

Herkennen van ouderenmishandeling in de acute zorgketen, weten welke stappen je moet zetten en je bewust zijn van de optredende dilemma's. Heb je als zorgprofessional werkzaam in de acute zorg daar dan mee te maken? Ja, dat kom je steeds vaker tegen, omdat steeds meer (kwetsbare) ouderen langer thuis blijven wonen en ze in een acute situatie in contact komen met professionals werkzaam op de ambulance of op de spoedeisende hulp. Het is vaak ingewikkeld om ouderenmishandeling te herkennen, zeker als je je niet bewust bent waar je op moet letten. Misschien heb je als verpleegkundige een niet-pluisgevoel, maar wat zijn signalen en hoe pak je dit aan? Mogelijk heb jij sterke aanwijzingen voor mishandeling, maar wil de oudere zelf daar niet van weten, een dilemma dus. Dit boekje is bedoeld voor professionals en studenten in (vervolg)opleidingen in de gezondheidszorg en het sociale domein en verder voor iedere belangstellende die zich niet gerealiseerd had dat ouderenmishandeling ook in de acute setting voorkomt.

 HAN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES



 SiA
Nationaal Regieorgaan
Praktijkgericht Onderzoek

OUDERENMISHANDELING IN DE ACUTE ZORG Sivera Berben, Marian Adriaansen & Lilian Vloet



OUDEREN MISHANDELING IN DE ACUTE ZORG

Sivera Berben,
Marian Adriaansen &
Lilian Vloet

OUDEREN MISHANDELING IN DE ACUTE ZORG

COLOFON

Financiële bijdrage

De uitgave van deze gids is mogelijk gemaakt door financiële bijdragen van RAAK SIA (projectnummer 2014-01-28P), van het Lectoraat Acute Intensieve Zorg en het Lectoraat Innovatie in de Care, beiden van het kenniscentrum Duurzame Zorg, Academie Gezondheid en Vitaliteit van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en van de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen.

Tekst

Samenstelling en redactie: Harriët Messing (ZORGdotCOM.nl - Communicatieadvies + Tekst, Doetinchem), Sivera Berben, Marian Adriaansen en Lilian Vloet, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Ontwerp & illustratie

Paul de Groot, Nijmegen / www.dikkepunt.nl

Omslagfoto

Frank Muller, Nijmegen / ZorginBeeld.nl

Druk

Zalsman B.V.

Copyright

©2020, Sivera Berben

ISBN

978-90-72482-26-6

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, e-mail of op andere wijze zonder voorafgaande (schriftelijke) toestemming van de rechthebbenden.

INHOUD

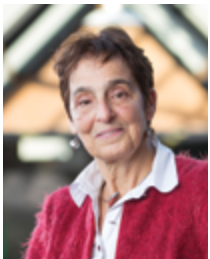
	Over de auteurs	4
	Voorwoord	7
1	Introductie	9
2	Leren signaleren	21
3	Ouderenmishandeling in de ambulancezorg	29
4	Ouderenmishandeling op de spoedeisende hulp	39
5	De rol van medisch maatschappelijk werk bij ouderenmishandeling	47
6	Preventie en aanpak van ouderenmishandeling vanuit het familie- en gezondheidsrecht	55
7	De rol van Veilig Thuis	65
8	Geriatrische expertise bij de herkenning van ouderenmishandeling	73
9	De waarde van de forensische blik	81
	Nawoord signaleren ouderenmishandeling	88

OVER DE AUTEURS



Sivera Berben is associate lector Acute Intensieve Zorg aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en was tot voor kort daarnaast werkzaam als senior onderzoeker bij Acute Zorgregio Oost verbonden aan het Radboudumc. Ze startte haar verpleegkundige opleiding aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Daarna werkte zij in diverse verpleegkundige en beleidsadviesfuncties in het Radboudumc terwijl ze haar masterstudie

Gezondheidswetenschappen volgde. Sivera promoveerde in 2011 op 'Much to gain in pain. Early and initial pain management in trauma patients in prehospital and hospital based emergency care'. Haar onderzoek richt zich onder andere op de kwetsbare patiënt in de acute zorgketen. Ze coördineert daarnaast diverse onderzoeks- en scholingsprojecten gericht op het verbeteren van evidence based handelen in deze setting. Zo was ze projectleider van een onderzoeksproject om de herkenning van ouderenmishandeling in de ambulancezorg en op de spoedeisende hulp te verbeteren. Ook schreef ze mee aan de richtlijn 'Vermoeden van ouderenmishandeling in de medisch-specialistische zorg' van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en aan het 'Kwaliteitskader Spoedzorg' van de Federatie Medisch Specialisten. Sivera is vicevoorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen en fellow van de European Academy of Nursing Science.



Marian Adriaansen is lector Innovatie in de Care aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en hoofdredacteur van TvZ (Tijdschrift voor verpleegkunde in praktijk en wetenschap). Ze volgde de opleiding HBOV in Nijmegen en de Master of Nursing Science in Wales. Ze promoveerde in 2007 op het thema 'Nursing Education in palliative care: content, effects and implementation'. Na een aantal jaren als wijkverpleeg-

kundige te hebben gewerkt werd zij docent verpleegkunde aan de HBOV en vervolgde haar loopbaan als afdelingsdirecteur Verpleegkunde. Na haar promotie werd zij lector chronische zorg, een lectoraat dat werd omgezet in Innovatie in de Care. Tijdens dit lectoraat heeft zij in een VWS project een onderwijsmodule ouderenmishandeling in de chronische zorg ontwikkeld en onderzoek gedaan naar de effecten van deze module en is zij betrokken bij het project herkenning van ouderenmishandeling in de ambulancezorg en op de spoedeisende hulp. Zij is lid van de kwaliteitsgroep O2PZ, een landelijk orgaan dat de kwaliteit van de palliatieve zorg bij gezondheidszorgopleidingen

(van mbo tot academisch niveau) wil verbeteren. Naast haar lectoraat was zij een aantal jaren bestuurslid van de vereniging van Gerontologie NVG KNOWS en de Stichting Geron. Zij is tevens lid van twee raden van toezicht in de VVT-sector (ZGEM en IDHK) en commissaris bij de zorgorganisatie GGNet.



Lilian Vloet is sinds 2011 lector Acute Intensieve Zorg aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Zij studeerde Verpleegkunde aan de HAN. Zij werkte in diverse verpleegkundige functies in meerdere instellingen en combineerde dat met de deeltijdopleiding Gezondheidswetenschappen (afstudeerrichting Verplegingswetenschap) in Maastricht. Lilian heeft tevens een black belt in Lean Six Sigma.

In 2003 promoveerde Lilian op 'Postprandial and orthostatic hypotension: implications for nursing care in the elderly' aan de Radbouduniversiteit Nijmegen. Na deze promotie combineerde Lilian verpleegkundig onderzoek, onderwijs en bestuurstaken voor de verpleegkundige staf in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen. Vanaf 2006 deed zij dit in combinatie met masteronderwijs en een associate lectoraat aan de HAN, en gast-docentschap aan de master Kwaliteit en Veiligheid van de NFU. Daarnaast is zij actief binnen het bestuur van Venticare, het kennisplatform voor de acute zorg, en als voorzitter van de stichting Family and Patient Centered Intensive Care (FCIC). Ze is fellow van de European Academy of Nursing Science. Binnen haar lectoraat zijn twee onderzoekslijnen: multiprofessioneel handelen in de acute zorgketen en de kwetsbare patiënt en zijn naasten in de acute zorgketen. Het project over ouderenmishandeling in de acute zorg combineert beide onderzoekslijnen.

VOORWOORD

‘Een veilig thuis. Daar maak je je toch sterk voor?’ Een belangrijke boodschap uit de campagne geweld in huiselijke kring die al een aantal jaren wordt gebruikt in allerlei spotjes op radio en televisie. Geweld stopt nooit vanzelf, totdat iemand iets doet. En ook vandaag de dag blijkt dat het nog steeds hard nodig is om burgers en professionals aan te moedigen actie te ondernemen bij vermoedens van huiselijk geweld. En dus ook bij ouderenmishandeling.

Veel ouderen blijven steeds langer thuis wonen in hun eigen omgeving en met ondersteuning van hun eigen netwerk en van professionals. Maar met het ouder worden, neemt ook de kans op kwetsbaarheid toe. Het aantal kwetsbare ouderen stijgt de komende jaren van 700.000 personen nu tot 1 miljoen in 2030. Dat is ongeveer een kwart van de zelfstandig wonende 65-plussers. Voor de ‘oudere ouderen’ ligt dit hoger: 50 procent van de 80-plussers is kwetsbaar. Door die toenemende kwetsbaarheid belanden veel ouderen (ook) in de ambulance en op de SEH. Soms door een valincident, soms door (onbewuste) verwaarlozing door een overbelaste mantelzorger. Het is goed om te constateren dat de acute zorg de kwetsbare oudere in een crisissituatie vooraan in de keten ziet. In de praktijk blijken situaties van (dreigende) ouderenmishandeling en/of verwaarlozing vaak al langer te bestaan. Vaak zien we dat ouderen, mantelzorgers en soms ook professionele zorgverleners daarbij in een impasse terechtkomen. De hulpverleners in de acute zorgketen kunnen daarbij het verschil maken: door de cirkel te doorbreken en hulp in te schakelen voor oudere en naaste.

Het ministerie van VWS startte samen met veel partijen het actieplan Ouderen in veilige handen. Dit liep in de zomer van 2018 af en kreeg een vervolg in het nationale programma Geweld hoort nergens thuis. Focus in het actieplan lag onder andere op het verbinden van ketens en het doorbreken van handelingsverlegenheid. Of het nu gaat om Veilig Thuis, de huisarts, de notaris of de medewerker van de ambulance of de SEH: allemaal moeten ze zich bewust zijn van de soms stille signalen van ouderenmishandeling en vervolgens weten hoe te handelen. Deskundigheidsbevordering, vergroting van het bewustzijn en vroegtijdige herkenning van ouderenmishandeling en financieel misbruik, dat zijn de onderwerpen waar we de komende jaren op blijven inzetten.

Deze praktische gids over ouderenmishandeling brengt het gesprek daarover wellicht nog meer op gang. Niet alleen in de spoedzorgketen maar hopelijk ook daarbuiten.

Arianne van der Rijst
Projectleider aanpak ouderenmishandeling
Ministerie van VWS



1 INTRODUCTIE

In onze participatiesamenleving wonen ouderen (personen van 65 jaar en ouder) steeds langer thuis. Zij zijn daardoor ook vaker aangewezen op informele hulp of mantelzorg. De kans op ouderenmishandeling neemt daardoor toe. Negentig procent van de gevallen van ouderenmishandeling wordt gepleegd door mantelzorgers of informele hulp (Royers & Van Bavel, 2012). Daarbij komt ouderenmishandeling door familieleden (partner, (klein) kind, broer/zus, neef/nicht) het meest voor. Andere plegers hebben ook in meer of mindere mate een (zorg)relatie met het slachtoffer. Het kan dan gaan om burens, vrienden, kennissen, prostituees, verslaafden of een inwonende (geen familie). In naar schatting 5 procent van de gevallen gaat het om beroepskrachten of vrijwilligers (Movisie, 2015; Movisie en Bureau Beke, 2018).

Het aantal ouderen neemt steeds verder toe en daarmee waarschijnlijk ook het absolute aantal gevallen van ouderenmishandeling (Volksgezondheidszorg.info, 2019). Want de bevolking van Nederland is geleidelijk aan het vergrijzen. Op 1 januari 2018 telde Nederland volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) bijna 3,2 miljoen ouderen. Dit komt neer op 18 procent van de totale bevolking. Ook is sprake van 'dubbele vergrijzing': binnen de groep 65-plussers neemt het aandeel 80-plussers toe. Er waren in 2018 779.000 mensen van 80 jaar en ouder. Dit komt neer op 4,5 procent van de bevolking. Van de 65-plussers was 24 procent ouder dan 80 jaar. In 2040, zo verwacht het CBS, leven er 4.7 miljoen 65-plussers in Nederland (26% van de totale bevolking), waaronder 2 miljoen 80-plussers.

Ouderen wonen bovendien ook vaker langer thuis. Voorheen werd voor een veel groter deel van de ouderen de zorg in een verzorgingshuis of verpleeghuis geregeld. Maar nu zijn ouderen langer afhankelijk van informele of mantelzorg en worden ze pas bij een veel hogere zorgzwaarte opgenomen in een verpleeghuis. Tegelijkertijd zijn verzorgingshuizen aan het verdwijnen. Ouderen komen daardoor vaker in een crisis terecht en doen steeds vaker een beroep op de spoedeisende zorg. Medewerkers in de acute zorg worden dus ook vaker geconfronteerd met situaties waarin het 'achter de voordeur' bij een oudere niet pluis voelt en waar mogelijk sprake is van ouderenmishandeling.

DEFINITIE

De World Health Organization (WHO) (2018) hanteert de volgende definitie voor ouderenmishandeling:

“Een enkele of herhaaldelijke daad, of een gebrek aan passende actie, die voorkomt binnen enige relatie waarbinnen een verwachting is van vertrouwen, en die schade of nood veroorzaakt voor een oudere persoon.”

Comijs (1999) deed onderzoek naar ouderenmishandeling en formuleerde het als volgt:

“Al het handelen of het nalaten van handelen ten opzichte van een oudere persoon (ouder dan 65 jaar) door degenen die in een persoonlijke en/of professionele relatie met die oudere staan, waardoor de oudere (herhaaldelijk) lichamelijke, psychische of materiële schade lijdt.”

Uit deze definities blijkt dat het bij ouderenmishandeling dus zowel kan gaan om incidentele voorvallen, als herhaaldelijk, al dan niet opzettelijk gedrag dat een oudere schade toebrengt. Uit de WHO-definitie komt ook naar voren dat sprake is van een vertrouwensrelatie tussen dader en slachtoffer.

De definitie die momenteel wordt gehanteerd binnen het beleid van het Ministerie van VWS en andere relevante Nederlandse organisaties op het gebied van zorg en welzijn, verenigt deze twee aspecten en luidt:

“Ouderenmishandeling is 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” (Movisie, 2019).

VERSCHIJNINGSVORMEN

Movisie (2016) onderscheidt vijf vormen van ouderenmishandeling die dikwijls in combinatie voorkomen en waarvan 1, 2 en 4 het meest frequent voorkomen:

1 FYSIEKE MISHANDELING

Blauwe plekken, schrammen, zwellingen, fracturen of brandplekken: deze symptomen kunnen het gevolg zijn van lichamelijke mishandeling. Soms worden ouderen vastgebonden aan een stoel of bed. Ze vertonen dan striemen aan polsen of enkels. Een minder zichtbare vorm van lichamelijke mishandeling is het geven van te weinig of juist te veel medicijnen (bijvoorbeeld slaapmiddelen).

2 PSYCHISCHE MISHANDELING

(INCLUSIEF SCHENDING VAN RECHT OP PRIVACY)

Bij psychische mishandeling is er sprake van treiteren en sarren, dreigementen, valse beschuldigingen, beledigingen of bevelen. Ook kan het hierbij gaan om schending van mensenrechten van ouderen, zoals onnodige inperking van het recht op bewegingsvrijheid, privacy of zelfbeschikking. Bijvoorbeeld door post achter te houden, bezoekers weg te sturen of de oudere te verhinderen het huis te verlaten. Bij de oudere leidt dit tot sociaal en emotioneel isolement en gevoelens van angst, woede, verdriet, verwardheid of apathie.

3 VERWAARLOZING

Lichamelijke verwaarlozing kan blijken uit ondervoeding, uitdroging, slechte hygiëne of wonden als gevolg van doorliggen. Wanneer de geestelijke behoeften van ouderen worden genegeerd, zoals de behoefte aan aandacht, liefde en ondersteuning, spreken we van psychische verwaarlozing.

4 FINANCIËLE UITBUITING/ FINANCIËEL MISBRUIK

Bij deze vorm van ouderenmishandeling gaat het om het wegnemen of profiteren van bezittingen van de oudere. Te denken valt aan diefstal van geld, juwelen en andere waardevolle spullen, oneigenlijk gebruik van de pinpas, aan verkoop of gebruik van eigendommen zonder toestemming van de oudere en aan gedwongen testamentverandering.

5 SEKSUEEL MISBRUIK

Ouderen kunnen het slachtoffer worden van seksueel misbruik, zoals exhibitionisme, betasten van het lichaam (aanranding) en verkrachting. De pleger gaat voor eigen lustbeleving en -bevrediging en maakt misbruik van de kwetsbaarheid en zwakte van een oudere, veelal vrouwen.

OMVANG

Ouderenmishandeling komt helaas vaker voor dan we denken of zouden willen. De schatting is dat in Nederland elk jaar 200.000 ouderen (65 jaar en ouder) worden mishandeld. De afgelopen jaren is het aantal meldingen en adviesvragen over ouderenmishandeling gestegen bij Veilig Thuis (het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling). Zo kwamen in 2010 855 adviesvragen en meldingen binnen. In 2014 ging het om 2.360 adviesvragen en meldingen (Plaisier & de Klerk, 2015). Daarbij ging het in 60% van de gevallen om psychische mishandeling, in 46% van de gevallen om lichamelijke mishandeling en in 37% van de gevallen om financiële uitbuiting.

Deze cijfers en ook het onderzoek naar Ouderenmishandeling zeggen echter weinig over het werkelijke aantal slachtoffers (Plaisier & de Klerk, 2015). Niet alles wordt gezien en niet alles dat gezien wordt, wordt gemeld. De meeste meldingen komen van professionals (63%) gevolgd door familie (20%) en de slachtoffers zelf (17%).

Een mogelijke verklaring voor het lage aantal meldingen door slachtoffers is dat oudere slachtoffers veelal zorgafhankelijk zijn en met de pleger een partner- of familierelatie hebben. Hierdoor is het moeilijk om over mishandeling of misbruik te praten. Ook angst en schaamte vormen een drempel voor ouderen om hulp te zoeken. Verder worden signalen vaak niet als mishandeling herkend door omstanders of familie. De afgelopen jaren is het aantal meldingen wel gestegen doordat er steeds meer kennis en bewustzijn voor dit probleem komt bij beroepsgroepen met een meldplicht. Voor ouderenmishandeling zijn dit: gezondheidszorg, maatschappelijke ondersteuning en politie/justitie. En dat geldt ook voor beroepsgroepen die vrijwillig een meldcode hebben opgesteld, zoals notarissen en banken. Door publieks-campagnes is er ook steeds meer alertheid bij burgers. In Rotterdam Rijnmond bijvoorbeeld is het aantal meldingen van vermoeden ouderenmishandeling in 2018 met 60% gestegen tot 20 per maand (Veilig Thuis Rotterdam Rijnmond, 2019). De cijfers van de gezamenlijke Gezondheidsmonitor van GGD'en, CBS en RIVM over 2016 (Volksgezondheidszorg.info, 2016) geven het volgende beeld over hoe vaak de verschillende vormen van ouderenmishandeling in de thuissituatie voorkomen onder respondenten van 65 jaar of ouder:

- Psychisch geweld: 4% gaf aan het afgelopen jaar in de thuissituatie te zijn beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden.
- Financieel misbruik: ruim 1 procent van de ondervraagde ouderen voelt zich financieel benadeeld.
- Verwaarlozing: ruim een half % van de ouderen gaf aan zich in de persoonlijke verzorging verwaarloosd te voelen.
- Lichamelijk geweld: 0,3% van de ouderen gaf aan lichamelijk geweld te hebben ondervonden.
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag: 0,3% van de ondervraagde ouderen gaf aan dat ze slachtoffer zijn geweest van ongewenste seksuele benadering.

In een onderzoek van Regioplan (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, 2018) rapporteren ouderen zelf dat het vaakst sprake is van financieel misbruik, en in veel minder gevallen van psychisch en fysiek geweld. Zij rapporteerden niet over zelfverwaarlozing, mogelijk doordat het pas meetelde wanneer het meer dan 10 keer per jaar was voorgekomen. In totaal

gaf 5,5% van de ouderen aan wel eens mishandeld te zijn na hun 65ste en 2% in het afgelopen jaar. Bij 1 op de 10 slachtoffers is sprake van meerdere vormen van ouderenmishandeling. Voor het grootste deel van de slachtoffers geldt dat ouderenmishandeling zich herhaalt en zich soms systematisch voordoet. Wat professionals betreft werd mishandeling het meeste gemeld door wijkverpleegkundigen, thuiszorg, psychologen, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundigen van de geriatrische afdeling en verpleegkundigen van de spoedeisende hulp (SEH). De conclusie is dat 1 op de 20 ouderen het laatste jaar te maken heeft gehad met ouderenmishandeling.

WIE ZIJN DE PLEGERS?

