. PubMed PMID: 17621366.
- Cooper C, Selwood A, Blanchard M, et al. The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: results of the CARD study. *J Affect Disord.* 2010;121(1-2):136-42. doi: 10.1016/j.jad.2009.05.001. Epub 2009 May 17. PubMed PMID: 19446884.
- Coyne AC, Reichman WE, Berbig LJ. The relationship between dementia and elder abuse. *Am J Psychiatry.* 1993;150(4):643-6. PubMed PMID: 8465884.
- Daly JM, Hartz AJ, Stromquist AM, et al. Self-reported elder domestic partner violence in one rural Iowa county. *Journal of Emotional Abuse* 2007; 7: 115-134. Pubmed PMID niet bekend.
- Donder L, Lang G, Ferreira-Alves J, et al. Risk factors of severity of abuse against older women in the home setting: A multinational European study. *J Women Aging.* 2016;28(6):540-554. PubMed PMID: 27749201.
- Dong X, Chen R, Chang ES, et al. Elder abuse and psychological well-being: a systematic review and implications for research and policy--a mini review. *Gerontology.* 2013;59(2):132-42. doi: 10.1159/000341652. Epub 2012 Aug 24. Review. PubMed PMID: 22922225.
- Dong X, Simon M, Evans D. A population-based study of physical function and risk for elder abuse reported to social service agency: findings from the Chicago health and aging project. *J Appl Gerontol.* 2014;33(7):808-30. doi: 10.1177/0733464812459371. Epub 2012 Sep 17. PubMed PMID: 25231755.
- Dong X, Simon MA, Odwazny R, et al. Depression and elder abuse and neglect among a community-dwelling Chinese elderly population. *J Elder Abuse Negl.* 2008;20(1):25-41. doi: 10.1300/J084v20n01_02. PubMed PMID: 18551905.
- Dong X, Beck T, Simon MA. Loneliness and mistreatment of older Chinese women: does social support matter? *J Women Aging.* 2009a;21(4):293-302. doi:10.1080/08952840903285252. PubMed PMID: 20183154.
- Dong X, Beck T, Simon MA. The associations of gender, depression and elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population: the modifying effect of social support. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50(2):202-8. doi: 10.1016/j.archger.2009.03.011. Epub 2009 Apr 26. PubMed PMID: 19398133.
- Dong X, Simon MA, Gorbien M, et al. Loneliness in older Chinese adults: a risk factor for elder mistreatment. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(11):1831-5. Epub 2007 Oct 16. PubMed PMID: 17944895.
- Dong X, Simon MA, Evans DA. Prevalence of self-neglect across gender, race, and socioeconomic status: findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontology.* 2012;58(3):258-68. doi: 10.1159/000334256. Epub 2011 Dec 21. PubMed PMID: 22189358; PubMed Central PMCID: PMC3362301.

- Dong X, Wilson RS, Mendes de Leon CF, Evans DA. Self-neglect and cognitive function among community-dwelling older persons. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010a;25(8):798-806. doi: 10.1002/gps.2420. PubMed PMID: 19946866.
- Dong X, Simon MA, Wilson RS, Mendes de Leon CF, Rajan KB, Evans DA. Decline in cognitive function and risk of elder self-neglect: finding from the Chicago Health Aging Project. *J Am Geriatr Soc*. 2010b;58(12):2292-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03156.x. PubMed PMID: 21143438; PubMed Central PMCID: PMC3059228.
- Dong X, Simon MA, Evans D. Elder self-neglect and hospitalization: findings from the Chicago Health and Aging Project. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(2):202-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03821.x. Epub 2012 Jan 27. PubMed PMID: 22283642; PubMed Central PMCID: PMC3288156.
- Dong X, Simon MA, Gorbien M. Elder abuse and neglect in an urban chinese population. *J Elder Abuse Negl*. 2007;19(3-4):79-96. PubMed PMID: 18160382.
- Dong X, Simon M, Mendes de Leon C, et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*. 2009b;302(5):517-26. doi: 10.1001/jama.2009.1109. PubMed PMID: 19654386; PubMed Central PMCID: PMC2965589.
- Dong X, Beck T, Simon MA. Loneliness and mistreatment of older Chinese women: does social support matter? *J Women Aging*. 2009c;21(4):293-302. doi:10.1080/08952840903285252. PubMed PMID: 20183154.
- Dong X, Simon M, Rajan K, Evans DA. Association of cognitive function and risk for elder abuse in a community-dwelling population. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;32(3):209-15. doi: 10.1159/000334047. Epub 2011 Nov 16. PubMed PMID: 22095098; PubMed Central PMCID: PMC3237103.
- Dong X, Simon MA. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Intern Med*. 2013;173(10):911-7. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.238. PubMed PMID: 23567991.
- Dong XQ, Simon M, Evans D. Cross-sectional study of the characteristics of reported elder self-neglect in a community-dwelling population: findings from a population-based cohort. *Gerontology*. 2010c;56(3):325-34. doi: 10.1159/000243164. Epub 2009 Sep 26. PubMed PMID: 19786733; PubMed Central PMCID: PMC2865493.
- Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(6):1214-38. doi: 10.1111/jgs.13454. Epub 2015 Jun 11. Review. PubMed PMID: 26096395.
- Friedman LS, Avila S, Tanouye K, et al. A case-control study of severe physical abuse of older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(3):417-22. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03313.x. PubMed PMID: 21391932.
- Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, et al. Frailty and Dependence in Girona Study Group. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(5):815-22. PubMed PMID: 19484837.
- Gezondheidsmonitor GGDen, CBS en RIVM, 2012 & 2016, <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM> (versie 2012 geraadpleegd op 29-12-2016; versie 2016 geraadpleegd op 15-02-2018).
- Gil AP, Kislaya I, Santos AJ, et al. Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. *J Elder Abuse Negl*. 2015;27(3):174-95. doi: 10.1080/08946566.2014.953659. Epub 2014 Dec 9. PubMed PMID: 25122109.
- Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int*. 2013;13(2):466-74. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x. Epub 2012 Jun 14. PubMed PMID: 22694594.
- de Gruijter M, Verwijs R, Kromontono E. Interculturele aspecten van ouderenmishandeling Verwey-Jonker Instituut. 2010:5-89.
- von Heydrich L, Schiamburg LB, Chee G. Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: an ecological bi-focal model. *Int J Aging Hum Dev*. 2012;75(1):71-94. PubMed PMID: 23115914.
- Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ*. 1990;301(6765):1359-62. PubMed PMID: 2271883; PubMed Central PMCID: PMC1664522.
- Hwalek MA, Sengstock MC. Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. *J Appl Gerontol* 1986;5:153-173. Geen PubMed PMID bekend.
- Jackson SL. All Elder Abuse Perpetrators Are Not Alike: The Heterogeneity of Elder Abuse Perpetrators and Implications for Intervention. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2016;60(3):265-85. doi: 10.1177/0306624X14554063. Epub 2014 Oct 16. Review. PubMed PMID: 25326465.
- Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*.

- 2013;42(3):292-8. doi:10.1093/ageing/afs195. Epub 2013 Jan 22. Review. PubMed PMID: 23343837.
- Labrum T. Factors related to abuse of older persons by relatives with psychiatric disorders. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017;68:126-134. doi: 10.1016/j.archger.2016.09.007. Epub 2016 Oct 13. PubMed PMID: 27810660.
- Lachs MS, Williams C, O'Brien S, et al. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist.* 1997;37(4):469-74. PubMed PMID: 9279035.
- Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al. The mortality of elder mistreatment. *JAMA.* 1998;280(5):428-32. PubMed PMID: 9701077.
- Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet.* 2004;2-8;364(9441):1263-72. Review. PubMed PMID: 15464188.
- Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008;63(4):S248-S254. PubMed PMID: 18689774; PubMed Central PMCID: PMC2756833.
- Lee M, Kolomer SR. Caregiver burden, dementia, and elder abuse in South Korea. *J Elder Abuse Negl.* 2005;17(1):61-74. PubMed PMID: 16611617.
- Lee, M. Caregiver stress and elder abuse among Korean family caregivers or older adults with disabilities. *J Fam Violence* 2008;23:707-712. Geen PubMed PMID bekend.
- Lindenberg J, Mysuk Y, Westendorp, RGJ. Systeembehandeling: Recht doen aan de zienswijzen van ouderen zelf. Justitiële verkenningen. 2015;6 (jaargang 41).
- Lowenstein A, Eisikovits Z, Band-Winterstein T, et al. Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *J Elder Abuse Negl.* 2009;21(3):253-77. doi: 10.1080/08946560902997629. PubMed PMID: 19827328.
- McCausland B, Knight L, Page L, et al. A systematic review of the prevalence and odds of domestic abuse victimization among people with dementia. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(5):475-484. Epub 2016 Aug 26. PubMed PMID:27564566.
- Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS One.* 2013;8(1):e54856. doi: 10.1371/journal.pone.0054856. Epub 2013 Jan 30. PubMed PMID: 23382989; PubMed Central PMCID: PMC3559777.
- Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi SL, et al. Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *Ann Fam Med.* 2010;8(3):206-13. doi: 10.1370/afm.1095. PubMed PMID: 20458103; PubMed Central PMCID: PMC2866717.
- Movisie, factsheet ouderenmishandeling in 2014, uitgave juni 2015; <https://www.movisie.nl/feiten-en-cijfers/ouderenmishandeling-2014-meldingen-adviesvragen, geraadpleegd 29-12-2016>
- Natan MB, Lowenstein A, Eisikovits Z. Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *Int Nurs Rev.* 2010;57(1):113-20. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00771.x. PubMed PMID: 20487483.
- Naughton C, Drennan J, Lyons I, et al. Abuse and neglect of older people in Ireland (Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect). Dublin: National Centre for the Protection of Older People. Geen PubMed PMID bekend. 2010.
- Naughton C, Drennan J, Lyons I, et al. The relationship between older people's awareness of the term elder abuse and actual experiences of elder abuse. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(8):1257-66. doi: 10.1017/S1041610213000513. Epub 2013 Apr 29. PubMed PMID: 23628217.
- Nelson TD. Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61, 207221. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x. Geen PubMed PMID gevonden. 2005.
- Ogioni L, Liperoti R, Landi F, et al. Cross-sectional association between behavioral symptoms and potential elder abuse among subjects in home care in Italy: results from the Silvernet Study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15(1):70-8. PubMed PMID: 17194817.
- Oh J, Kim HS, Martins D, et al. A study of elder abuse in Korea. *Int J Nurs Stud.* 2006 Feb;43(2):203-14. PubMed PMID: 15913631.
- O'Keeffe M, Hills A, Doyle M, et al. UK study of abuse and neglect of older people: Prevalence survey report. London: Department of Health. Geen PubMed PMID bekend. 2007.
- Olofsson N, Lindqvist K, Danielsson I. Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65-84 years. *Public Health.* 2012;126(4):358-64. doi: 10.1016/j.puhe.2012.01.015. Epub 2012 Mar 2. PubMed PMID: 22386619.
- Paveza GJ, Cohen D, Eisdorfer C, et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *Gerontologist.* 1992;32(4):493-7. PubMed PMID: 1427252.

- Penhale B, Parker J, Kingston P. Elder abuse: Approaches to working with violence. Birmingham: BASW/Venture Press. Geen PubMed PMID gevonden. 2000.
- Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, et al. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: the extent and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49(1):132-7. doi: 10.1016/j.archger.2008.06.002. Epub 2008 Aug 3. PubMed PMID: 18676036.
- Peterson JC, Burnes DP, Caccamise PL, et al. Financial exploitation of older adults: a population-based prevalence study. *J Gen Intern Med.* 2014;29(12):1615-23. doi: 10.1007/s11606-014-2946-2. Epub 2014 Jul 25. PubMed PMID: 25103121; PubMed Central PMCID: PMC4242880.
- Pillemer K, Burnes D, Riffin C, et al. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist.* 2016;56Suppl2:S194-205. doi: 10.1093/geront/gnw004. Review. PubMed PMID: 26994260; PubMed Central PMCID: PMC5291158.
- Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist.* 1988;28(1):51-7. PubMed PMID: 3342992.
- Pillemer K. The dangers of dependency: new findings on domestic violence against the elderly. *Soc Probl* 1985; 33: 148-158. Geen PubMed PMID gevonden
- Plaisier I, de Klerk M. Ouderenmishandeling in Nederland. Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling. Sociaal en Cultureel Planbureau 2015. isbn 978 90 377 0748 9. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Ouderenmishandeling_in_Nederland.
- Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 4, 458. doi:10.1300/J084v04n01_02. Geen PubMed PMID bekend. 1993.
- Pot AM, van Dyck R, Jonker C, et al. Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in The Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1996;31(3-4):156-62. PubMed PMID: 8766461.
- Regioplan, Aard en omvang ouderenmishandeling, mei 2018.
- Schafer MH, Koltai J. Does embeddedness protect? Personal network density and vulnerability to mistreatment among older American adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2015;70(4):597-606. doi: 10.1093/geronb/gbu071. Epub 2014 Jun 12. PubMed PMID: 24924161.
- Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: a 12-year prospective investigation. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(5):679-85. doi: 10.1111/jgs.12212. Epub 2013 Apr 16. PubMed PMID: 23590291.
- Sethi D, Wood S, Mitis F, et al. European report on preventing elder maltreatment. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Geen PubMed PMID bekend. 2011.
- Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, et al. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(1):24-31. PubMed PMID: 12534841.
- Soares J, Barros H, Torres-Gonzales F, Abuse and health in Europe. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press. Geen PubMed PMID gevonden. 2010.
- Strasser SM, Smith M, Weaver S, et al. Screening for Elder Mistreatment among Older Adults Seeking Legal Assistance Services. *West J Emerg Med.* 2013;14(4):309-15. doi: 10.5811/westjem.2013.2.15640. PubMed PMID: 23930143; PubMed Central PMCID: PMC3735377.
- Tierney MC, Snow WG, Charles J, et al. Neuropsychological predictors of self-neglect in cognitively impaired older people who live alone. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15(2):140-8. PubMed PMID: 17272734.
- Vandeweerd C, Paveza GJ, Walsh M, et al. Physical mistreatment in persons with Alzheimer's disease. *J Aging Res.* 2013;2013:920324. doi: 10.1155/2013/920324. Epub 2013 Mar 17. PubMed PMID: 23577255; PubMed Central PMCID: PMC3613078.
- Vandeweerd C, Paveza GJ, Fulmer T. Abuse and neglect in older adults with Alzheimer's disease. *Nurs Clin North Am.* 2006;41(1):43-55, v-vi. Review. PubMed PMID: 16492453.
- von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP;STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet.* 2007 Oct 20;370(9596):1453-7. PubMed PMID: 18064739.
- Wiglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, et al. Screening for abuse and neglect of people with dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(3):493-500. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02737.x. PubMed PMID: 20398118.
- Williamson GM, Shaffer DR. Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were

then, how we are now. The Family Relationships in Late Life Project. Psychol Aging. 2001;16(2):217-26. PubMed PMID: 11405310.

Wolf RS, Pillemer K. Helping elderly victims: The reality of elder abuse. New York: Columbia University Press. Geen PubMed PMID gevonden. 1989.

Wu L, Chen H, Hu Y, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. PLoS One. 2012;7(3):e33857. doi: 10.1371/journal.pone.0033857. Epub 2012 Mar 20. PubMed PMID: 22448276; PubMed Central PMCID: PMC3309016.

Yan E, Chan KL. Prevalence and correlates of intimate partner violence among older Chinese couples in Hong Kong. Int Psychogeriatr. 2012;24(9):1437-46. doi: 10.1017/S1041610212000294. Epub 2012 Mar 27. PubMed PMID: 22452872.

Diagnostiek bij een vermoeden van OM

Het detecteren van ouderenmishandeling is zelden een gemakkelijke taak en kent veel uitdagingen, zelfs voor getrainde zorgprofessionals. Uit de literatuur blijkt dat het adequaat signaleren van een vermoeden van ouderenmishandeling door professionals binnen het ziekenhuis vaak te kort te schieten (Cohen, 2006; Lachs, 2015). Hier zijn meerdere redenen voor aan te wijzen.

- Ouderen zullen niet altijd melding willen maken van de omstandigheden waarin zij verkeren of niet in staat zijn dit goed te communiceren vanwege cognitieve beperkingen of culturele verschillen en taalproblemen.
- Hulpverleners hebben niet altijd voldoende kennis (van de achtergrond) van de verschillende vormen van ouderenmishandeling.
- Sommige uitingsvormen van ouderenmishandeling zijn reeds naar de achtergrond verdwenen op moment van onderzoek door de zorgprofessional.

Bij de diagnostiek van ouderenmishandeling is het daarom van belang kennis te hebben van aanwijzingen voor alle vormen van ouderenmishandeling. In de module 'Achtergrond ouderenmishandeling' is een overzicht gegeven van alle relevante risicofactoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van ouderenmishandeling. In deze module wordt verder in gegaan op signalen, verschijningsvormen én relevante vragen die bij een vermoeden van ouderenmishandeling gesteld kunnen worden.

Uitgangsvraag

Welke aspecten zijn van belang bij de diagnostiek bij een vermoeden van ouderenmishandeling?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen

1. Welke signalen en vragen zijn van belang bij de diagnostiek bij een vermoeden van ouderenmishandeling?
2. Welke letselgerelateerde kenmerken bij ouderen zijn geassocieerd met toegebracht letsel?
3. Wat is de handelswijze bij beoordeling en verslaglegging van letsel bij een vermoeden van ouderenmishandeling?

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Signalen en vragen bij vermoeden OM

Uitgangsvraag

Welke signalen en vragen zijn van belang bij de diagnostiek bij een vermoeden van ouderenmishandeling?

Aanbeveling

Wees als professional in de medisch-specialistische zorg op de hoogte van mogelijke aanwijzingen (risicofactoren, signalen, gevolgen) voor ouderenmishandeling.

Wees als professional in de medisch-specialistische zorg alert op signalen van psychische mishandeling aangezien deze vorm van ouderenmishandeling vaak lastig te detecteren is door het ontbreken van fysieke uitingsvormen.

Wees als professional in de medisch-specialistische zorg alert op financieel misbruik bij het ontbreken van medisch noodzakelijke (hulp)middelen.

Bevraag als professional in de medisch-specialistische zorg bij een vermoeden op verwaarlozing de mantelzorger over zijn kennis omtrent de benodigde zorg voor de oudere en hoe adequaat deze zorg is vormgegeven.

Wees als professional in de medisch-specialistische zorg alert op signalen van overbelasting en ontsporing van de mantelzorger.

Overwegingen

Bij het in kaart brengen van signalen voor de diagnostiek van ouderenmishandeling is een systeemgerichte benadering in de anamnese van grote meerwaarde. Het is van belang om goed door te vragen naar het netwerk en de mantelzorg. Informatie van collega-zorgprofessionals, zoals de behandelend huisarts of specialist ouderengeneeskunde, kan bijdragen aan de diagnostiek van ouderenmishandeling aangezien niet alle beschreven signalen zichtbaar zullen zijn voor de professional in de medisch-specialistische zorg. Het is belangrijk om goed te noteren van wie welke informatie is verkregen omdat dit niet altijd door de arts zelf te toetsen valt.

In geval van een vermoeden op ouderenmishandeling is in beginsel toestemming van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger vereist om informatie te delen. Een uitzondering op dit laatste vormen andere bij de behandelingsovereenkomst betrokken zorgverleners. De huisarts/specialist ouderengeneeskunde maakt in de medisch-specialistische zorg geen onderdeel uit van de behandelingsovereenkomst, zodat in beginsel toestemming vereist is voor het delen van informatie tussen professionals in de medisch specialistische zorg en de huisarts/specialist ouderengeneeskunde. Omdat de meeste mensen hiermee instemmen en om de situatie werkbaar te houden kan waar het de algemene patiëntenzorg betreft, worden uitgegaan van impliciete toestemming van de patiënt voor het delen van informatie met de huisarts/specialist ouderengeneeskunde. Voor informatie betreffende (een vermoeden van) ouderenmishandeling is het echter raadzaam expliciet toestemming te vragen. Als de patiënt hier expliciet bezwaar tegen maakt dient dit gerespecteerd te worden.

Ook is gesproken over het fenomeen ontspoorde mantelzorg en de noodzaak hier alert op te zijn. In het recent gepubliceerde Prevalentie onderzoek Aard en omvang van ouderenmishandeling van Regioplan (2018) gaven de onderzoekers aan dat er binnen de informantenstudie met name over ouderenmishandeling in een context van ontspoorde mantelzorg (onmacht, onvermogen, overbelasting bij pleger) werd gerapporteerd.

Het is voor patiënten en hun mantelzorgers die een verhoogd risico hebben op het ontstaan van ouderenmishandeling, maar waar nog geen sprake is van mishandeling van belang ze te wijzen op mantelzorgondersteuning in hun woonplaats en de rol van de huisarts. Men is vaak onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden om hulp te kunnen vragen als de zorg (te) zwaar wordt.

In de Zakkaart zijn de mogelijke signalen van ouderenmishandeling samengevat in een handzaam overzicht. Dit schema beoogt niet compleet te zijn maar een handreiking te bieden voor de klinische praktijk.

Onderbouwing

Conclusies

Ouderenmishandeling in de medisch-specialistische zorg kan worden herkend aan bepaalde, voor elke vorm van ouderenmishandeling, specifieke maar soms ook overlappende signalen. Niet alle ouderen laten dezelfde signalen zien of in dezelfde mate. Signalen kunnen nader worden geëxploreerd in een aanvullende anamnese, waarvoor in deze module handreikingen zijn gegeven. Daarnaast is besproken dat zorgprofessionals zich bewust dienen te zijn van het fenomeen van ontspoorde mantelzorg. Hierbij is het als zorgprofessional van belang om te beseffen dat goede zorg vaak sluipenderwijs omslaat in verwaarlozing, verkeerde behandeling of zelfs mishandeling en dat opzet of moedwil in het algemeen ontbreekt.

Samenvatting literatuur

Hieronder wordt een overzicht gegeven van mogelijke signalen en relevante vragen aangaande signalering van de verschillende vormen van ouderenmishandeling. Onderstaande tabellen zijn allen gebaseerd op geïnccludeerde literatuur en beogen niet uitputtend te zijn. Het is bij het in kaart brengen van signalen van belang dat de zorgprofessional zorgvuldig beschrijft wat hij ziet en hoort, onderscheidt maakt tussen feiten en veronderstellingen, en de informatiebron vermeldt.

Met het woord "iemand" in de onderstaande vragen worden in principe personen bedoeld die in een terugkerende persoonlijke relatie met de oudere staan en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid. Uiteraard kunnen deze vragen in aangepaste vorm ook worden gebruikt voor het uitvragen van ouderenmishandeling door personen die in een terugkerende professionele relatie staan tot de oudere.

Lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik

Onderstaand overzicht bevat mogelijke signalen en relevante vragen bij een vermoeden van lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik. Het is hierbij van belang te beseffen dat bij het beoordelen van signalen eventueel aanwezige comorbiditeit de interpretatie van bevindingen bemoeilijkt. Denk bijvoorbeeld aan toegebrachte fracturen die ten onrechte aan bij de patient eveneens aanwezige osteoporose worden toegeschreven, alsook spontane bloedingstoringen bij een kwetsbare huid. Bij letsel is het daarnaast van groot belang dat de zorgprofessional voldoende kennis heeft van kenmerken die geassocieerd zijn met toegebracht

letsel. De moduls 'Letselgerelateerde kenmerken bij ouderen' en 'Beoordeling/verslaglegging van letsel bij OM' gaan hier verder op in. Dan komt ook de correcte handelswijze bij beoordeling en verslaglegging van het letsel aan de orde.

Tabel 1

Mogelijke signalen lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik	Mogelijke relevante vragen lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik
<i>Lichamelijke mishandeling:</i> • Onvoldoende verklaarbare fracturen, bloedingstoringen en andere verwondingen bijvoorbeeld door inconsistentie of discrepanties in het verhaal door patiënt of (informele) zorgverlener • Het tijdsverschil tussen het ontstaan van het letsel en het zoeken naar hulp • Herhaaldelijke bezoeken aan de spoedeisende hulp • Herhaaldelijk (verhaal van) vallen.	<i>Lichamelijke mishandeling:</i> • Voelt u zich veilig? • Heeft iemand u weleens geslagen/geschopt of proberen te slaan/te schoppen? • Heeft iemand u weleens geknepen, gekrabbd of aan de haren getrokken? • Heeft iemand u weleens geduwd of vastgegrepen? • Heeft iemand weleens iets naar u gegooit? • Heeft iemand u weleens bedreigd/beschadigd met een mes of pistool?
<i>Seksueel misbruik:</i> • Bloedingstoringen rond de borsten, buik of genitaal gebied • Onverklaarde seksueel overdraagbare aandoeningen of genitale infecties • Onverklaard vaginaal of anaal bloedverlies • Pijn bij lopen en zitten • Gescheurd, bekleet of bebloed ondergoed • Recidiverende urineweginfecties • Erge onrust bij aan- en uitkleden • Veelvuldig seksueel getinte opmerkingen maken.	<i>Seksueel misbruik:</i> • Heeft iemand ongepaste of beledigende opmerkingen naar u gemaakt? • Heeft iemand u (intiem/op seksueel getinte wijze) aangeraakt zonder uw toestemming of moest u iemand (intiem/op seksueel getinte wijze) aanraken zonder uw toestemming? • Heeft iemand u gedwongen om seksuele handelingen te verrichten tegen uw wens in? • Heeft iemand u gedwongen om met hem/haar geslachtsgemeenschap te hebben?

