|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Wanneer de zorg ontspoort…  Kennistekort bij verpleegkundigen m.b.t. het voorkomen en tijdig signaleren van ontspoorde zorg bij ouderen in een woonzorgcentrum | |
| **Van Cleuvenbergen Laura** | Bachelor Verpleegkunde |
|  |
| Academiejaar 2018-2019  Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier |



# Voorwoord

In de opleiding verpleegkunde leren we om zorg te verlenen vanuit een holistische visie, die rekening houdt met het fysische, psychische, en spirituele aspect van zorg. Deze visie vormt zeker een goed uitgangspunt, maar wordt dit wel voldoende toegepast in de verpleegkundige praktijk?

Ontspoorde zorg is een thema dat zich nog erg in een taboesfeer bevindt. Dit zorgt er dan ook voor dat de drempel voor het melden van situaties van ontspoorde zorg/ouderenmis(be)handeling redelijk hoog ligt, wat de aanpak van ontspoorde zorg bemoeilijkt. Als student heb ik ondervonden dat dit toch wel een thema is dat vaker voorkomt dan we denken, maar waar niet echt veel over wordt gesproken in de praktijk. Enkele vormen van onspoorde zorg waar ik als student het meest op ben gebotst in de verpleegkundige praktijk zijn onder andere chemische fixatie, gebrek aan privacy, paternalistische houding, infantiliseren, plaatsvervangend beslissen, weinig zelfbeschikking van de oudere en het nalaten van zorgen omwille van tijdgebrek. (zoals mondzorg, haren wassen, nagels,…) In welke mate de zorg als ontspoord wordt ervaren hangt sterk af van de waarden en normen van de zorgvrager. Persoonlijk vind ik het belangrijk om je als zorgverlener als uitgangspunt de vraag te stellen: ‘is de manier waarop ik de oudere verzorg, een manier waarop ik zelf later ook wel verzorgd zou willen worden?’ Deze vraag kan bijdragen aan het reflecteren op, en evalueren van de eigen zorgverlening, en op die manier ook aan de kwaliteit van zorg. Ik vind het belangrijk dat verpleegkundigen zich bewust worden van dit fenomeen, en ook een basiskennis hebben omtrent de preventie en aanpak van ontspoorde zorg. Daarom heb ik in het kader van mijn bachelorproef ook een bijscholing uitgeschreven voor verpleegkundigen. Ik heb deze helaas nog niet in praktijk kunnen uitvoeren, maar ben dit vast en zeker nog wel van plan. Ook heb ik in het kader van mijn bachelorproef een risicotaxatie-instrument, dat oorspronkelijk bedoeld was voor gebruik in de thuiszorg, herwerkt voor eventueel gebruik in de intramurale zorg. Het herwerkte risicotaxatie-instrument dient nog wel getest te worden in de praktijk op validiteit en betrouwbaarheid. Ik denk wel dat het, door op een korte en eenvoudige manier te screenen naar risicofactoren, zou kunnen bijdragen aan de bewustwording en de preventie van ontspoorde zorg. Het risicotaxatie-instrument, de powerpoints en de workshops voor de bijscholing werden achteraan in bijlage toegevoegd.

# Samenvatting

Ontspoorde zorg kan worden gedefinieerd als een niet-intentionele, interpersoonlijke grensoverschrijding, die vaak voortkomt uit onmacht, onkunde of onwetendheid. Er zijn ook tal van andere factoren die een invloed uitoefenen op het ontstaan van ontspoorde zorg, die kunnen worden onderverdeeld in ‘kenmerken van de oudere’, ‘kenmerken van het personeel’, ‘kenmerken van de instelling’, en ‘externe factoren’. Deze beïnvloedende factoren worden verder uitgediept in de bachelorproef. Ontspoorde zorg kan verschillende vormen aannemen, die worden ondergebracht in ‘ontspoorde zorg op fysisch vlak’, ‘ontspoorde zorg op psychisch vlak’, ‘ontspoorde zorg in kader van schending van rechten’. Hoe de zorg wordt ervaren wordt bepaald door de waarden en normen van de patiënt. Omwille van de taboesfeer die ontspoorde zorg met zich meebrengt worden de grensoverschrijdingen nog niet altijd gemeld. Er bestaat een kennistekort bij verpleegkundigen m.b.t. de aanpak en preventie van ontspoorde zorg. Hierdoor werd als uitgangspunt van deze bachelorproef deze vraag gesteld; Wat dient een verpleegkundige te weten m.b.t de aanpak en preventie van ontspoorde zorg bij ouderen in een woonzorgcentrum? Verschillende wetenschappelijke zoekmachines; waaronder Pubmed, Limo, en Springerlink werden gebruikt om het antwoord te onderbouwen. Ook werd er contact opgenomen met ‘Movisie’.

In het antwoord is de aanpak van ontspoorde zorg en ouderenmisbehandeling uitgebreid besproken. Deze aanpak kan worden ingedeeld in drie delen; de bewustwording, de preventie, en de interventie. In kader van de bewustwording, alsook de preventie van ontspoorde zorg heb ik een bijscholing ontwikkeld voor verpleegkundigen in woonzorgtehuizen. Deze bijscholing geeft de verpleegkundigen een basiskennis omtrent het fenomeen, en helpt bij het oefenen van vaardigheden door onder andere simulatietraining. De bijscholing werd nog niet uitgevoerd in praktijk, maar er werd wel feedback gevraagd aan verpleegkundigen uit het werkveld. Verder werd er een risicotaxatie-instrument, oorspronkelijk bedoeld voor gebruik in de thuiszorg, herwerkt voor gebruik in de intramurale zorg. Het instrument zou kunnen bijdragen aan de preventie van ontspoorde zorg, door op een korte manier te screenen naar risicofactoren. Voor gebruik in de praktijk dient het instrument nog getest te worden op validiteit en betrouwbaarheid. De bijscholing en het risicotaxatie-instrument werden toegevoegd in bijlage.

Indien alle zorgverleners met patiënten zouden omgaan, op een manier waarop ze zelf ook behandeld zouden willen worden, zou ontspoorde zorg waarschijnlijk minder vaak voorkomen.

# Inhoudstafel

[Voorwoord 2](#_Toc9193987)

[Samenvatting 3](#_Toc9193988)

[Inhoudstafel 4](#_Toc9193989)

[1 Probleemstelling 5](#_Toc9193990)

[1.1 Definitie 5](#_Toc9193991)

[1.1.1 Ontspoorde zorg 5](#_Toc9193992)

[1.2 Incidentie/prevalentie 6](#_Toc9193993)

[1.3 Verschijnselen 7](#_Toc9193994)

[1.4 Beïnvloedende factoren 9](#_Toc9193995)

[1.4.1 Externe factoren 9](#_Toc9193996)

[1.4.2 Kenmerken van de instelling 10](#_Toc9193997)

[1.4.2.1 De zorgoriëntatie 10](#_Toc9193998)

[1.4.3 Kenmerken van het personeel 11](#_Toc9193999)

[1.4.4 Kenmerken van de oudere 11](#_Toc9194000)

[1.5 Beoogde resultaten 12](#_Toc9194001)

[1.6 Verpleegkundige relevantie 12](#_Toc9194002)

[1.7 Vraagstelling 13](#_Toc9194003)

[2 Zoekstrategie 14](#_Toc9194004)

[3 Antwoord 15](#_Toc9194005)

[3.1 Goede zorg 15](#_Toc9194006)

[3.2 Aanpak ouderenmisbehandeling en ontspoorde zorg 17](#_Toc9194007)

[3.2.3 Interventies 20](#_Toc9194008)

[3.2.4 Screeningsinstrument ouderenmisbehandeling/ontspoorde zorg 27](#_Toc9194009)

[Discussie 29](#_Toc9194010)

[Besluit 30](#_Toc9194011)

[Literatuurlijst 31](#_Toc9194012)

[4 Bijlagen 33](#_Toc9194013)

[Bijlagen 35](#_Toc9194014)

[Grensoverschrijdend of niet? 89](#_Toc9194015)

[Woonzorgcentrum Jette: 'Bewoners voelen dat we minder tijd hebben' 99](#_Toc9194016)

[**‘Geen tijd voor een bad’** 99](#_Toc9194017)

[**Institutionele misbehandeling'** 100](#_Toc9194018)

# **Probleemstelling**

## Definitie

**Kennistekort** Het begrip kennistekort wordt door Carpenito- Moyet, et al., (2012) omschreven als “onvoldoende kennis van psychomotorische vaardigheden in verband met gezondheidstoestand of behandelingsplan”

**Ontspoorde zorg** kan ook omschreven worden als een subtiele vorm van ouderenmis(be)handeling, waarbij er sprake is van een niet-intentionele, interpersoonlijke grensoverschrijding. Deze wordt geuit als gevolg van onmacht, onkunde, of onwetendheid. (Verté D., 2015)

### Ontspoorde zorg

Ontspoorde zorg wordt omschreven als een subtiele vorm van ouderenmis(be)handeling, waarin er sprake is van een interpersoonlijke grensoverschrijding als gevolg van onkunde, onmacht of onwetendheid. Een vaststaand gegeven bij ontspoorde zorg is dat het nooit intentioneel is. (Verté D., 2015). De mate waarin de patiënt en/of de zorgkundige bepaalde handelingen of gedragingen als grensoverschrijdend ervaren, hangt af van de persoonlijke waarden en normen van beide partijen. (Thys, 2004)

Binnen de hulpverlening is er praktisch altijd sprake van een volledige of gedeeltelijke afhankelijkheid. Zo’n relatie bevat ook altijd een ‘machtscomponent’. De ene persoon heeft als het ware macht over de andere net omdat die andere afhankelijk is. Macht is negatief indien de patiënt gezien en benaderd wordt als een passieve persoon zonder inspraak. Dit machtsmisbruik, dat zich uit bij ontspoorde zorg, kan verschillende vormen aannemen, eerder subtiel tot niet zichtbaar of zeer duidelijk. Voorbeelden zijn: niet luisteren, geen erkenning geven, negeren, niet aansluiten bij de noden en behoeften, zich boven de bewoner stellen, infantiliseren, onverzorgde wonden, dreigementen, geen rekening houden met de eigenheid en beleving, bewoners ‘objectiveren’ en als ‘dingen’ benaderen, intimideren, emotioneel chanteren, over de patiënt spreken alsof hij of zij er niet bij is, pesterijen, onvriendelijkheid, schenden van de privacy, … (Miesen, 2008)

Ontspoorde zorg kan zich ook uiten in institutioneel geweld. Hiermee wordt bedoeld dat de regels van de instelling soms de eigen keuze van de bewoner uitsluiten. Soms zijn die beperkingen of regels onvermijdelijk omdat men nu eenmaal in een grote groep mensen samenleeft, maar desondanks kunnen bewoners dit aanvoelen als een aantasting van hun recht op zelfbeschikking.

Vormen van institutioneel geweld zijn onder andere een gebrek aan aandacht voor de individuele noden van de zorgvrager. Institutioneel geweld zou geklasseerd kunnen worden onder de noemer : ‘schending van rechten’. Immers iedereen heeft recht op vrijheid, zelfbeschikking en privacy. Om de bewoner tegen zichzelf te beschermen is het soms nodig beperkingen op te leggen. De grens tussen het ‘beschermen’ en ‘het schenden van rechten’ is vaag, wat het detecteren en voorkomen van ontspoorde zorg weer bemoeilijkt. (Thys, 2004; Manthorpe, 2002)

Een overbelasting van het verzorgend personeel werkt soms ook problemen in de hand. Door de stress die voortkomt uit een zorgvraag die de mogelijkheden van de zorgverleners overtreft, kan er een disbalans in de zorgrelatie ontstaan. Delescen spreekt in dit geval over een disbalans in de zorgrelatie, die tot uiting komt wanneer de zorgvraag de zorgverlening overtreft. (Delescen, 1989).

In de ouderenzorg is er een reëel risico op het ontstaan van ontspoorde zorg. Tarbox (1983) meent dat de vooroordelen t.o.v. ouderen hier mee aan de oorzaak liggen. Hij veronderstelt dat deze vooroordelen voortkomen uit de angst van de jongere mensen om zelf oud en ziek of hulpbehoevend te worden en om te sterven. Volgens de auteur beïnvloeden bepaalde mythes de negatieve opvatting van het personeel. Als de zorgverleners ervan overtuigd zijn dat de ouderen niets meer kunnen leren, dat ze geen zin meer hebben om te werken en dat ze zich graag afhankelijk opstellen, dan kan de zorg een onpersoonlijk automatisme worden doordat de zorgverlener zich hulpeloos voelt. Dit doet het risico op het ontstaan van ontspoorde zorg toenemen. Bij dementerende ouderen is het risico nog groter omwille van hun cognitieve, vaak gecombineerd met hun fysieke afhankelijkheid.(Thys, 2004)

Er is een grijze zone tussen ontspoorde zorg en ouderenmis(be)handeling.

In de literatuur wordt ontspoorde zorg vaak omschreven als een vorm van ouderenmisbehandeling, waarbij de grensoverschrijding dikwijls vaag en onopzettelijk is.

Bij de meeste (erge) vormen van ouderenmisbehandeling is het duidelijk waar de grenzen liggen en wanneer deze overschreden worden.

De grens waar ontspoorde zorg begint is zeer onduidelijk en hangt af van de persoonlijke normen en waarden van de oudere en/of verzorger. Er heerst nog een sterke taboesfeer rond dit onderwerp en dat maakt het moeilijk om ontspoorde zorg te detecteren en aan te pakken. Het is bijvoorbeeld niet altijd eenvoudig te achterhalen of een beperking werd opgelegd ter bescherming van de patiënt dan wel of ze onder de noemer schending van rechten valt. Bovendien is de mate waarin iemand zorg als ontspoord ervaart, afhankelijk van de waarden en normen en de persoonlijke beleving van de persoon. Sommige patiënten beschouwen een schouderklopje of een verkleinwoord bijvoorbeeld als een vorm van affectie waar ze nood aan hebben, terwijl anderen zich gekleineerd voelen. De ene patiënt heeft graag dat men dikwijls zijn kamer binnenloopt en vraagt hoe het gaat en wat men nog kan doen, de andere beschouwt dat als een indringing in zijn persoonlijke levenssfeer.

Ontspoorde zorg kan worden ingedeeld in 3 grote categorieën: het probleem kan zich voordoen op lichamelijk gebied, op psychisch vlak ofwel worden er rechten geschonden. (Thys, 2004) De drie categorie worden hieronder uitgebreid besproken bij de verschijnselen.

## Incidentie/prevalentie

Het feit dat het thema ontspoorde zorg zich nog in grote mate in een taboesfeer situeert, bemoeilijkt een duidelijke beeldvorming van de mate waarin het probleem zich voordoet in woonzorgcentra. De beschikbare cijfers over prevalentie zijn niet echt generaliseerbaar, aangezien vele gevallen worden ondergerapporteerd. (Gunst,2015)

Volgens de registraties van de Steunpunten Huiselijk Geweld (nu Veilig Thuis) In het aantal ingewonnen adviezen en meldingen over ouderenmishandeling tussen 2010 en 2014 toegenomen met een factor drie. 5 procent van de gevallen of vragen kwamen vanuit een woonzorgcentrum of een ziekenhuis. Wanneer we de meldingen van ouderenmishandeling bij de IGJ onder de loep nemen, blijkt dat er tussen juli 2011 en juli 2014 67 meldingen zijn binnengekomen van vermoedens van ouderenmishandeling in een intramurale zorginstelling, gepleegd door professionals, leerlingen of zorgvrijwilligers. Er is vastgesteld dat dat lichamelijke (43%) en psychische (26%) mishandeling het meest voorkomen, gevolgd door seksuele mishandeling (9%) en financiële uitbuiting (9%). Niet alle meldingen zijn bewezen, slechts in 35 van de 67 aangiftes is er evidentie. Volgens de IGJ ging het in driekwart van de bewezen zaken over ontspoorde zorg, maar er was maar een moedwillige intentie in een kwart van de gevallen.75 % van de plegers waren beroepshulpverleners die in 88 % van de gevallen alleen handelden. In iets meer dan 1/10 van de gevallen werd de aangifte gedaan door de instelling, in bijna 18 % meldde de familie het incident. Over het algemeen (ongeveer 60 % van de gevallen) volgde er geen aangifte. De psychogeriatrische afdeling was de meest frequente locatie (64 %). In 2004 bleek uit een studie van Bardelmeijer waarbij 484 verpleeghuisartsen waren betrokken 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. De bewoners met een psychogeriatrische problematiek (75% vrouwen 25% mannen).lopen het grootste risico. (Movisie en Bureau Beke, 2018)

## Verschijnselen

Ontspoorde zorg kan worden ingedeeld in 3 categorieën, die ik hieronder zal omschrijven en verduidelijken.

1. **Ontspoorde zorg op lichamelijk vlak**
2. **Fixatie**

Het fixeren van bewoners, waaronder ook subtielere vormen van fixatie zoals het vastzetten van een rolstoel of het zetten van een voorzettafel, kan worden beschouwd als ontspoorde zorg wanneer dit onnadenkend of gemakshalve gebeurt. (Thys, 2004; Miesen, 2008) Vormen van fysieke fixatie zijn onder andere pols -en enkelbanden, slaapzak, voorzettafel, riemen, onrusthekkens, etc.. ouderen met functionele beperkingen, mobiliteitsproblemen, cognitieve stoornissen, gedragsproblemen, en ouderen met een verleden aan frequente valpartijen zijn meer vatbaar voor fixatie (Gastmans & Milisen, 2006). Fysieke fixatie kan, net zoals chemische fixatie, een tegengesteld effect hebben op het voorkomen van valincidenten. Bij het fysiek fixeren kan er namelijk meer onrust ontstaan bij de oudere, vaak is het zo dat de oudere net probeert te ontsnappen aan het gevoel van gevangen te zijn. De oudere kan hierop vervolgens zeer angstig worden en, in ernstige gevallen, zelfs agressief. Fysieke fixatie kan echter ook als veilig ervaren worden door de oudere. De oudere kan het gevoel hebben dat er iemand voor hem of haar zorgt. De beleving van fysieke fixatie is dus heel verschillend van persoon tot persoon (Gastmans & Milisen,2006).

In het algemeen is er toch vaker een negatieve dan positieve ervaring rond fixatie. Fixatie wordt eerder als traumatisch dan als therapeutisch ervaren. Gevoelens die hierbij kunnen ontstaan zijn schaamte, angst, agressie, ontreddering, sociale isolatie en een verlies van zelfwaardegevoel (Gastmans & Milisen, 2006).

Er zijn ook andere vormen van fysieke fixatie die kunnen voorkomen in de ouderenzorg zoals het onder dwang vasthouden van de oudere tijdens de behandeling, of in het begeleiden en ondersteunen van de dagelijkse activiteiten (Gastmans & Milisen, 2006).

Fixatie brengt meer negatieve dan positieve aspecten met zich mee. Het is vooral een inbreuk op de autonomie en de privacy van de bewoner. Hulpverleners komen dikwijls in conflict met zichzelf waarbij ze gefrustreerd zijn en een schuldgevoel kunnen hebben ten opzichte van de fixatie. (Gastmans & Milisen, 2006)

1. **Slecht medicatiegebruik/chemische fixatie**

Soms wordt te snel gegrepen naar sederende/kalmerende medicatie en wordt er niet of onvoldoende gezocht naar alternatieven of naar de oorzaak van het gedrag van de dementerende. (Thys, 2004; Miesen, 2008)

1. **Niet alle zorgen toedienen**

Het nalaten van mondzorg, tanden niet poetsen, oren niet reinigen, brillen die vuil zijn, nagels niet knippen, navel vergeten wassen, niet tussen de tenen wassen, geen of te weinig decubituspreventie, overslaan van de mictietraining (Thys, 2004)

1. **Vlug, gejaagd werken**

Hier uit de ontspoorde zorg zich vooral in situaties waar alles veel te snel gaat voor het ritme van de ouderen. (Thys, 2004)

1. **Ruw handelen tijdens de verzorging**

Hier wordt voornamelijk gesproken over het bruut wassen en draaien omwille van tijdgebrek (Thys, 2004)

1. **Lange wachttijd**

Hiermee denkt men vooral aan het wachten op antwoord op het belletje, als men bijvoorbeeld naar het toilet moet gaan. Dit is voornamelijk te wijten aan een toenemend personeelstekort in de zorgsector. (Thys, 2004)

1. **Ontspoorde zorg op psychisch vlak**
2. **Onvriendelijk zijn, luid spreken, dreigen, negeren, geen respect hebben**
3. **Infantiliseren of betuttelend behandelen**

Men spreekt met de bewoners alsof het kinderen zijn. Een voorbeeld daarvan is het gebruiken van verkleinwoorden zoals ‘een boterhammeke en ons beddeke’. (Thys,2004; Miesen,2008)

1. **Slecht management van dementie**

Er wordt bijvoorbeeld niet nagegaan waarom de bewoner luidkeels roept of waarom hij weent. (Thys, 2004)

1. **Isolatie**

Hiermee wordt het onderbrengen van een bewoner in een ruimte of kamer, apart van de andere bewoners. Meestal nemen verpleegkundigen deze maatregel om de medebewoners de gelegenheid te geven om rustig samen te zitten en niet in het gezelschap van iemand die bijvoorbeeld voortdurend roept. (Thys, 2004)

1. **Paternalistische houding**

De oudere wordt aanzien als iemand die helemaal niets van de problematiek kent. De verpleegkundige of zorgkundige is de ultieme en enige deskundige. Vaak wordt dit duidelijk door de terechtwijzende toon die wordt aangeslagen. Ouderen kunnen dit als enorm negatief ervaren en zich gekleineerd voelen. En toch is dit een fenomeen die zich snel voordoet. (Miesen, 2008)

1. **Manipulatie**

Manipulatie kan beschreven worden als een fenomeen waarbij iemand de andere gaat beïnvloeden tegen diens wil. (Miesen, 2008)

1. **Plaatsvervangend beslissen**

De verpleegkundige gaat beslissen in de plaats van de oudere, en zonder diens instemming, bijvoorbeeld over het kiezen van de kledij die hij draagt, de schoenen, het kapsel …Dit is zeer ingrijpend voor het gevoel van zelfbeschikking (Miesen, 2008)

1. **Schending van rechten**
2. **Schending van privacy**

De deur open laten terwijl iemand op het toilet zit, geen afdekdeken gebruiken bij het wassen, … (Thys, 2004)

1. **Beperkte vrijheid**

Soms worden er bepaalde structurele beperkingen opgelegd vanuit de organisatie en dan kunnen de verpleegkundigen de bewoners niet voldoende vrijheid garanderen. Bijvoorbeeld niet kunnen kiezen wanneer je gaat slapen of opstaat, wanneer je eet, wanneer je naar het toilet wil,… (Thys, 2004)

1. **Geen recht op zelfbeschikking**

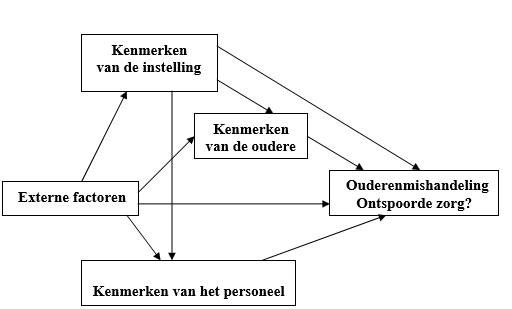
Hiermee bedoelt men vooral dat men de ouderen geen beslissingen laat nemen daar waar dat perfect gaat, bijvoorbeeld over de kleren die ze willen dragen, de plaats waar ze willen zitten in de refter, of ze koffie of thee willen…. (Thys, 2004)

## Beïnvloedende factoren

Het feit dat ouderen tegenwoordig mondiger en veeleisender zijn, betekent niet dat men een groot deel van de verantwoordelijkheid voor ontspoorde zorg bij hen moet leggen omdat de zorgverlener daardoor gemakkelijker buiten zijn grenzen gaat. Het probleem van ontspoorde zorg weegt genoeg door zodat het niet op een deze manier gebagatelliseerd moet worden (Milisen e.a., 2002).

Plummer en Findley (2012), en Thys (2004) zeggen dat het ontstaan van ontspoorde zorg ook veroorzaakt kan worden door een onevenwicht tussen zorgvraag en zorgverlening. Daardoor heeft de zorgverlener het gevoel dat hij tekortschiet. Het schuldgevoel (of het gevoel van machteloosheid) versterkt de spanningen en daardoor ook het onevenwicht, wat dan weer de kans op ontspoorde zorg of mishandeling doet toenemen. (Thys, 2004). Onmacht, onkunde en onwetendheid bij de zorgverlener worden door Thys expliciet als risicofactoren genoemd. (Movisie en Bureau Beke, 2018; Messelis, 2015)

Zowel kenmerken van de personeelsleden als van de oudere kunnen volgens Pillemer resulteren in een slechte behandeling van een bewoner. Ook een aantal kenmerken van de instelling en externe factoren kunnen een rol spelen in het ontstaan van ontspoorde zorg. Ze worden verduidelijkt in onderstaand schema. (Pillemer, 1988; van Bavel M. et al., 2012; Messelis, 2015)

(Messelis, 2015)

### Externe factoren

**1.4.1.1 Het aantal beschikbare rusthuisbedden**

Een tekort aan bedden leidt tot minder bezorgdheid over de kwaliteit van de zorg. (van Bavel M et al., 2012)

De vraag naar residentiële ouderenzorg blijft omwille van de vergrijzing bijzonder hoog. Het regionale (on)evenwicht tussen vraag en aanbod wordt weerspiegeld in de bezettingsgraad van de woonzorgcentra. Globaal gezien ligt de bezettingsgraad in de voorzieningen hoog. De mediane waarde van de RIZIV-bezettingsgraad bedraagt 97,1%. Een kwart van de voorzieningen scoort zelfs hoger dan 98,2%. Hoewel de bezettingsgraden voor de meerderheid van de voorzieningen als hoog kunnen worden beschouwd lagen deze cijfers drie jaar geleden hoger. Het gemiddelde evolueerde van 96,3% naar 95,0%. (Probis, 2018)

**1.4.1.2 De werkloosheidsgraad**

Door het tekort aan verpleegkundigen gaan directies soms minder selectief te werk bij de aanwerving, of ze nemen minder vlug maatregelen ten aanzien van hun personeel als er sprake is van ontspoorde zorg. (van Bavel M et al., 2012)

In heel wat regio’s is het niet eenvoudig om voldoende gekwalificeerd en gemotiveerd personeel aan te trekken. Op korte termijn speelt de hervorming van de opleiding verpleegkunde (aantal studiejaren) mee een rol op het vlak van de tewerkstelling binnen de sector. Daarnaast is de gemiddelde instroom iets lager waardoor dit niet volstaat om de vergrijzing van het personeel in de sector op te vangen. (Probis, 2018)

**1.4.1.3 Meldpunten**

Er bestaan meldpunten waarvan men gebruik kan maken in geval van klachten over ouderenmishandeling of ontspoorde zorg. Spijtig genoeg hebben weinig mensen weet van het bestaan. Als dit beter bekend zou zijn bij het algemene publiek zodat de mensen er hun toevlucht toe kunnen nemen, dan zouden de zorgverleners zich waarschijnlijk meer gecontroleerd voelen en dan zouden ze bewuster omgaan met hun zorgtaak. (Pillemer, 1988; van Bavel M et al., 2012) Melden kan onder andere bij Veilig thuis, bij meldpunt 1712, bij het Vlaams ondersteuningscentrum ouderenmis(be)handeling 078151570, bij de inspectie gezondheidszorg en jeugd,…

### Kenmerken van de instelling

### 1.4.2.1 De zorgoriëntatie

Elk rusthuis zou inspraak moeten geven aan de bewoners en rekening houden met hun mogelijkheden. Als dat niet gebeurt, dan ontstaat er een verhoogde kans dat de zorg ontspoort. Bewoners aan wie de verantwoordelijkheid wordt ontnomen, en die weinig controle hebben over hun eigen situatie, worden immers ontmoedigd en zorgen minder voor zichzelf. (Pillemer, 1988; van Bavel M. et al, 2012).

#### 1.4.2.2 Het kwaliteitsniveau

Interne kwaliteitszorg en een goede communicatie van de beleidsvisie daaromtrent zijn belangrijk in de preventie van ontspoorde zorg. De evaluatie van de uitgevoerde zorg is ook belangrijk om het risico op mistoestanden te reduceren. (Manthorpe, 2002; Pillemer, 1988).