Meestal wordt de relatie tussen het slachtoffer en de pleger geregistreerd. Uit die registraties blijkt dat ouderenmishandeling meestal in familieverband gebeurt. Plegers zijn in veel gevallen de (ex-)partner of een kind of kleinkind van het slachtoffer. In 1155 cases waarbij de pleger werd geregistreerd, ging het om de kinderen en kleinkinderen (52%) gevolgd door de (ex-)partner (33%). Overige familieleden (7%), kennissen of burens (8%) zijn minder vaak pleger. Professionals (2%) en vrijwilligers (0%) worden nauwelijks geregistreerd als pleger. Dit sluit aan bij het feit dat de meeste slachtoffers van ouderenmishandeling thuiswonend zijn en veelal afhankelijk van hun kinderen, kleinkinderen of partner.

RISICOFACTOREN

Ouderenmishandeling komt voor in alle lagen van de bevolking, arm en rijk, autochtoon en niet-westerse migrant (Movisie, 2016; Krediet, 2017). Er is tussen pleger en slachtoffer altijd sprake van een persoonlijke band met twee specifieke kenmerken:

- Het slachtoffer is afhankelijk van de zorg en kwetsbaar.
 - De pleger komt uit de directe omgeving van het slachtoffer en heeft een band met hem of haar. Soms is er sprake van meer dan één pleger.
- Het is daarbij belangrijk om onderscheid te maken tussen opzettelijke ouderenmishandeling en overbelaste mantelzorg en echtparenruzie. Bij opzettelijke mishandeling weten de plegers heel goed wat ze doen. Ze handelen vanuit eigenbelang, onverschilligheid of uit woede of wraak. Soms wortelt ouderenmishandeling in een lange traditie van familiegeweld en -conflicten.

Mishandeling van een zorgafhankelijke oudere is echter dikwijls het gevolg van overbelasting, onkunde of onwetendheid van een mantelzorger (vaak een partner, dochter en/of zoon). Dat noemen we 'ontspoorde mantelzorg'.

Er hoeft dan geen sprake te zijn van opzet. De verzorgers beseffen niet dat ze te ver gaan. Hun acties komen voort uit onmacht en zijn eigenlijk een noodkreet.

Waarom worden ouderen mishandeld? We kunnen een aantal verklaringen of risicofactoren noemen (Movisie, 2016). Het is echter mogelijk dat er in gezinnen of huishoudens meer risicofactoren aanwezig zijn die bijdragen aan het ontstaan van ouderenmishandeling.

RISICOFACTOREN BIJ DE OUDERE:

- (Toenemende) afhankelijkheid van zorg door lichamelijke en geestelijke achteruitgang. De afhankelijkheid kan ook van financiële of van emotionele aard zijn.
- Geweld in de familiegeschiedenis: gewelddadig gedrag kan van de oudere generatie zijn overgedragen naar de volgende generaties: de kinderen en kleinkinderen.
- Ingrijpende voorvallen: er is stress ontstaan door een verhuizing, de dood van een geliefd persoon, verlies van een baan of scheiding van een huisgenoot.
- Isolement: het slachtoffer heeft weinig contact met de buitenwereld. Is bijvoorbeeld ongehuwd of alleenstaand en indien er kinderen zijn, wonen die ver weg of is er geen contact met hen.
- Psychische factoren: een laag zelfbeeld, een psychiatrische stoornis (persoonlijkheidsproblematiek, dementie), een laag IQ, soms in combinatie met psychiatrische stoornissen en een sterke behoefte aan seksuele contacten.

RISICOFACTOREN BIJ DE PLEGER:

- Afhankelijkheid: de pleger kan afhankelijk zijn van het slachtoffer, bijvoorbeeld voor huisvesting, sociale contacten of inkomen.
- Overbelasting: de zorg is te veel geworden of de zorgbehoefte is groter dan de mantelzorger kan bieden.
- Langdurige werkloosheid, moeilijkheden op het werk of schulden.
- Psychische gesteldheid: de pleger kan psychiatrische problemen of ontwikkelingsstoornissen hebben (verstandelijke beperking) of een verslaving (alcoholisme, drugs- en gokverslaving).
- Relatieproblemen: het lukt niet om een duurzame relatie met een partner (slachtoffer) op te bouwen/te behouden.

NATIONAAL BELEID

Pas in 1992 kregen de eerste twee gemeenten in Nederland een meldpunt ouderenmishandeling binnen een pilot van Het Ministerie van VWS (toen nog WVC). Daarna is toegewerkt naar een landelijke dekking met in 1996 de start van het Landelijk Steunpunt Bestrijding Ouderenmishandeling (LSBO) dat onder het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) viel. Het LSBO ondersteunde de oprichting van lokale en regionale netwerken, deskundigheidsbevordering en taboedoorbreking. In 2003 stopte het LSBO en was ongeveer 40 procent van Nederland gedekt met meldpunten en/of consultatienetwerken. Die gingen zelfstandig door als het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling (LPBO) met ondersteuning van het NIZW (tegenwoordig Kennisinstituten Zorg en Welzijn: Vilans, Movisie en NJi).

Overleg met de ministeries van VWS en Justitie leidde na enkele jaren tot de voorlichtingsbrochure 'Je ziet het pas als je het gelooft'. Die bevatte basisinformatie over de preventie en bestrijding van ouderenmishandeling. Kort daarna, in 2006, startte de landelijke campagne 'STOP Ouderenmishandeling'. Die was erop gericht beleid en praktijk gevoelig te maken voor een aanpak van ouderenmishandeling. Bij de start van de campagne hadden 191 van de toen 458 gemeenten aandacht voor het onderwerp. Twee jaar later was 94 procent van Nederland afgedekt.

Als vervolg op de campagne werd van 2008 tot en met 2010 het project 'Implementatie STOP Ouderenmishandeling' uitgevoerd met financiering van VWS. In 2013 werd ouderenmishandeling opgenomen in de 'Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013). In hoofdstuk 2 wordt de meldcode verder toegelicht.

In 2015 werden de Steunpunten Huiselijk Geweld samengevoegd met de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling tot Veilig Thuis, Advies- en Meldpunten Huiselijk Geweld en Kindermishandeling.

VWS nam in 2015 het initiatief tot de Brede Alliantie 'Veilig financieel ouder worden' (Huiselijkgeweld.nl, 2015a) in het kader van de voortzetting van het Actieplan 'Ouderen in veilige handen 2015-2017' (Huiselijkgeweld.nl, 2015b). Deze Brede Alliantie bouwde voort op de resultaten van de pilots 'Voorkomen van financiële uitbuiting' die in zeven gemeenten werden gehouden. In 2016 startte een publiekcampagne tegen financiële uitbuiting.

In februari 2017 heeft de toenmalige staatssecretaris Martin van Rijn de Tweede Kamer geïnformeerd over de recente ontwikkelingen in de aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties, waaronder het Actieplan 'Ouderen in

veilige handen' (Huiselijkgeweld.nl, 2017a). In juni 2017 heeft hij de Tweede Kamer geïnformeerd over de recente ontwikkelingen in de aanpak van ouderenmishandeling, met de acties die in gang gezet zijn in het kader van financieel misbruik (Huiselijkgeweld.nl, 2017b).

In reactie op het prevalentieonderzoek ouderenmishandeling (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, 2018) informeerde minister Hugo de Jonge in 2018 de Tweede Kamer over het programma 'Geweld hoort nergens thuis, aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling 2018-2021' (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018a). Dit programma moet helpen om ouderenmishandeling en andere vormen van huiselijke geweld: 1. eerder en beter in beeld te krijgen, 2. te stoppen en duurzaam op te lossen, en 3. om meer aandacht te geven aan specifieke groepen, waaronder ouderen. In datzelfde jaar gaf het ministerie van VWS opnieuw aandacht aan 'Veilig ouder worden'. In een uitgebreide kamerbrief gaf de minister een overzicht van alle acties die VWS de komende jaren gaat uitvoeren om het probleem ouderenmishandeling te voorkomen en de aanpak ervan te verbeteren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018a).

BRONNENLIJST

Comijs, H. (1999).

ELDER MISTREATMENT, PREVALENCE, RISK INDICATORS AND CONSEQUENCES (Academisch proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Huiselijkgeweld.nl (2015a).

ACTIEPLAN 'OUDEREN IN VEILIGE HANDEN 2015-2017'.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.aanpak-ouderenmishandeling.nl/kennisbank/actieplan-ouderen-in-veilige-handen>

Huiselijkgeweld.nl (2015b).

STARTDOCUMENT BREDE ALLIANTIE 'VEILIG FINANCIEEL OUDER WORDEN'.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.aanpak-ouderenmishandeling.nl/kennisbank/startdocument-brede-alliantie-veilig-financieel-ouder-worden>

Huiselijkgeweld.nl (2017a).

KAMERBRIEF OVER VOORTGANGSRAPPORTAGE GIA.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.aanpak-ouderenmishandeling.nl/kennisbank/kamerbrief-over-voortgangsrapportage-gia-2017>

Huiselijkgeweld.nl (2017b).

Kamerbrief over ouderenmishandeling.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.aanpak-ouderenmishandeling.nl/kennisbank/kamerbrief-over-ouderenmishandeling-150617>

Krediet, G. (2017).

OUDERENMISHANDELING.

Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013).

WET VERPLICHTE MELDCODE HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING. OFFICIËLE BEKENDMAKINGEN. STAATSBAD VAN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN, 142.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2013-142.html>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018a).

BELEIDSREACTIE PREVALENTIEONDERZOEK OUDERENMISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/12/kamerbrief-met-reactie-op-prevalentieonderzoek-ouderenmishandeling>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018b)

KAMERBRIEF OVER VEILIG OUDER WORDEN. COMMISSIEBRIEF TWEEDE KAMER INZAKE VERZOEK OM EEN STAND-VAN-ZAKENBRIEF INZAKE OUDERENMISHANDELING EN DAARBIJ TEVEN'S TE BETREKKEN HOE HET KABINET UITVOERING GEEFT AAN DE DOOR DE KAMER AANGENOMEN MOTIE-ELLEMEET (31765-300).

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/09/27/kamerbrief-over-veilig-ouder-worden>

Movisie. (2015).

OUDERENMISHANDELING IN 2014.

Utrecht: Movisie

Movisie. (2016).

FACTSHEET OUDERENMISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.movisie.nl/publicaties/factsheet-ouderen-mishandeling-i-algemeen>

Movisie. (2018).

GA MET OUDEREN ZÉLF IN GESPREK OVER MISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.movisie.nl/ouderenmishandeling>

Movisie en Bureau Beke. (2018).

OUDERENMISHANDELING IN INTRAMURALE ZORGINSTELLINGEN.

Geraadpleegd op 30 december 2019, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-09/Ouderenmishandeling-intramurale-zorginstellingen.pdf>

Movisie. (2019).

OUDERENMISHANDELING OP DE KAART.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.movisie.nl/artikel/ouderenmishandeling-kaart>

Plaisier I., & de Klerk M. (2015).

OUDERENMISHANDELING IN NEDERLAND. INZICHT IN KENNIS OVER DE OMVANG EN ACHTERGROND VAN OUDEREN DIE SLACHTOFFER ZIJN VAN OUDERENMISHANDELING.

Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Ouderenmishandeling_in_Nederland

Royers, T., & van Bavel, M. (2012).

OUD LEED, BASISBOEK OUDERENMISHANDELING.

Amsterdam: Movisie/SWP.

Veilig Thuis Rotterdam Rijnmond. (2019).

OUDERENMISHANDELING STERK TOEGENOMEN IN REGIO ROTTERDAM RIJNMOND.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://veiligthuisrr.nl/nieuws/ouderenmishandeling-sterk-toegenomen-in-regio-rotterdam-rijnmond>

Volksgezondheidszorg.info (2019).

BEVOLKING→CIJFERS & CONTEXT→VERGRIJZING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/bevolking/cijfers-context/vergrijzing>

Volksgezondheidszorg.info (2016).

SOCIALE OMGEVING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sociale-omgeving/ouderenmishandeling>

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. (2018).

AARD EN OMVANG OUDERENMISHANDELING.

Geraadpleegd 25 november 2019, van <https://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/2810-ouderenmishandeling.aspx>

World Health Organization (WHO). (2018).

OUDERENMISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>



2 LEREN SIGNALEREN

Mevrouw Stekelenburg (75 jaar) arriveert met de ambulance in het ziekenhuis nadat ze thuis is gevallen. Er is een verdenking van een gebroken heup. Haar dochter vergezelt haar. Mevrouw maakt een verwaarloosde indruk. Ze is erg mager, haar haren lijken lang niet gewassen. In haar kleding zitten vlekken en ze heeft doorligwonden. Ze woont alleen sinds haar man vijf jaar geleden is overleden. Haar enige dochter, die in de buurt woont, verzorgt haar regelmatig. Ze heeft geen hulp van de thuiszorg, omdat haar moeder volgens haar niet houdt van pottenkijkers en gesteld is op haar privacy. Mevrouw vertelt dat ze uit bed gevallen is, maar is verder weinig mededeelzaam over haar thuissituatie. Haar dochter doet het woord. De verpleegkundige van de SEH heeft een niet-pluisgevoel.

Wanneer je als verpleegkundige of bachelor medisch hulpverlener (BMH-er) op de ambulance of op de SEH werkt, vervul je een poortwachtersfunctie in de acute zorgketen. Je komt regelmatig ouderen tegen die in meerdere of mindere mate een verwaarloosde indruk maken. Of die letsel hebben waarvoor geen goede verklaring is of dat niet helemaal past bij het verhaal van henzelf of van de persoon die hen vergezelt. Je kunt als ambulance-verpleegkundige ook in een situatie terechtkomen waarbij de oudere is afgesloten van gas en elektriciteit, omdat hij zijn rekeningen niet meer heeft kunnen betalen vanwege geldgebrek. Hier kan sprake zijn van financiële uitbuiting. Misschien heb je als SEH-verpleegkundige of BMH-er bij zo'n opname een onbestemd niet-pluisgevoel. Er kan in zo'n situatie sprake zijn van ouderenmishandeling, waarbij er zeker niet altijd sprake is van opzet. In tegenstelling tot de situatie in de chronische zorg, heb je op de ambulance of SEH maar een beperkte tijd waarin je moet besluiten of er mogelijk sprake is van mishandeling. En wanneer dat zo is, is het de vraag welke acties je dan moet ondernemen. Bovendien zijn ouderen gezien hun leeftijd in principe wilsbekwaam, in tegenstelling tot kinderen onder de 18 jaar bij wie je mogelijk een vorm van kindermishandeling vermoedt.

SIGNALERING

Om je vermoeden van ouderenmishandeling te bevestigen of te ontkrachten is het goed om aanvullende signalen te zoeken. Deze signalen zijn:

- Een niet-pluisgevoel van de verpleegkundige of BMH-er.
- Een verstoorde interactie tussen mantelzorger/begeleider en de oudere.
- Een verwaarloosd uiterlijk van de patiënt.

- Letsel of klachten passen niet bij het verhaal van de oudere en de mantelzorger/begeleider.
- Teruggetrokken gedrag.
- Lange tijdsperiode tussen het optreden van de klacht van de oudere en de melding bij de ambulance of de aankomst op de SEH.
- Mantelzorger die een overbelaste indruk maakt of zegt overbelast te zijn.

Een aantal risicofactoren speelt een rol bij het ontstaan van ouderenmishandeling. Bijvoorbeeld toenemende afhankelijkheid van de oudere, dementie, chronische, progressieve, lichamelijke of psychiatrische aandoeningen of overbelasting van de mantelzorg. Ook sociaal isolement kan een rol spelen, omdat de oudere dan weinig contacten heeft en er tegelijk ook weinig inzicht is in de situatie van de oudere.

Overbelasting van de mantelzorg kan optreden omdat er steeds meer zorg moet worden verleend door toenemende kwetsbaarheid van de oudere, bijvoorbeeld omdat de oudere minder mobiel wordt of incontinent, omdat de mantelzorger een (drukke) baan heeft en de opvoeding van kinderen moet combineren met de zorg of wanneer de mantelzorger niet in de buurt woont. Maar het kan ook zijn dat de mantelzorger niet goed weet hoe je om kunt gaan met vergeetachtigheid en desoriëntatie van de naaste, of dat deze zijn dag-nacht ritme heeft omgekeerd. Soms vertoont de oudere wisselend gedrag, wat niet goed begrepen wordt door de mantelzorger. In een aantal gevallen is er sprake van rolomkering: de partner die voorheen 'leidend' was in de relatie, voor de financiën zorgde, de vakanties regelde en bij wie de kinderen terecht konden, is daar door een chronische ziekte of door cognitieve beperkingen niet meer toe in staat. De mantelzorger moet deze rollen dan overnemen, wat kan leiden tot gevoelens van wanhoop, machteloosheid en zware belasting. Wanneer dan mishandeling door de mantelzorger wordt gepleegd, noemen we dit ontspoorde zorg. Daarbij is het niet de bedoeling om opzettelijk te mishandelen.

VEILIG THUIS

Veilig Thuis is een regionaal advies- en meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling. Ouderenmishandeling valt onder huiselijk geweld. Professionals, vrijwilligers, familie, vrienden of bijvoorbeeld de buurvrouw die zich ongerust maakt over de veiligheid van een oudere, en ook de oudere zelf, kunnen altijd (anoniem) een advies vragen of een melding doen van een vermoeden van ouderenmishandeling. Deze melding is geen doel op zich. In de langdurige zorg gaan er vaak een aantal stappen aan vooraf. In de acute zorgketen is daar niet altijd tijd voor, omdat ambulanceprofessionals en SEH-medewerkers maar korte tijd met de patiënt te maken hebben. De stappen die je kunt volgen worden beschreven in de meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld.

MELDCODE EN AFWEGINGSKADER

Sinds 1 juli 2013 zijn professionals verplicht de meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring (Rijksoverheid, z.d.). Het verplichte gebruik van een meldcode staat in de 'Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling'. De meldcode geldt bij ouderenmishandeling voor de sectoren gezondheidszorg, maatschappelijke ondersteuning en justitie. Artsenfederatie KNMG (2018) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN, z.d.) hebben bijvoorbeeld zo'n meldcode. De verplichting geldt niet voor andere (vrijwilligers)organisaties. Deze organisaties mogen natuurlijk wel zelf een stappenplan opstellen. Hierbij kun je denken aan notarissen en banken die vermoedens van financiële uitbuiting kunnen melden. Of aan vrijwilligersorganisaties die ouderen als doelgroep hebben.

Het verplichte gebruik van een afwegingskader in de meldcode staat in het 'Besluit van 23 juni 2017 houdende wijziging van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling'. Vanaf 1 januari 2019 is het verplicht om met een afwegingskader voor stap 4 en 5 van de meldcode te werken en te melden bij Veilig Thuis wanneer er van een acute of structurele onveilige situatie sprake is die niet kan worden afgewend.

DE 5 STAPPEN VAN DE MELDCODE HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING

Iedere hulporganisatie en iedere professionele beroepsgroep ontwikkelt een eigen meldcode. Daarin moeten in ieder geval de volgende 5 stappen staan:

- Stap 1:** In kaart brengen van signalen.
- Stap 2:** Overleggen met een collega. En eventueel raadplegen van Veilig Thuis. Of een deskundige op het gebied van letselduiding (bijvoorbeeld een forensisch verpleegkundige).
- Stap 3:** Gesprek met de betrokkene(n).
- Stap 4:** Wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. Bij twijfel altijd Veilig Thuis raadplegen.
- Stap 5:** Beslissen aan de hand van het afwegingskader.
 - Is melden noodzakelijk?
Als sprake is van acute of structurele onveiligheid of wanneer je de zorgvrager en/of gezinsleden niet voldoende kunt beschermen:
→ Melden bij Veilig Thuis.
→ Samen met Veilig Thuis beslissen of hulp ook tot de mogelijkheden behoort.
 - Is hulpverlening (ook) mogelijk?

Als:

- Je effectieve hulp kunt bieden of om dreiging af te wenden.
- Zorgvrager en/of gezinsleden hulp aanvaarden.
- Hulp leidt tot duurzame veiligheid.

Dan:

- Hulp organiseren.
- Effecten van de hulp volgen.
- Indien nodig alsnog melden.

Veilig Thuis is te allen tijde en bij elke stap uit het stappenplan te raadplegen.

NIET-PLUIS GEVOEL

Wanneer er overduidelijk sprake is van ouderenmishandeling en er tevens acute of structurele onveiligheid is voor de oudere, dan moet je verplicht een melding maken bij Veilig Thuis. Maar het kan zijn dat je twijfelt of in deze situatie wel sprake is van mishandeling of verwaarlozing (De Waard, 2017). Bijvoorbeeld in de volgende gevallen:

Wanneer je als ambulanceprofessional een oudere naar huis brengt die zich eerder op de SEH gemeld heeft met brandwonden, tref je in huis rommel aan en een keuken met beschimmelde etenswaren.