Psychische mishandeling

Het opmerken van signalen bij psychische mishandeling is soms erg lastig, zeker als de zorgprofessional de patient niet goed kent en niet kan inschatten of bepaald gedrag voor deze persoon in die specifieke situatie mogelijk afwijkend is.

In de tabel 2 zijn een aantal mogelijke signalen, en daarbij relevante vragen, van psychische mishandeling samengevat.

Tabel 2

Mogelijke signalen psychische mishandeling	Mogelijke relevante vragen psychische mishandeling
• Onverklaarde veranderingen in gedrag van oudere, zoals terugtrekken uit normale activiteiten, emotionele labiliteit, repetitieve bewegingen maken • De oudere maakt een depressieve/angstige indruk • De vermoedelijke pleger isoleert de oudere (laat niemand toe in de omgeving van de oudere) • De interactie tussen oudere en informele zorgverlener is niet passend, bijvoorbeeld de vermoedelijke pleger is verbaal agressief of kleinerend, de informele zorgverlener is niet empathisch jegens de oudere.	• Voelt u zich gespannen of angstig? • Voelt u zich veilig? • Hoe is het contact met uw vrienden en familie. Kunt u vrijuit met ze praten en/of is u verboden contact met anderen te onderhouden? • Heeft iemand u verboden activiteiten buitenshuis te doen? • Wordt er door iemand weleens tegen u geschreeuwd/gescholden en zo ja, wie doet dat dan en wat wordt er gezegd? • Wordt u door iemand weleens bedreigd of geïntimideerd en zo ja, wie doet dat dan en wat wordt er gezegd of gedaan? • Wie maakt de beslissingen in uw leven, zoals waar en hoe u woont of leeft? • Heeft iemand gedreigd u naar een verpleeghuis te sturen? • Heeft iemand gedreigd u terug te sturen naar uw oorspronkelijke thuisland? • Heeft iemand u gedwongen in bed te blijven of u verteld dat u ziek bent terwijl u weet dat dat niet zo is. • Heeft u het gevoel dat u genegeerd wordt? • Heeft iemand weleens tegen u gezegd dat u niet deugt? • Heeft u het gevoel dat u een last bent?

Financieel misbruik

Bij het plegen van financieel misbruik spelen over het algemeen een drietal motieven een rol. Bij het eerste motief verkeert de pleger in financiële nood, bij het tweede motief is er sprake van hebzucht. Het derde motief heet vermeend recht op aanspraak. In dat geval meent de pleger dat hij/zij recht heeft op datgene wat hij/zij wegneemt. Ouderen weten vaak niet dat er financieel misbruik van ze wordt gemaakt en daarnaast zijn ouderen met bijvoorbeeld een dementie vaak ook niet meer in staat om financieel misbruik op te merken, zeker als er ook sprake is van bedlegerigheid en isolatie van de buitenwereld. Als een oudere wel beseft dat er financieel misbruik van hem/haar wordt gemaakt dan hoeft dat niet te betekenen dat de oudere wil dat er actie wordt ondernomen. Bijvoorbeeld uit schaamte of angst voor de gevolgen van bekendmaking (Movisie, Factsheet III: financiële uitbuiting en financieel misbruik van ouderen, 2009).

Binnen de medisch-specialistische setting zal de zorgprofessional indirect met financieel misbruik te maken

kunnen krijgen. Misbruik van het PGB door de informele zorgverlener kan aanleiding geven tot verwaarlozing met somatische problematiek tot gevolg. Ook kan de zorgprofessional te maken krijgen met de gevolgen van financieel misbruik doordat een patiënt bij een gebrek aan financiële en medische hulpmiddelen onvoldoende goede (medische) zorg ontvangt en daar problemen van ondervindt. Wees als zorgprofessional ook alert als er geen herhaalrecepten worden aangevraagd of als de oudere non-compliance vertoont ten aanzien van de inname van voorgeschreven medicatie, vooral als er een informele zorgverlener hierop zou moeten toezien. Het tegengaan van financieel misbruik maakte een belangrijk deel uit van het actieplan Ouderen in Veilige Handen dat sinds 2011 bestaat. De Brede Alliantie Veilig financieel ouder worden is onderdeel van het vervolg op dat actieplan, zie:

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenmishandeling/nieuws/2015/06/15/ouderen-beter-beschermd-tegen-financiele-uitbuiting>.

In de tabel 3 zijn een aantal mogelijke signalen, en daarbij relevante vragen, van financieel misbruik samengevat.

Tabel 3

Mogelijke signalen financieel misbruik	Mogelijke relevante vragen financieel misbruik
• Gebrek aan standaardvoorzieningen • De (kwetsbare) oudere geeft vrijwillig grote hoeveelheden geld uit aan zorg en gezelschap • Onverklaarde veranderingen in banksaldo alsook verdwijnen van bezittingen • De (informele) zorgverlener beheert het geld van de oudere maar voorziet niet in de behoeften van de oudere • De oudere heeft officiële documenten getekend (testamenten, machtigingen via notaris) maar is niet in staat om uit te leggen wat de documenten inhouden of voor gevolg hebben • Niet ophalen van herhaalrecepten of non-compliance met medicatie inname • Thuiszorg of zorg door hulpverleners is geannuleerd • Financiële schulden en toenemend aantal schuldeisers • Aanwezigheid van huisvestingsproblemen • Notarieel bezoek aan een opgenomen patiënt • Vraag van informele zorgverlener om verklaring van wilsonbekwaamheid/ handelingsonbekwaamheid.	• Bent u op de hoogte van uw inkomen en inkomensbron? • Hoe komt u in contact met de bank? • Heeft u een volmacht of machtiging afgegeven? • Heeft u aandelen? • Heeft u schulden? • Wie beheert uw geldzaken? • Bent u tevreden met de manier waarop degene die uw financiën beheert dat uitvoert? • Heeft degene die uw geldzaken beheert u weleens financieel benadeeld? • Heeft iemand zonder uw toestemming geld of eigendommen van u weggenomen? • Heeft iemand zonder uw toestemming iets aangeschaft op uw kosten? • Komt u weleens geld te kort voor boodschappen of de huur? • Komt iemand weleens naar u toe om geld te lenen?

Verwaarlozing

Verwaarlozing kan opzettelijk plaatsvinden maar kan ook voortkomen uit beperkingen bij de

mantelzorger/informele zorgverlener, zoals kwetsbaarheid, cognitieve beperkingen, psychiatrische aandoeningen of beperkte gezondheidsvaardigheden (zie ook ontspoorde mantelzorg). Bevrage bij een vermoeden op verwaarlozing daarom de mantelzorger over zijn kennis omtrent de benodigde zorg voor de oudere en hoe adequaat deze zorg is vormgegeven. In het geval van een verhoogde kwetsbaarheid bij de oudere zal het nalaten van standaardzorg vaak een negatieve spiraal van achteruitgang in gang zetten dan wel versterken en daarom is het van groot belang alert te zijn op deze vorm van ouderenmishandeling.

In de tabel 4 zijn een aantal mogelijke signalen, en daarbij relevante vragen, van verwaarlozing samengevat.

Tabel 4

Mogelijke signalen verwaarlozing	Mogelijke relevante vragen verwaarlozing
• Gebrek aan medische hulpmiddelen (bril, gehoorapparaat, kunstgebit, medicatie, rollator) • Oudere met dementie die zonder toezicht thuis of op een spoedeisende hulp verblijft • Bedlegerige oudere die zonder toezicht thuis verblijft • Slechte lichamelijke hygiëne • Woning die vervuild is dan wel (gevaarlijke) gebreken vertoont • Woning zonder noodzakelijke faciliteiten (koelkast, verwarming, elektriciteit) • Onbehandelde decubitusplekken • Dehydratie, ondervoeding en vitaminedeficiënties • Onthouding van medicatie of onregelmatige toediening van of fouten met medicatie.	• Heeft iemand u weleens niet geholpen bij: ◦ wassen en/of aankleden terwijl diegene wist dat u deze hulp van hem/haar nodig had? ◦ het gebruik maken van het toilet/incontinentieproblemen terwijl diegene wist dat u deze hulp van hem/haar nodig had? ◦ het in en uit bed of stoel komen terwijl diegene wist dat u deze hulp van hem/haar nodig had? ◦ het innemen van uw medicatie terwijl diegene wist dat u deze hulp van hem/haar nodig had? • Voelt u zich regelmatig eenzaam of bent u regelmatig alleen? • Krijgt u alle hulp of zorg die u nodig heeft? • Heeft u beschikking over voedsel, kleding en medicatie? • Wanneer bent u voor het laatst in staat geweest om kennissen en vrienden te ontmoeten? • Bent u ooit alleen gelaten, vastgebonden of opgesloten?

Overbelasting en ontsporing van de mantelzorger

Naast de hierboven genoemde signalen van de verschillende vormen van ouderenmishandeling is het tevens van belang alert te zijn op signalen van overbelasting en ontsporing bij de mantelzorger. Als deze de zorg voor hun naaste niet meer aankunnen, neemt het risico op 'ontspoord' gedrag dat schadelijk of mishandelend is voor de zorgontvanger, bedoeld of onbedoeld, toe.

Er zijn verschillende oorzaken voor het ontsporen van mantelzorg. De belangrijkste twee zijn: Overbelasting, onmacht of compassiemoeheid en Onkunde of onwetendheid.

1. Overbelasting is waarschijnlijk de belangrijkste oorzaak van ontspoorde mantelzorg: het niet meer aankunnen van de zorg. Mantelzorg kost tijd en kan ook psychisch en lichamelijk zwaar zijn, wat kan leiden tot stress en uitputting. Daarnaast kunnen onmachtgevoelens ten gevolge van gedragsverandering en -problemen bij de patiënt hieraan bijdragen. Compassiemoeheid is een bijzondere vorm van overbelasting. Men spreekt hiervan wanneer iemand het niet meer kan opbrengen voor een ander te zorgen, naar iemands problemen te luisteren of empathie op te brengen. Dit kan ontstaan wanneer de zorgvrager de zorg regelmatig tegenwerkt of agressief reageert. Ook langer bestaande problematiek zoals relatieproblemen of verslavingen kunnen de compassie van de mantelzorger uitputten. Tot slot is het van belang dat men zich bewust is van de spanning en invloed die een afhankelijkheidsrelatie kan geven aan de mantelzorger. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een mantelzorger die afhankelijk is van de ouder om in de woning te kunnen blijven wonen.
2. Als er sprake is van onkunde of onwetendheid mist de mantelzorger de juiste kennis of vaardigheden om goede zorg te verlenen waardoor de zorg kan ontsporen. Mantelzorgers hebben doorgaans geen opleiding in de verzorging en zijn daarom niet altijd goed op de hoogte van ziektebeelden, medicatie of verzorgingstechnieken. Hierdoor kunnen ze de ander onbewust verkeerd behandelen.

Over de omvang van ontspoorde mantelzorg is helaas nagenoeg niets bekend. Als het al tot een melding komt bij ouderenmishandeling, worden niet alle achtergronden geregistreerd, bijvoorbeeld of het gaat om ontspoorde mantelzorg (Publicatie Movisie, Ontspoorde mantelzorg, Een verkenning naar de aanpak bij ouderen, april 2015).

Samenvattend is er dus sprake van ontspoorde mantelzorg als een mantelzorger door overbelasting, onwetendheid, onkunde of onmacht onbedoeld over de grenzen van de verzorgde heengaat, inadequate zorg levert, verwaarloost of op andere manier schade toebrengt. Goede zorg slaat sluipenderwijs om in verwaarlozing, verkeerde behandeling of zelfs mishandeling. Een kenmerk van ontspoorde mantelzorg is het ontbreken van opzet of moedwil.

In de tabel 5 zijn een aantal mogelijke signalen, en daarbij relevante vragen, van overbelasting dan wel ontsporing bij de mantelzorger samengevat.

Tabel 5

Signalen van overbelasting bij de mantelzorger	Signalen van ontsporing van de mantelzorger
• De mantelzorger is oververmoeid, uitgeput • De mantelzorger heeft last van slaapproblemen • De mantelzorger uit zich in somberheid, depressie • De mantelzorger komt gejaagd over, kan niet meer goed loslaten • De mantelzorger heeft geen of weinig tijd voor zichzelf of iets anders • De mantelzorger verwaarloost andere taken en plichten (werk, school, vrije tijd, familie, vrienden) • De mantelzorger klaagt in bedekte termen • De mantelzorger ervaart een gevoel van machteloosheid, uitzichtloosheid of van zich klem voelen zitten • De mantelzorger gaat (steeds weer) over zijn eigen grenzen heen • De mantelzorger is taakgericht in plaats van gericht op de behoefte van degene voor wie hij zorgt • De mantelzorger is continu bezig om alles snel af te handelen en heeft geen oog meer voor de persoonlijke kant.	• De mantelzorger kan geen kritiek horen op zijn eigen handelen of over degene voor wie hij zorgt • De mantelzorger toont zich onverschillig voor het wel en wee van de oudere • De mantelzorger is openlijk onverschillig naar de oudere • De mantelzorger vertoont openlijk verbaal geweld in aanwezigheid van de zorgprofessional, zoals schelden, schreeuwen, afsnauwen of de zorgprofessional hoort van de omgeving dat er veel gescholden en geschreeuwd wordt wanneer er geen zorgprofessionals zijn • De mantelzorger spreekt zeer negatief over de oudere • De mantelzorger probeert de zorgprofessional buiten de deur te houden, ontwijkt vragen • De zorgprofessional krijgt de oudere nooit alleen te spreken • De oudere wordt bewust geïsoleerd, zowel bekenden als zorgprofessionals krijgen de oudere moeilijk te zien of te spreken
<i>Bewerking onderdeel signalen uit Handleiding ouderenmishandeling mei 2017, Samen Veilig Midden-Nederland, Utrecht, mei 2017</i>	

De verwachting is dat de druk op mantelzorgers door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen toeneemt. Door de (dubbele) vergrijzing zijn steeds meer mensen afhankelijk van de zorg van anderen en lopen daardoor een groter risico om slachtoffer te worden van ontspoorde mantelzorg. Bovendien ligt in overheidsbeleid steeds meer de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. De trend in Nederland is dus dat men voor zorg eerst in eigen kring een oplossing zoekt, bijvoorbeeld door het inschakelen van een familielid of buur (mantelzorg). Dit laatste wordt versterkt door het feit dat steeds meer mensen met een intensieve hulpvraag thuis worden verzorgd, zogenoemde extramuralisering (Factsheet ontspoorde mantelzorg, Movisie 2013; Verkenning Aanpak Ontspoorde mantelzorg, Movisie, 2015). Als zorgprofessional in de medisch-specialistische zorg is het van belang om alert te zijn op de mogelijkheid van ontspoorde mantelzorg. Overleg en samenwerking met de huisarts/specialist ouderengeneeskunde is hierbij van groot belang. Hiervoor is in beginsel altijd toestemming van de patiënt vereist.

Voor verdere informatie over het onderwerp ontspoorde mantelzorg zie ook de medio 2018 gepubliceerde handreiking: “als mantelzorg uit de hand loopt”, Basisaanpak ontspoorde mantelzorg: handreiking voor professionals en gemeenten - handreiking - Van Regioplan.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van de volgende brondocumenten toegespitst op de Nederlandse situatie:

- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenmishandeling/nieuws/2015/06/15/ouderen-beter-bescherm-d-tegen-financiele-uitbuiting>.
- <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/06/15/ontspoorde-mantelzorg/ontspoorde-mantelzorg.pdf>.
- Movisie Factsheet ontspoorde mantelzorg. 2013, <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Factsheet%20ontspoorde%20mantelzorg%20%5BMOV-695455-1.1%5D.pdf> geraadpleegd online op 19/11/2017.
- Movisie. Factsheet III: financiële uitbuiting en financieel misbruik van ouderen. 2009, <http://aanpak-ouderenmishandeling.nl/doc/Factsheet-financieel-misbruik-en-uitbuiting-ouderen.pdf> geraadpleegd online op 19/11/2017.
- Movisie. Verkenning Aanpak Ontspoorde mantelzorg. 2015, <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/ontspoorde-mantelzorg%20%5BMOV-10696610-1.0%5D.pdf> geraadpleegd online op 19/11/2017.
- Publicatie ouderen Veilig thuis, een beschrijving van de nieuwe werkwijze rondom ouderenmishandeling. Veilig thuis Utrecht. 2015, geraadpleegd online op 15-02-2018, document niet meer beschikbaar online op 15-07-2018.
- Handleiding ouderenmishandeling mei 2017, Samen Veilig Midden-Nederland, Utrecht, mei 2017, geraadpleegd online 15-02-2018.
- Regioplan, prevalentie onderzoek Aard en omvang van ouderenmishandeling 2018, geraadpleegd juli 2018.
- “Als mantelzorg uit de hand loopt”, Basisaanpak ontspoorde mantelzorg: handreiking voor professionals en gemeenten - handreiking - Van Regioplan. (Katrien de Vaan, Frank Kriek) © 2018 Regioplan, in opdracht van het ministerie van VWS Hogeschool van Amsterdam, lectoraat community care (Rick Kwekkeboom) Amsterdam, 18 juli 2018 Publicatienummer: 16067

Daarnaast is ook gebruik gemaakt van de volgende twee reviews verkregen vanuit de oriënterende search uitgevoerd aan het begin van het richtlijntraject:

- Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. N Engl J Med. 2015;373(20):1947-56. doi: 10.1056/NEJMr1404688. Review. PubMed PMID: 26559573.
- Du Mont J, Macdonald S, Kosa D, Elliot S, Spencer C, Yaffe M. Development of a comprehensive hospital-based elder abuse intervention: an initial systematic scoping review. PLoS One. 2015 May 4;10(5):e0125105. doi: 10.1371/journal.pone.0125105. eCollection 2015. Review. PubMed PMID:

25938414.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- Cohen M, Halevi-Levin S, Gagrin R, et al. Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. J Aging Health. 2006;18(5):660-85. PubMed PMID: 16980634.
- Du Mont J, Macdonald S, Kosa D, et al. Development of a comprehensive hospital-based elder abuse intervention: an initial systematic scoping review. PLoS One. 2015;10(5):e0125105. doi: 10.1371/journal.pone.0125105. eCollection 2015. Review. PubMed PMID: 25938414.
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenmishandeling/nieuws/2015/06/15/ouderen-beter-beschermd-tegen-financiële-uitbuiting>.
- <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/06/15/ontspoorde-mantelzorg/ontspoorde-mantelzorg.pdf>.
- Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. N Engl J Med. 2015;373(20):1947-56. doi: 10.1056/NEJMr1404688. Review. PubMed PMID: 26559573.
- Movisie. Factsheet ontspoorde mantelzorg. 2003; geraadpleegd online op 19/11/2017.
- Movisie. Factsheet III: financiële uitbuiting en financieel misbruik van ouderen. 2009; geraadpleegd online op 19/11/2017.
- Movisie. Verkenning Aanpak Ontspoorde mantelzorg. 2015; geraadpleegd online op 19/11/2017.
- Regioplan (2018), Als mantelzorg uit de hand loopt, Basisaanpak ontspoorde mantelzorg: handreiking voor professionals en gemeenten. Publicatienummer: 16067. Amsterdam
- Regioplan (2018), prevalentie onderzoek Aard en omvang van ouderenmishandeling https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Signalenkaart-Ontspoorde-Mantelzorg%20%5BMOV-458810-1.1%5D.pdf, 2003 geraadpleegd online op 26/11/2017.
- Samen Veilig Midden-Nederland (2017), Handleiding ouderenmishandeling mei 2017, Utrecht.
- Veilig thuis (2015) Publicatie ouderen Veilig thuis, een beschrijving van de nieuwe werkwijze rondom ouderenmishandeling. Utrecht, geraadpleegd online op 15-02-2018.

Letselgerelateerde kenmerken bij ouderen

Uitgangsvraag

Welke letsel gerelateerde kenmerken bij ouderen zijn geassocieerd met toegebracht letsel?

Aanbeveling

Weeg de locatie, grootte, patroon en ontstaanswijze mee in de beoordeling van het letsel.

Maak eventueel gebruik van de kennis van een radioloog en/of dermatoloog bij de beoordeling van letsel.

Overwegingen

Het beantwoorden van de vraag welke letselgerelateerde kenmerken bij ouderen geassocieerd zijn met toegebracht letsel, werd bemoeilijkt door het beperkte aantal en de methodologische tekortkomingen van relevante studies. Daarom was het niet mogelijk om de bewijskracht te graderen volgens de GRADE-methodiek. Voor het formuleren van conclusies en aanbevelingen werden studies geselecteerd waarin ten minste sprake was van bewezen of uitgesloten ouderenmishandeling als oorzaak voor het gevonden letsel en waarin het letsel op systematische wijze werd beoordeeld.

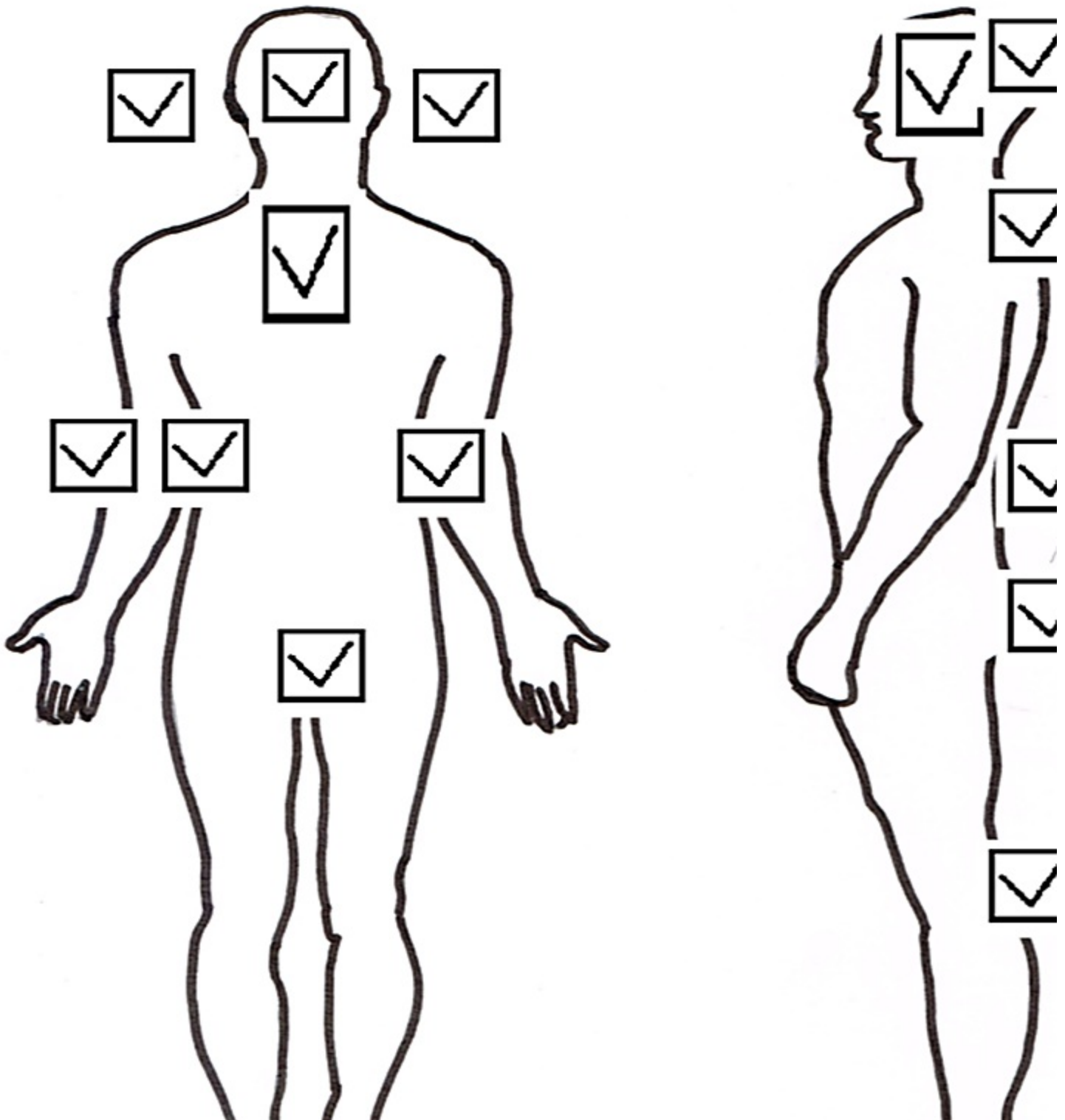
De belangrijkste constatering is dat het van belang is letsel bij ouderen systematisch te beoordelen ten aanzien van de ontstaanswijze, locatie, de grootte en het patroon; dit kan namelijk aanwijzingen geven over de toedracht van het letsel. Bloeduitstortingen/letsel op plaatsen waar bot door de huid bedekt is, is meestal passende bij een accidentele genese. Op de achterzijde van lichaamsdelen en op zachte lichaamsdelen zijn deze eerder verdacht voor toegebracht letsel door een persoon. In figuur 1 is een overzicht gegeven van de in de literatuur meest beschreven verdachte locaties voor toegebracht letsel. Daarnaast is het belangrijk om alert te zijn op zogenaamde 'patterned injuries' en zijn onderhuidse bloeduitstortingen van >5 cm in diameter verdacht voor een toegebrachte genese.

