

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Wat te doen als je ouderenmishandeling vermoedt?

Miriam E. van Houten, Sivera A.A. Berben, Udo J.L. Reijnders, Nies J. Schoonenberg, Chantal J.M. Hensens-Wijnen, Katrien M. Zetsma en Lilian C.M. Vloet

Beste collega's,

In dit artikel gaan we het hebben over ouderenmishandeling; een probleem dat 1 op de 20 thuiswonende ouderen treft. Zorgprofessionals signaleren het echter nog onvoldoende.

Ouderenmishandeling is een belangrijk maatschappelijk probleem. Het hangt samen met verschillende negatieve gezondheidsuitkomsten, waaronder verhoogde mortaliteit en morbiditeit, psychologische stress en een groter gebruik van de gezondheidszorg.¹ Toch signaleren zorgprofessionals het nog onvoldoende en is er sprake van een hoge mate van handelingsverlegenheid. Dit mede door onbekendheid met het probleem en kennistekort. Daarnaast rust er zowel onder patiënten als onder zorgprofessionals nog steeds een groot taboe op het bespreekbaar maken van dit onderwerp.²⁻⁴ Ouderenmishandeling komt in allerlei vormen voor en betreft 'al het handelen of het nalaten van handelen van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere (iemand van 65 jaar of ouder) staan, waardoor de oudere persoon lichamelijke, psychische en/of materiële schade lijdt en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid'.⁵

Ongeveer 1 op de 20 thuiswonende mensen van 65 jaar en ouder heeft ooit te maken met ouderenmishandeling en 1 op de 50 wordt jaarlijks slachtoffer.⁶ Vaak gaat het om ontspoorde mantelzorg, waarbij onmacht, onvermogen en overbelasting een belangrijke rol spelen. Doordat ouderen langer zelfstandig blijven wonen en professionele zorg beperkter beschikbaar is, wordt er toenemend beroep gedaan op partners, kinderen en andere naasten. In een recente studie bleek dat bijna 40% van de oudere patiënten die de Spoedeisende Hulp bezochten, een mantelzorger hebben die een hoge belasting ervaart.⁷ Zorgprofessionals, en huisartsen in het bijzonder, zullen dus vermoedelijk met regelmaat te maken krijgen met deze problematiek. Bewustwording en herkenning van de signalen is daarom van groot belang.

In november 2023 is de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld (inclusief ouderenmishandeling) herzien; een overzicht van de hoofdwijzigingen in de meldcode is te vinden in een supplement bij dit artikel. In deze klinische les illustreren wij aan de hand van een casus hoe er bij ouderenmishandeling of een vermoeden daarvan op basis van deze meldcode gehandeld kan worden.

Ziektegeschiedenis

Patiënte, een vrouw van 79, is door ambulanceverpleegkundigen beoordeeld na een val. De echtgenoot had 112 gebeld. De ambulanceverpleegkundigen zagen geen reden de vrouw mee te nemen naar het ziekenhuis. Wel viel hen op dat ze onverzorgd was en vergeetachtig en argwanend overkwam. De echtgenoot leek enigszins ontredderd. Zij stelden daarom voor de huisarts langs te laten komen. De echtgenoot ging akkoord; de patiënte aarzelde aanvankelijk, maar stemde in toen bleek dat ze niet mee hoefde naar het ziekenhuis.

Het echtpaar is al meer dan 25 jaar bekend bij de huisarts. De patiënte had zes jaar eerder een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis ('out-of-hospital cardiac arrest') doorgemaakt na een myocardinfarct, en drie jaar later een CVA links, maar de laatste twee jaar was er op het voorschrijven van herhaalrecepten na geen contact. Sinds het CVA is de patiënte kwetsbaar en afhankelijk van de zorg van haar man. Haar echtgenoot heeft diverse lichamelijke aandoeningen, waaronder uitgebreid perifeer vaatlijden. Buitenshuis maakt hij gebruik van een loophulpmiddel, binnenshuis is hij nog redelijk zelfredzaam, afgezien van evenwichtsproblemen bij het wassen en aankleden. Ze hebben thuiszorg altijd afgehouden omdat ze niet van vreemden in huis houden. Het echtpaar heeft geen kinderen.

De volgende dag gaat de huisarts bij ze langs. De echtgenoot laat hem binnen. Hij schrikt van de matige conditie waarin de patiënte verkeert in vergelijking met twee jaar geleden. Er vallen nieuwe beperkingen op in haar geheugenfuncties en ziekte-inzicht is

afwezig. Ze is enigszins argwanend en geeft bij herhaling aan nergens last van te hebben. Als de huisarts doorvraagt op de oorzaak van haar val, geeft zij opeens aan dat haar man haar geduwd heeft. Ze had niet snel genoeg gereageerd in de badkamer en toen werd hij hardhandig, iets wat wel vaker gebeurt. Haar echtgenoot wordt hierop boos en zegt dat dat niet waar is.

Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een cachectische vrouw met vlekken op de kleding. Ze ruikt naar urine. Daarnaast zijn er op haar linker bovenarm enkele gegroepeerde ovaal-ronde paarsblauwe verkleuringen zichtbaar, die zouden kunnen passen bij onderhuidse bloedingstoringen. Overig top-teenonderzoek levert geen bijzonderheden op.

Navraag ten aanzien van de bloedingstoringen levert geen verklaring op, behalve dat de patiënte zegt zich vaak te stoten. Ze ontkent vermagerd te zijn en zegt gewoon te eten. De huisarts besluit mijnheer apart te spreken. Hij geeft aan dat hij goed wil zorgen voor zijn vrouw, maar dat zij steeds vaker zonder aanleiding boos wordt en hem vaak niet vertrouwt. Hij geeft aan de zorg voor zijn vrouw steeds zwaarder te vinden. Hij wordt soms zelf ook boos, vooral als zij niet door hem geholpen wil worden met wassen en aankleden. Als zij wegloopt, probeert hij haar tegen te houden, maar duwen doet hij niet. Als de huisarts zijn zorgen uit over haar conditie, zegt de echtgenoot dat de patiënte nauwelijks eet en alleen maar koffie drinkt. Hij gaat hierover niet met haar in discussie, omdat zij dan boos wordt.

Na de beoordeling concludeert de huisarts dat er bij de patiënte aanwijzingen zijn voor cognitieve beperkingen en achterdocht. Zij maakt daarnaast een matig verzorgde en cachectische indruk en heeft enkele onderhuidse bloedingstoringen op haar arm die qua vorm het meest weghebben van vingertopafdrukken. Haar echtgenoot wekt de indruk overbelast te zijn in zijn rol van mantelzorger en is lichamelijk ook kwetsbaar. Al deze signalen geven de huisarts een duidelijk niet-pluisgevoel. Hij is bezorgd over het tekort aan verzorging van de patiënte en de mogelijk ruwe verzorgingsmomenten. Hij wil graag in gesprek met het echtpaar over deze bevindingen, maar twijfelt hoe dit aan te pakken. En hij vraagt zich af of en hoe dit te duiden als verwaarlozing en fysieke mishandeling.

Hij besluit zijn bevindingen te bespreken met een collega-huisarts. Die bevestigt het niet-pluisgevoel. De huisarts pakt het stappenplan van de [KNMG-meldcode](#) erbij en neemt contact op met Veilig Thuis om de casus anoniem te presenteren, dus zonder tot de persoon herleidbare gegevens (respectievelijk stap 1 en stap 2 van de KNMG-meldcode).

Het advies van Veilig Thuis

In het adviesgesprek met een vertrouwensarts van Veilig Thuis worden de signalen en risicofactoren die de huisarts tijdens het huisbezoek heeft opgemerkt, besproken en gewogen: de geestelijke kwetsbaarheid van mevrouw, haar matig verzorgde toestand en de onderhuidse bloedingstoringen; de overbelaste en mogelijk ontspoorde mantelzorgsituatie. Ook wegen de huisarts en vertrouwensarts mee dat beide partners eerder thuiszorg weigerden. Naar aanleiding van dit adviesoverleg besluit de huisarts tot een tweede gesprek met het echtpaar, gericht op het doorbreken van de risicovolle situatie.

Hij gaat de volgende dag bij ze langs en gaat wederom in gesprek (stap 3 KNMG-meldcode). Hij probeert uit te leggen waarom de signalen en aanwijzingen die hij heeft waargenomen, zorgen bij hem oproepen en vertelt dat hij anoniem advies heeft ingewonnen bij Veilig Thuis. Ook laat hij de echtgenoot weten dat hij veel waardering heeft voor diens zorginspanningen, maar dat het nu noodzakelijk is om onder andere thuiszorg in te schakelen, omdat mevrouw niet de zorg ontvangt die zij nodig heeft. Hij geeft ook aan dat er verder onderzoek nodig is naar het geheugen en de vermagering van de patiënte.