Je hebt op de SEH een niet-pluisgevoel wanneer een oudere man met diens inwonende zoon binnenkomt met hoofdletsel omdat de oudere man gevallen is. Ze communiceren onvriendelijk met elkaar. Je probeert je observatie met de oudere man te bespreken. Deze is afwerend en wil er niet verder met je over praten; hij wil zo snel mogelijk naar huis. Dit wordt onderstreept door de zoon.

Een mevrouw wordt met de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd vanwege de verdenking van een hartinfarct. Zij maakt een zeer angstige indruk zonder dat zij kan vertellen wat daar de oorzaak van zou kunnen zijn. De verpleegkundigen vertrouwen het niet, maar slagen er niet in meer gegevens te verkrijgen. Zij overwegen een melding te doen bij Veilig Thuis.

Een meneer, zojuist op de SEH aangekomen met ernstige diarree en gevaar van uitdroging, is ernstig vermagerd, hij weegt nog geen 45 kilo. Hij geeft aan al enkele weken geen eetlust te hebben en weinig te eten. Hij woont alleen, zo nu en dan komt zijn dochter een pan soep brengen, maar ze geeft aan daar weinig tijd voor te hebben en niet te willen koken voor haar vader.

SIGNALERINGSINSTRUMENT

Er is een signaleringsinstrument voor gebruik in de ambulancezorg en voor de SEH ontwikkeld. Dit signaleringsinstrument moet hanteerbaar en dus niet te lang zijn en moet toch voldoende inzicht bieden of er mogelijk vervolgstappen moeten worden genomen. Het instrument bestaat uit de volgende vraag:

Hebt u een niet-pluisgevoel of vermoeden van ouderenmishandeling? Ja/nee.
Wanneer het antwoord 'ja' is, beantwoord dan de volgende vragen:

- Is interactie met de mantelzorg/familie kloppend?
- Is er een passende verklaring van de klacht en/of het letsel?
- Is er (vermoeden van) overbelasting van de mantelzorger?
- Kijk naar het uiterlijk of de omgeving van de patiënt. Maakt de patiënt of zijn omgeving een verwaarloosde indruk?
- Vertoont de patiënt bang, teruggetrokken of juist heel druk gedrag?
- Hoe lang heeft het geduurd voordat de patiënt met zijn klacht meldde bij de ambulancezorg of de SEH?

Bij een vermoeden van ouderenmishandeling is het belangrijk om een top-teenonderzoek te doen, omdat het mogelijk is dat het letsel waarmee de oudere zich meldt niet klopt met zijn verhaal of dat er nog ander letsel aanwezig is, bijvoorbeeld blauwe plekken op de borst of armen, terwijl hij zich meldt met een sleutelbeenbreuk. Belangrijk is een nauwkeurige rapportage gebaseerd op feiten (zie ook hoofdstuk 9).

VERVOLGTRAJECT

Ambulancediensten en ziekenhuizen hebben hun vervolgtraject bij een vermoeden van mishandeling verschillend ingericht, mede afhankelijk van de weg die de patiënt vervolgt. Verschillende ambulancediensten en ziekenhuizen hebben een aandachtsfunctionaris (soms ook aandachtsvelder genoemd) huiselijk geweld aangesteld, die een vervolgtraject verder opstart. Er zijn verschillende mogelijkheden:

1. *Een vader woont thuis met zijn zoon, die een verstandelijke beperking heeft. Vader is de laatste tijd dementerend en kan niet meer goed voor zijn zoon zorgen. Deze begrijpt niet wat er aan de hand is. Ze maken daarom voortdurend ruzie. Soms slaat de zoon zijn vader, wat te zien is aan een blauw oog. De wijkverpleegkundige treft de vader onder aan de trap aan, waar hij al een aantal uren ligt nadat hij gevallen is. Zij krijgt hem niet overleefd en vermoedt dat hij zijn heup heeft gebroken. De ambulance-*

professional verzoekt aan de wijkverpleegkundige om zich te ontfemen over de zoon en eventueel een melding te doen.

- 2. Patiënt wordt na een val met een vermoedelijke heupfractuur met de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd. de ambulanceprofessional heeft een vermoeden van ontspoorde zorg (niet-pluis gevoel) vanwege de interactie tussen hem en zijn vrouw. Zij moet thuis een oudere achterlaten in behoeftige omstandigheden, die een angstige indruk maakt en niet goed begrijpt wat er gebeurt. Familie woont niet in de buurt. Op verzoek van de ambulancechauffeur, die wat meer tijd heeft om rond te kijken in het huis en bijvoorbeeld kan zien of er eten in de koelkast staat en of het aanrecht opgeruimd is, doet de ambulanceverpleegkundige een melding bij Veilig Thuis.*
- 3. Patiënt blijft na behandeling van de ambulancezorg thuis of gaat na een bezoek aan de SEH weer naar huis. De aandachtsfunctionaris neemt contact op met de huisarts over een vermoeden van mishandeling. Het kan zijn dat de huisarts het overneemt en de patiënt thuis bezoekt, waarna hij al naar gelang de bevindingen een consult aanvraagt of een melding maakt bij Veilig Thuis of bijvoorbeeld extra professionele ondersteuning van de mantelzorg inzet.*
- 4. Patiënt wordt door de ambulancezorg vervoerd naar het ziekenhuis en opgenomen op een afdeling van het ziekenhuis. De aandachtsfunctionaris draagt zijn zorgen over aan een klinisch geriater of verpleegkundig specialist geriatrie wanneer de patiënt wordt opgenomen op een afdeling geriatrie of aan een internist en/of afdelingsverpleegkundige wanneer hij op een algemene afdeling wordt opgenomen. Zij kunnen de periode tijdens de opname gebruiken om meer inzicht in de situatie te verkrijgen en deze nader te bespreken met de patiënt zelf, zijn mantelzorger en mogelijk aanwezige professionele hulp die thuis aanwezig is.*

Het is belangrijk dat de melder een terugrapportage krijgt van Veilig Thuis om zo te weten wat er met zijn melding is gebeurd. Wanneer Veilig Thuis in samenwerking met professionals er op basis van deze melding mee verder gaat in de thuissituatie, en de melder hierover bericht, dan krijg je als professional werkzaam in de acute sector steeds meer bevestiging van de juistheid van je signalering. Op basis van eerdere ervaringen word je als professional alerter en stijgt het aantal terechte meldingen.

BRONNENLIJST

Artsenfederatie KNMG. (2018, november).

KNMG-MELDCODE KINDERMISHANDELING EN HUISELIJK GEWELD.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/knmg-publicaties/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-1.htm>

Rijksoverheid. (z.d.).

MELDCODE HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. (2019).

MELDCODE HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.venvn.nl/meldcode>

De Waard, L. (2017).

SUBTIELE SIGNALEN EN ACUUT LEED:

Ouderenmishandeling in de Acute Zorg. Venticare (6),14-7.



3 OUDERENMISHANDELING IN DE AMBULANCEZORG

Voor dit hoofdstuk spraken we met Yvonne Beurskens van RAV Veiligheidsregio Gelderland Zuid en Claudia Costa en Nicole Pisters van RAV Zuid Limburg. Alle drie zijn ambulanceverpleegkundige en forensisch verpleegkundige. Zij zijn binnen hun organisatie aandachtsfunctionaris kindermishandeling en huiselijk geweld en verzorgen in- en extern trainingen.

Wat is de rol van aandachtsfunctionaris in jouw organisatie?

“Mijn functie is heel veelzijdig”, vertelt Yvonne. “Ik werk als ambulanceverpleegkundige en ben daarnaast binnen en buiten de organisatie het aanspreekpunt als het gaat over kindermishandeling, ouderenmishandeling en huiselijk geweld. Ik kijk en denk mee met medewerkers die twifelen over het doen van een melding. En nadat een medewerker via een digitaal formulier een melding heeft gedaan, kijk ik of de melding volledig en feitelijk is en of er nog aanvullingen nodig zijn. Vaak doe ik meteen een check bij de betrokken huisarts. Om informatie in te winnen en om deze te informeren over de aangetroffen situatie. Je wilt de huisarts immers niet overrulen. Ik vraag medewerkers overigens ook om situaties te melden die nog niet zijn ontspoord, maar waar die kans wel bestaat.”

“Bij ons melden de medewerkers via het elektronisch ritformulier”, vertelt Claudia. “Nicole of ik pakken dat dan binnen 24 uur op met de betrokken medewerkers en beoordelen wat ermee gedaan wordt: doorzetten naar huisarts, maatschappelijk werk of Veilig Thuis. Onze medewerkers vinden het prettig dat wij het van ze overpakken. We koppelen uiteraard wel terug voor het leereffect of het een terechte melding was. En wat ermee gedaan is, zodat mensen gemotiveerd blijven en zien dat ze een verschil maken. Ervaring met melden zorgt dat het steeds beter gaat. Maar de ene medewerker meldt beter en vaker dan de ander. Het ligt mede aan het eigen referentiekader van een medewerker. Wij als aandachtsfunctionarissen zijn voor Veilig Thuis en andere organisaties en zorgverleners het aanspreekpunt.”

“Ik weeg ook zelf de ernst van de melding en zet deze dan door naar ofwel Bijzondere Zorg of naar Veilig Thuis”, vult Yvonne aan. “Bij GGD Gelderland Zuid is Bijzondere Zorg een aparte afdeling van Veilig Thuis die met name kijkt naar gevallen waarin sprake is van verwaarlozing, verslaving of ontspoorde mantelzorg en die iets minder onderzoeksmogelijkheden heeft dan Veilig Thuis. Collega’s melden onder personeelsnummer en Veilig Thuis kan dan

via mij de medewerker achterhalen. Ik ben dus het vaste aanspreekpunt voor Veilig Thuis. Alleen bij zeer acuut onveilige situaties zal een collega wel direct melden bij Veilig Thuis. Het aantal meldingen blijft stijgen doordat er meer aandacht voor is in organisatie, maar het blijft nog steeds het topje van de ijsberg. En ik informeer de patiënt en andere betrokkenen schriftelijk dat er een melding is gedaan. Dat is dan meestal ook al mondeling verteld.”

“Daarnaast geef ik voorlichting en trainingen binnen en buiten de organisatie”, vervolgt Yvonne. Extern ben ik het aanspreekpunt en zit ik bijvoorbeeld bij de casuïstiekbesprekingen in ziekenhuizen en andere netwerkoverleggen. Ik help afdelingen geriatrie in ziekenhuizen om zich meer bewust te worden van hun rol en mogelijkheden bij ouderenmishandeling. Soms ga ik mee op huisbezoek met andere instanties om te kijken wat er moet gebeuren. Of denk ik mee over een plan van aanpak vanuit de invalshoek van de ambulancezorg. Ik neem deel aan de opzet van een landelijk netwerk van aandachtfunctionarissen en het maken van het afwegingskader bij Ambulancezorg Nederland (AZN). Onze Zorgambulance komt in verzorgings- en verpleeghuizen en we melden soms situaties die we daar aantreffen. Als het om een situatie gaat die echt uit de hand loopt gaat de medisch manager mee, want dan komt er een melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Verder vind ik het belangrijk om te zorgen dat er zinvolle getallen komen uit meldingen om aan te kunnen tonen dat bij de opvang van ouderen die nog thuis wonen soms grote problemen spelen.”

Documenteren van het hele proces en zorgen voor overzicht en goede cijfers is ook een belangrijke taak van Claudia en Nicole. “Wij vinden het leuk en belangrijk om andere aandachtfunctionarissen en nieuwe en bestaande collega’s te trainen. Wij geven trainingen in herkenning van huiselijk geweld en gesprekstechnieken. We hebben hiervoor een dilemma spel ontwikkeld. Verder doen wij af en toe mee in casuïstiekoverleg in het ziekenhuis of vanuit de hulpverlening, nemen we deel aan regionale en landelijke (AZN) netwerk-bijeenkomsten, zijn we betrokken bij de opzet van een landelijke training tot aandachtfunctionaris en het overleg over het afwegingskader binnen de meldcode bij AZN.”

De Medisch Manager Ambulancedienst heeft in beide organisaties al deze taken volledig aan de aandachtfunctionarissen gedelegeerd. “Het is, vind ik, ook mijn rol om ambassadeur te zijn voor de functie van aandachtfunctionaris, om deze in onze organisatie goed te borgen”, vindt Yvonne.

Met welke vragen omtrent ouderenmishandeling heb je als aandachtfunctionaris te maken?

“Het grootste gedeelte gaat over overbelaste mantelzorg en onveilige situaties van ouderen die het thuis niet meer kunnen bolwerken en de gevolgen niet meer kunnen overzien van zelfstandig thuis wonen”, vertelt Yvonne. “Wij komen vaak ter plaatste als het kaartenhuis echt instort, bijvoorbeeld als ze vallen en niet meer kunnen opstaan. Dan komt daarna vaak ander verborgen leed naar boven, zoals financiële uitbuiting. Onze ervaring is dat bij meldingen waar een GGZ-achtergrond speelt, daar meestal veel te laat doorgepakt wordt. In die sector is wat de cliënt al dan niet wil nog erg leidend, ook wanneer het al lang niet meer veilig is. Dan is het fijn om via een melding Veilig Thuis erbij te betrekken waardoor wel doorgepakt kan worden.”

Nicole vult aan: “In onze regio, de voormalige mijnstreek, is sprake van veel sociale problematiek. Dus wij zien veel verwaarlozing en overbelaste mantelzorg. Een veel kleinere categorie is psychische mishandeling en financiële uitbuiting En heel af en toe zien we lichamelijke mishandeling of seksueel misbruik.”

Wat is bij jullie succesvol in de aanpak?

“Ik houd medewerkers altijd voor: Je moet het willen zien”, zegt Yvonne. “Want hoe leg je het uit als er doden vallen. Gelukkig is bij ambulancemedewerkers het niet-pluisgevoel redelijk goed ontwikkeld. En dan moet je op dat moment verder kijken en vragen stellen. Zoals bij de casus van een mevrouw van 85 die in huis was gevallen. Onze medewerkers zijn daar gaan doorvragen en rondkijken. Het bleek dat er een verslaafde zoon van een vriendin bij haar inwoonde die haar financieel uitbuitte en enorm veel overlast gaf. Mevrouw was totaal uitgeput door de situatie. Zij kon in het ziekenhuis op adem komen, die jongen is uit huis gehaald en juridisch aangepakt en mevrouw heeft een weerbaarheidscursus gedaan.”

“Chauffeurs hebben een belangrijke rol, ze signaleren vaak heel veel, want zijn niet bezig met de patiënt”, vertelt Claudia. “Ze kunnen rondkijken in huis, observeren hoe betrokken omstanders reageren, of samen met de verpleegkundige opmerken dat het familielid voor in de auto een heel ander verhaal vertelt dan de patiënt achterin de auto.”

“Zoals ik al zei, neem ik bij een melding over het algemeen contact op met de huisarts”, vertelt Yvonne. “Mijn ervaring is dat huisartsen zelf melden vaak lastig vinden omdat ze de vertrouwensband met de patiënt niet willen verstoren. Wij doen in dergelijke gevallen als ambulancedienst de melding

en nemen zo de 'boemanpositie' op ons. Wij zijn vaak samen met de huisarts achter de voordeur. Als dan blijkt dat deze niet goed weet hoe hij een situatie aan moet pakken, dan doen wij een melding en gaan samen met Veilig Thuis kijken wat nodig is. Soms weigert een oudere om de huisarts achter de voordeur te laten komen. Zoals laatst een vrouw met acute hartklachten die tevens leed aan een verzamelstoornis. Wij komen dan wel binnen als er een acuut lichamelijk probleem speelt. Dat gaf deze huisarts meteen een goede reden om wel achter de voordeur te kunnen komen."

"Wij hadden een casus van een man met in het verleden een CVA in combinatie met regelmatig alcoholgebruik en daarmee gerelateerde gedragsproblemen. Hij was gevallen en er werd een bloeding in het hoofd vermoed. De familie was helemaal ten einde raad met de voortdurende onveilige situatie door het gedrag van meneer. Onze melding was: dit systeem staat op instorten. Nu bleek dat er al gedacht werd aan een rechterlijke machtiging. Die is doorgezet naar aanleiding van onze melding en meneer is in opgenomen in een zorginstelling. Dit was een enorme opluchting voor de familie en meneer zelf kwam ook tot rust op die plek. Zo is een vastgelopen situatie succesvol doorbroken en kon gekeken worden naar hoe verder."

Nicole vertelt over een casus van een mevrouw van begin tachtig die benauwd was en longproblemen zou hebben: "Zij bleek bij haar dochter en schoonzoon in een omgebouwde garage te wonen. Het was daar ijskoud. Mevrouw vertelde ons onderweg dat ze alles zelf moest doen, geen contact mocht hebben met anderen, dat de schoonzoon meeking naar de huisarts en ze helemaal geen privacy had. We hebben contact opgenomen met de huisarts. Die vond het ook al raar dat de schoonzoon altijd meekwam. Hij heeft met mevrouw gesproken en geregeld dat ze naar een verzorgingshuis kon."

Yvonne: Het succes komt ook uit de netwerkoeverleggen waaraan we deelnemen en casussen bespreken. Vanuit een multidisciplinair overleg kwam een casus waarvan de politie melding had gemaakt. Het ging om een oudere man die vaak dronken op straat werd aangetroffen. Die situatie was nog niet gemeld door ambulancecollega's, dus ging ik navragen. Mijn vraag kruiste met een collega die mij kwam vragen wat hij aan moest met deze casus. Dus hebben wij ook een melding gedaan. Hoe meer meldingen, hoe completer het beeld voor Veilig Thuis is en hoe beter deze meneer dan kan worden geholpen.

Welke dilemma's kom je in de praktijk tegen?

"Wij vinden het vooral heel lastig als mensen geen hulp willen, of het nu zorgmijders zijn of mantelzorgers die geen hulp aanvaarden", zegt Claudia. "Bijvoorbeeld de casus van een mevrouw met ernstige Parkinson, zelf vroeger

werkzaam in de zorg, die absoluut geen externen in huis wilde. Dus haar man moest het alleen doen. Hij kon het niet meer aan, meldde dat bij de huisarts, maar door de carnaval heeft die het oppakken ervan naar de week erna verschoven. De avond voor carnaval kwamen wij daar thuis en was mevrouw al in shock. We zagen overal blauwe plekken. Haar man verklaarde dat ze zich regelmatig stootte en viel en na wat doorvragen dat hij wel eens een klap uitdeelde. Mevrouw is een dag later in het ziekenhuis overleden. Meneer is juridisch aangepakt. Dat had voorkomen kunnen worden als je al veel eerder gedwongen in had kunnen grijpen."

"Wij vinden dat bijvoorbeeld de psychiater van een crisisdienst bij het bepalen van wilsbekwaamheid veel meer mag luisteren naar onze signalen", vindt Nicole. "Wij komen op een onverwacht moment achter de voordeur. Dan kan er niets verborgen of verbloemd worden. De GGZ komt op afspraak binnen en dan kan de schone schijn makkelijker opgehouden worden."

"We zien heel veel uit de hand gelopen situaties", vertelt Yvonne. Soms gevallen waarbij we ons afvragen of alle betrokken zorgverleners hun verantwoordelijkheid wel voldoende hebben genomen. Maar ook wel dat een oudere per se niet mee wil naar het ziekenhuis. De afweging is dan: is dat wel veilig en zo nee, dan moet je heel goed documenteren en de oudere laten tekenen dat de zorg geweigerd wordt. Dit gebeurt gelukkig niet heel vaak, maar het gebeurt wel. Of familie die eist dat vader of moeder meegaat, maar die wil niet of het is niet geïndiceerd. Dat wijst dan vaak op overbelaste mantelzorg. Dus daar kun je dan op doorvragen en mensen informeren over welke mogelijkheden ze hebben om ontlast te worden."

Wat is de impact van het signaleren van ouderenmishandeling op de ambulancemedewerkers?

"We zijn als ambulancemedewerkers heel wat gewend", vinden alle drie. "De melding bespreken met ons geeft vaak al opluchting. Medewerkers zijn gewend om snel te handelen en weer los te laten en over te dragen. Eventuele nazorg wordt gedaan door het bedrijfsopvangteam."

"Een positieve impact is dat succesvolle meldingen motiveren. Onze rol daarin is terugkoppeling geven en complimenten uitdelen." "Ik motiveer hen bovendien om altijd alert te blijven als ze dan toch weer ingeroepen worden op een bekend adres", vult Yvonne aan. "Want soms is er na tijdje toch weer iets aan de hand en moeten we met zijn allen opnieuw kijken wat nodig is."

Hoe verloopt de ketensamenwerking bij ouderenmishandeling?