Binnen de literatuur van de kindergeneeskunde wordt bij het beoordelen van letsel daarnaast altijd rekening gehouden met de mate van mobiliteit van het kind en dus het veroorzakend mechanisme dat mogelijk tot een fysiek letsel heeft geleid. Bij een kind in de premobile fase is de kans op accidenteel letsel bijvoorbeeld zeer klein omdat het een beperkte mogelijkheid heeft om zelf in botsend contact te komen met de omgeving. Bij ouderen is dat onderscheid niet altijd goed te maken door de (soms van dag tot dag) wisselende mate van mobiliteit en het gebruik van hulpmiddelen bij mobiliseren. De literatuur was hier dan ook onvoldoende conclusief over. Pathognomonische fracturen zoals bij de kindermishandeling zijn daardoor ook (nog) niet goed te identificeren.

Tot slot beschreef een aantal publicaties de toegevoegde waarde van consultatie van disciplines zoals de dermatologie en radiologie bij letselbeoordeling. De dermatoloog kan bij een vermoeden van ouderenmishandeling en onduidelijke afwijkingen aan de huid gevraagd worden mee te denken ter nadere duiding en diagnostiek. Huidafwijkingen kunnen bijvoorbeeld een eerste manifestatie zijn van vitaminedeficiënties ten gevolge van inadequate voeding in kader van verwaarlozing van de oudere. Bij het

aanvragen van beeldvorming bij een vermoeden van ouderenmishandeling kan het zinvol zijn om de radioloog mee te laten denken of een fractuur past bij het mogelijke ontstaansmechanisme. Ook kan uiteraard meegekeken worden naar mogelijke tekenen van oudere fracturen.

Figuur 1 Locaties verdacht voor toegebracht letsel (Bewerking figuur e-learning ouderenmishandeling Augeo)





Onderbouwing

Conclusies

- GRADE	Het merendeel van de accidentele onderhuidse bloeditstoringen zijn niet aanwezig op onderstaande locaties: hoofd, nek, oren, genitalia, billen en voetzolen. <i>Bronnen (Mosqueda, 2005)</i>
- GRADE	Onderstaande locaties van letsel/onderhuidse bloeditstoringen zijn allen verdacht voor een toegebrachte genese: • hoofd/maxillofaciaal en nek; • de laterale zijde van de rechter arm; • de achterkant van de romp en rug inclusief lumbale regio; • het gebied van de billen. <i>Bronnen (Wigglesworth, 2009; Ziminksi, 2013; Murphy, 2013; Rosen, 2016a)</i>
- GRADE	Onderstaande locaties van letsel/onderhuidse bloeditstoringen zijn in aflopende volgorde verdacht voor een toegebracht genese: • bovenste extremiteiten (rechts lateraal/axilla/binnenkant armen); • letsel maxillofaciaal, dentaal en de nek; • schedel en hersenen; • onderste extremiteiten; • de romp. <i>Bronnen (Murphy, 2013; Rosen, 2016a)</i>
- GRADE	Onderhuidse bloeditstoringen die >5 cm in diameter zijn, hebben een verhoogde kans om toegebracht te zijn. <i>Bronnen (Wigglesworth, 2009)</i>

- GRADE	Bij onderhuidse bloeditstoringen/letsel met een herkenbaar patroon (patterned injury) van een object of lichaamsdeel bestaat een verhoogde kans op een toegebrachte genese. <i>Bronnen (Greenbaum, 2006; Palmer, 2013; Chang, 2013)</i>
- GRADE	Voedingsdeficiënties ten gevolge van verwaarlozing kunnen zich manifesteren als huidafwijkingen. <i>Bronnen (Chang, 2013; Danesh, 2015)</i>
- GRADE	Er zijn in de literatuur geen pathognomonische fracturen bekend voor toegebracht letsel. Fracturen in verschillende stadia van genezing of een niet passend verhaal over de toedracht, kunnen verdacht zijn voor toegebracht letsel. <i>Bronnen (Wong, 2017; Rosen, 2016b)</i>

Samenvatting literatuur

Bij het beoordelen van letsel of afwijkingen die mogelijk een gevolg kunnen zijn van lichamelijke ouderenmishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik is het voor de professional in de medisch-specialistische zorg van belang om te weten welke (uiterlijke) kenmerken meer passend zijn bij accidenteel letsel dan wel suggestief zijn voor een toegebrachte ontstaanswijze.

Mosqueda (2005) onderzocht gedurende 6 weken na ontstaan de locatie en resorptie van accidentele onderhuidse bloeditstoringen bij volwassenen van 65 jaar en ouder. De locatie, grootte en kleur van elke bloeditstoring werd elke dag beoordeeld tot het moment dat ze geresorbeerd waren. Van de in totaal 101 deelnemers hadden 73 deelnemers samen 108 bloeditstoringen. Bijna 90% van de bloeditstoringen waren gelokaliseerd op de extremiteiten (76% op de dorsale zijde van de armen) en afwezig in het gebied van hoofd, nek, oren, genitalia, billen en voetzolen. Er was geen significant verschil tussen het optreden van bloeditstoringen aan één zijde van het lichaam ten opzichte van de andere zijde en geen correlatie tussen rechts- of linkshandig zijn en de locatie van de bloeditstoring. In totaal waren 54% van de bloeditstoringen op dag 6 geresorbeerd en het merendeel (81%) was op dag 11 verdwenen.

Kleur in relatie tot de ouderdom van de bloeditstoringen leverde geen duidelijke relatie op. Ofschoon bekend is dat de kleur geel vaak voorkomt bij een bloeditstoring van oudere datum, bleek bij 14% van de bloeditstoringen de kleur geel al zichtbaar op de eerste observatie-dag en bleken 28% van de bloeditstoringen op dag 10 grotendeels een paarse kleur te hebben. Verder werd beschreven dat deelnemers met medicatie die van invloed was op de stolling vaak meerdere bloeditstoringen hadden. Ook bleek er een significant verschil tussen het aantal bloeditstoringen tussen deelnemers die wel of niet ADL-ondersteuning ontvingen. In totaal 50% van de deelnemers die ADL-ondersteuning ontvingen hadden 2 of meer bloeditstoringen in tegenstelling tot 25% van de deelnemers die dit niet ontvingen (p: 0,04, betrouwbaarheidsinterval niet vermeld).

Een beperking van deze studie was dat niet met zekerheid kon worden vastgesteld dat de bloeduitstortingen accidenteel waren, ofschoon door vragenlijsten en actief doorvragen door getrainde onderzoeksassistenten zoveel mogelijk is geprobeerd dit te onderzoeken. Daarnaast betrof het een groep gemotiveerde deelnemers, gezien de logistieke belasting van het onderzoek, wat mogelijk de externe validiteit van de bevindingen heeft aangetast.

In navolging van het artikel van Mosqueda (2005) onderzocht Wigglesworth (2009) 67 ouderen van 65 jaar en ouder die bij de Adult Protective Service (vergelijkbaar met Veilig Thuis in Nederland) waren aangemeld met bewezen fysieke ouderenmishandeling. Onderhuidse bloeduitstortingen die ontstonden als een gevolg van fysieke mishandeling waren groot. Meer dan de helft van de ouderen met bloeduitstortingen die slachtoffer was van ouderenmishandeling had ten minste één bloeduitstorting van 5 cm in diameter of groter. De bloeduitstortingen konden zich overal bevinden maar vooral op het hoofd (allen in het gezicht en 1 maal op het oor) en de nek, de laterale zijde van de rechterarm, de achterkant van de romp en rug inclusief lumbale regio en het gebied van de billen.

Daarom adviseren de auteurs om bij bloeduitstortingen op genoemde locaties door te vragen naar de ontstaanswijze. De bevindingen van bloeduitstortingen die vooral lijken te zijn gelokaliseerd op het gezicht en de achterkant van de romp zijn in overeenstemming met de literatuur betreffende locaties van bloeduitstortingen bij kindermishandeling. Dit laatste in tegenstelling tot de locatie van bloeduitstortingen specifiek op de laterale zijde van de rechterarm die in de literatuur betreffende kindermishandeling volgens de auteurs niet als zodanig zijn beschreven.

Beperking van deze studie was dat het onderzoek van de patiënt niet altijd direct aansluitend was aan het incident. Daarnaast was het aantal deelnemers beperkt. Ook weigerde 53% van de benaderde patiënten uiteindelijk te participeren. Tot slot werd niet duidelijk beschreven hoe de selectie van de controlegroep met accidentele plekken tot stand is gekomen, behoudens dat gebruik werd gemaakt van de deelnemers van de studie van Mosqueda (2005). De (controle)groep met accidentele plekken was significant ouder, was vaker immobiel en had een slechtere balans. Ook woonden ze onder begeleiding of in verpleeghuizen. De groep die het slachtoffer was van mishandeling rapporteerde vaker valincidenten en ze gebruikte vaker een loophulpmiddel. Er was geen significant verschil in MMSE-score tussen de twee groepen. Tot slot gaven de auteurs aan dat het altijd zinvol is te vragen naar de oorzaak van de blauwe plekken ongeacht de aanwezigheid van cognitieve beperkingen bij de patiënt. In deze studie waren acht slachtoffers met - blauwe plekken, geen wettelijk vertegenwoordiger en een MMSE-score van <24 (16 tot 23) - toch in staat om de oorzaak van de plekken correct te benoemen.

De review van Murphy (2013) geeft een overzicht van de beschikbare literatuur (periode van 1975 tot 2012) aangaande verschillende typen fysiek letsel welke bij slachtoffers van ouderenmishandeling kunnen worden aangetroffen. In deze literatuur werd op de bovenste extremiteiten de meeste letsels beschreven (43,98%). Verdachte locaties voor toegebracht letsel op de bovenste extremiteiten waren kneuzingen en schaafwonden bij de oksels en aan de binnenkant van de armen en bloeduitstortingen op de laterale zijde van de rechterarm. Dit zijn locaties die verklaard zouden kunnen worden vanuit zelfverdediging of vastpakken/vastbinden door de pleger.

De overige beschreven locaties betroffen:

- letsel maxillofaciaal, dentaal en de nek (22,88%);
- schedel en hersenen (12,28%);
- onderste extremiteiten (10,61%);
- de romp (10,25%) (onduidelijk voor of achter).

Letsel aan de bovenste extremiteiten is over het algemeen mild van karakter en zal vaak opgemerkt worden door de huisarts, terwijl letsel aan nek en het hoofd eerder op een spoedeisende hulp/forensische praktijk zal worden gedetecteerd.

Bij de locatie van letsel aan de romp werd niet duidelijk beschreven of dit in alle gevallen de achterzijde betrof, zoals wel het geval was bij de studie van Wigglesworth (2009).

Een beperking van de studie was dat er gebruik werd gemaakt van studies met beperkte bewijskracht, namelijk 2 case-control studies, 2 cross-sectionele studies, 4 case series en 1 case report.

In het artikel van Ziminski (2013) werd een secundaire analyse gedaan van de data van de studie van Wigglesworth (2009). Ziminski (2013) onderzocht specifiek de relatie tussen de bloeduitstorting en de wijze van toebrengen bij slachtoffers van ouderenmishandeling. De kans om een bloeduitstorting op te lopen op de laterale en/of anteriore zijde van de arm was groter wanneer het slachtoffer aangaf te zijn vastgegrepen met soms aansluitend te worden weggesleept aan de betreffende arm (OR 8.43, BI: 2,67 tot 26,65, $p=0,001$). De bloeduitstortingen bleken niet te kunnen worden toegeschreven aan een te ruwe behandeling door de mantelzorger tijdens de verzorging. De kans op bloeduitstortingen aan het hoofd of de nek was groter als het slachtoffer aangaf bijna te zijn verwurgd (OR 7,71, BI: 1,29 tot 45,90), $p=0,039$), gestompt (13,53, BI: 2,55 tot 71,80, $p=0,001$) of in elkaar geslagen (OR 5,60, BI: 3,26 tot 74,45, $p=0,001$). Beperkingen van de studie waren het beperkt aantal deelnemers en derhalve de grote betrouwbaarheidsintervallen (BI) voor de berekende OR (odd ratio).

In het artikel van Rosen (2016a) is retrospectief statusonderzoek gedaan naar het soort letsel bij patiënten die de SEH (spoedeisende hulp) bezochten met letsel als gevolg van fysieke ouderenmishandeling. Van de 66 bezoeken aan de SEH waarbij er sprake was van een hoog vermoeden op ouderenmishandeling, bleken 31 van de 66 bezoeken aan de SEH door in totaal 26 patiënten bewezen toegeschreven te kunnen worden aan letsel veroorzaakt door fysieke ouderenmishandeling. In 42% van de bezoeken werd letsel aan hoofd en nek vastgesteld, in 45% letsel aan de bovenste extremiteiten en in 32% van de gevallen aan de onderste extremiteiten. In bijna een derde van de bezoeken was er sprake van fractures. Verdachte omstandigheden voor toegebracht letsel waren letsel maxillofaciaal en veroorzaakt >1 dag voor presentatie. Bloeduitstortingen werden in 39% van de bezoeken aangetroffen en werden vooral op de bovenste extremiteiten aangetroffen. In 69% van de bezoeken waar bloeduitstortingen aanwezig waren, werd dat op meer dan één plek op het lichaam gevonden. In het artikel wordt een rol geopperd voor de radiologisch laborant die nauw betrokken is bij het lichamelijk onderzoek en mogelijk extra informatie kan verkrijgen omdat zij vaak even alleen zijn met de patiënt.

Het overzichtsartikel van Greenbaum (2006) beschrijft aandachtspunten van brandwonden bij kinderen en

ouderen en geeft een overzicht van de belangrijkste kenmerken om toegebracht letsel te herkennen. Het toebrengen van brandwonden is een relatief zeldzame vorm van fysieke mishandeling maar als het gemist wordt, kunnen de consequenties groot zijn. De volgende aandachtspunten ten aanzien van letsel kenmerken bij zowel kinderen als ouderen kwamen naar voren:

1. brandwond door heet water zonder spatvlekken kan betekenen dat iemand is gefixeerd bij onderdompeling;
2. bilaterale verbranding is suggestief voor geforceerd onderdompelen;
3. brandwonden met sigaretten zijn oppervlakkig en circulair/maculair;
4. bij het in bad duwen van de bilregio dient men alert te zijn op het "halo sign" (verbrande huid omgeven door niet verbrande huid);
5. strijkijzers geven diepe brandwonden met een kenmerkend uiterlijk.

Een beperking van de studie was dat de literatuurselectie niet werd beschreven.

Bij het beoordelen van de literatuur viel het op dat er vanuit de dermatologie en radiologie de laatste jaren een aantal publicaties is verschenen aangaande de rol van deze specialismen in het herkennen van toegebracht letsel en het formuleren van een differentiaaldiagnose. Deze publicaties zijn echter beschrijvend van opzet, waarbij een zoekverantwoording voor de gebruikte literatuur ontbrak. Deze publicaties zijn hieronder kort samengevat.

In de artikelen van [Chang](#) (2013) en [Danesh](#) (2015) wordt aangegeven dat men bij het beoordelen van letsel alert moet zijn op de volgende zaken omdat deze suggestief kunnen zijn voor toegebracht letsel:

1. een herkenbaar patroon ('patterned injuries') van een object of lichaamsdeel (bijvoorbeeld van hand of vingers) op weke delen;
2. letsels in verschillende stadia van genezing;
3. irregulaire alopecia vooral buiten het normale fronto-temporale/vertex gebied.

Tevens geven zij aan dat artsen alert moeten zijn op tekenen van verwaarlozing, zoals voedingsdeficiënties die tot een verscheidenheid aan huidafwijkingen kunnen leiden (pellagra, drukulcera, et cetera). Ten slotte moet men als alert zijn op seksueel misbruik en de cutane manifestaties ervan, zowel genitaal als extra-genitaal.

In het artikel van [Palmer](#) (2013) worden naast 'patterned injuries', aandoeningen besproken die lijken op toegebracht letsel, maar dit niet zijn. Denk bijvoorbeeld aan seniele purpura op de strekzijde van de onderarm in situaties van chronische fotoschade door degeneratie van de extracellulaire matrix van de huid waardoor de dermale capillairen onvoldoende ondersteund worden en gevoeliger worden voor beschadiging. Steroïd geïnduceerde purpura zijn een voorbeeld van de atrofische effecten van deze medicatie op de huid.

In de artikelen van [Wong](#) (2017) en [Rosen](#) (2016b) wordt de potentiële rol van radiologen besproken bij het beoordelen of letsel toegebracht is. Helaas bestond het artikel van Wong uit case-beschrijvingen en het artikel van Rosen uit interviews met radiologen. Beiden komen zij tot de conclusie dat de volgende zaken suggestief kunnen zijn voor toegebracht letsel:

1. fractuurletsel dat niet overeenkomt met het verhaal;

2. fracturen in verschillende stadia van genezing.

Echte pathognomonische fracturen zoals bij de kindermishandeling zijn volgens deze auteurs nog niet bekend bij de ouderenmishandeling.

Zoeken en selecteren

In de databases Medline (via OVID), Embase (via Embase.com) en CINAHL is op 9 maart 2017 met relevante zoektermen gezocht naar studies over de screening en diagnostiek van ouderenmishandeling. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 4.631 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: systematische reviews en overige studiedesigns gericht op ouderenmishandeling, en/of signalering van mishandeling bij volwassenen. In eerste instantie werden 1.087 studies voorgeselecteerd op basis van de volgende selectiecriteria: klinische studies over mishandeling bij oudere patiënten (humaan). Vervolgens zijn door twee beoordelaars op basis van titel en abstract 13 studies geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst werden vervolgens vier studies geëxcludeerd (zie exclusietabel) en zijn negen studies definitief geselecteerd.

De volgende studies zijn opgenomen in de literatuuranalyse: Danesh, 2015; Greenbaum, 2006; Murphy, 2013; Palmer, 2013; Rosen, 2016a; Rosen, 2016b; Wong, 2017; Wigglesworth, 2009; Ziminski, 2013. Bij het beoordelen van de referentielijsten zijn de volgende twee studies toegevoegd: Chang, 2013 en Mosqueda, 2005.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep definieerde niet a priori relevante uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

Chang AL, Wong JW, Endo JO, et al. Geriatric dermatology: Part II. Risk factors and cutaneous signs of elder mistreatment for the dermatologist. J Am Acad Dermatol. 2013;68(4):533.e1-10; quiz 543-4. doi: 10.1016/j.jaad.2013.01.001. Review. PubMed PMID: 23522422.

Danesh MJ, Chang AL. The role of the dermatologist in detecting elder abuse and neglect. J Am Acad Dermatol. 2015;73(2):285-93. doi: 10.1016/j.jaad.2015.04.006. Epub 2015 May 5. Review. PubMed PMID: 25956658.

Greenbaum AR, Horton JB, Williams CJ, et al. Burn injuries inflicted on children or the elderly: a framework for clinical and forensic assessment. Plast Reconstr Surg. 2006;118(2):46e-58e. Review. PubMed PMID: 16874190.

Mosqueda L, Burnight K, Liao S. The life cycle of bruises in older adults. J Am Geriatr Soc. 2005;53(8):1339-43. PubMed PMID: 16078959.

Murphy K, Waa S, Jaffer H, et al. A literature review of findings in physical elder abuse. Can Assoc Radiol J. 2013;64(1):10-4. doi: 10.1016/j.carj.2012.12.001. Review. PubMed PMID: 23351969.

- Palmer M, Brodell RT, Mostow EN. Elder abuse: dermatologic clues and critical solutions. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(2):e37-42. doi: 10.1016/j.jaad.2011.03.016. Epub 2012 Oct 8. Review. PubMed PMID: 23058735.
- Rosen T, Bloemen EM, LoFaso VM, et al. Emergency Department Presentations for Injuries in Older Adults Independently Known to be Victims of Elder Abuse. *J Emerg Med.* 2016a;50(3):518-26. doi: 10.1016/j.jemermed.2015.10.037. Epub 2016 Jan 22. PubMed PMID: 26810019; PubMed Central PMCID: PMC4764406.
- Rosen T, Bloemen EM, Harpe J, et al. Radiologists' Training, Experience and Attitudes About Elder Abuse Detection. *AJR Am J Roentgenol.* 2016b;207(6):1210-1214. Epub 2016 Oct 12. PubMed PMID: 27732066.
- Wiglesworth A, Austin R, Corona M, et al. Bruising as a marker of physical elder abuse. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(7):1191-6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02330.x. Epub 2009 Jun 3. PubMed PMID: 19558476.
- Wong NZ, Rosen T, Sanchez AM, et al. Imaging Findings in Elder Abuse: A Role for Radiologists in Detection. *Can Assoc Radiol J.* 2017;68(1):16-20. doi: 10.1016/j.carj.2016.06.001. Epub 2016 Oct 13. PubMed PMID: 27745989.
- Ziminski CE, Wiglesworth A, Austin R, et al. Injury patterns and causal mechanisms of bruising in physical elder abuse. *J Forensic Nurs.* 2013;9(2):84-91; quiz E1-2. doi: 10.1097/JFN.0b013e31827d51d0. PubMed PMID:24158129.

Beoordeling/verslaglegging van letsel bij OM

Uitgangsvraag

Wat is de handelswijze bij beoordeling en verslaglegging van letsel bij een vermoeden van ouderenmishandeling?

Aanbeveling

Voer letselbeoordeling systematisch uit volgens de trias beschrijf-typeer-interpreteer op objectieve en feitelijke wijze, en voeg op indicatie top-teen onderzoek toe.

Beschrijf het letsel systematisch in het (elektronisch) patiëntendossier; maak daarbij gebruik van het acroniem PROVOKE.

Vul de letselbeoordeling en beschrijving in het (elektronisch) patiëntendossier eventueel aan met letselfotografie, mits de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger hier toestemming voor geeft.

Maak bij letselfotografie bij voorkeur geen gebruik van een smartphone, maar van daartoe bedoelde en beveiligde apparatuur. Als de foto voor intercollegiaal overleg is bedoeld, moet deze niet tot de persoon herleidbaar, dus geanonimiseerd zijn.

Zorg voor een geschikte fotocamera en een letselfotografieprotocol binnen de medisch- specialistische zorginstelling.

Het verdient de voorkeur verplicht wetenschappelijk onderwijs inzake ouderenmishandeling te ontwikkelen voor zorgprofessionals in het medisch-specialistische domein die betrokken zijn bij de zorg en behandeling van de oudere patient (al dan niet in opleiding).

Overwegingen

Het beschrijven, typeren en interpreteren van letsel bij de oudere patiënt en het herkennen van toegebracht letsel, behoeft naast een grotere bewustwording ook expertise. Scholing speelt hierin een belangrijke rol. Omtrent kindermishandeling bestaat het verplichte Wetenschappelijk Onderwijs inzake Kindermishandeling voor Kinderartsen (de zogenaamde WOKK-cursus), echter op het gebied van ouderenmishandeling is dergelijk onderwijs nog niet ontwikkeld. Het ontwikkelen hiervan voor zorgprofessionals in het medisch-specialistische domein die betrokken zijn bij de zorg en behandeling van de oudere patient (al dan niet in opleiding) zou hun kennis over ouderenmishandeling op een hoger niveau kunnen brengen ten gunste van een betere signalering en diagnostiek. Daarnaast zal het zoeken van laagdrempelig (geanonimiseerd) overleg met een vertrouwensarts van Veilig Thuis bijdragen aan het vergroten van elkaars expertise op dit vlak.