De echtgenoot geeft hierop schoorvoetend toe dat hij soms zijn geduld verliest en zich dan niet meer in staat voelt de zorg te geven die zijn vrouw nodig heeft. Hij vindt het goed dat iemand hem gaat helpen zijn vrouw te verzorgen en zou graag zelf eens zijn hart willen luchten. Hij heeft ook het gevoel dat zijn vrouw geestelijk achteruitgaat en hem niet meer vertrouwt. Daarnaast heeft hij zelf behoefte aan enige lichamelijke ondersteuning in verband met zijn evenwichtsproblemen.

Mevrouw geeft vervolgens aan niet te willen dat vreemden haar verzorgen. Wel staat ze toe dat de praktijkondersteuner ouderenzorg binnenkort bij ze langskomt om hun zorgbehoefte in beeld te brengen en hopelijk hun vertrouwen te winnen. De huisarts laat weten blij te zijn met de mogelijkheid hen te kunnen ondersteunen en vertelt dat hij dit ook zal terugkoppelen aan Veilig Thuis. Vermeldenswaard is dat er verder geen andere professionals zijn die hij wenst te raadplegen (stap 4 KNMG-meldcode).

De huisarts besluit opnieuw contact op te nemen met Veilig Thuis (stap 5 KNMG-meldcode) en de vragen van het afwegingskader te doorlopen (figuur). Er is een risico op verwaarlozing en fysieke mishandeling, maar dit lijkt vooral het gevolg te zijn van de overbelaste en mogelijk ook ontspoorde mantelzorgsituatie. Gezien de gemaakte afspraken met mevrouw en mijnheer besluit hij in overleg met Veilig Thuis voorlopig geen melding te doen en eerst te kijken of de praktijkondersteuner ouderenzorg het vertrouwen van mevrouw kan winnen. Hij koppelt deze uitkomst terug aan het echtpaar. Zij reageren hier beiden positief op.

Beschouwing

Een belangrijk punt in deze casus is dat thuiszorg mede door mevrouw zelf was afgehouden. De huisarts doorliep de stappen van de

KNMG-meldcode en nam contact op met Veilig Thuis. Hulp bieden was mogelijk, waardoor in dit geval een melding achterwege kon blijven. Hierdoor heeft de huisarts de communicatie tussen hemzelf en het echtpaar opengehouden en is de verwachting dat hulp uiteindelijk geaccepteerd zal worden. Het wél doen van een melding had geen betere oplossing kunnen brengen. Het is van belang dat de huisarts volgt of de ingezette zorg voldoende oplevert. De KNMG-meldcode kan weer worden opgepakt als er sprake mocht zijn van weigering van de hulp, of als er nieuwe signalen van mogelijke ouderenmishandeling zijn.

Vormen van ouderenmishandeling

In de KNMG-meldcode wordt ouderenmishandeling onder 'volwassenengeweld' geschaard. Bij ouderenmishandeling kan onderscheid worden gemaakt tussen vijf verschillende vormen, te weten: lichamelijke mishandeling, psychische mishandeling, financieel misbruik, verwaarlozing en seksueel geweld. De meest gerapporteerde vormen van mishandeling bij thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder zijn financieel misbruik, gevolgd door psychische en lichamelijke mishandeling. Bij 1 op de 10 slachtoffers blijkt sprake van meerdere vormen van ouderenmishandeling.⁶

Lichamelijke ouderenmishandeling is elke fysieke interactie waarbij schade wordt toegebracht of dreigt te worden toegebracht in de vorm van fysiek letsel. Hierbij kan ook worden gedacht aan de gevolgen van een overdosering van medicatie, zoals het overmatig toedienen van sedativa om de oudere minder onrustig te laten zijn.

De grootte, locatie en vorm van een letsel kan de professional aanwijzingen geven over de manier waarop het letsel is toegebracht. Zo zijn onderhuidse bloedingstoringen met een diameter > 5 cm verdacht voor niet-accidenteel trauma. Bloedingstoringen met een centrale bleke lijn ('tramline bruising') zijn suggestief voor een slag met een langwerpige of cilindervormige voorwerp en vingertopafdrukken op een arm of bovenbeen kunnen wijzen op het vastpakken van het slachtoffer ('fingertip bruising'). Het is belangrijk alert te zijn op mogelijke mishandeling als het letsel niet past bij de opgegeven toedracht.^{1,8}

Verwaarlozing omvat het nalaten van emotionele of lichamelijke zorg en kan soms lastig objectief vast te stellen zijn. Denk aan gebrek aan aandacht, inadequate lichamelijke verzorging, dehydratie, ondervoeding en het ontbreken van noodzakelijke medicatie of medische hulpmiddelen.¹ Het niet geven van de benodigde zorg zal, zeker in het geval van verhoogde kwetsbaarheid, een neerwaartse spiraal in gang zetten bij de oudere of de reeds bestaande kwetsbare situatie verergeren. Zelfverwaarlozing wordt in andere landen ook wel als vorm van ouderenmishandeling beschouwd. In Nederland valt zelfverwaarlozing echter niet onder de definitie, omdat het niet plaatsvindt binnen een afhankelijkheidsrelatie.¹

