

The background of the entire page is a photograph of an elderly person, likely a woman, wearing a blue sweater. She is holding a light-colored wooden cane with both hands. Her left hand is at the top of the cane, and her right hand is further down. She is wearing a ring on her left ring finger and a ring on her right ring finger. The image is slightly out of focus, emphasizing the hands and the cane.

Ouderenmishandeling in intramurale zorginstellingen

De literatuur op een rij

Colofon

Auteurs: Een cocreatie van Movisie en Bureau Beke

Vormgeving: ontwerpburo suggestie & illusie

September 2018

Overname van informatie uit deze publicatie is toegestaan onder voorwaarde van de bronvermelding:

© Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken

De inhoud van deze publicatie is met grote zorg samengesteld. Desondanks is Movisie niet aansprakelijk voor de eventuele schade die ontstaat door het gebruik van deze informatie.



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken

Bureau **Beke**

De literatuurstudie is gefinancierd door het ministerie van VWS,
Stichting RCOAK en Fonds Sluyterman Van Loo.

Over deze notitie

In deze notitie wordt ingegaan op het fenomeen ouderenmishandeling in intramurale zorginstellingen. De notitie vormt een inventarisatie, beschrijving en ordening van definities, eerder onderzoek naar ouderenmishandeling in intramurale instellingen, risicofactoren en beschermende factoren.

De notitie is bedoeld als onderlegger voor het project 'Ouderenmishandeling in intramurale zorginstellingen' dat Bureau Beke en Movisie samen uitvoeren. Naast het literatuuronderzoek, voeren we een landelijke survey uit onder alle intramurale zorginstellingen in Nederland om een beeld te krijgen van de wijze waarop zorginstellingen omgaan met dit thema. Tot slot gaan we in het derde project vier intramurale zorginstellingen voor ouderen werven en begeleiden bij: 1) het onderzoeken van de beschermende en risicofactoren in de eigen instelling; 2) het leren signaleren en adequaat bespreken van vermoedens van ouderenmishandeling; 3) adequaat leren wegen en handelen bij 'bewezen' vermoedens van ouderenmishandeling. Dit doen we onder andere aan de hand van de Leidraad Veilige Zorgrelatie.

Ouderenmishandeling in intramurale zorginstellingen

Bij ouderenmishandeling zijn er verschillende relatievormen te onderscheiden waarin het voorkomt. Ouderenmishandeling kan worden gepleegd door naaste familieleden of mantelzorgers, maar ook door professionals. In deze literatuurverkenning gaat de aandacht uit naar ouderen die in een intramurale zorginstelling verblijven en worden mishandeld door zorgprofessionals en/of vrijwilligers. Daarbij is sprake van zorgprofessionals en vrijwilligers die disfunctioneren. Disfunctioneren is het éénmalig ernstig of structureel tekortschieten (door handelen of nalaten) in het leveren van verantwoorde zorg waardoor een patiënt of de patiëntenzorg wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad (IGZ, 2010). Disfunctioneren wordt dus gekenmerkt door: onverantwoorde zorg, het risico op schade en het éénmalig ernstige of structurele karakter. Daarnaast is de zorgverlener niet (meer) bij machte om zichzelf te corrigeren en nieuwe problemen en klachten te voorkomen (Drewes, Weenink & Kool, 2012).

Intramurale zorg betreft de zorg die ouderen ontvangen gedurende een onafgebroken verblijf in een zorginstelling. De *National Aging Resource Centre On Elder Abuse* uit de Verenigde Staten heeft een definitie opgesteld specifiek voor ouderenmishandeling in een intramurale setting. Zij hanteren de volgende definitie: alle vormen van slechte behandeling van een persoon die 60 jaar of ouder is en die afhankelijk is van professionele zorgverlening, die plaatsvindt binnen een institutionele setting (McDaniel, 1997 in: Thys, 2004).

Definities op een rij

In deze eerste paragraaf beschrijven we verschillende definities die voor het project van belang zijn. We gaan hierbij in op de definitie van ouderenmishandeling, vormen van ouderenmishandeling, het onderscheid tussen bewuste mishandeling en ontspoorde zorg en ouderenmishandeling in zorginstellingen.

Ouderenmishandeling

Internationaal gezien worden verschillende definities van ouderenmishandeling gebruikt. De definitie waar wij in dit project voor hebben gekozen, volgt uit het Nationale Actieplan 'Ouderen in Veilige Handsen' (2011). Deze definitie luidt:

'Al het handelen of het nalaten van handelen ten opzichte van een oudere persoon door degenen die in een persoonlijke en/of professionele relatie met die oudere staan waarbij er sprake is van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid, waardoor de oudere (herhaaldelijk) lichamelijke, psychische en/of materiële schade lijdt.'

Vormen van ouderenmishandeling

In het Nationale Actieplan 'Ouderen in Veilige Handsen' (2011) worden vijf vormen van ouderenmishandeling onderscheiden die wij binnen ons project ook onderscheiden. Het gaat hierbij om:

- * **lichamelijk c.q. fysiek geweld:** te snel fixeren als reactie op onmacht, te snel een 'extra pilletje' geven bij onrust, ruw handelen, hardhandig beetpakken, knijpen, slaan, duwen, schoppen, gooien met voorwerpen of waardoor lichamelijk letsel wordt veroorzaakt. Ook het dreigen of letsel toebrengen met een steek- of vuurwapen vallen hieronder. De oudere vertoont lichamelijke symptomen, zoals blauwe plekken, zwellingen, fracturen, brandwonden en dergelijke, ten gevolge van bovenstaande handelingen;
- * **psychisch geweld:** infantiliseren/betuttelend behandelen, geen respect hebben, onvriendelijk zijn, roepen, (be)dreigen, treiteren, vernederen, beledigen, pesten, intimideren, kleineren, structureel negeren of uitsluiten van de oudere en het schenden van privacy en bewegingsvrijheid. Bij uitsluiting kan men denken aan discrimineren op grond van een ziekte of verstandelijke beperking. Hieronder valt ook institutionele ouderenmishandeling. Dit begrip wordt aan het einde nader gedefinieerd.
- * **financieel misbruik:** diefstal van geld, waardevolle en/of dierbare bezittingen, misbruik maken van volmachten, afpersen, veranderen van het testament, ongewenste bemoeienis met geldzaken, verduisteren van geld of goederen, vernielen van eigendommen, het zonder toestemming verkopen van goederen en het onbevoegd gebruik maken van iemands pinpas of creditcard.