Onderbouwing

Samenvatting literatuur

Als artsen geconfronteerd worden met letsel of andere lichamelijke (huid)afwijkingen die suggestief zijn voor

toegebracht letsel door lichamelijke ouderenmishandeling, verwaarlozing of seksueel misbruik, dan is het belangrijk bij de beoordeling en de verslaglegging hiervan een gestructureerde werkwijze te volgen. In de richtlijn Letselrapportage van het Forensisch Medisch Genootschap (richtlijn forensische geneeskunde letselrapportage, 2011) wordt geadviseerd gebruik te maken van de standaard medische werkwijze met een aantal relevante aanvullingen.

Zo is het advies om in de anamnese bijzondere aandacht te schenken aan de weergave van de toedracht, alsook voor het gebruik van medicatie zoals anticoagulantia en corticosteroïden. Bij het lichamelijk onderzoek is van belang om naast de systematische beoordeling van het letsel of de huidafwijking ook alert te zijn op overig en/of ouder letsel. Hiervoor kan het gericht lichamelijk onderzoek worden uitgebreid met een zogenaamd “top-teen-onderzoek” bekend vanuit de kindergeneeskunde. Hierbij wordt het gehele lichaam van boven naar beneden onderzocht (van top tot teen). Eventueel kan de patiënt in fases ontkleed worden, waarbij gelet wordt op de algehele verzorging van de oudere, zoals de persoonlijke hygiëne en de staat van de kleding en schoenen. Deze werkwijze kan naast andere afwijkingen ook signalen opleveren die zouden kunnen passen bij verwaarlozing.

Bij het gericht beoordelen van letsel en afwijkingen wordt geadviseerd gebruik te maken van de trias *Beschrijf-Typeer-Interpreteer* op een objectieve en feitelijke wijze uitgevoerd.

Beschrijf

Hierbij gaat het om het zo objectief, neutraal en systematisch mogelijk beschrijven van het letsel of de afwijking. Hierbij wordt geadviseerd gebruik te maken van het voor letselbeoordeling aangepaste acroniem PROVOKE uit de dermatologie (P=plaats; R=rangschikking; O=omtrek; V=vorm; O=omvang; K=kleur; E=ander of oud letsel elders op het lichaam). Zie de toelichting PROVOKE in de aanverwante producten (Medisch handboek kindermishandeling, 2013).

Daarnaast is het bij de beoordeling belangrijk om alert te zijn op zogenoemde ‘patterned injuries’, letsel waarbij afdrukken in weke delen zijn ontstaan van een object dat een karakteristiek patroon achterlaat: bijvoorbeeld sigaretten-brandwonden, strijkijzer-brandwonden, het patroon van een trui op de huid na stomp trauma, bijtafdrukken, bloeditstorting met centrale bleke lijn (‘tramlinebruising’) door een slag met een cilindervormig voorwerp en vinger(top)afdrukken door vastpakken van het slachtoffer (‘fingertip bruising’).

In het geval van seksueel misbruik kan specifiek ‘fingertip bruising’ worden aangetroffen op de binnenkant van de bovenbenen. Daarnaast kunnen er cutane tekenen van seksueel overdraagbare aandoeningen, zoals blaasjes en ulcera, worden aangetroffen. Consultatie van een gynaecoloog is bij deze locatie van ‘fingertip bruising’ of een seksueel overdraagbare aandoening gewenst.

Typeer

Hierbij wordt een classificatie toegekend aan de afwijking. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld een oppervlakkige schaafwond, diepe schaafwond, kraswond, brandwond, snijwond, scheurwond, steekwond, prikwond, drukwond, onderhuidse bloeditstorting, et cetera (Zie de classificatielijst letsel in de richtlijn letselrapportage van het Forensisch medisch genootschap, 2011).

Interpreteer

Betreft de fase waarin op grond van de beschrijving en typering van de afwijking of het letsel een differentiaaldiagnose wordt opgesteld. In deze fase beoordeelt de arts of de waargenomen afwijkingen passend zijn bij de (hetero-) anamnestiche gegevens omtrent de ontstaanswijze ervan. Beoordeling van ouderdom van het letsel dient te blijven voorbehouden aan de arts met forensische expertise. De differentiaaldiagnose van het letsel kan behalve een traumatische ontstaanswijze ook somatische aandoeningen omvatten. Wanneer een traumatische ontstaanswijze waarschijnlijk is, wordt gedifferentieerd naar accidenteel versus toegebracht letsel. Overigens kan accidenteel letsel een gevolg zijn van een onveilige woonomgeving door (zelf)verwaarlozing. Verschillende huidafwijkingen en -verwondingen kunnen tevens een gevolg zijn van (zelf-)verwaarlozing, bijvoorbeeld in het kader van voedingsdeficiënties.

Ten slotte is een zorgvuldige verslaglegging van belang waarin toedracht, relevante medische informatie, lichamelijk onderzoek, de feitelijke beschrijving van letsel of afwijkingen en interpretatie worden opgenomen in het patiëntendossier.

Bij een vermoeden van ouderenmishandeling kan aanvullend onderzoek worden overwogen, gericht op bijvoorbeeld het aantonen van ouder letsel zoals overige bloeduitstortingen, fracturen of seksueel overdraagbare aandoeningen. Eventueel forensisch onderzoek naar de aanwezigheid van sperma moet binnen 72 uur na ejaculatie verzameld worden.

Daarnaast kan een foto van een huidafwijking of letsel van aanvullende waarde zijn naast de letselbeschrijving bij het maken van onderscheid tussen een ziekte, ongeval of toegebracht letsel. Foto's kunnen tevens behulpzaam zijn bij documentatie, overdracht of het intercollegiaal overleg. Ten aanzien van letselfotografie geldt hetzelfde als voor de andere informatie die in het dossier wordt opgenomen en bewaard. In het kader van (vermoeden van) ouderenmishandeling houdt de dossierplicht in dat de zorgprofessional alle waarnemingen die hij doet en informatie die hij krijgt zo zorgvuldig en zo feitelijk mogelijk vastlegt in het dossier van de patiënt. In principe mogen dus medische foto's worden gemaakt en bewaard als dat nodig is in het kader van de zorgplicht van de zorgprofessional. De zorgprofessional vertelt aan de patiënt dat de foto nodig is vanwege zorgen over mogelijk onverklaard letsel en vraagt om toestemming. Als die toestemming niet gegeven wordt, kan de zorgprofessional deze foto's niet (laten) nemen. Dit belet de zorgprofessional overigens niet om het door hem/haar geziene letsel te beschrijven in het dossier en daarbij te vermelden dat de patiënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger in het geval van wilsonbekwaamheid van de patiënt) niet instemde met het maken van een foto.

Maak bij letselfotografie bij voorkeur geen gebruik van een smartphone, maar van daartoe bedoelde en beveiligde apparatuur. Hiervoor wordt aanbevolen om gebruik te maken van een digitale compact camera (zonder het gebruik van de flitser) met standaardmogelijkheden tot inzoomen en een goede macrostand alsook een meetlat. Indien er geen meetlat beschikbaar is, kan gebruik worden gemaakt van een muntstuk met het getal van de munt zichtbaar in beeld. Het strekt tot de aanbeveling dat de foto's gemaakt worden conform de richtlijnen zoals die zijn opgesteld door het Nederlands Forensisch instituut (<https://www.forgen.nl/> en <https://www.forensischinstituut.nl/>). Foto's die conform deze richtlijnen zijn gemaakt kunnen eventueel gebruikt worden voor gerechtelijke doeleinden (zie ook het [Letselfotografieprotocol](#) in de aanverwante producten).

Indien de foto voor intercollegiaal overleg bedoeld is, moet deze niet tot de persoon herleidbaar, dus

geanonimiseerd, zijn. Hierbij is het van belang dat de foto zo snel mogelijk wordt verwijderd van het toestel en op een veilige plek wordt opgeslagen. Ook voor van deze foto's is toestemming van de patiënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger) vereist. Zie voor meer info over verwerking persoonsgegevens de *Richtlijn omgaan met medische gegevens*:

<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/omgaan-met-medische-gegevens.htm>.

Als de arts twijfel heeft over het te duiden letsel kan het behulpzaam of nodig zijn een deskundige te raadplegen op het gebied van letselduiding. Het gaat dan om het zorgvuldig en wetenschappelijk gefundeerd duiden van letsel. Dit kan plaatsvinden zonder bekendmaking van persoonsgegevens en is overeenkomstig de consultatie van andere medische professionals in het kader van diagnostiek of behandeling. De arts kan (geanonimiseerd) advies inwinnen bij de vertrouwensarts van Veilig Thuis. De vertrouwensarts zal adviseren hoe voor verdere duiding zorg gedragen kan worden en kan voorstellen om indien gewenst hiervoor de forensisch arts van de GGD in te schakelen. Bij ernstig letsel is de politie al betrokken of wordt deze ingeschakeld door Veilig Thuis. De politie schakelt dan een forensisch arts in om het letsel vast te leggen en te duiden.

Overlijden in relatie tot een vermoeden van ouderenmishandeling

In geval van overlijden waarbij een vermoeden bestaat dat ouderenmishandeling hier direct of indirect aan heeft bijgedragen wordt gehandeld als bij een niet-natuurlijk overlijden. Dat wil zeggen dat geen overlijdensverklaring wordt ingevuld door de behandelaar en de forensisch arts wordt ingeschakeld, met wie in eerste instantie wordt overlegd. Deze kan naar aanleiding van dit overleg besluiten zelf te komen kijken. Beschouwt de forensisch arts het overlijden na beoordeling als natuurlijk, dan vult deze zelf alsnog de overlijdenspapieren in. Indien de forensisch arts twijfelt, wordt justitie ingeschakeld. Als de behandelend arts en forensisch arts bij voorbaat sterke aanwijzingen zien voor een niet-natuurlijke dood, dan wordt justitie direct ingeschakeld door de arts (zie richtlijn Handreiking niet-natuurlijke dood, januari 2016).

Zie het stroomschema letselduiding voor de aanbevolen stappen bij een oudere patiënt met letsel in de medisch specialistische zorg.

De verschillende vragen die in het stroomschema aan de orde komen worden hieronder toegelicht.

Stap 1: Beschrijf en typeer

Na het verlenen van spoedeisende medische zorg wordt lichamelijk onderzoek en op indicatie top teen onderzoek gedaan en wordt het letsel in het dossier beschreven conform PROVOKE en eventueel aangevuld met letselfotografie. Het is aan de zorgprofessional om te bepalen of letselfotografie behulpzaam is en op welk moment dit mogelijk is. Voorafgaand aan eventueel letselfotografie wordt toestemming gevraagd aan de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger.

Stap 2: Interpreteer

Wat is de aard van het letsel? Zijn er andere (onverklaarde) letsels aanwezig? Is er sprake van een ziekte? Is sprake van een accident? Hier start het proces van differentiaal-diagnostisch denken. Hierbij kan nadere expertise ingewonnen worden bij andere specialismen zoals de dermatoloog, hematoloog of radioloog. Als de

zorgprofessional twijfel heeft omtrent letselduiding, wordt aanbevolen laagdrempelig (geanonimiseerd) overleg met de vertrouwensarts van Veilig Thuis te zoeken.

Stap 3

Als het letsel voldoende verklaard kan worden door een accident of door de aanwezigheid van een aandoening en er geen overig vermoeden is van ouderenmishandeling, dan wordt het stroomschema afgesloten. In geval van een accident kan de fysieke veiligheid in de leefomgeving van de patiënt aandacht behoeven (zo nodig via huisarts/thuiszorg). In de overige gevallen wordt het stroomschema vervolgd en wordt de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld gevolgd.

Stap 4

Wanneer voor het letsel een verklaring vanuit een ziekte of accident is uitgesloten, is de volgende vraag of het letsel toegebracht is. Als er een vermoeden bestaat van toegebracht letsel wordt de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld gevolgd.

Zoeken en selecteren

Voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag heeft de werkgroep gebruik gemaakt van onderstaande richtlijnen en handboeken:

- Forensisch medisch genootschap. Richtlijn forensische geneeskunde- letselrapportage, via <https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=453&m=1310394649&action=file.download>, 2011, geraadpleegd op 1 juni 2017.
- Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde. Richtlijn blauwe plekken bij kinderen via <https://www.nvk.nl/Nieuws/articleType/ArticleView/articleId/1392/Richtlijn-Blauwe-plekken-bij-kinderen> geraadpleegd op 1 juni 2017.
- Van de Putte EM, Lukkassen IMA, Russel IMB, et al. Medisch handboek kindermishandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 2013:p.475-482.
- Reijnders UJL, Das C, Drijber BC, et al. Herkenning van letsel door lichamelijk geweld. Prelum uitgevers. 2008:p.35.
- Richtlijn omgaan met medische gegevens: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/omgaan-met-medische-gegevens.htm>

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, 2015, <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=66e86ca1-5c3b-4542-b31c-649878742e63&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=3832>, Geraadpleegd op 1 juni 2017
Forensisch medisch genootschap. Richtlijn forensische geneeskunde- letselrapportage. Geraadpleegd op 1 juni 2017, via

<https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=453&m=1310394649&action=file.download>. 2011.

Handreiking niet-natuurlijke dood, Geraadpleegd 18 juni 2017, via <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/wat-te-doen-na-overlijden-patient-handreiking-niet-natuurlijke-dood-biedt-houvast.htm>.

Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde. Richtlijn blauwe plekken bij kinderen. Geraadpleegd op 1 juni 2017 via <https://www.nvk.nl/Nieuws/tabid/606/articleType/ArticleView/articleId/1392/Richtlijn-Blauwe-plekken-bij-kinderen.aspx>.

2016.

van de Putte EM, Lukkassen IMA, Russel IMB, et al. Medisch handboek kindermishandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 2013;p.475-482.

Reijnders UJL, Das C, Drijber BC, et al. Herkenning van letsel door lichamelijk geweld. Prelum uitgevers. 2008;p.35.

<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/omgaan-met-medische-gegevens.htm>).

Screening op ouderenmishandeling

Uitgangsvraag

Welke (gevalideerde) screeningsmethoden ter signalering en detectie van ouderenmishandeling zijn nationaal en internationaal ontwikkeld en beschikbaar voor de Nederlandse situatie?

Aanbeveling

Stel uzelf als professional in de medisch-specialistische zorg bij alle ouderen van 70 jaar of ouder bij opname of intake onderstaande vraag:

“Bestaat er een ‘niet-pluis’ gevoel of vermoeden op ouderenmishandeling?”

Integreer als medisch-specialistische zorginstelling de signaleringsvraag in het (elektronisch) patiëntendossier om dossiervoering te faciliteren.

Overwegingen

De aandacht voor het maatschappelijke probleem van ouderenmishandeling in de context van de gezondheidszorg is nog relatief jong. Naar verwachting zal ouderenmishandeling, en ook de screening en behandeling daarvan, de komende jaren toenemende aandacht krijgen. Belangrijk voor de herkenning van ouderenmishandeling is het besef bij zorgprofessionals dat ouderenmishandeling een multifactorieel en complex probleem is, waarin de achtergrond en context van de oudere een belangrijke rol speelt. Er is geen enkelvoudige theorie beschikbaar die alle oorzaken van ouderenmishandeling omvat en op basis waarvan één alomvattende manier van screening kan worden aanbevolen.

Omwille van de leesbaarheid van de richtlijn is ervoor gekozen een overzicht te geven van de meest gebruikte instrumenten binnen de internationale gezondheidszorg (weergegeven in de systematische literatuurstudie van Gallione (2017), gebaseerd op de hoogst mogelijke evidence. In de review van Gallione wordt een 11-tal meetinstrumenten beschreven voor de detectie van ouderenmishandeling. De beschreven instrumenten richten zich echter steeds op slechts één of enkele vormen van ouderenmishandeling. Daarnaast zijn deze instrumenten beperkt ontwikkeld voor de medisch-specialistische zorg en is geen enkel instrument hiervoor gevalideerd binnen de Nederlandse setting. In het Nederlands prevalentieonderzoek (Regioplan, 2018) zijn onderdelen van screeningsinstrumenten gebruikt, waaronder de Conflict Tactics Scale (gericht op partner geweld, niet specifiek ouderenmishandeling; Straus, 1979) en de HS-EAST (Neal, 1991). Verder is de cross-culturele toepasbaarheid van de verschillende screeningsinstrumenten zeer beperkt tot niet onderzocht. In de Nederlandse multiculturele samenleving zijn cross-culturele kwaliteiten van een screeningsinstrument wellicht wenselijk, waarin een eenvoudige vertaling in diverse talen of de inzet van een tolk mogelijk onvoldoende voorziet. Naast een taalprobleem kunnen ook andere cross-culturele verschillen optreden die het afnemen en interpreteren van een screeningsmethode bemoeilijken. Er zijn geen gevalideerde Nederlandse vertalingen gevonden van een screeningsinstrument voor ouderenmishandeling dat op deze aspecten getest is. Daarnaast zijn de meeste screeningsinstrumenten niet gevalideerd voor ouderen met cognitieve problemen zoals dementie. Het ontwikkelen en onderzoeken van screeningsinstrumenten die specifiek bij patiënten met cognitieve problemen

een valide en betrouwbare uitslag opleveren, is hiervoor noodzakelijk. Daarnaast is het de vraag in hoeverre de screeningsinstrumenten betreffende de mishandelingsvorm 'verwaarlozing' in staat zijn een onderscheid te maken tussen zelfverwaarlozing van de oudere en verwaarlozing door naasten of relevante anderen.

Screening op ouderenmishandeling in de Nederlandse medisch-specialistische zorg

Het invoeren van een screeningsinstrument ouderenmishandeling kan een belangrijke bijdrage leveren aan het creëren van bewustwording van ouderenmishandeling, die noodzakelijk is om dergelijke problemen te herkennen. Ook kunnen drempels worden verlaagd die sommige hulpverleners ervaren om bij volwassenen binnen zaken te treden betreffende ouderenmishandeling. Naast het gebruik van een screeningstruiment is kennis over risicofactoren op, signalen van en handelingsmogelijkheden bij ouderenmishandeling noodzakelijk en zijn communicatieve vaardigheden van belang om op adequate wijze om te gaan met situaties rondom ouderenmishandeling. Het voorzien in scholing op deze gebieden kan eveneens belangrijke verbeteringen brengen ten aanzien van de herkenning en detectie van ouderenmishandeling (Yaffe, 2008).

Naast de voordelen brengt standaard screening op ouderenmishandeling ook potentiële nadelen met zich mee. Zo bestaan er voor (kwetsbare) ouderen in het ziekenhuis al diverse verplichte screenings (bijvoorbeeld op delier en valrisico) en kan het ontstaan van een screenings-moeheid een risico vormen.

Ondanks dat de bewijskracht voor de verschillende screeningsinstrumenten voor ouderenmishandeling nog beperkt is, lijkt systematische screening op ouderenmishandeling bij de oudere patient die behandeld wordt in de medisch- specialistische zorg zinvol. Bij (vroeg)detectie kan beïnvloeding van de situatie plaatsvinden waardoor de kans op herhaling kan afnemen. Mogelijk is een dergelijke screening de enige mogelijkheid voor de oudere om problematiek op dit gebied kenbaar te maken. Ten slotte, niet op de minste plaats, worden zorgprofessionals zich zo meer bewust van het bestaan van ouderenmishandeling en raken zij vertrouwd met het bespreekbaar maken van het onderwerp.

Aan het invoeren van een standaard screening gaat een afweging van een aantal zaken vooraf, net als dat bij bevolkingsonderzoek het geval is, namelijk dat:

1. De conditie frequent voorkomt en (ernstige) nadelen veroorzaakt.
2. Er een goed screeningsinstrument bestaat, dat in staat is vroeg te signaleren.
3. Er interventies beschikbaar zijn die het nadeel in belangrijke mate kunnen voorkomen of verminderen.
4. De screeningsmethode betaalbaar, betrouwbaar, eenvoudig en weinig belastend is.

Ten aanzien van punt 1 is de verwachting dat de prevalentie van 2% die recent in het afgelopen jaar bij thuiswonende ouderen is geconstateerd (Regioplan, 2018), in de groep ouderen die zich in de medisch-specialistische zorg bevindt mogelijk alleen maar hoger zal zijn, mede gezien de veronderstelde grotere aanwezigheid van risicofactoren bij deze groep. Ten aanzien van punt 2 zijn er geen gevalideerde en betrouwbare screeningsinstrumenten voor de medisch-specialistische zorg in de literatuur gevonden. Echter, het herkennen en signaleren van *een vermoeden van* ouderenmishandeling is van groter belang dan het met zekerheid aantonen of uitsluiten ervan. Ten aanzien van punt 3 richten de interventies in de medisch-specialistische zorg zich in eerste instantie op het (laten) creëren van veiligheid ofwel het (doen) stoppen van de ouderenmishandeling. De KNMG-meldcode biedt hiertoe een leidraad, waarin beschreven wordt op welke

manier te handelen vanaf het eerste vermoeden van ouderenmishandeling. Hierin wordt ook beschreven hoe Veilig Thuis in het proces kan adviseren, ondersteunen, onderzoeken of overnemen. Ten slotte wat betreft de betaalbaarheid, eenvoud en belastbaarheid van de screeningsmethode kan, wanneer gekozen wordt voor een eenvoudig signalerend screeningsinstrument de tijdsinvestering (en kosten) worden beperkt en lijkt de belasting voor de oudere aanvaardbaar.

Gelet op bovengenoemde punten adviseert de werkgroep dat de behandelend arts/verpleegkundig specialist of verpleegkundige (naar gelang lokale afspraken) bij ouderen die behandeld worden in de medisch-specialistische zorg met een signaleringsvraag een mogelijk vermoeden van ouderenmishandeling vaststelt. Hieronder wordt de inhoud van de signaleringsvraag en de geadviseerde leeftijdsgrens bij afname verder toegelicht.

Signaleringsvraag

Het systematisch signaleren van (een vermoeden van) ouderenmishandeling, op basis van geobserveerde risicofactoren en mogelijke signalen van ouderenmishandeling, vormt een ondersteuning voor de zorgprofessional en het multidisciplinaire team bij de herkenning van ouderenmishandeling. Soms kan de signalering beginnen met een 'niet-pluis' gevoel. In de literatuur wordt melding gemaakt van de mogelijke rol van de klinische blik of het 'niet-pluis' gevoel bij de zorgverlener aangaande detectie van ouderenmishandeling (Cannell, 2016). In het EASI-screeningsinstrument is de klinische beoordeling van de zorgprofessional opgenomen als laatste observatievraag in het instrument (Yaffe, 2008). In een aantal ziekenhuizen in Nederland is reeds een screeningsmethode voor ouderenmishandeling ontwikkeld in combinatie met de (initiële) vraag naar het 'niet-pluis-gevoel' gebaseerd op de klinische blik van zorgprofessionals. Hoewel deze instrumenten niet gevalideerd zijn, blijken de ervaringen positief (zie 'Voorbeelden signalering' in de aanverwante producten). De werkgroep is van mening dat een 'niet-pluis-gevoel' van de zorgprofessional(s) een goed kompas kan zijn bij de herkenning van (een vermoeden van) ouderenmishandeling in de medisch-specialistische zorg.

Gelet op het bovenstaande en het feit dat er op basis van de literatuur geen voorkeur voor één specifiek screeningsinstrument kan worden uitgesproken, adviseert de werkgroep gebruik te maken van de volgende signaleringsvraag die de professional zichzelf stelt:

Signaleringsvraag ouderenmishandeling:

"Bestaat er een 'niet-pluis' gevoel of vermoeden op ouderenmishandeling?"

Bij het gebruik van deze signaleringsvraag is het van belang dat de professional in geval van een positief antwoord, een onderbouwing geeft van geobserveerde signalen of risicofactoren en de situatie nader exploreert. Vervolgens kan bij voldoende aanwijzingen voor een vermoeden van ouderenmishandeling de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld worden gevolgd. Signalering wordt bij voorkeur uitgevoerd bij de opname of intake, die kan plaatsvinden op de spoedeisende hulp, de polikliniek, de dagbehandeling en in de kliniek. Het is aan instellingen waar medisch-specialistische zorg wordt verleend om zelf een keuze te maken hoe dit vorm te geven. Het verdient de voorkeur om dit ziekenhuisbreed aan te pakken, maar dit kan stapsgewijs geïmplementeerd worden (zie module organisatie van zorg, dissimiatie- en implementatieplan).

Het gebruik van een signaleringsvraag is niet een doel op zich maar is vooral zinvol om de professional in de medisch-specialistische zorg bij ieder consult zichzelf bewust de vraag te laten stellen of er sprake is van een, mogelijk voor de oudere, bedreigende situatie.