#### 1.4.2.3 De uitbatingsvorm

Volgens verschillende studies biedt de non-profit-sector een betere medische en persoonszorg. In de profit-sector durven bewoners hun klachten blijkbaar niet uiten omdat ze vrezen voor represailles van het personeel. (Manthorpe, 2002; Pillemer, 1988).

#### 1.4.2.4 De personeelsbezetting

Ontspoorde zorg kan ook ontstaan als de zorgvraag de mogelijkheden overtreft zodat het personeel overbevraagd wordt. Die werkstress vormt ook een context voor het risico op ontspoorde zorg.(Pillemer, 1988; van Bavel M. et al, 2012).

### Kenmerken van het personeel

In de helft van de gevallen van ouderenmishandeling is dit te wijten aan een persoonlijke problematiek van de pleger. Overbelasting van de verzorgers (professionals of familie) vormt de oorzaak in 38 % van de gevallen en in 31 % ligt onkunde c.q. onwetendheid aan de basis. In de rest van de gevallen is de oorzaak niet bekend. (movisie, 2018)

#### 1.4.3.1 Specifieke (bij)scholing

Onkunde en onwetendheid over hoe omgaan met dementerende bewoners/ouderen en hun gedragsveranderingen kunnen leiden tot onmacht, hetgeen weer het risico op mistoestanden verhoogt. Er is dus nood aan specifieke scholing hieromtrent. (Hawes, 2002).

#### 1.4.3.2 Leeftijd

Diensthoofden vinden jonge personeelsleden minder succesvol in hun omgang met de bewoners. Dit kan toegeschreven worden aan het feit dat ze minder werkervaring hebben. Jongere personen zouden ook eerder een negatieve houding vertonen t.o.v. de oudere in vergelijking met het oudere personeel. (Pillemer, 1988; van Bavel M., 2012).

#### 1.4.3.3 Werkervaring

“Hoe langer iemand in de geriatrische sector werkt, hoe minder hij/zij een negatieve houding ten opzichte van de bewoners vertoont.” (Pillemer, 1988; van Bavel M et al, 2012).

#### 1.4.3.4 Burn-out

Wat omschreven wordt als “lichamelijke, emotionele en geestelijke uitputting”, kan leiden tot ontspoorde zorg. Voorbeelden hiervan zijn lage lonen, slechte uurroosters, weekendwerk …. Dit alles kan bijdragen tot een verhoogde kans op burn-out (Hawes, 2002) en bijgevolg ook tot een negatieve houding ten aanzien van ouderen (Pillemer, 1988; van Bavel M et al, 2012).

#### 1.4.3.4 Negatieve attitude van het personeel t.o.v. de oudere

De angst van jongere mensen om zelf oud, ziek of hulpbehoevend te worden en om te sterven heeft een negatieve invloed op de houding van het personeel. Ook de vooroordelen dat ouderen niets meer kunnen leren, geen voldoening meer kunnen halen uit een seksuele relatie, geen zin meer hebben om te werken en zich afhankelijk opstellen maken dat dat personeel zich hulpeloos voelt op het gebied van behandeling en daardoor wordt hun zorg een onpersoonlijk automatisme. (Thys, 2004)

### Kenmerken van de oudere

#### 1.4.4.1 Gezondheidstoestand van de bewoner

Hoe zelfredzamer en gezonder de bewoner is, hoe menselijker de omgang met hem. Hoe waarder de zorgbehoevendheid, hoe groter het risico op ontspoorde zorg. Als de bewoner dan, bovenop de lichamelijke gebreken, ook nog eens cognitieve stoornissen heeft – zoals bij dementerenden – neemt het risico op ontspoorde zorg toe. (Manthorpe, 2002; Pillemer, 1988, van Bavel M et al., 2012).

#### Weinig sociale controle

Hoe meer bezoek de bewoners ontvangen, hoe kleiner het risico op mishandeling of ontspoorde zorg. (Hawes, 2002; Pillemer, 1988; van Bavel M et al., 2012).

#### Geslacht en leeftijd

Vrouwen zijn overwegend meer slachtoffer dan mannen. Toch komt naar voor in de studie van Pillemer en Finkelhor (in Baker & Heitkemper,2005) dat mannen meer aan geweld blootgesteld worden dan vrouwen, namelijk 5,1 % tegenover 2,5%. Het verschil ligt zich in de intensiteit van de mis(be)handeling waaruit blijkt dat vrouwen ernstiger mis(be)handeld worden. Vrouwen hebben veelal een langere levensduur waardoor het aantal vrouwen in de geriatrische sector groter is dan het aantal mannen. Wetende dat een hogere leeftijdsgraad gepaard gaat met meer risico op ouderenmis(be)handeling (o.w.v grotere afhankelijkheid) is het aannemelijk dat vrouwen hier vaker het slachtoffer van kunnen worden (Pillemer, 1988; Baker & Heitkemper, 2005; Natan, Lowenstein, & Eiskovits,2010).

## Beoogde resultaten

Uit een goede zorgrelatie ontstaan kracht, hoop en empowerment. Wat we als einddoel willen bereiken is eigenlijk het verlenen van ‘goede zorg in al zijn facetten’. Om dit te kunnen bereiken is het belangrijk om zich bewust te worden van de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen binnen de zorgverlening aan ouderen in een woonzorgcentrum, zoals ontspoorde zorg en ouderenmisbehandeling. Verder is het mijn bedoeling om meer duidelijkheid te scheppen bij verpleegkundigen, en organisaties wat betreft de aanpak en preventie van ontspoorde zorg en/of ouderenmis(be)handeling. Om dit om te kunnen zetten in de praktijk heb ik ook een uitgeschreven bijscholing met betrekking tot ontspoorde zorg en ouderenmis(be)handeling toegevoegd in bijlage. Aangezien het herkennen van risicofactoren een belangrijke rol speelt in de preventie van ontspoorde zorg ga ik ook proberen om het bestaande risicotaxatie-instrument, dat oorspronkelijk bedoeld is voor gebruik in de thuiszorg, te herwerken voor gebruik in de intramurale zorg. Het herwerkte risicotaxatie-instrument, dat gebaseerd werd op de gevonden literatuur omtrent de risicofactoren op ontspoorde zorg / ouderenmis(be)handeling in de intramurale zorg, zal ook worden toegevoegd in bijlage. Het instrument is echter nog niet getest in praktijk op validiteit en betrouwbaarheid, maar het zou naar mijn mening wel kunnen bijdragen aan de preventie van ontspoorde zorg in woonzorgcentra, door op een eenvoudige, korte manier te screenen naar risicofactoren.

## Verpleegkundige relevantie

Bejaarden in woonzorgtehuizen zijn kwetsbaar voor ouderenmisbehandeling omwille van hun fysische of cognitieve afhankelijkheid.

Ontspoorde zorg en in extreme situaties ouderenmisbehandeling in residentiële settings is vaak taboe en wordt daardoor dikwijls niet gedetecteerd. Dit is te wijten aan verschillende factoren: het wordt niet altijd herkend, of men probeert negatieve publiciteit te vermijden. Ook de werkplekconditionering en –cultuur kunnen bijdragen tot het laattijdig ontdekken van het probleem. Daarenboven heeft ook de onduidelijkheid rond het vertrouwelijk karakter van gegevens een invloed op het melden van eventuele mistoestanden. Bovendien hebben ouderen, naarmate ze ouder worden minder sociale contacten en zo kan ouderenmisbehandeling soms verborgen blijven.

Studies geven aan dat de prevalentie van ouderenmishandeling varieert tussen 2% en 10%, waarbij één onderzoek benadrukt dat slechts 1 op de 24 gevallen wordt gedetecteerd. (Phelan A., 2015) De beschikbare cijfers over prevalentie zijn niet echt generaliseerbaar, aangezien vele gevallen worden ondergerapporteerd. (Gunst, 2015)

Er wordt voorspeld dat deze problematiek steeds verder zal toenemen door de stijgende levensverwachting. In 2011 werd ouderenmis(be)handeling ook hét onderwerp bij WHO.

De laatste decennia is het aandeel van de ouderen in de totale bevolking enorm toegenomen, een trend die zich de komende jaren zal verderzetten. Het Nationaal Instituut voor de Statistiek van België berekende dat de afhankelijkheid van de ouderen in 2050 20,80% meer zal bedragen dan in 2000. (NIS, 2006) Door die stijging zijn meer mensen zowel professioneel als persoonlijk begaan met de problematiek van veroudering. (Wauters, 2007)

## Vraagstelling

Welke informatie dient een verpleegkundige te weten m.b.t de aanpak en preventie van ontspoorde zorg bij ouderen in een woonzorgcentrum?

Figuur: conceptueel model

verpleegkundigen

Verpleegkundige aandachtspunten bij ouderen in een wzc

Kennistekort m.b.t. de preventie en aanpak van ontspoorde zorg bij ouderen in een woonzorgcentrum

Figuur 1: Conceptueel model

# **Zoekstrategie**

Ik ben op zoek gegaan op Pubmed, Limo, springerlink, richtlijnendatabase.nl en google Scholar. Ook heb ik interessante literatuur gekregen van Mr. Van den Vonder omtrent zorgethiek. In mijn zoektocht heb ik me proberen te beperken tot een tijdspad van maximum 5 à 7 jaar oude artikels, wat niet altijd even eenvoudig was aangezien er weinig literatuur te vinden was die zich specifiek richt op het thema ontspoorde zorg in intramurale settings. Ik heb ook enkele teksten gebruikt die dit tijdspad overschrijden, maar waarvan de auteur een autoriteit is in zijn vakgebied. Als trefwoorden gebruikte ik ‘ouderenmisbehandeling door verpleegkundigen in een residentiële setting’, ‘mistreatment of elderly in nursing homes’, ‘ontspoorde zorg in woonzorgcentra’, ‘neglect’, ‘elderly abuse’, ‘derailed care’, ‘missed care’, ‘ouderenmishandeling in woonzorgcentra’, ‘verwaarlozing als vorm van ouderenmishandeling’, ‘ontspoorde zorg in woonzorgcentra’, ouderenmishandeling in intramurale zorg’,… Ik heb contact opgenomen met de kennislijn Movisie, en heb hier ook interessante literatuur verkregen, waaronder ‘De rol van de verpleegkundige bij ouderenmishandeling in een verpleeg- of verzorgingstehuis van Karen Borja 2015’, en ‘OUDERENMISHANDELING IN HET VERPLEEGHUIS van Bardelmeyer 2004’. Ik heb ook gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode waarmee ik onder andere de knmg-meldcode, en de leidraad veilige zorgrelatie heb gevonden. Ik heb gebruik gemaakt van vier Engelstalige teksten en 10 Nederlandstalige bronnen, waaruit verschillende onderzoeksartikels, literatuurstudies, tijdschriftartikels, richtlijnen, en een review.

Figuur 2: Flowchart zoekstrategie

Literatuur via databanken (n = 174 ): vb. Limo, Pubmed, springerlink, google scholar, ...

Literatuur via sneeuwbalmethode (n = 4)

Literatuur geselecteerd o.b.v. titel en abstract (n = 36)

Exclusie (n = 22 )

Vb.

* Full tekst artikel niet beschikbaar
* Onvoldoende verpleegkundig relevant
* Full tekst betalend (duur)
* Artikel focust zich op een andere doelgroep
* …

Artikels geselecteerd obv titel en abstract = 80

Definitief geïncludeerde literatuur (n = 14)

# **Antwoord**

Om een duidelijk en volledig beeld te krijgen over ontspoorde zorg ben ik eerst in de literatuur op zoek gegaan naar wat goede zorg juist inhoudt. Nadien heb ik uitgebreid de aanpak van ontspoorde zorg besproken; deze kan worden onderverdeeld in drie delen; bewustwording, preventie, en interventie. Op basis van de gevonden literatuur heb ik ook een bijscholing uitgeschreven voor verpleegkundigen in woonzorgcentra, deze heb ik toegevoegd in bijlage. Verder heb ik een risicotaxatie-instrument, dat oorspronkelijk werd ontwikkeld voor gebruik in de thuiszorg, proberen te herwerken voor gebruik in intramurale settings. Het herwerkte risicotaxatie-instrument heb ik toegevoegd in bijlage, dit instrument is nog niet getest in de praktijk.

## Goede zorg

*“I feel the capacity to care is the thing which gives life its deepest significance.”* Pablo Casals (2000)

Goede zorg vereist de competentie om zorg te individualiseren, zorg te geven die is gebaseerd op de fysieke, psychologische, culturele en spirituele behoeften van de patiënt en het gezin (Vanlaere & Gastmans, 2011).

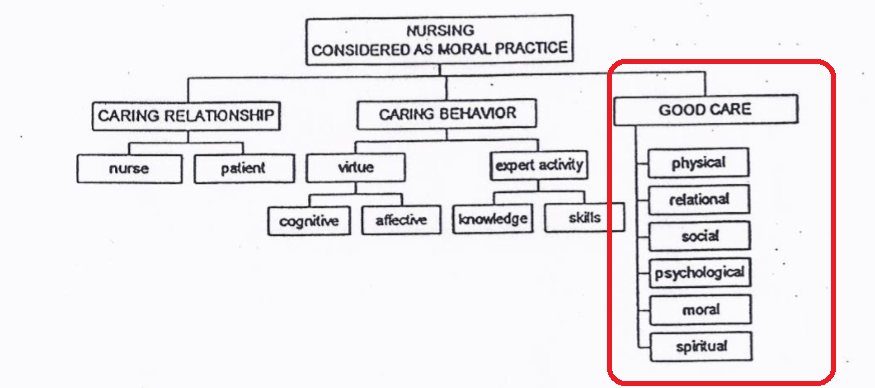
Goede zorg is erop gericht om de persoon zo onafhankelijk mogelijk, maar toch veilig te laten zijn. Goede zorg moet competent worden geleverd, rekening houdend met de context van de patiënt.

Goede zorg is meer dan goede bedoelingen, het veronderstelt een combinatie van activiteiten, attitudes en kennis van de situatie (Lachman, 2012).

Wanneer een persoon ervoor kiest om verpleegkundige te zijn, heeft hij of zij zich moreel verplicht om voor alle patiënten te zorgen. Zo'n zorgbeslissing weerspiegelt zich in de deontologische code voor verpleegkundigen: "De verpleegkundige respecteert de waarde, de waardigheid en de rechten van alle mensen, ongeacht de aard van het gezondheidsprobleem", alsook "De maatregelen die verpleegkundigen moeten nemen om voor de patiënt te zorgen, stellen de patiënt in staat om met zoveel mogelijk fysiek, emotioneel, sociaal en spiritueel welzijn te leven" (Lachman, 2012).

De deontologische code voor verpleegkundigen in België omschrijft de waarden en basisprincipes die als leidraad moeten dienen voor de verpleegkundige praktijk. Zo kunnen verpleegkundigen de vanderingen van onze snel evoluerende samenleving en de ontwikkelingen in de gezondheidswetenschappen in hun beroepspraktijk integreren. (Ernst A., Spettante A., et al., 2004)

In het algemeen wordt het doel van verplegen beschreven als het bevorderen van het welzijn van de patiënt door het verlenen van goede zorg in ruime zin, zowel op fysiek, psychologisch, sociaal, relationeel, ethisch, als spiritueel niveau. Het uitklaren van de verschillende componenten van goede zorg is van essentieel belang voor het evalueren van de verpleegkundige praktijk. Deze praktijk wordt mede opgebouwd door een vertrouwensrelatie tussen verpleegkundige en patiënt (Bisshop and Scudder,1990)

Hun kijk op ‘nursing as moral practice’ (waarin duidelijk wordt wat men verstaat onder goede zorg, en welke elementen invloed uitoefenen op de kwaliteit van zorg) kan schematisch worden weergegeven als volgt: 

Enkel door een zorgzame houding, gecombineerd met de nodige vaardigheden en kennis kan goede zorg tot stand komen. De bezorgdheid voor het welzijn van de patiënt, gecombineerd met het respect voor de patiënt in zijn totaliteit, is fundamenteel voor het morele verlangen om goede zorg te verlenen. De verpleegkundige en de patiënt gaan samen op zoek naar antwoorden op de vraag hoe de zorgverlening kan verbeterd worden om zo het welzijn te bevorderen. Hiervoor is een vertrouwensrelatie essentieel.

Een van de karakteristieken van een zorgzame houding, (een houding die geïnspireerd is door de voldoening die zorgverlening aan anderen met zich meebrengt), is dat de zorgverlener naar zijn werk gaat uit interesse voor de situatie van de patiënt in zorgnood.

De voldoening van het verlenen van zorg kan worden gedefinieerd als een persoonlijke kwaliteit die zich manifesteert aan de hand van zorgzaam gedrag, en die gericht is op het welzijn van de ander. Dit gevoel van iets te betekenen door zijn zorgverlening is onmisbaar in de ethische verpleegkundige praktijk, waarmee men bedoelt dat het de verpleegkundige helpt om het doel van verpleegkunde (namelijk goede zorg verlenen) te bereiken. (Gastmans C. en Dierckx de Casterlé B., 1998)

Een verpleegkundige die de intentie heeft om een persoon in zijn totaliteit te zien, heeft aandacht voor de fysieke, relationele, sociale, psychologische, ethische en spirituele dimensies van de mens. In het algemeen gaan we er van uit dat de zorg aan een patiënt het meest betekent wanneer men kijkt naar de patiënt als persoon in al zijn/haar dimensies. Om na te gaan of een verpleegkundige zorg ethisch verantwoord is, moet men kijken of er rekening wordt gehouden met de waardigheid van een persoon in al deze dimensies. (Gastmans C., Dierckx de Casterlé B., et al, 1998).

De zorgverlener moet op een respectvolle manier omgaan met de patiënt en oog hebben voor diens autonomie en privacy. Hij accepteert de patiënt, zijn ziekte en gedrag op een onvoorwaardelijke manier en hij is steeds bereid uitleg te geven of gerust te stellen. (Gastmans & Milisen, 2006)

Goede zorg kan alleen maar verstrekt worden als er getracht wordt om rekening te houden met alle behoeften van de oudere en daarvoor is het belangrijk om de persoon echt te leren kennen, om te weten welke waarden voor hem primeren en waaraan hij in zijn vroegere leven ook al belang hechtte …

Immers, “de menselijke waardigheid kan niet worden verspeeld, ook niet door ziekte, handicap of een nakende dood”. (Gastmans & Milisen, 2006)

Om bij te dragen aan een ethische behandeling is het nodig de waardigheid en de autonomie van de persoon te respecteren en het integrale welzijn en de zelfredzaamheid te bevorderen (Gastmans & Milisen, 2006) of zoals Miesen (2008) het verwoordt: “Alles wat plaatsvindt in een sfeer van begrip, respect en acceptatie van de beperkingen van de ander, maar ook van jezelf” is moreel en ethisch in orde. “

## Aanpak ouderenmisbehandeling en ontspoorde zorg

“Met een goed hart alleen kun je ouderenmishandeling niet behandelen”. (Luc Van de Ven, 2005).

**3.2.1 Bewustwording**

Om tot bewustwording te komen is het belangrijk dat verpleegkundigen meer informatie/ kennis verwerven omtrent dit onderwerp. In bijlage heb ik een bijscholing uitgeschreven die verpleegkundigen de nodige informatie verschaft om zich bewust te worden van deze problematiek, alsook om bij te dragen in de preventie en aanpak van ontspoorde zorg in de intramurale zorgverlening.

**3.2.2. Preventie**

**3.2.2.1 Beïnvloedende factoren en hun rol in de preventie van ontspoorde zorg**

Bij de probleemstelling hebben we uitgebreid de beïnvloedende factoren besproken. Deze kunnen echter ook tegenover beschermende factoren geplaatst worden, en op die manier een belangrijke functie vervullen in de preventie van ontspoorde zorg. (Movisie, Bureau Beke, 2018; van Bavel M., van Delft A., et al., 2012)

**a.Beschermende factoren bij de oudere**

Enkele voorbeelden van beschermende factoren bij de oudere zijn onder andere het hebben van een goed sociaal netwerk, het behouden van eigen regie en/of weerbaarheid in de zorgrelatie, en het op de hoogte zijn van gehanteerde beleidsregels, klachtregeling, en hulpmogelijkheden met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag.

**b.Beschermende factoren bij personeel**

Hieronder vallen onder andere het krijgen van voldoende ondersteuning om overbelasting van het personeel tegen te gaan, een team waarin men streeft naar een klimaat waarin moeilijke onderwerpen, zoals (vermoeden van) grensoverschrijdend gedrag, bespreekpaar zijn. Een derde mogelijke beschermende factor is het hebben van voldoende kennis omtrent grensoverschrijdend gedrag, en de door de oranisatie gehanteerde beleidsregels, en richtlijnen.

**c.Beschermende factoren op organisatieniveau en op maatschappelijk niveau**

Op organisatie- en maatschappelijk niveau kunnen volgende beschermende factoren een rol spelen in de preventie van ontspoorde zorg:

werken aan sociale veiligheid aan de hand van een samenhangend beleid, oog hebben voor het hanteren en uitvoeren van richtlijnen en protocollen, de mogelijkheid tot scholing/educatie van het personeel met betrekking tot het omgaan met kwetsbare ouderen en gedragsstoornissen. Ook hier spelen het hanteren van maatregelen die overbelasting bij het personeel voorkomen, alsook het creëren van een open en positief werkklimaat een grote rol in de preventie van ontspoorde zorg.(van bavel et al., 2012)

**3.2.2.2 Preventiestrategieën**

**a.Educatie**

Educatie is en blijft nog steeds een belangrijk controlemiddel bij de preventie van ouderenmis(be)handeling. Het is niet zo dat, eens afgestudeerd, er geen scholing meer nodig is. Continue training is essentiëel om er zeker van te zijn dat zorg geen routine wordt en de sensitiviteit gepaard met zorg, verloren gaat. De bijscholing van het zorgteam, alsook de arts, draagt bij tot het tijdig opmerken van oorzaken of signalen van ontspoorde zorg. Op die manier is er ook preventie mogelijk. Tijdens deze scholing kunnen ook onderwerpen zoals macht aangehaald worden als een vorm van sensibilisatie. Markeren dat macht geuit kan worden in een zorgrelatie, en wat de gevolgen hiervan kunnen betekenen, kan zinvol zijn. Er kunnen ook nuttige tips gegeven worden in verband met het omgaan met stress, zowel in de residentie als thuis. Educatie aan het personeel inzake de rechten van de bewoner, veiligheid en aspecten van het ouder worden en ouderenmis(be)handeling blijkt een sterk gegeven in de preventie van ontspoorde zorg. Zorgverleners geven ook aan dat educatie zeer waardevol kan zijn bij het werken met ouderen (Gunst, 2014; Bolscher A., Smits MJ., 2016).

**b. Simulatietraining**

Vervolgens komt uit verschillende onderzoeken naar voor dat fysieke trainingprogramma’s, ook wel simulatietrainingen genoemd, die reële casussen van bewoners gebruiken, een beter resultaat teweegbrengen in de (h)erkenning en het management van ouderenmis(be)handeling. Bijvoorbeeld het zorg-ethisch lab ‘sTimul’ in Moorsele maakt hier gebruik van. Het project geeft zorgethiek in praktijk een nieuwe gestalte vanuit deze unieke invalshoek. Zorg wordt in sTimul benaderd in een kader van denken en doen, nadenken en beter doen volgens de gedachtegang “doen doet denken”. Het project is vervolgens wetenschappelijk onderbouwd en doortrokken van ervaring, d.w.z. het team bestaat o.a. uit experten zoals Linus Vanlaere. Deelname aan een dergelijk didactisch trainingprogramma resulteert in een hoger ‘self-assessment’ en in meer vertrouwdheid met de (h)erkenning en rapportage van ouderenmis(be)handeling. Dit komt tot stand door deze training gedurende één jaar te volgen. Er kunnen veel voordelen opgedaan worden uit interactieve lessen. De sessies geven de deelnemers meer kansen om vragen te stellen, in discussie te gaan en te leren uit wederzijdse ervaringen. Naast Stimul heb je ook de Spiegeling te Lille die werkt aan de hand van simulatietrainingen. (Alt, Nguyen, & Meurer, 2011; Gunst 2014)).

**c.Vaardigheidstraining**

Ook vaardigheidstraining met aandacht voor vaardigheden zoals reflecteren, anticiperen –het is de vaardigheid van de verpleegkundige en de zorgkundige om te gaan anticiperen op de zorgbehoeften van de oudere waarin er eerst en vooral dient (h)erkend te worden dat de oudere tekortkomingen kan hebben *–* en omgaan met agressie kunnen bijdragen tot de preventie van ontspoorde zorg en ouderenmisbehandeling. (Gunst,2014)

**d.Teambuilding**

Daarnaast is teambuilding zeer belangrijk in de preventie van ontspoorde zorg. Het zorgt er namelijk voor dat de zorgverleners zich meer gewaardeerd voelen. Het draagt bij aan de werksatisfactie. Verpleegkundigen geven aan dat ze durven afhaken als zij zich niet erkend voelen in hun werk. Dit kan vervolgens uitmonden in ontspoorde zorg. Arbeidstevredenheid heeft een positieve invloed op de persoonlijke groei, zeker wat betreft deskundigheid. Er is meer ruimte voor ontplooiing wat bovendien de kwaliteitszorg bevordert (Gunst, 2014; Bolscher A., Smits MJ., 2016).

**e. Herkennen van signalen en risicofactoren**

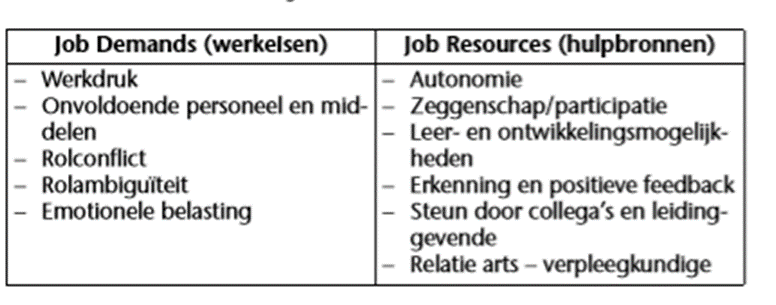
De verpleeg- en zorgkundigen hebben een belangrijke preventieve taak in het (her)kennen van de oorzaken (uitgebreid besproken bij beïnvloedende factoren) van ouderenmis(be)handeling en ontspoorde zorg. (Gunst, 2014; Bolscher A., Smits MJ., 2016)

Voor personeelsleden van zorginstellingen en woonzorgcentra die te maken krijgen met ouderenmishandeling is het van belang om de signalen te (her)kennen. In bijlage werd een overzicht van de mogelijke signalen toegevoegd.

In de literatuur vond ik een risicotaxatie-instrument voor het bepalen van het risico op ouderenmisbehandeling, maar dan toegespitst op de thuiszorg. In bijlage heb ik dit instrument herwerkt aan de hand van literatuur die ik vond omtrent de risicofactoren binnen een intramurale setting. Dit instrument is getest voor gebruik in de thuiszorg, maar aangepast voor gebruik in intramurale settings is het echter nog niet getest in de praktijk op betrouwbaarheid, validiteit, etc. In bijlage voeg ik het oorspronkelijk RITI (voor gebruik in de thuiszorg) toe, alsook het herwerkte RITI voor mogelijk gebruik in intramurale settings. (De Donder L., Van Hauwaert E., et al., 2014; Borja K., 2015)

1. **Voorkomen van overbelasting bij zorgverleners**

Job resources of hulpbronnen helpen om de werkdoelstellingen te bereiken en zorgen ervoor dat de werknemers goed functioneren en hun job gemotiveerd uitvoeren. Hoe meer hulpbronnen er voorhanden zijn, hoe minder burn-outs bij het personeel.



*Onderzoek naar de arbeidsbeleving bij artsen en aerpleegkundigen in België In opdracht van de FOD volksgezondheid en de FOD werkgelegenheid – KU Leuven en IDEWE – 2012 (Vanbelle E., De Witte H., et al., 2012)*

De literatuur onderscheidt twee “rolstressoren”: rolconflict en rolambiguïteit.

Een rolconflict ontstaat wanneer men tegenstrijdige instructies krijgt, bijvoorbeeld van de hoofdverpleegkundige en van de arts.

Rolambiguïteit duidt op het feit dat de werkdoelen niet duidelijk beschreven zijn. Er wordt niet expliciet vermeld wat er nu juist verwacht wordt. (Vanbelle E., De Witte H., et al., 2012)

**g. Eenzaamheidsbestrijding en empowerment van ouderen**

Hoe meer bezoek en menselijk contact alleenstaande ouderen hebben, hoe minder eenzaam zij zijn en dat voorkomt dan weer dat zijn sclachtoffer worden van ouderenmisbehandeling.