- * **verwaarlozing:** zowel fysieke verwaarlozing (zoals het onthouden van voeding, lichamelijke verzorging of toegang tot medische zorg), als affectieve verwaarlozing (zoals geen aandacht geven aan de zorgafhankelijke oudere) te sterk gericht zijn op huishoudelijke taken, routinematig en ondoordacht werken, de regels of het ritme van het huis slecht hanteren, niet alle zorg geven, negeren, isoleren
- * **seksuele mishandeling:** verbale of fysieke seksuele grensoverschrijding, zoals ongewenste seksuele handelingen met (aanranding, verkrachting) of in het bijzijn van de oudere (ongevraagd/gedwongen porno kijken etc).

Een zesde vorm van ouderen mishandeling die we in het onderzoek meenemen – maar die niet omschreven staat in het Nationale Actieplan ‘Ouderen in veilige handen’ - is *institutionele ouderenmishandeling*. Dit is een bijzondere vorm van ouderenmishandeling en omvat onder meer: een gebrek aan privacy, structurele vrijheidsbeperkingen (bijvoorbeeld alleen na toestemming het tehuis mogen verlaten), gebrek aan aandacht voor de persoon en zijn/haar behoeften (op vaste tijden opstaan, eten, geen rekening houden met levensritmes etc.), schending van privacy, beperkte vrijheid, geen recht op zelfbeschikking, veelvuldig verhuizen, lange wachttijden voor verzorging als gevolg van werkdruk en gebrek aan expertise t.a.v. dementie. Deze vorm van mishandeling heeft te maken met beleid en met ‘organisatorische beperkingen en regels die onvermijdelijk zijn wanneer een groep mensen samenleeft. Deze regels kunnen door de bewoners ervaren worden als een aantasting van hun integriteit, ongeacht of de intentie kwetsend is of niet’ (Thys, 2004, p. 17). Er kunnen drie vormen van organisatorische beperkingen en regels worden onderscheiden: 1) gebrek aan privacy; 2) structurele vrijheidsbeperkingen (bijvoorbeeld alleen na toestemming het tehuis mogen verlaten) en 3) gebrek aan aandacht voor de persoon en zijn/haar behoeften (bijvoorbeeld op vaste tijden opstaan en eten en geen rekening houden met levensritmes) (Casman, 1998 in Thys, 2004).

Gebrek aan
privacy is ook
een vorm van
ouderen-
mishandeling

Opzettelijke mishandeling, onbedoelde mishandeling en ontspoorde zorg

Ouderenmishandeling kan zowel opzettelijk als onbedoeld gepleegd worden. Opzettelijke mishandeling (ook wel intentionele mishandeling genoemd) bestaat uit een weloverwogen daad (of poging) om schade aan te richten bij de oudere of om persoonlijk gewin. Onbedoelde mishandeling wordt vaak veroorzaakt door onwetendheid of een gebrek aan mogelijkheden van de verzorger om de juiste zorg te verlenen (Jones, Holstege & Holstege, 1996). Andere bronnen kunnen zijn de cultuur van de werkvloer (elkaar te weinig of niet aanspreken op misstanden), een gebrekkig beleid van de instelling. Wanneer ouderenmishandeling voortkomt uit onmacht, oververmoeidheid of overbelasting van de verzorger wordt er gesproken over ‘ontspoorde zorg’ (Wisselink, 2004). Onbedoelde mishandeling en ontspoorde zorg zijn dus deels overlappende begrippen.

Het verschil tussen ontspoorde zorg en opzettelijke ouderenmishandeling is soms lastig te duiden, vooral bij fysieke mishandeling. Voor zorgverleners kunnen hun daden voortkomen uit veronderstelde praktische noodzaak. Iemand overmatig belemmeren in zijn bewegingsvrijheid is een vorm van psychische mishandeling. In een verzorgingshuis in Tsjechië bijvoorbeeld, werden vooral bewoners met dementie beperkt in hun vrijheid omdat er simpelweg niet genoeg personeel was om op iedereen tegelijkertijd te letten. Om te voorkomen dat een oude vrouw wegliep en verdwaalde, bonden ze haar vast aan een stoel, de verwarming of een kledingkast. (Bužgova & Ivanova, 2009). Bij seksuele mishandeling is de grens in veel gevallen duidelijker. Dan gaat het vaak om intiem contact waarvoor een van de partijen geen toestemming geeft. In sommige gevallen is de oudere te zwak om zich te verzetten of begrijpt de oudere niet wat er gebeurt (Kleinschmidt, 1997). Ook kan er bij seksueel ontremde dementerende ouderen sprake zijn van miscommunicatie.

Pillemer (in Thys, 2004) beschouwt ouderenmishandeling binnen de intramurale setting als een afwijking van de verwachte norm voor kwaliteitszorg of een afwijking van de sociaal geaccepteerde normen binnen het interpersoonlijke proces tussen personeel en bewoner. Deze en vergelijkbare opvattingen leven ook in ons land gezien het onderzoek van Ferwerda, Hardeman en Codrington (in: Plaisier en De Klerk, 2015).