Leeftijdsgrens

Het kiezen van een leeftijdsgrens voor de doelgroep 'ouderen' bij signalering van ouderenmishandeling is arbitrair, maar biedt zowel praktische als inhoudelijke voordelen. De kans op het aanwezig zijn van risicofactoren op ouderenmishandeling neemt toe met de leeftijd en is tevens een uiting van kwetsbaarheid. Bij het screenen op kwetsbaarheid in het kader van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) kwetsbare ouderen wordt een leeftijdsgrens van 70 jaar en ouder aangehouden. De werkgroep heeft besloten om dezelfde leeftijdsgrens te hanteren vanwege inhoudelijke en praktische redenen. De werkgroep adviseert om de signaleringsvraag ouderenmishandeling toe te passen bij alle patiënten van **70 jaar en ouder**. Bij jongere patiënten die tekenen van kwetsbaarheid vertonen of anderszins aan risicofactoren van ouderenmishandeling voldoen, wordt eveneens geadviseerd de signaleringsvraag toe te passen.

Instellingsbreed beleid

Het vergroten van de herkenning en signalering van ouderenmishandeling binnen de medisch specialistische zorg alsmede de inzet van op veiligheid gerichte interventies vraagt om verschillende ingrediënten tezamen. Daarbij is het systematische gebruik van de signaleringsvraag een belangrijk onderdeel. Daarnaast is het van belang dat er binnen de medisch-specialistische instelling beleid bestaat op het gebied van ouderenmishandeling (zie module organisatie van zorg, dissimiatie- en implementatieplan). Een aantal actiepunten vatten we hieronder samen:

- het opstellen van een lokaal handelingsprotocol ouderenmishandeling;
- het bevorderen van de kennis over en gebruik van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld en specifieke scholing over ouderenmishandeling binnen de eigen instelling;
- het faciliteren van de zorgprofessional bij het handelen rondom ouderenmishandeling. Te denken valt aan het aanstellen van een centraal coördinerend persoon zoals een aandachtsfunctionaris, het oprichten van een multidisciplinair team ouderenmishandeling en het houden van periodieke casuïstiekbesprekingen;
- het zorgdragen voor samenwerking in de regio met professionals en organisaties die een rol kunnen spelen binnen de zorgketen in geval van ouderenmishandeling, alsmede het inzichtelijk maken van deze samenwerking en organisaties voor zorgprofessionals;
- het faciliteren van de dossiervoering op dit gebied (zoals het opnemen van de signaleringsvraag binnen het EPD, faciliteren van letselfotografie).

NB Een aantal van bovenstaande zaken zullen lastiger te implementeren zijn in kleine, gespecialiseerde medisch-specialistische organisaties (zie voor adviezen hieromtrent de module organisatie van zorg en het dissimiatie- en implementatieplan)

Onderbouwing

Achtergrond

Bij screening en diagnostiek van ouderenmishandeling gaat het niet alleen om het herkennen van signalen van

ouderenmishandeling, maar ook om de individuele context van de oudere en het herkennen van aanwezige risicofactoren voor ouderenmishandeling. De medisch-specialistische zorginstelling is, naast de persoonlijke leefomgeving van de oudere, een belangrijke setting om (een risico op) ouderenmishandeling te detecteren. Hier kan de oudere zich mogelijk vrijer voelen dan in de persoonlijke leefomgeving (om signalen van) ouderenmishandeling te bespreken. Daarnaast is deze setting geschikt om zaken als ondervoeding en verwaarlozing aan het licht te brengen (Cohen, 2006).

Risicofactoren en signalen van ouderenmishandeling worden in de medisch-specialistische zorg soms moeilijk herkend, omdat de persoonlijke context 'letterlijk' niet goed in beeld is. Verder hebben zorgprofessionals vaak onvoldoende kennis ten aanzien van deze risicofactoren en signalen. Screeningsinstrumenten kunnen behulpzaam zijn om ouderenmishandeling te detecteren. Het gebruik ervan zal het bewustzijn ('awareness') bij zorgprofessionals in de medisch-specialistische zorg over (de verschillende vormen) ouderenmishandeling vergroten. Zo kunnen ze bijdragen aan een tijdige herkenning (Cohen, 2006; Yaffe, 2008).

Conclusies

Ze er laag GRADE	Elf screeningsinstrumenten voor ouderenmishandeling in de gezondheidszorg zijn geïdentificeerd in de literatuur: de Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST), Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS), Elder Abuse Suspicion Index (EASI), Caregiver Abuse Screen for the Elderly (CASE), Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE), Elderly Indicators of Abuse (E-IOA), Elder Assessment Instrument (EAI), Elder Psychological Abuse Scale (EPAS), Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEABS), Older Adult Abuse Psychological Measure (OAPAM) en de Older Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM). <i>Bronnen (Sengstock, 1987; Schofield, 2003; Yaffe, 2008; Reis, 1995a; Reis, 1995b; Cohen, 2006; Fulmer, 2000; Wang, 2007; Wang, 2006; Conrad, 2010a; Conrad, 2010b; in Gallione, 2017).</i>
Ze er laag GRADE	Twee screeningsinstrumenten zijn psychometrisch getest binnen de ziekenhuis setting: de Elder Assessment Instrument (EAI) en de E-IOA (Elderly Indicators of Abuse). <i>Bronnen (Fulmer, 1987; Fulmer, 2000; Cohen, 2006; in Gallione, 2017)</i>
Ze er laag GRADE	Het is niet mogelijk om screeningsinstrumenten voor ouderenmishandeling onderling te vergelijken met betrekking tot validiteit, betrouwbaarheid, sensitiviteit en specificiteit. Geen van de instrumenten is geëvalueerd ten opzichte van een gouden standaard. <i>Bronnen (Gallione, 2017)</i>

Samenvatting literatuur

De systematische review van Gallione (2017) includeerde 11 studies: 8 prospectieve cohortstudies (Sengstock, 1987; Reis, 1995a; Reis, 1995b; Fulmer, 2000; Cohen, 2006; Wang, 2007; Conrad, 2010a; Conrad, 2010b), 2

observationele longitudinale studies (Schofield, 2003; Yaffe, 2008) en 1 cross-sectionele studie (Wang, 2006). Gallione (2017) evalueerde de psychometrische karakteristieken van 11 verschillende screeningsinstrumenten om mishandeling bij ouderen op te sporen (zie tabel 1). De volgende instrumenten zijn opgenomen:

- Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST).
- Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS).
- Elder Abuse Suspicion Index (EASI).
- Caregiver Abuse Screen for de Elderly (CASE).
- Brief Abuse Screen for de Elderly (BASE).
- Elderly Indicators of Abuse (E-IOA).
- Elder Assessment Instrument (EAI).
- Elder Psychological Abuse Scale (EPAS).
- Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEABS).
- Older Adult Abuse Psychological Measure (OAPAM).en
- Older Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM).

Tabel 1 Screeningsinstrumenten ouderenmishandeling (X=niet vermeld of niet gemeten)

Studie	Instrument	Items	Duur (min)	Ziekenhuis-Setting/SEH	Wie vult in?	sensitiviteit	spe	Cronb α
Sengstock, 1987	H-S/EAST	15 Beoordeling lichamelijke, psychische, financiële mishandeling en verwaarlozing	5 tot 10	Nee	Patient of interview door zorgprofessional	X	X	0.29
Schofield, 2003	VASS	12 Beoordeling lichamelijke en psychische mishandeling	X	Nee	Patient	X	X	0.31 tot 0.74
Yaffe, 2008	EASI	6 Beoordeling lichamelijke, psychische, financiële mishandeling en verwaarlozing	2	Nee	Zorgprofessional	0.44	0.77	X

Reis, 1995a	CASE	8 Beoordeling lichamelijke, psychische, financiële mishandeling en verwaarlozing	Kort	Nee	Informele zorgverlener	X	X	0.71
Reis, 1995b	BASE	5 Beoordeling lichamelijke, psychische, financiële mishandeling en verwaarlozing	X	Nee	Zorgprofessional (getraind)	X	X	Niet vermeld
Cohen, 2006	E-IOA	50 Beoordeling lichamelijke, psychische, financiële mishandeling en verwaarlozing en seksueel misbruik	120 tot 180	Ja, Zieken huis	Zorgprofessional (getraind)	0.93	0.98	0.78 tot 0.91
Fulmer, 1984+2000	EAI	42 Beoordeling lichamelijke, psychische, financiële mishandeling en verwaarlozing Sens+Spe betreft verwaarlozing	12 tot 15	Ja, Spoed- eisende hulp	Zorgprofessional	0.71	0.93	0.84
Wang, 2007	EPAS	32 Beoordeling psychische mishandeling	5 tot 10	Nee	Face to face interview met zorgprofessional	X	X	X

Wang, 2006	CPEABS	20 Beoordeling psychische mishandeling	X	Nee	Informele zorgverlener	X	X	0.85
Conrad, 2010a	OAPAM	31 Beoordeling psychische mishandeling	X	Nee	Patient	X	X	0.92
Conrad, 2010b	OAFEM	25 Beoordeling financiële mishandeling	X	Nee	Zorgprofessional	X	X	0.93

Resultaten

Alle screeningsinstrumenten beschrijven een gestandaardiseerd proces om signalen van ouderenmishandeling op te sporen. Een aantal instrumenten is getoetst; sommige laten een goede interne consistentie zien en anderen zijn gevalideerd om vroege identificatie van mishandeling bij ouderen aan te tonen. Omdat de studies geen referentietest of gouden standaard gebruikten (hetgeen voor de signalering van een vermoeden van ouderenmishandeling (nog) niet beschikbaar is) was het niet mogelijk om de psychometrische karakteristieken van de verschillende instrumenten met elkaar te vergelijken.

Gallione (2017) concludeert dat geen van de instrumenten kan worden aanbevolen voor implementatie. Aangezien de onderzochte screeningsmethodes zijn onderzocht en/of gevalideerd in een specifieke populatie en/of setting, is de bruikbaarheid hiervan voor andere populaties of settings onbekend. Verder richten de screeningsmethoden zich meestal op één of enkele vormen van ouderenmishandeling waardoor voor een volledig beeld meerdere instrumenten naast elkaar gebruikt zouden moeten worden.

Onderstaand worden de uitkomsten van de afzonderlijke studies met betrekking tot de psychometrische karakteristieken van de verschillende meetinstrumenten kort beschreven.

In de studie van Sengstock (1987) wordt het screeningsinstrument de Hwalenk-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) beschreven. Het instrument bestaat uit 15 items met gesloten vragen en beslaat de volgende drie domeinen: persoonlijk geweld of directe mishandeling (Heeft iemand in uw nabije omgeving recentelijk geprobeerd om u pijn of kwaad aan te doen?); karakteristieken van kwetsbaarheid (Bent u vaak verdrietig of voelt u zich vaak alleen?); en potentiële situaties van misbruik (Vertelt iemand u dat u te lastig bent voor die persoon?). Het afnemen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 tot 10 minuten en de vragen worden aan de oudere zelf gesteld. Het instrument heeft een lage interne consistentie (Cronbach's α van 0,29) en een relatief hoog aantal fout-negatieve uitslagen. De lage Cronbach's α komt waarschijnlijk door het feit dat er verschillende vormen van mishandeling worden uitgevraagd.

In de studie van Neale (1991) is de H-S/EAST verder onderzocht. Neale (1991) concludeerde dat ouderen met

een score van 3 of hoger een verhoogde kans hadden om slachtoffer te zijn van lichamelijke mishandeling, verwaarlozing of financieel misbruik. Het instrument zal niet snel gevallen van mishandeling missen (hoge specificiteit), maar in onervaren handen kan het aantal fout-negatieve uitslagen toenemen (lage sensitiviteit). Het gaat bij deze test niet alleen om het screenen op ouderenmishandeling, maar ook om met behulp van specifieke items te screenen op aanknopingspunten om een gerichte evaluatie en/of interventie in te kunnen zetten.

De studie van Schofield, 2003 beschrijft de Vulnerability Abuse Screening Scale (VASS). Dit screeningsinstrument werd getest en ontwikkeld binnen een bestaand landelijk cohort van oudere vrouwen in de thuissituatie (70 tot 75 jaar) in Australië. De VASS is een aanpassing van de H-S/EAST (Sengstock, 1987) en bevat 12 items met ja/nee vragen (bijvoorbeeld: Heeft iemand in uw nabije omgeving u op een vervelende wijze benaderd? of Bent u bang voor iemand binnen uw familie?). Tien van de 12 items zijn afkomstig uit de H-S/EAST en twee items uit de Conflict Tactics Scale (Strauss, 1979). De VASS beslaat de volgende 4 domeinen: kwetsbaarheid, afhankelijkheid, bedrog en dwang (3 vragen per domein). Sensitiviteit en specificiteit zijn niet getest. De Cronbach's α varieerde van 0,31 (domein: dwang) tot 0,74 (domein: afhankelijkheid); wat een gemiddelde tot goede interne consistentie betekent. De formulering van de vragen op het domein dwang zijn echter niet allen voldoende specifiek, waardoor de vragen op verschillende manieren geïnterpreteerd kunnen worden. Verder is de vragenlijst alleen getest bij vrouwen en is het nog onduidelijk of deze ook geschikt is om mishandeling te detecteren bij mannen.

De studie van Yaffe (2008) ontwikkelde en evalueerde de Elder Abuse Suspicion Index (EASI). Deze werd onderzocht bij cognitief intacte ($MMSE \geq 24$) ouderen van 65 jaar en ouder in de eerstelijns zorg. De EASI bestaat uit 6 items. In totaal worden 5 items uitgevraagd aan de oudere patiënt (onder andere: Bent u afhankelijk van iemand bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten?; Heeft iemand u gedwongen om papieren te tekenen tegen uw wil?) en 1 item wordt beantwoord door de behandelend arts (onder andere het opmerken van gedrag dat kan duiden op ouderenmishandeling, zoals geen oogcontact maken, slechte hygiëne, verwaarloosde kleding). De EASI werd door Yaffe geëvalueerd aan de hand van een referentietest, de zogenoemde Social Work Assessment (SWA); een gestructureerd interview afgenomen door een maatschappelijk werker, waarmee ouderenmishandeling kan worden vastgesteld of uitgesloten. Daarbij waren de maatschappelijk werkers geblindeerd voor de uitslag van de EASI. De sensitiviteit van de EASI bleek 44% en de specificiteit bleek 77%. Daarnaast is de EASI reeds in meerdere landen gevalideerd wat hoopvol stemt voor cross-culturele toepassing (WHO, 2006). Omdat bij het gebruik van de EASI directe vragen gesteld worden aan de oudere, kan dit instrument alleen gebruikt worden bij ouderen met voldoende cognitieve vaardigheden.

De studie van Reis (1995a) evalueert de Caregiver Abuse Screen for the Elderly (CASE). De CASE is een snel af te nemen 8-item vragenlijst ontwikkeld in Canada die beoogt in kaart te brengen of een zorgverlener een potentiële mishandelaar is. De ja/nee vragen worden zodanig gesteld dat de deelnemer zich comfortabel voelt en de vragen sneller naar waarheid invult (onder andere 'Heeft u soms moeite om patiënt x tot rust te brengen?'; of 'Heeft u het gevoel dat u het gedrag van patiënt xx moet negeren?'). De CASE heeft een Cronbach's α van 0,71; en laat een significant verschil zien tussen de mishandelde en niet-mishandelde groep ouderen. Er is geen specifiek afkappunt, hoe hoger de score hoe groter de kans dat sprake is van mishandeling. De effectiviteit van dit instrument wordt verhoogd als het samen met de E-IOA wordt afgenomen.

De Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE) is onderzocht in de studie van Reis (1995b). De BASE bestaat uit 5

items en kan worden afgenomen in één minuut. De 5 vragen richten zich op verdenking van mishandeling, vorm mishandeling (lichamelijk, psychisch, verwaarlozing en financieel) en directe reactie op mishandeling. De BASE kan alleen worden afgenomen door professionals die een specifieke training hebben gevolgd. Met 86 tot 90% overeenkomst tussen de verschillende professionals, is sprake van een goede inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid. Overige psychometrie-gegevens worden niet benoemd.

In de studie van Cohen (2006) wordt de Elderly Indicator of Abuse (E-IOA) geëvalueerd. De E-IOA is afkomstig van het oorspronkelijke instrument de IOA ('indicators of abuse') van Reis en Nahmiash (1998) en is onderzocht in een groot cohort van patiënten opgenomen in twee ziekenhuizen in Jerusalem. Het instrument omvat een lijst met signalen van ouderenmishandeling waarbij de mate en frequentie waarin deze signalen voorkomen op een schaal van 1 tot 5 kan worden aangegeven. De afname van de vragenlijst duurt 2 tot 3 uur. De Cronbach's α varieerde in de studie van 0,78 tot 0,91. De sensitiviteit van de E-IOA was 92,9% en de specificiteit was 97,9%. De E-IOA heeft een goede validiteit en betrouwbaarheid en is gemakkelijk te scoren. Echter, het afnemen van de E-IOA behoeft training, kost veel tijd en is beperkt toepasbaar voor het identificeren van financiële mishandeling. Opvallend is dat de test aandacht heeft voor de functionele en voedingsstatus van de oudere.

Fulmer (1984) beschrijft het Elder Assessment Instrument (EAI) die ontwikkeld is als screeningsinstrument om ouderenmishandeling te detecteren in de spoedeisende hulp- setting. Het afnemen van de EAI duurt 12 tot 15 minuten. De EAI bestaat uit 41 items verdeeld over zeven domeinen: algemeen onderzoek, mogelijke indicatoren van mishandeling, verwaarlozing, financieel misbruik, in de steek laten, een definitieve beoordeling, opmerkingen en follow-up. Elk item wordt uitgevraagd met een 5-punts Likert-schaal variërend van 1 (geen bewijs) tot 4 (definitief bewijs). Als het niet goed is vast te stellen worden 0 punten toegekend. De Cronbach's α bedraagt 0,84 en de test-retest betrouwbaarheid bedroeg 0,83 in de studie van Fulmer en Wetle (1986) twee jaar later. In de studie van Fulmer (2000) is de EAI psychometrisch onderzocht voor de screening op verwaarlozing van patiënten door verpleegkundigen op de spoedeisende hulp. Uit deze studie kwam een sensitiviteit van 71% en een specificiteit van 93% naar voren. De studie toonde verder aan dat de uitvoering van de screening op een goede wijze in te passen was in de dagelijkse werkzaamheden van de verpleegkundigen. De auteurs suggereren verdere validatie van de EAI binnen de klinieksetting.

De studie van Wang (2007) beschrijft de Elder Psychological Abuse Scale (EPAS) welke psychische mishandeling van ouderen in Taiwan beoogt te detecteren. Het onderzoek werd uitgevoerd bij geïnstitutionaliseerde ouderen in Taiwan. Gezien de specifieke culturele achtergrond welke is meegenomen in de vraagstelling binnen de EPAS, is dit screeningsinstrument alleen bruikbaar in Taiwan. De EPAS evalueert een combinatie van 32 items gericht op de detectie van psychische mishandeling bij ouderen en maakt gebruik van directe vragen aan de oudere (vragen 1 tot 7), actieve observatie (vragen 8 tot 13) en vragen aan de zorgverlener (vragen 14 tot 32). Op betrouwbaarheid werd een goede score bereikt met een K-R20 coëfficiënt van 0,82. Het instrument is relatief snel af te nemen (5 tot 10 minuten), maar heeft een lage culturele overdraagbaarheid en kan slechts 1 vorm van ouderenmishandeling in kaart brengen.

Wang (2006) beschrijft de Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEABS). Deze richt zich op de identificatie van psychische mishandeling door de informele zorgverlener. De CPEABS bestaat uit 20 items die worden beoordeeld op een 4-punts Likert-schaal variërend van 1 (nooit zo gedragen) tot 4 (gedraagt zich vaak op deze manier). De content-validiteit bedraagt 0,95 en de Cronbach's α bedraagt 0,85. De test-retest

betrouwbaarheid bedraagt 0,64 over een periode van twee weken. Net zoals voor de EPAS geldt voor de CPEABS dat deze door de culturele kenmerken van de test specifiek geschikt is om psychische mishandeling bij ouderen in Taiwan te detecteren. Daarnaast is dit instrument beperkt doordat het zich uitsluitend richt op één specifieke vorm van ouderenmishandeling (psychische mishandeling) in een specifieke relatie (tussen ouderen en de informeel zorgverlener).

De studie van Conrad (2010a) beschrijft de ontwikkeling van de Older Adult Psychological Abuse Measure (OAPAM) een screeningstest die door de patiënt zelf wordt ingevuld. De OAPAM bestaat uit 31 items en beslaat de volgende domeinen: isolering, ongevoelig en oneerbiedig gedrag, verwijten en beschuldigingen, bedreigingen en intimidatie en overige factoren. De psychometrische resultaten laten een Cronbach's α zien van 0,92 en een item-betrouwbaarheid van 0,97. De toepassing van dit instrument is beperkt doordat het zich uitsluitend richt op één specifieke vorm van ouderenmishandeling (psychische mishandeling).

In een andere studie van Conrad (2010b) wordt de Older Adults Financial Exploitation Measure (OAFEM) beschreven. De OAFEM is het enige screeningsinstrument dat zich uitsluitend richt op financieel misbruik van ouderen. In totaal bestaat de OAFEM uit 25 items welke op een dichotome (ja/nee) schaal worden gescoord door ervaren professionals (onder andere: Heeft iemand geld van u geleend zonder het terug te geven?; Zijn er onverklaarbaar geldbedragen van uw bankrekening afgeschreven? en Heeft iemand geld gekregen om iets te doen, zonder dat het vervolgens werd gedaan?). De resultaten laten een uitstekende betrouwbaarheid zien met een Cronbach's α van 0,93.

Bewijskracht van de literatuur

Vanwege de heterogeniteit tussen de studies in populatie en setting en het in de meeste gevallen ontbreken van een referentietest, is het niet mogelijk om screeningsinstrumenten voor ouderenmishandeling onderling te vergelijken met betrekking tot de uitkomstmaten validiteit, betrouwbaarheid, sensitiviteit en specificiteit. De bewijskracht is met drie niveaus verlaagd gezien de beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias) en imprecisie van referentietest. Het niveau van bewijskracht komt uit op GRADE 'Zeer laag'.

Zoeken en selecteren

In de databases Medline (via OVID), Embase (via Embase.com) en CINAHLis op 9 maart 2017 met relevante zoektermen gezocht naar studies over screening op ouderenmishandeling. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 4.631 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: systematische reviews en overige studiedesigns gericht op ouderenmishandeling, en/of screening van mishandeling bij volwassenen. In eerste instantie werden 1.087 studies voorgeselecteerd op basis van de volgende selectiecriteria: klinische studies over mishandeling bij oudere patiënten (humaan). Vervolgens zijn door twee beoordelaars op basis van titel en abstract vier studies geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst werden vervolgens drie studies geëxcludeerd (zie exclusietabel) en is één studie definitief geselecteerd. De systematische review van Gallione (2017) is opgenomen in de literatuuranalyse.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep definieerde niet a priori relevante uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies gebruikte definities.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnendatabase.

Referenties

- Cannell MB, Jetelina KK, Zavadsky M, et al. Towards the development of a screening tool to enhance the detection of elder abuse and neglect by emergency medical technicians (EMTs): a qualitative study. *BMC Emerg Med.* 2016;16(1):19. doi: 10.1186/s12873-016-0084-3. PubMed PMID: 27250247; PubMed Central PMCID: PMC4888496.
- Cohen M, Halevi-Levin S, Gagin R, et al. Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *J Aging Health.* 2006;18(5):660-85. PubMed PMID: 16980634.
- Comijs HC, Pot AM, Smit JH, et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46(7):885-8. PubMed PMID: 9670877.
- Comijs HC. 'Elder mistreatment: prevalence, risk indicators and consequences', PhD, Vrije Universiteit Amsterdam. 1999.
- Conrad KJ, Iris M, Ridings JW, et al. Self-report measure of financial exploitation of older adults. *Gerontologist.* 2010b;50(6):758-73. doi: 10.1093/geront/gnq054. Epub 2010 Jul 28. PubMed PMID: 20667945.
- Conrad KJ, Iris M, Ridings JW, et al. Self-report measure of psychological abuse of older adults. *Gerontologist.* 2011;51(3):354-66. doi: 10.1093/geront/gnq103. Epub 2010 Dec 20. PubMed PMID: 21173437.
- Cooper C, Maxmin K, Selwood A, et al. The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. *Int Psychogeriatr.* 2009;21(4):774-8. doi:10.1017/S1041610209009387. Epub 2009 Jun 4. PubMed PMID: 19493378.
- Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(6):1214-38. doi: 10.1111/jgs.13454. Epub 2015 Jun 11. Review. PubMed PMID: 26096395.
- Fulmer T, Street S, Carr K. Abuse of the elderly: screening and detection. *J Emerg Nurs.* 1984;10(3):131-40. PubMed PMID: 6374226.
- Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2000 Oct;26(5):436-43. PubMed PMID: 11015061.
- Gallione C, Dal Molin A, Cristina FVB, et al. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. *J Clin Nurs.* 2017;26(15-16):2154-2176. doi: 10.1111/jocn.13721. Epub 2017 Feb 27. Review. PubMed PMID: 28042891.
- Pillemer K, Burnes D, Riffin C, et al. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist.* 2016;56Suppl2:S194-205. doi: 10.1093/geront/gnw004. Review. PubMed PMID: 26994260; PubMed Central PMCID: PMC5291158.
- Regioplan, Aard en omvang ouderenmishandeling, mei 2018.
- Reis M, Nahmiash D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE), *Canadian Journal on Aging.* 1995a;14: 45.
- Reis M, Nahmiash D. When seniors are abused: an intervention model. *Gerontologist.* 1995b;35(5):666-71. PubMed PMID: 8543224.
- Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *Gerontologist.* 2003;43(1):110-20. PubMed PMID: 12604752.
- Sengstock M, Hwalek M. A review and analysis of measures for the identifications of elder abuse. *Journal of gerontological Social Work.* 1987;10:21. PubMed PMID: geen.
- Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family.* 1979;41:75-88.
- Straus MA, Murray A.; Hamby, et al. "The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data" 1996;17(3): 283316. doi:10.1177/019251396017003001. Retrieved May 20, 2014.
- Wang JJ, Lin JN, Lee FP. Psychologically abusive behavior by those caring for the elderly in a domestic context. *Geriatr Nurs.* 2006;27(5):284-91; quiz 292. PubMed PMID: 17045127.