Psychische mishandeling omvat elke handeling die geestelijk of emotioneel kwetsend is en psychische schade toebrengt. Signalen zijn soms lastig te herkennen. Denk hierbij aan een oudere die een angstige, apathische of depressieve indruk maakt, of aan een oudere die door een naaste wordt geïsoleerd, verbaal agressief of kleinerend bejegend, of die het gevoel wordt gegeven een last te zijn voor de naaste omgeving.¹

Ten slotte is het goed alert te zijn op financieel misbruik, mede omdat financieel misbruik vaak samen voorkomt met andere vormen van ouderenmishandeling. Hierbij is sprake van het ongepast gebruiken of wegnemen van financiële en materiële middelen. Denk aan misbruik van het persoonsgebonden budget of het niet mogen aanschaffen van noodzakelijke medicatie of een rollator.

Risicofactoren

Er zijn een aantal factoren die mensen meer kwetsbaar maken om slachtoffer respectievelijk pleger van ouderenmishandeling te worden.¹ Bij het slachtoffer kan bijvoorbeeld gedacht worden aan cognitieve en functionele beperkingen, multimorbiditeit, afhankelijkheid van zorg en een beperkt sociaal netwerk. Deze factoren speelden alle een rol bij de beschreven casus. Bij de pleger kan er sprake zijn van middelenmisbruik, psychische of psychiatrische aandoeningen en overbelasting in de mantelzorgsituatie.

Handelen volgens de KNMG-meldcode

De noodzaak tot het signaleren van kindermishandeling is algemeen aanvaard. Voor ouderenmishandeling is dit minder gebruikelijk. Daarnaast vinden zorgprofessionals het vaak moeilijk om het probleem te herkennen én aan te kaarten bij het volwassen slachtoffer, zeker als ze hierin niet voldoende zijn geschoold.

De KNMG-meldcode 'Kindermishandeling en huiselijk geweld' en het bijbehorende 5-stappenplan geldt voor alle artsen en voor alle vormen van kindermishandeling en huiselijk geweld, waaronder óók ouderenmishandeling. De meldcode ondersteunt de professional bij het signaleren en handelen tot aan het besluit van het eventueel doen van een melding.⁹

Een belangrijk onderdeel van het stappenplan is de verplichte adviesfase (stap 2 KNMG-meldcode), waarbij de arts de casus anoniem – zonder tot de persoon herleidbare gegevens – presenteert bij Veilig Thuis, bij voorkeur de vertrouwensarts. Naast of voorafgaand

aan een Veilig Thuis-advies dient de arts ook anoniem een of meer ter zake deskundige collega's te consulteren. Daarnaast is in stap 5 van het stappenplan een afwegingskader opgenomen dat beschrijft op basis van welke overwegingen de arts moet besluiten of een situatie of vermoeden van ouderenmishandeling zo ernstig is dat het doen van een melding bij Veilig Thuis noodzakelijk wordt geacht. Het doen van een melding is een professionele norm als er sprake is van acute of structurele onveiligheid. Binnen het afwegingskader wordt echter ook afgewogen of de inzet van hulp en zorg de ouderenmishandeling kan voorkomen respectievelijk oplossen binnen de mogelijkheden van de betrokken professional.⁹

Bovenstaande handelswijze bij ouderenmishandeling is vergelijkbaar met de aanpak bij de kindermishandeling. Er is echter een belangrijk verschil. Als een oudere weloverwogen en in vrijheid weigert om toestemming te geven voor doorbreking van het beroepsgeheim, behoort de arts dat te respecteren. Een oudere heeft immers recht op zelfbeschikking. Dit ligt alleen anders als sprake is van een ernstig gevaar voor zwaar lichamelijk of psychisch letsel, dan wel voor de dood, en alleen als hulp dit ernstige gevaar op geen enkele wijze kan afwenden. In een dergelijke situatie kan de arts de gegevensverstrekking of de melding aan Veilig Thuis doorzetten volgens het stappenplan.