Ouderenmishandeling in intramurale zorginstellingen

Bij ouderenmishandeling zijn er verschillende relatievormen te onderscheiden waarin het voorkomt. Ouderenmishandeling kan worden gepleegd door naaste familieleden of mantelzorgers, maar ook door professionals. In dit project gaat de aandacht uit naar ouderen die in een intramurale zorginstelling verblijven en worden mishandeld door zorgprofessionals en/of vrijwilligers. Daarbij is sprake van zorgprofessionals en vrijwilligers die disfunctioneren. Disfunctioneren is het éénmalig ernstig of structureel tekortschieten (door handelen of nalaten) in het leveren van verantwoorde zorg waardoor een patiënt of de patiëntenzorg wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad (IGZ, 2010). Disfunctioneren wordt dus gekenmerkt door: onverantwoorde zorg, het risico op schade en het éénmalig ernstige of structurele karakter. Daarnaast is de zorgverlener niet (meer) bij machte om zichzelf te corrigeren en nieuwe problemen en klachten te voorkomen (Drewes, Weenink & Kool, 2012).

Intramurale zorg betreft de zorg die ouderen ontvangen gedurende een onafgebroken verblijf in een zorginstelling. De *National Aging Resource Centre On Elder Abuse* uit de Verenigde Staten heeft een definitie opgesteld specifiek voor ouderenmishandeling in een intramurale setting. Zij hanteren de volgende definitie: alle vormen van slechte behandeling van een persoon die 60 jaar of ouder is en die afhankelijk is van professionele zorgverlening, die plaatsvindt binnen een institutionele setting (McDaniel, 1997 in: Thys, 2004).

Ouderen-
mishandeling
binnen
intramurale
setting is
afwijking van
verwachte
norm voor
kwaliteitszorg

1 op 6 ouderen
heeft afgelopen
jaar een vorm
van ouderen-
mishandeling
ondergaan

Eerder onderzoek naar ouderenmishandeling

In deze paragraaf gaan we in op eerder onderzoek naar ouderenmishandeling in intramurale zorginstellingen. Eerst gaan we in op ontwikkelingen met betrekking tot intramurale zorginstellingen. Daarna bespreken we eerder onderzoek naar de aard en omvang, kenmerken van de plegers en slachtoffers van ouderenmishandeling in intramurale zorginstellingen en het beleid en verklaringen van professionals hieromtrent.

Ontwikkelingen intramurale zorginstellingen

Twee vormen van intramurale zorginstellingen zijn verzorgingshuizen en verpleeghuizen. In verzorgingshuizen wonen mensen die slechts beperkte medische verzorging nodig hebben; in verpleeghuizen mensen die intensieve zorg nodig hebben. In beide instellingen wonen dus kwetsbare ouderen (Den Draak, 2010). Ouderen blijven steeds langer zelfstandig wonen (Arcon, 2013). Door extramuralisering¹ verdwijnen steeds meer verzorgingshuizen en neemt het aantal gecombineerde instellingen toe (GfK, 2009). In 2012 verbleef circa 7 procent van de bevolking van 65 jaar en ouder in zorginstellingen. Op dat moment was intramurale zorg³ voor ouderen mogelijk in circa 1300 verzorgingshuizen met een capaciteit van 100.000 plaatsen en circa 340 verpleeghuizen met een capaciteit van 65.000 plaatsen (Huijsman, 2012).

Aard en omvang

Prevalentiecijfers van de World Health Organization (WHO) uit januari 2018 laten zien dat ongeveer 1 op de 6 ouderen het afgelopen jaar een vorm van ouderenmishandeling heeft ondergaan.² De exacte omvang van ouderenmishandeling in verpleeg- en verzorgingshuizen (twee vormen van intramurale zorginstellingen) en gepleegd door zorgprofessionals, is in Nederland onbekend (Bardelmeijer en Schols, 2008). Zowel in Nederland als in het buitenland zijn verschillende studies verricht naar de aard en omvang van ouderenmishandeling in zorginstellingen. Hierna worden achtereenvolgens de resultaten van enkele studies beschreven.

In een secundaire analyse op de Gezondheidsmonitor Volwassenen van 2012 door Feijten en Moerman (in Plaisier en De Klerk, 2015) onder 155.746 ouderen, gaf 0,5 procent aan in de afgelopen vijf jaar mishandeld te zijn (dit komt neer op 1 op de 200 ouderen). Bij kwetsbare ouderen lagen de cijfers twee keer zo hoog: 1 op de 100 ouderen. In de enquête is gevraagd naar plegers 'uit de huiselijke kring' dus het aantal plegers uit een professionele setting is waarschijnlijk onderbelicht en op basis van de vraagstelling niet vast te stellen.

Uit de registraties van de Steunpunten Huiselijk Geweld (nu Veilig

1 Extramuralisering houdt in dat er gestreefd wordt om buiten de muren van een intramurale instelling (waar iemand opgenomen wordt) gelijkwaardige zorg te bieden, bijvoorbeeld in de eigen woning door middel van thuiszorg.

2 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en

Thuis) blijkt dat tussen 2010 en 2014 het aantal adviesaanvragen en meldingen over ouderenmishandeling tezamen bijna verdrievoudigd is. Van alle meldingen was 5 procent afkomstig uit een intramurale setting (Movisie, 2015).

Ferwerda, Hardeman en Codrington (in: Plaisier en De Klerk, 2015) hebben de meldingen van ouderenmishandeling bij de IGJ (voorheen IGZ) onder de loep genomen. Uit deze cijfers blijkt dat er over een periode van drie jaar (tussen juli 2011 en juli 2014) 67 meldingen zijn binnengekomen van vermoedens van ouderenmishandeling in een intramurale zorginstelling, gepleegd door professionals, leerlingen of zorgvrijwilligers. Uit het onderzoek blijkt verder dat lichamelijke (43%) en psychische (26%) mishandeling het meest voorkomen, gevolgd door seksuele mishandeling (9%) en financiële uitbuiting (9%). De verhouding tussen bewezen en niet-bewezen gevallen is ongeveer gelijk: in 35 van de 67 meldingen is de mishandeling bewezen. In 2012 en waren er echter meer bewezen dan niet-bewezengevallen. De IGJ oordeelde dat in driekwart van de bewezen zaken sprake is van ontspoorde zorg en in een kwart van moedwillige opzet. Ruim driekwart van de plegers is een professional, die in 88 procent van de gevallen alleen handelde. De instelling zelf doet in iets meer dan 10 procent van de gevallen aangifte, de familie in bijna 18 procent. In ruim 60 procent van de gevallen volgt geen aangifte.