“Bewustwording bij geriatrie is nog volop in ontwikkeling”, signaleert Yvonne. “Zij zijn nog zoekend in wat en wanneer ze moeten melden. Een casuïstiek-bespreking helpt daarbij, evenals het advies om vaker en sneller overleg te zoeken met een aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling bij Veilig Thuis. Bij de GGZ is nog veel meer bewustwording nodig over dit onderwerp. De wil van de cliënt is daar vaak leidend, maar of het dan nog veilig is? Verder werken we steeds beter en nauwer samen in de keten. Daar gaf ik al voorbeelden van. Dat is heel fijn. Maar we zijn er natuurlijk nog lang niet. Bij kindermishandeling heeft het 20 jaar geduurd voordat we stonden waar we nu staan, dus dit onderwerp heeft ook tijd nodig.”

“Bij Veilig Thuis in onze regio zijn op een team van 40 mensen net 10 nieuwe mensen aangenomen.”, zegt Claudia. “Dus we moeten elkaar opnieuw gaan vinden. Wij zien ook dat de GGZ nog niet ver is met de meldcode, ons inziens te veel op wilsbekwaamheid hamert en krampachtig is met het delen van gegevens. De samenwerking met huisartsen gaat heel goed, zij zijn heel enthousiast, want wij zijn een extra paar ogen voor hen. Met de SEH’s is ook goed contact. We zijn nog aan het kijken of en hoe we met de gerieters moeten samenwerken of dat dit bij huisarts moet blijven.”

Wat zou je graag verbeterd willen zien in de aanpak van ouderenmishandeling?

“In het elektronisch ritformulier bij ons ontbreken nu de verplichte meldvragen rondom kinder- en oudermishandeling en huiselijk geweld”, vertelt Yvonne. Dus moeten medewerkers naar een aparte computer om het meldformulier in te vullen. Dat is onhandig en kost extra tijd, waardoor mensen wellicht toch afzien van een melding. Om dat op te lossen kom je in het overleg met IT-leveranciers binnen en buiten de organisatie enorm veel hordes tegen. Bovendien hebben we 25 veiligheidsregio’s met ieder hun eigen IT-systeem. Ik hoop dat dit landelijk opgepakt kan worden met het platform van aandachtsfunctionarissen binnen AZN.”

Yvonne geeft ambulancemedewerkers graag dit advies mee: “Niet denken: het ziekenhuis of de thuiszorg gaat al melden, dus ik hoef niet meer. Ook altijd zelf melden, want Veilig Thuis kan sneller en beter optreden als er meerdere meldingen zijn met informatie vanuit diverse invalshoeken. Verder is het goed om als ambulancemedewerker deze hele simpele vraag te stellen als je een niet-pluisgevoel hebt: “Is het veilig thuis?” of “Voel je je veilig thuis?”

Alle drie zijn het eens: “Andere zorgverleners zouden veel sneller onveiligheid moeten signaleren en ingrijpen of melden. Wij komen in situaties die dan al ernstig ontspoord zijn. Wij treffen mensen vaak op hun kwetsbaarste moment. Ze zijn angstig, hebben vaak lang op de grond gelegen, of al heel lang in vuiligheid of onveiligheid gewoond. Soms moet je de deur forceren, dat is echt heel heftig voor die oudere. We komen dan situaties tegen waarvan je denkt, waarom is er niet veel eerder ingegrepen. Er is nog erg veel handelingsverlegenheid weg te nemen in de hulpverlening.”

“Het zou heel fijn zijn als er meer mogelijkheden komen voor acute en tijdelijke opvang voor ouderen” vinden ze alle drie. “De zorgtransitie en bezuinigingen hebben grote impact op de opvangmogelijkheden bij crisis en als het thuis helemaal niet meer gaat lukken. Nu kan alleen de huisarts of de SEH-arts dat organiseren en zelfs voor hen is dat lastig. Zowel het aantal plekken als het organisatorische deel is nog niet goed geregeld. Daardoor blijft onveiligheid thuis te lang bestaan.”

“Ambulancediensten zonder aandachtsfunctionaris adviseer ik te zorgen voor een centraal aanspreekpunt in de organisatie”, zegt Yvonne. “Want dat helpt echt in de samenwerking met het netwerk, met Veilig Thuis en voor het aantal meldingen. Ik vermoed dat het in toekomst verplicht gaat worden.”

“Het taboe op ouderenmishandeling verdient veel meer aandacht”, vinden Claudia en Nicole tot besluit. “We moeten met zijn allen meer oog hebben voor overbelasting van mantelzorgers. Dat gaat een steeds groter probleem worden, want er komen steeds minder mantelzorgers. En we zien graag meer doorzettingsmacht bij Veilig Thuis. Meer dwangmiddelen zoals een Raad voor de Kinderbescherming heeft bij kindermishandeling. Zelfbeschikkingsrecht is een groot goed, maar soms moet je mensen tegen zichzelf in bescherming nemen.”

VISIE VAN DE MEDISCH MANAGER AMBULANCEZORG

We spraken ook met Wim Heutz. Hij is forensisch arts en Medisch Manager Ambulancezorg Gelderland Midden van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden. Hij heeft ook de rol van aandachtsfunctionaris.

Waarom vind jij het belangrijk dat het onderwerp ouderenmishandeling goed geborgd is in de organisatie van de ambulancezorg?

“Wij zijn als geen ander in de gelegenheid om ouderenmishandeling te signaleren omdat we op onverwachte momenten bij mensen binnen komen. We staan altijd vooraan in de keten als het fout gaat. En ook bij het vervoer van ouderen met de zorgambulance kunnen we veel signaleren. Zij komen thuis, in verpleeghuizen en zorginstellingen. Zij zien vaak meer van de interactie met de verzorgers, partners of andere huisgenoten. Bijvoorbeeld observaties van zaken in het verpleeghuis die daar misschien al bijna normaal worden gevonden. Maar wel dingen waarvan je als buitenstaander zegt: het is ontspoorde zorg in het verpleeghuis. Of tijdens de rit. Dan kunnen we een praatje maken met de oudere en komen er soms verhalen naar boven waar we iets mee moeten.”

Welke praktische adviezen kan je medisch managers ambulancezorg meegeven om de herkenning en melding van ouderenmishandeling in de ambulancezorg goed te borgen?

“Ik vertel medewerkers altijd: bespreek signalen of zorgen in je team, met de achterwachten, of met de aandachtsfunctionaris, medisch manager of leidinggevende. Overleggen en evalueren helpt je om je niet-pluisgevoel te checken en te ontwikkelen. Het melden zou ook altijd iets moeten zijn van het hele team inclusief chauffeur.”

“Sommige medewerkers herkennen sneller en meer dan anderen. Dat gaat over breder kijken naar een situatie, de ‘waarom gebeurt dit nu zo’-vraag stellen. Dat kan je deels aanleren en deels is het van nature al aanwezig. In ieder geval moet je zorgen dat het veilig is in de organisatie om te melden.”

“Neem het mee in de ritevaluaties. Bespreek ook de minder ingewikkelde ritten, en dan niet alleen het acute, maar ook wat er verder kan spelen. Dat geldt zeker ook voor de zorgambulanceritten.”

“Schenk ruim aandacht aan ouderenmishandeling binnen je opleidingen en blijf bijscholen. Laat medewerkers weten wat meldingen opleveren en hoeveel er gedaan zijn. Terugkoppeling werkt als een vliegwiel.”

“Het is belangrijk om te zorgen dat in het systeem staat dat er gemeld is en waarom. Ook als er advies is gevraagd intern en niet is gemeld, moet het in ons systeem gezet worden. Ik wil er ook naartoe dat terugkoppeling van Veilig Thuis in het systeem komt. Idealiter gaan we toe naar een doorlopend dossier waarin we onderweg al eerdere ritten kunnen inzien. Nu kan de ambulanceverpleegkundige dat al wel via de meldkamer vragen of achteraf via mij.” “Het inzetten van een persoon wiens taak het is en die de uren ervoor heeft, zal zeker helpen. Je ziet in organisaties waar die persoon er is dat het aantal meldingen stijgt. Of het nu een aandachtsfunctionaris is of iemand anders.”



4 OUDERENMISHANDELING OP DE SPOEDEISENDE HULP

Charlotte Otten was van 2012 tot en met 2017 werkzaam als SEH-verpleegkundige in Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede en was als junior onderzoeker betrokken bij het onderzoek naar ouderenmishandeling door het Lectoraat Acute Intensieve Zorg van de Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN). Zij is nu als Physician Assistant werkzaam bij een huisartsenpost (HAP) in Arnhem. Brigitte van de Kerkhof - van Bon is SEH-arts in het CWZ in Nijmegen, en daarvoor heeft ze haar opleiding tot SEH-arts KNMG gevolgd in het Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem. Zij was betrokken bij het opstellen van de landelijke richtlijn vermoeden van ouderenmishandeling voor de tweede lijn. Ook is ze landelijk betrokken bij de sectie kindermishandeling, huiselijk geweld en ouderenmishandeling van de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen.

Wat is de rol van aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling in jullie organisatie / op de spoedeisende hulp?

"Op de SEH in Ede waar ik als verpleegkundige werkte, zijn twee collega's aandachtsfunctionaris voor kinder-, ouderenmishandeling en huiselijk geweld", vertelt Charlotte. "Hun rol is om ouderenmishandeling op de radar van de SEH-medewerkers te blijven houden. Zij organiseren scholingen en geven na een interne doorverwijzing of een melding aan Veilig Thuis terugkoppeling aan de betrokken medewerkers. Zij ondersteunen medewerkers door bijvoorbeeld mee te denken en mee te kijken en soms ook de historie van een patiënt te checken. Dat kan dan een totaalbeeld van afzonderlijke incidenten opleveren dat toch aanleiding geeft om je zorg met de patiënt te bespreken. Of om toch even eerst advies in te winnen bij Veilig Thuis. Onze aandachtsfunctionarissen zorgen ook voor een doorverwijzing voor verder onderzoek en eventuele actie naar bijvoorbeeld geriatrie of maatschappelijk werk of extern naar Veilig Thuis. Zij doen samen met de gerieters casuïstiekbesprekingen."

"In het CWZ heeft de aandachtsfunctionaris een ondersteunende rol voor de artsen en verpleegkundigen", vult Brigitte aan. "Vooral bij casussen waar het beeld onduidelijk is, kan zij meedenken. Zij is ook voorzitter van de multidisciplinaire overleggen waarin we de casuïstiekbespreking doen. En zij organiseert scholing over ouderenmishandeling. Bij ons hebben de medewerkers zelf contact met Veilig Thuis na een melding."

Wat is de rol van de SEH-arts en de SEH-verpleegkundige bij ouderenmishandeling in jullie ziekenhuis?

“Als verpleegkundige en als arts kun je signaleren en melden, maar de arts is degene die een doorverwijzing moet doen naar geriatrie of maatschappelijk werk”, vertelt Charlotte. “Een melding bij Veilig Thuis gebeurt bij ons alleen in overleg met de arts. Als de verpleegkundige en de arts niet op één lijn zitten over een casus, dan kun je de aandachtsfunctionaris erbij betrekken. Die kan ook de geriater of de huisarts van de betrokkene informeren. De geriater zit ook meestal bij de casuïstiekbespreking.”

Brigitte vertelt hoe het in het CWZ werkt: “Als we mensen binnenkrijgen op de SEH zitten we in het ‘golden hour’. Daarin staan mensen vaak het meest open om hulp te accepteren. Idealiter heb je dan van de ambulancedienst al een signaal gekregen over hoe de oudere thuis is aangetroffen en hun vermoedens daarover. In het CWZ zit ouderenmishandeling standaard in onze screening. Als SEH-arts heb je een coördinerende functie op de afdeling. De ANIOS of AIOS bespreekt zijn casussen met jou. Daarbij is onze taak alert te zijn op signalen van ouderenmishandeling en hen die alertheid ook aan te leren. Bij een niet-pluis gevoel hebben we op de SEH een signaleringsfunctie en verwijzen door naar geriater, internist, huisarts of maatschappelijk werk, of doen een melding bij Veilig Thuis. Als arts zie ik het als mijn taak om die alertheid op de afdeling voortdurend levend te houden. Ik neem deel aan de casuïstiekbespreking en draag bij aan scholing van collega-artsen en verpleegkundigen op de SEH en elders is het ziekenhuis.”

Met welke vragen omtrent ouderenmishandeling heb je op de SEH te maken?

Dat gaat voornamelijk over het lastige gebied van verwaarlozing, psychisch-emotioneel misbruik – kleineren, zelfvertrouwen beschadigen, isoleren – en overbelaste mantelzorg, vinden beiden. Lastig omdat casussen vaak onduidelijk zijn. Is er sprake van achteruitgang door het natuurlijke verloop van de aandoening(en), doordat de oudere zelf bijvoorbeeld therapie-ontrouw is, of omdat de noodzakelijke zorg wordt onthouden? En als dat laatste speelt, is dat dan opzettelijk – door verwaarlozing of financieel misbruik waardoor er geen geld is voor de noodzakelijke middelen – of omdat de mantelzorg overvraagd is?

“Het contact op de SEH duurt natuurlijk al wat langer dan in de ambulancezorg, maar is nog steeds best kort”, vertelt Charlotte. Je ziet dus niet alles en je ziet ook niet de situatie thuis, zoals de ambulancedienst wel doet. Daarom is het ook zo belangrijk dat zij hun zorgen bij ons melden. En dat zij en wij

indien nodig allebei melden bij Veilig Thuis. Hoe meer meldingen, hoe completer daar een beeld gevormd kan worden. Gelukkig zijn op een SEH wel meer mogelijkheden om intern door te verwijzen als er geen opzet in het spel is. Bijvoorbeeld naar geriatrie of naar maatschappelijk werk. Of je kan de huisarts inschakelen. Daar heb je in de meeste gevallen waar een zorg is al genoeg aan. Bij de overige gevallen maak je wel een melding bij Veilig Thuis. Echte lichamelijk mishandeling zien we gelukkig maar heel weinig.”

“Het is verplicht bij het vermoeden van ouderenmishandeling met actuele of structurele onveiligheid aan Veilig Thuis te melden”, vult Brigitte aan. “Een specifiek screeningsformulier voor ouderenmishandeling is nog in ontwikkeling. Er is helaas nog geen landelijke standaard, dus ziekenhuizen doen allemaal verschillende dingen. Het screeningsinstrument dat uit het onderzoek van de HAN is gekomen is een hele goede basis. Het is kort, eenvoudig en bruikbaar in de SEH-setting. Het wordt dus ook meegenomen in de landelijke richtlijn als best practice voorbeeld. Maar geen enkel kort screeningsinstrument voor de herkenning van ouderenmishandeling op de SEH is al evidence based.”

Wat is bij jullie succesvol in de aanpak?

“De aanwezigheid van de aandachtsfunctionaris is belangrijk”, vindt Charlotte. “Bij een niet-pluisgevoel kun je daardoor altijd naar iemand toe die mee kan kijken en denken. Wat ook goed werkt is het teamoverleg waar ook de geriater bij zitten. Daar kun je casussen goed bespreken, overdragen en/of nabespreken. Verder werkt Ede met een speciaal formulier voor kwetsbare ouderen waarin alertheid op het risico op ouderenmishandeling wordt meegenomen. Want het risico op ouderenmishandeling is hoger bij kwetsbare ouderen, omdat die vaak in een afhankelijkheidsrelatie staan met een mantelzorger.”

Het CWZ heeft meegedaan in het onderzoek naar ouderenmishandeling door de HAN. “Daardoor is er meer aandacht voor gekomen op onze SEH. Verder zijn de multidisciplinaire casuïstiekbesprekingen erg waardevol. Casussen in deze bespreking zijn geanonimiseerd. Bij ons zitten bij dat overleg: de aandachtsfunctionaris, de SEH-arts, de SEH-verpleegkundige, de geriater en het afdelingshoofd geriatrie, het maatschappelijk werk en de beleidsmedewerker die dit in zijn portefeuille heeft. Daarnaast nemen Veilig Thuis en de ambulancedienst ook standaard deel. Dan kan je casussen vanuit alle perspectieven bespreken en gemakkelijker een plan van aanpak maken. Dat het bij ons al een vast onderdeel van totale screening van een 65-plusser is, werkt ook positief.”

Welke dilemma's kom je in de praktijk tegen?

"Ik denk dat je bij een kind misschien sneller meldt dan bij oudere", zegt Charlotte, "want bij ouderen heb je te maken met het thema wilsbekwaamheid. Neem het voorbeeld van een oudere man met alcoholmisbruik in zijn verleden. Hij werd opgenomen met ernstige levercirrose en een daarmee gepaard gaande opgezwollen buik, hij was ernstig ondervoed en zeer vervuild. Zijn vrouw was bij hem en zorgde thuis voor hem. De relatie tussen hen bleek door het alcoholmisbruik in het verleden niet zo goed. Zij gaf ook aan dat hij zelf al heel lang helemaal niets wilde weten van dokters en hulp, ook door zijn alcoholverleden. Door dit alles had zij uiteindelijk toch best wel laat aan de bel getrokken. Meneer overleed enkele dagen later. Was dit verwaarlozing? Was er sprake van opzet of onmacht? Of was dit allemaal het gevolg van de eigen keuze van meneer? Zo lastig kan het liggen."

"Als medewerker op een SEH is je rol dat je signaleert en het op de juiste plek neerlegt", vindt Brigitte. "Aangezien je als SEH-arts een kortdurende behandelrelatie hebt met je patiënt, verwijst je patiënten met verdenking op ouderenmishandeling door voor verdere behandeling naar de hoofdbehandelaar. Daarbij kan de geriater en/of aandachtfunctionaris altijd in consult worden gevraagd voor begeleiding in het proces. Als de verdenking op structurele onveiligheid groot genoeg is wordt een melding bij Veilig Thuis gedaan en pakken zij de behandeling verder op. Als we overgaan tot een melding bij veilig thuis spelen voornamelijk dilemma's als wilsbekwaamheid en autonomie een rol. Bij ouderen die niet wilsbekwaam zijn moet je toestemming van de vertegenwoordiger krijgen om een melding te doen bij Veilig Thuis, maar in sommige gevallen is deze vertegenwoordiger ook de pleger. Indien ouderen zelf geen toestemming geven voor het melden bij Veilig Thuis, mogen wij als hulpverlener geen melding doen, alleen in gevallen wanneer de veiligheid in gevaar is. Wat ook speelt is dat hulpverleners er niet automatisch aan denken om ouderenmishandeling te signaleren. Daardoor missen we nog best veel. Dit heeft tijd nodig, want je moet hiervoor voelsprietten ontwikkelen. En er is in de praktijk ook nog weinig bekend over de signalen van ouderenmishandeling waarop wij kunnen letten. Op het bespreekbaar maken met de patiënt rust bovendien nog een taboe. Daar moet je in geschoold worden en ervaring mee opdoen. Net als bij het thema kindermishandeling duurt dat allemaal best lang. Al hoop ik dat we daarvan genoeg geleerd hebben om dat proces nu sneller te laten gaan."

Wat is de impact van het signaleren van ouderenmishandeling op de medewerkers op de SEH? Waar lopen de mensen persoonlijk tegen aan? Welke rol heeft de aandachtfunctionaris/SEH-arts hierin?

"Op een SEH zie je veel verschrikkelijke dingen", vindt Charlotte. "Bij een heel ernstig geval kan het je natuurlijk wel aangrijpen. Je bespreekt de casus echter altijd met je team en de aandachtfunctionaris. Dus je staat niet alleen. En als je dan merkt dat een melding nut heeft gehad en er adequate hulp is of maatregelen zijn genomen, dan geeft dat voldoening."

Brigitte vertelt dat sommige casussen wel door je hoofd kunnen blijven spelen: "Hele schrijnende gevallen, en zeker als de betrokkene hulp weigert, zijn best heftig. Maar als er hulp mogelijk is, is dat prettig als afloop. De casuïstiekbespreking is ook fijn als stap. Wij krijgen nog niet bij elke casus van de interne afdelingen of van Veilig Thuis terugkoppeling over wat ermee gebeurt. We kunnen er overigens wel naar vragen. Maar voor je gevoel van afronding en voor de motivatie zou het wel goed zijn als dat standaard gebeurt."

"Waar je als SEH-professional wel tegenaan loopt is de werkdruk", vult Charlotte aan. "Die is hoog en maakt dat er minder tijd is om goed uit te vragen. Verder speelt mee hoe bewust je je bent van het thema en wat je eigen denkkaders zijn: wat vind je normaal, waar begint en eindigt voor jou wilsbekwaamheid, enzovoort. Daarom is het teamoverleg en het gesprek met de aandachtfunctionaris zo belangrijk, daar hoor je meerdere perspectieven."