Hoe mondiger en weerbaarder ze zijn, hoe minder risico ze lopen. (Bolscher A., Smits MJ., 2016)

**h. Aanstellen van een aandachtsfunctionaris/preventiefunctionaris ouderenmisbehandeling**

**Rol van de aandachtsfunctionaris:**

De aandachtsfunctionaris maakt met de verpleegkundigen, zorgkundigen, en/of familie heldere afspraken over alle domeinen waar interventie nodig blijkt. Indien het nodig is, schakelt hij andere hulpverleners of vrijwilligers in voor bijvoorbeeld schuldsanering, de administratie, huishoudelijke hulp e.d. Hij heeft goede relaties met o.a. poetsbedrijven, firma’s die warme maaltijden bedelen enz. zodat zij snel (zonodig de volgende dag) in actie kunnen komen. De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling coördineert de hulpverlening en controleert het nakomen van afspraken, hij of zij is verantwoordelijk voor het contact met het cliëntsysteem en met de hulpverleners. ( Vink R. van Bavel M., 2007; Bolscher A., Smits MJ., 2016)

**Eigenschappen/ nodige vaardigheden en competenties van een aandachtsfunctionaris**

Hij is nieuwsgierig, pittig, geduldig en volhardend, hij heeft lef en hij kan goed zelfstandig en doelgericht werken. Om zijn doel te bereiken is hij in staat om in kleine stappen te werken. Hij is goed in het creëren van oplossingen, legt huisbezoeken af, kan goed communiceren en oordeelt niet. Hij heeft veel mensenkennis en kan zich perfect inleven in de situatie. Hij kan goed onderhandelen en afspraken maken en hij heeft ook kennis van ouderenmishandeling en de signalen daarvan. Hij kent de juridische wegen om de mensen te helpen. (Vink R., van Bavel M., 2007; Bolscher A., Smits MJ., 2016 )

**3.2.2.3 Bijdrage van de organisatie/instelling tot de preventie van ontspoorde zorg**

* **Stappenplan sociale veiligheid**

(Janssens K., Lammers M., et al., 2012)

1. Zorg voor een samenhangend beleid(zie bijlage)

2. Zorg voor sturing, en draagvlak

3. Stel omgangsregels vast

4. Voer een gedragscode in

5. Zorg voor een meldprotocol (zie bijlage)

6. Zorg voor voldoende deskundigheid (vb dmv educatie)

7. Heb zicht op risicofactoren in de organisatie(zie bijage “risicotaxatie-instrument)

Werk aan sociale veiligheid op locatieniveau:

- Zorg voor sturing en draagvlak

- Implementeer omgangsregels en (bijgestelde) gedragscode.

- Zorg dat het meldprotocol bij iedereen bekend is.

- Zorg voor voldoende deskundigheid.

- Maak een sterkte- zwakteanalyse.

- Stel uw doelen.

- Kies uw strategieën.

- Leer uit ervaringen.

- Meet resultaten.

9. Maak andere locaties binnen de organisatie veilig:

(Op www.movisie.nl/werkenaansocialeveiligheid is meer informatie te vinden over manieren om resultaten en werkwijzen te verspreiden naar andere locaties binnen uw organisatie. Zie: Verspreiden en borgen: werkwijze om andere locaties binnen de organisatie veilig te maken.) (Janssens K., Lammers M., et al., 2012)

10. Werk cyclisch aan sociale veiligheid:

Nu is het zaak te zorgen dat het onderwerp is verankerd in de organisatie en als het ware automatisch cyclisch terugkeert, bijvoorbeeld in managementbesprekingen, risico-inventarisaties, werkplannen, teamoverleggen en ondersteuningsplannen. Het agenderen van het onderwerp, de sterkte- zwakteanalyse, het werken met PDSA’s, regelmatig meten en borgen dragen elk bij aan het levend houden van het onderwerp. (Janssens K., Lammers M., et al., 2012)

### 3.2.3 Interventies

#### 3.2.3.1 Melden van grensoverschrijdend gedrag

**Zorg voor een intern meldprotocol**

Het is een hele stap om bij signalen over te gaan tot melding van grensoverschrijdend gedrag, dit geldt zeker voor vermoedens over een medewerker. Het melden van elke situatie van grensoverschrijdend gedrag is echter noodzakelijk om de eventuele schade zoveel mogelijk te beperken. Alle betrokkenen moeten overtuigd raken van het nut van melden, ook als het om ‘kleine’ grensoverschrijdingen gaat. Ernstige vormen beginnen namelijk vaak ‘heel klein’. Daarenboven creëert het verdragen van ‘kleine’ overschrijdingen een klimaat waarin ook ernstigere vormen aanvaardbaarder worden. (Janssens K., Lammers M., et al., 2012)

**Interne meldplicht voor medewerkers**

Er zijn manieren om de drempel tot melden zo laag mogelijk te maken. Voor medewerkers zorgt het hanteren van een meldplicht er bijvoorbeeld voor dat het al dan niet melden geen zaak is van persoonlijke opvattingen.en bekommernissen. Medewerkers moeten ook goed bewust worden gemaakt van het feit dat een melding absoluut nog geen beschuldiging is en ze moeten de garantie krijgen dat elke zaak zorgvuldig en zo objectief mogelijk wordt onderzocht. Zo zullen ze minder lang twijfelen om van iets aangifte te doen. Een meldplicht kan tegenstrijdig zijn met de wens van het slachtoffer voor geheimhouding. Echter, door op deze wens in te gaan, kan geen hulp op gang worden gebracht en lopen ook anderen het risico slachtoffer te worden van de betreffende pleger. (Janssens K., Lammers M., et al., 2012)

**Meldingen door cliënten**

Een organisatie kan cliënten geen meldplicht opleggen. Aan hen moet de organisatie in begrijpelijke taal (schriftelijk en mondeling) duidelijk maken dat het melden van onvrede, nietpluisgevoelens en agressie altijd goed is. Het is daarbij belangrijk om cliënten nadrukkelijk te wijzen op het belang van melden omdat zij daarmee een bijdrage leveren aan de veiligheid, niet alleen voor zichzelf, maar voor alle cliënten binnen de instelling. Het helpt als de organisatie kan aantonen dat de belangen en privacy van cliënten in acht genomen worden. Voorlichting helpt eveneens de drempel voor cliënten te verlagen. (Janssens K., Lammers M., et al., 2012)

**Wetgeving**

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. (Movisie, Bureau Beke, 2018)

In bijlage 4 werd een voorbeeld van een meldprotocol toegevoegd.

#### 3.2.3.2 Methodisch handelen bij ouderenmisbehandeling en ontspoorde zorg

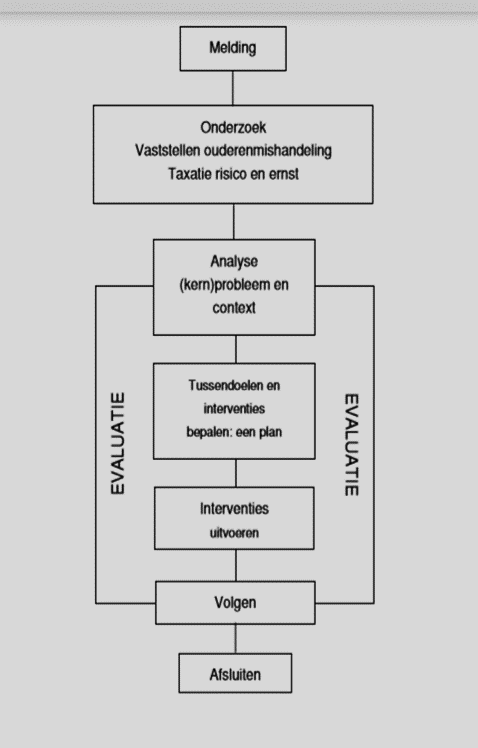
Het is moeilijk om één algemeen toepasbare methodiek toe te schrijven aan de behandeling en preventie van ouderenmisbehandeling en ontspoorde zorg. Dit komt doordat iedere casus/situatie anders is en het vaak om complexe situaties gaat. De omstandigheden van elke casus zijn onvoorspelbaar en het gaat nooit om een standaard geval. De methodiek van handelen moet dus geval per geval bekeken worden. Daarvoor zijn er verschillende soorten modellen.

Hierna wordt er meer uitleg gegeven over **het fasemodel, het chirurgisch model, het gedragsveranderend model, en het ecologisch model** in functie van de behandeling van ouderenmis(be)handeling. Een methode is een weloverwogen manier van handelen die gebaseerd is op ervaringen en overeenkomsten in de werkwijze van meerdere professionals. Het is nooit een individuele werkwijze. (Vink R., van Bavel M., 2007)

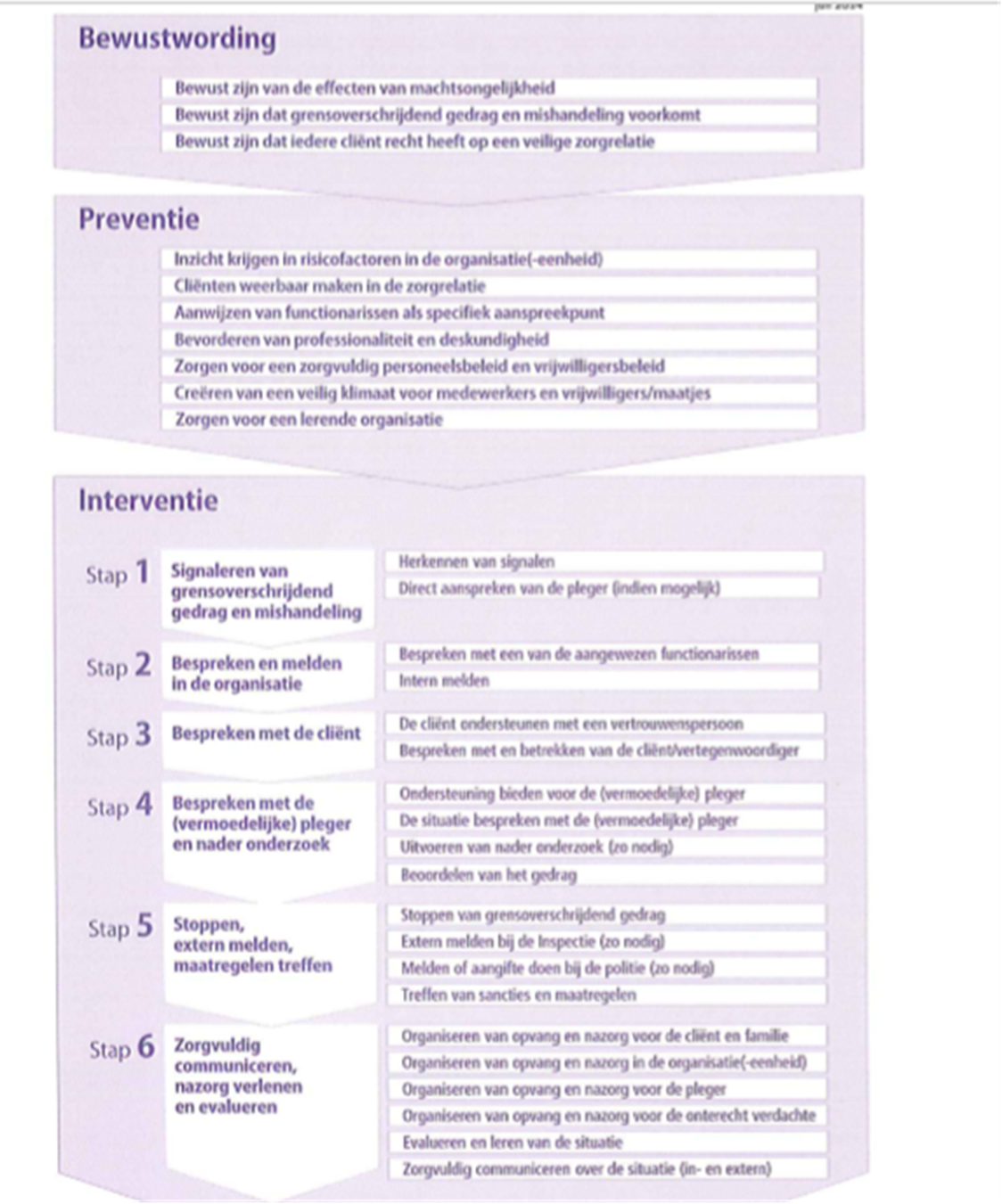
**A Het fasemodel**

Het uitgangspunt in dit model is de ordening van de elkaar opvolgende fasen in de tijd.

Voorbeeld ouderenmishandeling/ontspoorde zorg:

(Vink R., van Bavel M., 2007)

Het stappenplan uit de leidraad veilige zorgrelatie is ook een voorbeeld van een fasemodel voor de aanpak van grensoverschrijdend gedrag.



**B Het chirurgisch model**

De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling moet constant rekening houden met de verschillende omstandigheden om te weten welke aanpak geëigend is voor een bepaalde casus.

* Indeling op grond van de onderliggende problematiek/oorzaak

De interventies worden gekozen in functie van het motief van de pleger(s).

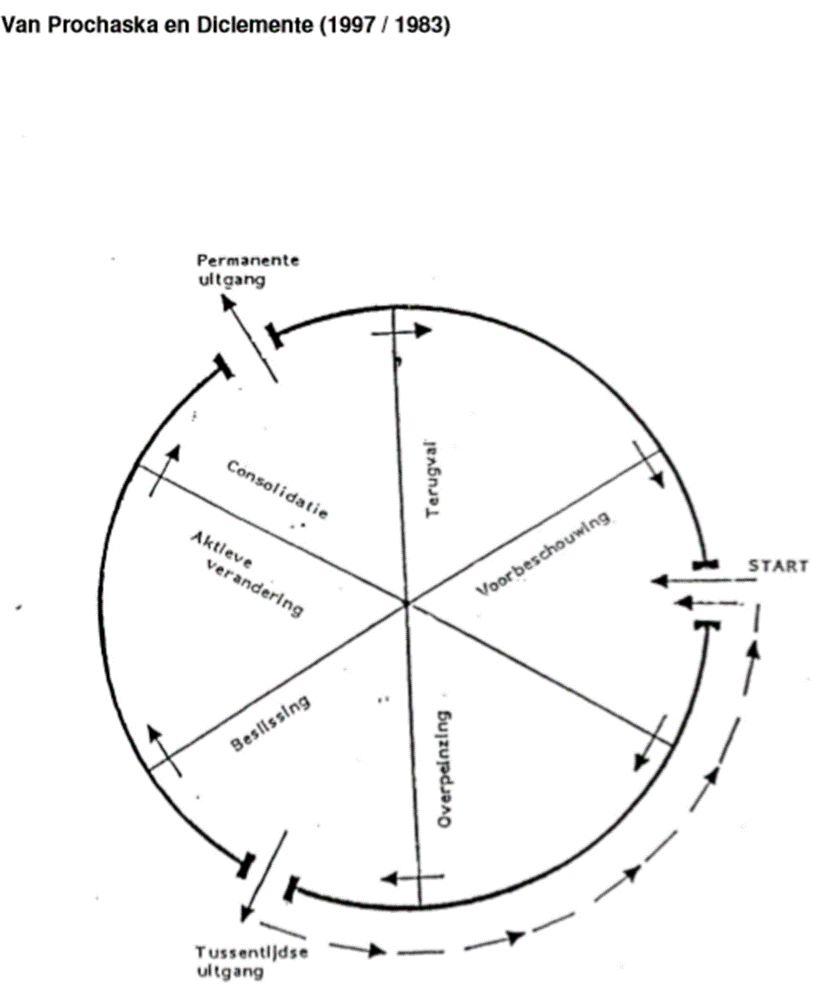
- Indeling op grond van ernstgraad

Niet alleen het type probleem maar zeker ook de ernst van de mishandeling heeft invloed op de gekozen interventie. De zelfbeschikking van de zorgvrager neemt af naarmate de (noodzaak tot) bemoeienis toeneemt. (Vink R, van Bavel M., 2007)

**C Het gedragsveranderingmodel**

Dit model is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie, en richt zich op het individu.

De houding van de cliënt ten opzichte van zijn gedragsprobleem situeert zich in één van de 6 volgende fasen : vooroverweging, overweging, beslissing, actieve verandering, consolidatie en terugval.(Vink R., van Bavel M., 2007)

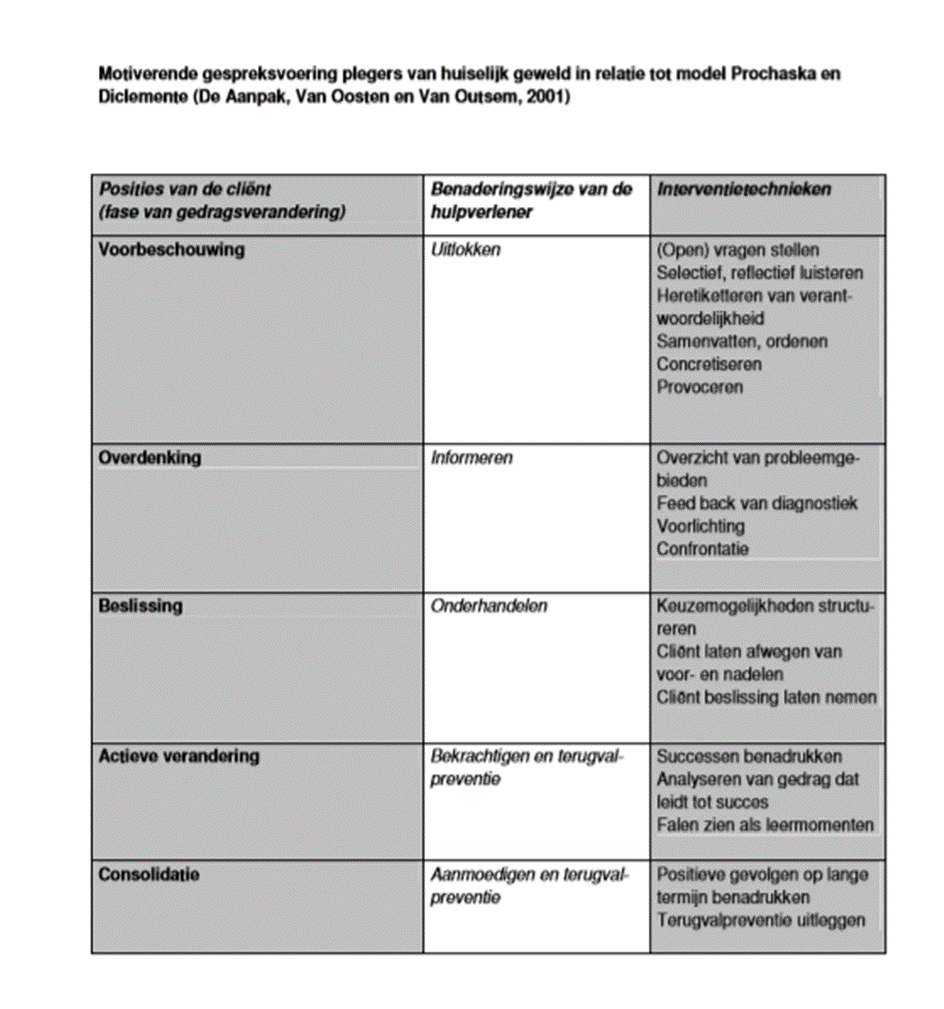


In elke fase moet de hulpverlener kunnen terugvallen op bepaalde vaardigheden zoals bijvoorbeeld motiverende gesprekstechnieken of psycho-educatie…

Het is van groot belang om stap per stap te werken met (tussen)doelen zodat ze haalbaar zijn en de hoop/motivatie niet wegvalt. De gesprekken moeten motiverend zijn en er moet een vertrouwensrelatie opgebouwd worden. (Vink R., van Bavel M., 2007)

In de aanpak van situaties van ouderenmishandeling ontbreekt soms de tijd om het slachtoffer of de pleger(s) tot een gedragsverandering te laten komen. Om de veiligheid van het slachtoffer te waarborgen, moet er soms snel gehandeld worden en dan is dit model te omslachtig. Dit model wijst ons op het belang van motivatietechnieken wanneer de oudere en/of pleger(s) overtuigd moeten worden om hulp te aanvaarden of stappen te zetten. (Van Oosten en Van Outsem, 2001; Vink R., van Bavel M., 2007)

Hoe kunnen wij als verpleegkundigen ondersteuning bieden in de verschillende fasen van gedragsverandering?



Vink R., van Bavel M., 2007

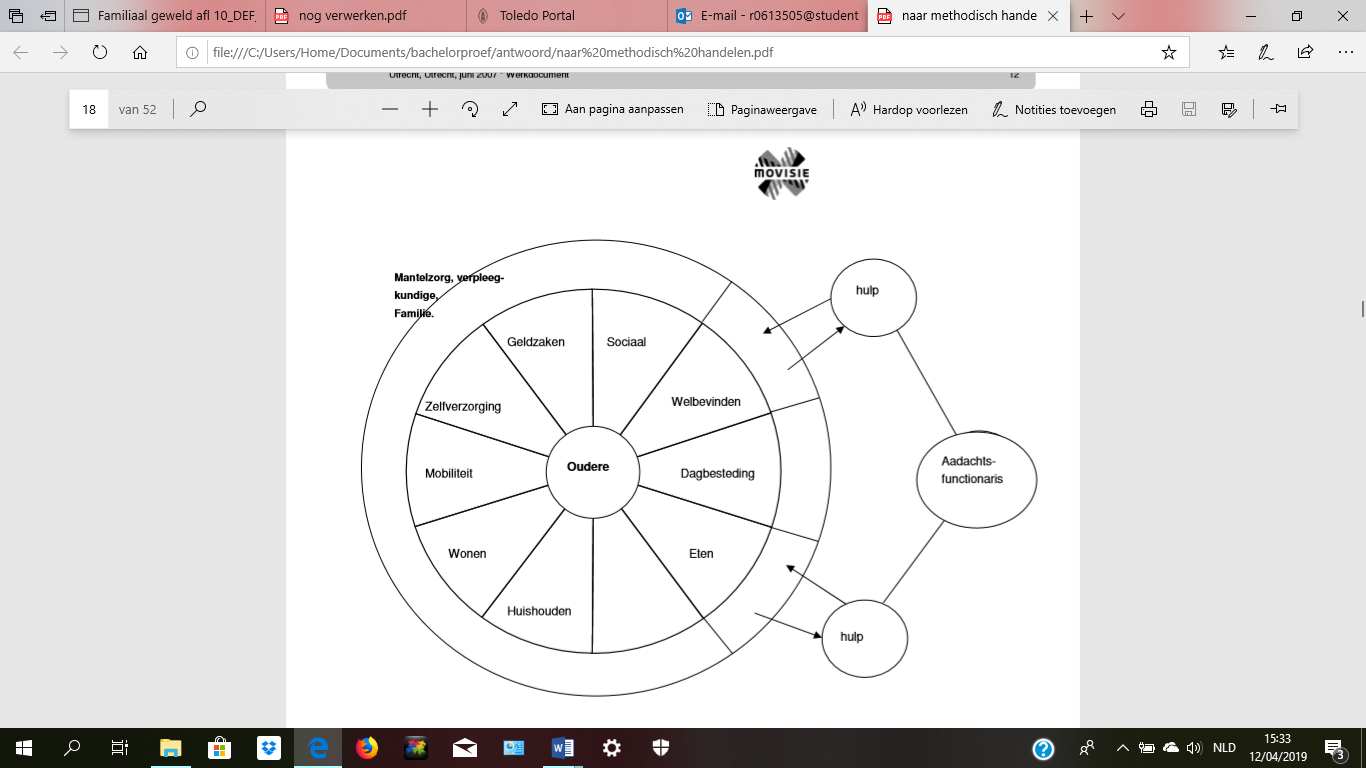
**D Ecologisch model**

Ecologische modellen, systeemtheoretische en contextuele modellen hebben gemeen dat ze de cliënt bezien in relatie tot zijn of haar omgeving. (Vink R., van Bavel M., 2007)

In het ecologisch model wordt er onderscheid gemaakt in vijf deelsystemen: het micro- meso- exo- macro- en chronosysteem. Het uitgangspunt in dit model is om de cliënt te bekijken in zijn eigen omgeving, over de grenzen van het eigen vakgebied. De WHO heeft het model van Bronfenbrenner (1996) in 2011 overgenomen om de risicofactoren voor ouderenmishandeling in kaart te brengen. Het ontstaan en het voortduren van (ouderen)misbehandeling wordt verklaard vanuit een combinatie van individuele, relationele, maatschappelijke en culturele aspecten. In dit model wordt duidelijk gemaakt dat ouderenmishandeling een probleem is waarinde 4 aspecten aanwezig zijn. Op maatschappelijk en cultureel vlak worden mensenrechten en de gezondheid van ouderen geschonden. (Messelis et al., 2015; Vink R., van Bavel M., 2007).

Voorbeeld model van Wolswijk:

Uitgangspunt: in hoeverre slaagt de 2de ring er in om de verschillende leefgebieden adequaat te organiseren?



**3.2.3.3 Gespreksvoering**

***Tips voor gesprekken met volwassen slachtoffers***

Wees een OEN (open, eerlijk en neutraal), smeer met NIVEA (niet invullen voor een ander), gebruik LSD (luisteren, samenvatten en doorvragen) en laat uw OMA thuis (oordeel, mening en advies).

Als je vermoedt dat er een vorm van mishandeling aanwezig is, dan wacht je best niet te lang om het slachtoffer te informeren over je bezorgdheid en je probeert hem de gelegenheid te geven hierover met jou te spreken. Er is natuurlijk een zekere mate van vertrouwen nodig tussen beide personen.

Het is belangrijk om je goed voor te bereiden op het gesprek en om op voorhand informatie te verzamelen. Je moet zeker nagaan of er al hulp is.

Je vraagt best raad aan andere betrokken instellingen of zelfs om ondersteuning bij het voeren van het gesprek.

Het is aangewezen om het gesprek vooraf met een collega te oefenen en tijdens het gesprek is een veilige omgeving van cruciaal belang.

Tijdens het gesprek zeg je duidelijk waarover je je zorgen maakt zonder echter het woord mishandeling te gebruiken.

Je vraagt aan de betrokkene hoe hij de zorg beleeft en of hij zich veilig voelt, of hij concrete problemen heeft.

Je stelt best open vragen met vraagwoorden zoals wie, wat, waar, hoe of wanneer en je vertrekt vanuit jezelf bij de bespreking, je zegt bijvoorbeeld: ik heb opgemerkt dat …

Vermijd om alle problemen in één keer te vermelden en oordeel niet, maar accepteer en geef blijk van empathie. Toon een actieve, geïnteresseerde houding en haal je gesprekspartner terug naar het hier en nu als daar nood aan is. Als de situatie te moeilijk wordt, stel je bijvoorbeeld een eenvoudige, alledaagse vraag zoals:”Wat denk je van een kopje koffie?”

Hoed je voor vrijblijvendheid en wees eerlijk. Doe zeker geen beloftes die je niet waar kan maken zoals bijvoorbeeld geheimhouding.

Beëindig het gesprek indien de gesprekspartner dreigingen uit en wijs hem erop dat hij dreigt.