Bardelmeijer (2004), die een onderzoek deed onder 484 verpleeghuisartsen, meldt dat '43 procent (n=203) in de voorgaande twee jaar in aanraking is gekomen met minimaal een geval van ouderenmishandeling. In 55 procent van de meldingen door respondenten ging het om lichamelijke mishandeling, en in 43 procent om psychische/verbale mishandeling. Wat betreft de verpleeglocatie werd bekend dat 64 procent plaats vond op de psychogeriatrische afdeling' (Bardelmeijer, 2004, p. 2).

Pillemer en Moore (1989) toonde aan dat in Amerikaanse zorginstellingen verschillende vormen van ouderenmishandeling frequent voorkwamen. In dit Amerikaanse onderzoek onder 600 willekeurig gekozen verzorgenden en helpenden observeerde bijna een derde van de respondenten lichamelijke mishandeling en ruim 80 procent psychische of verbale mishandeling (Pillemer & Moore, 1989). Een tiende rapporteerde zelf lichamelijke mishandeling te hebben gepleegd. Onduidelijk is of de geobserveerde mishandeling gepleegd werd door professionals of (ook) door anderen (zoals partners en familieleden). Bij ouderenmishandeling in deze zorginstellingen ging het vooral om buitenproportioneel gebruik van vrijheidsbeperkende middelen, duwen, ruw vastgrijpen en een klap geven.

Zweeds onderzoek onder 499 zorginstellingen toont aan dat 11 procent van het personeel het daarop voorgaande jaar getuige was van tenminste één geval van ouderenmishandeling. Twee procent gaf toe zelf een oudere te hebben mishandeld (Saveman, Astrom, Bucht & Norberg, 1999). Fysieke en psychologische ouderenmishandeling zijn volgens Saveman en collega's (1999) de meest voorkomende vormen.

Een Duitse pilotstudie onder 80 verpleegkundigen laat zien dat 66

Lichamelijke en
psychische
mishandeling
is meest
voorkomend
in intramurale
zorginstellingen

procent van deze verpleegkundigen getuige is geweest van verwaarlozing of mishandeling van een oudere bewoner. Daarnaast zou 79 procent zich zelf wel eens schuldig hebben gemaakt aan verwaarlozing of mishandeling (Goergen, 2001). Een andere Duitse studie onder 361 verpleegkundigen laat ongeveer gelijke resultaten zien (Goergen, 2004). Onderzoek van Goergen (2004) laat zien dat psychische mishandeling de meest voorkomende vorm is.

Plegers

In het onderzoek van Mysyuk en Lindenberg (in Plaisier en De Klerk, 2015) was van de plegers 55 procent de partner, 15 procent de ex-partner, 17 procent een kind/stiefkind, 12 procent overige familieleden en 18 procent iemand anders (bijvoorbeeld een verzorgende of verpleegkundige). Het ruime merendeel van de ouderen (85%) heeft in deze studie te maken gehad met één pleger.

Uit onderzoek van Bardelmeijer (2004) onder 484 verpleeghuisartsen blijkt dat in 63 procent van de meldingen de ouderenmishandeling werd gepleegd door het verzorgend personeel, in 31 procent door familie/bezoek en in 19 procent door medebewoners.

Beleid en verklaringen professionals

Als het gaat om ouderenmishandeling zijn er – onder andere – twee wetten van belang. De eerste is de Wet op de Kwaliteitszorg. Deze wet verplicht instellingen incidenten te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Daarnaast is de Wet Meldcode van belang, waarmee professionals - sinds 1 juli 2013 - verplicht zijn de meldcode te gebruiken bij vermoedens van huiselijk geweld (waaronder ook ouderenmishandeling).

In het onderzoek van Ferwerda, Hardeman en Codrington (2015) is ook met professionals gesproken. Daaruit blijkt dat 'ouderenmishandeling moeilijk bespreekbaar is. Overbelasting en de teamcultuur spelen volgens hen een belangrijke rol in het ontstaan van ouderenmishandeling. Men vindt de term 'mishandeling' erg zwaar als het om ontspoorde zorg gaat. En men worstelt met de manier van omgaan met het fenomeen. Een ernstig incident melden of aangifte doen bij de politie heeft ook negatieve gevolgen voor de instelling zelf en kan onrust bij de bewoners geven' (Plaisier en De Klerk, 2015, p. 9; zie ook Thys, 2004, p. 12).

Wangmo, Nordström en Kressig (2017) hebben onderzoek gedaan onder 23 managers in de zorg en noemen verschillende oplossingsrichtingen om ouderenmishandeling tegen te gaan. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om zorgen voor aandacht voor het thema in het onderwijs en de opleiding, duidelijkere verdeling van de verantwoordelijkheden, tijdige interventies om mishandeling en verwaarlozing aan te pakken en wisselende zorgverleners. De onderzoekers verwachten dat deze suggesties de oudereninstituten in staat stellen de kwaliteit van zorg te verbeteren en incidenten in deze instellingen te verminderen.