Wang JJ, Tseng HF, Chen KM. Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people. Arch Psychiatr Nurs. 2007;21(1):40-7. PubMed PMID: 17258108.

Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, et al. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). J Elder Abuse Negl. 2008;20(3):276-300. doi:10.1080/08946560801973168. PubMed PMID: 18928055.

Zorgplicht, beroepsgeheim en melden OM

Wanneer een vermoeden van ouderenmishandeling bestaat, kunnen zich diverse dilemma's voordoen die een beroep doen op kennis en interpretatie van wet- en regelgeving, professionele zorgvuldigheid en communicatieve vaardigheden. De zorgprofessional heeft dan te maken met verschillende – soms conflicterende – wet- en regelgevende kaders, waarbinnen hij een zorgvuldige afweging dient te maken. In deze paragraaf wordt uiteengezet welke wet- en regelgeving van toepassing is, welke fundamentele begrippen hierin een rol spelen en welke afwegingsprincipes een leidraad bieden om tot een zorgvuldig overwogen beleid te komen.

Deze richtlijn is gericht op de medisch-specialistische zorg waarin verschillende professionals werkzaam zijn die te maken kunnen krijgen met ouderenmishandeling. De situatie waarin mishandeling plaatsvindt tussen zorgprofessional(s) en patiënt(en) en/of tussen patiënten onderling, vallen niet onder deze richtlijn. De tekst richt zich primair op de professionals in de medisch-specialistische zorg. Uiteraard kunnen ook andere professionals, met inachtneming van de eigen beroepscode, volgens de uitgangspunten van deze richtlijn handelen.

Deze richtlijn kan worden gezien als een verbijzondering van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (hierna genoemd KNMG-meldcode), waarin ook volwassenen- en ouderenmishandeling aan de orde komen. Aanbevelingen zijn op basis van consensus binnen de werkgroep en in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving en de KNMG-meldcode tot stand gekomen. Bij het beantwoorden van de uitgangsvragen is gekozen voor een goed leesbare en praktisch bruikbare tekst, zodat dubblures zoveel mogelijk worden voorkomen en de professional in de medisch-specialistische zorg relatief gemakkelijk de informatie kan vinden die hij nodig heeft bij het handelen rondom (een vermoeden van) ouderenmishandeling. Bovendien is het antwoord op een aantal vragen dermate situatie-afhankelijk, dat een bredere insteek wenselijk is op grond waarvan de zorgprofessional zelf zijn afweging in de praktijk kan maken.

Uitgangsvraag

Beschrijf de achtergrond van wet- en regelgeving inzake (een vermoeden van) ouderenmishandeling?

De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen

1. Wat is de relevante wet- en regelgeving bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling?
2. Welke wet- en regelgeving spelen een rol indien er sprake is van een conflict van plichten bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling?
3. Welke wet- en regelgeving spelen een rol betreffende de dossiervoering bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling?
4. Hoe ziet de regievoering eruit inzake (een vermoeden van) ouderenmishandeling?
5. Wat zijn de aandachtspunten in de communicatie bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling?

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Uitgave van Ministerie van VWS. 2016.
- Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2013, 16 juli). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0033723/> Website BIGregister. <https://www.bigregister.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.
- Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg. Geraadpleegd op 03-12-2017 via <https://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnenoverzicht/Details/tabid/1558/articleType/ArticleView/articleId/1738/Kindermishandeling-Signalering-in-de-SEH.aspx>.
- KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, 2015.
- KNMG. Naar implementatie van de WGBO: van Wet naar praktijk, deel 2: informatie en toestemming (KNMG).
- KNMG. Richtlijn Omgaan met medische gegevens aangepast aan AVG 2018: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/geactualiseerd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens-1.htm>.
- KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 8: Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt.
- KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 9:Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid.
- Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016). Richtlijn Signalering.
- Rijksoverheid. (2011). Meldcode (versie 3.0.4) (Mobiele applicatie software). Geraadpleegd van <https://itunes.apple.com/nl/app/meldcode/id431602913?mt=8>.
- Website CIBG (Ministerie VWS). <https://www.cibg.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.
- Wet BIG. (1993, 11 november). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/>.
- WGBO. (1994, 17 novmber) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/>.
- Wijziging van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2017, 23 juni). Geraadpleegd september december 2017, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2017-291.html>.
- Wkkgz. (2015, 7 oktober) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/>.
- WMO 2015. (2014, 9 juli) . Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/>.

Wet- en regelgeving bij vermoeden OM

Uitgangsvraag

Wat is de relevante wet- en regelgeving bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling?

Aanbeveling

Volg als zorgprofessional en medisch-specialistische zorginstelling bij een vermoeden van ouderenmishandeling het stappenplan van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld.

Voer als zorgprofessional naast de kindcheck tevens de mantelzorgverleningscheck uit.

Maak als medisch-specialistische zorginstelling lokaal deskundigheidsbevordering van zorgprofessionals ten aanzien van wet- en regelgeving, dossiervoering en communicatie op het gebied van ouderenmishandeling beschikbaar.

Overwegingen

In deze module zijn de juridische basis- en afwegingsprincipes die gelden bij een vermoeden van ouderenmishandeling besproken. Ondanks dat de meest relevante wet- en regelgeving is beschreven met betrekking tot de ouderenmishandeling, evenals de stappen van de KNMG-meldcode, ontbreekt onze inziens de zogenoemde mantelzorgverleningscheck. De mantelzorgverleningscheck zou logischerwijs deel moeten gaan uitmaken van stap 1 van de KNMG-meldcode.

Onderbouwing

Samenvatting literatuur

In onderstaand overzicht is de meest relevante wet- en regelgeving beschreven omtrent een vermoeden van ouderenmishandeling geënt op de Nederlandse situatie.

Wet- en regelgeving is in beginsel hiërarchisch opgebouwd. Nederland is om te beginnen gebonden aan het inter- en nationale recht. Op nationaal niveau staat regeling bij wet bovenaan, gevolgd door algemene maatregelen van bestuur (AMvB's) en ministeriële regelingen.

Relevante wetgeving

Hieronder staat een opsomming van de relevante wetgeving welke vervolgens verder wordt uitgewerkt:

1. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
2. Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
3. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
4. Wet verplichte meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling (Wet verplichte meldcode).
5. Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO vormt het juridisch kader voor de contractuele relatie tussen een hulpverlener en een patiënt en formuleert wederzijdse rechten en plichten.

Termen die uit deze wet voortvloeien zijn onder meer: zorgplicht, goed hulpverlenerschap, beroepsgeheim (zwijgplicht en verschoningsrecht), zelfbeschikkingsrecht, voorkomen van ernstig nadeel, dossierplicht, inzagerecht, vertegenwoordiging en conflict van plichten.

Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet BIG beoogt de kwaliteit van de gezondheidszorg te borgen op het niveau van de individuele beroepsbeoefenaar en moet de patiënt beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door de beroepsbeoefenaar. De beroepen die geregeld zijn in artikel 3 van de Wet BIG, vallen onder het tuchtrecht, dat een aparte positie inneemt binnen de Nederlandse rechtspraak. De overheid draagt zorg voor het zogenoemde BIG-register.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

De Wkkgz heeft tot doel de kwaliteit van de zorg te borgen en te verbeteren. Binnen deze richtlijn is deze wet vooral van belang indien sprake is van geweld binnen de zorgrelatie, hetgeen onverwijd moet leiden tot een melding bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) (art. 11 lid 1b Wkkgz). Daarnaast wordt in deze wet de verplichting neergelegd om een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling voor medewerkers vast te stellen en de kennis en het gebruik hiervan te bevorderen (art. 8 Wkkgz).

Wet Verplichte meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling (Wet verplichte meldcode)

Sinds 2013 is geregeld dat zorgaanbieders verplicht zijn een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling te hebben. Zorgaanbieders zijn verplicht voor hun medewerkers een meldcode vast te stellen waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden (art. 8 lid 1 Wkkgz). De zorgaanbieder is tevens verplicht de kennis en het gebruik van de meldcode te bevorderen (art. 8 lid 2 Wkkgz).

Hoewel het gebruik maken van een meldcode inzake huiselijk geweld en kindermishandeling verplicht is, geldt binnen de huidige wetgeving geen meldplicht. Wel is sprake van een meldrecht.

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)

Binnen de Wmo (2015) worden gemeenten verplicht tot het bieden van ondersteuning aan mensen die niet (volledig) zelfredzaam zijn. Deze wet stelt gemeenten tevens verantwoordelijk voor de opvang in geval van huiselijk geweld en kindermishandeling en bepaalt de voorwaarden waaraan Veilig Thuis (in de wetgeving ook aangeduid als AMHK, Advies en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling) moet voldoen. In het kader hiervan voorziet deze wet in een meldrecht voor beroepsbeoefenaren die geheimhoudingsplicht kennen (art. 5.2.6 Wmo 2015).

Relevant besluit voor de professional bij een vermoeden op ouderenmishandeling

Een besluit is een Algemene maatregel van bestuur, waarin een onderdeel van de wet verder wordt uitgewerkt.

Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (Besluit verplichte meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld)

Uit welke elementen een meldcode in ieder geval moet bestaan, wordt vastgesteld bij of krachtens een algemene maatregel van bestuur. Dit betekent dat de overheid (het ministerie van VWS) dit vaststelt in de vorm van een Besluit. In het Besluit verplichte meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling is vastgelegd welke elementen in ieder geval in een meldcode moeten staan. De overheid heeft tevens het Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling ontwikkeld. De KNMG-meldcode voldoet hieraan en is toegespitst op de situatie dat er sprake is van een arts-patiëntrelatie. In opdracht van het ministerie van VWS is hiervan tevens een Meldcode-App ontwikkeld.

Vanaf 1 januari 2019 is een beroepspecifiek afwegingskader een verplicht onderdeel van de KNMG-meldcode. Een afwegingskader geeft handvatten om het risico op en de aard en de ernst van het huiselijk geweld of de kindermishandeling te wegen en om te beoordelen of sprake is van dusdanig ernstig huiselijk geweld of ernstige kindermishandeling, dan wel van een vermoeden daarvan, dat een melding is aangewezen. Voor de beroepsgroep van medische professionals is dit door de KNMG uitgewerkt (bron: "Afwegingskader kindermishandeling en huiselijk geweld, Stap 5, cluster artsencoalitie, KNMG, juli 2018").

Relevante codes

Hieronder staat een opsomming van de relevante regelgeving die vervolgens verder worden uitgewerkt.

KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (KNMG-meldcode)

De KNMG-meldcode is gebaseerd op het verplichte Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en is toegespitst op de situatie dat sprake is van een arts-patiëntrelatie. Deze meldcode biedt een goede leidraad voor de zorgprofessional die te maken krijgt met een vermoeden op ouderenmishandeling.

Regionale of lokale meldcode

De Wkkgz schrijft voor dat iedere zorg aanbiedende instelling een meldcode voor zijn medewerkers moet vaststellen. Dit betekent dat de zorgprofessional die binnen een (of meer van) dergelijke instelling(en) werkzaam is, te maken heeft met zowel de KNMG-meldcode als met een (of meer) instellingsmeldcode(s). Deze behoren niet met elkaar te conflicteren.

Fundamentele begrippen

Een aantal termen behoeven nadere aandacht in het kader van de handelswijze bij een vermoeden van ouderenmishandeling:

- zelfbeschikkingsrecht;
- wilsbekwaamheid;
- zorgplicht en goed hulpverlenerschap;
- beroepsgeheim, verschoningsrecht en conflict van plichten;
- meldrecht;
- afwegingskader.

Zelfbeschikkingsrecht (WGB0)

Het zogenoemde 'informed consent' ofwel de 'geïnformeerde toestemming' verwijst naar de combinatie van twee belangrijke beginselen in de WGBO: de informatieplicht en de toestemmingsvereiste. Het idee is dat deze combinatie patiënten optimaal in staat stelt zelf te beslissen over hun behandeling. Hiermee wordt recht gedaan aan hun zelfbeschikkingsrecht binnen de behandelingsovereenkomst. Van belang hierbij is dat de betreffende patiënt de minimale leeftijd van 16 jaar heeft én ter zake wilsbekwaam is.

In geval van een vermoeden op ouderenmishandeling is dus in beginsel toestemming van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger vereist om onderzoeken en behandeling uit te voeren en om informatie te delen. Een uitzondering op dit laatste vormen andere bij de behandelingsovereenkomst betrokken hulpverleners. De huisarts/specialist ouderengeneeskunde maakt in de medisch specialistische zorg geen onderdeel uit van de behandelingsovereenkomst, zodat in beginsel toestemming vereist is voor het delen van informatie tussen professionals in de medisch specialistische zorg en de huisarts/specialist ouderengeneeskunde. Omdat de meeste mensen hiermee instemmen en om de situatie werkbaar te houden kan waar het de algemene patiëntenzorg betreft, worden uitgegaan van impliciete toestemming van de patiënt voor het delen van informatie met de huisarts/specialist ouderengeneeskunde. Voor informatie betreffende (een vermoeden van) ouderenmishandeling is het echter raadzaam expliciet toestemming te vragen. Als de patiënt hier expliciet bezwaar tegen maakt, dient dit gerespecteerd te worden.

Wilsbekwaamheid (WGBO)

Wilsbekwaamheid verwijst in de WGBO naar het vermogen van de patiënt om te komen tot een redelijke waardering en afweging van zijn belangen en is een contextafhankelijk begrip. Een patiënt kan wilsonbekwaam zijn ten aanzien van een behandelingsoverweging, maar wilsbekwaam zijn ten aanzien van andere (alledaagse) zaken. Bij het bezigen van deze term is het dan ook van belang de context waarbinnen een patiënt al dan niet wilsbekwaam is te benoemen.

De KNMG heeft voor het beoordelen van wilsbekwaamheid een stappenplan opgesteld (zie ook document "Naar implementatie van de WGBO: van Wet naar praktijk, deel 2: informatie en toestemming (KNMG)"). In de beoordeling van wilsbekwaamheid staan de volgende beoordelingsaspecten centraal:

1. Het begrijpen van informatie die relevant is voor de beslissing over het onderzoek en/of de behandeling.
2. Het beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie.
3. Logisch redeneren en het betrekken van informatie in het overwegen van behandelopties.
4. Het vermogen om keuze uit te drukken.

Wanneer sprake is van wilsonbekwaamheid vereist de WGBO dat gezocht wordt naar een wettelijk vertegenwoordiger die de belangen van de patiënt zo goed mogelijk behartigt en in diens plaats de beslissingen neemt.

De volgende personen kunnen (in rangorde) als wettelijke vertegenwoordiger optreden:

1. een door de rechter benoemde curator of mentor;
2. een schriftelijk door de patiënt gemachtigde;
3. de echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel;

4. de ouder, kind, broer of zus.

Wanneer er geen wettelijk vertegenwoordiger beschikbaar is dient de zorgprofessional een afweging te maken op eigen gezag en daarbij de plicht van goed hulpverlenerschap in acht te nemen.

Indien de wilsonbekwaamheid structureel van aard is, dient de aanvraag van een mentor te worden overwogen. Het verzoek tot instellen van curatele kan worden overwogen, indien de wilsonbekwaamheid zich uitstrekt over zowel behandelbeslissingen als andere persoonlijke en zakelijke aangelegenheden. In het laatste geval spreken we van handelingsonbekwaam.

Indien de wettelijk vertegenwoordiger zich niet als een 'goed vertegenwoordiger' conform de WGBO gedraagt of wanneer in geval van een vermoeden van ouderenmishandeling de wettelijk vertegenwoordiger de vermoedelijk pleger is, dient de zorgprofessional zich in te spannen om een andere wettelijk vertegenwoordiger te zoeken. Als er geen andere wettelijk vertegenwoordiger kan worden gevonden, kan zonder toestemming worden gehandeld. Het is raadzaam in voorkomende gevallen de informatie in "Naar implementatie van de WGBO: van Wet naar praktijk, deel 2: informatie en toestemming (KNMG), 2004" hierbij te raadplegen en/of een jurist te betrekken.

Zorgplicht en goed hulpverlenerschap (WGBO)

Binnen de WGBO is het volgende geformuleerd: "De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard." (Burgerlijk Wetboek 7 art. 453)

Dit artikel wordt opgevat als een algemene zorgplicht (de zorg van een goed hulpverlener). Wanneer een patiënt zelf niet goed in staat is om zijn eigen belangen te overzien of te verwoorden (wilsonbekwaamheid) en er geen wettelijk vertegenwoordiger is, heeft de zorgprofessional een professionele verantwoordelijkheid om zo goed mogelijk het belang van de patiënt te onderzoeken en te dienen. Indien deze situatie langer aanhoudt, verdient het aanbeveling voor de patiënt mentorschap aan te (laten) vragen.

Beroepsgeheim, verschoningsrecht en conflict van plichten (Wet BIG, WGBO, Wkkgz)

Het beroepsgeheim van zorgprofessionals is cruciaal in de arts-patiënt relatie. In beginsel is voor het delen van informatie met zorgprofessionals en andere derden buiten de directe behandelingsovereenkomst met de patiënt, altijd toestemming vereist.

Met het beroepsgeheim enerzijds en het goed hulpverlenerschap anderzijds kan een zorgprofessional rondom een vermoeden op ouderenmishandeling te maken krijgen met een conflict van plichten. Wanneer het doorbreken van het beroepsgeheim noodzakelijk is om ernstig gevaar voor zwaar lichamelijk of psychisch letsel of de dood af te wenden (strikt gevaarscriterium), kan de zorgprofessional dit doen. Hierbij dient te zijn afgewogen of het gevaar op een andere en minder ingrijpende manier is af te wenden. Bij het wegen van het gevaar dient zowel de ernst van het gevaar als de kans op het optreden van dat gevaar te worden meegenomen. Daarnaast kan het gevaarscriterium ruimer worden opgevat wanneer toestemming vragen niet mogelijk is of het vermoedelijk slachtoffer te zeer handelt vanuit een afhankelijkheidsrelatie met de vermoedelijk

pleger. In dat geval volstaat een 'reële kans op schade' (ruim gevaarscriterium). Bij het doorbreken van het beroepsgeheim wordt niet meer informatie gedeeld dan strikt noodzakelijk. Het is raadzaam om dergelijke zaken nader te overleggen, bijvoorbeeld met een jurist van de instelling of van de KNMG.

Een bijzondere situatie ten aanzien van het beroepsgeheim betreft de setting van een rechtszaak. Ook een zorgprofessional kan als getuige worden opgeroepen om te verschijnen en te spreken. In een dergelijke situatie kan een zorgprofessional zich beroepen op zijn verschoningsrecht: dit is het recht van een getuige om te weigeren antwoord te geven op vragen die hem door een rechter worden gesteld. Dit ontslaat overigens niet van de verplichting te verschijnen.

Meldrecht (Wmo 2015, Wet Verplichte meldcode)

Zorgprofessionals en anderen met een beroepsgeheim hebben een meldrecht. Zij mogen aan Veilig Thuis zonder toestemming van degene die het betreft gegevens verstrekken, als dat noodzakelijk is om huiselijk geweld of kindermishandeling te (doen) beëindigen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken. Het blijft echter onverminderd van belang zich in te spannen voor het verkrijgen van toestemming van degene die het betreft en om een zorgvuldige afweging te maken in het conflict van plichten. Kindermishandeling wordt in dit kader zwaarder gewogen dan wanneer het huiselijk geweld uitsluitend betrekking heeft op wilsbekwame volwassenen. Dat wil zeggen dat bij kindermishandeling een lager gevaarsrisico opweegt tegen het doorbreken van beroepsgeheim, dan voor een wilsbekwaam volwassen slachtoffer.

De zorgprofessional dient de individuele situatie steeds zorgvuldig af te wegen, zo mogelijk geanonimiseerd met een collega of met de vertrouwensarts van Veilig Thuis te overleggen en in het dossier gemotiveerd vast te leggen.

Afwegingskader (Besluit Verplichte meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld)

Per 1 januari 2019 is het Besluit verplichte meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld op een aantal punten gewijzigd. De belangrijkste wijziging betreft de toevoeging van een verplicht afwegingskader aan de (KNMG-)meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, op basis waarvan de zorgprofessional kan vaststellen of sprake is van dusdanig ernstig huiselijk geweld of kindermishandeling dat een melding bij Veilig Thuis is aangewezen. Ook dan is er overigens geen sprake van meldplicht. Dit blijft de individuele afweging van de betreffende zorgprofessional, waarin sprake kan zijn van een conflict van plichten. De eerste versie van het KNMG-afwegingskader is per 1 juli 2018 beschikbaar geworden. Vanaf 1 januari 2019 zal deze (of een herziene versie hiervan) verplicht zijn als onderdeel van de KNMG-meldcode.

Principes bij het maken van afwegingen bij een vermoeden van ouderenmishandeling

Wanneer sprake is van een vermoeden van ouderenmishandeling is het grootste dilemma voor de zorgprofessional het conflict van plichten, waarin de zorgplicht conflicteert met het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en het beroepsgeheim. Dit vergt een zorgvuldige afweging en dito weergave hiervan in het medisch dossier. De drie afwegingsprincipes die hierbij een leidraad bieden, zijn:

1. Proportionaliteit: de schending van de geheimhoudingsplicht dient in verhouding te staan tot het gevaar dat met de overtreding wordt afgewend.
2. Subsidiariteit: Er zijn geen andere, minder ingrijpende, alternatieven (meer) dan het schenden van de

geheimhoudingsplicht om het gevaar af te wenden.

3. Doelmatigheid: de schending van het beroepsgeheim moet het gevaar doelmatig afwenden.

Het afwegingskader is een instrument dat vooral behulpzaam is voor afwegingen vanuit het proportionaliteits- en subsidiariteitsbeginsel. Ook met het afwegingskader blijft de uiteindelijke conclusie gebaseerd op een klinische afweging. Daarnaast blijven de eerder beschreven kaders van toepassing, zodat ook in hoog-risico situaties een conflict van plichten kan ontstaan. Enerzijds kan het afwegingskader in duidelijke hoog-risico situaties bijdragen aan een zorgvuldige afweging en de keuze te melden sterken. Anderzijds vraagt het niet melden van hoog-risico situaties een zorgvuldige omschrijving in dossier van het 'beredeneerd afzien van melden' zodat de zorgprofessional in geval van niet melden van dergelijke situaties geen nalatigheid kan worden verweten. Voor verdere details betreffende het gebruik van het afwegingskader verwijzen wij naar het document: Afwegingskader kindermishandeling en huiselijk geweld, Stap 5, cluster artsencoalitie, KNMG, juli 2018 op website KNMG: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/nieuw-afwegingskader-en-stappenplan-bij-knmg-meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-1.htm>.

Het stappenplan in de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld: stand van zaken bij ouderenmishandeling

Het stappenplan wordt in de KNMG-meldcode toegelicht. Uitgangspunt moet steeds zijn dat zaken transparant met de patiënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger worden besproken, zoals de WGBO dit voorschrijft. Wanneer de inschatting is dat dit tot ernstig gevaar leidt voor de patiënt of andere betrokkenen, kan hiervan worden afgeweken vanuit de zorg van een goed hulpverlener. Indien gevaar dreigt voor de zorgprofessional zelf bij het bespreken van het vermoeden van ouderenmishandeling en/of het doen van een melding, kan ook worden afgezien van het bespreken hiervan met patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Van belang blijft om op een later moment opnieuw te overwegen de zaken te bespreken.