Hoe is de ketensamenwerking rond ouderenmishandeling (huisarts, ambulancezorg, verpleegafdeling, geriater, Veilig Thuis)?

"De overdracht van de ambulance naar de SEH is in Ede goed geregeld", vindt Charlotte. "Daar moet je wel steeds alert zijn dat beiden melden indien nodig. Bij twijfel over ouderenmishandeling kun je altijd met Veilig Thuis bellen voor advies. En na doorverwijzing intern is er bijvoorbeeld de casuïstiekbespreking met geriatrie. Veilig Thuis koppelt ook terug over wat er met een casus gebeurt. Vooral de aandachtfunctionarissen hebben contact met Veilig Thuis, maar soms ook de medewerker die meldt. En de aandachtfunctionarissen zijn degenen die de huisarts informeren."

“De keten binnen het CWZ start in de casuïstiekbesprekingen”, vertelt Brigitte. De geriaters zijn hier ambulant, dus die hebben ook als taak om elders in het ziekenhuis de keten in stand te houden en bewustzijn te vergroten. We kunnen de huisarts alleen betrekken als de patiënt toestemming geeft. Ook daar verwijzen we in bepaalde gevallen naar door. De ambulance mag bij de overdracht informatie geven over de thuissituatie, dus het is heel prettig als dat gebeurt. We betrekken hen ook altijd in de casuïstiekbespreking. De samenwerking met Veilig Thuis kan van beide kanten nog wel verbeterd worden.”

Wat zou je graag verbeterd willen zien in de aanpak van ouderenmishandeling?

“In het CWZ kan de terugkoppeling intern en vanuit Veilig Thuis nog beter geregeld worden”, signaleert Brigitte. “Dit bevordert de awareness van hulpverleners voor ouderenmishandeling. En de interne overdrachtmomenten over niet-pluis-patiënten kunnen nog beter, zodat de behandelaars aan wie je het overdraagt beter op signalen van ouderenmishandeling kunnen letten.”

Bewustwording moet aandacht blijven krijgen”, vindt Charlotte. “Goede aandachtfunctionarissen zijn daarbij onmisbaar voor scholing, terugkoppeling en als vraagbaak. Gebruik van het kwetsbaarheidsformulier ‘Identification Seniors at Risk’ (ISAR) kan werken als een soort indirect screeningsinstrument. Maar het is ook weer beperkt, want je kan ook mishandeld worden zonder dat er sprake is van kwetsbaarheid. Ik verwacht dat gebruik van de nieuwe richtlijn en het HAN signaleringsinstrument nog verder kunnen bijdragen aan alertheid op ouderenmishandeling op de SEH. Het HAN signaleringsinstrument is ontwikkeld na literatuuronderzoek en in samenwerking met onder andere SEH-medewerkers bij meerdere ziekenhuizen. De SEH-verpleegkundigen in Ede hebben bijvoorbeeld meegedacht over de vragen van het signaleringsinstrument. Het biedt een korte eerste screening zodat je niets over het hoofd ziet. Het instrument gaat echter over bewustwording en is slechts een start. Dus niet: het is positief voor ouderenmishandeling, dus wordt er mishandeld. Het werkt niet als een laboratoriumwaarde. Het instrument geeft meer houvast voor de samenhang tussen de verschillende verhalen. Daarom is keten-samenwerking met de ambulance ook zo belangrijk. Ik raad SEH-medewerkers aan om de online scholing te volgen en het instrument te gaan gebruiken en eventueel aan te passen voor de eigen SEH of om de bestaande screening te testen. Uiteindelijk zou je toe willen naar een (landelijk) instrument voor ouderenmishandeling met voor iedereen dezelfde aandachtspunten.”

Brigitte vult aan dat de beroepsverenigingen van SEH-artsen en geriaters nog niet zo ver zijn met het onderwerp ouderenmishandeling. “De landelijke richtlijn herkenning ouderenmishandeling, die evidence based is, is een goede start. Ziekenhuizen moeten ook geld gaan besteden aan aandachtfunctionarissen, scholing en beleid. Dat advies ligt er wel, maar het is nog niet verplicht. Uiteindelijk zal elke zorgverlener die met ouderen te maken heeft hier iets mee moeten.”



5 DE ROL VAN MEDISCH MAATSCHAPPELIJK WERK BIJ OUDERENMISHANDELING

Jessica Vrolijk van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) in Den Bosch was tot juni 2019 aandachtsfunctionaris Huiselijk Geweld en Ouderenmishandeling. Zij is nu in datzelfde ziekenhuis Adviseur zorgsamenwerking. Jessica is nog steeds betrokken bij de beleidsvorming rond de aanpak van ouderenmishandeling in het ziekenhuis. Zij is hieronder aan het woord.

Wat is de rol van de medisch maatschappelijk werker (MMW) in de aanpak van ouderenmishandeling binnen het ziekenhuis.

Wij werken in het JBZ volgens de landelijke meldcode en zijn dus als ziekenhuis verplicht om te handelen (Rijksoverheid, z.d.). In het JBZ hebben we een aparte aandachtsfunctionaris die los staat van het maatschappelijk werk. De aandachtsfunctionaris adviseert het medische team en het MMW. Het MMW wordt betrokken voor advies zodra een casus complex is. Dit is echter alleen het geval als de oudere opgenomen wordt in ziekenhuis. Als hij naar huis gaat vanuit de SEH, wordt de casus overgedragen aan onze collega's in het netwerk.

Het MMW is verantwoordelijk voor de psychosociale begeleiding en het regelen van nazorg. Denk aan overdracht aan huisarts, thuiszorg, of een plaatsing in de verpleeghuiszorg. Als er bijvoorbeeld sprake is van overbelaste mantelzorg, kunnen zij mantelzorgondersteuning regelen of een verblijfsindicatie in een verpleeghuis om de situatie thuis te stabiliseren. Als patiënten terug kunnen naar huis wordt de zorg overgedragen aan de huisarts of, als patiënten naar een verpleeghuis gaan aan de specialist ouderenzorg. We bespreken samen met patiënten altijd goed hoe het verder gaat.

Het MMW voert vaak de familiegesprekken en maakt huiselijk geweld bespreekbaar. Zij kijken naar de patiënt en zijn sociale omgeving, zoals familie, vrienden en burens. De medewerkers van het MMW kunnen ook advies vragen aan Veilig Thuis. Dat alles doen ze altijd in overleg met de arts die eindverantwoordelijk is. Als er al een vertrouwensband is tussen de patiënt en de betrokken arts of verpleegkundige, voert deze het gesprek en is de MMW ondersteunend of voert samen met deze professional het gesprek. De patiënt is daarin altijd leidend.

Met welke vragen over ouderenmishandeling vanuit de in het ziekenhuis heb je als medisch maatschappelijk werker te maken?

Wij zien vooral heel veel overbelaste mantelzorg. Maar ook financieel misbruik. Bijvoorbeeld een gescheiden zoon die zijn schulden met het geld van dementerende moeder heeft afbetaald. Of verwaarlozing door de partner of familie. Ook zien we mensen die zichzelf verwaarlozen. Soms is sprake van fysiek geweld of agressief gedrag tussen partners, dit komt vaak voor bij dementie. Dat is heel schrijnend. Je hebt daarbij meer dan eens te maken met volwassenen die wilsbekwaam zijn en soms niets aan de situatie willen veranderen. Want een verandering is vaak enger dan de mishandelingsituatie. Bijvoorbeeld liever thuis blijven wonen bij die zoon die je besteelt of pijn doet, dan naar het verpleeghuis gaan.

Ook zien we soms fysiek geweld door andere mantelzorgers. Bijvoorbeeld bij een meneer die door een hersenbloeding wat traag was geworden bij het reageren op vragen. Toen hij weer eens was opgenomen in ziekenhuis zag een verpleegkundige dat de dochter hem in zijn gezicht sloeg. Bij navraag bleek ze dit vaker te doen als hij niet snel genoeg reageerde. In het begin pakte ze hem nog wel bij de hand, vertelde ze, maar er was volgens haar steeds meer nodig voor een reactie. Er zat intentioneel niks kwaads in bij die dochter, maar in haar gedrag ging ze wel steeds verder, dus daar moet je iets mee.

Wat is succesvol in jullie aanpak?

We hebben een aandachtsfunctionaris voor 24 uur per week die steeds checkt of alles goed is overgedragen in en buiten het ziekenhuis. En die ook de goede samenwerking met Veilig Thuis, met het maatschappelijk werk in de stad en met andere ketenpartners borgt.

We houden casuïstiekbesprekingen binnen het ziekenhuis met de SEH-arts, de SEH-verpleegkundige, de geriater, een verpleegkundige van de afdeling Interne Geneeskunde, de MMW, de aandachtsfunctionaris, Veilig Thuis en Farent (maatschappelijk werk Den Bosch). De aandachtsfunctionaris zorgt dat alles goed wordt opgepakt. We zijn als JBZ daarnaast vertegenwoordigd in een regionaal overleg ouderenmishandeling, waarin we met nog meer partijen aan tafel zitten. Want het succes zit erin dat je het met zijn allen doet, binnen en buiten het ziekenhuis. Bijvoorbeeld in de casus van een echtpaar waarbij de man altijd erg overheersend was. Toen hij ging dementeren werden rollen echter omgedraaid en had de vrouw, die al die jaren door haar man gedomineerd werd, geen zin om voor hem te zorgen. Dat resulteerde in geen aandacht geven, geen eten geven en geen persoonlijke verzorging

geven. Hij kwam uiteindelijk bij ons in het ziekenhuis binnen, ondervoed, ongewassen, met vieze wonden en lange teennagels die zelfs operatief verwijderd moesten worden. Dan heb je echt te maken met twee slachtoffers en moet je beide mensen verder helpen. Voor meneer hebben we een verpleeghuisopname geregeld want hij had 24/7 zorg nodig. We hebben voor mevrouw psychische hulpverlening geregeld en zij is op zichzelf gaan wonen. Doordat zij in de nieuwe situatie wat meer afstand kon nemen en hulp kreeg voor haar eigen traumatisering, konden deze mensen hun relatie uiteindelijk toch weer een nieuwe vorm geven.

We screenen sinds 2015 systematisch alle 70-plussers op ouderenmishandeling (net als bij kinderen op kindermishandeling). Is iemand goed gevoed, schoon, klopt het verhaal bij het letsel? Bijvoorbeeld bij een vrouw met een handbreuk die zei te zijn gevallen. Zij vertelde uiteindelijk dat haar dementerende man haar geslagen had en de breuk daardoor was ontstaan. Ze schaamde zich voor haar man "die toch niet zo is". Naast schaamte is er ook vaak veel verdriet over dat het gebeurt. Dus dan ga je samen kijken hoe je het weer veilig kunt maken. Wat we ook wel doen is de partner en/of familie voorbereiden op wat er komen gaat als er een diagnose dementie is. Dat doet soms de gespecialiseerde verpleegkundige, maar ook het MMW kan dat gesprek voeren over hoe je overbelasting van mantelzorg en financiële mishandeling kunt voorkomen.

We proberen ouderenmishandeling ook steeds weer onder de aandacht te brengen bij de medewerkers, liefst op een 'luchtige' manier. We hebben cartoons laten maken en op 15 juni, de dag van de ouderenmishandeling, een acteur ingezet die met koffertje rondliep met daarin uitvindingen om ouderenmishandeling beter te signaleren, zoals wiebeloogjes 'om het beter te zien' en een 'angstzakje' (een ballon). Bij de invoering van de 70+ screening waren er cupcakejes met daarop 'dingen die je met ouderen associeert', zoals breinaalden, een biljartkeu of een sjoelbakje. Voor onze patiënten hangen op de SEH posters en hebben we een boekje over het onderwerp.

Welke dilemma's kom je in de praktijk tegen?

Dan denk ik bijvoorbeeld aan mensen die zichzelf verwaarlozen: ingrijpen versus hun zienswijze op kwaliteit van leven respecteren. Bijvoorbeeld in de casus van een man bij wie brand in huis was geweest. Het huis was onbewoonbaar geworden en hij was in de schuur gaan wonen, zonder goede voorzieningen. Hij was al in beeld bij huisarts en wijkteam, toen hij bij ons ziekenhuis binnenkwam, met alle symptomen die je ziet bij verwaarlozing, zoals ondervoeding en slechte persoonlijke hygiëne. Maar hij wilde per se

terug, want hij had een sterke band met dat huis waar hij altijd had gewoond. We hebben heel goed overlegd met de huisarts en het wijkteam hoe we hem toch zo gezond mogelijk in die situatie kunnen laten wonen. Na even aansterken is hij weer teruggegaan. Dat is dan niet optimaal, maar wellicht wel goed genoeg en nog belangrijker: wat hij zelf wil. In de wijk wordt uiteraard wel goed op hem gelet.

Een casus die veel impact heeft gehad op ons allemaal is die van een 84-jarige dame. Zij bleek bijna gewurgd te zijn door haar zoon en was daarna door hem opgesloten. Ze heeft gelukkig kunnen ontsnappen naar haar burenen en de zoon is opgepakt. Op de SEH kwam ze in zeer ernstige toestand binnen. Toen ze buiten levensgevaar was, was het eerste wat ze wilde weten hoe het met haar zoon was, want hij bedoelde het niet zo. En meteen daarna hoe het met haar vissen was. Daar was ze zeer aan gehecht. Uiteindelijk heeft de wijkagent de vissen te eten gegeven. Dit laatste was voor haar zo belangrijk en echt nodig om met haar verder te kunnen kijken. Ze is uiteindelijk teruggegaan naar huis, waar ook haar zoon weer terugkeerde. Je moet dan haar loyaliteit naar haar zoon respecteren. Daar vinden dan heel veel mensen wat van, maar zij koos uiteindelijk haar eigen weg.

Veilig Thuis in onze regio heeft natuurlijk net als in de rest van Nederland ook te maken met wachtlijsten. Dat is soms wel lastig. Ouderenmishandeling is binnen Veilig Thuis bovendien nog een relatief nieuw onderwerp als je het vergelijkt met bijvoorbeeld kindermishandeling – ze komen immers voort uit het oude Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Dus we kijken hoe we daar samen in op kunnen trekken en helpen bij de deskundigheidsbevordering. Bijvoorbeeld door hen vanuit onze geriatrische deskundigheid meer zicht te geven op het verloop van een dementieproces.

Wat is de impact van het signaleren van ouderenmishandeling op professionele teams vanuit het perspectief van het medisch maatschappelijk werk? Waar lopen de professionals tegen aan? Welke rol heeft sociaal werk hierin? Horen zij terug wat er al dan niet gebeurt na een melding?

Patiënten en hun familie melden dergelijke problemen natuurlijk zelden uit zichzelf. Dus moeten we het merendeels zelf signaleren als zorgprofessional. Want mensen schamen zich ervoor. Het is nogal wat om toe te geven dat je partner je slaat of je zoon je besteelt.

De professional is echter nog te vaak handelingsverlegen: “Wat als ik het niet goed heb”. Maar ook: “Wat moet of kan ik vervolgens doen als ik een

vermoeden heb”. Het is een zwaar en complex onderwerp. Het gaat vaak om een niet-pluisgevoel en is lastig hard te maken.

Mishandeling is bovendien heel heftig om te zien. Het raakt je meteen in je menszijn en je vindt er iets van. Bewustzijn van je eigen normen en waarden en dat je die dus even moet parkeren in dit soort gevallen, is soms heel lastig.

Daar komt bij dat we allemaal graag het goede in de mens zien, dus doorvragen en dingen niet voetstoots aannemen, daar valt nog veel winst te behalen. En ook durven om directe vragen te stellen: “Slaat uw man u wel eens?” Want we vinden het al snel ‘niet netjes’ om dat te doen. In deze gesprekstechnieken en het kunnen parkeren van ‘wat je er zelf van vindt’, dat is nu juist waar de MMW goed in is opgeleid. Dus dat is wel echt onze toegevoegde waarde als we ingeroepen worden.

Bij heftige casuïstiek kan het SEH-team een beroep doen op een eigen ondersteuningsteam (peer support). Maar als persoonlijke normen en waarden van de professional moeten wijken voor de keuzes van de patiënt, is het belangrijk om dat bespreekbaar te maken in bijvoorbeeld de casuïstiekbespreking.

Na een melding bij Veilig Thuis krijgen de melder en aandachtsfunctionaris een terugkoppeling van hen. Het is belangrijk om te zien dat je het verschil maakt, want je doet toch een extra investering in tijd en aandacht terwijl je werk al zo druk is. Een positief resultaat maakt dat je bij een volgend geval sneller weer voor die investering kiest. Als er geen melding is geweest en we hebben oplossingen via de keten geregeld, horen we, áls de patiënt toestemming heeft gegeven, ook wel vanuit wijk terug hoe het verder is gegaan.

Hoe kijk je tegen de ketensamenwerking voor ouderenmishandeling aan?

De samenwerking met collega's in de keten is cruciaal, je moet het echt met elkaar doen. Van ambulance tot overdracht naar hulpverleners die in de thuissituatie betrokken zijn. Dat is bij ons geborgd in casuïstiekoverleg en regionaal overleg.

Meerdere meldingen vanuit verschillende hoeken helpen ook om zicht te krijgen op problematiek. Iedereen ziet weer andere dingen, de ambulancedienst komt immers ook in het huis, wij niet.

Wat zou je graag verbeterd willen zien in de aanpak van ouderenmishandeling?

We moeten nog veel beter signaleren en eerder het gesprek aangaan. Dat betekent investeren in deskundigheidsbevordering, in gesprekstechnieken. Het is belangrijk om daar al in de opleidingen aandacht aan te geven.

BRONNENLIJST

Rijksoverheid. (z.d.).

MELDCODE HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>



6 PREVENTIE EN AANPAK VAN OUDERENMISHANDELING VANUIT HET FAMILIE- EN GEZONDHEIDSRECHT

Prof. mr. Kees Blankman is als Bijzonder Hoogleraar Juridische bescherming van ouderen en meerderjarigen met beperkingen verbonden aan de Juridische Faculteit van de Vrije Universiteit Amsterdam, met als bijzondere expertise: Ondersteuning, bescherming en vertegenwoordiging van wilsonbekwame meerderjarigen.

INLEIDING

Mishandeling, uitbuiting - financieel of anders - en verwaarlozing van ouderen is waarschijnlijk van alle tijden. Toch staat dit probleem de laatste tien jaar volop in de belangstelling. Er verschijnen spotjes op TV en er wordt onderzoek verricht en beleid ontwikkeld. Er is onder meer een actieplan Ouderen in veilige handen ontwikkeld (2011- 2015) (Huiselijkgeweld.nl, 2015a) en als vervolg daarop kwam in 2015 de Brede Alliantie 'Veilig financieel ouder worden' tot stand (Huiselijkgeweld.nl, 2015b). Ongetwijfeld speelt de vergrijzing een rol en dat mensen steeds ouder worden, steeds vaker thuis blijven wonen en dat door het wegvallen van familieverbanden en het teloorgaan van vaardigheden een aantal ouderen in een kwetsbare positie terecht komt. In deze bijdrage ga ik in op de mogelijkheden die het recht biedt om ouderenmishandeling tegen te gaan. Aan de orde komen de rol en mogelijkheden van Veilig Thuis, de beschermingsmaatregelen curatele, beschermingsbewind en mentorschap en het alternatief daarvan, het levenstestament.

INTERNATIONALE MENSENRECHTENVERDRAGEN

Je kunt de ontwikkeling van beleid en beschermingsmaatregelen op het gebied van ouderenmishandeling niet los zien van het internationale normatieve mensenrechtenkader. Daarbij zijn twee verdragen relevant. Het eerste is het Verenigde Naties (VN) Gehandicaptenverdrag, dat vanaf 14 juli 2016 in Nederland van kracht is (Verenigde Naties, 2016). Hoofddoel van het verdrag is het maximaal honoreren van de autonomie van personen die vanwege een handicap op de een of andere manier zorg of bescherming nodig hebben. Met name artikel 12 van dit verdrag benadrukt dit uitgangspunt en stelt dat

de wil, voorkeuren en de rechten van de persoon met de handicap leidend moeten zijn bij al het handelen voor of namens deze persoon. Tegelijk moeten er garanties zijn om misbruik te voorkomen. Artikel 14, dat het recht op bescherming en veiligheid regelt, kan betekenen dat niet in alle gevallen de wil en voorkeur van de betrokkene doorslaggevend kunnen zijn. Bijvoorbeeld als het thuis blijven wonen echt niet meer kan omdat er gevaarlijke situaties blijven bestaan en er onvoldoende veiligheid of zorg kan worden geboden. Dan is opname geboden vanwege het recht op veiligheid. Ook al is dat niet wat de oudere zelf wil. Een dergelijke beslissing kan alleen worden genomen wanneer de oudere met betrekking tot het thuis blijven wonen wilsonbekwaam is, of wanneer het thuis blijven wonen voor de oudere met dementie gevaar oplevert. Wilsonbekwaam wil zeggen dat de oudere de gevaren en gevolgen ervan niet overziet.