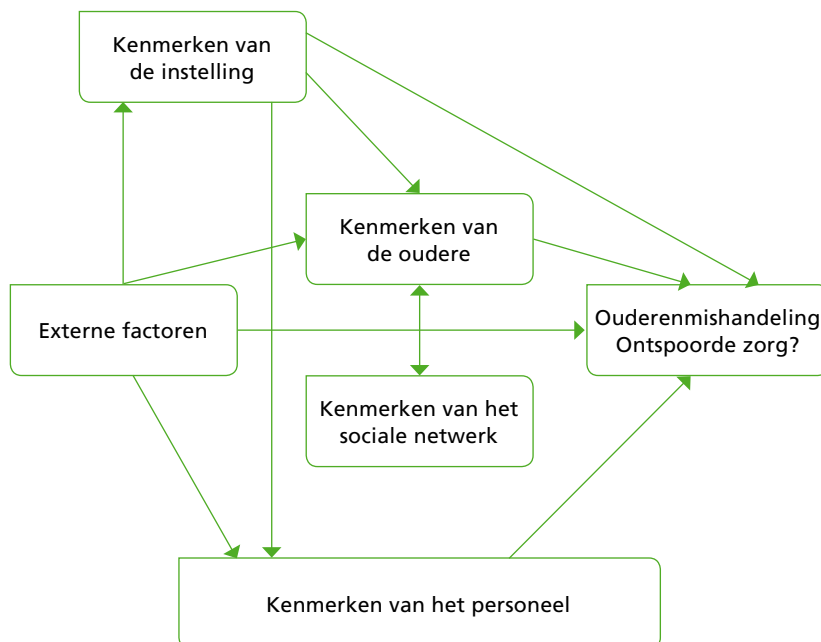
Risicofactoren

In de literatuur worden risicofactoren voor ouderenmishandeling op verschillende manieren ingedeeld. De meest gebruikelijke methode is om naar verschillende niveaus te kijken (Messelis, 2015; Thys, 2004; Mowlam et al., 2007), te weten:

- * Intrapersoonlijke factoren (persoonsgebonden factoren; onderscheiden naar statische en dynamische factoren³) van zowel de oudere als de pleger;
- * Interpersoonlijke factoren (factoren die spelen in de relatie tussen oudere en pleger);
- * Omgevingsfactoren (waar zowel de kenmerken van de instelling onder vallen als een aantal externe factoren, zoals het hebben van een beperkt sociaal netwerk, die invloed hebben op de oudere).

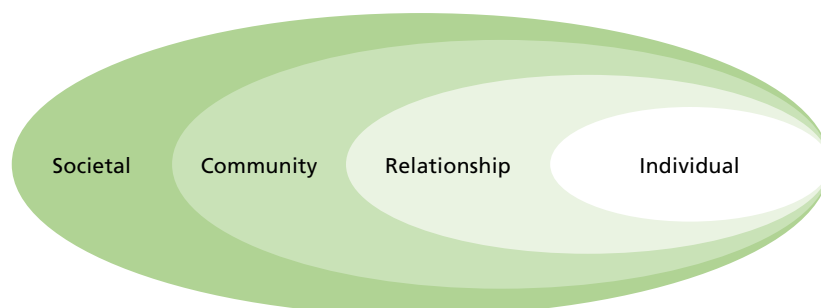
Het bovenstaande is door Thys krachtig samengebracht in een model (zie figuur 1) waarbij er aandacht is voor de persoon, de kenmerken van de instelling en het personeel dat er werkt. De kenmerken van het sociale netwerk zijn hier aan toegevoegd; Thys behandelt deze niet.

Figuur 1 - Indeling van risicofactoren voor ontstaan van ouderenmishandeling (Thys, 2004; Messelis, 2015)



3 Onder statische risicofactoren worden die factoren gerekend die moeilijk of niet te veranderen zijn, zoals sekse, leeftijd en sociaal economische status. Dynamische risicofactoren zijn factoren die relatief gemakkelijk of met enige ondersteuning te veranderen zijn, zoals vaardigheden. Veroudering stelt hier grenzen aan.

Figuur 2 - Ecologisch model van Bronfenbrenner (1989)



Een methode die deels aansluit bij voorgaande wijze van indelen is het plaatsen van risicofactoren in een theoretisch kader. Messelis (2015) heeft in de literatuur een aantal theoretische kaders gevonden waarvan de belangrijkste het ecologische model van Bronfenbrenner is (1989, in Messelis, 2015) (zie figuur 2).

De WHO heeft het model van Bronfenbrenner (1996) in 2011 overgenomen om de risicofactoren voor ouderenmishandeling in kaart te brengen. Het model verklaart het ontstaan en voortduren van (oude-)mishandeling vanuit een samenspel tussen individuele, relationele, maatschappelijke en culturele aspecten. Het ecologische model maakt duidelijk dat ouderenmishandeling niet alleen een persoonlijk en relationeel probleem is. Het is ook een maatschappelijk en cultureel probleem, waarbij mensenrechten en de gezondheid van ouderen worden geschonden (Messelis et al., 2015, p. 8).

Risicogroepen onder ouderen

Epidemiologisch onderzoek laat zien welke groepen ouderen het meest kwetsbaar zijn voor mishandeling. Zo komt uit deze onderzoeken naar voren dat de gemiddelde leeftijd van slachtoffers in instellingen met 85 jaar hoger is dan onder ouderen in het algemeen (80 jaar); de sekseverdeling is ongeveer hetzelfde: driekwart vrouw en een kwart man (Ferwerda, Hardeman & Codrington, 2015; Movisie, 2015). Ruim twee derde (70%) heeft een psychogeriatrische aandoening (dementie), een depressie of een ernstige lichamelijke beperking (Messelis, 2015). Ook sociaal isolement is een risicofactor.

Uit een uitgebreide review van Hughes en collega's (2012) en een kleinschaliger Zweeds onderzoek van Strand, Benzein en Saveman (2004) komt naar voren dat mensen met een beperking veel te maken hebben met grensoverschrijdend gedrag en mishandeling door zorg- en dienstverleners.