Wijs hem erop dat mishandeling ontoelaatbaar is en maak hem bewust van zijn eigen verantwoordelijkheid. (knmg meldcode,2018)

### 3.2.4 Screeningsinstrument ouderenmisbehandeling/ontspoorde zorg

De studie van Yaffe (2008) ontwikkelde en evalueerde de Elder Abuse Suspicion Index (EASI). Deze werd onderzocht bij cognitief intacte (MMSE ≥24) ouderen van 65 jaar en ouder in de eerstelijnszorg. De EASI bestaat uit 6 items. In totaal worden 5 items uitgevraagd aan de oudere patiënt (onder andere: Bent u afhankelijk van iemand bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten? Heeft iemand u gedwongen om papieren te tekenen tegen uw wil?) en 1 item wordt beantwoord door de behandelende arts (onder andere het opmerken van gedrag dat kan duiden op ouderenmishandeling, zoals geen oogcontact maken, slechte hygiëne, verwaarloosde kleding). De EASI werd door Yaffe geëvalueerd aan de hand van een referentietest, de zogenoemde Social Work Assessment (SWA); een gestructureerd interview afgenomen door een maatschappelijk werker, waarmee ouderenmishandeling kan worden vastgesteld of uitgesloten. Daarbij waren de maatschappelijk werkers geblindeerd voor de uitslag van de EASI. De sensitiviteit van de EASI bleek 44% en de specificiteit bleek 77%. Daarnaast is de EASI reeds in meerdere landen gevalideerd wat hoopvol stemt voor cross-culturele toepassing (WHO, 2006). Omdat bij het gebruik van de EASI directe vragen gesteld worden aan de oudere, kan dit instrument alleen gebruikt worden bij ouderen met voldoende cognitieve vaardigheden*. (*Yaffe MJ, Wolfson C, et al., 2008; Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2018)

In de studie van Cohen (2006) wordt de Elderly Indicator of Abuse (E-IOA) geëvalueerd. De E-IOA is afkomstig van het oorspronkelijke instrument de IOA (‘indicators of abuse’) van Reis en Nahmiash (1998) en is onderzocht in een groot cohort van patiënten opgenomen in twee ziekenhuizen in Jerusalem. Het instrument omvat een lijst met signalen van ouderenmishandeling waarbij de mate en frequentie waarin deze signalen voorkomen op een schaal van 1 tot 5 kan worden aangegeven. De afname van de vragenlijst duurt 2 tot 3 uur. De Cronbach’s α varieerde in de studie van 0,78 tot 0,91. De sensitiviteit van de E-IOA was 92,9% en de specificiteit was 97,9%. De E-IOA heeft een goede validiteit en betrouwbaarheid en is gemakkelijk te scoren. Echter, het afnemen van de E-IOA behoeft training, kost veel tijd en is beperkt toepasbaar voor het identificeren van financiële mishandeling. Opvallend is dat de test aandacht heeft voor de functionele en voedingsstatus van de oudere. (Cohen M, Halevi-Levin S, et al., 2006; Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2018)

De studie van Conrad (2010a) beschrijft de ontwikkeling van de Older Adult Psychological Abuse Measure (OAPAM), een screeningstest die door de patiënt zelf wordt ingevuld. De OAPAM bestaat uit 31 items en beslaat de volgende domeinen: isolering, ongevoelig en oneerbiedig gedrag, verwijten en beschuldigingen, bedreigingen en intimidatie en overige factoren. De psychometrische resultaten laten een Cronbach’s α zien van 0,92 en een item-betrouwbaarheid van 0,97. De toepassing van dit instrument is beperkt doordat het zich uitsluitend richt op één specifieke vorm van ouderenmishandeling (psychische mishandeling). (Conrad KJ, Iris M, et al., 2010; Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2018)

Naast de voordelen brengt standaard screening op ouderenmishandeling ook potentiële nadelen met zich mee. Zo bestaan er voor (kwetsbare) ouderen in het ziekenhuis al diverse verplichte screeningen (bijvoorbeeld op delier en valrisico) en kan het onstaan van een screenings-moeheid een risico vormen. Ondanks dat de bewijskracht voor de verschillende screeningsinstrumenten voor ouderenmishandeling nog beperkt is, lijkt systematische screening op ouderenmishandeling bij de oudere patient die behandeld wordt in de medisch- specialistische zorg zinvol. Bij (vroeg)detectie kan beïnvloeding van de situatie plaatsvinden waardoor de kans op herhaling kan afnemen. Mogelijk is een dergelijke screening de enige mogelijkheid voor de oudere om problematiek op dit gebied kenbaar te maken. Ten slotte, niet op de minste plaats, worden zorgprofessionals zich zo meer bewust van het bestaan van ouderenmishandeling en raken zij vertrouwd met het bespreekbaar maken van het onderwerp. (Richtlijn vermoeden van ouderenmisbehandeling, 2018)

**In bijlage** heb ik **een risicotaxatie-instrument** toegevoegd, dat oorspronkelijk ontwikkeld werd voor thuiszorg situaties (Vrije Universiteit Brussel, 2013), met als doel het risico op ouderenmis(be)handeling te achterhalen. Ik heb aan de hand van de gevonden literatuur mbt de risicofactoren op ontspoorde zorg/ouderenmis(be)handeling in een intramurale setting, het instrument proberen herwerken voor gebruik in intramurale settings. Het herwerkte instrument is nog niet getest in de praktijk ifv validiteit en betrouwbaarheid, maar kan mogelijk hulp bieden bij het screenen naar het risico op ouderenmisbehandeling en ontspoorde zorg in bijvoorbeeld woonzorgcentra. Verder onderzoek naar validiteit, en betrouwbaarheid is noodzakelijk voor effectief gebruik in praktijk.

In de literatuur vond ik een lijst met een aantal criteria waaraan een degelijk risico-inschattingsinstrument van ouderenmis(be)handeling moet voldoen.

1. Een goed inschattingsinstrument screent zowel signalen van ouderenmis(be)handeling als risicofactoren.
2. De vragenlijst mag niet te lang zijn. Hij moet gebruiksvriendelijk zijn en aangepast aan het gebruik in drukke praktijksettings. Hij moet hanteerbaar zijn door verschillende professionals, zoals o.a. verzorgenden, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen.
3. Het houdt rekening met de sociale context van de oudere.
4. Ten slotte moeten ook de psychometrische kwaliteiten van het instrument getest worden. Weinig studies rapporteren de betrouwbaarheid, validiteit of statistische informatie over het instrument. Een psychometrisch zwak instrument gebruiken kan echter leiden tot foute inschattingen.

(De Donder L., Van Hauwaert E., et al., 2014)

# Discussie

**Kritische reflectie op het herwerkte risicotaxatie-instrument:**

Het inschattingsinstrument screent zowel signalen van ouderenmisbehandeling, als risicofactoren. De risicofactoren worden onderverdeeld in risicofactoren oudere, risicofactoren personeel, risicofactoren instelling, en externe risicofactoren, en komen allemaal aan bod in het herwerkte risicotaxatie-instrument. Het instrument neemt weinig tijd in beslag, en kan gebruikt worden door verschillende professionals. Bij de risicofactoren van de oudere wordt er ook rekening gehouden met de sociale context van de oudere. De psychometrische kwaliteiten van het herwerkte risicotaxatie-instrument zijn helaas nog niet getest. Testing op betrouwbaarheid, validiteit, etc. is aangewezen voor effectief gebruik in praktijk.

**Feedback vanuit de praktijk**

Ik ben met de werkmap voor de bijscholing feedback gaan vragen in een woonzorgtehuis. Als feedback op het risicotaxatie-instrument kreeg ik de vraag door wie en op welk ogenblik er gebruik zou kunnen gemaakt worden van het risicotaxatie-instrument. Ik denk persoonlijk dat dit gebruikt kan worden door alle zorgverleners aan ouderen, en voornamelijk bij een niet-pluis gevoel omtrent de zorg. Men vond het een zeer actueel en zinvol onderwerp. Men vond de bijscholing zelf iets te theoretisch, met gebruik van moeilijke woorden, wat bij een groep van zorgkundigen snel kan leiden tot afleiding. Ook gaven ze mij de feedback om nog iets meer voorbeelden te gebruiken, en de theorie te beperken tot probleemstelling/ te nemen acties/ intervisie en oefeningen. De situatieschetsen vond men goed opgesteld, maar men zou eerder gebruik maken van eigen casussen, die men bij effectieve bijscholing ook eventueel anoniem wou doorsturen naar de lesgever. Het strokenspel vond men heel interessant, en goed omdat dit echt leert om te reflecteren, en ook eens door de bril van de bewoner te kijken. De toepassing ‘de brievenbus’ vond men ook heel interessant om als team tot gedragsafspraken te komen. Men heeft deze ook zelf gekopieerd om op te hangen in de teampost zodat het na eventuele bijscholing niet verloren gaat. Er werd ook gezegd dat als ik deze bijscholing in het echt graag wou geven, ik altijd eens mocht terugkomen.

# Besluit

Het zich bewust worden, signaleren en remediëren van ontspoorde zorg is zeker belangrijk. Nog beter is het om preventief op te treden.

Essentieel voor goede zorg is dat de verpleegkundige de patiënt behandeld zoals hij/zij zelf behandeld zou willen worden en dat hij/zij oog heeft voor de individuele behoeften van elke zorgvrager.

In praktijk moet er altijd over gewaakt worden of er iemand risico loopt op of tekenen vertoont van ontspoorde zorg en/of ouderenmis(be)handeling. Daarvoor is het goed om mogelijke signalen of risico’s te kennen en dit eindwerk is daar een goed hulpmiddel bij. Als iedereen er samen over waakt, en er een goede verstandhouding tussen het personeel, de leidinggevenden, de zorgvragers en hun familie is, dan zal de zorg automatisch kwalitatief beter zijn.

Het onderwerp ontspoorde zorg en ouderenmis(be)handeling is een onderwerp dat meer en meer voorkomt, en ook steeds meer aan bod komt in de actualiteit. Hieruit kan worden afgeleid dat het een onderwerp is dat echt wel relevant is vandaag de dag. Ik hoop dan ook dat dit eindwerk een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg in de geriatrie. Het is een gewaagd onderwerp, zeker ook om te bespreken in een bijscholing. Toch denk ik dat dit een goede strategie is om het kennistekort bij verpleegkundigen weg te werken, en de bewustwording in gang te zetten. Het feit dat er in een bijscholing open over dit onderwerp gesproken wordt, alsook de toepassingen/workshops, maken het onderwerp al meer bespreekbaar, waarmee ik de drempel tot het melden van een grensoverschrijding hoop te verlagen.

Ik koos voor een bijscholing als strategie om het kennistekort bij verpleegkundigen weg te proberen werken. Naast de op kennis en vaardigheden gebaseerde leerbehoeften, speelt ook de ontwikkelingsbehoefte bij verpleegkundigen een grote rol. Psychologische zelfreflectie wordt besproken, en aanbevolen als een leidend concept om de ontwikkeling en levering van een relevant, empowerend en evidence-based scholingsprogramma te kunnen ontwikkelen. (Fairchild MR, Everly M, et al., 2013)

In een nieuwsbrief van het NVKVV (de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen) van 15 maart 2018 las ik dat alle verpleegkundigen in de toekomst waarschijnlijk 60 uur permanente vorming zullen moeten volgen, gespreid over vier jaar. Het advies daarvoor komt van de Federale Raad voor Verpleegkundigen die stellen dat enkel verpleegkundigen die zich geregeld bijscholen up-to-date werk kunnen leveren in een wereld die constant in verandering is. Volgens de Europese richtlijn (2013/55/EG) is het belangrijk om zijn beroepsvaardigheden permanent te blijven ontwikkelen. Dit komt zowel de zorgkwaliteit naar de patiënt ten goede als het zelfvertrouwen van de zorgverlener.

# Literatuurlijst

Alt, K. L., Nguyen, A. L., & Meurer, L. N. (2011). The Effectiveness of Educational Programs to Improve Recognition and Reporting of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of the Literature. (p. 213-233) in *Journal of Elder Abuse & Neglect*.

Bardelmeijer, E. A., Schols, J. M. (2008). Ouderenmishandeling thuis en in instellingen. (p. 68-71) in *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde.*

Bishop, A., Scudder, J., (1990). *The practical, moral, and personal sense of nursing: A phenomenological philosophy of practice*. New York.

Bolscher, J., Smits, MJ., (2016). *Leidraad veilige zorgrelatie.*

Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., et al., (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. J Aging Health. 18(5):660-85. PubMed PMID: 16980634

Conrad, KJ., Iris, M., Ridings, JW., et al. (2010). Self-report measure of financial exploitation of older adults. *Gerontologist*. 2010b;50(6):758-73.doi: 10.1093/geront/gnq054. Epub 2010 Jul 28. PubMed PMID: 20667945.

Corbi, G., Grattagliano, I., Ivshina, E., Ferrara, N., Cipriano, A. S., & Campobasso, C. P. (2014, september 5). Elderly abuse: risk factors and nursing role. Opgeroepen op december 5, 2014, van Springerlink

De Donder, L.., Van Hauwaert, E., et al., (2014) Risicotaxatie instrument

Ernst, A., Spettante, A. et al., (2004) *Deontologische code vpk*

Federatie medische specialisten, (2018). Richtlijn ‘Vermoeden van Ouderenmishandeling in het medisch-specialistische zorgdomein’

Gastmans, Dierkcx en Schotsmans, (1998) *Nursing Considered as Moral Practice*

Gastmans, C., & Milisen, K. (2006). Het gebruik van fysieke fixatie bij ouderen: een zorg-ethische aanpak.(p. 1650 – 1658) in *Tijdschrift voor Geneeskunde, 23*.

Hawes, C., (2002) Elder abuse in residential long-term care facilities: What is known about prevalence, causes and prevention, Testimony before the U.S. Senate Committee on Finance, 12 pp

Janssens K. , Lammers M., et al, (2012) , *Toolkit werken aan sociale veiligheid*

Lachman, V.D., (2012) *Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice*

Manthorpe, J., (2002) Identifying and assessing abuse in care homes – part 2, *Nursing Older People (*jrg. 14, nr. 1, p. 27-28)

Messelis, E. (2015). Belang van wetenschappelijke benadering bij ouderenmis(be)handeling: Vroegdetectie, risico- en beschermende factoren en interventies. (hfdst. 2, afl.11, deel 1-3) in *Handboek Familiaal Geweld*.

Miesen, B. (2008). Macht. In B. Miesen, *Zorg om mensen met dementie* (pp. 147-167). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Milisen, K., De Maesschalck, L, Abraham, I., (2002). Geweld op ouderen: een onheil met vele gedaanten. *Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen (*p. 353 – 372). Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg.

Milisen, K., De Maesschalck, L, Abraham, I.,(2002). Het gebruik van fixatiemiddelen bij ouderen. *Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen (*p. 373 – 384). Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg.

Mowlham, A., Tennant, R., Dixon, J. en McCreadie, R. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Qualitative Findings*. London: National Centre for Social Research

Outsem, R., van Oosten, N. (2001). *De Aanpak: systeemgerichte hulp bij geweld in relaties*. Utrecht, TransAct

Palviainen, P., Hietala, M., Routasolo, P., Suominen, T., Hupli, M. (2003). Do Nurses Exercise Power In Basic Care Situations? (p.270 -280) in *Nursing ethics.*

Payne, B. K., Fletcher, L. B. (2005). Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers.(p. 119-125) in *Journal of Criminal Justice*.

Pillemer, K., (1988) Maltreatment of patient in nursing homes: overview and research, *Journal of health and social behaviour* ( jrg.x, nr. 29, p. 227-238)

Probis, (2018). *Woonzorgcentra: Trends en indicatoren* <https://www.ing.be/Assets/nuid/documents/714429_studie_design_ouderenzorg_NL_pages.pdf>

Thys, D. (2004). *Ontspoorde zorg bij dementerende ouderen binnen de RVT’s.* (Eindverhandeling tot licentiaat in de gerontologie aan de Vrije Universiteit van Brussel)

Van Bavel, M., Van Delft, A., Janssens, K. en Goes, A. (2012). *Zorg en grenzen: Handreiking voor het werken aan sociale veiligheid in de ouderenzorg*. Utrecht: Movisie

Vanbelle, E., De Witte, H., et al., (2013) *Burn-out in de zorg: afbakening en overzicht van oorzaken en gevolgen*

Vanlaere, L., & Gastmans, C. (2011). A personalistic approach to care ethics. (p.161 -173) in *Nursing Ethics, 18*.

Verté, D. (2015, 3 maart ). Vergrijzing en vereenzaming zijn megatrends volgens Vlaamse regering. Wat te doen? *De Morgen*, p. 10.

Vink, R., Van Bavel M., (2007). *Naar methodisch handelen.*

Wauters, B. (2007). *Ouderenmis(be)handeling in Vlaanderen. Een empirisch onderzoek.* (Eindverhandeling tot licentiaat in de sociologie aan de Vrije Universiteit van Brussel)

WHO, (2018). Elder abuse. Geraadpleegd op 3 april 2018 via [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/)

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

# Bijlagen

Bijlage 1 analyse van gebruikte bronnen

Bijlage 2 ontwikkelen samenhangend beleid

Bijlage 3 voorbeeld gedragscode

Bijlage 4 meldprotocol

Bijlage 5 risicotaxatie-instrument (oorspronkelijk ontwikkeld en getest voor gebruik in thuiszorg) aangepast naar gebruik in intramurele setting (nog niet getest in praktijk)

Bijlage 7 overzicht mogelijke signalen van ouderenmis(be)handeling + stroomschema letselduiding