VEILIG THUIS EN BEROEPSGEHEIM

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) heeft Veilig Thuis een bijzondere plek toegekend (Rijksoverheid, 2015). De term Veilig Thuis wordt overigens in deze wet niet gebruikt. Hoofdstuk 4 van deze wet handelt over het Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, de officiële term voor Veilig Thuis. Bij geconstateerde ouderenmishandeling of een vermoeden daarvan kan een burger of een zorgverlener contact opnemen met Veilig Thuis. De centrale rol die aan Veilig Thuis is toebedeeld in de visie van de wetgever, komt ook tot uiting in de bevoegdheid van Veilig Thuis om onderzoek te doen en informatie op te vragen. Artikel 4.1.1. lid 2 Wmo 2015 besteedt hier uitvoerig aandacht aan. Artikel 5.2.6 maakt mogelijk dat Veilig Thuis wordt geïnformeerd, ook als de oudere zelf daar geen toestemming voor heeft gegeven en ook als de melder een beroepsgeheim heeft. Uiteraard kan ook overlegd worden met het wijkteam of met het ziekenhuis of de zorginstelling waar de oudere vandaan komt. Deze bevoegdheid is vergelijkbaar met de bevoegdheid van de Raad voor de Kinderbescherming bij – een vermoeden van – kindermishandeling. Artikel 1:240 BW (Burgerlijk Wetboek) regelt dat wie een geheimhoudingsplicht heeft, ondanks deze plicht en ook zonder toestemming van degene die het betreft aan de Raad voor de Kinderbescherming informatie kan geven. Dat is het geval wanneer deze informatie noodzakelijk kan worden geacht voor de raad om zijn taken uit te oefenen, namelijk het optreden voor kinderen in de knel.

VEILIG THUIS EN BESCHERMINGSMAATREGELEN BIJ OUDERENMISHANDELING

Een vergelijking tussen Veilig Thuis bij de aanpak van ouderenmishandeling en de Raad voor de Kinderbescherming bij de aanpak van kindermishandeling

is mogelijk, maar legt tegelijk enkele verschillen bloot. Beide instanties hebben een centrale rol bij de aanpak van mishandeling en hebben daartoe van de wetgever onderzoekbevoegdheden toegekend gekregen. De Raad voor de Kinderbescherming zal na een melding van (vermoedelijke) mishandeling of verwaarlozing van een jongere nagaan of vrijwillige hulpverlening nog mogelijk is. Maar de Raad voor Kinderbescherming blijkt in de praktijk toch vaak aan te sturen op een door de rechter op te leggen kinderbeschermingsmaatregel, in de regel een ondertoezichtstelling.

Veilig Thuis is geen centrale verzoeker van beschermingsmaatregelen bij mensen (jongeren, volwassenen, ouderen) die (vermoedelijk) worden mishandeld, uitgebuit of verwaarloosd. Veel energie lijkt uit te gaan naar pogingen om als nog te zoeken naar oplossingen binnen het vrijwillige kader zonder bemoeienis van de rechter. Dat lijkt correct als het om minderjarigen gaat, want in dat geval is er immers de Raad voor de Kinderbescherming die meer affiniteit heeft met justitie. Artikel 4.1.1. lid 2 van de Wmo 2015 (Rijksoverheid, 2015) bepaalt dan ook dat in geval van een melding van huiselijk geweld of kindermishandeling of een vermoeden daarvan, Veilig Thuis de politie of de Raad voor de Kinderbescherming hiervan in kennis kan stellen. Als het gaat om de aanpak van ouderenmishandeling valt op dat de Wmo 2015 op dit punt geen expliciete bepaling kent, bijvoorbeeld als het gaat over het informeren van het Openbaar Ministerie (OM). Het OM is bevoegd een beschermingsmaatregel voor meerderjarigen te verzoeken. In de artikelen 1: 378, 432 leden 1 en 2 en 451 leden 1 en 2 van het Burgerlijk Wetboek staat welke (rechts)personen bevoegd zijn om een curatele, beschermingsbewind, of mentorschap te verzoeken. Behalve betrokkene zelf en zijn partner en naaste bloedverwanten zijn ook hulpverleners en het OM bevoegd. Opvallend is dat Veilig Thuis zelf niet bevoegd is, terwijl Veilig Thuis juist op de hoogte is van situaties waarbij, soms met spoed, een beschermingsmaatregel voor een oudere noodzakelijk is. Een recent tot stand gekomen informele afspraak is dat als op het verzoekschrift het stempel van Veilig Thuis staat, de kantonrechter dit verzoek met spoed, dat wil zeggen binnen 14 dagen, zal behandelen. Dat voorkomt dat soms maanden moet worden gewacht voordat de rechter uitspraak doet.

AANBEVELINGEN VERBETERING JURIDISCHE MOGELIJKHEDEN VEILIG THUIS

Dat Veilig Thuis geen bevoegdheid heeft om eventueel met spoed een kinderbeschermingsmaatregel te verzoeken, is begrijpelijk omdat de Raad voor de Kinderbescherming hier een rol heeft. Voor de bescherming van ouderen ontbreekt een dergelijke instantie. Het OM zou als verzoeker kunnen optreden maar deze instantie is vooral gericht op de aanpak van

strafbare feiten en niet op de bescherming van ouderen. Meer expliciete aandacht voor de aanpak van ouderenmishandeling zou wenselijk zijn. Het aantal levenstestamenten – op dit moment circa een half miljoen en elk jaar 100.000 erbij – en het aantal beschermingsmaatregelen voor meerderjarigen vertoont een stijgende lijn. Mishandeling van ouderen is binnenkort of nu al qua omvang waarschijnlijk even ernstig als mishandeling van kinderen. Het is voorstelbaar dat Veilig Thuis in de infrastructuur voor de bescherming van ouderen de positie inneemt die de Raad voor de Kinderbescherming op dit moment inneemt voor de bescherming van minderjarigen, met een korte lijn naar de rechtbank. Ook de mogelijkheid die bij kindermishandeling bestaat om binnen enkele uren een voorlopige beschermingsmaatregel gerealiseerd te krijgen, zou bij ouderenmishandeling mogelijk moeten zijn.

CURATELE, BEWIND, MENTORSCHAP EN HET LEVENSTESTAMENT

Voor meerderjarigen in het recht, dat wil zeggen personen van 18 jaar en ouder, kent het familierecht drie beschermingsmaatregelen die door de rechter worden uitgesproken. Beschermingsbewind heeft betrekking op de financiële belangen van een meerderjarige, terwijl mentorschap zich beperkt tot de zorgbelangen van een meerderjarige. Beide maatregelen worden vaak gecombineerd. De curatele heeft betrekking op alle belangen van de meerderjarige en kan daarom niet worden gecombineerd met een bewind of een mentorschap. De grond voor instelling van een maatregel is dat de meerderjarige vanwege zijn geestelijke of lichamelijke toestand zijn financiële, zorg- of al zijn belangen niet goed zelf kan behartigen. Curatele kan ook worden ingesteld bij drugs- of drankmisbruik. Beschermingsbewind heeft als tweede grond verkwisting of het hebben van problematische schulden. Vooral vanwege deze tweede grond is het aantal zogenaamde schuldbewinden de laatste jaren fors gestegen. Een schuldbewind is bedoeld om de financiële belangen van de meerderjarige te beschermen.

Mentorschap kan worden beschouwd als een halve curatele; in verschillende zorgwetten geldt dat de taken en verplichtingen van een mentor gelijk zijn aan die van een curator. Een bewind verschilt van een curatele op het punt dat een curatele het financiële vermogen van de meerderjarige beter beschermt dan een bewind. Wanneer een bewind is ingeschreven in het Curatele- en bewindregister, is de bescherming van het vermogen van de meerderjarige die, hoewel daartoe niet bevoegd, toch aankopen doet of schulden maakt, bijna gelijk aan de bescherming die een curatele biedt. De bescherming bestaat in het ongedaan kunnen maken van een handeling zoals een aankoop. Het verschil tussen curatele en bewind zit voornamelijk in de mate van bescherming. Wanneer iemand die onder curatele staat een aankoop doet waartoe hij niet bevoegd of bekwaam is kan de curator deze aankoop

altijd ongedaan maken. Dat wil zeggen geld terughalen wanneer er betaald is en het gekochte goed teruggeven aan de verkoper. Als iemand met een bewind een aankoop doet waartoe hij niet bevoegd is, kan de bewindvoerder deze aankoop alleen ongedaan maken wanneer de verkoper wist of had moeten weten dat de persoon die de aankoop deed onder bewind stond. Dat zal vaak wel lukken, maar niet altijd; er kunnen dus bewindvoerders zijn met een cliënt die in drie maanden tijd vier tv's heeft gekocht.

MENTORSCHAP EN AUTONOMIE

Het ongedaan kunnen maken van een door de meerderjarige onbevoegd verrichte handeling is bij een mentorschap minder relevant. Formeel is een meerderjarige onder mentorschap onbevoegd om zelf zorgbeslissingen te nemen, maar relevante zorgwetten waarmee de mentor te maken krijgt, zoals de Wgbo (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst; Rijksoverheid (z.d.)) en de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) bevatten de regel dat een meerderjarige, ook als hij onder curatele of mentorschap is gesteld, zelf mag beslissen zolang hij ter zake wilsbekwaam is. Dat geldt ook in de Wet Zorg en Dwang – voor mensen met een verstandelijke beperking of mensen met een psychogeriatrische aandoening, zoals dementie (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020a) – en de Wet verplichte GGZ (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2020b). Deze twee wetten hebben per 1 januari 2020 de Wet Bopz (Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) vervangen. De Wet Zorg en dwang regelt dat aan iemand met een psychogeriatrische stoornis of een verstandelijke beperking tegen zijn wil zorg verleend kan worden als dat nodig is, om te voorkomen dat degene zichzelf of iemand anders in gevaar brengt. De bescherming is dus bij zorgaangelegenheden in de geest van het VN-Gehandicaptenverdrag maximaal afgestemd op de autonomie. Een persoon onder mentorschap mag zelf een zorgplan tekenen of een overeenkomst aangaan met een zorginstelling zolang en mits hij ter zake wilsbekwaam is.

VAN BESCHERMING DOOR NAAR BESCHERMING TEGEN FAMILIE

Alle drie maatregelen zijn vanouds familieaangelegenheden. En zo'n 40 jaar geleden was het vooral de familie die de maatregel verzocht en een familielid dat werd benoemd. De bescherming en de juridische mantelzorg bleef binnen de familie. In de wettelijke regelingen is deze bijzondere positie voor de familie terug te vinden. De familie (bloedverwanten in de rechte lijn en in de zijlinie tot en met de vierde graad) is nadrukkelijk vermeld als bevoegd om een verzoek in te dienen. En bij de benoeming van een vertegenwoordiger is de rechter gebonden aan twee voorkeuren. In de eerste plaats moet, als het

even kan de voorkeur die de meerderjarige zelf heeft voor de te benoemen persoon worden gevolgd en in de tweede plaats moet de rechter proberen iemand vanuit de familie te benoemen. Inmiddels zijn ook hulpverleners bevoegd om een maatregel te verzoeken en zij doen dit ook. Momenteel wordt naast familieleden in naar schatting de helft van de gevallen een bewindvoerder, mentor of curator van buiten de familie benoemd. Het gaat dan vaak om rechtspersonen die zijn aangesloten bij een brancheorganisatie. Bij bewindvoerders bijvoorbeeld de branchevereniging voor professionele bewindvoerders en inkomensbeheerders (BPBI, z.d.) en bij mentoren Mentorschap Nederland, dat bestaat uit 11 regionale stichtingen die werken met vrijwilligers. Tot een halve eeuw terug kon worden volgehouden dat bij een maatregel als mentorschap het vooral ging om het juridisch bevestigen van een feitelijke zorgsituatie binnen de familie, maar deze kwalificatie is nu minder correct. De 'ontdekking' van ouderenmishandeling en de omvang ervan maken dat de parallel met kindbescherming sterker wordt; in beide gevallen moet een kwetsbaar persoon tegen zijn familie worden beschermd.

LEVENSTESTAMENT

Het levenstestament is een product van het notariaat (Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie, z.d.). Het levenstestament bevat in ieder geval een volmacht die de oudere als volmachtgever afgeeft aan iemand die hij vertrouwt. De volmachtgever moet op het moment van het afgeven van de volmacht wel wilsbekwaam zijn. Hij draagt op dat moment bevoegdheden over waardoor zijn belangen kunnen worden behartigd tijdens een latere periode van wilsonbekwaamheid. Een klassiek voorbeeld is de oudere die recent de diagnose Alzheimer heeft gekregen en naar de notaris gaat om een voorziening te treffen voor de periode dat hij voor veel beslissingen wils-onbekwaam zal zijn geworden. Een levenstestament leidt wel tot de benoeming van een vertegenwoordiger, net als bij curatele, beschermingsbewind en mentorschap. Maar er ontstaat geen onbekwaamheid of onbevoegdheid zoals bij de drie door de rechter in te stellen maatregelen. Het idee van een levenstestament is dat de gevolmachtigde pas gaat optreden wanneer de volmachtgever ter zake wilsonbekwaam is geworden. Aan de ene kant biedt een levenstestament zorgverleners houvast als er beslissingen moeten worden genomen en de oudere wilsonbekwaam is geworden. Maar soms ook wordt een levenstestament als onwerkbaar ervaren omdat de daarin opgenomen wensen en instructies zijn opgesteld door een niet-medicus en slecht uitvoerbaar zijn. Een ander punt van kritiek is dat in de praktijk blijkt dat als een zorgsituatie verslechtert de oudere vaak toch verder wil gaan dan hij oorspronkelijk in een verklaring of levenstestament had vastgelegd. In die zin beperkt een teveel in beton gegoten levenstestament de autonomie van de oudere op een later moment.

BRONNENLIJST

Branchevereniging voor professionele bewindvoerders en inkomensbeheerders (z.d.)

PROFESSIONELE BEWINDVOERDERS EN INKOMENSBEHEERDERS.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.bpbi.nl/>

Huiselijkgeweld.nl (2015a).

ACTIEPLAN 'OUDEREN IN VEILIGE HANDEN 2015-2017'.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.aanpak-ouderenmishandeling.nl/kennis-bank/actieplan-ouderen-in-veilige-handen>

Huiselijkgeweld.nl (2015b).

STARTDOCUMENT BREDE ALLIANTIE 'VEILIG FINANCIËEL OUDER WORDEN'.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.aanpak-ouderenmishandeling.nl/kennis-bank/startdocument-brede-alliantie-veilig-financieel-ouder-worden>

Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie (z.d.).

LEVENSTESTAMENT.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.notaris.nl/levenstestament>

Mentorschap Nederland (z.d.)

MENTORSCHAP NEDERLAND.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.mentorschap.nl/>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2020a)

WET ZORG EN DWANG

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.dwangindezorg.nl/wzd>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2020b)

WET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.dwangindezorg.nl/wvggz>

Rijksoverheid (2015).

WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING 2015.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>

Rijksoverheid. (z.d.)

WET INZAKE GENEESKUNDIGE BEHANDELOVEREENKOMST (WGB).

Geraadpleegd op 16 januari 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-patient-en-privacy/rechten-bij-een-medische-behandeling/rechten-en-plichten-bij-medische-behandeling>

Verenigde Naties (2016).

VERDRAG INZAKE DE RECHTEN VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP, NEW YORK.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van https://wetten.overheid.nl/BWBV0004045/2016-07-14#Verdrag_2



7 DE ROL VAN VEILIG THUIS

Voor dit hoofdstuk spraken we met Marianne van der Krans - Vlugs en Connie Mindertsma. Marianne is projectleider ouderenmishandeling bij Veilig Thuis Utrecht en was tot eind 2019 voorzitter van het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling. Connie is onderzoeker bij Veilig Thuis Utrecht, met onder andere als expertise ouderenmishandeling.

Hoe is Veilig Thuis georganiseerd?

"In Nederland zijn 26 regio's met elk een eigen Veilig Thuis. Deze bestaan sinds januari 2015 en iedere regio mocht daar een eigen inkleuring aan geven binnen het wettelijke kader. De organisatiegraad, budgetten en bemensing verschillen daarom per regio. Binnen elk Veilig Thuis is er kennis over het onderwerp ouderenmishandeling en zijn er aandachtsfunctionarissen ouderenmishandeling. Wel staat het onderwerp in de ene regio al wat steviger dan in de andere. Landelijk gezien kijken wij nu hoe we meer eenduidigheid kunnen aanbrengen in manier van werken binnen al deze regio's en hoe we kunnen leren van de regio's die voorop lopen. Maar dat kost natuurlijk tijd. Veilig Thuis Utrecht is bijvoorbeeld al wat verder in die ontwikkeling. We gaan in onze regio bijvoorbeeld relatief snel op huisbezoek bij een oudere, omdat we geleerd hebben dat we dan heel veel zien en horen."

Hoe meld je bij Veilig Thuis als zorgprofessional in de Acute Zorg?

Connie: "Daar wil ik eerst nog dit bij zeggen: hulpverleners in de acute zorg spelen als herkenner en melder van ouderenmishandeling een heel belangrijke rol. Vaak staan mensen juist meer open voor hulp als ze in een acute crisis zijn beland en er snel gehandeld moet worden. Zeker als je hen vertelt dat je vanuit oprechte zorg voor hen hulp gaat invoeren om dergelijke situaties in de toekomst te voorkomen. Het kan net dat zetje geven om hulp te aanvaarden in onveilige thuissituaties die vaak al lang duren. Als zorgprofessional meld je onder je eigen naam en breng je de betrokkenen op de hoogte dat er een melding is gedaan. Daarbij volg je de meldcode van jouw organisatie. Na een melding heeft Veilig Thuis de bevoegdheid om onderzoek in te stellen en contact op te nemen met alle betrokkenen, inclusief de professionals (Rijksoverheid, 2015; VNG Ondersteuningsprogramma Veilig Thuis, z.d.). Er kan bij Veilig Thuis anoniem worden gemeld door niet-professionals, zoals vrijwilligers, bureaus of familie. Van professionals wordt verwacht dat zij een open melding doen, tenzij er zwaarwegende veiligheidsredenen zijn dat dit niet mogelijk is. Hierover vindt afstemming plaats met Veilig Thuis. Bij een anonieme melding doet Veilig Thuis altijd onderzoek en wordt een dergelijke melding niet doorgestuurd naar lokale wijkteams."

Per 1 januari 2019 is de wet waarin de meldcode staat beschreven aangepast. Een van de zaken die veranderd is, is dat hulpverleners altijd moeten melden als zij acute of structurele onveiligheid signaleren en zij geen mogelijkheden zien om zelf voldoende hulp te bieden. Alle beroepsgroepen hebben afwegingskaders ontwikkeld om hun medewerkers te ondersteunen bij het gebruik van de meldcode. Hierin staat ook een beschrijving van acute en structurele onveiligheid. Mensen van de ambulance en collega's in het ziekenhuis vallen onder het afwegingskader van Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, 2019) en de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2019). Je ben verplicht als hulpverlener altijd zelf te (laten) melden op het moment dat je acute of structurele onveiligheid signaleert, en je zelf geen mogelijkheden ziet om voldoende hulp te bieden. Je gebruikt daarvoor een zogenaamd afwegingskader in stap 4 en 5 van de meldcode (Rijksoverheid, z.d.).

Wat is de rol en werkwijze van Veilig Thuis in de aanpak van ouderenmishandeling na een melding?

"We ontvangen per dag tientallen meldingen van zowel professionals als van particulieren. Deze meldingen komen telefonisch, schriftelijk of per mail binnen. De meldingen die we schriftelijk of via de e-mail van de ambulancedienst ontvangen, bevatten vaak maar een paar regels en niet altijd de gegevens van de melder. SEH's en andere afdelingen in ziekenhuizen melden vaak iets uitgebreider. Bij de start van het onderzoek door Veilig Thuis wordt altijd contact opgenomen met de melder. Bereikbaarheid van de melder is om deze reden zeer wenselijk. Meldingen gaan meestal over vervuiling, verwaarlozing, mishandeling en/of agressie. Hulpverleners in de acute zorg zien bij uitstek de gevallen waar sprake is van ontspoorde mantelzorg. Wanneer er een melding binnenkomt, volgt beoordeling aan de hand van een triagemodel op aanwezige risicofactoren en of de betrokkenen bijvoorbeeld eerder in onderzoek zijn geweest bij Veilig Thuis. Binnen 5 dagen na melding moet er besloten worden of Veilig Thuis een onderzoek start of dat de melding wordt doorgezet naar het lokale veld. De buurtteams kunnen, indien nodig, de casus terugleggen bij Veilig Thuis. We kijken altijd wat passende hulp is om het geweld te stoppen. Veiligheid en het inschatten van risico's op gevaar staan daarbij altijd centraal. We proberen de oudere en het netwerk hierbij zoveel mogelijk te betrekken. Bijvoorbeeld door het organiseren van een zorgoverleg waar alle betrokkenen bijeen zijn. Uitgangspunt is het onderzoek binnen 10 weken af te ronden. Hierna moet er een plan liggen waarin staat wat passende hulp zou zijn voor de betreffende oudere. Voor hele ernstige en acute gevallen hebben we in Utrecht een crisisteam."