Uit onderzoek van Shinoda-Tagawa en collega's (2004) blijkt dat in zorginstellingen ouderen met een verminderde cognitie, zwervgedrag, grof taalgebruik of onaangepast gedrag een grotere kans hebben op mishandeling. Ook uit onderzoek van Ferwerda, Hardeman en Codrington (2015) blijkt dat 70 procent van de slachtoffers van ouderenmishandeling in en zorginstelling een psychogeriatrische aandoening (dementie) heeft.

Intrapersoonlijke factoren bij de pleger

Bij professionals kan eveneens kwetsbaarheid ontstaan. In de helft van de gevallen van ouderenmishandeling ligt de oorzaak in persoonlijke problematiek van de pleger. In 38 procent van de gevallen gaat het om overbelasting van verzorgend personeel (of familie) en in 31 procent gaat het om onkunde c.q. onwetendheid. In de overige gevallen is de oorzaak onbekend. De plegers onder het verzorgend personeel blijken minder voldoening uit hun werk te halen dan collega's die zich niet schuldig maken aan ouderenmishandeling (Pillemer & Moore, 1989). Dit geldt ook voor verzorgenden die op het werk of thuis veel stress ervaren en voor verzorgenden die bewoners als kinderen zien die gestraft moeten worden voor hun storend gedrag.

Messelis (2015) noemt de volgende individuele problemen bij de pleger die hem/haar in een meer risicovolle positie en relatie tot het slachtoffer brengen: lijden aan mentale problemen/alcohol of drugsverslaving, snel agressief zijn en financiële problemen hebben. Deze plegers zijn té regel- en taakgericht, gaan teveel routinematig werken en zijn daardoor te weinig mensgericht: ze behandelen uiteindelijk de ouderen niet meer met respect of worden zelfs agressief.

Risicofactoren voor ontspoorde zorg kunnen volgens Thys (2004), Strand (2004) en Plummer en Findley (2012) ook te maken hebben met een disbalans tussen zorgvraag en zorgverlening, bijvoorbeeld 'wanneer:

1. de zorgverlener te weinig kennis heeft van het ziektebeeld van de zorgvrager;
2. de zorgafhankelijkheid van de zorgvrager zo groot wordt dat overbelasting ontstaat op lichamelijk of cognitief vlak;
3. de zorgoriëntatie niet duidelijk is of wanneer men zich hier niet kan mee vereenzelvigen.

Het gevolg is dat de zorgverlener het gevoel heeft dat hij tekortschiet en zich bijgevolg machteloos en schuldig voelt. Deze gevoelens versterken de spanningen en dus ook de disbalans, waardoor de kans op ontspoorde zorg of op mishandeling ontstaat.' (Thys, 2004, p. 11). Thys noemt daarbij expliciet als risicofactoren bij de professional (of vrijwilliger) onmacht, onkunde en onwetendheid. Deze handelingsverlegenheid kunnen we beschrijven als: niet goed weten wat te doen, geen echte oplossingen weten, behalve zaken op hun beloop laten en stoom afblazen (Strand, 2004)

Plummer en Findley (2012) noemen het aantal en de duur van zorg- en serviceinteracties (caseload) en de vermenging van zakelijke en vriendschapsrelaties als risicofactoren.

Mentale
problemen en
alcohol/drugs-
verslaving bij
plegers vergroten
risico op ouderen-
mishandeling

Ouderen willen er zeker van zijn dat de mishandeling doelbewust is, voordat ze het zo noemen

Interpersoonlijke factoren

Interpersoonlijke risicofactoren zijn de bewuste en onbewuste uitoefening van macht en controle. Ook kan er in een professionele zorgrelatie een zekere mate van wederzijdse afhankelijkheid zijn of sluipen. Ook een professional kan zich onmisbaar gaan voelen of het idee krijgen dat zij of hij zich voor een cliënt zodanig heeft ingespannen dat er iets ter compensatie tegenover moet komen staan. Dit geeft een andere betekenis aan het begrip afhankelijkheid dan gewoonlijk beschreven in de literatuur, die alleen kijkt naar de afhankelijkheidspositie van de oudere.

Omgevingsfactoren

Ook kunnen professionals door allerlei factoren in de organisatie, in het contact met teveel zorgafhankelijke ouderen ontsporen. Risicofactoren in de organisatie zijn bijvoorbeeld dat bewoners geen recht wordt toegestaan op zelfbeschikking, dat ze veelvuldig moeten verhuizen, dat er een slecht kwaliteitsbeleid is waardoor er voor ouderen lange wachttijden ontstaan en het personeel te maken heeft met een hoge werkdruk.

Risicofactoren voor het voortduren van ouderenmishandeling

Ouderenmishandeling kan door allerlei factoren ontstaan, zoals we zojuist hebben gezien. Daarnaast zijn er ook factoren die het voortduren ervan kunnen versterken of juist kunnen remmen. Die factoren worden hierna beschreven.

Ouderen kunnen zelf een belangrijke rol spelen bij het voortduren van mishandeling. Ze zijn volgens onderzoek van Mysyuk en Lindenberg (in: Plaisier en De Klerk, 2015) te lang op zoek naar zichtbaar bewijs voor mishandeling (omdat ze bang zijn dat ze zich druk maken om niets). Ook speelt mee dat ouderen bang zijn niet serieus genomen te worden. Ze schamen zich dat zij dit meemaken en voor de pleger die zij vertrouwden. Als ouderen de mishandeling niet serieus nemen, kan dat te maken hebben met een laag gevoel van eigenwaarde en/of zelfvertrouwen. Ook een verminderde veerkracht kan een rol spelen, veroorzaakt door rouw over het verlies van vertrouwen en lichamelijke zwakte. Tot slot speelt ook angst voor isolement een rol. Een en ander lijkt samen te hangen en/of versterkt te worden met hun idee en/of ervaring dat zij een marginale sociaal maatschappelijke positie hebben.