Bijlage 8 ontwikkelen van een bijscholing

Bijlage 9 werkmap voor deelnemers aan bijscholing

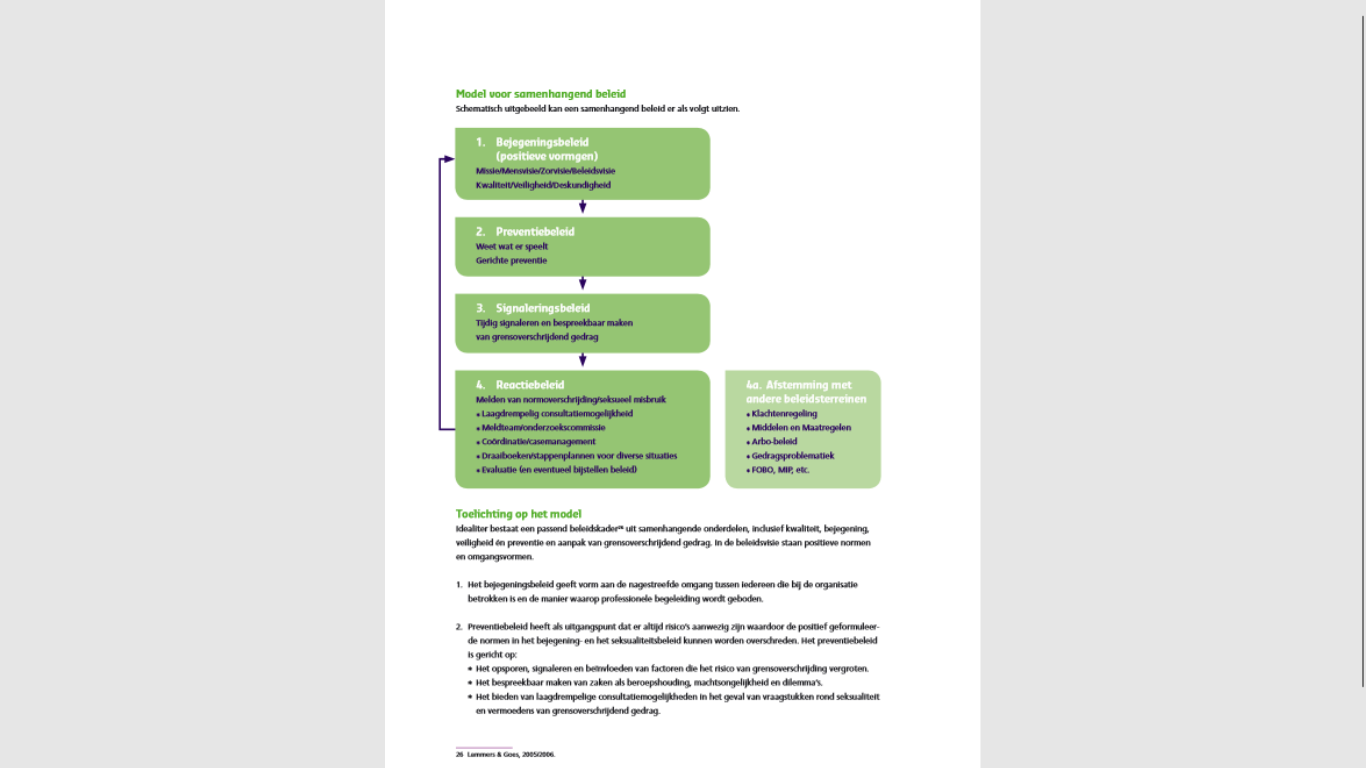
# Bijlagen

**Bijlage 1 Analyse van gebruikte bronnen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Referentie**  (auteur et al., jaartal) | **Titel** | **Gevonden via** (zoekmachine – trefwoorden) | **Type bron**  (tijdschriftartikel, boek, expert ...) | **Setting** (vb. ZH, WZC ...) **– doelgroep**  (vb. ouderen, baby’s ...) | **Doelstelling - vraagstelling** |
| 1.Maria van Bavel, Annette van Delft, Kristin Janssens, Annemiek Goes 2012 | Zorg en grenzen  Handreiking voor het werken aan sociale veiligheid in de ouderenzorg | Google scholar | Handreiking | Zorgverleners in de ouderenzorg | Praktische tips en adviezen bieden voor het werken aan sociale veiligheid en het omgaan met ouderenmishandeling binnen zorgorganisaties voor verpleging en verzorging. |
| 2.Gunst J. 2014 | Ontspoorde zorg door verpleegkundigen en zorgkundigen bij ouderen in een residentiële setting | Limo  Ontspoorde zorg en ouderenmisbehandeling in een wzc | literatuurstudie | Residentiële setting, verpleegkundigen | doel: de materie ouderenmis(be)handeling en ontspoorde zorg deels uit de taboesfeer te krijgen door beide onderwerpen bespreekbaar te maken.  Vraag: is ontspoorde zorg een vorm van ouderenmis(be)handeling? |
| 3.Lachman V.D, 2012 | Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice | projectbegeleider | tijdschriftartikel | verpleegkundigen | Doel: Het verlenen van ethisch goede zorg  Vraag: hoe kan ik mijn verantwoordelijkheid in de zorg nemen? |
| 4.Gastmans C., Dierckx de Casterlé B, Schotsmans P., 1998 | Nursing Considered as Moral Practice: A  Philosophical-Ethical Interpretation of  Nursing | projectbegeleider | tijdschriftartikel | verpleegkundigen | Het doel van deze bijdrage is het ontwikkelen van een fundamentele ethische kijk op verpleegkundige zorg die als morele praktijk wordt beschouwd. |
| 5.De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)  2018 | Richtlijn Vermoeden van Ouderenmishandeling in het medisch-specialistische  Zorgdomein | Richtlijnendatabase.nl | Richtlijn | alle zorgprofessionals werkzaam in het medisch-specialistisch zorgdomein | De richtlijn  biedt aanknopingspunten voor  lokale protocollen en/of transmurale zorgafspraken. Deze richtlijn richt zich op wat volgens de huidige  maatstaven en wet- en regelgeving de beste zorg is voor patiënten bij wie een vermoeden van  ouderenmishandeling bestaat. |
| 6.Movisie en bureau Beke, 2018 | Ouderenmishandeling in intramurale zorginstellingen: De literatuur op een rij | Google scholar, ‘ouderenmishandeling in zorginstellingen’ | literatuurstudie | Zorgverleners in intramurale zorginstellingen | 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 literatuurstudie is bedoeld als onderlegger voor het project ‘Ouderenmishandeling in intramurale zorginstellingen’ dat Bureau Beke en Movisie samen uitvoeren. |
| 7.Bolscher A., Smits Mj, 2016 | Leidraad Veilige zorgrelatie:  Handvatten voor bewustwording, preventie en interventie bij grensoverschrijdend gedrag en mishandeling in de professionele zorgrelatie | Google scholar , “leidraad veilige zorgrelatie” | Leidraad/ richtlijn | Zorgverleners in een professionele zorgrelatie | Deze leidraad beoogt zorgorganisaties een handvat te bieden voor het maken van beleid en afspraken over bewustwording, preventie en interventie bij grensoverschrijdend gedrag en mishandeling in de zorgrelatie door medewerkers en/of vrijwilligers/maatjes jegens cliënten. |
| 8.Alt, Meurer, et al., 2011 | The Effectiveness of Educational Programs to Improve Recognition and Reporting of Elder Abuse and Neglect | Pubmed ‘elder abuse’ | Systematic review of the literature | Zorgverleners aan ouderen | In hoeverre kan educatie bijdragen aan het beter herkennen en melden van ouderenmisbehandeling? |
| 9.Janssens K, Lammers M., Hartog Z., Goes A., Heeringa N.,2012 | TOOLKIT Werken aan sociale veiligheid | Werd vermeld in uitgebreide leidraad veilige zorgrelatie | Literatuurstudie en toolkit | Deel 1 is voor managers, kwaliteitsfunctionarissen en beleidsmedewerkers  Deel 2 is voor teamleiders en professionals | De focus in het project ligt op preventie, tijdig signaleren en melden van grensoverschrijdend gedrag, en werken aan sociale veiligheid binnnen de organisatie |
| 10.Liesbeth De Donder, Evelien Van Hauwaert, Nico De Witte, Frea De Muyter & Dominique Verté, 2014 | Handboek familiaal geweld: Vroegdetectie van ouderenmis(be)handeling: de ontwikkeling van een risicotaxatie-instrument in Vlaanderen (p65) | Google scholar ‘risicotaxatie-instrument ouderenmishandeling’ | boek | Verschillende hulpverleners aan ouderen in de thuiszorg (maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, verzorgenden enz.) | Doel: het ontwikkelen van een risicotaxatie-instrument ouderenmis(be)handeling |
| 11.Borja K 2015 | De rol van de verpleegkundige bij ouderenmishandeling in een verpleeg- of verzorgingstehuis | Verkregen via Kennislijn Movisie | literatuurstudie | verpleegkundigen | Vraagstelling: Welke rol heeft de verpleegkundige bij ouderenmishandeling in een verpleeg/verzorgingstehuis? |
| 12.Vink R., van Bavel M, 2007 | Naar methodisch handelen bij ouderenmishandeling. | Movisie.nl , “ouderenmishandeling” | literatuurstudie | Dit document is geschreven voor hulpverleners die (gaan) samenwerken rond het oplossen van situaties van ouderenmishandeling. We noemen ze in het vervolg aandachtsfunctionarissen ouderenmishandeling. | Vraagstelling: welke methodieken bestaan er in functie van de hulpverlening bij ouderenmisbehandeling? En wat doet de aandachtsfunctionaris? |
| 13.Knmg meldcode 2018 | KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld 2018 | Via richtlijn vermoeden van ouderenmishandeling in het medisch specialistische zorgdomein | richtlijn | Alle soorten artsen (ook bijvoorbeeld tandars, psychiaters,…) | Doel: houvast bieden bij het afwegen van vermoedens, en het overgaan tot melding in situaties met geweld |
| 14. Corbi et al 2015 | Elderly abuse: risk factors and nursing role | springerlink | literatuurstudie | Verpleegkundigen | Doel: het bespreken van risicofactoren en de rol van de verpleegkundige bij ouderenmis(be)handeling |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Methodologie**  (aanpak auteurs) | **Resultaten** | **Besluit – discussie** | **Aanbevelingen voor praktijk** |
| 1. MOVISIE is in 2006 gestart met het project ouderenmishandeling binnen verpleeg- en verzorgingshuizen. Omdat grensoverschrijdend gedrag en mishandeling binnen intramurale zorgorganisaties nog zo’n onbekend terrein is, is eerst een quick scan naar ouderenmishandeling in verpleeg- en verzorgingsinstellingen uitgevoerd. Alle geïnterviewden onderkenden dat ouderenmishandeling een probleem is binnen de V&V-sector en dat er tot nu toe weinig zicht is op aard en omvang van grensoverschrijdend gedrag en mishandeling binnen de V&V.  Ook was er een pilot onder twee intramurale organisaties voor verpleging en verzorging van ouderen in Westelijk Noord-Brabant. Doel hiervan was te komen tot een plan van aanpak. Dit plan van aanpak moest bestaande instrumenten voor preventie en aanpak van ouderenmishandeling verbeteren. De twee zorgorganisaties inventariseerden wat al aanwezig was in hun instelling, en welke verbeteracties zij konden uitvoeren | Deze handreiking begint met algemene informatie over grensoverschrijdend gedrag en ouderenmishandeling, de aard en omvang van het probleem, en de grens tussen ontspoorde zorg en moedwillige mishandeling. De handvatten voor de praktijk bieden praktische tips en adviezen voor het werken aan sociale veiligheid en het omgaan met ouderenmishandeling binnen zorgorganisaties voor verpleging en verzorging. | ‘Ouderenmishandeling’ is een beladen term, en niemand wordt er graag mee geconfronteerd. De gevoeligheid van de materie maakt het misschien extra lastig om er doelgericht mee aan de slag te gaan als organisatie. Een samenhangend beleid vergt bovendien een behoorlijke investering, zowel op bestuurs-, managementniveau als op het niveau van de uitvoerenden. Toch is het alleszins de moeite waard om deze investering te doen: een zorgorganisatie krijgt er ook veel voor terug – alle mensen die samen die zorgorganisatie vormen, zullen er wel bij varen. Het werken aan sociale veiligheid is goedbeschouwd de core-business van zorgorganisaties. Daar waar het gaat om het leven van kwetsbare ouderen, de invulling van intensieve zorgrelaties en de arbeidsvreugde van zorgverleners en vrijwilligers, is het investeren in sociale veiligheid een basisvoorwaarde | Wat zijn aanbevelingen voor verbeteracties?  • Preventie en aanpak ouderenmishandeling expliciet opnemen in visie, missie, doelstellingen, meerjarenbeleidplan, kwaliteitsbeleid, HKZ, kwaliteitskader verantwoorde zorg.  • Agendering en creëren draagvlak.  • Risicoanalyse uitvoeren.  • Veiligheidsbeleid ook richten op veiligheid cliënt.  • Gedragscode uitbreiden.  • Informatie verstrekken aan bewoners, mantelzorgers, bezoekers; huisregels cliënten en bezoekers aanpassen.  • Klachtregeling uitbreiden.  • Meldprotocol (overnemen van GGZ WNB) en vervolgprocedure invoeren (afstemmen met MIC).  • Signaleringskaarten en richtlijnen voor het handelen opstellen.  • Aandachtsfunctionaris per locatie / divisie.  • Deskundigheidsbevordering, vergroten competenties medewerkers, externe consultatie, scholing  Aan het eind van de pilot is een tweesporen traject aanbevolen om mee te nemen in de planning voor de komende jaren:  1. Op management- en stafniveau: het expliciet opnemen van aanpak ouderenmishandeling in visie, missie, doelstellingen en beleidsinstrumenten, agenderen van het thema, faciliteren van pilotlocaties en zorg dragen voor verspreiding van resultaten van de pilots.  2. Onder leiding van een aandachtsfunctionaris kan een risico-inventarisatie plaatsvinden die leidt tot prioriteitstelling en verbeteracties op de werkvloer. Aangepaste beleidsinstrumenten (zoals gedragscode, huisregels, signaleringskaart, bewonersinformatie, meldprotocol) worden hierbij getest. Ten slotte kan er aandacht komen voor het borgen. |
| 2. In het verzamelen van relevante artikels werden volgende databanken geraadpleegd: Medline, Springerlink, Cinahl, Cochrane, Academic Search, Wiley Online Library, PsycINFO en AgeLine. Trefwoorden zoals “ouderenmis(be)handeling”, “elderly abuse AND nurse”, “elderly mistreatment AND nursing home”, “patronizing speech”, “elderspeak”, “verbal mistreatment” etc. werden gebruikt in verschillende combinaties. Vervolgens werd een inventarisatie gemaakt van de gevonden bronnen. | Ontspoorde zorg is wel degelijk een vorm van ouderenmis(be)handeling. Het verschil zit in de intentie van de handeling. Bij ouderenmis(be)handeling gaat het om zowel intentionele als niet-intentionele mis(be)handeling. Bij ontspoorde zorg gaat het steeds om een niet-intentionele handeling. | Ouderenmis(be)handeling en ontspoorde zorg zijn allebei onderwerpen die sterk in de taboesfeer zitten. Toch is er bewijs dat beiden, ondanks de weinige gepubliceerde cijfergegevens, voorkomen in residentiële settings. Dit tekort aan cijfergegevens versterkt nogmaals de taboesfeer. Het (her)kennen van de oorzaken voor ouderenmis(be)handeling, dus ook ontspoorde zorg, is een belangrijke preventieve rol van de verpleegkundige en zorgkundige. Scholing en bijscholing, in het bijzonder simulatietraining, kunnen steeds een sterke bijdrage betekenen in de ouderenzorg, meer nog kwaliteitszorg. Het is opmerkelijk welke invloed attitudes van verpleegkundigen en zorgkundigen kunnen hebben in de kwaliteitszorg voor ouderen. Het is belangrijk om als hulpverlener erop gericht te zijn om de eigenwaarde en het zelfbeeld van de oudere te versterken | Ten slotte kan gesteld worden dat er verder onderzoek, voornamelijk een kwantitatief onderzoek, dient uitgevoerd te worden in België. Correcte en generaliseerbare cijfergevens kunnen het fenomeen wellicht beter ophelderen en het fenomeen hoogstwaarschijnlijk uit de taboesfeer krijgen. |
| 3. Gebruik van de theorie van zorgethiek wordt besproken om verpleegkundigen te helpen bepalen of ze deze theorie effectief toepassen in hun praktijk. Na een basisdefinitie van zorgzaamheid, inclusief de verzorgende theorie van Watson, zal de evolutie van de theorie van zorgethiek kort worden afgebakend. Een casus zal worden gebruikt om Tronto's (1993) vier fasen van zorgzaamheid en haar vier zorgelementen te illustreren | Het model van Tronto bestaat uit 4 fases in de zorg, en 4 elementen van de zorg. De fases dienen niet steeds in deze volgorde gevolgd te worden en overlappen elkaar soms. De ellementen van zorg worden beschouwd als fundamenteel voor het verlenen van zorg.  Fases van zorgzaamheid:  1. caring about 2. taking care of  3. caregiving 4. care receiving  Ellementen van zorg:   1. attentiveness   2. responsibility  3. competence  4. responsiveness of the care receiver  De verzorgende theorie van Dr. Jean Watson is bekend in de verpleging. De drie belangrijkste elementen van haar theorie zijn de curatieve factoren, de transpersoonlijke zorgrelatie en het zorgmoment.  "Het ontwikkelen en ondersteunen van een helpende, vertrouwende, authentieke zorgzame relatie" is een voorbeeld van een curatieve factor. | Zorgethiek komt voort uit het idee dat zorg basaal is voor het menselijk bestaan. Caring weeft mensen in een netwerk van relaties. Wanneer een persoon ervoor kiest om verpleegkundige te zijn, heeft hij of zij zich moreel verplicht om voor alle patiënten te zorgen. Zo'n zorgbeslissing is niet lichtvaardig te nemen, want het weerspiegelt deze verklaring in de Ethische code voor verpleegkundigen: "De verpleegster respecteert de waarde, de waardigheid en de rechten van alle mensen, ongeacht de aard van het gezondheidsprobleem". De vier dimensies van zorg suggereren alleen goede intentie; goede zorg "goede zorg vereist meer dan... is een praktijk van het combineren van activiteiten, attitudes en kennis van de situatie "(Gastmans, 2006). Zorg kan eenvoudig worden beschouwd als een ethische taak, of het kan worden beschouwd als een toezegging om aandacht te schenken aan en enthousiast betrokken te raken bij de behoeften van de patiënt. | Het zorgzame model van Watson vereist dat de verpleegster naar het unieke karakter van het individu kijkt en in alle mogelijke mate de waardigheid van de patiënt bewaart.  De verpleegster dient goed voor zichzelf te zorgen om in staat te zijn om voor anderen te zorgen. |
| 4.In dit artikel probeert men een ethische kijk te geven op de zorgverlening. Drie belangrijke componenten worden geanalyseerd, namelijk de relatie tussen zorgverlener en cliënt, de combinatie van expertise en morele deugd bij het verlenen van de zorg en de “goede zorg” als het ultieme doel van de verpleegkundige.  Om deze filosofisch-ethische interpretatie van zorgverlening te ontwikkelen, baseerden de auteurs zich op het werk van John Scudder, Alasdair MacIntyre, Lawrence Blum en Louis Janssens. Ook de Europese filosofische achtergrond reikt interessante ideeën aan. |  | Goede zorg is niet alleen een kwestie van technische expertise. De vakkennis moet samen gaan met een zorgzame houding die niet gebaseerd is op algemene waarheden maar die individueel kan verschillen.  Iedere patiënt is uniek en heeft een unieke relatie met de verpleegkundige. Hij moet beschouwd worden als een menselijk wezen in al zijn of haar dimensies: fysiek, relationeel, sociaal, psychisch, ethisch en spiritueel. | Goede zorg is zoeken naar hoe de patiënt zich lichamelijk en psychisch het best voelt en hoe de menselijke waardigheid van de zorgvrager het best gerespecteerd wordt. Het is belangrijk om de patiënt te blijven beschouwen als een autonome, onafhankelijke persoon. |
| 5. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) heeft het initiatief genomen voor deze  richtlijn. Een multidisciplinaire werkgroep heeft de richtlijn opgesteld. Ten behoeve van het patiëntenperspectief heeft er periodiek overleg plaatsgevonden met de  Patiëntenfederatie Nederland, UnieKBO en ANBO. Verder is er informatie ingewonnen bij Het Verwey-Jonker Instituut. Aangaande ouderen met een migrantenachtergrond hebben het NOOM (Netwerk van  Organisaties van Oudere Migranten) en Pharos documentatiemateriaal aangeleverd. Movisie heeft  ervaring met het in kaart brengen van het slachtoffer- en plegersperspectief bij huiselijk geweld. Deze  organisatie is behulpzaam geweest met het toelichten van de door hen gepubliceerde cijfers en heeft  eveneens documentatiemateriaal aangeleverd.  Er werd eerst oriënterend gezocht naar bestaande buitenlandse richtlijnen (Medline), systematische  reviews (Medline, Cochrane Database), en (grijze) literatuur over ouderenmishandeling in binnen- en  buitenland. Vervolgens werd voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke  zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische  databases. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de  geselecteerde artikelen. | Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de voorzitter en de adviseur concept-uitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld.  Het wetenschappelijk bewijs is samengevat in een of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek. De werkgroepleden maakten de balans op van elke interventie (overall conclusie). Bij het opmaken van de balans werden de gunstige en ongunstige effecten voor de patiënt afgewogen. De overall bewijskracht wordt bepaald door de laagste bewijskracht gevonden bij een van de kritieke uitkomstmaten. Bij complexe besluitvorming waarin naast de conclusies uit de systematische literatuuranalyse vele aanvullende argumenten (overwegingen) een rol spelen, werd afgezien van een overall conclusie. In dat geval werden de gunstige en ongunstige effecten van de interventies samen met alle aanvullende argumenten gewogen onder het kopje “Overwegingen”. | Ouderenmishandeling staat sinds 2010 op de politieke agenda en krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelde in 2011 het Actieplan ‘Ouderen in veilige handen’ op, met als doel ouderenmishandeling te voorkomen dan wel zo vroeg  mogelijk te signaleren en te stoppen. Hiervoor werden concrete acties geformuleerd. Het actieplan 'Ouderen in veilige handen' liep op 1 juli 2018 af . De aanpak van ouderenmishandeling is vervolgens onderdeel geworden van het brede actieprogramma 'Geweld hoort nergens thuis', gericht op het terugdringen en duurzaam oplossen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Ouderenmishandeling  en financieel misbruik van ouderen hebben een eigen specifieke aanpak binnen het actieprogramma gekregen.  In de internationale literatuur staan veel screeningsinstrumenten beschreven om verschillende vormen van ouderenmishandeling op te sporen.  Deze instrumenten zijn nog niet onderzocht voor de Nederlandse situatie. Totdat zo’n instrument voor Nederland beschikbaar is, raadt de richtlijnwerkgroep aan de zorgprofessional aan zichzelf een zogenoemde signaleringsvraag te stellen bij alle ouderen van 70 jaar en ouder. Deze signaleringsvraag  luidt: “Bestaat er een niet-pluis-gevoel of vermoeden op ouderenmishandeling?” | 1. Wees u zich als professional in de medisch-specialistische zorg ervan bewust dat risicofactoren op het ontstaan van ouderenmishandeling zowel bij het vermoedelijk slachtoffer, de vermoedelijke pleger dan wel in relatie- en omgevingsfactoren kunnen worden gevonden.  2. Wees als professional in de medisch-specialistische zorg op de hoogte van mogelijke aanwijzingen (risicofactoren, signalen, gevolgen) voor ouderenmishandeling.  3. Weeg de locatie,de grootte, het patroon en de ontstaanswijze mee in de beoordeling van het letsel.  Maak eventueel gebruik van de kennis van een radioloog en/of dermatoloog bij de beoordeling van het letsel. |
| 6.Niet vermeld | Een samenvatting van uit de literatuur verzamelde informatie omtrent ouderenmis(be)handeling in intramurale zorginstellingen | Ouderenmishandeling in verpleeghuizen door zorgverleners en vrijwilligers komt veelvuldig voor. De meldingen bij de Inspectie vormen zeer waarschijnlijk het topje van de ijsberg. (wordt nog vaak niet gemeld) 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 in intramurale zorginstellingen. | Het gebruik van de leidraad veilige zorgrelatie. |
| 7.Er is gestreefd naar een leidraad die aansluit bij de praktijk, en draagvlak en status heeft bij de gebruikers. Om dat te bereiken is bij het ontwikkelen van de leidraad:  • Een klankbordgroep betrokken van landelijke partijen die actief zijn op het terrein van de langdurige zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, Vereniging van Nederlandse Gemeenten en het ministerie van VWS zijn toehoorder in de klankbordgroep.  • Een pilot-traject opgezet om de leidraad te ‘testen’ in de praktijk (oktober 2013 - mei 2014) en op basis van de bevindingen is de leidraad bijgesteld.  • Aangesloten bij de normen en kwaliteitskaders van zorgorganisaties in de langdurige zorg. De leidraad sluit aan bij hetgeen zorgorganisaties willen realiseren, namelijk het bieden van verantwoorde en veilige zorg.  • Aangesloten bij de huidige inzichten over professionele standaarden en kennis en hulpmiddelen over veiligheid, voorkomen van grensoverschrijdend gedrag en mishandeling, van onder andere relevante kennisinstituten als Movisie, Vilans, Verwey-Jonker Instituut.  • Aangesloten bij andere ontwikkelingen zoals de Basismeldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling die vanaf juli 2013 verplicht is. | Een leidraad/richtlijn die bestaat uit 3 delen; bewustwording, preventie en interventie bij grensoverschrijdend gedrag in een professionele zorgrelatie.  Deze leidraad is gemaakt in 3 versies : uitgewerkte versie, compacte versie, A4 versie | De Leidraad is vastgesteld door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en is begeleid door een klankbordgroep met branche-, beroeps-, cliënten- en vrijwilligersorganisaties (ActiZ, BTN, GGZ Nederland, Ieder(in), LOC, Mezzo, NVvP, V&VN, Verenso, VGN). Het ministerie van VWS, IGZ en VNG heeft als toehoorder/adviseur geparticipeerd. Alvorens de Leidraad vast te stellen is de (concept)Leidraad uitgetest in de praktijk.  De Leidraad is geactualiseerd in februari 2016, naar aanleiding van de inwerkingtreding van de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Tevens zijn enkele andere onderdelen aangepast, te weten: het melden bij de IGZ en de nieuwe regels over ontslag van disfunctionerende professionals; de rol van de politie in de fase van bewustwording en preventie, als aanvulling op het sluitstuk in de interventiefase (aangifte bij de politie); informatie over het Waarschuwingsregister Zorg & Welzijn dat eind 2014 is gestart. | Het aanscherpen van beleid in de organisatie :  1 De bestuurder stáát en gáát voor een veilige zorgrelatie.  2 Borgen van inspraak van cliënten(raad), familie, medewerkers, vrijwilligers bij het tot stand komen van afspraken en beleid.  3 Maken van een Plan van aanpak. Maak in de organisatie(-eenheid) een Plan van aanpak om aan de slag te gaan met bewustwording, preventie van en interventie bij grensoverschrijdend gedrag en mishandeling in de professionele zorgrelatie.  4 Maken van een Stappenplan met bijbehorende afspraken. Maak een Stappenplan en leg in bijbehorende afspraken vast wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is vanaf het signaleren van (vermoedelijk) grensoverschrijdend gedrag of mishandeling tot en met nazorg voor alle betrokkenen en het evalueren en leren van de situatie (stap 1 t/m 6 van de Leidraad). |
| 8 | Veertien artikelen beschreven 22 programma's, variërend van korte didactiek tot ervaringsgericht leren en gericht op een verscheidenheid aan gezondheids- en sociale diensten. | Deze programma's kunnen leiden tot meer bewustzijn, samenwerking en verbeterde case-finding. | Het organiseren van scholingsprogramma’s kan bijdragen tot de preventie en aanpak van ouderenmishandeling |
| 9.Onderdeel van het project ‘werken aan sociale veiligheid’ van Movisie, Vilans en Platform VG. | Deze toolkit bestaat uit drie delen:  Deel 1 is voor managers, kwaliteitsfunctionarissen en beleidsmedewerkers om de organisatie veilig te maken. Dit deel bevat stappen die voor de gehele organisatie gelden.  Deel 2 is voor teamleiders en professionals om concreet aan de slag te gaan met sociale veiligheid. Dit deel bevat stappen die op locatieniveau uitgevoerd kunnen worden.  Deel 3 bevat een overzicht van alle bijbehorende instrumenten en hulpmiddelen | De instrumenten in deze toolkit helpen om een sociaal veilige organisatie te worden, dat wil zeggen een organisatie waarin men zich bewust is van de specifieke veiligheidsrisico’s voor de verschillende doelgroepen. Men weet wat de risicofactoren zijn in de organisatie, en welk beleid men heeft ontwikkeld, en uitvoert, om de veiligheid te waarborgen.  Het accent in de toolkit ligt op preventie en aanpak van grensoverschrijdend gedrag van (vrijwillige) medewerkers en professionals, inclusief leveranciers, taxichauffeurs en dergelijke, tegenover cliënten en grensoverschrijdend gedrag tussen cliënten onderling. | -Zorg voor een samenhangend beleid.  -Zorg voor sturing, draagvlak en randvoorwaarden.  -Stel omgangsregels vast.  -Voer een (bijgestelde) gedragscode in.  -Zorg voor een meldprotocol.  -Zorg voor voldoende deskundigheid.  -Heb zicht op risicofactoren in de organisatie.  -Werk aan sociale veiligheid op locatieniveau.  -Maak andere locaties binnen de organisatie veilig.  -Werk cyclisch aan sociale veiligheid. |
| 10.Niet vermeld | Uit de resultaten van de testfase bij Familiehulp vzw blijkt dat verzorgenden inschatten dat 15% van de ouderen een hoog risico loopt op ouderenmis(be)handeling. 28,1% loopt een matig risico. Kijken we naar enkele predictoren, dan blijkt dat vrouwen een hoger risico lopen dan mannen. Ook ouderen die in de stad wonen scoren vaker rood (18% in de stad t.o.v. 10,5% in semi-rurale gebieden). De pleger is in 34,3% van de cases de dochter, bij 19,2% de zoon en bij 17,3% de partner. | Na testing in praktijk bleek dat het RITI eenvoudig en gemakkelijk in gebruik was, en dat het gaat om een zeer beperkte tijdsinvestering. De drie subschalen vertonen goede psychometrische kwaliteiten en kunnen ingezet worden om het risico op ouderenmis(be)handeling op een betrouwbare manier te meten. Het RITI kan twijfels wegnemen en vermoedens en gevoelens bevestigen. Daarna kan het RITI gebruikt worden om het probleem te signaleren bij een verantwoordelijke of bij andere zorgverstrekkers. Het helpt ook om duidelijker te observeren, het overzicht te behouden en duidelijk een aantal risico’s te identificeren. Medewerkers worden vaardiger in het observeren en detecteren van signalen en risicofactoren. Hoe meer medewerkers ermee aan de slag gaan, hoe groter de kennis rond ouderenmis(be)handeling wordt en hoe meer ervaring er wordt opgedaan in de preventie en de aanpak van de problematiek. | De vragenlijst wordt het best ingevuld door iemand die dicht bij de oudere staat of een goed zicht heeft op de situatie. Het is echter van belang dat de vragenlijst niet alleen ingevuld wordt, maar dat de resultaten ook besproken worden met de verantwoordelijke |
| 11.Een literatuurstudie is uitgevoerd, waarbij gebruik gemaakt is van de databanken: Pubmed, Cochrane en Cinahl. Uit de databanken zijn 12 (wetenschappelijke) artikelen geselecteerd die aan de zoekcriteria voldeden. De betrouwbaarheid van de geselecteerde artikelen is getest door middel van de checklist van de HU bibliotheek en de lijst van Hunink. Ook is een landelijke Leidraad over Veilige zorgrelatie gebruikt voor aanvullende informatie op macro niveau. Om de resultaten van de literatuurstudie te toetsen zijn 5 experts op micro-, meso- en macroniveau geïnterviewd. | Voor zowel het herkennen als het voorkomen van ouderenmishandeling is voldoende kennis nodig. Als ouderenmishandeling geconstateerd of vermoed wordt, is het van belang om snel te reageren en nazorg te verlenen aan de ouderen. Verder is het belangrijk dat het onderwerp bespreekbaar is binnen de zorgorganisatie. Ouderenmishandeling is in tegenspraak met de beroepsethiek. Ouderenmishandeling kan het gevolg zijn van onvoldoende vaardigheden van zorgverleners, dus ook hier is kennis, ontwikkeling en training belangrijk. Om het risico op ouderenmishandeling in te schatten kan een risicotaxatie- instrument toegepast worden. | Discussie: Bij het Riti kunnen enkele kanttekeningen geplaatst worden. Riti wordt wel intramuraal gebruikt maar is ontwikkeld voor thuiszorg situaties (Vrije Universiteit Brussel, 2013). De vraag is of dit instrument wel geschikt is voor intramurale zorg? Verder meet Riti niet de kennis en vaardigheden van een zorgverlener terwijl de wetenschappelijke literatuur aangeeft dat dit belangrijk is voor het herkennen en voorkomen van ouderenmishandeling | Uit de interviews en literatuurstudie zijn de volgende aanbevelingen naar voren gekomen :  • Het is nuttig om een casus over ouderenmishandeling te bespreken binnen een team waarin niet direct duidelijk is dat het om ouderenmishandeling gaat, om te toetsen hoe zorgverleners hierop reageren.  • Het is van belang om expliciet ouderenmishandeling bespreekbaar te maken tijdens het werkoverleg om van elkaar te leren en voor zelfreflectie.  • Voorlichting geven en kennis ontwikkelen voor zowel de zorgverleners, bewoners en de mantelzorgers. De groep plegers is vaak breder dan gedacht, de familie maar ook zorgverleners kunnen pleger zijn.  • De Leidraad Veilige zorgrelatie (2014) kan gebruikt worden als kennisbron. Ouderenmishandeling is een glijdende schaal: van grensoverschrijdend gedrag tot ernstig letsel.  • Het risicotaxatie-instrument lijkt toepasbaar maar is op dit moment niet geschikt voor intramurale instellingen. Er zou een aangepaste versie gemaakt kunnen worden. |
| 12. het bestuderen van literatuur, interviews en casuïstiek. | Hoewel een fasemodel voor de hand ligt, en ook vaak voor analyse van casuïstiek wordt gebruikt (‘eerst dit; dan dat’), biedt dit type model voor de dagelijkse praktijk weinig houvast omdat het geen inhoudelijke visie (slechts een volgorde van handelen) als basis heeft.    ‘Chirurgische’ (ook wel medisch of technocratische) modellen lijken, in combinatie met een ernstgraad van de ‘aandoening’, meer aanknopingspunten voor het werk van de aandachtfunctionaris ouderenmishandeling te bieden omdat ze zijn gebaseerd op overeenkomstige kenmerken van cases en acties die daaruit voortvloeien.  Voor het werk van de aandachtfunctionaris ouderenmishandeling lijken ecologische modellen of contextuele benaderingen vooralsnog het meest bruikbaar. Deze benaderingen vinden meestal impliciet of expliciet hun basis in het gedachtegoed van Bronfenbrenner en anderen zoals Nagy. Ecologische modellen bezien de mens in relatie tot zijn directe omgeving en in interactie met anderen in zijn omgeving | Discussie: Gedrags(veranderings)modellen gaan weliswaar sterk uit van een visie, maar zijn gericht op te veranderen gedrag van het individuele slachtoffer en/of de pleger. Het is de vraag in hoeverre dat mogelijk is bij gevallen van ouderenmishandeling waar het juist gaat om de omstandigheden en om de interactie tussen slachtoffer en pleger. | Aandachtpunten:  1.Het wegen van de ernstgraad van de mishandeling. Onafhankelijk van de keuze voor een model of visie op ouderenmishandeling bepaalt met name de ernstgraad van de mishandeling of verwaarlozing vooral de acties en snelheid van handelen.    2.Onafhankelijk van de benadering, een stap-voor-stap oplossingsgerichtheid. Bij elke casus is het belangrijk om de doelstellingen, hoe klein ook te expliciteren en een strategie te bepalen hoe daar te komen. |
| 13. Onder leiding van de projectleider heeft het door VWS aangewezen cluster artsencoalitie (medische sector) het afwegingskader meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld ontwikkeld. De ontwikkeling van de afwegingskaders vond plaats in overleg met Veilig Thuis. Getracht is zoveel mogelijk afstemming te hebben met de andere clusters. Hiervoor ging in oktober 2017 een werkgroep van start, bestaande uit vertegenwoordigers van AJN Jeugdartsen Nederland (AJN), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) en de Vereniging Vertrouwensartsen Kindermishandeling (VVAK). Daarnaast heeft het ministerie voor de inhoudelijke kennis en expertise op het gebied van de meldcode, huiselijk geweld en kindermishandeling de kennisinstituten Movisie en het Nederlands Jeugdinstituut en Augeo Foundation als sparringpartner aangewezen. Zij waren onder meer verantwoordelijk voor het opstellen van het basisdocument ‘Het afwegingskader in de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling’, | De meldcode begint met drie artikelen over de algemene verantwoordelijkheden van de arts. Deze betreffen de signalering, vaststelling en aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld, en de omgang met dossiergegevens. Artikel 4 vervolgens, bevat de kern van deze meldcode: het stappenplan. Dit plan beschrijft stapsgewijs hoe de arts met vermoedens van kindermishandeling en huiselijk geweld om dient te gaan. Veilig Thuis geeft advies, en neemt ook meldingen in ontvangst. Op basis van die meldingen stelt VT zo nodig een onderzoek in en/of neemt het de noodzakelijke stappen om tot herstel van de acute of structurele onveiligheid te komen. | Geweld in de relatie tussen een zorgaanbieder en een cliënt (een zorgrelatie) valt buiten de reikwijdte van de meldcode. Op grond van artikel 11 lid 1 onder b van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) moet een zorgaanbieder dergelijk geweld melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). | De KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld helpt u bij het maken van afwegingen, zodat u weet wat u met uw vermoedens aan moet, met wie u deze kunt bespreken en op welk moment. De meldcode helpt u ook om signalen van kindermishandeling en huiselijk geweld tijdig te herkennen. En om af te wegen wanneer u het best een melding kunt doen bij Veilig Thuis (VT). |
| 14. Men onderzocht artikels van de laatste 5 jaar, met speciefieke aandacht voor de verpleegkundige rol bij ouderenmishandeling. Er werd gezocht via PubMed, Cochrane Library, Medline, Scopus, and Web of Knowledge, met de zoektermen “elderly abuse” en “elderly abuse in nursing home”. Slechts 78 van de 1342 zoekresultaten focusten zich op de verpleegkundige rol bij ouderenmishandeling. | Ouderenmis(be)handeling is een verborgen probleem dat vaak wordt onderschat. Het komt vaker voor dan de beschikbare literatuur aangeeft. Helaas wordt verwacht dat de incidentie van ouderenmis(be)handeling nog verder zal groeien owv de vergrijzingsproblematiek. | De onderschatting van ouderenmishandeling heeft vooral te maken met het gebrek aan onderzoek op dit gebied. Het lijkt erop dat de incidentie van ouderenmishandeling in verpleeghuizen veel lager is dan in de thuisomgeving, omdat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn. | 1. Preventieprogramma's die in sommige Europese landen en elders zijn uitgevoerd, hebben belangrijke resultaten laten zien, waardoor verder onderzoek ter verbetering van de preventie van ouderenmishandeling wordt aangemoedigd.  2. Programma's structureren die, door op meerdere niveaus te handelen (gemeenschapsvoorlichting, risicofactoren verminderen, het gebruik van digitale instrumenten, goede opleiding/bijscholing personeel,…), ervoor zorgen dat de omstandigheden die het mogelijk maken dat het misbruik zich voordoet, of idealiter zelfs nog erger, zich herhaalt, worden teruggedrongen of verworpen. |

**Bijlage 2 ontwikkelen samenhangend beleid**



Lammers & Goes, 2005/2006

**Toelichting op het model:** Idealiter bestaat een passend beleidskader uit samenhangende onderdelen, inclusief kwaliteit, bejegening, veiligheid én preventie en aanpak van grensoverschrijdend gedrag. In de beleidsvisie staan positieve normen en omgangsvormen.