Aanvullend op de verplichte zogenoemde 'kindcheck' (op basis van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling), pleit de werkgroep ervoor een mantelzorgverleningscheck in te voeren.

De kindcheck heeft als doel het (vroegtijdig) signaleren, en stoppen van kindermishandeling en richt zich op zorgprofessionals met volwassen cliënten. De kindcheck verplicht zorgprofessionals ertoe in bepaalde gevallen bij de volwassen cliënt te onderzoeken of deze de zorg draagt voor een (of meerdere) minderjarige(n) of voor hen verantwoordelijk is. Dit doet zich voor wanneer de zorgprofessional meent dat de volwassen cliënt in een (medische) situatie verkeert waardoor een risico bestaat op (ernstige) schade voor kinderen voor hij of zij zorgt. Dit kan bijvoorbeeld aan de orde zijn bij een ouder die een suïcidepoging heeft gedaan, een medische conditie (somaatich of psychiatrisch) heeft die de veiligheid en/of zorg voor zijn of haar kinderen in gevaar brengt of in geval van een vermoeden van volwassengeweld. Wanneer in een dergelijke situatie de kindcheck positief is, worden, naast het eventueel volgen van de stappen van de KNMG-meldcode voor huiselijk geweld voor volwassenen, ook de stappen van de KNMG-meldcode onderdeel kindermishandeling voor de betrokken kinderen gevolgd.

De mantelzorgverleningscheck is afgeleid van de kindcheck en beoogt volwassenen/ouderenmishandeling (vroegtijdig) te signaleren en te stoppen.

De mantelzorgverleningscheck richt zich eveneens op zorgprofessionals met volwassen patiënten. Hierbij wordt nagegaan of de volwassen patiënt verantwoordelijk is voor de verzorging van één of meer zorgbehoevende volwassenen/ouderen.

Deze situatie doet zich voor wanneer de zorgprofessional meent dat de volwassen patiënt in een (medische) situatie verkeert, waardoor een risico bestaat op (ernstige) schade voor de betreffende zorgbehoevende volwassenen/ouderen. Dit kan bijvoorbeeld aan de orde zijn bij een volwassene die een suïcidepoging heeft gedaan, of een medische conditie (somatisch of psychiatrisch) heeft die de veiligheid en/of zorg voor de betreffende zorgbehoevende volwassenen/ouderen in gevaar brengt. Zo ja, dan zouden de stappen van de KNMG-meldcode moeten worden doorlopen.

De mantelzorgverleningscheck zou dan logischerwijs deel uitmaken van stap 1 van de KNMG-meldcode.

Zoeken en selecteren

Voor de eerste vier uitgangsvragen is gebruikgemaakt van de KNMG-meldcode en de wet- en regelgeving in Nederland. Voor de vijfde uitgangsvraag (module 'Communicatie bij vermoeden OM') is gebruik gemaakt van de Richtlijn Signalering Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg van de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016).

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen database.

Referenties

Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Uitgave van Ministerie van VWS. 2016.

Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2013, 16 juli). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0033723/> Website BIGregister. <https://www.bigregister.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.

Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg. Geraadpleegd op 03-12-2017 via <https://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnenoverzicht/Details/tabid/1558/articleType/ArticleView/articleId/1738/Kindermishandeling-Signalering-in-de-SEH.aspx>.

KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, 2015.

KNMG. Naar implementatie van de WGBO: van Wet naar praktijk, deel 2: informatie en toestemming (KNMG).

KNMG. Richtlijn Omgaan met medische gegevens aangepast aan AVG 2018: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/geactualiseerd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens-1.htm>.

KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 8: Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt.

KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 9: Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid.

Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016). Richtlijn Signalering.

Rijksoverheid. (2011). Meldcode (versie 3.0.4) (Mobiele applicatie software). Geraadpleegd van <https://itunes.apple.com/nl/app/meldcode/id431602913?mt=8>.

Website CIBG (Ministerie VWS). <https://www.cibg.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.

Wet BIG. (1993, 11 november). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/>.

WGBO. (1994, 17 november) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/>.

Wijziging van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2017, 23 juni). Geraadpleegd september december 2017, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2017-291.html>.

Wkkgz. (2015, 7 oktober) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/>.

WMO 2015. (2014, 9 juli) . Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/>.

Conflict van plichten bij vermoeden OM

Uitgangsvraag

Welke wet- en regelgeving spelen een rol wanneer er sprake is van een conflict van plichten bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling?

Aanbeveling

Vraag aan een collega, een vertrouwensarts van Veilig Thuis (conform de Meldcode) en/of een jurist van de instelling of de KNMG om (geanonimiseerd) mee te denken hoe te handelen bij een conflict van plichten in geval van vermoeden van ouderenmishandeling.

Overwegingen

In deze module zijn de juridische basis- en afwegingsprincipes die gelden bij een vermoeden van ouderenmishandeling besproken. Ondanks dat de meest relevante wet- en regelgeving is beschreven met betrekking tot de ouderenmishandeling, evenals de stappen van de KNMG-meldcode, ontbreekt onzes inziens de zogenoemde mantelzorgverleningscheck. De mantelzorgverleningscheck zou logischerwijs deel moeten gaan uitmaken van stap 1 van de KNMG-meldcode.

Onderbouwing

Samenvatting literatuur

Huiselijk geweld en kindermishandeling betreffen bij uitstek situaties waarin de zorgprofessional in een conflict van plichten kan geraken. Enerzijds is sprake van een situatie waarin de zorgprofessional zou moeten handelen of doorverwijzen vanuit zijn zorgplicht of goed hulpverlenerschap om (ernstige) schade te voorkomen, anderzijds wegen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en het beroepsgeheim zwaar. In dit onderdeel van de richtlijn beschrijven we hoe de afweging kan plaatsvinden als sprake is van een conflict van plichten en de hoedanigheid van de patiënt varieert. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat het gehele stappenplan, zoals beschreven in de KNMG-meldcode wordt doorlopen en de zorgprofessional uiteindelijk voor de keuze komt te staan: wel of niet melden bij Veilig Thuis.

Globaal kunnen zich bij een vermoeden van ouderenmishandeling en financieel misbruik verschillende situaties voordoen:

1. de patiënt is vermoedelijk slachtoffer en wilsbekwaam;
2. de patiënt is vermoedelijk slachtoffer en wilsonbekwaam;
3. de patiënt is vermoedelijk pleger en wilsbekwaam;
4. de patiënt is vermoedelijk pleger en wilsonbekwaam.

De patiënt is vermoedelijk slachtoffer en wilsbekwaam

Uitgangspunt bij een wilsbekwame patiënt is dat gehandeld wordt (conform de WGBO): het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt brengt met zich mee dat de zorgprofessional informatie geeft en toestemming aan de patiënt vraagt voor het delen van informatie die onder het beroepsgeheim valt. Zie het

stroomschema 'De patiënt is vermoedelijk slachtoffer'.

Wanneer de patiënt geen toestemming geeft dan zal dit in beginsel gerespecteerd moeten worden. De geheimhoudingsplicht kan alleen doorbroken worden indien er sprake is van dreigend zwaar letsel of de dood en deze niet op een andere manier zijn af te wenden dan door te melden. Naast de proportionaliteit zal volgens het subsidiariteitsprincipe moeten worden afgewogen of er minder ingrijpende alternatieven mogelijk zijn, die het gevaar kunnen afwenden of in belangrijke mate doen verminderen.

De patiënt is vermoedelijk slachtoffer en wilsonbekwaam

Wanneer een patiënt wilsonbekwaam is moet primair diens wettelijk vertegenwoordiger geraadpleegd worden. In het geval dat deze wettelijk vertegenwoordiger vermoedelijk de pleger is, kan de professional een andere wettelijk vertegenwoordiger zoeken om de vereiste toestemming te verkrijgen. Wanneer die andere wettelijk vertegenwoordiger toestemming weigert, dient gehandeld te worden als eerder beschreven in geval van een afhankelijkheidssituatie: “melding als er een reële kans op schade is die niet met hulpverlening is af te wenden”. Het is raadzaam in voorkomende gevallen de informatie in “Naar implementatie van de WGBO: van Wet naar praktijk, deel 2: informatie en toestemming (KNMG)” hierbij te raadplegen en/of een jurist te betrekken. Zie het stroomschema 'De patiënt is vermoedelijk slachtoffer'.

De patiënt is vermoedelijk pleger en wilsbekwaam

Wanneer de patiënt vermoedelijk pleger is van huiselijk geweld en wilsbekwaam is, gelden op grond van het zelfbeschikkingsrecht de informatieplicht en toestemmingsvereiste voor zowel het medisch handelen als het met derden delen van informatie die onder het beroepsgeheim valt. Wanneer de patiënt niet instemt met melden, moet het in te schatten gevaar voor derden worden afgewogen tegen het schenden van het beroepsgeheim. Wanneer er voor derden een reële kans op schade is die niet met hulpverlening is af te wenden, kan tot melding worden overgegaan. Wanneer het gevaar betrekking heeft op kwetsbare, zorgafhankelijke, wilsonbekwame derden of kinderen, kan ruimer worden omgegaan met het gevaarscriterium. Wanneer een minderjarig kind betrokken is als getuige of slachtoffer, zal tevens de KNMG-meldcode onderdeel kindermishandeling moeten worden gevolgd (kindcheck). Hierbij kan worden gedacht aan de situatie dat een oudere patiënt fysiek geweld pleegt jegens zijn/haar partner, waarbij wel of geen (klein-)kinderen in de omgeving verblijven en waarbij partner wel of niet van de zorg van patiënt afhankelijk is. Zie het stroomschema 'De patiënt is vermoedelijk pleger en wilsbekwaam'.

De patiënt is vermoedelijk pleger en wilsonbekwaam

Wanneer de patiënt vermoedelijk pleger van huiselijk geweld is en wilsonbekwaam is, moet primair diens wettelijk vertegenwoordiger geraadpleegd worden inzake het melden. In het geval dat deze wettelijke vertegenwoordiger vermoedelijk het slachtoffer is en deze niet instemt, kan de professional een andere wettelijk vertegenwoordiger zoeken om de vereiste toestemming te verkrijgen. Het is raadzaam in voorkomende gevallen de informatie in “Naar implementatie van de WGBO: van Wet naar praktijk, deel 2: informatie en toestemming (KNMG)” hierbij te raadplegen en/of een jurist te betrekken. Wanneer die wettelijk vertegenwoordiger toestemming weigert, dient gehandeld te worden als eerder beschreven in geval van een afhankelijkheidssituatie: melding als er een reële kans op schade is die niet met hulpverlening is af te wenden. Daarnaast dient te worden afgewogen of (zowel de wilsonbekwaamheid als) het plegen van geweld voortkomt uit een psychiatrische stoornis (waaronder neurocognitieve stoornissen zoals dementie). Om een psychiatrische

stoornis vast te stellen en de relatie tussen psychiatrische stoornis en gevaar te onderzoeken kan een psychiater in consult worden gevraagd. Indien sprake is van een psychiatrische stoornis, zal moeten worden beoordeeld of het gevaar voldoende kan worden afgewend met hulpverlening op vrijwillige basis. Als dit het gevaar onvoldoende (snel) afwendt bijvoorbeeld doordat de patiënt niet mee kan of wil werken, en het gevaar uitsluitend kan worden afgewend door opname, zal een psychiatrische beoordeling moeten plaatsvinden om een BOPZ-titel in te stellen. Dit kan gaan om een Inbewaringstelling, indien het een acuut gevaar betreft of om een Voorlopige Machtiging, als het gevaar minder acuut van aard is. Wanneer minderjarige kinderen betrokken zijn dient de KNMG-meldcode (kindermishandeling) te worden gevolgd. Wanneer er mantelzorgontvangers zijn, moet worden zorggedragen voor het in gang (laten) zetten van alternatieve zorg of opvang. Zie het stroomschema 'De patiënt is vermoedelijk pleger en wilsonbekwaam'.

Financieel misbruik

Een vorm van ouderenmishandeling die hier wordt uitgelicht betreft financieel misbruik, vanwege de specifieke interventies die het gevaar in een aantal gevallen kunnen afwenden.

Ook in deze situatie is het aangewezen in eerste instantie met betrokkenen te zoeken naar de minst ingrijpende mogelijkheden of oplossingen.

Wanneer het vermoedelijk slachtoffer wilsbekwaam is kan bijvoorbeeld bewindvoering worden aangevraagd op verzoek of met toestemming van de patiënt zelf. Wanneer de patiënt dit echter niet wil, zal deze keuze gerespecteerd moeten worden. Een uitzondering kan ontstaan wanneer het besluit van de patiënt wordt ingegeven door een afhankelijkheidsrelatie tot de vermoedelijk pleger. In dergelijke gevallen is het zinnig de wilsbekwaamheid ten aanzien van deze beslissing nader te onderzoeken. Wanneer de patiënt in deze nog steeds wilsbekwaam wordt geacht, kan de mate van kwetsbaarheid van de patiënt en de ernst van het gevaar een rol spelen in de afweging al dan niet te melden bij Veilig Thuis.

Is sprake van wilsonbekwaamheid bij het vermoedelijk slachtoffer, dan kan met vervangende toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger bewindvoering worden aangevraagd.

Echter, wanneer de wettelijk vertegenwoordiger tevens vermoedelijk pleger is, zal een andere wettelijk vertegenwoordiger moeten worden gezocht. Mocht er geen (vervangende) wettelijk vertegenwoordiger voorhanden zijn, dan kan de zorgprofessional ook zelf, eventueel met behulp van de jurist van de instelling en maatschappelijk werk een aanvraag tot bewindvoering (laten) doen bij de rechtbank (www.rechtspraak.nl) om het gevaar af te wenden.

Indien wilsonbekwaamheid zich uitstrekt over zowel het financieel en zakelijk handelen als over persoonlijke zaken, kan behalve bewindvoering ook mentorschap worden overwogen. Indien de patiënt wel wettelijk vertegenwoordigers heeft, dienen zij in deze te worden betrokken. Ook kan in dergelijke situaties curatele worden ingesteld. Dit is echter de zwaarste maatregel, waarbij de betrokkene handelingsonbekwaam wordt verklaard ten aanzien van zakelijk financiële zaken en persoonlijke zaken zoals behandeling en verzorging. De curator kan in principe zaken terugdraaien/ terugvorderen die zonder zijn instemming hebben plaatsgevonden.

Als geen van deze opties afdoende blijkt om het gevaar af te wenden, zal de meldcode verder vervolgd moeten worden. Zie het stroomschema 'Financieel misbruik'.

Het tegengaan van financieel misbruik maakte een belangrijk deel uit van het actieplan Ouderen in Veilige Handen dat sinds 2011 bestaat. De Brede Alliantie Veilig financieel ouder worden is onderdeel van het vervolg op dat actieplan, zie:

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenmishandeling/nieuws/2015/06/15/ouderen-beter-beschermd-tegen-financiele-uitbuiting>.

Zoeken en selecteren

Voor de eerste vier uitgangsvragen is gebruikgemaakt van de KNMG-meldcode en de wet- en regelgeving in Nederland. Voor de vijfde uitgangsvraag (module 'Communicatie bij vermoeden OM') is gebruik gemaakt van de Richtlijn Signalering Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg van de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016).

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Uitgave van Ministerie van VWS. 2016.

Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2013, 16 juli). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0033723/> Website BIGregister. <https://www.bigregister.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.

Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg. Geraadpleegd op 03-12-2017 via <https://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnenoverzicht/Details/tabid/1558/articleType/ArticleView/articleId/1738/Kindermishandeling-in-de-SEH.aspx>.

KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, 2015.

KNMG. Naar implementatie van de WGBO: van Wet naar praktijk, deel 2: informatie en toestemming (KNMG).

KNMG. Richtlijn Omgaan met medische gegevens aangepast aan AVG 2018: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/geactualiseerd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens-1.htm>.

KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 8: Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt.

KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 9: Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid.

Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016). Richtlijn Signalering.

Rijksoverheid. (2011). Meldcode (versie 3.0.4) (Mobiele applicatie software). Geraadpleegd van <https://itunes.apple.com/nl/app/meldcode/id431602913?mt=8>.

Webseite CIBG (Ministerie VWS). <https://www.cibg.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.

Wet BIG. (1993, 11 november). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/>.

WGBO. (1994, 17 november) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/>.

Wijziging van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2017, 23 juni). Geraadpleegd

september december 2017, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2017-291.html>.

Wkkgz. (2015, 7 oktober) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/>.

WMO 2015. (2014, 9 juli) . Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/>.

Dossiervoering bij vermoeden OM

Uitgangsvraag

Welke wet- en regelgeving spelen een rol betreffende de dossiervoering?

Aanbeveling

Zorg als medisch-specialistische zorginstelling ervoor dat het (elektronisch) patiëntendossier zo ingericht is om bij een vermoeden van ouderenmishandeling conform de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld dossier te voeren.

Zorg als zorgprofessional bij een vermoeden van ouderenmishandeling voor een gestructureerde dossiervoering en handel daarbij conform de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld.

Overwegingen

In deze module zijn de juridische basis- en afwegingsprincipes die gelden bij een vermoeden van ouderenmishandeling besproken. Ondanks dat de meest relevante wet- en regelgeving is beschreven met betrekking tot de ouderenmishandeling, evenals de stappen van de KNMG-meldcode, ontbreekt onzes inziens de zogenoemde mantelzorgverleningscheck. De mantelzorgverleningscheck zou logischerwijs deel moeten gaan uitmaken van stap 1 van de KNMG-meldcode.

Onderbouwing

Samenvatting literatuur

Dossierplicht en zorgvuldigheid

Alle informatie betreffende een vermoeden van ouderenmishandeling maakt deel uit van het patiëntendossier. Dit vloeit voort uit bepalingen uit de WGBO over rechten en plichten met betrekking tot het patiëntendossier.

Inrichting van het dossier

In de KNMG-meldcode wordt beschreven welke informatie in het dossier moet worden vermeld en op welke manier. Die informatie omvat alle aantekeningen van gegevens over de gezondheid van de patiënt en de jegens hem/haar uitgevoerde verrichtingen en andere stukken die dit soort gegevens kunnen bevatten. Dit volgt rechtstreeks uit de WGBO.

Het bijhouden van het dossier op gebied van ouderenmishandeling dient verschillende doelen:

1. Continuïteit van zorg; het bijhouden van gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt, eventueel uitgevoerde verrichtingen en hetgeen met wie besproken en afgesproken is.
2. Onderbouwing van een vermoeden van ouderenmishandeling; noteer alle relevante waarnemingen en informatie die wordt verkregen zo feitelijk mogelijk, met vermelding van de bron. Aanvullende onderzoeksbevindingen, zoals medische foto's van het letsel en de beschrijving hiervan zijn ook een onderdeel van het medisch dossier.
3. Zorgvuldigheid; om de zorgvuldigheid van het handelen van de zorgprofessional ook op latere momenten te kunnen laten zien, is van belang rondom alle beslissingen de afweging hiertoe te onderbouwen en de

mate van instemming van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger te beschrijven. Indien de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger niet instemt met handelen, onderzoek, het maken van foto's, informatie delen en/of melden, is van belang de overwegingen of afweging voorafgaand aan het uiteindelijk door de zorgprofessional genomen besluit te noteren, ongeacht de uitkomst van het besluit. Alle doorlopen stappen van de KNMG-meldcode moeten in het dossier worden genoteerd.

Ten aanzien van letselfotografie (zie de module 'Diagnostiek bij een vermoeden van ouderenmishandeling') geldt hetzelfde als voor de andere informatie die in het dossier wordt opgenomen en bewaard. In het kader van (vermoeden van) ouderenmishandeling houdt de dossierplicht in dat de zorgprofessional alle waarnemingen die hij doet en informatie die hij krijgt zo zorgvuldig en zo feitelijk mogelijk vastlegt in het dossier van de patiënt. In principe mogen dus medische foto's worden gemaakt en bewaard als dat nodig is in het kader van de zorgplicht van de zorgprofessional. De zorgprofessional vertelt aan de patiënt dat de foto nodig is vanwege zorgen over mogelijk onverklaard letsel en vraagt om toestemming. Als die toestemming niet gegeven wordt, kan de zorgprofessional deze foto's niet (laten) nemen. Dit belet de zorgprofessional overigens niet om het door hem/haar geziene letsel zorgvuldig te beschrijven in het dossier en daarbij te vermelden dat de patiënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger in het geval van wilsonbekwaamheid van de patiënt) niet instemde met het maken van een foto.

Inzage in en afschrift van het dossier

In beginsel heeft een patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger in geval van wilsonbekwaamheid, recht op inzage in zijn dossier. In geval van ouderenmishandeling is dit onverminderd van toepassing. De volgende punten kunnen van belang zijn ten aanzien van inzage in en/of afschrift van het dossier door de wettelijk vertegenwoordiger:

1. Conform de WGBO heeft de wettelijk vertegenwoordiger recht op inzage en afschrift van patiëntgegevens voor zover die noodzakelijk zijn om in plaats van de patiënt beslissingen omtrent de zorgverlening te nemen.
2. Inzage door en/of afschrift aan de wettelijk vertegenwoordiger kan achterwege blijven als dat niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener. Een dergelijke situatie zou kunnen ontstaan, wanneer de wettelijk vertegenwoordiger de mogelijke pleger is. Ook overwegingen betreffende de veiligheid van de patiënt en/of de verslagleggende zorgprofessional kunnen hierin een rol spelen.
3. Privacygevoelige informatie betreffende derden die in het dossier van de patiënt zijn opgenomen mogen niet zonder diens toestemming ter inzage of afschrift worden aangeboden.
4. Steeds meer ziekenhuizen bieden digitale toegang voor patiënten (en/of diens wettelijk vertegenwoordigers) tot hun medisch dossier. Het is daarom aan te bevelen bij het rapporteren in dossier dit gegeven in acht te nemen. Wat betreft punt 2 en 3 zal het van de lokale mogelijkheden van het elektronisch dossier afhangen, of in voorkomende gevallen (delen van) het dossier voor de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger kan worden afgeschermd.

Zie voor verder informatie ook KNMG- richtlijn Omgaan met medische gegevens aangepast aan AVG 2018: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/geactualiseerd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens-1.htm>.

Zoeken en selecteren

Voor de eerste vier uitgangsvragen is gebruikgemaakt van de KNMG-meldcode en de wet- en regelgeving in Nederland. Voor de vijfde uitgangsvraag (module 'Communicatie bij vermoeden OM') is gebruik gemaakt van de Richtlijn Signalering Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg van de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016).

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Uitgave van Ministerie van VWS. 2016.
- Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2013, 16 juli). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0033723/> Website BIGregister. <https://www.bigregister.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.
- Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg. Geraadpleegd op 03-12-2017 via <https://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnenoverzicht/Details/tabid/1558/articleType/ArticleView/articleId/1738/Kindermishandeling-in-de-SEH.aspx>.
- KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, 2015.
- KNMG. Naar implementatie van de WGBO: van Wet naar praktijk, deel 2: informatie en toestemming (KNMG).
- KNMG. Richtlijn Omgaan met medische gegevens aangepast aan AVG 2018: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/geactualiseerd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens-1.htm>.
- KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 8: Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt.
- KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 9:Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid.
- Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016). Richtlijn Signalering.
- Rijksoverheid. (2011). Meldcode (versie 3.0.4) (Mobiele applicatie software). Geraadpleegd van <https://itunes.apple.com/nl/app/meldcode/id431602913?mt=8>.
- Webseite CIBG (Ministerie VWS). <https://www.cibg.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.
- Wet BIG. (1993, 11 november). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/>.
- WGBO. (1994, 17 novmber) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/>.
- Wijziging van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2017, 23 juni). Geraadpleegd september december 2017, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2017-291.html>.
- Wkggz. (2015, 7 oktober) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/>.
- WMO 2015. (2014, 9 juli) . Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/>.

Regievoering bij vermoeden OM

Uitgangsvraag

Hoe ziet de regievoering eruit inzake (een vermoeden van) ouderenmishandeling?

Aanbeveling

Maak als melder afspraken wie regievoerder wordt van het veiligheidsplan na overleg met of interventies van Veilig Thuis.

Breng als medisch-specialistische zorginstelling op regionaal niveau de sociale kaart en ketenzorg omtrent ouderenmishandeling in kaart en maak samenwerkingsafspraken.

Zorg als medisch-specialistische zorginstelling ervoor dat er beleid is over regievoering bij een vermoeden van ouderenmishandeling, en beleg de regie zo nodig bij een specifieke functionaris.

Overwegingen

In deze module zijn de juridische basis- en afwegingsprincipes die gelden bij een vermoeden van ouderenmishandeling besproken. Ondanks dat de meest relevante wet- en regelgeving is beschreven met betrekking tot de ouderenmishandeling, evenals de stappen van de KNMG-meldcode, ontbreekt onzes inziens de zogenoemde mantelzorgverleningscheck. De mantelzorgverleningscheck zou logischerwijs deel moeten gaan uitmaken van stap 1 van de KNMG-meldcode.