"En als je niet zeker bent van je zaak en je de signalen en vermoedens wilt toetsen met een deskundige, dan kun je 24/7 bellen met Veilig Thuis en vragen naar een aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling. Zij kunnen laagdrempelig met de adviesvrager meekijken en meedenken. Adviesaanvragen zijn anoniem, zowel je eigen naam als de naam van de betrokken personen hoeft je niet te noemen. Er wordt echter wel geregistreerd op naam van de adviesvrager. We merken dat de spoedeisende zorg daar eigenlijk geen gebruik van maakt. De aard en drukte van het werk bij ambulancediensten en op SEH's maken dat er direct gehandeld moet worden. En daar past dan bij dat je meteen een melding doet en niet eerst gaat overleggen. Toch is er nog vaak sprake van handelingsverlegenheid bij zorgprofessionals. De drempel voor het doen van een melding is ook nog best hoog, merken we. Daardoor wordt nog veel gemist. Dus dan zou vaker advies vragen goed zijn."

Wat hoor je als melder terug over een casus nadat je de melding hebt gedaan?

"Veilig Thuis neemt altijd telefonisch contact op met de melder wanneer het onderzoek start en doet een schriftelijke terugkoppeling na afronding van het onderzoek. Wanneer de melding wordt doorgezet naar het sociaal wijkteam (die kunnen lokaal verschillende namen hebben), ontvangt de melder hierover schriftelijk bericht. De terugkoppeling die de melder van ons krijgt gaat over de procedure en vanwege de privacyregels niet over de inhoud."

Kun je een voorbeeld noemen van een succesvolle casus vanuit de acute zorg?

Marianne: "Bij ouderen zijn vaak al meerdere zorgverleners betrokken die van elkaar niet weten wat ze precies doen, wel zorgen hebben maar afwachtend blijven. We kregen bijvoorbeeld een melding vanuit de ambulancedienst over een oudere meneer die was gevallen. Zijn vrouw kon hem op dat moment niet overeind helpen, want meneer had ernstig overgewicht. Dus ze had de ambulance gebeld. Zij zagen signalen van verwaarlozing: meneer had doorligplekken en was vervuild. Ook was meneer verbaal zeer agressief en weerde verdere hulp af. Bij nader onderzoek door ons bleek dat meneer de hele dag in de stoel zat en extreem zorgmijgend was. Zijn vrouw bleek ontzettend overbelast. Meneer bleek naar iedereen verbaal agressief, ook naar zijn vrouw en andere zorgverleners. Iedereen was echt bang van hem en liet zich door hem commanderen. Eigenlijk was directe opname nodig, want deze situatie was ongezond voor meneer zelf en voor zijn vrouw. Onze rol is in een dergelijke situatie om alle betrokkenen aan tafel te krijgen: de huisarts, de thuiszorg en het echtpaar. Wij hebben onze zorgen uitgewisseld over de situatie en aangesloten bij hun wens om zo lang

mogelijk thuis te blijven wonen. Maar we hebben ook gesteld dat dat alleen kon onder bepaalde voorwaarden. Uiteindelijk hielp dit de huisarts bij een volgend incident om door te pakken en meneer gedwongen op te laten nemen."

"En de casus van een meneer die in eerste instantie niet open stond voor hulp na melding dat hij agressief was naar zijn levenspartner met Alzheimer", vult Connie aan. "Meneer had altijd voor het inkomen gezorgd, maar bleek financieel uitgebuit te zijn door een familielid. Dus hij was in de weer met advocaten en had veel stress en reageerde dat af op zijn levenspartner. Toen deze enkele weken na de melding overleed kwam hij helemaal alleen te staan. Wij gingen met hem in gesprek en konden hem doorgeleiden naar passende hulp, in dit geval ondersteuning bij rouwverwerking en uiteindelijk ook hulp bij het huishouden. Toen reageerde hij juist met: 'Jeetje, ik ben heel erg blij met jullie. Wat fantastisch dat jullie zijn gekomen.'"

Welke dilemma's kom je in de praktijk tegen?

"Het lukt niet altijd om een situatie bevredigend op te lossen", signaleert Connie. "Oude mensen vinden het toch vaak moeilijk om grote veranderingen aan te brengen in hun situatie. Blijven bij wat je kent, voelt dan toch het veiligst, ook al is er sprake van mishandeling of misbruik. Zeker als de sociale kring zo klein is dat de dader de enige persoon is op wie ze kunnen terugvallen. Soms zijn je mogelijkheden dan helaas heel beperkt. Zeker als mensen wilsbekwaam zijn."

"Zo hadden we een casus van een ernstig zieke man die niet in het ziekenhuis opgenomen wilde worden en zijn vrouw in elkaar sloeg omdat zij dat juist wel wilde. Er was geen gesprek over mogelijk met beiden samen. Meneer is uiteindelijk gedwongen opgenomen. Geweld is moeilijk bespreekbaar te maken met oudere mensen, merken we. Ze willen ook altijd bij elkaar blijven. Dan spelen overtuigingen als: 'niet zeuren', 'in goede en slechte tijden' en 'elk huisje heeft zijn kruisje'. Op latere leeftijd is het lastiger om langdurige patronen nog te doorbreken. Dat kun je niet forceren tenzij er sprake is van echte acute onveiligheid."

Wat is de impact van het signaleren en melden van ouderenmishandeling op professionele teams vanuit jullie perspectief?

"We merken dat de één een enorme drempel kan ervaren, nog handelingsverlegen is en de ander er neutraler in staat en het ziet als een wettelijke mogelijkheid om iemand te helpen", vertelt Marianne. "Hoe een melder het ervaart is ook afhankelijk van of het bijvoorbeeld een eerste keer is, of hoe je de samenwerking met Veilig Thuis bij eerdere meldingen hebt ervaren, welke steun er is in je eigen organisatie, of dat er sprake is van dat je bedreigd wordt door betrokkenen. Ervaring helpt, merken we. Dan melden professionals vaker en verloopt de

samenwerking met hen tijdens het onderzoek ook makkelijker. We vragen ook vaak wel hoe het voor melder is om te melden. Dus luisteren wel naar het verhaal. We zeggen dan ook altijd: "De verantwoordelijkheid is nu bij u weg, die ligt nu bij ons." En dat geldt helemaal voor de hulpverleners in de acute zorg. Die zijn natuurlijk al gewend aan kortdurend contact, overdracht en loslaten. Maar onze tip voor professionals, met name die in het ziekenhuis, is wel: als je niet meldt bij Veilig Thuis, benoem je zorgen dan in ieder geval bij de huisarts of breng het in tijdens de casusbespreking van je team. Blijf er niet mee rondlopen."

Waar lopen de professionals in de acute zorg tegenaan?

Marianne: "Dat is vooral nog handelingsverlegenheid en kijken vanuit aannames. Je afvragen: zie ik het wel goed en dan bijvoorbeeld als ambulancemedewerker besluiten: 'Ik kom maar eenmalig hier over de vloer, dus laat thuiszorg het maar signaleren.' Of: 'Deze mensen hebben zo'n mooi huis, ik kan het me bij hen niet voorstellen.' Of: 'Deze mensen zijn hoog opgeleid, daar gebeurt dat niet.'"

Tip voor ambulancemedewerkers

Neem altijd even de tijd om in de koelkast en keukenkastjes te kijken. Is er eten in huis, staat er vuile vaat opgestapeld? Hoe schoon en opgeruimd is het in huis? Is het warm in de woning, is gas/water/licht aangesloten? Hoe ruikt het in huis, hoe ziet kleding en de persoonlijke verzorging van de oudere eruit? Zie je sporen in huis van tabak, alcohol of drugs? Wie is er verder in huis en hoe gedraagt deze persoon zich? Allemaal dingen die je kan meenemen in je melding.

Welke rol heeft Veilig Thuis hierin?

"Er wordt door handelingsverlegenheid en allerlei aannames nog best veel gemist", signaleert Connie. "Vertrouw als professional op je 'niet-pluisgevoel'. We kunnen telefonisch advies geven en onze vertrouwensartsen kunnen indien nodig ter plaatse meedenken en meeluisteren. In veel regio's zijn ziekenhuizen bezig met het beter inrichten van de aandacht voor ouderenmishandeling. Bijvoorbeeld door de bestaande aandachtsfunctionaris kindermishandeling en huiselijk geweld uitbreiding van uren te geven. Onze vertrouwensartsen zijn daar ook bij betrokken. Alle ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld al overleg met Veilig Thuis op casuïstiek niveau voor kindermishandeling en huiselijk geweld. We kunnen ook voorlichting geven binnen organisaties, en bieden scholing aan. Dus nodig ons vooral uit!"

Hoe ziet Veilig Thuis de ketensamenwerking bij ouderenmishandeling, dus tussen huisarts, ambulancezorg, spoedeisende hulp, verpleegafdeling en geriater?

Connie: "Partijen zouden wat ons betreft wel nog veel meer met elkaar mogen optrekken en van elkaar leren wie wat kan betekenen. Het zijn nu nog te veel eilandjes. Pas als je met zijn allen om de tafel gaat zitten krijg je een puzzel goed rond. Om dat zelf te regelen is vaak lastig. Wij merken dat als wij bijvoorbeeld de huisarts uitnodigen, er niet snel nee gezegd wordt. Een melding vanuit hulpverleners in de acute zorg kan vaak net de trigger zijn om alle partijen bij elkaar te roepen."

Wat zouden jullie graag verbeterd willen zien in de herkenning en melding van ouderenmishandeling bij ambulancediensten en ziekenhuizen?

"Het zou heel prettig zijn als de schriftelijke meldingen meer concreet, feitelijk, uitgebreid en compleet zijn", vertelt Connie. "Bijvoorbeeld als je meldt dat een huis is vervuild, vertel dan ook wat je dan precies ziet. Ook ontbreken vaak de gegevens van de contactpersoon of melder op de melding. We zien graag het mobiele of directe telefoonnummer, het e-mailadres en bereikbaarheidsgegevens. Dan bedoel ik de ambulancemedewerker die bij de oudere thuis was of degene die de oudere in het ziekenhuis heeft gezien of die de casus kent. We zijn vaak een week verder voordat we die persoon eindelijk achterhaald en gesproken hebben en ons duidelijk is wat er is gezien en waarom er is gemeld. Hoe completer de melding, hoe sneller wij kunnen beoordelen welke vervolgstappen nodig zijn. Hoe sneller we namelijk na dat acute moment van zorg binnenkomen, hoe groter de kans is dat de oudere open staat voor hulp."

"Een ander punt is dat herkenning en rapportage van ouderenmishandeling in de basisopleiding van professionals in de acute zorg zouden moeten zitten", vindt Marianne. "Iedereen komt het namelijk tegen. En uiteraard is het fijn als er een aandachtsfunctionaris in de organisatie of op de afdeling is. Bij de ambulancedienst in Dordrecht bijvoorbeeld is sinds de komst van een aandachtsfunctionaris, die ook forensisch verpleegkundige is, het aantal meldingen enorm gestegen."

BRONNENLIJST

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (2019).

KNMG-MELDCODE KINDERMISHANDELING EN HUISELIJK GEWELD.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-5.htm>.

Rijksoverheid. (z.d.).

MELDCODE HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>

Rijksoverheid. (2015).

WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING 2015.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>.

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. (2019)

MELDCODE HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.venvn.nl/meldcode>.

VNG Ondersteuningsprogramma Veilig Thuis. (z.d.).

VNG MODEL HANDELINGSPROTOCOL VEILIG THUIS.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://vng.nl/publicaties/vng-model-handelingsprotocol-veilig-thuis>.



8 GERIATRISCHE EXPERTISE BIJ DE HERKENNING VAN OUDERENMISHANDELING

Drs. Miriam van Houten, klinisch geriater, voorzitter richtlijn vermoeden van ouderenmishandeling in de tweede lijn van de NVKG (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie).

Klinische geriatrie is het medisch specialisme voor de kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis. De geriatrie is gericht op ouderen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Vaak gaat het om een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen. De geriatrische professional werkt vanuit een holistisch perspectief en in een multidisciplinair team. In de benaderingswijze van de patiënt wordt rekening gehouden met diens kwetsbaarheid en belastbaarheid. De nadruk ligt op herstel en behoud van de zelfredzaamheid. Veel voorkomende problemen van patiënten die de klinische geriatrie bezoeken zijn:

- mobiliteitsproblemen en vallen,
- continentieproblemen,
- polyfarmacie (gebruik van veel medicijnen tegelijkertijd),
- somberheid,
- eenzaamheid en levensfaseproblematiek,
- onverklaarde achteruitgang in het dagelijks functioneren,
- geheugenproblematiek,
- delier (acute verwardheid),
- of een van de genoemde problemen in combinatie met zorgproblemen.

Bij een eerste onderzoek en beoordeling van een patiënt maakt de klinisch geriater over het algemeen gebruik van het 'Comprehensive Geriatric Assessment' (CGA) (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2010). Het CGA is een multidisciplinair onderzoek. Dat betekent dat ook andere hulpverleners in het team hierbij betrokken zijn, bijvoorbeeld de geriatrisch verpleegkundige, de sociaal werker of de psycholoog. Het CGA van de geriatrisch professional richt zich op vier onderdelen: lichamelijk, psychisch, functioneel en sociaal. Hierbij wordt ook de mantelzorger betrokken. Met de uitkomsten van het geriatrisch onderzoek maakt het team een behandelplan. Voor het CGA komen in ieder geval patiënten met een combinatie van de volgende kenmerken in aanmerking: hoge leeftijd, lichamelijke ziekte, geriatrische syndromen, verminderde functionaliteit en sociale problematiek. Op deze manier krijgt de geriatrisch professional een indruk van de

problematiek en mate van kwetsbaarheid van een patiënt. Bij een vermoeden van ouderenmishandeling biedt deze werkwijze ook een goede basis om een gedegen indruk te krijgen van de patiënt op alle relevante gezondheidsdomeinen.

ROL VAN GERIATRISCH PROFESSIONAL BIJ HERKENNING OUDERENMISHANDELING

Bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling beoordeelt de geriatrich professional of er sprake is van observeerbare risicofactoren en signalen van ouderenmishandeling. Dit kan een geriater, een geriatrieverpleegkundige of een verpleegkundig specialist geriatrie zijn. Vaak is de spoedeisende hulp de eerste plek waar signalen van ouderenmishandeling zichtbaar worden. Signalen waar aan gedacht kan worden zijn: tekenen van lichamelijke ouderenmishandeling, verwaarlozing of een afwijkende interactie tussen de oudere en de mantelzorger die kan wijzen op een overbelaste mantelzorgsituatie (Movisie, 2015). Als een geriatrich expert in consult komt op de spoedeisende hulp bij een vermoeden van ouderenmishandeling zal hij de vier onderdelen van het CGA (lichamelijk, psychisch, functioneel en sociaal) in kaart brengen. Bij letsel of afwijkingen zal de geriater beoordelen of het gaat om toegebracht letsel of dat er een alternatieve verklaring voor kan zijn. Hierbij kun je denken aan de aanwezigheid van stollingsstoornissen bij onverklaarde onderhuidse bloeditstoringen of de aanwezigheid van osteoporose bij onverklaarde botbreuken.

Potentiële risicofactoren bij het slachtoffer voor het ontstaan van ouderenmishandeling komen vaak voor bij een kwetsbare geriatriche patiënt, zoals

- de aanwezigheid van cognitieve of psychische stoornissen,
- fysieke aandoeningen,
- functionele afhankelijkheid/beperkingen
- of een beperkte sociaal steunsysteem

De geriatrich professional kan daarom met zeer diverse vragen rond ouderenmishandeling te maken krijgen. In de praktijk ziet de geriatrich professional ook vaak zorgafhankelijkheidssituaties waarbij sprake is van overbelasting van de mantelzorger (Movisie, 2015). Als deze de zorg voor de naaste niet meer aankan, neemt het risico toe op bedoeld of onbedoeld 'ontspoord' gedrag dat schadelijk of mishandelend is voor de zorgontvanger. Verwaarlozing of het nalaten van standaardzorg zal bij een kwetsbare oudere vaak een negatieve spiraal van achteruitgang in gang zetten of versterken. Verwaarlozing kan opzettelijk plaatsvinden of voortkomen uit beperkingen bij de mantelzorger zelf. Denk aan kwetsbaarheid, cognitieve beperkingen,

psychiatrische aandoeningen of beperkte gezondheidsvaardigheden. De geriatrich professional kan te maken krijgen met mishandeling van de mantelzorger – vaak zelf ook op leeftijd – door de kwetsbare oudere zelf. Bijvoorbeeld bij gedragsstoornissen met fysieke agressie bij gevorderde dementie. Dan moet er ook aandacht zijn voor de mantelzorger. Binnen het ziekenhuis kan de geriatrich professional direct of indirect met financieel misbruik te maken krijgen. Bijvoorbeeld doordat een patiënt gebrek aan financiële middelen blijkt te hebben voor noodzakelijke hulpmiddelen, zoals een rollator.

DILEMMA'S

De geriatrich professional kan bij ouderenmishandeling in een conflict van plichten terecht komen. Het gaat hierbij om een situatie waarin hij zou moeten handelen of doorverwijzen vanuit zijn zorgplicht of goed hulpverlenerschap om (ernstige) schade te voorkomen. Tegelijkertijd wegen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en het beroepsgeheim zwaar. Bij een kwetsbare oudere moet je bovendien rekening houden met de mate van wilsbekwaamheid. Wilsbekwaamheid is volgens de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst; Rijksoverheid (z.d.)) het vermogen van de patiënt om te komen tot een redelijke waardering en afweging van zijn belangen. Een patiënt kan wilsbekwaam zijn als het gaat om alledaagse zaken, maar wilsonbekwaam als het gaat om de keuze voor (al dan niet) een behandeling. Bij het gebruik van deze term is het dus belangrijk de context te benoemen waarbinnen een patiënt al dan niet wilsbekwaam is.

RICHTLIJN VERMOEDEN VAN OUDERENMISHANDELING IN DE TWEEDE LIJN

De richtlijn vermoeden van ouderenmishandeling in de tweede lijn geeft uitleg over de noodzaak van herkenning van ouderenmishandeling en de plaats van screening om de bewustwording over ouderenmishandeling te vergroten (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2018). Daarnaast gaat de richtlijn in op duiding en documentatie van fysiek letsel. Hij eindigt met een gedetailleerde beschrijving van juridische aspecten en de toepassing van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Tenslotte worden praktijkvoorbeelden gegeven om de inhoud van de richtlijn en de toepassing van de KNMG-meldcode bij ouderenmishandeling te demonstreren. Geweld in de zorgrelatie wordt niet behandeld in deze richtlijn. Hiervoor wordt onder andere verwezen naar de Leidraad Veilige Zorgrelatie (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019).

Zorgprofessionals op de SEH zullen tijdens het werk op meerdere vlakken te maken krijgen met de doelstellingen van de richtlijn. Zoals het volgen van scholing gericht op het signaleren van en handelen bij een vermoeden van ouderenmishandeling in overeenstemming met de KNMG-meldcode (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, 2018). En bij de ontwikkeling en uitvoering van protocollen waarin zaken als signalering, documentatie en handelen transparant moeten zijn beschreven. Er zal daarnaast voor hulpverleners binnen het (digitale) patiëntendossier een plek moeten worden gecreëerd waar signalen en vermoedens van ouderenmishandeling kunnen worden gedocumenteerd.

OUDERENMISHANDELING EN ANDERE MEDISCHE-EN ZORGPROFESSIONALS

Het is van groot belang dat alle artsen, verpleegkundigen, medisch hulpverleners, sociaal werkers en andere zorgprofessionals kennis hebben van risicofactoren en signalen van ouderenmishandeling, zodat ze zo nodig actie kunnen nemen bij een vermoeden hiervan. Welke actie, op welke manier en op welk moment is een kwestie van inschatting en afweging. Daarvoor bieden de meldcodes van de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, 2018) en V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, 2019) handvatten. Overleg, samenwerking en afstemming met andere hulpverleners staan daarbij centraal (Rijksoverheid, 2016; Samen Veilig Midden-Nederland, 2019). In de kliniek of polikliniek, op de spoedeisende hulp en in de samenwerking met bijvoorbeeld de huisarts.