**1. Het bejegeningsbeleid** geeft vorm aan de nagestreefde omgang tussen iedereen die bij de organisatie betrokken is en de manier waarop professionele begeleiding wordt geboden.

**2. Preventiebeleid** heeft als uitgangspunt dat er altijd risico’s aanwezig zijn waardoor de positief geformuleerde normen in het bejegening- en het seksualiteitsbeleid kunnen worden overschreden. Het preventiebeleid is gericht op:

\* Het opsporen, signaleren en beïnvloeden van factoren die het risico op grensoverschrijding vergroten.

\* Het bespreekbaar maken van zaken als beroepshouding, machtsongelijkheid en dilemma’s.

\* Het bieden van laagdrempelige consultatiemogelijkheden in het geval van vraagstukken rond seksualiteit en vermoedens van grensoverschrijdend gedrag.

Daarnaast adviseren wij een gericht aanstellingsbeleid te voeren en bij intakes de cliënten te bevragen naar mogelijke ervaringen met grensoverschrijdend gedrag en geweld. Hier gaan we in deze toolkit niet nader op in.

**3. Signaleringsbeleid:** voor veel slachtoffers van grensoverschrijdend gedrag is het moeilijk om met hun ervaring naar buiten te komen. Het is daarom essentieel dat de organisatie ervoor zorgt dat medewerkers leren om signalen op te pikken en inzicht hebben in wat hen kan belemmeren om signalen ernstig te nemen en te melden.

**4. Met reactiebeleid** wordt seksueel misbruik behandeld als een binnen de organisatie ongewenste omgangsvorm/beroepsfout. Consultatie en procedurele zorgvuldigheid staan hierin centraal. Er is ook afstemming nodig van het reactiebeleid met andere relevante beleidsterreinen, zoals kwaliteitsbeleid, klachtenafhandeling, Arbo-beleid, FOBO (fouten en bijna- ongelukken); MIP/MIB (melding incidenten patiënten- of bewonerszorg), M&M (middelen en maatregelen).

**5. Wanneer er sprake is geweest van grensoverschrijdingen**, is het zaak dat er vanuit evaluaties wordt teruggekoppeld naar het bejegenings- en preventiebeleid. Heeft het aan zaken ontbroken? Waren er signalen? Waarom zijn die over het hoofd gezien? Had goede preventie dit kunnen voorkomen?

**Bijlage 3 voorbeeld gedragscode**

Professionele ondersteuning bieden betekent ook dat grenzen in het handelen in acht worden genomen. De gedragscode is opgesteld om te voorkomen dat medewerkers de professionele grenzen overschrijden en om duidelijkheid te bieden in wat wel en niet toelaatbaar is. Deze gedragscode wordt bij alle arbeids-, stage- en vrijwilligersovereenkomsten gevoegd.

\* De medewerker is verantwoordelijk voor het eigen professioneel handelen en legt daarover verantwoording af.

\* De medewerker bejegent een cliënt nooit op een manier die de cliënt in zijn waardigheid en zelfbeschikking aantast en zorgt voor een omgeving en een sfeer waarbinnen de cliënt zich veilig en gerespecteerd voelt.

\* De medewerker begeleidt de cliënt met respect en maakt geen onderscheid naar godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht, nationaliteit, seksuele voorkeur, culturele achtergrond, leeftijd of lichamelijke kenmerken.

\* De medewerker is zich bewust van zijn/haar machtspositie ten opzichte van de cliënt en maakt zich niet schuldig aan machtsmisbruik en intimidatie.

\* De medewerker gebruikt de professionele relatie met de cliënt nooit voor zijn eigen voordeel:

- De medewerker gaat in werk- en privésituaties geen emotionele, intieme of persoonlijke relatie aan met cliënten en ouders/vertegenwoordigers. De medewerker is betrokken maar houdt professionele afstand.

- De medewerker dringt niet verder in het privé leven en de privé sfeer van de cliënt door dan nodig is voor de vastgestelde zorg- en begeleidingstaken.

- De medewerker is terughoudend in het aangaan van privé-contacten met cliënten buiten het werk om en maakt van deze contacten melding bij zijn/haar leidinggevende.

\* De medewerker geeft de cliënt geen (im)materiële vergoeding/beloning met de bedoeling tegenprestaties te vragen en aanvaardt geen (im)materiële vergoeding/beloning van de cliënt die niet in verhouding staat tot de professionele relatie.

\* Alle seksuele contacten tussen medewerkers en cliënten zijn -ongeacht in welke vorm- ontoelaatbaar en strafbaar volgens het Wetboek van Strafrecht (Artikel 249, lid 3). Zij worden als ernstige beroepsfout aangemerkt:

- De medewerker mag nooit ingaan op seksuele toenaderingpogingen van cliënten.

- De medewerker mag nooit seksuele toenadering zoeken tot cliënten.

- De medewerker mag de cliënt nooit zo aanraken dat deze aanraking naar redelijke verwachtingen als seksueel of erotisch wordt ervaren. Aanraking van billen, borsten en geslachtsdelen is alleen geoorloofd na expliciete toestemming van de cliënt, dan wel diens vertegen woordiger, in het kader van erkende zorgprocedures die als zodanig zijn benoemd en goedgekeurd en schriftelijk zijn vastgelegd in zorgplannen.

- Directe hulp bij seksualiteitsbeleving van cliënten, zoals hulp bij zelfbevrediging of het bevredigen van cliënten, is niet toegestaan.

- Voorwaardenscheppende hulp is alleen geoorloofd als deze hulp is goedgekeurd en schriftelijk is vastgelegd in zorgplannen.

\* De medewerker gaat zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie maar houdt informatie niet geheim wanneer de veiligheid van de cliënt in het geding is.

\* De medewerker heeft de plicht de cliënt te beschermen tegen vormen van ongelijkwaardige behandeling, grensoverschrijdend gedrag, mishandeling en seksueel misbruik. Wanneer de medewerker signaleert dat hier sprake van is, is hij verplicht dit te melden bij [naam betreffende persoon / instantie]. Desgewenst kan de medewerker hierover eerst de vertrouwenspersoon consulteren.

\* De medewerker zal, wanneer er sprake is van gevoelens die uitstijgen boven een beroepsmatige affectie en betrokkenheid, of bij sterke gevoelens van antipathie, hiervan melding maken bij de vertrouwenspersoon of leidinggevende. In samenspraak wordt bepaald en schriftelijk vastgelegd of en op welke wijze de professionele relatie kan worden voortgezet.

\* De medewerker zal er actief op toezien dat de gedragscode wordt nageleefd.

\* In die gevallen waarin de gedragscode niet (direct) voorziet, of bij twijfel over de toelaatbaarheid van bepaalde gedragingen bij zichzelf of anderen, ligt het binnen de verantwoordelijkheid van de medewerker hierover de vertrouwenspersoon te consulteren.

Overtreding van deze code kan leiden tot maatregelen en sancties.

Andere voorbeelden

1. Eed van verpleegkundigen: http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/Eed%20Verpleegkundigen%20en%20Verzorgenden.pdf.
2. Nationale beroepscode verpleegkundigen en verzorgenden: http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/20070112beroepscodebrochuredef.pdf.

Auteurs: Kristin Janssens, Marijke Lammers en Annemiek Goes (MOVISIE), Zafanja Hartog en Nynke Heeringa (Vilans), 2012

**Bijlage 4 meldprotocol**

**Voorbeeld meldprotocol grensoverschrijdend gedrag**

Dit voorbeeld van een meldprotocol gaat uit van de aanwezigheid van een meldteam en zaakcoördinator. Let wel: voor cliënten is het belangrijk dat er voor hen een aangepast meldprotocol is.

Alle medewerkers hebben een taak in het signaleren van (vermoedens van) grensoverschrijdend gedrag/ mishandeling. We verwachten dat je niet alleen de grovere vormen serieus neemt, maar ook de zogenaamde ‘kleinere’ grensoverschrijdingen. Deze komen het meest voor en zijn vaak een signaal voor een klimaat waarin ernstigere vormen meer kans kunnen krijgen. Zie bijlage 1 voor mogelijke signalen

**Wat melden?**

In principe meld je alles wat zorgwekkend is, alle niet-pluisgevoelens; alle onvrede over gedragingen van cliënten, medewerkers of derden; alle onveilige situaties et cetera.

**Meldplicht bij (vermoedens/signalen) van grensoverschrijdend gedrag/ mishandeling:**

Voor veel medewerkers is het een hele stap om tot melding van (vermoedens van) grensoverschrijdend gedrag/ mishandeling over te gaan.

Vragen die spelen: Heb ik het wel goed gezien? Wat als ik het fout heb? Wat richt ik aan? Juist daarom is het belangrijk dat je je vermoedens meldt en voorlegt aan anderen. Dan kunnen zorgvuldige en objectieve afwegingen worden gemaakt en kan het grensoverschrijdende gedrag worden gestopt. Let wel: een melding is géén beschuldiging! Na een melding wordt door het meldteam zorgvuldig en objectief onderzocht wat er aan de hand is. Er is oog voor zowel de privacy en belangen van het vermoedelijke slachtoffer als van de vermoedelijke pleger. Het meldteam (of zaakcoördinator) adviseert de melder en lijnfunctionarissen over verdere handelwijzen.

\* Iedere medewerker die grensoverschrijdend gedrag/mishandeling vermoedt, of erover hoort, is verplicht dit te melden bij XXX (in te vullen door organisatie).

\* Wanneer medewerkers twijfelen over de ernst of terechtheid van een vermoeden, geldt een consultatieplicht bij een vertrouwenspersoon die zij om advies kunnen vragen. Indien medewerkers (vermoedens van) grensoverschrijdend gedrag/mishandeling direct uiten bij hun leidinggevende, gaat deze niet zelf tot handelen over, maar schakelt deze de vertrouwenspersoon of voorzitter van het meldteam in (afhankelijk van de keuze die de organisatie maakt).

\* De meldplicht overstijgt alle andere belangen die in het geding zouden kunnen zijn, zoals de wens tot geheimhouding bij het slachtoffer. Door op deze wens in te gaan, kan geen hulp op gang worden gebracht en lopen ook anderen het risico slachtoffer te worden.

\* Het is niet aan medewerkers om aan waarheidsvinding te doen, dit kan een eventueel juridisch traject verstoren.

\* Na een melding kan het nodig zijn dat het management (voorlopige) maatregelen treft t.a.v. de vermoedelijke pleger en het vermoedelijke slachtoffer.

**Voorlopige zwijgplicht na een melding**

Naast de meldplicht kan een voorlopige zwijgplicht t.o.v. derden gelden. Natuurlijk kunnen betrokkenen zich wel uiten bij de vertrouwenspersoon. Een voorlopige zwijgplicht is niet bedoeld om zaken uit de weg te gaan! Maar die kan nodig zijn zodat er niet meer personen bij een zaak worden betrokken dan voor een zorgvuldige behandeling noodzakelijk is. Er moet worden voorkomen dat geruchten ontstaan en iemand al bij voorbaat als ‘schuldig’ wordt bestempeld. De zwijgplicht is ook belangrijk om te zorgen dat een eventuele strafrechtelijke procedure niet wordt belemmerd.

**Hoe te handelen bij vermoedens, een spontane onthulling of een heterdaadsituatie?**

Er zijn drie soorten situaties, die ieder om een andere handelwijze vragen:

\* Melden van vermoedens.

\* De omgang met en het melden van een spontane onthulling.

\* Melden van een heterdaadsituatie: op het moment van of direct na het voorval (voor de politie geldt een termijn van binnen uiterlijk 72 uur).

Er zijn vele **signalen** die op grensoverschrijdend gedrag kunnen duiden (zie de signalenkaart in bijlage), maar het belangrijkste signaal is misschien wel: ik heb het gevoel dat er iets niet klopt. Ga bij uzelf het volgende na:

\* Wanneer begon de ongerustheid? Waardoor? Wat is er precies gebeurd?

\* Om welke signalen gaat het? Wanneer doen ze zich voor?

\* Zijn er geleidelijke of plotselinge gedragsveranderingen? Hoe lang is dit al aan de hand?

Schrijf alles zo letterlijk en feitelijk mogelijk op. Meld het vermoeden direct bij het meldteam; bij twijfel consulteer de vertrouwenspersoon.

\* Handel nooit op eigen houtje! Hoor het vermoedelijke slachtoffer niet uit. Het uithoren van het vermoedelijke slachtoffer en/of het spreken met contactpersonen van het vermoedelijke slachtoffer kan een eventueel juridisch traject verstoren. Het is niet aan de medewerker om aan waarheidsvinding te doen!

\* Neem nooit zelf contact op met de vermoedelijke pleger, ook niet als het een collega is. De beste manier om het misbruik te stoppen en aan te pakken, is een objectief officieel onderzoek.

\* Denk aan de (voorlopige) zwijgplicht!

\* Zorg zonodig voor de veiligheid van de cliënt(en). Bied ondertussen de normale aandacht.

**Spontane onthulling**

Wanneer iemand u spontaan vertelt over een ervaring rond grensoverschrijdend gedrag/mishandeling, handel dan volgens onderstaande richtlijnen:

\* Hoor het verhaal aan, maar hoor de persoon niet uit. Stel zo weinig mogelijk vragen. Luister en stel de cliënt op zijn/haar gemak. Daarna gaat u verdere hulp inschakelen. Bedenk dat het niet aan medewerkers is om naar ‘de waarheid’ te speuren.

\* Beloof geen geheimhouding, ook niet wanneer een slachtoffer erom vraagt. Vertel dat u verplicht bent het verhaal aan het meldteam of de vertrouwenspersoon te melden, maar dat er geen stappen buiten zijn/haar medeweten om worden genomen.

\* Schrijf samen op wat u gaat vertellen. Dit is ook een controle of u alles goed begrepen hebt. Geef het verhaal feitelijk weer, ook de door u gestelde vragen. Maak hiervan later een woordelijk verslag.

\* Maak duidelijk wat u vervolgens gaat ondernemen.

\* Verwijs de persoon desgewenst naar een vertrouwenspersoon.

\* Neem zo snel mogelijk contact op met de vertrouwenspersoon of het meldteam. Handelen n.a.v. het verhaal gebeurt alleen na overleg met het meldteam. Indien beiden niet bereikbaar zijn, kan bij spoedeisende zaken of in het weekend contact opgenomen worden met degene die bereikbaarheidsdienst heeft in geval van calamiteiten.

\* Licht de leidinggevende in over de situatie.

\* Neem in geen geval contact op met de vermoedelijke pleger!

\* Blijf beschikbaar voor de cliënt en blijf de normale begeleiding bieden.

\* Schrijf een feitelijk, zo woordelijk mogelijk verslag.

**Heterdaad**

Medewerkers die getuige zijn van grensoverschrijdend gedrag / mishandeling of hiervan in zeer korte tijd na het voorval op de hoogte zijn, dienen als volgt te handelen:

\* Zorg dat het gedrag stopt. Stel het slachtoffer veilig en laat hem/haar niet alleen.

- Maak duidelijk dat de situatie gemeld moet worden aan de locatiemanager en dat het nodig kan zijn de politie in te schakelen (in ernstige situaties).

- Als de situatie bedreigend is: bel 112 zodat de politie kan ingrijpen.

\* Laat de toestand zoals u die heeft aangetroffen onaangeroerd.

- Wanneer er sprake is van ernstig fysiek geweld of seksueel misbruik kunnen zich sporen op het lichaam van het slachtoffer bevinden. Bel de politie (tel: 112), meld waarover het gaat en vraag naar instructies.

- Pak niets beet en verplaats niets. Sluit de kamer zo mogelijk af. Bewijsmateriaal moet in stand worden gehouden (niet wassen, niet douchen, niet omkleden, niet aan spullen komen, niets weggooien).

\* Neem onmiddellijk contact op met de locatiemanager of degene die bereikbaarheidsdienst heeft voor calamiteiten.

- De locatiemanager licht zijn/haar manager in en neemt, als dat nog nodig is, contact op met de politie en arts voor onderzoek naar aanwezige sporen (sperma, bloed, blessures, haren, nagelvuil, e.d).

- De locatiemanager verzoekt de melder het voorval zo feitelijk mogelijk op schrift te stellen.

- De locatiemanager schakelt de vertrouwenspersoon en het meldteam in. Vervolgens wordt gehandeld volgens de opgestelde stappenplannen.

**Wat gebeurt er na een melding?**

Na een melding wordt door het meld- en onderzoeksteam zorgvuldig onderzocht waar het om gaat, wordt de ernst voorlopig vastgesteld en wie mogelijke betrokkenen zijn. Als het nodig is, wordt (extern) advies ingewonnen. Bijvoorbeeld bij de Inspectie of bij politie. Op grond van dit advies worden vervolgstappen bepaald en gesprekken gevoerd met direct betrokkenen. Ook wordt gekeken wat er nodig is om de veiligheid van de cliënt te garanderen. Voor zover privacy van betrokkenen die toelaat, wordt de melder tussentijds op de hoogte gehouden.

**Aandachtspunten bij gespreksvoering bij spontane onthulling**

\* Creëer veiligheid; zoek een rustige plek; zorg voor voldoende privacy; kijk wat de cliënt nodig heeft en geef de gelegenheid om weg te kijken.

\* Neem het verhaal altijd serieus, opbouwen van vertrouwen is belangrijk.

\* Toon begrip. Zeg dat het goed is dat hij/zij erover vertelt en dat mensen zoiets overkomt. Geef aan dat het gebeurde niet zijn/haar schuld is en geef ruimte voor mogelijke emoties.

\* Vermijd schrikreacties; woede of verontwaardiging. Blijf rustig; breng je gevoelens niet over op de cliënt. Spreek nooit op een beschuldigende toon (zoals: hoe kon je dat nu goed vinden?).

\* Bevestig gevoelens van de cliënt (verdriet, boosheid, angst, neerslachtigheid), maar pas op dat u niet bij voorbaat invult hoe de cliënt zich voelt. Vertel nooit hoe de cliënt zich zou moeten voelen.

\* Respecteer loyaliteitsgevoelens naar de (vermoedelijke) pleger.

\* Hou rekening met het niveau en taalgebruik van de cliënt.

\* Oefen nooit druk uit! Respecteer wanneer de cliënt iets niet wil of kan vertellen, maar maak duidelijk dat hij/zij altijd bij u terug kan komen.

**Gespreksopbouw**

\* Laat de cliënt uit zichzelf vertellen. Laat merken dat u luistert door te knikken en te ‘hummen.’ Stel geen onnodige vragen, vraag niet tot in details door.

\* Als het nodig is de cliënt te helpen, stel dan alléén open vragen! Dit zijn vragen die beginnen met wie, wat, wanneer. Bijvoorbeeld: Wat is er gebeurd, wat deed je daarna, hoe voelde je je? Open vragen zijn objectief. U legt de ander niets in de mond. Dit is belangrijk want anders kan een rechtszaak onmogelijk worden omdat u de cliënt heeft beïnvloed.

\* Wanneer open vragen te moeilijk blijken, stel dan altijd meerkeuzevragen, waarbij u drie alternatieven geeft. Het beste is als zo’n vraag eindigt met: ‘of ergens anders/iets anders/iemand anders’. Bijvoorbeeld: Was het op school, thuis, op de sportclub, of ergens anders?

\* Stel nooit gesloten of suggestieve vragen. Dit zijn vragen die met ja of nee beantwoord kunnen worden, of waarin u het mogelijke antwoord al geeft. Met dit soort vragen kunt u het slachtoffer beïnvloeden en het gesprek één richting opsturen, terwijl er iets heel anders aan de hand kan zijn.

\* Vermijd waarom-vragen. Dit is geen open vraag, maar een vraag naar een reden of verklaring voor het gedrag. Waarom-vragen kunnen als heel bedreigend worden ervaren; de cliënt kan hierdoor denken dat hij iets fout heeft gedaan.

\* Geef tussendoor korte samenvattingen van het verhaal en ga na of u de cliënt goed heeft begrepen: ‘Bedoelt u dat …’ ‘Ik zie dat u …, klopt dat?’

\* Zorg voor een duidelijke afsluiting van het gesprek met duidelijke afspraken over wat er verder gaat gebeuren (dat u contact op gaat nemen met de voorzitter van het meldteam). Probeer duidelijk te maken dat de cliënt er niet met iedereen over moet gaan praten, maar dat dit wel bij een vertrouwenspersoon kan.

**Model stappenplan na melding grensoverschrijdend gedrag**

**Stap 1. Signaleren en intern melden**

In het geval dat medewerkers of cliënten grensoverschrijdend gedrag signaleren, handelen zij volgens het meldprotocol van de organisatie.

**Stap 2. Ontvangst melding, ontvankelijkheid vaststellen en (extern) advies vragen**

De **melding wordt ontvangen** door een daartoe aangewezen functionaris, bijvoorbeeld klachtfunctionaris of een vertrouwenspersoon, bij een meldteam of bij een leidinggevende. Het kan ook zijn dat cliënten direct de weg naar de klachtencommissie bewandelen. Dan kan de ambtelijk secretaris nog nagaan of de cliënt ondersteuning behoeft van een vertrouwenspersoon en/of de klacht eerder gemeld is bij begeleiders of locatiemanager.

Allereerst moet **de aard van de gemelde casus worden vastgesteld**. Welke vorm van grensoverschrijdend gedrag is hier aan de hand? Hoe ernstig lijken de gedragingen? Wie is erbij betrokken? Vervolgens kan worden vastgesteld of de melding op het juiste adres is toegekomen en als dit zo is, kan deze worden doorgezet naar een zaakcoördinator, of aandachtsfunctionaris. Deze bepalen of een nader intern onderzoek ingesteld moet worden en stellen een onderzoeksteam samen van deskundigen.

Afhankelijk van de aard van de melding moet worden bekeken of het een melding is die valt binnen de definitie van grensoverschrijdend gedrag of binnen het domein van een andere klacht of meldinstanties binnen de organisatie of daarbuiten. Bijvoorbeeld: een bejegeningsklacht van een cliënt kan worden afgehandeld door de klachtencommissie volgens het klachtreglement. Echter, een melding over hinderlijk pestgedrag door een cliënt tegenover een andere cliënt valt onder grensoverschrijdend gedrag. Ook kan er sprake zijn van een mogelijk strafbaar feit. Het is dan niet aan de organisatie om waarheidsvinding te verrichten; daar zijn politie en justitie de aangewezen instanties voor.

**Intern overleg** is een noodzakelijke stap. Solistisch optreden is in deze, vaak complexe situaties, onverantwoord en te riskant. Hoe deze consultatie wordt uitgevoerd, zal afhangen van de situatie, maar moet wel zorgvuldig en doelmatig verlopen. De situatie moet zo goed mogelijk worden beschreven, vervolgens vindt het overleg plaats waarin de voorlopige bevindingen, de vragen en twijfels worden doorgesproken. Ieder die deelneemt aan het consultatiegesprek geeft zijn of haar visie op de zaak. Conclusies, overblijvende vragen en afspraken over het verdere verloop worden vastgelegd.

Het kan zijn dat **extern advies** of informatie wordt ingewonnen bij het AMK als sprake is van minderjarige cliënten die te maken hebben met een vorm van kindermishandeling, of bij SHG als sprake is van huiselijk geweld, dat is geweld in de privésfeer (partnergeweld). Als er aanwijzingen zijn dat er een strafbaar feit is gepleegd, volgt een informatief gesprek met de politie. Op basis van het gesprek met de politie kan worden bepaald of de politie een justitieel onderzoek doet en wat de instelling daarnaast intern kan doen om bijvoorbeeld betrokken cliënten, ouders en medewerkers goed op te vangen. In alle gevallen blijft het nodig dat de instelling zicht houdt op het verloop van het interne en externe onderzoek en vervolgstappen om van de casus te leren. Immers, de veiligheid binnen de instelling is in het geding en cliënten en/of medewerkers behoeven daarvoor de aandacht en begeleiding.

Bij met name (zeer) ernstige of omvangrijke situaties zijn er diverse partijen - met deels tegenstrijdige belangen - in het geding. Er kunnen veel vragen en heftige emoties ontstaan bij cliënten, medewerkers, ouders, mentoren. Door de **inzet van een zaakcoördinator** of casemanager (in het vervolg hanteren wij de term zaakcoördinator), kan een complexe situatie van (zeer) ernstig grensoverschrijdend gedrag procesmatig en doelmatig worden aangepakt. Zaakcoördinatie omvat: het opstellen van een plan van aanpak, procesmanagement en inhoudelijke en procesmatige toetsing van afspraken. De zaak wordt vanaf de melding tot en met de afsluiting gevolgd (gemonitord) en gecoördineerd. De zaakcoördinator adviseert de locatiemanager over de uitvoering van vervolgacties op basis van het plan van aanpak en coördineert de uitvoering. Zaakcoördinatie ontlast op deze manier de locatiemanager. Hierdoor kan de locatiemanager het eigenlijke werk blijven doen. Bovendien krijgen zij snel in beeld wat er allemaal moet gebeuren en omdat de zaakcoordinator nagaat of en hoe acties worden uitgevoerd, weten managers of ze het juiste doen.

Niet voor alle zaken zal zaakcoördinatie in brede zin nodig zijn. Veel meldingen betreffen begeleidingsvraagstukken. In die gevallen kan eenmalig advies voldoende zijn. Toch is het aan te bevelen bij een melding van grensoverschrijdend gedrag altijd een vorm van zaakcoördinatie in te stellen. De praktijk wijst uit dat het volgen en evalueren van een zaak anders achterwege blijft, waardoor een taak kan worden vergeten of niet uitgevoerd en/of belangrijke informatie verloren gaat.

**Stap 3. Onderzoek en gesprek met betrokkenen**

In deze stap wordt verzamelde informatie nader onderzocht en vervolgonderzoek gedaan. Alle gemelde feiten, data, betrokkenen en het verloop van de gebeurtenissen worden in kaart gebracht. Vastgesteld kan worden wat de aard en ernst is van het ongewenste of grensoverschrijdende gedrag en eventueel wat externe deskundigen hierover geoordeeld hebben. Het onderzoek wordt uitgevoerd door daartoe aangewezen functionarissen, bij voorkeur een onderzoeksteam van twee of drie deskundige personen. Het interne onderzoek kan afhankelijk van de ernst en omvang van de casus bijvoorbeeld inhouden: het horen van getuigen, begeleiders en andere cliënten, het bestuderen van begeleidings- of dagrapportages, het observeren of screenen van direct bij de zaak betrokken cliënten. Door deskundigen kan een taxatie of screening worden uitgevoerd om te bepalen wat er aan de hand is. Aan de hand van de conclusies wordt de volgende stap gezet.

Bij (vermoedens van) grensoverschrijdend gedrag achten wij het van belang **onderscheid** te maken **tussen lichte** of milde vormen en ernstige **tot zeer ernstige vormen** van grensoverschrijdend gedrag. Er is in feite sprake van een continuüm. Het onderscheid is van belang voor de bepaling van vervolgstappen of maatregelen om de ongewenste gedraging te stoppen en betrokkenen te beschermen, c.q. te corrigeren.

**Gradaties**

1. Lichte vormen van grensoverschrijdend gedrag (onthouden van begeleiding; geluidsoverlast geven of iemand uitschelden). Hiertoe horen ook de veelvoorkomende bejegeningsklachten.

2. Ernstige vormen van grensoverschrijdend gedrag waarbij het slachtoffer schade lijdt of heeft geleden. Schade kan zich voordoen in de vorm van psychisch lijden en/of fysiek letsel of schade of verlies van eigendommen (zaken of dieren). Voorbeelden: iemand stelselmatig kleineren en beledigen; iemand financieel uitbuiten.

3. Zeer ernstige vormen van grensoverschrijdend gedrag die vaak aangemerkt kunnen worden als een strafbaar feit. Als er een redelijk vermoeden van een strafbaar feit bestaat dan moet dat worden gemeld bij de politie. Dit kan leiden tot een aangifte en/of politieonderzoek en vervolging van vermoedelijk plegers. Dit kan zich voordoen bij bijvoorbeeld: diefstal, vernieling, seksueel misbruik en mishandeling.