Onderbouwing

Samenvatting literatuur

Bij een vermoeden van ouderenmishandeling is het belangrijk in een vroeg stadium te starten met het doorlopen van het stappenplan van de KNMG-Meldcode. Tijdens de adviesfase blijft de adviesvrager verantwoordelijk voor de zorgen over ouderenmishandeling en de veiligheid van de oudere. Indien wordt overgegaan tot het melden van zorgen bij Veilig Thuis ontstaat mogelijk een andere situatie. Bovenal, regievoering vraagt om een nauwe samenwerking tussen zorgverleners, aandachtsfunctionaris, eventuele andere betrokkenen en Veilig Thuis.

Regievoering Veilig Thuis bij vermoeden ouderenmishandeling

Advies Veilig Thuis

Bij een vermoeden op huiselijk geweld (ouderenmishandeling) of kindermishandeling wordt er gesproken over de regierol van de vermoedelijke zorgen. Dit houdt het volgende in: indien een professional in geval van een vermoeden van ouderenmishandeling advies vraagt bij Veilig Thuis blijft de adviesvrager zelf verantwoordelijk voor de aanpak en voor de eventueel te ondernemen stappen. Veilig Thuis is verantwoordelijk voor het zorgvuldig adviseren. Veilig Thuis bespreekt nadrukkelijk met de adviesvrager dat deze laatste zelf verantwoordelijk blijft voor alle verdere stappen en dat Veilig Thuis geen verdere actie onderneemt richting de betrokkenen bij huiselijk geweld (ouderenmishandeling) of kindermishandeling. In gevallen waarin Veilig Thuis

meent dat verdere advisering of ondersteuning van de adviesvrager noodzakelijk is, dringt Veilig Thuis aan op het maken van een afspraak voor een volgend adviesgesprek over dezelfde casus. De adviesvrager beslist zelf of hij op dit aanbod van een vervolgadvisie ingaat.

Veilig Thuis adviseert de adviesvrager zijn adviesvraag om te zetten in een melding indien Veilig Thuis meent dat dit noodzakelijk is in verband met de ernst en aard van het gesignaleerde en de (on)mogelijkheden van de adviesvrager om het gesignaleerde op een adequate manier op te pakken en aan te pakken. Door te melden bij veilig Thuis is de zorgprofessional niet langer adviesvrager en regievoerder over de gesignaleerde zorgen. Regie over de gemelde zorgen gaat over naar veilig Thuis. Echter de adviesvrager beslist zelf, gehoord het advies van Veilig Thuis, of hij zijn adviesvraag vervolgt met een melding bij Veilig Thuis. Van belang is dat de adviesvrager bij alle afwegingen de Meldcode blijft volgen.

Melding Veilig Thuis

Bij een melding neemt Veilig Thuis de verantwoordelijkheid voor de aanpak van de gemelde situatie over van de melder. Zorgprofessionals blijven ook bij een melding verantwoordelijk voor de ondersteuning en hulpverlening die zij conform wet- en regelgeving en professionele richtlijnen verplicht zijn te blijven bieden. Tijdens de triage neemt Veilig Thuis een besluit over de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de vervolgstappen en waar deze worden belegd. Criteria voor directe overdracht aan professionals buiten Veilig Thuis zijn gebaseerd op:

- afspraken die hierover met de gemeente gemaakt zijn;
- veiligheidinschatting;
- mogelijkheden in de vorm van kennis, kunde en capaciteit;
- risicotaxatie en urgentiebepaling;
- en/of betrokkenen open staan voor hulp en ondersteuning.

Indien er geen directe overdracht plaats vindt, start Veilig Thuis een onderzoek. Veilig Thuis informeert betrokkenen en de melder over het onderzoeksresultaat en het hieruit voortgekomen advies. Indien er geen zorgen over de veiligheid zijn kan het zijn dat er geen (aanvullende) hulpverlening wordt opgestart. In geval na onderzoek door Veilig Thuis wordt overgedragen aan het lokale veld of aan een multidisciplinair centrum, volgen de stappen:

- overdracht van verantwoordelijkheid voor de melding;
- afspraken over de uitvoering van het veiligheidsplan;
- afspraken over het hulpverlenings- en herstelplan;
- overdracht van de uitkomsten en besluiten van Veilig thuis.

De melder krijgt bericht over de overdracht, de afspraken en de eventuele monitoring van Veilig Thuis. Daarnaast kan Veilig Thuis professionals vragen om bij specifieke nieuwe zorgen dit te melden bij Veilig Thuis: zogenoemde signaleringsfunctie.

Ten slotte kan de melder de huisarts schriftelijk en/of mondeling informeren over de Veilig Thuis-melding, mits de patiënt hiermee akkoord gaat.

Monitoring Veilig Thuis

Na onderzoek en overdracht gaat Veilig Thuis na of de stappen die in gang zijn gezet tijdens of na het Veilig Thuis-traject daadwerkelijk worden uitgevoerd en of die stappen leiden tot het (duurzaam) stoppen van geweld en tot herstel van schade. Tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt hanteert Veilig Thuis als algemene richtlijn dat monitoring plaatsvindt drie maanden en één jaar na afronding van de bemoeienis van Veilig Thuis.

Zoeken en selecteren

Voor de eerste vier uitgangsvragen is gebruikgemaakt van de KNMG-meldcode en de wet- en regelgeving in Nederland. Voor de vijfde uitgangsvraag (module 'Communicatie bij vermoeden OM') is gebruik gemaakt van de Richtlijn Signalering Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg van de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016).

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.

Referenties

- Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Uitgave van Ministerie van VWS. 2016.
- Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2013, 16 juli). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0033723/> Website BIGregister. <https://www.bigregister.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.
- Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg. Geraadpleegd op 03-12-2017 via <https://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnenoverzicht/Details/tabid/1558/articleType/ArticleView/articleId/1738/Kindermishandeling-Signalering-in-de-SEH.aspx>.
- KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, 2015.
- KNMG. Naar implementatie van de WGBO: van Wet naar praktijk, deel 2: informatie en toestemming (KNMG).
- KNMG. Richtlijn Omgaan met medische gegevens aangepast aan AVG 2018: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/geactualiseerd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens-1.htm>.
- KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 8: Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt.
- KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 9:Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid.
- Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016). Richtlijn Signalering.
- Rijksoverheid. (2011). Meldcode (versie 3.0.4) (Mobiele applicatie software). Geraadpleegd van <https://itunes.apple.com/nl/app/meldcode/id431602913?mt=8>.
- Website CIBG (Ministerie VWS). <https://www.cibg.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.
- Wet BIG. (1993, 11 november). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/>.
- WGBO. (1994, 17 november) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/>.
- Wijziging van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2017, 23 juni). Geraadpleegd september december 2017, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2017-291.html>.
- Wkkgz. (2015, 7 oktober) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/>.

WMO 2015. (2014, 9 juli) . Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/>.

Communicatie bij vermoeden OM

Uitgangsvraag

Wat zijn de aandachtspunten in de communicatie bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling?

Aanbeveling

Bespreek als zorgprofessional je zorg over veiligheid van de oudere zo concreet mogelijk met de patiënt (of diens wettelijke vertegenwoordiger) en benadruk hierbij het gezamenlijke doel, namelijk hulp verlenen en zorgen dat de mishandeling stopt.

Schakel bij een gesprek aangaande vermoedelijke ouderenmishandeling een professionele tolk in bij de aanwezigheid van een taalbarrière.

Geef bij ontslag in de overdracht van de patiënt de (potentiële) signalen van ouderenmishandeling door binnen de daarvoor geldende kaders.

Overwegingen

In deze module zijn de juridische basis- en afwegingsprincipes die gelden bij een vermoeden van ouderenmishandeling besproken. Ondanks dat de meest relevante wet- en regelgeving is beschreven met betrekking tot de ouderenmishandeling, evenals de stappen van de KNMG-meldcode, ontbreekt onzes inziens de zogenoemde mantelzorgverleningscheck. De mantelzorgverleningscheck zou logischerwijs deel moeten gaan uitmaken van stap 1 van de KNMG-meldcode.

Onderbouwing

Samenvatting literatuur

Communicatie rond zorgen over ouderenmishandeling met het vermoedelijk slachtoffer en betrokkenen (onder andere de vermoedelijk pleger en overige naasten) is in principe niet anders dan communicatie over andere gezondheidsproblemen. Uitgangspunt bij de communicatie over vermoedelijke ouderenmishandeling is het verlenen van hulp zodat de mishandeling stopt. Communicatie bij een vermoeden van ouderenmishandeling is een lastig en gevoelig onderwerp. Belangrijk is om, na overleg met de aandachtsfunctionaris, zorgen te bespreken met betrokkenen, zodat er een samenwerkingsrelatie ontstaat. Een gesprek met betrokkenen over het organiseren van hulp of het uitsluiten van ouderenmishandeling heeft uiteraard een andere insteek dan een gesprek over melding maken bij Veilig Thuis.

Vorbereiding van het gesprek

Voer het gesprek bij voorkeur niet alleen, maar met een collega. Schat de veiligheid van de oudere en betrokkenen in, alsook die van de hulpverlener. Tref eventueel maatregelen voorafgaand aan het gesprek, al dan niet in samenspraak met, de beveiliging van het ziekenhuis of de politie. Houd rekening met de cognitieve stoornissen bij de patiënt maar wellicht ook bij betrokkenen. Houd rekening met eventuele cultuurverschillen.

Laat u zo nodig voorlichten over de cultuur van herkomst van betrokkenen. Schakel zo nodig een professionele tolk in (laat geen familieleden of betrokkenen tolken). Mogelijk is vooroverleg met politie en Veilig Thuis noodzakelijk om alle veiligheidsrisico's af te wegen.

Algemene gespreksvaardigheden

Ga het contact aan vanuit een positieve niet-veroordelende grondhouding. Spreek niet in een te hoog tempo en vermijd suggestieve en retorische vragen; deze kunnen een oordeel met zich mee brengen, waardoor betrokkenen zich gediskwalificeerd kunnen voelen. Vermijd het woord 'ouderenmishandeling'. Spreek liever over uw 'zorg' over de oudere. Stel open vragen naar de oorzaak van de klachten/het letsel en reflecteer hier niet zelf op. Geef betrokkenen de kans te reageren.

Inhoud van het gesprek

Zorg voor duidelijkheid bij aanvang van het gesprek. Maak de zorgen zo concreet mogelijk. Wees duidelijk over de informatie en onderbouw met feitelijke waarnemingen. Geef bijvoorbeeld aan dat er zorgen zijn over de veiligheid van de oudere en dat je vindt dat het niet goed gaat. Benoem bijvoorbeeld het letsel, leg uit dat de oorzaak ervan nog niet geheel duidelijk is en vraag of de oudere er iets over kan vertellen. Benoem bij een mogelijke pleger van ouderenmishandeling dat vaker voorkomt dat de zorg voor een oudere te veel wordt en conflicten soms uit de hand lopen. Benoem eventueel ook zaken die goed gaan, dat bevordert de samenwerking. Vermijd echter niet om aan te geven dat deze zaken niet voldoende (lijken te) zijn om de zorgen over de oudere weg te nemen. Herken en benoem gezamenlijke doelen, zoals veiligheid voor de oudere of ontlasting van de mantelzorger. Geef aan dat je samen wilt kijken naar een oplossing en pols of de betrokkenen hier voor open staan. Constructief communiceren, vergroot de motivatie en bevordert de samenwerking. Ouderen kunnen schrikken van de zorgen over de veiligheid en eventuele melding bij Veilig Thuis. Zeker als de oudere afhankelijk is van de mogelijke pleger. Zeg dat je weet dat het moeilijk is erover te praten maar dat het belangrijk is omdat het niet goed gaat en dat de situatie kan veranderen. Stel waar nodig de norm: het is niet normaal dat bijvoorbeeld geweld wordt gebruikt, of dat er op ongepaste wijze gebruik wordt gemaakt van financiële of materiele middelen.

De-escaleren van het gesprek

Als de spanning oploopt kan een gesprek dreigen te escaleren. Betrokkenen kunnen zich aangevallen voelen en agressief reageren. Benoem dreigende uitlatingen of grensoverschrijdend gedrag, stel grenzen, las indien nodig een time-out in of beëindig het gesprek. Neem bij een vervolg nieuwe veiligheidsmaatregelen. Streef zo veel mogelijk naar samenwerking met betrokkenen, maar stel de veiligheid van de oudere en/of eventueel andere betrokkenen voorop. Leg eventueel uit wat Veilig Thuis is, waar Veilig Thuis voor staat, wat de KNMG-meldcode inhoudt, de te nemen stappen binnen de meldcode en wat het doel is van de melding. Voorkom dat je jezelf gaat rechtvaardigen over de melding bij Veilig Thuis.

Verslaglegging van het gesprek

Zorg voor transparante verslaglegging van het gesprek in het dossier. Weeg hierbij zorgvuldig de formulering af en noteer dit in het dossier. Vermeld een vermoeden van ouderenmishandeling in de ontslagbrief aan de huisarts/specialist ouderengeneeskunde (hiervoor is in beginsel toestemming nodig van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger).

Zoeken en selecteren

Voor de eerste vier uitgangsvragen is gebruikgemaakt van de KNMG-meldcode en de wet- en regelgeving in Nederland. Voor de vijfde uitgangsvraag (module 'Communicatie bij vermoeden OM') is gebruik gemaakt van de Richtlijn Signalering Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg van de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016).

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijnen database.

Referenties

- Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Uitgave van Ministerie van VWS. 2016.
- Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2013, 16 juli). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0033723/> Website BIGregister. <https://www.bigregister.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.
- Kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg. Geraadpleegd op 03-12-2017 via <https://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnenoverzicht/Details/tabid/1558/articleType/ArticleView/articleId/1738/KindermishandelingSignalering-in-de-SEH.aspx>.
- KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld, 2015.
- KNMG. Naar implementatie van de WGBO: van Wet naar praktijk, deel 2: informatie en toestemming (KNMG).
- KNMG. Richtlijn Omgaan met medische gegevens aangepast aan AVG 2018: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/geactualiseerd-knmg-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens-1.htm>.
- KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 8: Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt.
- KNMG. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGBO Deel 2: informatie en toestemming; Bijlage 9: Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid.
- Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde (2016). Richtlijn Signalering.
- Rijksoverheid. (2011). Meldcode (versie 3.0.4) (Mobiele applicatie software). Geraadpleegd van <https://itunes.apple.com/nl/app/meldcode/id431602913?mt=8>.
- Web site CIBG (Ministerie VWS). <https://www.cibg.nl/>. Geraadpleegd september december 2017.
- Wet BIG. (1993, 11 november). Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/>.
- WGBO. (1994, 17 november) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/>.
- Wijziging van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. (2017, 23 juni). Geraadpleegd september december 2017, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2017-291.html>.
- Wkkgz. (2015, 7 oktober) Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/>.
- WMO 2015. (2014, 9 juli) . Geraadpleegd september december 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/>.

Organisatie van zorg bij vermoeden OM

Uitgangsvraag

Welke randvoorwaarden gelden in het medisch-specialistisch zorgdomein voor het verlenen van zorg aan patiënten bij wie sprake van een vermoeden van ouderenmishandeling bestaat?

Aanbeveling

De zorgprofessionals en medisch-specialistische zorginstelling zijn bekend met interne en regionale afspraken rondom signalering en aanpak van (een vermoeden van) ouderenmishandeling.

De medisch-specialistische zorginstelling beschikt over een handelingsprotocol ouderenmishandeling. Uitgangspunt daarbij is de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld.

De medisch-specialistische zorginstelling ondersteunt deskundigheidsbevordering over ouderenmishandeling en de stappen van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld.

De medisch-specialistische zorginstelling richt het (elektronisch) patiëntendossier in om ondersteuning te bieden bij de signalering en documentatie van (een vermoeden van) ouderenmishandeling.

De medisch-specialistische zorginstelling en de zorgprofessionals richten een multidisciplinair team ouderenmishandeling op om de coördinatie rondom protocollen en afspraken ten aanzien van ouderenmishandeling te beheren.

De medisch-specialistische zorginstelling stelt een centraal coördinerend persoon, zoals een aandachtfunctionaris, aan als spil van het multidisciplinaire team ouderenmishandeling alsook als centraal coördinerend persoon instellingsbreed.

De zorgprofessionals van het multidisciplinaire team ouderenmishandeling organiseren periodiek een (anonieme) casuïstiekbespreking ouderenmishandeling, bij voorkeur samen met een vertrouwensarts van Veilig Thuis.

De patiënt bij wie sprake is van (een vermoeden van) ouderenmishandeling wordt bij ontslag door de zorgprofessional aan de verantwoordelijk behandelaar buiten de medisch-specialistische zorginstelling overgedragen binnen de daarvoor geldende wettelijke kaders.

Overwegingen

Organisaties dienen zich te houden aan de gestelde (wettelijke) kaders zoals de verplichting te werken volgens de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Zorgorganisaties/aanbieders dienen te beschikken over een meldcode die aan de wettelijke eisen voldoet en dienen de kennis over en het gebruik van de meldcode binnen de eigen organisatie te bevorderen. Bovendien dient er een goede samenwerking en communicatie plaats te vinden tussen zorgprofessionals onderling alsook met de relevante ketenpartners in deze, zoals Veilig Thuis, de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde.

Hieronder staat beschreven welke zaken binnen de organisatie door de werkgroep als randvoorwaardelijk worden geacht voor het verlenen van zorg in het medisch-specialistische domein aan patiënten bij wie een vermoeden van ouderenmishandeling bestaat.

1. Handelingsprotocol ouderenmishandeling

De organisatie beschikt over een handelingsprotocol ouderenmishandeling. Uitgangspunt daarbij is de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld.

2. Deskundigheidsbevordering

Bevorderen van kennis over ouderenmishandeling en gebruik van KNMG-meldcode binnen de medisch specialistische instelling door middel van:

Lokale scholing

Zorgprofessionals krijgen bij indiensttreding, maar ook terugkerend, een aanbod van trainingen en andere vormen van deskundigheidsbevordering aangeboden zodat zij ten eerste voldoende kennis en vaardigheden ontwikkelen en op peil houden voor het signaleren van ouderenmishandeling, en ten tweede de stappen van de KNMG-meldcode (blijvend) correct hanteren.

De scholing kan worden vormgegeven aan de hand van een combinatie van e-learning en klassikale scholing. De scholing wordt op instellingsniveau ingericht waarbij niet alleen de arts/verpleegkundig specialist/verpleegkundige deze scholing volgt, maar ook moet worden overwogen andere patiëntgebonden medewerkers te scholen, zoals paramedici en (radiologisch) laboranten, voedingsassistenten, vrijwilligers, medewerkers van het patiëntenvervoer, etc. Uiteraard dient de inhoud van de scholing afgestemd te worden op de inhoud van de functie van de medewerker. Iedere medewerker in het ziekenhuis komt in aanraking met ouderen en kan derhalve signalen van ouderenmishandeling opvangen.

Multidisciplinair team ouderenmishandeling

Het oprichten van een multidisciplinair team Ouderenmishandeling dat de protocollen en afspraken ten aanzien van de diagnostiek en behandeling van patiënten met een vermoeden van ouderenmishandeling bespreekt wordt aangeraden. Het multidisciplinaire team kan daarnaast de zorgprofessional ondersteunen bij het correct handelen conform de stappen van de KNMG-meldcode bij een vermoeden van ouderenmishandeling.

Daarnaast kan het team als vraagbaak dienen. Diverse leden kunnen deel uitmaken van dit team, maar zou minimaal moeten bestaan uit een aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling/centraal coördinerend persoon ouderenmishandeling, klinisch geriater, spoedeisende hulp-arts en maatschappelijk werk.

Periodieke (anonieme) casuïstiekbespreking

Het wordt aangeraden dat het multidisciplinair team een goede registratie bijhoudt van alle casuïstiek aangaande ouderenmishandeling om een duidelijker beeld te krijgen van de omvang en soort problematiek aangaande ouderenmishandeling binnen de (lokale) medisch-specialistische zorg en tevens een periodieke (anonieme) casuïstiek- bespreking organiseert. Bij deze casuïstiekbespreking is deelname en input van de vertrouwensarts van Veilig Thuis aan te raden, alsook eventueel van de kaderhuisarts ouderengeneeskunde of

specialist ouderengeneeskunde. Dit laatste zal de communicatie binnen de keten ten goede komen, bijvoorbeeld ook bij het signaleren van praktische knelpunten zoals opvangbedden. Ten slotte zou op indicatie een forensisch arts kunnen aansluiten.

Aanstelling coördinerend aandachtsfunctionaris

Het verdient de aanbeveling een centraal coördinerend persoon voor ouderenmishandeling aan te stellen, zoals een aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling. Deze coördinerende persoon vormt de spil van het multidisciplinair team ouderenmishandeling en is eveneens instellingsbreed de centraal coördinerend persoon. Mogelijke taken van de aandachtsfunctionaris zijn:

- Het implementeren en onderhouden van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld binnen de medisch specialistische instelling;
- Het coördineren van de uitvoering van de KNMG-meldcode bij een vermoeden van ouderenmishandeling;
- Consultfunctie voor medewerkers bij signalen van ouderenmishandeling;
- Het organiseren en voorzitten van de casuïstiekbespreking zorg ouderen;
- Het registreren en documenteren conform de geldende afspraken van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Inrichting (elektronisch) patiëntendossier

In de medisch-specialistische zorg is de inschatting van een vermoeden op ouderenmishandeling over het algemeen niet bij één persoon belegd. Het is van groot belang dat voor de zorgprofessional binnen het elektronisch patiëntendossier een duidelijke plaats is ingeruimd voor het noteren van vermoedens van ouderenmishandeling. Het wordt aangeraden de signaleringsvraag ouderenmishandeling in te bouwen in het (elektronisch) patiëntendossier met daarin vervolgmogelijkheden om vermoedens te kunnen onderbouwen.

Ketensamenwerking en nazorg

Voor de thuiswonende oudere is een functionerende zorgketen essentieel om tot duidelijke communicatie over en interventies voor ouderenmishandeling te komen. Hierbij is (met instemming van de patiënt) een volledige, correcte en tijdige communicatie met de huisarts en zo nodig het gemeente (wijk)team essentieel. Ten eerste om signalen van een vermoeden van ouderenmishandeling te kunnen delen, informatie in te winnen over signalen die de huisarts wellicht zijn opgevallen alsook duidelijkheid te krijgen over het omringende sociale netwerk. Samen met de huisarts – en op indicatie in samenwerking met Veilig Thuis – kan zo gerichte interventies worden ingezet. Dit geldt tevens voor de oudere die na ontslag uit de medisch-specialistische instelling naar het verpleeghuis gaat. De specialist ouderengeneeskunde is dan veelal de gesprekspartner. Ook hierbij is (met instemming van de patiënt) een volledige, correcte en tijdige communicatie noodzakelijk.

NB Een aantal van bovenstaande zaken zullen lastiger te implementeren zijn in kleine, gespecialiseerde medisch-specialistische organisaties. Zo zal daar niet altijd een klinisch geriater/maatschappelijk werker, et cetera werkzaam zijn. Ook de aanstelling van een aparte aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling zal niet altijd tot de mogelijkheden behoren. Voorstel is dat de organisatie bekijkt of het multidisciplinair team naar eigen inzicht samen is te stellen waarbij de aanwezigheid van een medisch specialist een minimale vereiste is naast een centraal coördinerende persoon, liefst een aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling dan wel bijvoorbeeld een ter zake kundige kwaliteitsfunctionaris.

Onderbouwing

Achtergrond

Goede besluitvorming over ouderenmishandeling vraagt niet alleen een specifieke attitude, kennis en vaardigheden van professionals. Het is ook belangrijk dat een aantal randvoorwaarden in de organisatie en in het professionele netwerk is gerealiseerd.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er niet systematisch gezocht naar literatuur. Deze vraagstelling betreft afspraken die binnen de organisatie en tussen zorgverleners gemaakt worden om de zorg voor patiënten zo veilig en effectief mogelijk te maken. Internationale literatuur is niet zondermeer van toepassing op de Nederlandse situatie en daarom is besloten om consensus over deze afspraken te bereiken binnen de werkgroep. Deze richtlijn moet bruikbaar moet zijn voor de zorgprofessional in het werkveld, daarom zijn er voorbeelden aan deze aanverwante producten van deze richtlijn toegevoegd.

Verantwoording

Laatst beoordeeld : 27-07-2018

Laatst geautoriseerd : 27-07-2018

Voor de volledige verantwoording, evidence tabellen en eventuele aanverwante producten raadpleegt u de Richtlijndatabase.