Ouderenmishandeling kan zoveel facetten hebben dat een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is. Daarom is het oprichten van een ziekenhuisbreed multidisciplinair team ouderenmishandeling raadzaam. Een dergelijk team staat bij voorkeur onder leiding van een aandachtsfunctionaris of een centrale coördinator ouderenmishandeling. Het team moet protocollen en afspraken gaan ontwikkelen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten bij wie een vermoeden is van ouderenmishandeling. Uiteraard voor de kliniek, de polikliniek en de spoedeisende hulp. Hierbij is het goed om naast een klinisch geriater en een geriatrieverpleegkundige of verpleegkundig specialist geriatrie, ook een vertrouwensarts van Veilig Thuis van de desbetreffende regio te betrekken. Die hoeft niet bij ieder overleg aanwezig te zijn maar kan bijvoorbeeld aansluiten bij een periodieke casuïstiekbespreking.

BRONNENLIJST

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG). (2018).
KINDERMISHANDELING EN HUISELIJK GEWELD.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-5.htm>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019).

LEIDRAAD VEILIGE ZORG.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van [https://www.veiligezorgrelatie.nl/downloads/Leidraad%20Veilige%20zorgrelatie,%20uitgewerkt%20\(juli%202019\).pdf](https://www.veiligezorgrelatie.nl/downloads/Leidraad%20Veilige%20zorgrelatie,%20uitgewerkt%20(juli%202019).pdf)

Movisie. (2015).

VERKENNING AANPAK ONTSPOORDE MANTELZORG.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/ontspoorde-mantelzorg%20%5BMOV-10696610-1.0%5D.pdf>

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2010).

RICHTLIJN COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/comprehensive_geriatric_assessment_cga/cga_-_korte_beschrijving.html

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2018).

RICHTLIJN VERMOEDEN VAN OUDERENMISHANDELING IN DE MEDISCH-SPECIALISTISCHE SETTING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/vermoeden_van_ouderenmishandeling_om/startpagina_-_vermoeden_ouderenmishandeling.html#algemeen

Rijksoverheid. (2016).

LEIDRAAD VEILIGE ZORGRELATIE, HANDVATTEN VOOR BEWUSTWORDING, PREVENTIE EN INTERVENTIE BIJ GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG EN MISHANDELING IN DE PROFESSIONELE ZORGRELATIE.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/Actueel/leidraad_veilige_zorgrelatie_compact.pdf

[https://www.veiligezorgrelatie.nl/downloads/Leidraad%20Veilige%20zorgrelatie,%20uitgewerkt%20\(april%202016\).pdf](https://www.veiligezorgrelatie.nl/downloads/Leidraad%20Veilige%20zorgrelatie,%20uitgewerkt%20(april%202016).pdf)

Rijksoverheid. (z.d.)

WET INZAKE GENEESKUNDIGE BEHANDELOVEREENKOMST (WGB).

Geraadpleegd op 16 januari 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-patient-en-privacy/rechten-bij-een-medische-behandeling/rechten-en-plichten-bij-medische-behandeling>

Samen Veilig Midden-Nederland. (2019).

JAARBERICHT 2018: HANDLEIDING OUDERENMISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van https://www.samen-veilig.nl/wp-content/uploads/2019/07/Samen-Veilig-Jaarbericht_2018.pdf

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. (2019).

MELDCODE HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.venvn.nl/meldcode>.



9 DE WAARDE VAN DE FORENSISCHE BLIK

Drs. Bertine Spooren, forensisch arts KNMG en forensisch-medisch gerechtelijk deskundige in strafzaken, en werkzaam als opleider/adviseur bij de NSPOH (Netherlands School of Public & Occupational Health).

Bij onderzoek naar het vermoeden van ouderenmishandeling is het goed je bewust te zijn van wanneer er sprake is van aannames in je manier van kijken en vastleggen. Dan kan het gaan om je eigen aannames, die van collega's en ook die van de patiënt en diens familie of begeleiders. Aannames kunnen ervoor zorgen dat jijzelf en andere betrokkenen belangrijke signalen of informatie niet oppikken of niet op de juiste waarde inschatten. Het aanleren van een 'forensische blik' kan daarom erg handig zijn voor professionals in de spoedeisende zorg. Het helpt je een niet-pluisgevoel objectiever, meer feitelijk en vrij van dergelijke aannames te (laten) toetsen bij een vermoeden van ouderenmishandeling.

Wat bedoelen we met aannames? Als hulpverlener ga je bijvoorbeeld over het algemeen uit van vertrouwen: dat de patiënt en de naasten van de patiënt geen 'dubbele agenda' hebben en de waarheid vertellen. Dit is echter slechts een aanname. Net zoals dat patiënten doktersadviezen naleven en voorgeschreven medicatie daadwerkelijk innemen slechts een aanname is.

Het is goed je hiervan bewust te zijn op het moment dat je bij een oudere patiënt ineens het gevoel krijgt: dit klopt niet. Vaak is dit een moment dat je je als hulpverlener achteraf goed kunt herinneren. We spreken niet voor niets van een 'alarmbel' die afgaat of een 'niet pluis' gevoel. Die alarmbel kan dan voor jou het seintje zijn om je blik wat meer forensisch te maken.

Als zorgprofessional in de acute zorg kun je op het werk te maken krijgen met mensen die mogelijk slachtoffer of dader zijn van verwaarlozing of geweld. Bijvoorbeeld in de ambulancezorg of op de spoedeisende hulp of de geriatrische verpleegafdeling in het ziekenhuis. Natuurlijk blijft medische zorg je eerste prioriteit als zorgprofessional. Maar voor waarheidsvinding kan forensisch-medisch onderzoek nodig zijn.

Een forensisch (of gerechtelijke) arts en verpleegkundige passen medische kennis toe voor rechtszaken en justitieel onderzoek. Forensisch-medisch onderzoek helpt bij het opsporen van daders of de oorzaken van (mogelijke)

misdriften op basis van wetenschappelijk bewijsvoering en feitelijke vastlegging (de forensische blik).

De forensisch verpleegkundige vervult een belangrijke rol in de afstemming tussen medische en verpleegkundige behandeling en forensische zorg. Deze zorgt er onder andere voor dat sporen en materialen bewaard worden en het letsel wordt vastgelegd zodat dat later gebruikt kan worden voor de waarheidsvinding bij een mogelijk gerechtelijk onderzoek. Maar de verpleegkundige is met haar specifieke forensische expertise ook een vraagbaak voor andere collega's. Bij de Netherlands School of Public and Occupational Health (SPOH) (z.d.) bestaat een landelijke vervolgopleiding tot forensisch verpleegkundige en de Hogeschool Utrecht (z.d.) kent een masteropleiding forensisch sociale professional.

KIJKEN EN VRAGEN STELLEN VANUIT DE FORENSISCHE BLIK

OEFENCASUS

Bepaal aan de hand van je huidige kennis wat je in dit geval zou doen en waarom. Wat zijn je triggers? Bepaal aan het einde van dit hoofdstuk nogmaals wat je zou doen en waarom. Is er iets veranderd, wat dan en waarom?



Je komt bij een 87-jarige vrouw die thuis woont met 1x per week hulp bij de boodschappen en de schoonmaak. De buurvrouw belde 112: zij vertelde dat zij bij mevrouw op de koffie wilde maar dat mevrouw niet open deed. De buurvrouw vertelde dat zij een sleutel heeft en dat zij met de sleutel de voordeur openende en dat zij mevrouw bewusteloos zag liggen in de gang. De buurvrouw zegt dat mevrouw het aan het hart heeft en dat mevrouw al jaren een pacemaker heeft. Op tafel zie je een medicijnblister, waarin onder andere antistollingsmiddelen. Je treft mevrouw buiten bewustzijn aan. Als je de bloeddrukband wilt aanleggen, zie je op de onderarm drie bloedingstoringen (zie foto).

Vanuit een forensische blik probeer je zoveel mogelijk objectief en feitelijk te werk te gaan. Je kunt bijvoorbeeld de volgende vragen stellen:

- Wat zie ik?
- Wat hoor ik (en wie vertelt het)?
- Is wat verteld wordt een feitelijk verslag (is het gezien/gehoord/ervaren) of een eigen reconstructie van wat er gebeurd kan zijn of aan de hand was/is?

- Wat heb ik zelf vastgesteld en weet ik zeker?
- Wat is onzeker of onbekend?
- Wat zijn de aannames?

Forensisch deskundigen zijn gespecialiseerd in lichamelijk letsel, dus in gevallen van verdacht letsel is de forensische blik zeer waardevol. Maar eigenlijk kun je veel van deze vragen ook toepassen op alle andere vormen van ouderenmishandeling: verdenking van financiële uitbuiting, emotionele mishandeling, seksueel misbruik en verwaarlozing. Want ook daar is het van belang om feiten en aannames van elkaar te onderscheiden en de bronnen ervan duidelijk te hebben.

VERSLAGLEGGING VANUIT DE FORENSISCHE BLIK

Het is ook zeer nuttig om in (de taal van) je verslaglegging uit te drukken wat de antwoorden op de eerder genoemde vragen opleveren. Hoe meer feitelijk je verslag is, hoe meer dit jou, je collega's en andere professionals die betrokken zijn bij het onderzoek helpt bij het denken over de casus en de verschillende mogelijke werkelijkheden.

KIJK EENS NAAR DIT VOORBEELD:

"79-jarige vrouw, diabetes en nierfalen, medicamenteuze behandeling. Val van trap, bewusteloos aangetroffen door dochter, die 112 belde."

Onduidelijk is in dit verslag waar de informatie vandaan komt, en wie deze heeft aangeleverd of vastgesteld. Het zit vol met aannames. Vergelijk dit maar eens met dit verslag:

"79-jarige vrouw, volgens mondelinge informatie van haar dochter, die ter plaatse was, bekend met diabetes en nierfalen waarvoor mevrouw volgens de dochter medicijnen inneemt. Dochter vertelde dat ze mevrouw bewusteloos heeft aangetroffen onder aan de trap; dochter vermoedt dat mevrouw van de trap gevallen is."

In de tweede tekst is duidelijk van wie welke informatie kwam. In deze casus kwam alle informatie van de dochter. Ook is duidelijk dat de 'val van trap' een aanname is van de dochter: de dochter heeft moeder niet van de trap zien vallen. Zij vertelt dat zij moeder onder aan de trap heeft aangetroffen en ze heeft daaruit een val van een trap geconstrueerd. Dat wil niet zeggen dat het niet zo gebeurd kan zijn, maar het is goed te beseffen dat ook in een hetero-anamnese ongewild vaak veel aannames verwerkt zijn.

Ook je eigen aannames kun je in je taalgebruik vermijden. In plaats van te schrijven 'mevrouw gebruikt insuline', is het zuiverder om te schrijven 'mevrouw krijgt insuline voorgeschreven'. De eerste notitie is een constatering en laat geen ruimte voor iets anders. De laatste notitie is meer feitelijk: wat voorgeschreven wordt is vaak wel bekend of tenminste te achterhalen uit een medisch dossier. Of mevrouw het ook gebruikt, dat weet je niet zeker. Dat kan zijn, dat kan niet zijn. De tweede formulering laat die ruimte nadrukkelijk wel en dat kan dus helpen bij het denken over een casus en de verschillende mogelijke werkelijkheden.

Overigens is het ook raadzaam om het verslag van wat de patiënt vertelt precies zo te doen. Wanneer een mevrouw vertelt hoe de wijkverpleegkundige haar slaat, is het goed om het zo op te schrijven: 'Mevrouw vertelde dat de wijkverpleegkundige haar slaat.' En niet bijvoorbeeld: 'Mevrouw wordt mishandeld door de wijkverpleegkundige.'

Deze manier van rapporteren is makkelijk te oefenen: pak een patiëntdossier en vraag je bij elk stukje informatie af: weet ik dit zeker omdat ik het zelf heb vastgesteld? En zo nee: hoe weet ik dit dan, van wie, hoe weet die dat dan? Misschien een leuke oefening voor een rustige dienst. En ook is het zinvol om jouw versie te vergelijken en te bespreken met collega's. Je kunt hierin veel van elkaar leren.

WANNEER IS FYSIEK LETSEL VERDACHT?

Als er bij je oudere patiënt sprake is van fysiek letsel dat kan wijzen op mishandeling, is de forensische blik onmisbaar. Waarop kun je afgaan als je bloeduitstortingen en/of kneuzingen ziet bij ouderen?

1. Blauwe plekken op het hoofd en de oren, in het gelaat, in de nek, aan de binnenzijde en de zijkant van de onderarmen, op genitalia, billen en op de rug en voetzolen zijn verdacht voor toegebracht letsel.
2. Blauwe plekken met een diameter van 5 centimeter of groter zijn verdacht voor toegebracht letsel.

90 procent van de ouderen wist hoe het toegebracht letsel ontstaan was

Het Amerikaanse National Center on Elder Abuse (www.centeronelderabuse.org) stelt dat bloeduitstortingen/kneuzingen (bruises) in het gelaat, op de duimzijde van de onderarmen en aan de handpalmzijde van de onderarmen en bloeduitstortingen op de rug vaker voorkomen als gevolg van toegebracht letsel dan door een accidentele oorzaak. Ook wist 90% van de ouderen hoe het toegebracht letsel ontstaan was, zelfs indien er een

cognitieve stoornis aanwezig was. Accidentele letsels bevonden zich voor 90 procent op de extremiteiten, en daarvan wist slechts 25 procent van de ouderen hoe ze ontstaan waren.

RESULTATEN UIT DRIE ONDERZOEKEN NAAR DE WAARDE VAN EEN FORENSISCHE BLIK

Kneuzingen en bloeduitstortingen bij mishandeling lijken groter (diameter meer dan 5 centimeter)

Ziminski, Wiglesworth, Austin, Phillips & Mosqueda (2013) onderzochten bij de Adult Protective Services (vergelijkbaar met Veilig Thuis in Nederland) 65 ouderen (leeftijd 65+) die daar waren vanwege een vermoeden of melding van mishandeling. Wiglesworth et al. (2009) publiceerden over dezelfde groep. Een geselecteerde groep dus, zonder controlegroep. Bij deze ouderen, bij wie mishandeling gerapporteerd was, bevonden de kneuzingen en bloeduitstortingen zich op het hoofd en de nek, de zijkant en voorkant van de onderarmen (rechter onderarm) en op de rug. Ook waren de bloeduitstortingen bij mishandeling groter (diameter meer dan 5 centimeter). Ofschoon dit nuttige inzichten kunnen zijn voor de hulpverlenerspraktijk, hebben deze bevindingen, geringe forensische waarde omdat, zonder controlegroep, de positief voorspellende waarde niet is vast te stellen.

Kneuzingen en bloeduitstortingen in de nek, op de oren, genitalia, billen en voetzolen nooit accidenteel

Mosqueda, Burnight & Liao (2005) onderzochten kneuzingen en bloeduitstortingen bij 101 ouderen (leeftijd 65+) zonder vermoeden van mishandeling. Accidentele kneuzingen en bloeduitstortingen dus. In dit onderzoek bleken de accidentele bloeduitstortingen zich voor het grootste deel (90% van de bloeduitstortingen) te bevinden op de armen en de benen. Er werden nooit bloeduitstortingen gevonden in de nek, op de oren, genitalia, billen en voetzolen. Bij een accidentele bloeduitstorting op de romp wisten ouderen vaker hoe die ontstaan was dan bij de bloeduitstortingen op de extremiteiten.

Kneuzingen en bloeduitstortingen zijn op basis van hun uiterlijke kenmerken niet te dateren

Belangrijk is dat Mosqueda et al. in dit onderzoek nogmaals concluderen (het is in eerdere onderzoeken ook al vastgesteld) dat het niet mogelijk is om onderhuidse bloeduitstortingen - op basis van hun uiterlijke kenmerken - te dateren. Dus er kan op basis van de wat zichtbaar is nooit gesproken worden van 'oudere' of 'jongere' bloeduitstortingen.

SAMENVATTING

Bij een vermoeden van ouderenmishandeling is het belangrijk om met een 'forensische blik' te kijken, vragen te stellen en te rapporteren. Hoe meer je objectief en feitelijk te werk kunt gaan, hoe beter. Jouw verslaglegging kan nodig zijn bij vervolgonderzoek door Veilig Thuis of door politie/justitie. Maak indien mogelijk gebruik van de hulp en expertise van een geschoolde forensisch verpleegkundige of arts in je team

1. Wees attent op je eigen aannames, die van je collega's en die van familie/begeleiders van je patiënt.
2. Let in je woorden en in je verslaglegging op een scheiding tussen wat je ziet (wat je zelf vaststelt) en wat je van anderen hoort en leg dit zo feitelijk mogelijk vast.
3. Blauwe plekken (diameter 5 centimeter of groter) op het hoofd en de oren, in het gelaat, in de nek, aan de binnenzijde en de zijkant van de onderarmen, op genitalia, billen en op de rug en voetzolen zijn verdacht voor toegebracht letsel.

BRONNENLIJST

Hogeschool Utrecht (HU). (z.d.).

MASTER FORENSISCH SOCIALE PROFESSIONAL.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.hu.nl/deeltijd-opleidingen/master-forensisch-sociale-professional>

Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH). (z.d.).

OPLEIDING FORENSISCHE VERPLEEGKUNDE.

Geraadpleegd op 25 november 2019, van <https://www.nspoh.nl/opleidingen/opleiding-forensische-verpleegkunde/>

Mosqueda, L., Burnight, K., & Liao, S. (2005).

THE LIFE CYCLE OF BRUISES IN OLDER ADULTS.

Journal of the American Geriatrics Society 53:1339-43. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53406.x.

Wiglesworth, A., Austin, R., Corona, M., Schneider, D., Liao, S., Gibbs, L., & Mosqueda L. (2009).

BRUISING AS A MARKER OF PHYSICAL ELDER ABUSE.

Journal of the American Geriatrics Society 57(7):1191-6. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02330.x

Ziminski, C.E., Wiglesworth, A., Austin, R., Phillips, L.R., & Mosqueda, L. (2013).

INJURY PATTERNS AND CAUSAL MECHANISMS OF BRUISING IN PHYSICAL ELDER ABUSE.

Journal of Forensic Nursing 9(2):84-91. DOI 10.1097/JFN.0b013e31827d51d0

NAWOORD SIGNALEREN OUDERENMISHANDELING

Het houdt niet op, niet vanzelf. Dit was jarenlang de slogan bij de spotjes over ouderenmishandeling op tv. Deze uitspraak geldt nog steeds, daarom het is belangrijk dat we als burger en zorgverlener de (soms verborgen) signalen van ouderenmishandeling beter gaan leren herkennen en bespreekbaar maken om ouderen die het aangaat te kunnen helpen uit deze situatie te komen. We herkennen waarschijnlijk nog maar het topje van de ijsberg, maar hopen door het delen van de ervaringen en kennis dat hiermee ouderen met verborgen leed van ouderenmishandeling eerder opgespoord en geholpen kunnen worden. Want zoals in het boek wordt geschetst' je gaat het pas zien als je het doorhebt' Dan moet je echter wel weten op welke signalen je moet letten. Doel van dit boek is dan ook om de lezer hierop meer alert te maken.

In dit boek worden vanuit verschillende achtergronden en perspectieven ervaringen en kennis gedeeld, hoe ouderenmishandeling in al zijn facetten eerder zou kunnen worden herkend en hoe dit in de keten van zorg en welzijn aan te pakken. Er is geschetst wat het ministerie doet, een aantal best practices uit de Ambulancezorg en ziekenhuis zijn beschreven, evenals de aanpak van Veilig Thuis. Daarnaast wordt een inkijk gegeven in de juridische aspecten en hoe je kan kijken naar signalen van ouderenmishandeling met een forensische bril op. We willen Harriët Messing, de andere auteurs en professionals die hun kennis en ervaring in dit boek hebben gedeeld van harte bedanken voor hun aandeel. We hopen hiermee een bijdrage te leveren aan het verbeteren van het vroegtijdig signaleren van ouderenmishandeling zodat vaak schrijnende situaties vroegtijdig worden aangepakt. Zodat we het wel gaan doorhebben en gaan zien en daarop actie ondernemen.

Vanuit de lectoraten Acute Intensieve Zorg en Innovatie in de Care van de hogeschool van Arnhem en Nijmegen blijven we samen met partners uit dit boek en andere professionals in de praktijk en het onderwijs aan de aanpak van ouderenmishandeling werken. We vervolgen het praktijkgericht onderzoek en delen onze kennis met studenten en de professionals om de situatie van kwetsbare ouderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld nog verder te verbeteren en erger te voorkomen.

Sivera Berben, Marian Adriaansen, Lilian Vloet