Bij de beoordeling of sprake is van een weloverwogen en in vrijheid geuite weigering, moet de arts uitdrukkelijk meewegen hoe kwetsbaar het slachtoffer is door bijvoorbeeld diens hoge leeftijd of lichamelijke of psychische (zorg)afhankelijkheid. Als de weigering bijvoorbeeld te veel wordt ingegeven door een afhankelijkheidsrelatie met de pleger, is er geen sprake van een weloverwogen en in vrijheid geuite weigering. In een dergelijk geval kan de arts, wederom volgens het stappenplan, de gegevensverstrekking of melding aan Veilig Thuis doorzetten.⁹

Beste collega's, ouderenmishandeling treft 1 op de 20 thuiswonenden van 65 jaar en ouder, maar wordt nog onvoldoende gesignaleerd. Het is daarom belangrijk dat zorgprofessionals hun kennis op dit gebied vergroten. De factsheet 'Ouderenmishandeling en ontspoorde mantelzorg' geeft nadere informatie (www.huiselijkgeweld.nl/vormen, klik op 'ouderenmishandeling'). We verwachten van artsen en andere zorgprofessionals dat zij alert zijn op mogelijke risicofactoren voor ouderenmishandeling, bij een 'niet-pluisgevoel' de KNMG-meldcode volgen en gebruikmaken van de expertise van Veilig Thuis. Tijdig signaleren kan erger voorkomen.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D6584
- Radboudumc, afd. Klinische Geriatrie, Nijmegen: drs. M.E. van Houten, klinisch geriater niet praktiserend (tevens: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, lectoraat Acute Intensieve zorg). Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Academie Gezondheid en Vitaliteit, lectoraat Acute Intensieve zorg, Arnhem/Nijmegen: dr. S.A.A. Berben, gezondheidswetenschapper; dr. L.C.M. Vloet, gezondheidswetenschapper. GGD Amsterdam, Amsterdam: em.prof.dr. U.J.L. Reijnders, forensisch arts. Veilig Thuis Flevoland: drs. N.J. Schoonenberg, vertrouwensarts. Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal, Nijmegen: drs. C.J.M. Hensens-Wijnen, huisarts. Artsenfederatie KNMG, Utrecht: mr. K.M. Zetsma, gezondheidsjurist.
- Contact: M.E. van Houten (miriam.vanhouten@radboudumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: er zijn mogelijke belangen gemeld bij dit artikel. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.
- Aanvaard op 23 oktober 2023
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2024;168:D6584

Literatuur

1. [Vermoeden van ouderenmishandeling in het medisch-specialistische zorgdomein](#). Federatie Medisch Specialisten; 2018.
2. Reijnders UJL, van Baasbank MC, van der Wal G. Diagnosis and interpretation of injuries: a study of Dutch general practitioners. J Clin Forensic Med. 2005;12(6):291-295. [doi:10.1016/j.jcfm.2005.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jcfm.2005.03.003). [Medline](#)
3. Cohen M, Halevi-Levin S, Gagin R, Friedman G. Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. J Aging Health. 2006;18(5):660-685. [doi:10.1177/0898264306293257](https://doi.org/10.1177/0898264306293257). [Medline](#)
4. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. N Engl J Med. 2015;373(20):1947-1956. [doi:10.1056/NEJMr1404688](https://doi.org/10.1056/NEJMr1404688). [Medline](#)
5. [Actieplan 'Ouderen in veilige handen'](#). Brief aan de Tweede Kamer van 11 maart 2011. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010/2011, 29389, nr. 30.
6. Lindenberg L, Jansen JHLJ, Bakker L, Witkamp B, Timmermans M. [Aard en omvang van ouderenmishandeling](#). Regioplan; 2018.
7. Zaalberg T, Barten DG, van Heugten CM, et al. Prevalence and risk factors of burden among caregivers of older emergency department patients. Sci Rep. 2023;13(1):7250. [doi:10.1038/s41598-023-31750-1](https://doi.org/10.1038/s41598-023-31750-1). [Medline](#)
8. Van Houten ME, Vloet LCM, Pelgrim T, Reijnders UJL, Berben SAA. Types, characteristics and anatomic location of physical signs in elder abuse: a systematic review: Awareness and recognition of injury patterns. Eur Geriatr Med. 2022;13(1):53-85. [doi:10.1007/s41999-021-00550-z](https://doi.org/10.1007/s41999-021-00550-z). [Medline](#)

9. [KNMG-Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld](#). Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst; editie 2023.

Kernpunten

- Zorg als arts dat je op de hoogte bent van risicofactoren voor en mogelijke signalen van ouderenmishandeling.
- De locatie, grootte en vorm van een letsel kunnen aanwijzingen geven over de ontstaanswijze ervan.
- Volg bij signalen van ouderenmishandeling de KNMG-meldcode en maak gebruik van de deskundigheid van je collega's en de expertise van Veilig Thuis, bij voorkeur de vertrouwensarts.