Deze zienswijze van niet-mishandelde ouderen kan van invloed zijn op wanneer en hoe zij – als zij zelf te maken krijgen met ouderenmishandeling – dit beleven en melden. Zo zullen zij wellicht lang wachten met melden tot er duidelijk bewijs is of alleen melden in gevallen van fysieke mishandeling, of pas als zij opzet zien. Zij willen er zeker van zijn dat de mishandeling doelbewust is, voordat ze het zo noemen. Dit is opvallend en is een risicofactor voor het signaleren en bespreekbaar maken van ouderenmishandeling (voortduren) (Mysyuk en Lindenberg, in: Plaisier en De Klerk, 2015).

Beschermende factoren

In deze paragraaf gaan we in op de factoren die bijdragen aan tegenhouden en stoppen van ouderenmishandeling in de intramurale zorg: de beschermfactoren. Van Bavel et al. (2012) en Mowlam et al. (2007) beschrijven een aantal beschermende factoren. Zij delen deze in op drie niveaus: de oudere, de pleger, de organisatie/de samenleving.

Voor *alle betrokkenen* zijn het voorafgaande levenservaringen, normen inzake relaties, waarden van een persoon, positieve relaties, karakter, voldoende capaciteiten om ouderenmishandeling het hoofd te bieden, invloed van religieuze overtuigingen en gezondheid. Voor de oudere geldt daarnaast dat de kennis die hij of zij heeft over het onderwerp 'grensoverschrijdend gedrag en mishandeling' en over de door de organisatie gehanteerde beleidsregels, klachtregeling en hulpmogelijkheden van belang is. Verder spelen ook andere zaken, zoals angst voor verlies van persoonlijke veiligheid, pogingen om zelf, via politie, leidinggevende of andere professional het gedrag van de pleger te stoppen, afstand nemen van de pleger, emotionele steun zoeken.

Voor plegers zijn het informatie en kennis over het onderwerp 'grensoverschrijdend gedrag en mishandeling' en de door de organisatie gehanteerde beleidsregels, richtlijnen en hulpmogelijkheden. Daarnaast spelen ook omgevingsfactoren een rol, zoals voldoende ondersteuning om overbelasting tegen te gaan, een instellingsklimaat waarin knelpunten, 'tegen het plafond aanzitten' en 'zorgen' of 'gevoelens dat er iets niet pluis is' bespreekbaar zijn.

Voor organisaties (en de samenleving) zijn het hebben van een samenhangend beleid en de mate van borging van dat beleid van belang. Organisaties die een samenhangend beleid hebben waarin - ook in het personeelsbeleid (voor zowel de professionals als de vrijwilligers) - het werken aan sociale veiligheid is opgenomen (bijvoorbeeld screening, VOG) zijn veiliger. Onderdeel van een samenhangend beleid zijn voldoende scholing en training in het hanteren en uitvoeren van richtlijnen en protocollen. Tot slot speelt de beeldvorming over en waardering voor ouderen een hele belangrijke rol in het uitdragen van een juiste bejegening.

Beeldvorming
over en
waardering voor
ouderen speelt
belangrijke rol

Signalen van ouderenmishandeling

Voor beroepsgroepen die werkzaam zijn in intramurale zorginstellingen en te maken krijgen met ouderenmishandeling is het van belang om de signalen te (her)kennen en te weten hoe je deze bespreekbaar kunt maken. De Federatie van Medisch Specialisten is – op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie bezig met de

ontwikkeling van een Richtlijn Vermoeden van ouderenmishandeling in de ouderenzorg. Onderdeel van de ontwikkeling van de richtlijn is een inventarisatie van de signalen van verschillende vormen van ouderenmishandeling. In de conceptrichtlijn worden de volgende signalen van verschillende vormen van ouderenmishandeling genoemd:

- * **Lichamelijke mishandeling:** Onvoldoende verklaarbare fracturen, bloedingstoringen en andere verwondingen, tijdsverschil tussen het ontstaan van het letsel en het zoeken naar hulp, herhaaldelijke bezoeken aan de spoedeisende hulp, herhaaldelijk (verhaal van) vallen.
- * **Seksueel misbruik:** bloedingstoringen rond de borsten, buik of genitaal gebied, onverklaarde Soa's of genitale infecties, onverklaard vaginaal of anaal bloedverlies, pijn bij lopen/zitten, gescheurd, bevlekt of bebloed ondergoed, recidiverende urineweginfecties, erge onrust bij aan- en uitkleden, veelvuldig seksueel getinte opmerkingen maken.
- * **Psychische mishandeling:** onverklaarde veranderingen in gedrag van oudere, zoals terugtrekken uit normale activiteiten, emotionele labiliteit, repetitieve bewegingen maken, oudere maakt een depressieve/angstige indruk, vermoedelijke pleger isoleert de oudere, interactie tussen oudere en informele zorgverlener is niet passend.
- * **Financieel misbruik:** de (kwetsbare) oudere geeft grote hoeveelheden geld uit aan zorg en gezelschap; onverklaarde veranderingen in banksaldo alsook verdwijnen van bezittingen; (informele) zorgverlener beheert het geld van de oudere maar voorziet niet in de behoeften van de oudere; oudere heeft officiële documenten getekend maar is niet in staat om uit te leggen wat de documenten inhouden of voor gevolg hebben; niet ophalen van herhaalrecepten of non-compliance met medicatie inname, thuiszorg of zorg door hulpverleners is geannuleerd, financiële schulden en toenemend aantal schuldeisers, aanwezigheid van huisvestingsproblemen, notarieel bezoek aan een opgenomen patiënt, vraag van informele zorgverlener om verklaring van wilsonbekwaamheid/-handelingsonbekwaamheid.

Conclusies

Uit de bovenstaande feiten en cijfers zijn de volgende conclusies te trekken:

- * Ouderenmishandeling in verpleeghuizen door zorgverleners en vrijwilligers komt veelvuldig voor.
- * De meldingen bij de Inspectie vormen zeer waarschijnlijk het topje van de ijsberg.
- * De bewonersgroep die er het meest mee te maken krijgt, zijn de mensen met psychogeriatrische problematiek (75% vrouwen 25% mannen).
- * Lichamelijke en psychische mishandeling komen het meest voor, maar studies verschillen in hun resultaten over welke van deze twee vormen het meest voorkomt.