Vervolgens worden de bevindingen over de (gemelde) situatie getoetst aan de zienswijze van betrokkenen. **Met betrokken cliënt(en)** en/of hun ouders/vertegenwoordigers **wordt gesproken** over de gedragingen en gebeurtenissen en hoe deze worden ervaren. Zorgen worden uitgesproken, uitgevraagd en gedeeld. Zo wordt nieuwe informatie verzameld. Met betrokkenen wordt tevens besproken wat volgens hen gedaan kan of moet worden om de ongewenste gedragingen te stoppen en/ of te veranderen. De behoefte aan hulp en begeleiding wordt ook geïnventariseerd. Het gesprek vraagt om goede voorbereiding, zorgvuldigheid en deskundigheid.

**Stap 4. Afspraken over vervolgacties (intern)**

In deze fase neemt de instelling, na al het interne onderzoek en de gesprekken met betrokkenen en op grond van eventuele adviezen van externe partijen (politie, IGZ, AMK), de beslissing over het plan van aanpak binnen de instelling, voor wat betreft de interventies en maatregelen om de ongewenste gedragingen of situaties te beëindigen. Het kan zijn dat bijvoorbeeld de politie de zaak (ook) nog in onderzoek heeft. Dan is het nodig te blijven afstemmen. Dat is dan een van de vervolgacties. Al het voorbereidende werk is verricht om deze beslissing te nemen. Op basis van alle rapportages en adviezen die intern en extern zijn gegeven, neemt de raad van bestuur deze beslissing.

**Stap 5. Uitvoering vervolgacties (intern)**

De interne acties bestaan uit het opstellen van een intern plan van aanpak. Daarin staan acties ten aanzien van direct betrokkenen en de locatie. Eerst en vooral zijn die acties erop gericht het ongewenste gedrag te stoppen en een acceptabele situatie voor alle betrokkenen te scheppen. Het kan zijn dat begeleidingsplannen worden aangevuld of bijgesteld om de bij de casus betrokken cliënten extra te beschermen. Daarnaast kan specifieke hulp van andere (externe) hulpverleningsinstellingen of behandelaars nodig zijn. De instelling kan hiervoor (externe) gespecialiseerde vervolghulpverlening inschakelen. Zo nodig, dus in geval sprake is van huiselijk geweld of kindermishandeling, kan het SHG of het AMK een bijdrage leveren aan vervolghulp of daarover adviseren. Hierna kunnen ook nog interne vervolgstappen plaatsvinden. Bovendien kan de casus aanleiding geven tot andere preventieve maatregelen zodat deze grensoverschrijdende of andere ongewenste gedragingen zoveel mogelijk worden voorkomen.

**Stap 6. Monitoring en evaluatie**

Tijdens het gehele proces is rapportage en registratie van gegevens en informatie zeer aan te raden. Vanaf stap 1 worden gegevens vastgelegd en een apart dossier opgebouwd. Dit is nodig voor een goede overdracht, voor de samenwerking en afstemming. De zaakcoördinator gebruikt dit voor de monitoring en evaluatie. Het dossier bevat persoonsgegevens, data, plan van aanpak en rapportages van de uitvoering en de adviezen van de externe instanties en adviseurs, bevindingen uit onderzoek en verdere afspraken. Het dossier van een casus of klacht vormt de basis voor een eindverslag. Na een afgehandelde casus kan de raad van bestuur op de hoogte worden gebracht door bijvoorbeeld verslag van het onderzoek met conclusies en een plan van aanpak. Evaluatie van het proces en de effecten van interventies moeten uitwijzen of de instelling de juiste afweging heeft gemaakt, de juiste stappen heeft gezet, en of deze handelingen en maatregelen het gewenste effect hebben gehad.

Een zaak die door de klachtencommissie is afgehandeld, eindigt met een gemotiveerde uitspraak en advies voor de raad van bestuur naar aanleiding van een (bejegenings)-klacht van een cliënt, of met een verslag en advies van een interne of externe vertrouwenspersoon. Deze klachtfunctionarissen en commissies voeren een eigen archief waarin het dossier is opgeslagen. Zo beheert de clientenvertrouwenspersoon en de MIC- of Klachtencommissie een eigen archief.

De belangrijkste vraag hierbij is of dit proces heeft geleid tot meer veiligheid, welzijn, gezondheid en welbevinden van de cliënten. Elke functionaris en commissie maakt een jaarverslag en kan aanbevelingen doen aan de directie of raad van bestuur om zaken te verbeteren in het kader van de veiligheid, de kwaliteit van zorg en begeleiding en het welbevinden en welzijn van cliënten binnen de instelling.

Auteurs: Kristin Janssens, Marijke Lammers en Annemiek Goes (MOVISIE), Zafanja Hartog en Nynke Heeringa (Vilans) 2012

**Bijlage 5 risicofactoren (oorspronkelijk voor gebruik in thuiszorg)**

Het RITI is een korte en op de praktijk gerichte vragenlijst die het risico op ouderenmis(be)handeling meet. Gebaseerd op gekende signalen en risicofactoren van ouderenmis(be)handeling wordt daarbij gepeild naar zowel aspecten die betrekking hebben op de oudere zelf, zijn steunfiguur/vertrouwenspersoon/ ‘pleger’ als zaken uit de omgeving. Aangezien de vragenlijst anoniem wordt ingevuld en louter ter ondersteuning van de hulpverlener bedoeld is, hoeft de cliënt zelf geen toestemming te geven of op de hoogte te worden gebracht. Op basis van de ingevulde items wordt een score berekend die aangeeft hoe hoog het risico op ouderenmis(be)handeling is. Er zijn vier codes: groen (geen risico), geel (laag risico), oranje (matig risico) en rood (hoog risico). Een hoge score wil nog niet automatisch zeggen dat er in een bepaalde situatie reeds sprake is van ouderenmis(be)handeling, maar wel dat men extra aandachtig moet zijn.

**Risicotaxatie-instrument : vragenlijst (getest en ontwikkeld voor gebruik in de thuiszorg)**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |
| Geslacht | □ man  □ vrouw |
| Leeftijd |  |
| Postcode |  |
| Zorgregio |  |
| Samenwonend? | □ nee  □ met partner  □ met kinderen  □ met anderen |

In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken over de oudere en zijn omgeving? (Kruis aan a.u.b.)

A = helemaal niet akkoord C = eerder wel akkoord

B = eerder niet akkoord D = helemaal akkoord

Wanneer u geen antwoord heeft over de uitspraak, mag u het vakje open laten.

**DEEL 1**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| … de oudere afhankelijk is van een steunfiguur? (vb. voor zorg, financieel, administratief, voor woonplaats, …) |  |  |  |  |
| … de oudere geïsoleerd is? |  |  |  |  |
| … er tekenen zijn dat de oudere de situatie niet meer aan kan (vb. signalen van overbelasting, oververmoeidheid, emotionaliteit, gejaagdheid, opvliegendheid, onverschilligheid, onmacht, frustratie, angst …) |  |  |  |  |
| … er sprake is van lichamelijke beperkingen, dementie, depressieve gevoelens, verslaving, laagbegaafdheid, psychiatrische of psycho-sociale problemen bij de oudere? |  |  |  |  |
| … er recentelijk ingrijpende en stressvolle veranderingen gebeurd zijn in het leven van de oudere? (vb. verhuis, overlijden partner, …) |  |  |  |  |
| … er een geschiedenis van geweld is binnen het gezin? |  |  |  |  |
| **Totaal** (optellen hoeveel keer wordt A en B, C en D geantwoord? |  |  |  |  |

**DEEL 2**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| … de relatie tussen de steunfiguur en de oudere problematish is? (stress, ruzie, …) |  |  |  |  |
| … de relatie tussen de steunfiguur en de naaste omgeving problematisch is? (vb. stressvol, spanningen, ruzie, …) |  |  |  |  |
| ... de steunfiguur afhankelijk is van de oudere? |  |  |  |  |
| **…** de zorg die door de steunfiguur gegeven wordt aan de oudere (te) zwaar is? |  |  |  |  |
| … de kennis van de steunfiguur om de zorg goed op te nemen en te organiseren onvoldoende is? |  |  |  |  |
| **…** de steunfiguur geïsoleerd is? |  |  |  |  |
| … er tekenen zijn dat de steunfiguur de situatie niet meer aan kan (vb. signalen van overbelasting, oververmoeidheid, emotionaliteit, gejaagdheid, opvliegendheid, onverschilligheid, onmacht, frustratie, angst …) |  |  |  |  |
| … er sprake is van lichamelijke beperkingen, dementie, depressieve gevoelens, verslaving, laagbegaafdheid, psychiatrische of psychosociale problemen bij de steunfiguur? |  |  |  |  |
| … de steunfiguur financiële problemen heeft? |  |  |  |  |
| … er recentelijk ingrijpende en stressvolle veranderingen gebeurd zijn in het leven van de steunfiguur? |  |  |  |  |
| **Totaal** (optellen hoeveel keer wordt A en B, C en D geantwoord?) |  |  |  |  |

**DEEL 3**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| **…** er signalen zijn van schending van de rechten? (vb. Verhinderd dat de post gelezen wordt, vrienden ontmoeten, …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van emotionele mis(be)handeling? (Vb. Angstig zijn, beschaamd zijn, bedreigd voelen, gekleineerd worden, …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn dat hulp en verzorging te wensen over laat? (vb. kleding, boodschappen, maaltijden, huishouden, …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van financiële mis(be)handeling? (Vb. Geld of goederen moeten afgeven tegen hun wil, papieren moeten tekenen, erfenisbejagening, plotse onverklaarbare veranderingen in de financiële situatie …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van lichamelijke mis(be)handeling? (vb. Fysiek verwond, geslagen, …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van seksuele mis(be)handeling? (vb. Ongewenste aanrakingen, verplicht uitkleden, …) |  |  |  |  |
| **Totaal** (optellen hoeveel keer wordt A en B, C en D geantwoord?) |  |  |  |  |

**Scoren van het RITI**

Schrijf de totalen van de 3 delen achter elkaar op (in omgekeerde volgorde!). Neem vervolgens enkel de grijze cellen en vorm met deze getallen een getal van drie cijfers.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Deel 3** | | Deel 2 | | Deel 1 | |
|  |  |  |  |  |  |

→

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deel 3** | **Deel 2** | **Deel 1** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Getal** | **Situatie** |
| 000 | De situatie is goed. |
| 001/002  010 | De oudere heeft een beperkt risico op ouderenmis(be)handeling. |
| 003/ 004/ 005/ 006  011 tot 099 | De oudere heeft een groot risico op ouderenmis(be)handeling. Er is misschien op dit ogenblik nog geen zichtbare ouderenmis(be)handeling, maar deze situatie vertoont een hoog risico. |
| 100 tot 699 | Er zijn signalen dat de oudere slachtoffer is van ouderenmis(be)handeling. |

**Risicotaxatie-instrument: vragenlijst (zelf aangepast voor intramurale settings, niet getest)**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |
| Geslacht | □ man  □ vrouw |
| Leeftijd |  |
| Postcode |  |
| Zorgregio |  |
| Samenwonend? | □ nee  □ met partner  □ met kinderen  □ met anderen |

In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken over de oudere en zijn omgeving? (kruis aan a.u.b.)

A = helemaal niet akkoord C = eerder wel akkoord

B = eerder niet akkoord D = helemaal akkoord

Wanneer u geen antwoord heeft over de uitspraak, mag u het vakje open laten.

**DEEL 1 kenmerken oudere**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| … er sprake is van fysieke afhankelijkheid? |  |  |  |  |
| … de oudere geïsoleerd is/ weinig sociale contacten heeft? |  |  |  |  |
| … er sprake is van cognitieve afhankelijkheid? |  |  |  |  |
| **Totaal** (optellen hoeveel keer wordt A en B, C en D geantwoord? |  |  |  |  |

**DEEL 2 kenmerken personeel**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| … er sprake is van een negatieve houding tov de ouderen? |  |  |  |  |
| ... een kortere werkervaring de houding tov de ouderen beïnvloedt? |  |  |  |  |
| **…** de zorgverlening mechanisch en onpersoonlijk lijkt te worden? (bijvoorbeeld omwille van tijdsdruk) |  |  |  |  |
| … de kennis van de zorgverlener om de zorg goed op te nemen en te organiseren onvoldoende is? |  |  |  |  |
| … er sprake is van onmacht, onkunde, of onwetendheid bij het personeel? |  |  |  |  |
| … er tekenen zijn dat de zorgverlener de situatie niet meer aankan/ burn-out bij de zorgverlener (meest voorkomend wanneer de zorgvraag de zorgverlening overtreft) |  |  |  |  |
| **Totaal** (optellen hoeveel keer wordt A en B, C en D geantwoord?) |  |  |  |  |

**DEEL 3 externe factoren**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| … er een tekort is aan rusthuisbedden, waardoor er een wachtlijst is ontstaan en men zich als gevolg minder gaat bekommeren over de kwaliteit van zorg? |  |  |  |  |
| … het tekort aan verpleegkundigen een invloed heeft op de kwaliteit van zorg? (bijvoorbeeld het minder snel treffen van sancties tav verpleegkundigen…) |  |  |  |  |
| ... men onvoldoende op de hoogte is van het bestaan van meldpunten waar men terecht kan met klachten van ontspoorde zorg/ ouderenmisbehandeling? |  |  |  |  |

**DEEL 4 kenmerken instelling**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| … men tijdens de zorgverlening weinig rekening houdt met de mogelijkheden van de oudere, en de oudere weinig inspraak geeft? |  |  |  |  |
| … er geen sprake is van een beleidsvisie inzake kwaliteitszorg/ ouderenmis(be)handeling? |  |  |  |  |
| ... er een slechte communicatie is over de beleidsvisie inzake kwaliteitszorg tussen de verschillende zorgverleners? En/of de uitgevoerde zorgen bijna nooit worden geëvalueerd? |  |  |  |  |
| … het soort van uitbatingsvorm (profit/ non-profit) een invloed heeft op de kwaliteit van zorg? |  |  |  |  |
| **…** er sprake is vanangst bij bewoners om klachten te uiten? |  |  |  |  |
| .. er sprake is van een onderbezetting van het personeel waardoor men niet voldoende kan ingaan op de zorgvraag van de bewoner? |  |  |  |  |

**DEEL 5 signalen**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| **…** er signalen zijn van schending van de rechten? (vb. onvoldoende zelfbeschikking bij dagindeling of behandeling, onvoldoende privacy, beperking in bewegingsvrijheid (die niet ter bescherming werd opgelegd), …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van emotionele mis(be)handeling? (Vb. Angstig zijn, beschaamd zijn, bedreigd voelen, gekleineerd worden, …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn dat hulp en verzorging te wensen over laat? (vb. signalen van ondervoeding, dehydratatie, onvoldoende wondzorg, onvoldoende mondhygiëne/mondzorg, haren die nooit gewassen worden, nagels die niet geknipt worden,…) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van financiële mis(be)handeling? (Vb. verdwijnen van waardevolle spullen,…) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van lichamelijke mis(be)handeling? (vb. Fysiek verwond, geslagen, blauwe plekken door bruusk handelen tijdens ochtendzorgen, onbehandeld letsel, …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van seksuele mis(be)handeling? (vb. Ongewenste aanrakingen, seksistische opmerkingen, …) |  |  |  |  |
| **Totaal** (optellen hoeveel keer wordt A en B, C en D geantwoord?) |  |  |  |  |

**Scoren van het RITI**

Schrijf de totalen van de 5 delen achter elkaar op (in omgekeerde volgorde!). Neem vervolgens enkel de grijze cellen en vorm met deze getallen een getal van vijf cijfers.

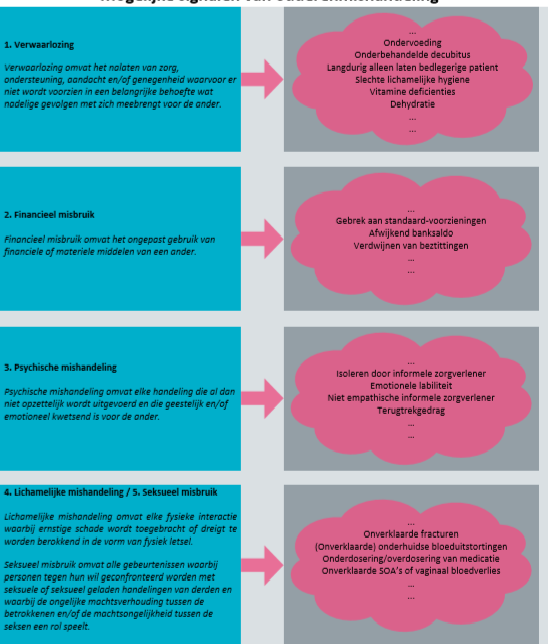
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Deel 5** | | Deel 4 | | Deel 3 | | Deel 2 | | Deel 1 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

→

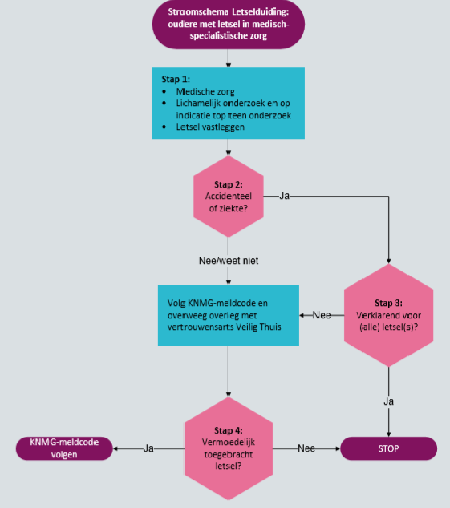
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Deel 5** | **Deel 4** | **Deel 3** | **Deel 2** | **Deel 1** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Getal** | **Situatie** |
| 00000 | Geen risico: De situatie is goed, u scoorde op alle delen 0 |
| Deel 5: 0  Deel 4: ≤ 2  Deel 3: ≤ 1  Deel 2: ≤ 2  Deel 1: ≤ 1 | De oudere heeft een beperkt risico op ouderenmis(be)handeling. |
| Deel 5: 0  Deel 4: ≤ 4  Deel 3: ≤ 2  Deel 2: ≤ 4  Deel 1: ≤ 3 | De oudere heeft een reëel risico op ouderenmis(be)handeling. Verder en diepgaander onderzoek is aangewezen. |
| Deel 5: 0  Deel 4: ≤ 6  Deel 3: ≤ 3  Deel 2: ≤ 6  Deel 1: ≤ 3 | De oudere heeft een groot risico op ouderenmis(be)handeling. Er is misschien op dit ogenblik nog geen zichtbare ouderenmis(be)handeling, maar deze situatie vertoont een hoog risico. |
| Deel 5: ≤ 6  Deel 4: ≤ 6  Deel 3: ≤ 3  Deel 2: ≤ 6  Deel 1: ≤ 3 | Er zijn signalen dat de oudere slachtoffer is van ontspoorde zorg, en/of ouderenmis(be)handeling. |

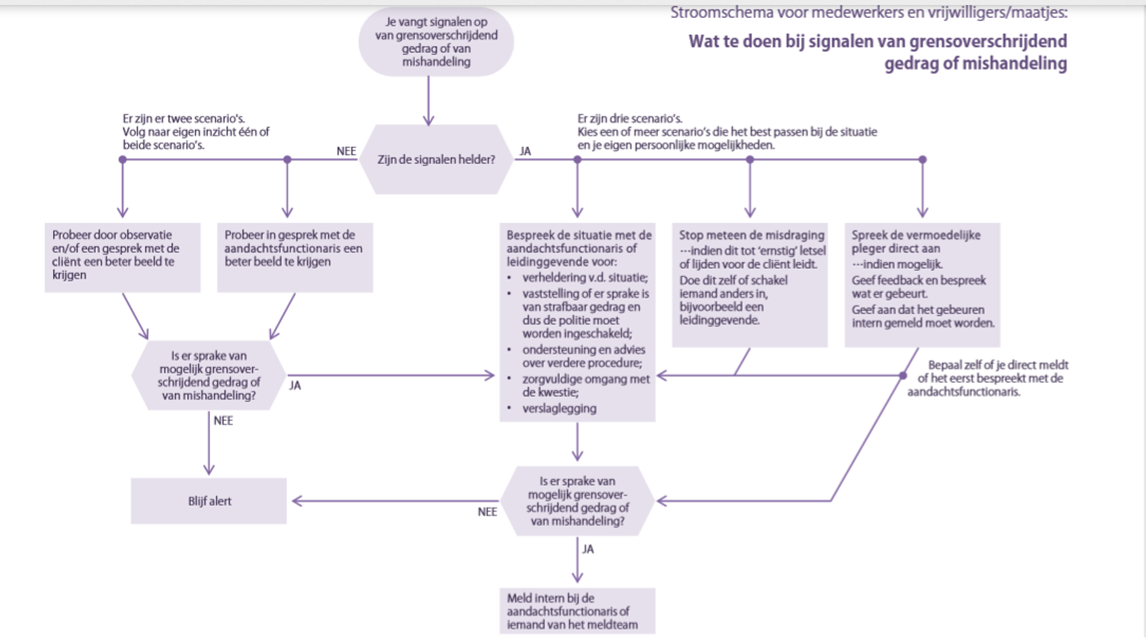
**Bijlage 6 Mogelijke signalen ouderenmis(be)handeling**

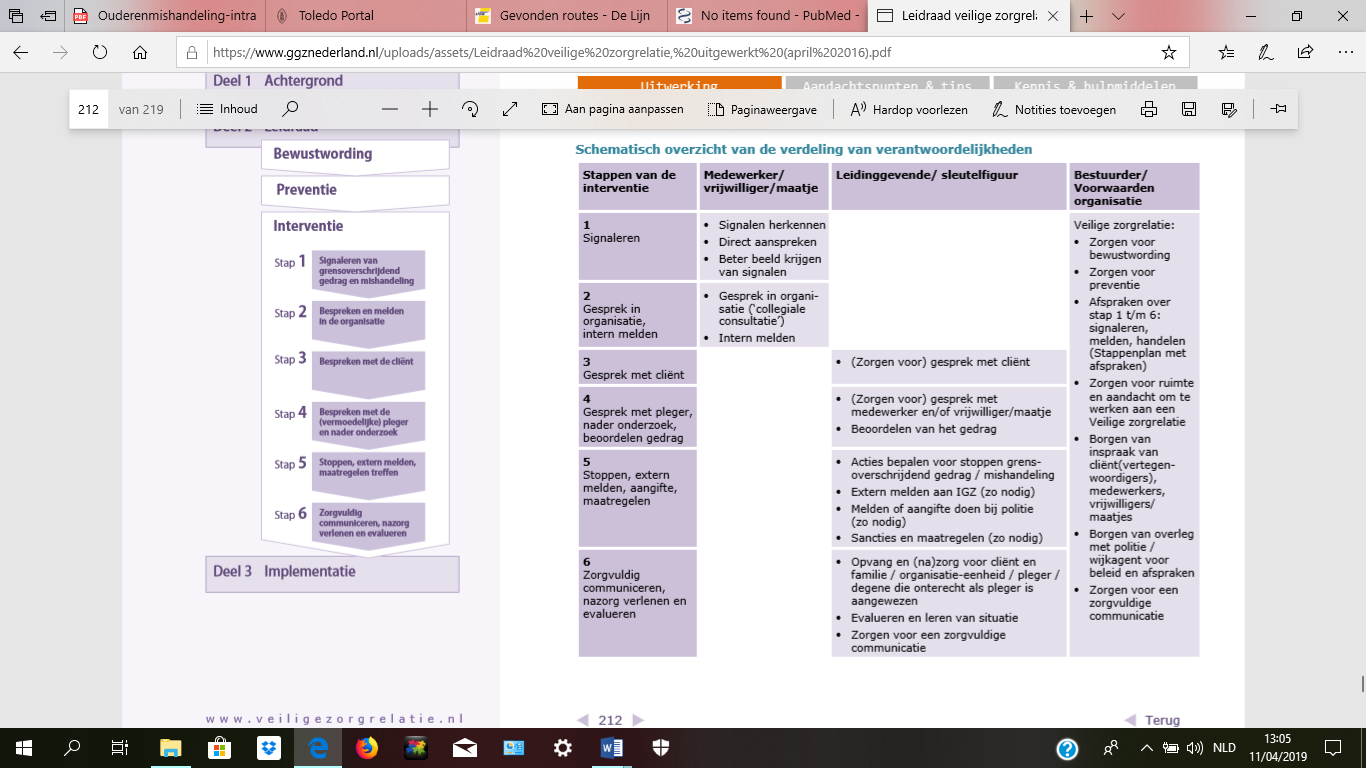
****

(richtlijn vermoeden van omh, 2018)

****

Aanvulling uit Leidraad veilige zorgrelatie

****



**Bijlage 7: het ontwikkelen van een bijscholing**

1. **Powerpointpresentatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Dia 1 |  |
| Dia 2 |  |
| Dia 3 |  |
| Dia 4 |  |
| Dia 6 |  |
| Dia 7 |  |
| dia 8 |  |
| Dia 9 |  |
| Dia 10 |  |
| Dia 11 |  |
| Dia 12 |  |
| Dia 13 |  |
| Dia 14 |  |
| Dia 15 |  |
| Dia 16 |  |
| Dia 17 |  |
| Dia 18 |  |
| Dia 19 |  |
| Dia 20 |  |
| Dia 21 |  |
| Dia 22 |  |
| Dia 23 |  |
| Dia 24 |  |
| Dia 25 |  |
| Dia 26 |  |
| Dia 27 |  |
| Dia 28 |  |
| Dia 29 |  |
| Dia 30 |  |
| **Dia** 31 |  |

1. **Toepassingen:**

Vervolgens bied ik om af te sluiten een aantal oefeningen aan die nuttig kunnen zijn in de bewustwording/ preventie van ontspoorde zorg en ouderenmis(be)handeling. Ik hoop jullie met deze bijscholing een beeld gegeven te hebben omtrent ontspoorde zorg, de preventie, en de noodzakelijke interventies. Alvast bedankt voor jullie aandacht!

1. **Agenderen: werkvorm situatieschetsen**

In ons werk kunnen zich situaties voordoen waarbij je denkt: hoe komt dit? Kan dit wel? Of situaties zijn heel vanzelfsprekend geworden, terwijl ze misschien niet zo vanzelfsprekend zijn. Het is niet altijd makkelijk je reactie te bepalen, een antwoord te vinden. We gaan nu met elkaar een paar van die situaties bekijken.

**Werkvorm**

Team/groepsdiscussie.

**Duur**

In een kleine groep 60 minuten, in grotere groep waarin je met subgroepjes werkt 90 minuten.

**Benodigdheden**

* Situatieschetsen op papier (zie volgende pagina) [selecteer die situaties die je wilt bespreken; voeg eventueel eigen voorbeelden toe].
* Pennen.

**Opdracht**

* Ieder krijgt een lijst met situatieschetsen.
* Eventueel in groepjes uit elkaar.
* Ieder schrijft eerst individueel kort op wat zijn/haar eerste reactie zou zijn.
* Bespreek je bevindingen:
  + Welke situatie vond je het lastigst?
  + Welke situaties doen zich in je werk het meest voor?
  + Heb je nog een eigen voorbeeldsituatie beschreven?

**Plenaire bespreking[[1]](#footnote-1)**

Mogelijke vragen voor de bespreking:

* Zijn dit soort situaties in je werk herkenbaar?
* Wat is je eerste reactie op deze situatie?
* Hoe zou jij zelf reageren als het jou overkwam?
* Zijn er in de situatie verschillende mogelijkheden om te reageren?
* Maakt het uit wie wat doet of nalaat?
* Maakt het uit of het om een jongen of meisje gaat?
* Maakt het uit of je degene die jij over de grens vindt gaan, (goed) kent?
* Maakt het uit wie het slachtoffer is?
* Wat zou de consequentie kunnen zijn als je er iets van zegt?
* Wat zou de consequentie kunnen zijn als je er *niets* van zegt?
* Wat verwacht je van anderen als dit met jou zou gebeuren?
* Is het makkelijk of moeilijk om een collega aan te spreken?
* Welke situatie vind je het lastigst om bespreekbaar te maken?
* Wat is er nodig om dit soort zaken te kunnen bespreken?

**Afronding, evaluatie (15 minuten)**

* Hoe was het om deze situaties zo te bespreken?
* Wat gaan we doen met de uitkomsten?
* Welke vervolgacties zijn nodig? Welke zijn al gepland?
* Waarover zijn afspraken / beleid nodig?

| **Situatie** | **Hoe reageer je?** |
| --- | --- |
| Je helpt een cliënt met douchen. Ellen en Frank, je collega’s, komen druk pratend binnen en zeggen dat ze jou drin­gend moeten spre­ken. |  |
| Omdat de deur open staat, zie je toevallig dat een collega in een agenda van een zorgvrager zit te bladeren die hij op tafel heeft laten liggen. |  |
| Een medewerker haalt regelmatig de hand door het haar van een cliënt en zegt 'ha lieve krullenbol'. |  |
| Medewerkers praten regelmatig over cliënten waar andere cliënten bij zijn. |  |
| Je begeleidt een cliënt die last heeft van een medebewoner die behoorlijk agressief kan worden: schelden, vloeken, schreeuwen, met deuren slaan. Jouw cliënt voelt zich niet veilig. Je praat er met je collega’s over. Zij zeggen dat je jouw cliënt aan moet raden voor zichzelf op te komen. |  |
| **Situatie** | **Hoe reageer je?** |
| Een cliënt mag voor straf geen dessert eten. |  |
| Je ziet dat een cliënt een natte broek heeft. Je denkt dat hij in zijn broek heeft geplast. Zijn persoonlijk begeleider is op de computer bezig. Je zegt: ‘ik denk dat Jan in zijn broek heeft geplast’. ‘Nee hoor’, antwoordt je collega: ‘hij heeft net zijn glas over zijn broek laten vallen.’ |  |
| Je ziet dat Hein zijn medecliënte Maaike lastigvalt. Hij probeert haar tegen haar zin vast te pakken en te zoenen. Maaike roept dat hij op moet houden. Vrijwilliger Hans reageert met: ‘Ah Maaike, stel je niet zo aan, Hein bedoelt het goed.’ |  |
| Je merkt op dat een zorgvrager je heel slecht verstaat, en ook bijna tegen een deur liep. Blijkbaar was men tijdens de ochtendzorg zijn bril vergeten en zijn oor- apparaat vergeten insteken. |  |
| *Eigen voorbeeld:* |  |

Een voorbeeld :

Een vrouw van 78 jaar dient gewassen te worden. De vrouw heeft cognitieve dysfuncties waaronder dementie en kan erg agressief worden. Bij het wassen wordt de vrouw agressief en roept de zorgverlener hulp in. Er komen 1 of twee zorgverleners te hulp en houden de vrouw (bruusk) vast bij de armen en benen. Op die manier kan de vrouw haar dagelijkse hygiënische zorg krijgen.

Alternatief 1: Een andere mogelijkheid in dezelfde casus kon zijn dat de oudere alvorens de hygiënische zorg een sedativa toegediend krijgt. Is dit een goed alternatief?

Alternatief 2: De oudere fysisch kalmeren door een gesprek met de oudere te hebben waarin je eerst jezelf voorstelt, vervolgens uitlegt wat je vandaag gaat doen, en ten slotte het gesprek op gang houdt om de oudere af te leiden.

In beide gevallen heeft de zorgverlener controle over de vrouw en kan de zorg steeds toegediend worden. De essentie is op welke manier dit gebeurt.

1. **Werkvorm Strokenspel**

**Grensoverschrijdend of niet?**

Het strokenspel is een manier om het onderwerp grensoverschrijdend gedrag te agenderen en dichter bij medewerkers te brengen. Op tien stroken papier, of kaartjes, staan situaties die aan de praktijk zijn ontleend. Natuurlijk kunt u ook voorbeelden uit uw eigen praktijk op de stroken zetten.

**Werkvorm**

Team- of groepsdiscussie.

**Doel**

Bewustwording van (de ernst van) diverse vormen van grensoverschrijdend gedrag.

**Duur**

60 minuten.

**Benodigdheden**

* Kaartjes/stroken met diverse situaties van grensoverschrijdend gedrag.
* Pennen (om kaartjes te nummeren).
* Flap waarop kaartjes/stroken in hiërarchische volgorde kunnen worden geplakt.
* Plakband.

De groep wordt in drieën verdeeld. Ieder krijgt een set kaartjes/stroken.

* Groep 1 bespreekt de situaties vanuit het cliëntperspectief.
* Groep 2 bespreekt de situaties vanuit het medewerkersperspectief.
* Groep 3 bespreekt de situaties vanuit het eigen perspectief (wat als dit míj zou overkomen).

**Opdracht**

1. Lees de situaties. Vul eventueel aan met eigen voorbeelden: ieder schrijft die op de lege kaartjes (10 minuten).
2. Breng eerst individueel een rangorde in de situaties aan: het ergst, heel erg, erg, minder erg (10 minuten).
3. Daarna moet de groep tot een unanieme rangorde komen (20 minuten).
4. Per groep worden de situaties in rangorde op een flap geplakt (10 minuten).

**Nabespreking**

* Komt de rangorde per groep overeen of niet? Wat valt op?
* Worden er verschillende normeringen toegepast als het om jezelf zou gaan?
* Zijn de situaties herkenbaar? Komen ze in je eigen werk voor?
* Hoe keek je er eerst tegenaan? Kijk je er nu anders naar?
* Wat nemen we mee in ons werk/wat concluderen we voor onze werkpraktijk?

**Situaties**

|  |
| --- |
| Ik ben geopereerd en ben momenteel volledig afhankelijk van hulp bij de ochtendzorg en het aan/uitkleden. Straks krijg ik een vriendin op bezoek. Ik twijfel om dit bezoek af te bellen, omdat ik me schaam voor mijn vettige haren. Mijn haar is al meer dan 10 dagen niet meer gewassen, maar ik durf niet nog eens te vragen of men het zou willen wassen, want ze hebben het al zo druk. |
| Ik ben tegen mijn wil gewassen. |
| Er wordt geld van mij gestolen. |
| Wanneer ik naar de wc moet, moet ik altijd zo lang wachten, waardoor ik vaak een ongelukje heb en dan worden de zorgverleners kwaad. |
| Ik word geslagen. |
| Ik moet altijd zo vroeg uit bed, terwijl ik echt geen ochtendmens ben, om dan toch maar gewoon in de eetzaal te zitten, waar ik dan naar de muren zit te staren tot het eten er eindelijk is. |
| De zorgverleners denken altijd dat ze alles beter weten dan ik (paternalistische houding). |
| Ik ben afhankelijk van hulp bij het eten. Meestal beginnen ze eerst met mij te helpen voor het eten van mijn dessert, omdat de rest nog te warm is volgens hen. De soep krijg ik meestal pas op het einde van de maaltijd want dartegen is ze voldoende afgekoeld. |
| Ik ben afhankelijk van hulp bij de ochtendzorg. Na het wassen geven ze me mijn vals gebit. Dit smaakt vaak echt heel vies, alsof er eten van de avond ervoor aanhangt. Heel af en toe smaakt het ook wel eens naar tandpasta. |
| Als ik iets verkeerds doe, krijg ik geen dessert. |

1. **Werkvorm dilemma’s en grenzen: De brievenbus**

Grenzen in de omgang met cliënten. Hoe kun je je betrokkenheid uiten maar toch professionele afstand bewaren? Hoe ga je om met moeilijk gedrag? Hoe voorkom je dat je zelf de grens over gaat? Hoe ga je om met de extra verantwoordelijkheid die je als medewerker hebt voor het bewaken van grenzen? Die grenzen zijn benoemd in de gedragscode, maar zijn niet helemaal sluitend vast te leggen. Wat in de ene situatie acceptabel is, kan in de andere een grove grensoverschrijding zijn.

**Werkvorm**

Team/groepsdiscussie

**Duur**

30 minuten

**Benodigdheden**

* Gedragscode.
* Lege briefkaarten.
* Brievenbus (schoenendoos met briefopening).
* Stiften/pennen.

**Opdracht**

*Individueel (10 minuten)*

* Aan de deelnemers wordt gevraagd kort per briefkaart een of meer situaties op te schrijven die met dilem­ma's rondom grenzen in de omgang met cliënten te maken hebben. Situaties (in het 'grij­ze gebied') waarbij men zich afvraagt: waar ligt de grens?   
  De situatie moet echt zijn gebeurd en bij voorkeur niet te lang geleden. Het gaat bij voorkeur niet om een grove grensover­schrij­ding, maar een dilemma rondom omgang, bejegening en grenzen aan die omgang.
* Per situatie geven de deelnemers de situatie een pakkende titel (aan voorkant kaartje).
* De kaartjes wor­den in een 'brievenbus' gedaan.

*Plenaire bespreking (20 minuten)*

* De deelnemers pakken om de beurt een kaartje uit de bus. Het kaartje wordt voorgelezen en de groep probeert ter plekke situaties uit de eigen praktijk te bedenken om het probleem te illustreren.
* Vervolgens wordt hen gevraagd een mogelijke oplossing of alternatief voor dit probleem te bedenken.
* Wat zijn goede handelingsalternatieven?
* Wat staat hierover in de gedragscode?

*Afronding, evaluatie (10)*

* Hoe was het om deze situaties zo te bespreken?
* Welke gedragsafspraken kunnen hierop volgen?

**Bijlage 8 werkmap voor deelnemers aan bijscholing**

* + - 1. **Signalenkaart**

**ALGEMENE SIGNALEN - SLACHTOFFER (cliënt) Gedrag of houding**

▢ Emotionele veranderingen: meer teruggetrokken, huilerig, angstig, wanhopig, slaapproblemen, etc.

**▢** Sterke wisselingen in gedrag of stemming bij aanwezigheid van specifieke personen of in specifieke omstandigheden.

▢ Plotse terugval in vaardigheden of fysiek functioneren (bijvoorbeeld plots incontinent worden of stoppen met eten of drinken).

▢ Zelfbeschadigend gedrag.

▢ Plots overmatig alcohol en/of druggebruik.

▢ Plots agressief of fysiek grensoverschrijdend gedrag.

▢ Veranderd gedrag in de groep.

▢…

**Specifieke SIGNALEN - SLACHTOFFER (cliënt) Bij specifieke vormen van grensoverschrijdend gedrag**

Psychisch grensoverschrijdend

▢ 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,

▢ paternalistische houding (oudere wordt aanzien als iemand die niets van problematiek kent)

▢ Er is vaak sprake van plaatsvervangend beslissen

▢ Er is sprake van onvriendelijkheid, roepen, bedreigen, negeren, geen respect voor de oudere,…

Fysiek grensoverschrijdend

▢ Heeft (herhaaldelijk) fysiek letsel (op onlogische plaatsen).

▢ Heeft onverklaarbaar fysiek letsel, of blauwe plekken.

▢ Heeft onbehandeld letsel.

▢ Heeft bijtplekken.

▢ Heeft verwondingen die lijken op afdrukken van voorwerpen of lichaamsdelen (bijvoorbeeld vingers, riem, liniaal).

▢ Heeft botbreuken, kneuzingen.

▢…

Seksueel grensoverschrijdend

▢ Zorgvrager geeft indirecte hints over mogelijk ongewenst seksueel contact.

▢ Slechte (geestelijke) gezondheid, psychosomatische klachten.

▢ Angst of weigering bij lichamelijke verzorging.

▢ Geseksualiseerd gedrag.

▢ Genitale pijn of pijn bij het plassen, infecties, overgevoeligheid.

▢ Letsel of littekenvorming aan genitaliën, rectum, mond, borsten.

▢…

Discriminatie

▢ Plotse verandering van uiterlijk, kledingstijl of gebruik hulpmiddelen zoals rollator.

▢ Gepest, negatieve of ondermijnende bejegening.

▢ Uitgesloten of afgewezen worden.

▢…

Financieel en/of materieel grensoverschrijdend

▢ Zorgvrager krijgt geen betrouwbare informatie of heeft geen toegang tot informatie over eigen financiële situatie**.**

**▢** Plotselinge of onverklaarbare geldopnames van bankrekening.

▢ Verdwijnen van waardevolle spullen .

▢…

Ervaren schending van rechten

▢ Beperking bewegingsvrijheid: deuren gaan op slot.

▢ Gebrek aan eigen regie (bijvoorbeeld zaken worden voorbarig overgenomen).

▢ Beperking in handelingsvrijheid, zoals vrienden zien.

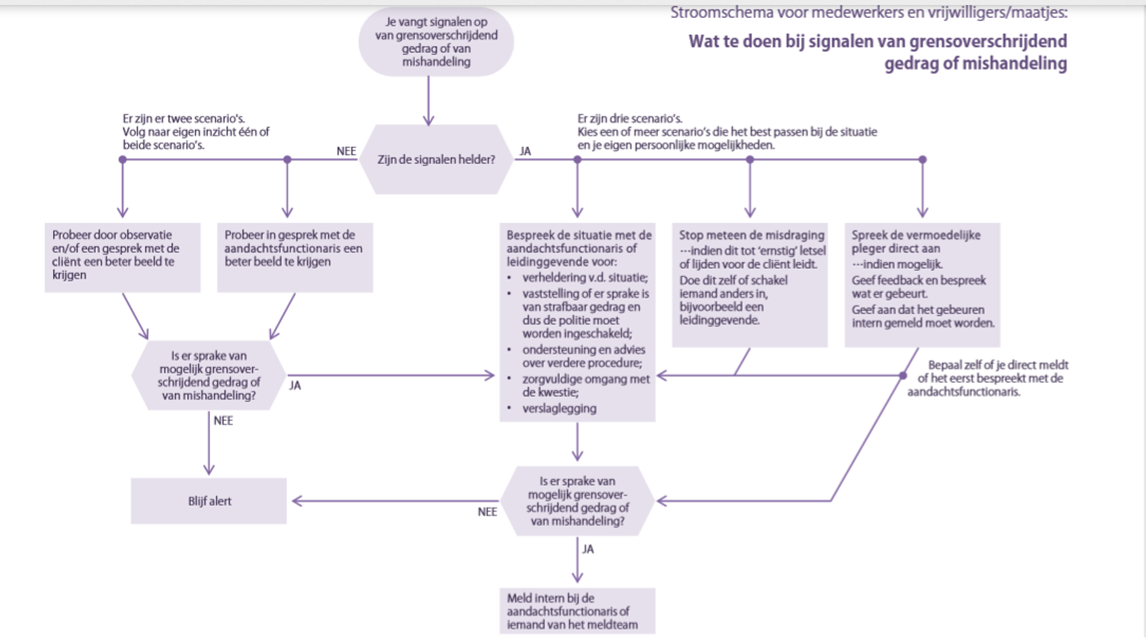
▢ Onvoldoende privacy bij ontvangen van bezoek.

▢ Onvoldoende privacy bij ADL-hulp of geneeskundige behandeling.

▢ Onvoldoende zelfbeschikking bij dagindeling of behandeling.

▢Onvoldoende inzage in dossier of keuze behandelingsvormen.

▢…

****

**Screenen van het risico op ouderenmisbehandeling dmv het risicotaxatie-instrument**

Het RITI is een korte en op de praktijk gerichte vragenlijst die het risico op ouderenmis(be)handeling meet. Gebaseerd op gekende signalen en risicofactoren van ouderenmis(be)handeling wordt daarbij gepeild naar zowel aspecten die betrekking hebben op de oudere zelf, zijn zorgverlener/ ‘pleger’ , kenmerken van de instelling, externe factoren, als signalen van ontspoorde zorg of ouderenmis(be)handeling. Aangezien de vragenlijst anoniem wordt ingevuld en louter ter ondersteuning van de hulpverlener bedoeld is, hoeft de cliënt zelf geen toestemming te geven of op de hoogte te worden gebracht. Op basis van de ingevulde items wordt een score berekend die aangeeft hoe hoog het risico op ouderenmis(be)handeling is. Er zijn vijf codes: groen (geen risico), geel (beperkt risico), oranje (reëel risico), donker-oranje (hoog risico) en rood (er zijn reeds signalen aanwezig ). Een hoge score wil nog niet automatisch zeggen dat er in een bepaalde situatie reeds sprake is van ouderenmis(be)handeling, maar wel dat men extra aandachtig moet zijn. Dit instrument werd oorspronkelijk gemaakt voor toepassing in de thuiszorg, en is daar ook getest op betrouwbaarheid etc. Ik heb het instrument herwerkt adhv literatuur omtrent risicofactoren binnen intramurele settings, zodat het ook toepasbaar is in woonzorgcentra. Voor gebruik in intramurele settings is het Risicotaxatie-instrument nog niet getest op betrouwbaarheid, validiteit, etc. Het kan denk ik wel een handig hulpmiddel zijn om het risico op ontspoorde zorg/ ouderenmis(be)handeling in intramurele settings te achterhalen, vandaar dat ik dit toch aan jullie wou meegeven.

**2 Risicotaxatie-instrument : vragenlijst (ontwikkeld voor intramurale settings, niet getest)**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |
| Geslacht | □ man  □ vrouw |
| Leeftijd |  |
| Postcode |  |
| Zorgregio |  |
| Samenwonend? | □ nee  □ met partner  □ met kinderen  □ met anderen |

In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken over de oudere en zijn omgeving? (kruis aan a.u.b.)

A = helemaal niet akkoord C = eerder wel akkoord

B = eerder niet akkoord D = helemaal akkoord

Wanneer u geen antwoord heeft over de uitspraak, mag u het vakje open laten.

**DEEL 1 (kenmerken oudere)**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| … er sprake is van fysieke afhankelijkheid? |  |  |  |  |
| … de oudere geïsoleerd is/ weinig sociale contacten heeft? |  |  |  |  |
| … er sprake is van cognitieve afhankelijkheid? |  |  |  |  |
| **Totaal** (optellen hoeveel keer wordt A en B, C en D geantwoord? |  |  |  |  |

**DEEL 2 kenmerken personeel**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| … er sprake is van een negatieve houding t.o.v. de ouderen? |  |  |  |  |
| ... een kortere werkervaring de houding t.o.v. de ouderen beïnvloedt? |  |  |  |  |
| **…** de zorgverlening mechanisch en onpersoonlijk lijkt te worden? (bijvoorbeeld omwille van tijdsdruk) |  |  |  |  |
| … de kennis van de zorgverlener om de zorg goed op te nemen en te organiseren onvoldoende is? |  |  |  |  |
| … er sprake is van onmacht, onkunde, of onwetendheid bij het personeel? |  |  |  |  |
| … er tekenen zijn dat de zorgverlener de situatie niet meer aan kan/ burn-out bij de zorgverlener (meest voorkomend wanneer de zorgvraag de zorgverlening overtreft) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Totaal** (optellen hoeveel keer wordt A en B, C en D geantwoord?) |  |  |  |  |

**DEEL 3 externe factoren**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| … er een tekort is aan rusthuisbedden, waardoor er een wachtlijst is ontstaan en men zich als gevolg minder gaat bekommeren over de kwaliteit van zorg? |  |  |  |  |
| … het tekort aan verpleegkundigen een invloed heeft op de kwaliteit van zorg? (bijvoorbeeld het minder snel treffen van sancties t.a.v. verpleegkundigen…) |  |  |  |  |
| ... men onvoldoende op de hoogte is van het bestaan van meldpunten waar men terecht kan met klachten van ontspoorde zorg/ ouderenmisbehandeling? |  |  |  |  |

**DEEL 4 kenmerken instelling**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| … men tijdens de zorgverlening weinig rekening houdt met de mogelijkheden van de oudere, en de oudere weinig inspraak heeft? |  |  |  |  |
| … er geen sprake is van een beleidsvisie inzake kwaliteitszorg? |  |  |  |  |
| ... er een slechte communicatie is over de beleidsvisie inzake kwaliteitszorg tussen de verschillende zorgverleners? En/of de uitgevoerde zorgen bijna nooit worden geëvalueerd? |  |  |  |  |
| … het soort van uitbatingsvorm (profit/ non-profit) een invloed heeft op de kwaliteit van zorg? |  |  |  |  |
| **…** er sprake is vanangst bij bewoners om klachten te uiten? |  |  |  |  |
| .. er sprake is van een onderbezetting van het personeel waardoor men niet voldoende kan ingaan op de zorgvraag van de bewoner? |  |  |  |  |

**DEEL 5 signalen**

**In welke mate hebt u het gevoel dat :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** |
| **…** er signalen zijn van schending van de rechten? (vb. onvoldoende zelfbeschikking bij dagindeling of behandeling, onvoldoende privacy, beperking in bewegingsvrijheid (die niet ter bescherming werd opgelegd), …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van emotionele mis(be)handeling? (Vb. Angstig zijn, beschaamd zijn, bedreigd voelen, gekleineerd worden, …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn dat hulp en verzorging te wensen over laat? (vb. signalen van ondervoeding, dehydratatie, onvoldoende wondzorg, onvoldoende mondhygiëne/mondzorg, haren die nooit gewassen worden, nagels die niet geknipt worden,…) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van financiële mis(be)handeling? (Vb. verdwijnen van waardevolle spullen,…) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van lichamelijke mis(be)handeling? (vb. Fysiek verwond, geslagen, blauwe plekken door bruusk handelen tijdens ochtendzorgen, onbehandeld letsel, …) |  |  |  |  |
| … er signalen zijn van seksuele mis(be)handeling? (vb. Ongewenste aanrakingen, seksistische opmerkingen, …) |  |  |  |  |
| **Totaal** (optellen hoeveel keer wordt A en B, C en D geantwoord?) |  |  |  |  |

**Scoren van het RITI**

Schrijf de totalen van de 5 delen achter elkaar op (in omgekeerde volgorde!). Neem vervolgens enkel de grijze cellen en vorm met deze getallen een getal van vijf cijfers.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Deel 5** | | Deel 4 | | Deel 3 | | Deel 2 | | Deel 1 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

→

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Deel 5** | **Deel 4** | **Deel 3** | **Deel 2** | **Deel 1** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Getal** | **Situatie** |
| 00000 | Geen risico: De situatie is goed, u scoorde op alle delen 0 |
| Deel 5: 0  Deel 4: ≤ 2  Deel 3: ≤ 1  Deel 2: ≤ 2  Deel 1: ≤ 1 | De oudere heeft een beperkt risico op ouderenmis(be)handeling. |
| Deel 5: 0  Deel 4: ≤ 4  Deel 3: ≤ 2  Deel 2: ≤ 4  Deel 1: ≤ 3 | De oudere heeft een reëel risico op ouderenmis(be)handeling. Verder en diepgaander onderzoek is aangewezen. |
| Deel 5: 0  Deel 4: ≤ 6  Deel 3: ≤ 3  Deel 2: ≤ 6  Deel 1: ≤ 3 | De oudere heeft een groot risico op ouderenmis(be)handeling. Er is misschien op dit ogenblik nog geen zichtbare ouderenmis(be)handeling, maar deze situatie vertoont een hoog risico. |
| Deel 5: ≤ 6  Deel 4: ≤ 6  Deel 3: ≤ 3  Deel 2: ≤ 6  Deel 1: ≤ 3 | Er zijn signalen dat de oudere slachtoffer is van ontspoorde zorg, en/of ouderenmis(be)handeling. |

**3 Voorbeeld van een gedragscode**

In de werkmap steekt ook een voorbeeld van een gedragscode. (bijvoorbeeld de gedragscode in bijlage 3)

1. **Nieuws van 18 maart**

**https://www.bruzz.be/samenleving/woonzorgcentra-op-zwarte-lijst-geen-tijd-voor-bad-en-maand-lang-sla-eten-2019-03-18**

**Wegens tijdgebrek worden er geen baden gegeven. Gedurende een maand lang krijgen bewoners sla als enige groente te eten. Personeel dat geen Nederlands kan. Dat zijn maar enkele van de wantoestanden binnen een aantal rusthuizen. De Vlaamse Zorginspectie brengt daarom één Brussels woonzorgcentrum en zes centra uit de Rand onder verscherpt toezicht.**

[Woonzorgcentrum Jette: 'Bewoners voelen dat we minder tijd hebben'](https://www.bruzz.be/videoreeks/donderdag-7-februari-2019/video-woonzorgcentrum-jette-bewoners-voelen-dat-we-minder-tijd)

De Vlaamse Zorginspectie zet vijftien Vlaamse woonzorgcentra op een ‘zwarte lijst’. Dat schrijft Het Nieuwsblad. Eén daarvan bevindt zich in Brussel: in Anderlecht komt woonzorgcentrum Le Clos Bizet, met plaats voor 120 mensen, onder verscherpt toezicht te staan.

“Tijdens de rondgang kon vastgesteld worden dat de kar met onderhoudsproducten gedurende een zeer lange tijd onbeheerd bleef staan. Verpleegposten zijn halfopen, er kon medicatie weggenomen worden die op het bureau lag. Er liggen verzorgingsproducten als Isobetadine en Daktarinspray op de kamers van bewoners met dementie”, staat er onder meer te lezen in een derde inspectieverslag van het rusthuis.

Daarnaast beschikken sommige bewoners niet over een noodoproepsysteem, al werd daar in een eerder verslag al op gewezen. Er zijn ook klachten over de netheid en hygiëne. “Kastjes in de sanitaire cel en koelkastjes zijn niet altijd proper. De bakjes waar de medicatiedoosjes worden bewaard, waren niet proper”, klinkt het. “Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat de lakens in een kamer tamelijk groezelig waren.”

**‘Geen tijd voor een bad’**

In de keuken beschikken personeelsleden niet over bewonersgegevens inzake allergieën. Bovendien kregen de bewoners gedurende een maand lang alleen sla als groente te eten. “Tijdens het bijwonen van de maaltijd kon vastgesteld worden dat de ene bewoner de andere hielp zonder dat het personeel een handje toestak”, klinkt het verder.



**"We moeten naar de slechte organisatie van de zorg kijken. Als een maand lang sla op het menu staat, is dat de keuze van de instelling"**

“Bewoners krijgen momenteel niet de keuze tussen een bad of een douche. Volgens de gesprekspartners worden er wegens tijdsgebrek geen baden gegeven”, klinkt het nog in het laatste inspectieverslag. Bovendien wordt er inadequaat omgesprongen met de medicatie en voeren zorgkundigen taken uit van verpleegkundigen.

Tenslotte schort er nog wat aan de talenkennis van het personeel. “Sommige personeelsleden spreken onvoldoende Nederlands waardoor bewoners niet altijd kunnen rekenen op een vlot passend antwoord op hun hulpvragen. Voor bewoners met dementie is het niet aangesproken worden in de moedertaal een bijkomende drempel tot contact en begrip.”

**"Sommige commerciële woonzorgcentra zijn bijna beursgenoteerde concerns"**

Professor Liesbeth De Donder (VUB)

Van de vijftien woonzorgcentra die onder verscherpt toezicht staan, behoren zes tot dezelfde commerciële groep Vulpia. Ook Le Clos Bizet in Anderlecht behoort tot die groep, net als Residentie Blaret in Sint-Genesius-Rode. “Wat ons opvalt is dat veertien van de vijftien woonzorgcentra onder verscherpt toezicht commerciële instellingen zijn”, zegt Olivier Remy, vakbondssecretaris bij LBC-NVK.

“Met de weinige middelen die zij hebben proberen ze winst te maken, ten koste van de zorg. Dat is totaal onaanvaardbaar”, zegt de vakbondsman verontwaardigd, die wijst op een structureel [**personeelstekort**](https://www.bruzz.be/videoreeks/donderdag-7-februari-2019/video-woonzorgcentrum-jette-bewoners-voelen-dat-we-minder-tijd). “Het heeft met geld te maken”, bevestigt VUB-professor Liesbeth De Donder, onder meer gespecialiseerd in ouderenmisbehandeling.

Professor Liesbeth De Donder (VUB)

**Institutionele misbehandeling'**

Zelf heeft ze de inspectieverslagen niet gelezen, maar de wantoestanden die er worden aangekaart vallen volgens haar onder institutional abuse, institutionele misbehandeling. “We moeten dan niet naar een persoon kijken, maar naar de slechte organisatie van de zorg, of die nu niet moedwillig is door gebrek aan kennis of ervaring of wel, door bijvoorbeeld winstbejag. Als sla een maand lang op het menu staat, is dat de keuze van de instelling.”

“Het moet anders”, zegt ook Olivier Remy. Professor De Donder pleit voor meer diversiteit in de woonzorgmogelijkheden. “Kleinschalige woonzorggelegenheden in de buurt, daar pleiten wij voor. De kleinere commerciële woonzorgcentra doen het trouwens beter, maar anderen zijn bijna beursgenoteerde concerns.”

Naast Le Clos Bizet in Anderlecht, Vuerenveld in Wezembeek-Oppem en Residentie Blaret in Sint-Genesius-Rode van de groep Vulpius, komen ook de woonzorgcentra Iris, Ascot en Anemoon in Grimbergen op de ‘zwarte lijst’ van de Vlaamse Zorginspectie, net als Ofelia in Overijse. Dat vinden Remy en De Donder een goede zaak. “Die woonzorgcentra zullen nu plannen moeten opstellen om de problemen op te lossen”, aldus vakbondssecretaris Olivier Remy.

1. [↑](#footnote-ref-1)