Geraadpleegde literatuur

- * Arcon (2013). *Langer zelfstandig wonen: Een onderzoek naar woonzorgconcepten voor ouderen*. Borne: Arcon.
- * Bardelmeijer, E.A.M. (2004). *Ervaringen, kennis en behoeften van verpleeghuisartsen: Resultaten van literatuuronderzoek en inventariserend empirisch onderzoek onder verpleeghuisartsen*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- * Bardelmeijer, E.A.M. & Schols, J.M.G.A. (2008). Ouderenmishandeling. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*, 33(3), p. 68-71.
- * Bavel, M. van, Delft, A. van, Janssens, K. en Goes, A. (2012). *Zorg en grenzen: Handreiking voor het werken aan sociale veiligheid in de ouderenzorg*. Utrecht: Movisie.
- * Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, pp. 187– 249.
- * Bužgova, R. & K. Ivanova (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), p. 110-126.
- * Comijs, H.C., C. Jonker, Pot, A.M. & Smit, J.H. (1996). *Agressie tegen en benadeling van ouderen. Een onderzoek naar ouderenmishandeling*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- * Draak, M. den (2010). *Oudere tehuisbewoners: Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- * Drewes, H., Weenink, J.W. & Kool, T. (2012). *Disfunctioneren van zorgverleners in de Nederlandse gezondheidszorg: definiëring, signalering en het treffen van maatregelen*. Nijmegen: iq Healthcare umc Radboud.
- * Feijten, P. & Moerman, M. (2015). Schatting prevalentie op basis van enquête huiselijk geweld. In: Plaisier, I. & De Klerk, M. *Ouderenmishandeling in Nederland: Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- * Ferwerda, H., Hardeman, M. & Codrington, V. (2015). Meldingen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In: Plaisier, I. & De Klerk, M. *Ouderenmishandeling in Nederland: Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (p. 69-78).

- * GfK (2009). *Onderzoeksverantwoording Ouderen In Instellingen 2008*. Dongen: GfK Panel Services Benelux.
- * Goergen, T. (2001). Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: a pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13, p. 1-26
- * Goergen, T. (2004). A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *Journal of Adult Protection*, 6, p. 15-25.
- * Gruijter, M. de & Klein, M. van der. (2015). Analyse van de Barometer Ouderenmishandeling. In: Plaisier, I. & De Klerk, M. (2015). *Ouderenmishandeling in Nederland: Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, p. 58-68.
- * WHO (2018). Elder abuse. Geraadpleegd op 3 april 2018 via www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/.
- * Heijden, I. van der (2014). *What works to prevent violence against women with disabilities*. Medical Research Council of South Africa, Gender & Health Research Unit.
- * Hughes, K., Bellis, M.A., Jones, L., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., Mikton, C., Shakespear, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 379, p. 1621-1629.
- * Huijsman, R. (2012). Decennialang zoeken naar gepaste ouderenzorg. *Esb gezondheidszorg*, 97, p. 94-101.
- * Kleinschmidt, K. C. (1997). Elder abuse: A review. *Annals of Emergency Medicine*, 3(4), p. 463-472.
- * Messelis, E. (2015). Belang van wetenschappelijke benadering bij ouderenmis(be)handeling: Vroegdetectie, risico- en beschermende factoren en interventies. *Handboek Familiaal Geweld*, hst. 2, afl. 11, deel 1-3.
- * Mowlham, A., Tennant, R., Dixon, J. en McCreddie, R. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Qualitative Findings*. London: National Centre for Social Research.
- * Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). *Actieplan 'Ouderen in veilige handen'*. Geraadpleegd 25 november 2014 via www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/03/30/actieplan-ouderen-in-veilige-handen.html

- * Movisie (2015). *Ouderenmishandeling in 2014*. Utrecht: Movisie.
- * Mysyuk, M.A. & Lindenberg, J. (2015). Perspectieven van betrokkenen: een kwalitatieve studie. In: Plaisier, I. & De Klerk, M. (2015). *Ouderenmishandeling in Nederland: Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, p. 58-68.
- * Mysyuk, M.A., Westendorp, R.G.J. en Lindenberg, J. (2015). Perspectives on the etiology of violence in later life. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(18) p. 3039-3062.
- * Pillemer, K. en D.W. Moore (1989). Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *The Gerontologist*, 29, p. 437-443.
- * Plummer, S-B. & Findley, P.A. (2012). Women With Disabilities' Experience With Physical and Sexual Abuse: A Review of the Literature and Implications for the Field. *Trauma, Violence & Abuse*, 13(1), p. 15-21.
- * Saveman, B.I., Astrom, S. Bucht, G. & Norberg, A. (1999). Elder abuse in residential settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10, p. 43-60.
- * Shinoda-Tagawa, T., Leonard, R., Pontikas, J., McDonough, J.E., Allen, D. & Dreyer, P.I. (2004). Resident-to resident violent incidents in nursing homes. *Journal of the American Medical Association*, 291, p. 591-598.
- Strand, M., Benzein, E. & Saveman, B. (2004). Violence in the care of adult persons with intellectual disabilities. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), p. 506-514.
- * Thys, D. (2004). *Ontspoorde zorg bij dementerende ouderen binnen de RVT's*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Geneeskunde en Farmacie, Afdeling Gerontologie.
- * Wangmo, T., Nordström, K. & Kressig, R.W. (2017). Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: solutions from nursing care providers. *Journal of Geriatric Nursing*, 38, p. 385-392
- * Wisselink, I. (2004). Ouderenmishandeling, de stand van zaken. Wat is het en wat doen we er aan? *Denkbeeld*, 16(4) p. 106-107.



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken