Ouderenmis(be)handeling in Vlaanderen: een onderzoek naar de kennis en ervaring bij de huisarts

Stefanie Vande Velde, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Liesbeth De Donder, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotoren: Dr. Lutgart De Deken

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Het idee om de thematiek van ouderenmis(be)handeling als onderwerp van deze masterproef te gebruiken, vond zijn oorsprong een tweetal jaar geleden tijdens de stagejaren in het ziekenhuis. Regelmatig zag ik oudere patiënten waarbij er sprake was van (zelf)verwaarlozing en financieel misbruik. Bij navraag bij de vaste huisarts, viel die vaak volledig uit de lucht of was die zich wel bewust van de situatie maar wist hij/zij niet hoe er kon worden ingegrepen. Ook in de opleiding tot (huis)arts komt de problematiek van ouderenmis(be)handeling nauwelijks aan bod. Deze masterproef leek dan ook de uitgelezen kans om dit probleem wat meer in de kijker te brengen.

Graag wil ik ook van deze gelegenheid gebruik maken om de volgende mensen te bedanken: mijn promotor Prof. Liesbeth De Donder en co-promotor dokter Lutgart De Deken voor hun goede begeleiding en feedback, dokter Heidi Denolf en dokter Tom Denolf voor de fijne samenwerking, de begeleiding en steun de afgelopen twee jaar, Labo Maenhout voor het verspreiden van de vragenlijst onder zo'n tachtigtal huisartsen en last but not least mijn vriend Zeger De Landtsheer voor zijn steun en zijn geduld gedurende dit hele traject.

Abstract

Context:

Ouderenmis(be)handeling is net zoals kindermishandeling en partnergeweld een vorm van familiaal geweld. Naast fysiek, psychologisch en seksueel geweld, omvat ouderenmis(be)handeling ook financieel misbruik, schending van de rechten en (zelf)verwaarlozing. Mis(be)handeling kan zowel intentioneel als niet intentioneel zijn. Dit is ook de reden waarom men in Vlaanderen spreekt over ouderenmis(be)handeling en niet over ouderenmishandeling. In tegenstelling tot partnergeweld en kindermishandeling is ouderenmis(be)handeling niet zo bekend bij het grote publiek. Toch is het een belangrijk gezondheidsprobleem. Mis(be)handeling van de oudere is geassocieerd met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit en studies schatten dat ¼ van de ouderen risico loopt. Helaas wordt slechts een fractie hiervan herkend. Schaamte, angst en misplaatste loyaliteit van het slachtoffer tegenover de dader is hier vaak een oorzaak van maar ook een gebrek aan kennis en ervaring bij de zorgverleners is een deel van het probleem.

Doel:

Deze masterproef heeft als doel om na te gaan in welke mate huisartsen in Vlaanderen gekend zijn met het probleem van ouderenmis(be)handeling. Vinden huisartsen dat ze voldoende opleiding hebben gehad voor een goede detectie en aanpak? Zijn huisartsen in staat om risicofactoren te herkennen? Hoeveel gevallen van ouderenmis(be)handeling heeft de huisarts het afgelopen jaar gedetecteerd? Bestaan er verschillen in aanpak en detectie volgens het geslacht, de leeftijd, type praktijk en het aantal huisbezoeken van de huisarts?

Methode:

Een vragenlijst rond het thema ouderenmis(be)handeling werd via Labo Maenhout (Waregem), LOK-en wachtdienstvergaderingen verspreid onder huisartsen (N=63). Deze resultaten werden hierna statisch verwerkt met behulp van SPSS.

Resultaten:

66.67% (N=42) van de respondenten vindt het de taak van de huisarts om ouderenmis(be)handeling te melden en 80.95% (N=51) vindt het de taak van de huisarts om ouderenmis(be)handeling ook aan te pakken. Desondanks vindt slechts 1 op de 10 huisartsen dat hij/zij voldoende opleiding heeft gehad om ouderenmis(be)handeling te herkennen en aan te pakken.

Uit dit onderzoek bleek dat ondanks een groot aantal huisartsen bepaalde situaties met een risico op mis(be)handeling herkenden bij hun oudere patiëntenpopulatie, er een stuk minder huisartsen waren die effectief een geval van ouderenmis(be)handeling detecteerden het afgelopen jaar. 15,87% (N=10) van de huisartsen hadden het afgelopen jaar zelf geen enkele vorm van mis(be)handeling gedetecteerd.

6.35% (N=4) bevestigt een bijscholing te hebben gevolgd rond ouderenmis(be)handeling. Opvallend was dat deze huisartsen significant meer ouderenmis(be)handeling aanpakten en detecteerden in vergelijking met hun collega's. Verder blijkt uit dit onderzoek dat er geen verband kon worden gevonden tussen het aantal detecties en de aanpak van ouderenmis(be)handeling en de leeftijd van de huisarts (behalve voor seksueel misbruik), het geslacht van de arts, het aantal huisbezoeken en het type huisartsenpraktijk.

Conclusie:

Samengevat kan men stellen dat de huisartsen - geïncludeerd in dit onderzoek - op dit moment onvoldoende opgeleid zijn en onvoldoende ervaring hebben om ouderenmis(be)handeling te detecteren en aan te pakken. Wel blijkt dat huisartsen die een opleiding gevolgd hebben over dit onderwerp, meer ouderenmis(be)handeling aanpakken en detecteren dan hun collega's. Aangezien het hier gaat om een kleinschalig onderzoek, blijft het natuurlijk wel de vraag in welke mate men dit kan extrapoleren naar een grotere populatie huisartsen. Meer onderzoek naar manieren om de kennis van zorgverleners te verbeteren, dringt zich op.

Inhoudstafel

Inleiding **1**

Literatuuronderzoek **2**

Definitie van ouderenmis(be)handeling 2

De verschillende vormen van ouderenmis(be)handeling 3

Fysieke ouderenmis(be)handeling 3

Psychische ouderenmis(be)handeling 3

Financieel misbruik 4

Seksuele ouderenmis(be)handeling 4

(Zelf)verwaarlozing 4

Schending van de rechten 5

Epidemiologie van ouderenmis(be)handeling 5

Gevolgen voor het slachtoffer 6

Risicofactoren bij het slachtoffer 6

Risicofactoren bij de dader 7

Ouderenmis(be)handeling en de (huis)arts 7

Interventies en de rol van de huisarts 8

Doel van het onderzoek 9

Methode **10**

Studieopzet 10

Respondenten 10

Ontwikkeling en verdeling van de vragenlijsten 11

Data Analyse 12

Resultaten **13**

In welke mate vinden huisartsen dat ze voldoende opleiding hebben gehad voor een goede detectie en aanpak van ouderenmis(be)handeling? 13

In welke mate zijn huisartsen in staat om risicofactoren te herkennen? 17

Hoeveel gevallen van ouderenmis(be)handeling heeft de huisarts het afgelopen jaar gedetecteerd en aangepakt? 19

Bestaat er een verschil in aanpak en detectie volgens het geslacht, de leeftijd, het type praktijk en het aantal huisbezoeken? 21

Discussie **23**

In welke mate vinden huisartsen dat ze voldoende opleiding hebben gehad voor een goede detectie en aanpak van ouderenmis(be)handeling? 23

In welke mate zijn huisartsen in staat om risicofactoren te herkennen? 23

Hoeveel gevallen van ouderenmis(be)handeling heeft de huisarts het afgelopen jaar aangepakt en gedetecteerd? 24

Bestaat er een verschil in aanpak en detectie volgens het geslacht, de leeftijd, het type praktijk en het aantal huisbezoeken? 26

Limitaties van dit onderzoek 26

Conclusie 27

Bibliografie I

Bijlages i

Inleiding

Ouderenmis(be)handeling is net zoals kindermishandeling en partnergeweld een vorm van familiaal geweld en is vermoedelijk een fenomeen dat al eeuwen bestaat. Toch heeft het geduurd tot eind de jaren ’70 vooraleer de eerste meldingen hierover verschenen in de medische literatuur [1,2].

Naast fysiek, psychologisch en seksueel geweld, omvat ouderenmis(be)handeling ook financieel misbruik, schending van de rechten en (zelf)verwaarlozing [3,4]. Mis(be)handeling kan zowel intentioneel als niet intentioneel zijn [5]. De dader heeft niet altijd de bedoeling om de oudere verdriet of kwaad te doen. Dit is ook de reden waarom men in Vlaanderen spreekt over ouderenmis(be)handeling en niet enkel over ouderenmishandeling [6].

Afhankelijk van de bron ondergaan 0.8 tot 29.3% van de ouderen in Europa een vorm van mis(be)handeling [7]. Wanneer men ervan uitgaat dat in de toekomst de slachtofferkans op ouderenmis(be)handeling gelijk blijft, zal er met de toenemende vergrijzing en veroudering in Vlaanderen toch een feitelijke toename van ouderenmis(be)handeling te verwachten zijn [8,9,10]. Ook de ontgroening van de bevolking zal dit probleem verder in de hand werken [8,9,10]. Omdat ouderen steeds langer zelfstandig blijven thuis wonen, zal de draaglast op de jonge generatie alleen meer toenemen [11].

Ondanks deze wetenschap, wordt ouderenmis(be)handeling eigenlijk zeer weinig gedetecteerd en aangepakt door professionele zorgverleners [12,13]. Een verklaring is dat ouderen er niet (veel) over praten omwille van schaamte, taboe, angst en misplaatste loyaliteit tegenover de dader [14,15]. Maar ook onvoldoende kennis en ervaring rond de identificatie en aanpak van ouderenmis(be)handeling door de zorgverlener kan mogelijks een deel zijn van het probleem [16,17].

De huisarts is een centrale figuur binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en zou zich dus - theoretisch gezien - in een ideale positie moeten bevinden om ouderenmis(be)handeling te identificeren en aan te pakken. Ondanks het feit dat er in de literatuur reeds heel wat studies bestaan rond de detectie en aanpak van ouderenmis(be)handeling door zorgverleners in het algemeen (verpleegkundigen, spoedartsen, internisten,…) [13,18,19,20], zijn studies die zich specifiek richten op huisartsen schaarser [21,22]. Deze thesis probeert te onderzoeken in welke mate huisartsen in Vlaanderen geconfronteerd worden met dit probleem. Vinden huisartsen dat ze voldoende opleiding hebben gehad voor een goede detectie en aanpak? Zijn huisartsen in staat om risicofactoren te herkennen?

Literatuuronderzoek

Definitie van ouderenmis(be)handeling

Vermoedelijk is ouderenmis(be)handeling een fenomeen dat altijd al heeft bestaan. Toch heeft het geduurd tot halverwege de jaren ’70 vooraleer de eerste meldingen hierover verschenen in de medische literatuur. De begrippen ‘granny battering’, ‘granny bashing’ en ‘granny battering syndrome’ werden toen geïntroduceerd waarbij de nadruk sterk werd gelegd op de fysieke mishandeling van afhankelijke oudere vrouwen [1,2].

Begin jaren ’80 evolueerde de definitie naar ‘the abuse either physical, emotional or psychological of the elderly by a care-giving relative on whom that elderly person is dependent’ [23]. Deze definitie begon ouderenmis(be)handeling al in een breder perspectief te zien. Ook werd de nadruk gelegd tussen de relatie van de oudere met de verzorgende en werd mis(be)handeling niet langer gezien als iets dat uitsluitend oudere vrouwen trof.

In de jaren ’90 kwam Comijs met een nieuwe definitie van ouderenmis(be)handeling. ‘Onder mishandeling van een ouder persoon (bij iemand van 65 jaar of ouder) verstaan we al het handelen of nalaten van handelen van al diegenen die in een persoonlijke en/of professionele relatie met de oudere staan waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt dan wel vermoedelijk zal lijden en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid’ [24].

In deze definitie werd voor het eerst een leeftijdsgrens getrokken. De bepaling van deze leeftijdsgrens was gebaseerd op de gemiddelde pensioenleeftijd van de Nederlandse populatie en is dus nogal arbitrair gekozen [25]. Veel ontwikkelde landen accepteren de leeftijdgrens van 65 jaar maar voor de situatie in ontwikkelingslanden gaat deze leeftijdsgrens toch veel minder op [25]. Omdat het zeer moeilijk is om ‘de oudere’ te definiëren, werd voor de Vlaamse situatie de leeftijdgrens zelf nog verlaagd tot de leeftijd van 55 jaar [6].

De meest gekende en ook de meest gebruikte definitie van ouderenmis(be)handeling komt uit de Torontoverklaring van de WHO uit 2002 en vertoont veel gelijkenissen met de definitie van Comijs: ’ Elder abuse is a single or repeated act or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person’ [5].

Zowel de definitie van de WHO als van Comijs stellen dat ouderenmis(be)handeling zowel in persoonlijke als professionele relaties kan voorkomen en dat mis(be)handeling iets is dat zich vaak binnen een vertrouwensrelatie herhaald. In beide definities worden willekeurig gedrag en crimineel gedrag uit de definitie geëxcludeerd.

Ook stellen beide definities dat ouderenmis(be)handeling zowel op een actieve als een passieve manier kan gebeuren. Men spreekt over actieve mis(be)handeling wanneer er bepaalde handelingen worden gesteld die de oudere verdriet, pijn of kwaad kunnen doen.

Bij passieve mis(be)handeling is er sprake van het niet stellen van gewenste handelingen [26,27].
Naast het onderscheid dat wordt gemaakt tussen actieve en passieve mis(be)handeling, suggereren beide definities ook dat mis(be)handeling zowel intentioneel als niet intentioneel kan zijn. Dit is ook de reden waarom men in Vlaanderen spreekt over ouderen-mis(be)handeling en niet over ouderenmishandeling [6].

De verschillende vormen van ouderenmis(be)handeling

Fysieke ouderenmis(be)handeling

Hieronder verstaan we alle vormen van ouderenmis(be)handeling met mogelijke lichamelijke letsels tot gevolg. Enkele voorbeelden hiervan zijn: slaan, schoppen, bruut door elkaar schudden, knijpen en het toebrengen van brandwonden [28,29].
In tegenstelling tot kindermishandeling bestaan er bij ouderenmis(be)handeling niet altijd duidelijke diagnostische fysieke letsels [30,31]. Blauwe plekken kunnen het gevolg zijn van fysiek geweld maar kunnen even goed worden verklaard door het gebruik van bloedverdunners bij sommige ouderen [32]. Breuken kunnen het gevolg zijn van fysiek geweld maar kunnen ook ontstaan door recidiverend vallen door een verminderde mobiliteit en 'frailty' bij de oudere [33].
Ondanks de moeilijke diagnostiek, heeft forensisch onderzoek wel kunnen aantonen dat er vaak een patroon aanwezig is bij de fysieke vorm van ouderenmis(be)handeling. Slachtoffers hebben vaker blauwe plekken in het gezicht, op de laterale zijde van de rechterarm en op de rug wanneer men vergelijkt met leeftijdsgenoten waarbij er geen sprake is van fysiek geweld [31,34].
Bij letsels ten gevolge van fysieke mis(be)handeling bestaat er ook vaak een tijdsinterval tussen het ontstaan van de verwonding en de medische behandeling. Lichamelijke letsels die onvoldoende kunnen worden verklaard door de oudere en/of mantelzorger kunnen eveneens een aanwijzing zijn [28].

Psychische ouderenmis(be)handeling

Hiermee worden alle vormen van geweld bedoeld die vooral psychisch of emotioneel van aard zijn. Voorbeelden hiervan zijn: vernederen, treiteren, chanteren en intimideren [28,29].
Psychische ouderenmis(be)handeling is erg moeilijk te detecteren omwille van het beperkt aantal objectieve signalen. Dit maakt het moeilijk als zorgverlener om mis(be)handeling rechtstreeks vast te stellen [35,36].
Psychische mis(be)handeling uit zich vaak in het ontwikkelen van een depressie of een angststoornis bij het slachtoffer en is vaak een merker voor andere vormen van ouderenmis(be)handeling [36].

Financieel misbruik

Wanneer een vertrouwenspersoon misbruik maakt van de goederen en/of financiële middelen van een oudere, spreekt men over financieel misbruik. Voorbeelden hiervan zijn: bestelen, afpersing en misbruik maken van volmachten [26].

Recente studies suggereren dat financiële uitbuiting mogelijks de meest prevalente vorm is van ouderenmis(be)handeling [37,38]. Ondanks het feit dat financieel misbruik vermoedelijk veel voorkomt, zijn signalen die wijzen in die richting vaak erg subtiel. Tegen de tijd dat financiële uitbuiting wordt ontdekt, zijn de financiële bronnen van de oudere vaak al drastisch gereduceerd [30, 38].

Signalen die kunnen wijzen in de richting van financieel misbruik zijn: ouderen met een goed pensioen die geen geld hebben om zorgverleners te betalen, gewichtsverlies zonder medische oorzaak en de onverklaarde achteruitgang van de chronisch zieke oudere [3,38].

Seksuele ouderenmis(be)handeling

Seksuele ouderenmis(be)handeling wijst naar elke situatie waarin de oudere gedwongen wordt om seksuele handelingen te stellen en/of te ondergaan tegen zijn/haar zin. Seksuele mis(be)handeling kan verschillende vormen aannemen. Het kan gaan over ongepaste seksuele opmerkingen tot ernstig lichamelijk geweld. Voorbeelden hiervan zijn: betasten, verkrachting, begluren en vulgair en ongepast taalgebruik [26,39].

Seksuele grensoverschrijdend gedrag is een van de minst gekende vormen van mis(be)handeling bij de oudere. Vermoedelijk heeft dit te maken met het feit dat er nog een grote taboesfeer bestaat rond dit fenomeen [39,40].

Hoewel detectie erg moeilijk is, kunnen verdachte anogenitale problemen wijzen in de richting van seksueel geweld. Ook een nieuwe diagnose van een seksueel overdraagbare aandoening bij ouderen moet een belletje doen rinkelen [36].

(Zelf)verwaarlozing

Bij verwaarlozing onthoudt men zich in de essentiële behoeftes op het gebied van voeding, kleding, onderdak en het verkrijgen van goederen en diensten die nodig zijn om het lichamelijk en geestelijk welbevinden te onderhouden [3,26]. Wanneer de steunfiguren onvoldoende in deze zorgbehoefte voorzien, spreekt men over verwaarlozing. Wanneer de oudere hiervoor verantwoordelijk is, spreekt men over zelfverwaarlozing. Voorbeelden hiervan zijn: onvoldoende persoonlijke en/of huiselijke hygiëne, onaangepaste voeding, onvoldoende liefde en respect en het weigeren van hulp [3]. Signalen die wijzen op de mogelijkheid van (zelf)verwaarlozing zijn onder andere een onverzorgd voorkomen, cachexie, dehydratatie, ernstige doorligwonden en een onverzorgde woning [36].

Schending van de rechten

Men spreekt over een schending van de rechten wanneer de oudere wordt beperkt in zijn/haar vrijheid. Voorbeelden hiervan zijn: schending van de privacy, het niet respecteren van politieke rechten en religieuze overtuigingen, de post achterhouden en bezoekers wegsturen of weigeren [10]. Signalen die kunnen wijzen in de richting van een schending van de rechten zijn de ontwikkeling van een angststoornis en/of depressie bij de oudere [41].

Epidemiologie van ouderenmis(be)handeling

Ondanks het feit dat ouderenmis(be)handeling een belangrijk gezondheidsprobleem is [42,43,44], bestaat er veel onduidelijkheid over de precieze prevalentie ervan in de bevolking. Prevalentiecijfers durven nogal sterk uiteen te lopen en variëren tussen de 0.8 % en 29.3% in Europa [7]. Deze cijfers wijzen niet noodzakelijk op een effectief verschil in prevalentie maar zijn vooral het gevolg van het random gebruik van verschillende meetinstrumenten, verschillen in leeftijdsafbakening en verschillen in de definitie van ouderenmis(be)handeling [45,46]. Dit zorgt ervoor dat prevalentiecijfers vaak moeilijk te vergelijken zijn.

Daarnaast zijn prevalentiecijfers hoogstwaarschijnlijk ook een onderschatting van het probleem. Ouderenmis(be)handeling wordt algemeen onder gerapporteerd. Schaamte, taboe, angst en (misplaatste) loyaliteit van het slachtoffer tegenover de dader zijn hier vaak een verklaring voor [14,15]. Maar ook onvoldoende kennis en ervaring rond de identificatie en aanpak van ouderenmis(be)handeling door de zorgverlener is mogelijks een deel van het probleem [16,17].

Ook naar de toekomst toe, zal mis(be)handeling van ouderen een belangrijk gezondheidsprobleem blijven. De globale populatie van personen ouder dan 60 jaar zal verdubbelen van 900 miljoen in 2015 naar 2miljard in 2050 [47]. Als men uitgaat van een gelijkblijvende slachtofferkans, dan zal het aantal mis(be)handelde ouderen dus toenemen.

Naast de vergrijzing is er in Vlaanderen ook sprake van een ontgroening. Het aandeel jonge mensen die instaat voor de zorg van de oudere generatie neemt af [8,48]. Dit kan zorgen voor extra druk op de mantelzorg aangezien ouderen steeds langer zelfstandig thuis blijven wonen [11,49]. In de maatschappij is er eveneens sprake van een toenemende individualisering, een stijgende arbeidsmarktemancipatie van vrouwen en een toegenomen arbeidsmarktmobiliteit. In welke mate de mantelzorg de toenemende zorgbehoefte zal kunnen invullen is dus maar de vraag [10,49].

Gevolgen voor het slachtoffer

Ouderenmis(be)handeling is net zoals elke andere vorm van familiaal geweld sterk geassocieerd met zowel fysieke als psychische gezondheidsproblemen. Onderzoek heeft uitgewezen dat vrouwen die het slachtoffer zijn van familiaal geweld meer gezondheidsproblemen ervaren dan vrouwen bij wie dit niet zo is [50,51]. De lijst met negatieve 'health outcomes' omvat: chronische pijn, hypertensie, gastro-intestinale klachten, cardiale problemen, diabetes, gynaecologische problemen, depressie en angststoornissen [50,52,53]. Studies met uitsluitend ouderen als onderzoekspopulatie tonen gelijkaardige resultaten [12,42]. Ouderenmis(be)handeling is eveneens in verband gebracht met een toename van chronische ziektes en een toename van het aantal hospitalisaties [41,44]. Naast een verhoogde morbiditeit, is ouderenmis(be)handeling tevens geassocieerd met een verhoogde mortaliteit. De hoogste sterftecijfers worden gezien bij oudere slachtoffers met een slechte psychische gezondheid en een laag sociaal welzijn [43]. Tijdens een 13 jaar durende follow-up studie is tevens gebleken dat ouderen die het slachtoffer zijn van mishandeling, twee keer zoveel risico hebben om tijdens die periode te sterven dan ouderen die geen mishandeling rapporteerden [54].

Risicofactoren bij het slachtoffer

Hoe ouder een persoon, hoe groter het risico op ouderenmis(be)handeling [55,56]. Dit heeft te maken met het feit dat op een oudere leeftijd, meer mensen te kampen hebben met fysieke en mentale gezondheidsproblemen (verminderde mobiliteit, toename van chronische ziektes, dementie,…) waardoor ze meer afhankelijk worden van derden [55]. Hoe ernstiger de gezondheidsproblemen, hoe meer inspanning er wordt gevraagd van de mantelzorgers. Vooral vrouwen zouden het slachtoffer zijn. [27,57,58]. Het feit dat vrouwen gemiddeld gezien langer leven dan mannen, is hier een mogelijke verklaring voor [55].

Ouderenmis(be)handeling speelt zich af in alle lagen van de bevolking maar ouderen afkomstig uit een lagere socio-economische klasse hebben toch een groter risico. [57,59]. Aangezien een lagere socio-economische klasse gelinkt is met een lagere sociale ondersteuning is dit mogelijks de reden waarom ouderenmis(be)handeling bij deze groep sneller in de hand wordt gewerkt [59].

Ook wanneer de oudere te kampen heeft met psychologische en/of psychiatrische problemen, is de kans op mis(be)handeling groter. Depressies of angststoornissen bij de ouderen kunnen zowel een oorzaak als gevolg zijn van mis(be)handeling en artsen moeten alert zijn voor signalen van mis(be)handeling bij ouderen met dergelijke klachten [42,55,60,61]. Ook ouderen met een ethyl – of drugsverslaving vormen een groter risico [27,55,62,63].

Bij dementerende ouderen moet men ook altijd alert zijn voor mogelijke signalen die wijzen in de richting van mis(be)handeling [55,64,65]. Prevalentiecijfers voor mis(be)handeling bij

dementerende ouderen worden geschat tussen de 27.5 tot 55%.[66,67]. Het feit dat dementerende ouderen vaak meer zorg vragen en soms meer ontremd zijn, kan zorgen voor extra druk bij de mantelzorger waardoor situaties escaleren [68].

Risicofactoren bij de dader

Aangezien het meestal de partner en de kinderen zijn die de taak van mantelzorger op zich nemen, zijn het vooral deze groepen die zich schuldig maken aan mis(be)handeling [55,69]. Het feit dat ouderen steeds langer zelfstandig thuis wonen en dat de hulpbehoevendheid met de leeftijd alleen maar toeneemt, zorgt voor extra druk op de mantelzorg [11,55,56]. Ook de toenemende individualisering in de maatschappij, de stijgende arbeidsmarktemancipatie van vrouwen en een toegenomen arbeidsmarktmobiliteit, zorgt voor een grotere druk op de mantelzorg [10,49]. Wanneer de mantelzorger daarnaast gevoelig is voor mentale stress en/of te kampen heeft met fysieke of mentale gezondheidsproblemen, kan de kans op mis(be)handeling toenemen [69,70].
Het is daarom belangrijk als arts om deze klachten bij de steunfiguren te bevragen en eventueel te behandelen. Ook ethyl en/of drugsgebruik bij de steunfiguur kan mis(be)handeling in de hand werken [55,69,70]. De noodzaak om de verslaving te onderhouden is dan vaak belangrijker dan de zorg voor de oudere waardoor de steunfiguur minder in staat is om goede beslissingen te maken.

Ouderenmis(be)handeling en de (huis)arts

Huisartsen kunnen een erg belangrijke rol spelen in de detectie en management van huiselijk geweld [71]. De grote meerderheid van de Belgische populatie heeft een vaste huisarts en consulteert die regelmatig [72]. De huisarts bevindt zich dus - theoretisch gezien - in een ideale positie om een groot aantal gevallen van ouderenmis(be)handeling te bereiken, te identificeren en aan te pakken. Toch blijkt uit studies dat (huis)artsen daar niet zo sterk in zijn. In een onderzoek uit 1991, kwamen artsen slechts op de tiende plaats in het identificeren van ouderenmis(be)handeling [73]. Dong *et al*.[74] onderzochten meer dan 50 000 cases van ouderenmis(be)handeling in Connecticut over een tijdspanne van 10 jaar. In slechts 1.5% van de gevallen was een arts verantwoordelijk voor de rapportage [74]. Een vier jaar durend onderzoek uit Michigan, toonde eveneens dat artsen slechts in 2% van de gevallen verantwoordelijk waren voor de meldingen van ouderenmis(be)handeling [75].
De kennis over ouderenmis(be)handeling bij artsen is erg zwak. Ook wordt de prevalentie zwaar onderschat [18]. De prevalentie van kindermishandeling in hoge inkomenslanden varieert tussen de 4 en de 16% (76). De life-time prevalentie van partnergeweld in Europa schommelt tussen de 16 en 40 %. [77]. Een studie uit 2005 [78] toonde aan dat slechts 18%

van de artsen denkt dat ouderenmis(be)handeling even prevalent is als kindermishandeling en partnergeweld. Slechts 2% is er van overtuigd dat ouderenmis(be)handeling meer voorkomt dan andere vormen van familiaal geweld [78].
Cooper *et al*. [18] stelden vast dat slechts een derde van de artsen tenminste 1 geval van ouderenmis(be)handeling hadden gedetecteerd het afgelopen jaar. Meer dan de helft van de artsen voelde zich oncomfortabel om ouderenmis(be)handeling aan te pakken en slechts een kleine minderheid vroeg mis(be)handeling systematisch na bij oudere patiënten [18,78].
Ondanks het feit dat artsen onvoldoende vertrouwd zijn met de detectie en aanpak van ouderenmis(be)handeling [16], zou een routinematige screening in combinatie met een nauwe samenwerking tussen de verschillende zorgverleners in de 1^{e} lijn nochtans kunnen helpen om mis(be)handeling in te perken of ten minste te voorkomen [79]. Een eerste moeilijkheid is echter dat er geen goede en algemeen toegepaste screeningsmethode bestaat. Er zijn reeds heel wat screeningsinstrumenten ontwikkeld (vooral in de Verenigde Staten) maar slechts enkele hiervan zijn bruikbaar in de klinische setting [79]. De meeste instrumenten missen accuraatheid, zijn niet specifiek of sensitief genoeg en zijn vaak onbetrouwbaar [80]. Dit zorgt voor een grotere kans op zowel vals-positieve als vals-negatieve uitkomsten. Een vals-negatieve test kan ervoor zorgen dat de zorgverlener vals wordt gerustgesteld en een vals-positieve test kan leiden tot stigmatisering van de oudere en de mantelzorgers met alle gevolgen van dien [79]. Daarnaast zijn de screeningsinstrumenten vaak ook niet gebruiksvriendelijk, grondig genoeg en kennen geen multidisciplinaire toepassing [81].
De tweede moeilijkheid is dat zelfs indien er toch een effectieve screeningsmethode zou bestaan, er nog geen enkele studie heeft kunnen aantonen dat een interventie een positief effect heeft op de morbiditeit en mortaliteit bij de slachtoffers [82,83].

Interventies en de rol van de huisarts

Ouderenmis(be)handeling mag beschouwd worden als een belangrijk gezondheidsprobleem en door de jaren heen zijn er reeds heel wat interventiestudies rond dit onderwerp gepubliceerd [42,43,44,84]. Desondanks hebben deze studies vaak te kampen met methodologische problemen waardoor er geen uitspraak kan worden gedaan over de effectiviteit van deze interventies [83,84].
Deze methodologische problemen zijn het gevolg van onder andere verschillen in leeftijdsafbakening, een gebrek aan betrouwbare meetinstrumenten om ouderenmis(be)handeling vast te stellen, een gebrek aan randomized controlled trials, te kleine interventiegroepen, een gebrekkige follow up,...[7,83,84]
Ploeg *et al*. [83] onderzochten in 2009 de effectiviteit van verschillende interventies rond ouderenmis(be)handeling waarbij slechts een 8tal studies van voldoende kwaliteit in het onderzoek werden weerhouden. De onderzoekers kwamen tot de vaststelling dat

interventies rond ouderenmis(be)handeling meestal geen significant effect hadden en bij twee studies was er zelf sprake van een verhoogde kans op geweld na een interventie wanneer men vergeleek met de controlegroep [83,85,86].
Studies met uitsluitend artsen als onderzoekspopulatie, toonden ook een onduidelijk effect op de preventie en aanpak van ouderenmis(be)handeling.
Uit de studie van Cooper *et al.* [13] bleek dat de kennis en het zelfvertrouwen bij artsen rond de aanpak en detectie van ouderenmis(be)handeling significant verbeterde na een onderwijssessie. Desondanks vroegen artsen niet frequenter naar mis(be)handeling bij hun oudere patiënten [13,87,88]. Angst dat de therapeutische relatie zou verbroken worden bij het aankaarten van het probleem, weerstand om te vragen naar mis(be)handeling zonder indicatie en bezorgdheid over hoe dementerende ouderen kunnen worden bevraagd over mis(be)handeling zijn barrières die door artsen werden opgegeven [13].
Papieren informatie rond de detectie en aanpak van mis(be)handeling bij ouderen bleek ook niet effectief om de kennis van artsen te verhogen [19].
Omdat bij de meeste vormen van ouderenmis(be)handeling objectieve signalen ontbreken en de meeste cases niet gedetecteerd worden, beveelt de American Medical Association in 1992 dan weer aan dat artsen routinematig vragen naar mis(be)handeling in de oudere populatie [89]. Dit in tegenstelling tot The United States preventive Services Task Force [90] en The Canadian Task Force [91] die net aanraden om dit niet te doen.
Er is dus een grote nood aan meer evidence-based onderzoek naar de preventie en aanpak van ouderenmis(be)handeling.
Het beste beleid bestaat er voorlopig in om de kennis bij de zorgverleners over dit onderwerp te verbeteren (o.a. via meer interactieve interventies met rollenspel en communicatietraining) om op die manier de alertheid te verhogen [18,82].

Doel van het onderzoek

Deze masterproef heeft als doel om na te gaan in welke mate huisartsen in Vlaanderen gekend zijn met het probleem van ouderenmis(be)handeling:

1. In welke mate vinden huisartsen dat ze voldoende opleiding hebben gehad voor een goede detectie en aanpak?
2. In welke mate zijn huisartsen in staat om risicofactoren te herkennen?
3. Hoeveel gevallen van ouderenmis(be)handeling heeft de huisarts het afgelopen jaar gedetecteerd en aangepakt?
4. Bestaan er verschillen in aanpak en detectie volgens het geslacht, de leeftijd, type praktijk en het aantal huisbezoeken?

Indien uit deze studie zou blijken dat de kennis en ervaring rond de detectie en aanpak minimaal is, zou dit een opening kunnen zijn om huisartsen meer te informeren rond dit onderwerp zowel tijdens de opleiding als tijdens bijscholingen achteraf.

Methode

Studieopzet

Dit onderzoek is een kwantitatief onderzoek waarbij de data werden verzameld aan de hand van een papieren vragenlijst die werd ingevuld door verschillende huisartsen. De huisartsen die deelnamen aan deze enquête werden vooral bereikt tijdens LOK - en wachtdienstvergaderingen. Er werden in totaal 3 LOK vergaderingen en 1 wachtdienstvergadering bijgewoond. Op deze manier werden er 40 enquêtes ingevuld. Om nog meer huisartsen te bereiken werd aan Labo Maenhout - het vast labo van mijn opleidingspraktijk - gevraagd of er via hun koeriers ook vragenlijsten mochten worden verspreid. Via het labo werden er 80 enquêtes verspreid en werden er 23 geretourneerd.
De keuze om de enquête via papier te verspreiden en niet elektronisch kwam er nadat verschillende collega HAIO's (huisartsen in opleiding) hadden gewaarschuwd voor de beperkte respons op elektronisch verspreide vragenlijsten bij huisartsen.
Dit onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van de Vrije Universiteit Brussel tijdens de vergadering van 20 april 2016 (B.U.N. 143201627898).

Respondenten

Geslacht	(N=63)
Man	46 (73.02%)
Vrouw	16 (25.40%)
Onbekend	1 (1.59%)
Leeftijdscategorie	(N=63)
25-35jr	13 (20.63%)
36-45jr	10 (15.87%)
46-60jr	24 (38.10%)
>60jr	16 (25.40%)
Start als huisarts	(N=63)
<1980	13 (20.63%)
1980-1989	17 (26.98%)
1990-1999	14 (22.22%)
2000-2010	8 (12.70%)
>2010	11 (17.46%)
Aantal collega's in de praktijk	(N=63)
0	20 (31.75%)
1	19 (30.16%)
2	12 (19.05%)
3	8 (12.70%)
>3	3 (4.76%)
Onbekend	1 (1.59%)

Tabel 1: Demografische gegevens

De doelpopulatie zijn huisartsen en huisartsen-in opleiding uit de provincies West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen. De beperking tot de provincies West - en Oost-Vlaanderen is louter gekozen uit praktische overwegingen.

De respondenten bestaan uit ongeveer ¾ mannelijke artsen en ¼ vrouwen. De leeftijdscategorieën die het best vertegenwoordigd zijn in dit onderzoek, zijn de artsen van minimum 46 jaar en ouder. Deze dragen bij tot ongeveer 63% van de respondenten. Dit weerspiegelt zich ook in het aantal jaren werkervaring. 70% van de deelnemers heeft minimum 17 jaar ervaring als huisarts.
Groepspraktijken zijn in dit onderzoek het best vertegenwoordigd met een percentage van 36.51%. Op de voet volgen de solopraktijk en de duopraktijk met respectievelijk 31.75% en 30.16%.
Aangezien in het onderzoek niet expliciet werd gevraagd aan de respondenten of ze huisarts waren of huisarts-in-opleiding en of ze werkzaam waren in Oost – of West-Vlaanderen, kunnen hier geen cijfers over worden meegedeeld.

Ontwikkeling en verdeling van de vragenlijsten

Om dit onderzoek uit te voeren werd er gebruik gemaakt van een anonieme enquête. Eerst en vooral werd de literatuur geraadpleegd om te onderzoeken in welke mate er reeds studies bestonden over dit onderwerp die ook gebruik maakten van een vragenlijst. Via de database van Web of Science werden combinaties van de volgende zoektermen ingegeven: 'elder abuse', 'elderly abuse', 'elder mistreatment', 'general practitioner' en 'family physician'.
In totaal werden er twee artikels weerhouden uit deze zoekactie. Een eerste artikel betrof een Engelse studie uit het jaar 1998 waarbij met behulp van een enquête werd onderzocht in welke mate huisartsen in de Tower Hamlets in Londen gekend waren met het probleem van ouderenmis(be)handeling. Een tweede artikel was een Zweeds onderzoek uit het jaar 2000 dat zich baseerde op het onderzoek uit het eerste artikel, met als enige verschil dat de onderzoekspopulatie Zweedse huisartsen waren.
De enquête die gebruikt werd in deze masterproef is deels gebaseerd op de vragenlijst gebruikt in de bovenstaande studies. Daarnaast werd er ook gebruik gemaakt van stellingen afkomstig uit het risicotaxatieinstrument ouderenmis(be)handeling van het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling. Deze stellingen konden worden ingelezen nadat het Vlaams Ondersteuningscentrum tijdelijke logingegevens doorgaf.
Naast demografische gegevens, werd er in de enquête gevraagd wie reeds een bijscholing rond ouderenmis(be)handeling had gevolgd en wie vond dat hij/zij voldoende kennis en ervaring had voor een goede detectie en aanpak van ouderenmis(be)handeling. Verder werden er in de enquête 15 situaties met een mogelijk risico op ouderenmis(be)handeling bevraagd. Ook werden de huisartsen gepolst over het aantal detecties per type mis(be)handeling en of de huisarts het afgelopen jaar reeds een interventie hiervoor had ondernomen.
Voor het opstellen van de enquête werd er nagenoeg uitsluitend gebruik gemaakt van gesloten vragen. Aangezien het de bedoeling was om huisartsen via LOK - en

wachtdienstvergaderingen aan te spreken, leek het belangrijk om de enquête zo kort en eenvoudig mogelijk te houden.
Na het aanbrengen van enkele kleine wijzigingen door overleg met de promotor, de copromotor en het VLOCO, werd de vragenlijst op proef voorgelegd aan mijn collega's uit de huisartsenpraktijk. Vooral de lay-out werd hierdoor nog wat aangepast.

Data Analyse

De papieren vragenlijsten werden eerst manueel ingegeven in Excel en daarna overgeheveld naar SPSS. Per onderdeel werd er beschrijvende statistiek uitgevoerd.
De stellingen rond de risicosituaties op ouderenmis(be)handeling werden per type mis(be)handeling ingedeeld. Hierop werden dan cumulatieve percentages berekend. Er werden enkele hypotheses vooropgesteld die met behulp van een Mann-Whitney U test en de Spearman correlatietest werden onderzocht.

Resultaten

In welke mate vinden huisartsen dat ze voldoende opleiding hebben gehad voor een goede detectie en aanpak van ouderenmis(be)handeling?

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens, noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Het is de taak van de huisarts om OMB te melden (N=63)	1 (1.59%)	3 (4.76%)	17 (26.98%)	26 (41.27%)	16 (25.40%)
Het is de taak van de huisarts om OMB aan te pakken (N=63)	1 (1.59%)	1 (1.59%)	10 (15.87%)	36 (57.14%)	15 (23.81%)
Ik heb als huisarts voldoende opleiding gehad om OMB te herkennen (N=63°	10 (15.87%)	27 (42.86%)	19 (30.16%)	4 (6.35%)	3 (4.76%)
Ik heb als huisarts voldoende opleiding gehad om OMB aan te pakken (N=63)	10 (15.87%)	36 (57.14%)	12 (19.05%)	3 (4.76%)	2 (3.17%)
Ik probeer als huisarts in geval van OMB eerst alleen het probleem op te lossen (N=63)	8 (12.70%)	17 (26.98%)	16 (25.40%)	21 (33.33%)	1 (1.59%)
Ik probeer als huisarts in geval van OMB samen te werken met andere hulpverleners om het probleem op te lossen (N=63)	1 (1.59%)	0 (0.00%)	10 (15.87%)	37 (58.73%)	15 (23.81%)

Tabel 2: Standpunten rond detectie en aanpak van OMB (=ouderenmis(be)handeling)

66.67% (N=42) van de ondervraagden vindt het de taak van de huisarts om ouderenmis(be)handeling te melden en 80.95% (N=51) vindt dat het de taak van de huisarts is om ouderenmis(be)handeling ook aan te pakken. Desondanks vinden respectievelijk 11.11% (N=7) en 7.94%(N=5) dat hij/zij voldoende opleiding heeft gehad om ouderenmis(be)handeling te herkennen en aan te pakken.
Wanneer ouderenmis(be)handeling dan toch wordt aangepakt, geven 82.54% (N=52) huisartsen de voorkeur om samen te werken met andere hulpverleners uit de eerste lijn.

Huisartsen die het de taak van de huisarts vinden om ouderenmis(be)handeling te melden, detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan de collega's die vinden dat dit niet hun taak is (bijlage 1)

65.07% (N=41) van de huisartsen vindt het hun taak om ouderenmis(be)handeling te melden. 34.92% (N=22) van de huisartsen vindt dat dit hun taak niet is.

- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=34.05), detecteren niet meer psychologisch geweld dan hun collega's (mean rank=28.18). (U=367; p=0.185)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=29.41), detecteren niet meer schending van de rechten dan hun collega's (mean rank=36.82). (U=345; p=0.100)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=32.24), detecteren niet meer financieel misbruik dan hun collega's (mean rank=31.55). (U=441; p=0.876)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=33.07), detecteren niet meer seksueel misbruik dan hun collega's (mean rank=30.00). (U=407; p=0.133)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=30.61), detecteren niet meer fysiek geweld dan hun collega's (mean rank=34.59).(U=394; p=0.334)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=32.41), detecteren niet meer (zelf)verwaarlozing dan hun collega's (mean rank=31.23). (U=434; p=0.795)

  Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=32.76), detecteren niet meer gevallen van onvoldoende hulp en verzorging dan hun collega's (mean rank=30.59). (U=420; p=0.637)

Huisartsen die beweren voldoende opleiding te hebben gehad om ouderenmis(be)handeling te detecteren, detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan hun collega's (bijlage 2)

11.11% (N=7) van de huisartsen beweren voldoende opleiding te hebben gehad om ouderenmis(be)handeling te detecteren. 88.89% (N=56) vindt dat ze onvoldoende opleiding hebben gehad voor de detectie van ouderenmis(be)handeling.

- Huisartsen die beweren voldoende opleiding te hebben gehad om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=29.71), detecteren niet meer psychologisch geweld dan hun collega's (mean rank=32.29). (U=180; p=0.740)
- Huisartsen die beweren voldoende opleiding te hebben gehad om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=37.50), detecteren niet meer schending van de rechten dan hun collega's (mean rank=31.31). (U=157.5; p=0.408)
- Huisartsen die beweren voldoende opleiding te hebben gehad om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=41.57), detecteren niet meer financieel misbruik dan hun collega's (mean rank=30.80). (U=129; p=0.149)

- Huisartsen die beweren voldoende opleiding te hebben gehad om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=34.50), detecteren niet meer seksueel misbruik dan hun collega's (mean rank=31.69). (U=178.5; p=0.708)
- Huisartsen die beweren voldoende opleiding te hebben gehad om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=40.36), detecteren niet meer fysiek geweld dan hun collega's (mean rank=30.96). (U=137.5; p=0.206)
- Huisartsen die beweren voldoende opleiding te hebben gehad om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=28.21), detecteren niet meer (zelf)verwaarlozing dan hun collega's (mean rank=32.47). (U=169.5; p=0.570)
- Huisartsen die beweren voldoende opleiding te hebben gehad om ouderenmis(be)handeling te detecteren (mean rank=35.14), detecteren niet meer gevallen van onvoldoende hulp en verzorging dan hun collega's (mean rank=31.61). (U=174; p=0.645)

Huisartsen die het de taak van de huisarts vinden om ouderenmis(be)handeling aan te pakken, pakken, detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling in vergelijking met hun collega's en pakken dit ook niet meer aan (bijlage 3).

80.95% (N=51) vindt het de taak van de huisarts om ouderenmis(be)handeling aan te pakken. 19.05% (N=12) vindt dat dit hun taak niet is.

- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling aan te pakken (mean rank=32.81), detecteren niet meer psychologisch geweld in vergelijking met hun collega's (mean rank=28.54). (U=264.5; p=0.426)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling aan te pakken(mean rank=31.89), detecteren niet meer schending van de rechten in vergelijking met hun collega's (mean rank=32.46). (U=300.5; p=0.917)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling aan te pakken(mean rank=30.53), detecteren niet meer financieel misbruik in vergelijking met hun collega's (mean rank=38.25). (U=231; p=0.155
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling aan te pakken (mean rank=31.24), detecteren niet meer seksueel misbruik in vergelijking met hun collega's (mean rank=35.25). (U=267; p=0.106)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling aan te pakken (mean rank=31.67), detecteren niet meer fysiek geweld in vergelijking met hun collega's (mean rank=33.42). (U=289; p=0.727)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling aan te pakken (mean rank=32.05), detecteren niet meer (zelf)verwaarlozing in vergelijking met hun collega's (mean rank=31.79). (U=303.5; p=0.963)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling aan te pakken, pakken (mean rank=32.32), detecteren niet meer gevallen van onvoldoende hulp en verzorging in vergelijking met hun collega's (mean rank=30.63). (U=267; p=0.471)
- Huisartsen die vinden dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling aan te pakken (mean rank=32.32), pakken niet meer ouderenmis(be)handeling aan in vergelijking met hun collega's(mean rank=30.63). (U=289.5; p=0.756)

Huisartsen die een bijscholing gevolgd hebben rond het thema ouderenmis(be)handeling detecteren meer gevallen van schending van de rechten, financieel misbruik, fysiek geweld en casussen waarbij er sprake is van onvoldoende hulp en verzorging. Huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd, pakken ook meer ouderenmis(be)handeling aan in vergelijking met hun collega's. (bijlage 4).

6.35% (N=4) hebben een bijscholing gevolgd over ouderenmis(be)handeling. 93.65% (N=59) hebben geen bijscholing gevolgd.

- Huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd rond het thema ouderenmis(be)handeling (mean rank=28.00), detecteren niet meer psychologisch geweld in vergelijking met hun collega's (mean rank=32.27). (U=102; p=0.673)
- Huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd rond het thema ouderenmis(be)handeling (mean rank=55.75), detecteren meer schending van de rechten in vergelijking met hun collega's (mean rank=30.39.) (U=23; p=0.004)
- Huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd rond het thema ouderenmis(be)handeling (mean rank=50.75), detecteren meer financieel misbruik in vergelijking met hun collega's (mean rank=30.73). (U=43; p=0.032)
- Huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd rond het thema ouderenmis(be)handeling (mean rank=45.75), detecteren niet meer seksueel misbruik in vergelijking met hun collega's (mean rank=31.07). (U=63; p=0.128)
- Huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd rond het thema ouderenmis(be)handeling (mean rank=54.50), detecteren meer fysiek geweld in vergelijking met hun collega's (mean rank=30.47). (U=28; p=0.007)
- Huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd rond het thema ouderenmis(be)handeling (mean rank=48.88), detecteren niet meer (zelf)verwaarlozing in vergelijking met hun collega's (mean rank 30.86). (U=50.5; p=0.055)
- Huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd rond het thema ouderenmis(be)handeling (mean rank=56.63), detecteren meer casussen waarbij er sprake is van onvoldoende hulp en verzorging in vergelijking met hun collega's (mean rank=30.33). (U=19.5; p=0.002)
- Huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd rond het thema ouderenmis(be)handeling (mean rank=56.63), pakken meer ouderenmis(be)handeling aan in vergelijking met hun collega's (mean rank=30.53). (U=31.5; p=0.010)

In welke mate zijn huisartsen in staat om risicofactoren te herkennen?

Risicosituaties ouderenmis(be)handeling (N=63)	
Algemene risicosituaties op ouderenmis(be)handeling	
Steunfiguur die afhankelijk is van de oudere	25 (39.68%)
Oudere met lange voorgeschiedenis van intrafamiliaal geweld	12 (19.04%)
Oudere met steunfiguur die de situatie niet meer aankan	39 (61.90%)
Aantal huisartsen die minstens 1 algemene risicosituatie detecteerden de afgelopen 12 maanden	47 (74.60%)
Situaties met risico op fysiek geweld	
Oudere met kneuzingen en blauwe plekken onvoldoende verklaard door de steunfiguren	9 (14.29%)
Oudere met dementie die agressief is naar zijn omgeving toe	49 (77.78%)
Oudere die herhaaldelijk op de spoedopname is beland zonder tussen-komst van de huisarts	7 (11.11%)
Steunfiguur van de oudere die agressief is naar de oudere toe	19 (30.16%)
Aantal huisartsen die minstens 1 risicosituatie op fysiek geweld detecteerden de afgelopen 12 maanden	51 (80.95%)
Situaties met risico op psychologisch geweld en een mogelijks risico op fysiek geweld	
Oudere met steunfiguur met ernstige persoonlijke en/of psychiatrische problemen	28 (44.44%)
Oudere die leeft in huishouden waar te veel alcohol wordt genuttigd	42 (66.67%)
Steunfiguur met lichamelijke beperkingen, verslaving, laagbegaafdheid	37 (58.73%)
Aantal huisartsen die minstens 1 risicosituatie op psychologisch geweld detecteerden de afgelopen 12 maanden	53 (84.13%)
Situaties met risico of financieel misbruik	
Steunfiguur die inkomen/uitkering van de oudere aan zichzelf besteed	13 (20.63%)
Steunfiguur met financiële problemen	31 (49.21%)
Aantal huisartsen die minstens 1 risicosituatie op financieel misbruik detecteerden de afgelopen 12 maanden	35 (55.56%)
Situaties met risico op verwaarlozing	
Oudere met dementie die de hele dag alleen wordt gelaten	20 (31.75%)
Steunfiguur die medicatie onder/overdoseert	14 (22.22%)
Aantal huisartsen die minstens 1 risicosituatie op verwaarlozing detecteerden de afgelopen 12 maanden	29 (46.03%)
Situaties met risico op seksueel geweld	
Oudere met verdachte vaginale en/of rectale problemen	0 (0.00%)

Aantal huisartsen die minstens 1 risicosituatie op verwaarlozing detecteerden de afgelopen 12 maanden	0 (0.00%)

Tabel 3: risicosituaties rond ouderenmis(be)handeling

Tabel 3 toont een overzicht van risicosituaties die werden bevraagd tijdens de enquête. Wanneer men het cumulatief percentage berekend van deze resultaten, bekomt men dat 74.60% (N=47) van de ondervraagden minimum 1 algemene risicosituatie voor mis(be)handeling van een oudere heeft gehad de afgelopen 12 maanden. Verder beschrijft 80.95% (N=51) minimum 1 situatie met een risico op fysiek geweld, 84.13% (N=51) kende minstens 1 situatie met risico voor psychologisch geweld en een mogelijk risico op fysiek geweld, 55.56% (N=35) van de huisartsen kende tenminste 1 situatie met een risico voor financieel misbruik, 46.03% (N=29) wist van minimum 1 situatie met risico op verwaarlozing en geen enkele huisarts kende een situatie met een risico op seksueel misbruik.

Hoeveel gevallen van ouderenmis(be)handeling heeft de huisarts het afgelopen jaar gedetecteerd en aangepakt?

# detecties van OMB de afgelopen twaalf maanden / Type OMB	0	1	2-3	≥4
Psychologisch geweld (N=63)	32 (50.79%)	20 (31.75%)	9 (14.29%)	2 (3.17%)
Schending van de rechten (N=63)	31 (49.21%)	13 (20.63%)	14 (22.22%)	5 (7.94%)
Financieel misbruik (N=63)	31 (49.21%)	19 (30.16%)	7 (11.1%)	6 (9.52 %)
Seksueel misbruik (N=63)	59 (93.65%)	4 (6.35%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Fysiek geweld (N=63)	40 (63.49%)	17 (26.98%)	2 (3.17%)	4 (6.35%)
(zelf)verwaarlozing (N=63)	22 (34.92%)	25 (39.68%)	12 (19.05%)	4 (6.35%)
Onvoldoende hulp en verzorging (N=63)	24 (38.10%)	22 (34.92%)	12 (19.05%)	5 (7.94%)
> 3 vormen van OMB in 1 situatie (N=63)	49 (77.78%)	7 (11.1%)	4 (6.35%-	3 (4.76%)
Aangepakte OMB (N=63)	26 (41.27%)	25 (39.68%)	10 (15.87%)	2 (3.17%)

Tabel 4: detectie en aanpak van ouderenmis(be)handeling door de huisarts (n=63)

15.87% (N=10) detecteerde geen enkele vorm van mis(be)handeling de afgelopen 12 maanden (zie bijlage 5). Ongeveer de helft van de huisartsen detecteerde het afgelopen jaar minstens 1 geval van psychologisch geweld, schending van de rechten en financieel misbruik. 6.35% (N=4) van de huisartsen detecteerde een geval van seksueel misbruik. 36.51% (N=23) detecteerde het afgelopen jaar minstens 1 geval van fysiek geweld. Ongeveer 65% van de huisartsen detecteerde het afgelopen

jaar minstens 1 geval van (zelf)verwaarlozing/onvoldoende hulp en verzorging. 22.22% (N=14) kende een situatie waarbij er 3 of meer vormen van ouderenmis(be)handeling tegelijkertijd voorkwamen. 58.73% (N=37) van de huisartsen beweert 1 of meer situaties van ouderenmis(be)handeling te hebben aangepakt het afgelopen jaar.

Is de huisarts op de hoogte van het bestaan van het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling voor informatie en advies? (N=63)	
JA	8 (12.70%)
NEE	52 (82.54%)
ONBEKEND	3 (4.76%)

Tabel 5: kennis van het VLOCO bij huisartsen

12.70% (N=8) van de ondervraagden is op de hoogte van het feit dat men voor informatie en advies rond ouderenmis(be)handeling terecht kan bij het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling.

Bestaat er een verschil in aanpak en detectie volgens het geslacht, de leeftijd, het type praktijk en het aantal huisbezoeken?

Huisartsen die werken in een groepspraktijk of duopraktijk detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan solo-artsen (bijlage 6).

67.74% (N=42) van de huisartsen werkt in een groepspraktijk of een duopraktijk. 32.26% (N=10) werkt als solo-arts.

- Huisartsen uit een groepspraktijk/duopraktijk (mean rank=31.96), detecteren niet meer psychologisch geweld in vergelijking met hun collega's (mean rank=31.10). (U=412; p=0.895)
- Huisartsen uit een groepspraktijk/duopraktijk (mean rank=30.01), detecteren niet meer schending van de rechten in vergelijking met hun collega's (mean rank=34.63). (U=357.5; p=0.312)
- Huisartsen uit een groepspraktijk/duopraktijk (mean rank=31.46), detecteren niet meer financieel misbruik in vergelijking met hun collega's (mean rank=31.58). (U=418.5; p=0.981)
- Huisartsen uit een groepspraktijk/duopraktijk (mean rank=30.98), detecteren niet meer seksueel misbruik in vergelijking met hun collega's (mean rank=32.60). (U=398; p=0.436)
- Huisartsen uit een groepspraktijk/duopraktijk (mean rank=32.68), detecteren niet meer fysiek geweld in vergelijking met hun collega's (mean rank=29.03). (U=370.5; p=0.383)
- Huisartsen uit een groepspraktijk/duopraktijk (mean rank=30.12), detecteren niet meer (zelf)verwaarlozing in vergelijking met hun collega's (mean rank=34.40). (U=362; p=0.355)
- Huisartsen uit een groepspraktijk/duopraktijk (mean rank=29.60), detecteren niet meer gevallen van onvoldoende hulp en verzorging in vergelijking met hun collega's (mean rank=35.50). (U=340; p=0.203)

Vrouwelijke huisartsen detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan mannelijke huisartsen (bijlage 7)

25.81% (N=16) huisartsen zijn vrouwen, 74.19% (N=46) zijn mannen.

- Vrouwelijke huisartsen (mean rank=32.50), detecteren niet meer psychologisch geweld in vergelijking met hun mannelijke collega's (mean rank=31.15). (U=352; p=0.779)
- Vrouwelijke huisartsen (mean rank=29.72), detecteren niet meer schending van de rechten in vergelijking met hun mannelijke collega's (mean rank=32.12). (U=339.5; p=0.620)
- Vrouwelijke huisartsen (mean rank=28.06), detecteren niet meer financieel misbruik in vergelijking met hun mannelijke collega's (mean rank=32.70). (U=313; p=0.336)
- Vrouwelijke huisartsen (mean rank=29.50), detecteren niet meer seksueel misbruik in vergelijking met hun mannelijke collega's (mean rank=32.20). (U=336; p=0.226)
- Vrouwelijke huisartsen (mean rank=33.81), detecteren niet meer fysiek geweld in vergelijking met hun mannelijke collega's (mean rank=30.70). (U=331; p=0.486)
- Vrouwelijke huisartsen (mean rank=28.59), detecteren niet meer (zelf)verwaarlozing in vergelijking met hun mannelijke collega's (mean rank=32.51). (U=321.5; p=0.428)
- Vrouwelijke huisartsen (mean rank=30.31), detecteren niet meer gevallen van onvoldoende hulp en verzorging in vergelijking met mannelijke hun collega's (mean rank=30.31). (U=349; p=0.747)

Behalve voor seksueel misbruik bestaat er geen positieve correlatie tussen de leeftijdscategorie en het aantal detecties van ouderenmis(be)handeling (bijlage 8).

20.63% (N=13) bevindt zich in de leeftijdscategorie 25-35 jaar, 15.87% (N=10) bevindt zich in de leeftijdscategorie 36-45 jaar, 38.10% (N=24) bevindt zich in de leeftijdscategorie 46-60 jaar en 25.40% (N=16) van de huisartsen is ouder dan 60 jaar.

- Er bestaat geen significante correlatie tussen de leeftijdscategorie en de detectie van psychologisch geweld. (r_s=0.054, p=0675)
- Er bestaat geen significante correlatie tussen de leeftijdscategorie en de detectie van schending van de rechten. (r_s=0.209, p=0.100)
- Er bestaat geen significante correlatie tussen de leeftijdscategorie en de detectie van financieel misbruik. (r_s=0.170, p=0.182)
- Er bestaat een significante positieve correlatie tussen de leeftijdscategorie en de detectie van seksueel misbruik. (r_s=0.277, p=0.028). Huisartsen ouder dan 60 jaar, detecteren meer seksueel misbruik in vergelijking de huisartsen uit andere leeftijdscategorieën.
- Er bestaat geen significante correlatie tussen de leeftijdscategorie en de detectie van fysiek geweld. (r_s=0.093, p=0.468)
- Er bestaat geen significante correlatie tussen de leeftijdscategorie en de detectie van (zelf)verwaarlozing. (r_s=-0.084, p=0.511)
- Er bestaat geen significante correlatie tussen de leeftijdscategorie en de detectie van een casus waarbij er sprake is van onvoldoende hulp en verzorging. (r_s=0.136, p=0.286)

Er bestaat geen verband tussen het aantal afgelegde huisbezoeken en de detectie van de verschillende types van ouderenmis(be)handeling. (bijlage 9)

- Er bestaat geen significante correlatie tussen het aantal afgelegde huisbezoeken en de detectie van psychologisch geweld. (r_s=0.047, p=0.717)
- Er bestaat geen significante correlatie tussen het aantal afgelegde huisbezoeken en de detectie van schending van de rechten. (r_s=0.106, p=0.418)
- Er bestaat geen significante correlatie tussen het aantal afgelegde huisbezoeken en de detectie van financieel misbruik. (r_s=0.105, p=0.422)
- Er bestaat geen significante correlatie tussen het aantal afgelegde huisbezoeken en de detectie van seksueel misbruik. (r_s=0.075, p=0.563).
- Er bestaat geen significante correlatie tussen het aantal afgelegde huisbezoeken en de detectie van fysiek geweld. (r_s=0.061, p=0.643)
- Er bestaat geen significante correlatie tussen het aantal afgelegde huisbezoeken en de detectie van (zelf)verwaarlozing. (r_s=-0.041, p=0.756)
- Er bestaat geen significante correlatie tussen het aantal afgelegde huisbezoeken en de detectie van een casus waarbij er sprake is van onvoldoende hulp en verzorging. (r_s=0.083, p=0.524)

Er bestaat geen verband tussen het aantal afgelegde huisbezoeken en de aanpak van ouderenmis(be)handeling (bijlage 10).

Er bestaat geen verband tussen het aantal huisbezoeken en het aantal gevallen van ouderenmis(be)handeling die door de huisarts zijn gedetecteerd. (r_s=0.112; p=0.390)

Discussie

In welke mate vinden huisartsen dat ze voldoende opleiding hebben gehad voor een goede detectie en aanpak van ouderenmis(be)handeling?

Uit dit onderzoek blijkt dat de meerderheid van de huisartsen vindt dat het hun taak is om ouderenmis(be)handeling te melden en aan te pakken. Desondanks vindt slechts een kleine minderheid dat hij/zij voldoende opleiding heeft gehad om dit te kunnen doen. Er bestaat dus een duidelijke discrepantie tussen het 'willen' en het 'kunnen' detecteren en aanpakken van dit probleem. Deze conclusie wordt eveneens in andere studies bevestigd [21,22,78].

Treffend is dat huisartsen die beweren voldoende opleiding te hebben gehad, niet meer ouderenmis(be)handeling aanpakken en detecteren dan hun collega's. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze huisartsen hun capaciteiten mogelijks overschatten of dat de andere huisartsen de neiging hebben om zichzelf te onderschatten.

Wat in deze studie wel opvalt, is dat de 4 huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd rond ouderenmis(be)handeling meer casussen detecteren en aanpakken dan hun collega's. Uiteraard gaat het hier om een kleinschalig onderzoek en moeten de resultaten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Toch bleek ook uit een onderzoek van Cooper [13] dat het zelfvertrouwen en de kennis rond ouderenmis(be)handeling bij artsen significant verbeterde na een onderwijssessie. Helaas vroegen die artsen wel niet frequenter naar mis(be)handeling bij hun oudere patiënten. Artsen die wel routinematig mis(be)handeling navroegen, bleken wel meer te detecteren en te rapporteren [18]. Mogelijks kan een meer interactieve onderwijsmethode met rollenspel en casusbespreking gedeeltelijk een antwoord bieden op deze lage detectiegraad.

In welke mate zijn huisartsen in staat om risicofactoren te herkennen?

De huisartsen geïncludeerd in dit onderzoek zijn voldoende in staat om situaties met een risico op mis(be)handeling te herkennen in hun oudere populatie. De vraag is alleen of ze zich voldoende bewust zijn over het feit dat het over een risicosituatie gaat. Want ondanks dat een groot aantal huisartsen verschillende risicosituaties voor ouderenmis(be)handeling aangaven, waren er een stuk minder huisartsen die effectief een geval van ouderenmis(be)handeling detecteerden het afgelopen jaar. Een uitzondering hierop vormt het onderdeel financieel misbruik waarbij het aantal huisartsen die een risicosituatie voor financieel misbruik meldden, dicht aansluit bij het aantal huisartsen die effectief financieel misbruik hadden gedetecteerd de afgelopen 12 maanden. Dit komt mogelijks doordat de stellingen rond financieel misbruik sterker gelinkt zijn met actueel financieel misbruik. Een eventuele verklaring voor de opvallende discrepantie tussen de detectie van een risicosituatie en een effectieve diagnose van mis(be)handeling (behalve dus voor financieel misbruik), is mogelijks dat een risicosituatie niet noodzakelijk betekent dat de oudere

effectief wordt mis(be)handelt en/of dat artsen onvoldoende in staat zijn om ouderenmis(be)handeling te herkennen en/of dat een bepaalde situatie door de huisarts niet wordt geïnterpreteerd als ouderenmis(be)handeling. Een onderzoek uit 2007 lijkt deze laatste stelling te ondersteunen. In dit studie bleken huisartsen bepaalde scenario's rond mis(be)handeling als veel minder ernstig in te schatten wanneer men deze vergeleek met de perceptie van de ouderen en de mantelzorgers [92]. Dit kan er voor zorgen dat bepaalde situaties door de huisarts niet als mis(be)handeling worden geklasseerd en er ook geen verder gevolg wordt aan gegeven.

Hoeveel gevallen van ouderenmis(be)handeling heeft de huisarts het afgelopen jaar aangepakt en gedetecteerd?

Wanneer men kijkt naar het aantal detecties door de huisarts, blijkt dat ongeveer de helft van de huisartsen het afgelopen jaar geen enkel geval van psychologisch geweld, schending van de rechten en financieel misbruik heeft gedetecteerd. Fysiek geweld werd maar door 23 huisartsen gedetecteerd. Slechts 4 huisartsen kenden een casus waarbij er sprake was van seksueel misbruik. Niet meer dan 14 huisartsen kende een situatie waarbij er 3 of meer vormen van ouderenmis(be)handeling tegelijkertijd voorkwamen. Tien huisartsen hadden het afgelopen jaar zelf geen enkele vorm van mis(be)handeling gedetecteerd. Enkel voor de onderdelen '(zelf)verwaarlozing' en 'onvoldoende hulp en verzorging' bleek de meerderheid van de huisartsen wel een oudere te kennen in die situatie.

Een verklaring voor deze relatief slechte scores is, dat er ofwel helemaal niets viel te detecteren of dat deze huisartsen net gefaald hebben om ouderenmis(be)handeling te herkennen. Wanneer een huisarts zich niet bewust is van het bestaan van dit probleem, is het uiteraard niet mogelijk om het te diagnosticeren.

Ook kunnen sommige huisartsen van mening zijn dat er een bepaalde frequentie of ernst van mis(be)handeling aanwezig moet zijn om te kunnen spreken van ouderenmis(be)handeling. Dit terwijl de definitie die men in Vlaanderen hanteert, nochtans zegt dat een eenmalig event in principe voldoende is om te spreken van mis(be)handeling [24].

Ondanks de lage detectiegraad, is het wel zo dat huisartsen in Vlaanderen toch beter lijken te scoren dan hun buitenlandse collega's. Een systemische review uit 2009 stelde vast dat slechts 33.7% van de professionele zorgverleners een geval van ouderenmis(be)handeling hadden gedetecteerd het afgelopen jaar [18]. Onder de huisartsen die deelnamen aan dit onderzoek, bleek dat 84.13% (N=53) het afgelopen jaar ten minste 1 geval van mis(be)handeling had gedetecteerd. Een voorwaarde om deze resultaten te vergelijken, is dat men natuurlijk de zekerheid heeft dat men over hetzelfde spreekt en daar wringt het schoentje. Tot op de dag van vandaag bestaat er nog steeds geen consensus over een eenduidige definitie van ouderenmis(be)handeling. Niet elke onderzoeker beschouwt financieel misbruik, schending van de rechten en zelfverwaarlozing als een vorm van

mis(be)handeling [25]. Ook wordt de leeftijdsgrens van 55 jaar door de meeste onderzoekers niet gehanteerd, maar heeft men de voorkeur om de leeftijdgrens op te trekken naar 65 tot zelf 70 jaar [25,93,94]. (Zelf)verwaarlozing is in deze enquête de meest gedetecteerde vorm van mis(be)handeling en eveneens wordt er hier een leeftijdsgrens van 55 jaar gehanteerd. Wanneer studies deze vorm van mis(be)handeling niet includeren en/of een hogere leeftijdsgrens hanteren, is het aantal zorgverleners die mis(be)handeling detecteert uiteraard lager.

De afwezigheid van een eenduidige definitie, de verschillen in leeftijdsafbakening maar ook de variatie aan meetinstrumenten, zorgen er eveneens voor dat prevalentiecijfers moeilijk te vergelijken zijn. Het is daarom zeer lastig om in te schatten hoeveel gevallen van ouderenmis(be)handeling een huisarts precies mag verwachten binnen zijn patiëntenpopulatie. Toch kan men voorzichtig aannemen dat een huisarts met gemiddeld tussen de 1 250 en 13 000 patiëntencontacten per jaar [95] toch meer dan slechts enkele gevallen van ouderenmis(be)handeling binnen zijn/haar patiëntenpopulatie zou moeten detecteren.

Een ander belangrijk resultaat uit dit onderzoek is dat slechts 12 huisartsen 2 of meer gevallen van ouderenmis(be)handeling hebben aangepakt het afgelopen jaar. Een eerste verklaring hiervoor is uiteraard de lage detectiegraad. Als mis(be)handeling niet kan worden gedetecteerd, kan het uiteraard ook niet worden aangepakt. Een andere oorzaak is mogelijks dat het slachtoffer van mis(be)handeling geen toestemming wil geven voor een interventie. Ouderen hebben vaak een grote loyaliteit naar de pleger, vooral als de pleger een kind of de partner is [14,15]. Een tussenkomst van een hulpverlener kan soms als bemoeizuchtig worden beschouwd. Het vraagt van de huisarts of een andere zorgverlener dan ook veel inspanning om het slachtoffer (en de pleger) te motiveren en te ondersteunen om de stap naar verandering te zetten.

Daarnaast kan de angst bestaan bij de arts dat een interventie de situatie alleen nog meer zal doen escaleren [13]. Bovendien kan de huisarts het gevoel hebben dat hij/zij er alleen voor staat waardoor de nodige stappen dan toch niet worden gezet. Slechts 8 huisartsen waren zich bewust over het bestaan van het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling voor informatie en advies rond dit thema. Huisartsen informeren rond het bestaan en het doel van dit centrum, zou mogelijks ook kunnen helpen om interventies te optimaliseren.

Wat op dit moment evenzeer een probleem is in Vlaanderen, is dat niet elke provincie een steunpunt ouderenmis(be)handeling heeft [96]. Hoeveel en het soort hulp dat een slachtoffer krijgt, is op die manier zeer sterk afhankelijk van de provincie waarin men woont. Elke Vlaamse provincie verplichten tot het oprichten van een steunpunt zou kunnen helpen om een meer uniforme aanpak van ouderenmis(be)handeling te garanderen. Voor zorgverleners zou het eventueel ook duidelijker zijn tot wie men zich kan richten.

Bestaat er een verschil in aanpak en detectie volgens het geslacht, de leeftijd, het type praktijk en het aantal huisbezoeken?

Er blijkt geen verband te bestaan tussen aantal detecties en de aanpak van ouderenmis(be)handeling en de leeftijd van de huisarts (behalve voor de detectie van seksueel misbruik), het geslacht van de arts, het aantal huisbezoeken en het type huisartsenpraktijk. Oudere artsen – met een langere ervaring als huisarts – detecteren over het algemeen niet meer ouderenmis(be)handeling dan hun jongere collega's. Vrouwelijke huisartsen detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan hun mannelijke collega's. Huisartsen die meer huisbezoeken doen – en dus mogelijks meer zicht hebben op de leefsituatie van de patiënt – komen ook niet meer gevallen van ouderenmis(be)handeling tegen. Duo – en groepspraktijken - waarbij er doorgaans vaak meer tijd is voor overleg -, detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan solo-artsen.

Limitaties van dit onderzoek

De populatie huisartsen die heeft deelgenomen aan de enquête, is slechts een klein deel van de totale populatie huisartsen in Vlaanderen maar is qua geslachtsverdeling en leeftijdsverdeling min of meer vergelijkbaar [97].

Toch is de kleine onderzoekspopulatie een eerste beperking. Het is niet altijd duidelijk in welke mate bepaalde resultaten kunnen worden veralgemeend. Een andere mogelijke tekortkoming is dat er in de enquête niet expliciet werd gevraagd of de arts was gevestigd in West – of Oost-Vlaanderen. Mogelijks kan de aanwezigheid van het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling in Zottegem een invloed hebben gehad op de antwoorden van huisartsen uit Oost-Vlaanderen. Dit komt ook naar voor in de jaarverslagen van het VLOCO waarbij de meeste meldingen van ouderenmis(be)handeling afkomstig zijn uit de provincie Oost-Vlaanderen [98]. Hulpverleners uit deze provincie zijn mogelijks meer vertrouwd met het thema ouderenmis(be)handeling dankzij de aanwezigheid van dit centrum.

Tijdens de 3 LOK vergaderingen en de wachtdienstvergadering heeft elke aanwezige huisarts de enquête ingevuld. Er was mogelijkheid om vragen te stellen bij onduidelijkheden.

Bij de verspreiding van de enquête via het klinisch labo bestond er geen mogelijkheid om vragen te stellen. Dit heeft mogelijks tot gevolg dat bepaalde vragen verkeerd werden geïnterpreteerd en op die manier verkeerd werden beantwoord. Daarnaast bestaat er onduidelijkheid over het feit dat slechts 23 van de 80 enquêtes werden geretourneerd. Socio-demografische gegevens over de artsen die de enquête niet hebben ingevuld, bestaan er niet. Verder is het goed mogelijk dat enkel de huisartsen met interesse in dit onderwerp en/of voldoende tijd hebben deelgenomen.

Een andere beperking die niet kan worden uitgesloten, is dat bepaalde huisartsen de enquête twee maal hebben ingevuld. Dit kon gebeuren doordat een huisarts aanwezig tijdens een LOK- of wachtdienstvergadering ook samenwerkt met het klinische labo van de

opleidingspraktijk. Aangezien de enquête volledig anoniem was, kon hiervoor niet worden gecorrigeerd.
Wat in de enquête niet is nagevraagd, is of huisartsen ook werkelijk geïnteresseerd zijn om bijscholing te volgen rond het thema ouderenmis(be)handeling. Uit dit onderzoek kan er dus wel geconcludeerd worden dat huisartsen onvoldoende kennis en ervaring hebben voor de detectie en aanpak van dit probleem, maar het is niet duidelijk of huisartsen daar ook effectief iets aan willen veranderen.
Ook was het interessant geweest wat de huisarts als mogelijke barrières ervaart voor een mogelijke interventie. Dit werd in dit onderzoek helaas ook niet bevraagd.

Conclusie

Samengevat kan men stellen dat de huisartsen - geïncludeerd in dit onderzoek - op dit moment onvoldoende opgeleid zijn en onvoldoende ervaring hebben om ouderenmis(be)handeling te detecteren en aan te pakken.
Aangezien ouderenmis(be)handeling sterk geassocieerd is met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit en het aantal ouderen die mis(be)handelt wordt meer dan waarschijnlijk zal toenemen de volgende decennia, is het belangrijk om zorgverleners alerter te maken voor dit probleem. Op dit moment ontbreekt helaas voldoende kwalitatief onderzoek om uitspraken te doen rond effectieve interventies en preventieve strategieën. Bijscholing en een goede opleiding - zowel voor huisartsen als andere zorgverleners - zou wel al een start kunnen betekenen.

Bibliografie

[1] Burston GR. Granny battering. British Medical Journal 1975; 3: 592.

[2] Baker A. Granny-battering. Modern Geriatrics 1975; 5: 20-24.

[3] Bond M, Butler K. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. Clinics in Geriatric Medicine 2013; 29: 257-273.

[4] Daly JM, Jogerst G. Statute definitions of elder abuse. Journal of Elder Abuse and neglect 2001; 13(4): 39-57.

[5] World Health Organization. The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse 2002 (geciteerd op 06/10/2016) [internet]. Verkrijgbaar via: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf

[6] Vlaams ondersteuningscentrum ouderenmis(be)handeling. Wat is ouderenmis(be)handeling? [internet]. 2016. Verkrijgbaar via: http://www.ouderenmisbehandeling.be.

[7] De Donder L, Luoma ML, Penhale B *et al.* European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research. European Journal of Ageing 2011; 8: 129-143.

[8] Pelfrene E. Ontgroening en vergrijzing in Vlaanderen 1990-2050. Verkenning op basis van NIS bevolkingsvooruitzichten. Ministerie van de Vlaamse gemeenschap, oktober 2005.

[9] Federaal plan bureau. FOD economie – algemene directie statistiek. Demografische indicatoren van België 2016-2060. [internet]. Verkrijgbaar via http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/demografische_indicatoren_2016-2060.jsp

[10] Kriek F, Oude Ophuis RJM. Een verkennend onderzoek naar ouderenmishandeling (eindrapport). Regioplan Amsterdam 2003.

[11] Van Audenhove C, Spruytte N, Detroyer E *et al*. De zorg voor personen met dementie: perspectieven en uitdagingen. Reeks: naar een dementievriendelijke samenleving. Koning Boudewijnstichting, maart 2009.

[12] Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP *et al*. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse and neglect. Journal of the American Geriatrics Society 2000; 48: 205– 208.

[13] Cooper C, Huzzey L, Livingston G. The effect of an educational intervention on junior doctors' knowledge and practice in detecting and managing elder abuse. International Psychogeriatrics 2012; 24(9): 1447-1453.

[14] De Deken L, Pas L. Ouderenmis(be)handeling: aandachtspunten voor artsen op de eerste lijn. Wetenschappelijke vereniging Vlaamse huisartsen. Januari 2004

[15] Ziminski Pickery C, Rempusheski V. Examining barriers to self-reporting of elder abuse in community-dwelling older adults. Geriatric Nursing 2014; 35(2); 120-125.

[16] Taylor K, Bachuwa G, Evans J *et al.* Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. Journal of the National Medical Association 2006; 98(3): 403-404.

[17] Schmeidel A, Daly J, Rosenbaum M *et al*. Healthcare professionals' perspectives on barriers to elder abuse and reporting in primary care settings. Journal of Elder Abuse and Neglect 2012; 24(1): 17-36.

[18] Cooper C, Selwood A, Livingston G. Knowledge, detection and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. American Journal of Geriatric Psychiatry 2009; 17: 826-838.

[19] Richardson B, Kitchen G, Livingston G. The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. Age and Ageing 2002; 31: 335-341.

[20] Jones JS, Veenstra T, Seamon JP *et al.* Elder mistreatment: national survey of emergency physicians. Annals of Emergency Medicine 1997. 473-479.

[21] McCreadie C, Bennett G, Tinker A. Investigating British general practitioners' knowledge and experience of elder abuse: report of a research study in an inner London borough. Journal of Elder Abuse and Neglect 1998; 9(3): 23-39.

[22] Saveman B, Sandvide A. Swedish general practitioners' awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2001; 15: 244-249.

[23] Eastman M. Granny battering, a hidden problem. Community Care 1982; 413:27.

[24] Comijs HC. Agressie tegen en benadeling van ouderen: een onderzoek naar ouderenmishandeling. Vrije Universiteit van Amsterdam 1996.

[25] Mysyuk Y, Westendorp R, Lindenberg J. Added value of elder abuse definitions: a review. Ageing Research Reviews 2013; 12: 50-57.

[26] Ahmad M, Lachs M. Elder abuse and neglect: what physicians can and should do. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2002; 69(10): 801-808.

[27] Simone L, Wettstein A, Senn O *et al.* Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. Swiss Medical Weekly 2016; 146: w14273.

[28] Levine J. Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. Geriatrics 2003: 37-44.

[29] Cohen M, Levin S, Gagin *R et al.* Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. The American Geriatrics Society 2007; 55: 1124-1230.

[30] Dyer C, Connolly M, McFeeley P. The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect. Elder mistreatment: abuse, neglect and exploitation in an aging America. 2003; 339-376.

[31] Wiglesworth A, Austin R, Corona M *et al*. Bruising as a marker of physical elder abuse. Journal of the American Geriatrics Society 2009; 57(7): 1191-1196.

[32] Michels J, Demulder K, Dirven K *et al.* Orale anticoagulatie therapie door de huisarts. Huisarts Nu 2010; 39(1): S1-S36.

[33] Wertelaers A. Govaerts F. Aanbevelingen voor geode medische praktijkvoering. Preventie van letsels ten gevolge van vallen bij 65-plussers. Huisarts Nu 2001; 30(10): 434-452.

[34] Crane J. Injury interpretation. A physician's guide to clinical forensic medicine 2000; 99-116.

[35] Bradley M. Caring for older people: elder abuse. British Medical Journal 1996; 313-548.

[36] Lachs M, Pillemer KA. Elder abuse. The New England Journal of Medicine 2015; 373: 1947-1956.

[37] Acierno R, Hernandez M, Amstadter A *et al.* Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual and financial abuse and potential neglect in the United States: the national elder mistreatment study. American Journal of Public Health 2010; 100(2): 292-297.

[38] Peterson J, Burnes D, Caccamise P *et al*. Financial exploitation of older adults: a population-based prevalence study. Journal of General Internal Medicine 2014; 29(12): 1615-1623.

[39] Teaster P, Roberto K. Sexual abuse of older adults: APS cases and outcomes. The Gerontologist 2004; 44(6): 788-796.

[40] Brozowski K, Hall D. Aging and risk: physical and sexual abuse of elders in Canada. Journal of Interpersonal Violence 2010; 25(7): 1183-1199.

[41] Schofield M, Powers J, Loxton D. Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: a 12-year prospective investigation. Journal of the American Geriatrics Society 2013; 61(5): 679-685.

[42] Fisher B, Regan S. The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. The Gerontologist 2006; 46: 200-209.

[43] Dong X, Simon M, Beck T *et al.* Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. Gerontology 2011; 57: 549-558.

[44] Dong X, Simon MA. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. JAMA Internal Medicine 2013; 173: 911–917.

[45] Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age and Ageing 2008; 37: 151–160.

[46] Schuster I, Krahé B. Abuse of elders living at home: a review of recent prevalence studies. International Journal of Behavioral Science 2016; 11(2): 93-108.

[47] World health Organisation. Elder Abuse. Facts sheet [internet].2015. Verkrijgbaar via: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/

[48] Steenhaut S, Warlop N. Zorg voor informele zorgverleners. Een verkennend onderzoek naar de ervaren druk bij kinderen die zorgen voor hun hulpbehoevende bejaarde ouder. VIVES expertisecentrum Sociale Innovatie 2014.

[49] Declercq A. De mantelzorg van de toekomst. Impuls – Socio-economisch congres. KHBO Brugge 2013.

[50] Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J *et al.* Intimate partner violence and physical health consequences. Archives of Internal Medicine 2002; 162: 1157-1163.

[51] Roberts G, Lawrence J, Williams G *et al*. The impact of domestic violence on women's mental health. Australian and New Zealand Journal of Public health 1998; 22(7): 796-801.

[52] Dillon G. Hussain R, Loxton D *et al*. Mental and physical health and intimate partner violence against women a review of the literature. International Journal of Family Medicine 2013.

[53] Ellsberg M, Jansen H, Heise L *et al*. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. The Lancet 2008; 371: 1165-1172.

[54] Lachs MS, Williams CS, O'Brien S *et al.* The mortality of elder mistreatment. JAMA 1998; 280: 428–432.

[55] Sethi D, Wood S, Mitis F *et al.* European report on preventing elder maltreatment. World Health Organization 2011

[56] Lachs M, Williams C, O'Brien S *et al*. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine – year observational cohort study. The Gerontologist : 1997; 37(4): 469-474.

[57] Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community – dwelling elders. Age and Ageing 2013; 0: 1-7.

[58] Lindert J, De Luna J, Torres-Gonzalez F *et al.* Abuse and neglect of older persons in seven cities in seven countries in Europe: a cross-sectional community study. International Journal of Public Health 2013; 58: 121-132.

[59] Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G *et al.* Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. Plos One 2013; 8(1).

[60] Begle AM, Strachan M, Cisler JM *et al.* Elder mistreatment and emotional symptoms among older adults in a largely rural population: The South Carolina Elder Mistreatment Study. Journal of Interpersonal Violence 2011; 26(11): 2321-2332.

[61] Roepke – Buehler SK, Simon M, Dong X. Association between depressive symptoms, multiple dimensions of depression, and elder abuse: a cross-sectional population-based analysis of older adults in urban Chicago. Journal of Aging and Health 2015: 1003-1025.

[62] Shugarman L, Fries B, Wolfs S *et al*. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. Journal of the American Geriatrics Society 2003; 51: 24-31.

[63] Hansen M, Flores D, Coverdale J *et al*. Correlates of depression in self-neglecting older adults: a cross-sectional study examining the role of alcohol abuse and pain in increasing vulnerability. Journal of Elder Abuse and Neglect 2016; 28(1): 41-56.

[64] Hansberry MR, Chen E, Gorbien MJ. Dementia and elder abuse. Clinics in Geriatric Medicine 2005; 21(2): 315-332.

[65] Cooney C, Howard R, Lawlor B. Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? International Journal of Geriatric Psychiatry 2006; 21(6): 564-571.

[66] Cooper C, Manela M, Katona C *et al.* Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. International Journal of Geriatric Psychiatry 2008; 283-288.

[67] Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia: a pilot study. International Journal of Social Psychiatry 1995; 41(4): 276-283.

[68] Troneti P. Evaluating abuse in the patient with dementia. Clinics in Geriatric Medicine 2014; 30(4): 825-838.

[69] Jackson SL. All elder abuse perpetrators are not alike. The heterogeneity of elder abuse perpetrators and implications for intervention. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 2016; 60(3): 265-285.

[70] Rosen AL. Where mental health and elder abuse intersect. Generations 2014; 38(3): 75-79.

[72] Bayingana K, Demarest S, Gisle L *et al*. Gezondheidsenquête door middel van interview, België 2004. Scientific Institute of public health Belgium 2006; 2006-2035.

[73] Blakey B, Dolon R. The relative contributions of occupation groups in the discovery and treatment of elder abuse and neglect. Journal of Gerontological Social Work 1991; 17: 183– 99.

[74] Dong X, Simon M, Mendes de Leon C *et al*. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. JAMA 2009; 302(5): 517-526.

[75] Rosenblatt DE, Cho KH, Durance PW. Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. Journal of the American Geriatrics Society 1996; 44(1): 65-70.

[76] Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K *et al.* Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. The Lancet 2009; 373: 68-81.

[77] Alhabib S, Nur U, Jones R. Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. Journal of Family Violence 2010; 25(4): 369-382.

[78] Kennedy R. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. Family Medicine 2005; 37(7): 481-485.

[79] Perel-Levin S. Discussing screening for elder abuse at primary health care level. World Health Organisation – Ageing and Life Course 2008.

[80] Anetzberger GJ. Elder abuse identification and referral: the importance of screening tools and referral protocols. Journal of Elder Abuse and Neglect 2001; 3-21.

[81] Imbody B, Vandsburger E. Elder abuse and neglect: assessment tools, interventions, and recommendations for effective service provision. Educational Gerontology 2011; 37: 634-650.

[82] Lachs M, Pillemer K. Elder abuse. The Lancet 2004; 364: 1263-1272.

[83] Ploeg J, Hutchison B. A systematic review of interventions for elder abuse. Journal of Elder Abuse and Neglect 2009; 21: 187-210.

[84] Pillemer K, Mueller-Johnson K, Mock S *et al*. Violence prevention: interventions to prevent elder maltreatment. Handbook of injury and violence prevention 2007: 241-254.

[85] Davis RC, Medina J, Avitabile N. Reducing repeat incidents of elder abuse: results of a randomized experiment: final report. New York 2001: US department of justice.

[86] Filinson R. An evaluation of a program of volunteer advocates for elder abuse victims. Journal of Elder Abuse & Neglect 1993; 5(1): 77–93.

[87] Oswald R, Jogers G, Daly J *et al*. Iowa family physician's reporting of elder abuse. Journal of Elder Abuse and Neglect 2004; 16(2): 75-88.

[88] Thompson-McCormick J, Jones L, Cooper C *et al*. Medical students' recognition of elder abuse. International Journal of Geriatric Psychiatry 2009; 24: 770–777.

[89] American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. American Medical Association 1992.

[90] US preventative services task force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: recommendation statement. American Family Physician 2013; 87(8).

[91]Canadian task force on the periodic health examination. Canadian guide to clinical preventative health care 1993: 922-929.

[92] Helmes E, Cuevas M. Perceptions of elder abuse among Australian older adults and general practitioners. Australian Journal on Ageing 2007; 26(3): 120-124.

[93] Fulmer T, Paveza G, VandeWeerd C *et al.* Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. The Gerontologist 2005; 45(4): 525-534.

[94] Ruiz SA, Altet TJ, Porta NH *et al.* Domestic violence: prevalence of suspected ill treatment of the elderly. Atencion Primaria 2001; 27(5): 331-334.

[95] Federale overheidsdienst voor volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Behoud van erkenning van de huisarts. Technisch rapport. Versie 0.4.1. Brussel 2009.

[96] Overzicht van voorzieningen uit de welzijns – en gezondheidssector in de Vlaamse provincies en Brussel [internet]. Verkrijgbaar via: https://www.desocialekaart.be/.

[97] Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidsberoepen in België. Publicatie van de cel planning van het aanbod van de gezondheidszorgberoepen [internet]. 2016. Verkrijgbaar via: http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2016_nl_0.pdf

[98] Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling. Jaarverslag 2015 [internet]. 2015. Verkrijgbaar via: http://www.ouderenmisbehandeling.be/VLOCO/Hulpverlener_Infotheek_Publicaties.aspx

Bijlages

Bijlage 1: Huisartsen die het de taak van de huisarts vinden om ouderenmis(be)handeling te melden, detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan de collega's die vinden dat dit niet hun taak is (Mann – Whitney U test)

Ranks

	TaakMelden	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AantalEmotioneleMishandeling	,00	22	28,18	620,00
	1,00	41	34,05	1396,00
	Total	63		
AantalSchendingRechten	,00	22	36,82	810,00
	1,00	41	29,41	1206,00
	Total	63		
AantalFinancieleMishandeling	,00	22	31,55	694,00
	1,00	41	32,24	1322,00
	Total	63		
AantalSeksueleMishandeling	,00	22	30,00	660,00
	1,00	41	33,07	1356,00
	Total	63		
AantalFysiekeMishandeling	,00	22	34,59	761,00
	1,00	41	30,61	1255,00
	Total	63		
AantalVerwaarlozing	,00	22	31,23	687,00
	1,00	41	32,41	1329,00
	Total	63		
AantalHulpSlecht	,00	22	30,59	673,00
	1,00	41	32,76	1343,00
	Total	63		

Test Statistics[a]

	AantalEmotioneleMishandeling	AantalSchendingRechten	AantalFinancieleMishandeling	AantalSeksueleMishandeling	AantalFysiekeMishandeling	AantalVerwaarlozing	AantalHulpSlecht
Mann-Whitney U	367,000	345,000	441,000	407,000	394,000	434,000	420,000
Wilcoxon W	620,000	1206,000	694,000	660,000	1255,000	687,000	673,000
Z	-1,326	-1,647	-,156	-1,502	-,966	-,260	-,472
Asymp. Sig. (2-tailed)	,185	,100	,876	,133	,334	,795	,637

a. Grouping Variable: TaakMelden

Bijlage 2: *Huisartsen die beweren voldoende opleiding te hebben gehad om ouderenmis(be)handeling te detecteren, detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan hun collega's (Mann-Whitney U test)*

Ranks

	OpleidingHerkennen	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AantalEmotioneleMishandeling	,00	56	32,29	1808,00
	1,00	7	29,71	208,00
	Total	63		
AantalSchendingRechten	,00	56	31,31	1753,50
	1,00	7	37,50	262,50
	Total	63		
AantalFinancieleMishandeling	,00	56	30,80	1725,00
	1,00	7	41,57	291,00
	Total	63		
AantalSeksueleMishandeling	,00	56	31,69	1774,50
	1,00	7	34,50	241,50
	Total	63		
AantalFysiekeMishandeling	,00	56	30,96	1733,50
	1,00	7	40,36	282,50
	Total	63		
AantalVerwaarlozing	,00	56	32,47	1818,50
	1,00	7	28,21	197,50
	Total	63		
AantalHulpSlecht	,00	56	31,61	1770,00
	1,00	7	35,14	246,00
	Total	63		

Test Statistics[a]

	AantalEmotioneleMishandeling	AantalSchendingRechten	AantalFinancieleMishandeling	AantalSeksueleMishandeling	AantalFysiekeMishandeling	AantalVerwaarlozing	AantalHulpSlecht
Mann-Whitney U	180,000	157,500	129,000	178,500	137,500	169,500	174,000
Wilcoxon W	208,000	1753,500	1725,000	1774,500	1733,500	197,500	1770,000
Z	-,383	-,907	-1,588	-,906	-1,503	-,615	-,509
Asymp. Sig. (2-tailed)	,702	,364	,112	,365	,133	,539	,611
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,740[b]	,408[b]	,149[b]	,708[b]	,206[b]	,570[b]	,645[b]

a. Grouping Variable: OpleidingHerkennen

b. Not corrected for ties.

Bijlage 3: Huisartsen die het hun taak vinden om ouderenmis(be)handeling aan te pakken, detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan hun collega's en pakken dit ook niet meer aan (Mann-Whitney U test).

Ranks

	TaakAanpakken	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AantalEmotioneleMishandeling	,00	12	28,54	342,50
	1,00	51	32,81	1673,50
	Total	63		
AantalSchendingRechten	,00	12	32,46	389,50
	1,00	51	31,89	1626,50
	Total	63		
AantalFinancieleMishandeling	,00	12	38,25	459,00
	1,00	51	30,53	1557,00
	Total	63		
AantalSeksueleMishandeling	,00	12	35,25	423,00
	1,00	51	31,24	1593,00
	Total	63		
AantalFysiekeMishandeling	,00	12	33,42	401,00
	1,00	51	31,67	1615,00
	Total	63		
AantalVerwaarlozing	,00	12	31,79	381,50
	1,00	51	32,05	1634,50
	Total	63		
AantalHulpSlecht	,00	12	28,75	345,00
	1,00	51	32,76	1671,00
	Total	63		
AantalMishandelingAangepaktNum	,00	12	30,63	367,50
	1,00	51	32,32	1648,50
	Total	63		

Test Statistics[a]

	AantalEmotioneleMishandeling	AantalSchendingRechten	AantalFinancieleMishandeling	AantalSeksueleMishandeling	AantalFysiekeMishandeling	AantalVerwaarlozing	AantalHulpSlecht	AantalMishandelingAangepaktNum
Mann-Whitney U	264,500	300,500	231,000	267,000	289,000	303,500	267,000	289,500
Wilcoxon W	342,500	1626,500	1557,000	1593,000	1615,000	381,500	345,000	367,500
Z	-,795	-,104	-1,422	-1,616	-,350	-,046	-,721	-,311
Asymp. Sig. (2-tailed)	,426	,917	,155	,106	,727	,963	,471	,756

a. Grouping Variable: TaakAanpakken

Bijlage 4: Huisartsen die een bijscholing hebben gevolgd rond het thema ouderenmis(be)handeling detecteren meer mis(be)handeling dan hun collega's en pakken ouderenmis(be)handeling ook meer aan(Mann-Whitney U test).

Ranks

	BijscholingMishandeling Num	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AantalEmotioneleMishandeling	,00	59	32,27	1904,00
	1,00	4	28,00	112,00
	Total	63		
AantalSchendingRechten	,00	59	30,39	1793,00
	1,00	4	55,75	223,00
	Total	63		
AantalFinancieleMishandeling	,00	59	30,73	1813,00
	1,00	4	50,75	203,00
	Total	63		
AantalSeksueleMishandeling	,00	59	31,07	1833,00
	1,00	4	45,75	183,00
	Total	63		
AantalFysiekeMishandeling	,00	59	30,47	1798,00
	1,00	4	54,50	218,00
	Total	63		
AantalVerwaarlozing	,00	59	30,86	1820,50
	1,00	4	48,88	195,50
	Total	63		
AantalHulpSlecht	,00	59	30,33	1789,50
	1,00	4	56,63	226,50
	Total	63		
AantalMishandelingAangepaktNum	,00	59	30,53	1801,50
	1,00	4	53,63	214,50
	Total	63		

Test Statistics[a]

	AantalEmotioneleMishandeling	AantalSchendingRechten	AantalFinancieleMishandeling	AantalSeksueleMishandeling	AantalFysiekeMishandeling	AantalVerwaarlozing	AantalHulpSlecht	AantalMishandelingAangepaktNum
Mann-Whitney U	102,000	23,000	43,000	63,000	28,000	50,500	19,500	31,500
Wilcoxon W	112,000	1793,000	1813,000	1833,000	1798,000	1820,500	1789,500	1801,500
Z	-,494	-2,885	-2,291	-3,670	-2,981	-2,019	-2,934	-2,624
Asymp. Sig. (2-tailed)	,621	,004	,022	,000	,003	,043	,003	,009
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,673[b]	,004[b]	,032[b]	,128[b]	,007[b]	,055[b]	,002[b]	,010[b]

a. Grouping Variable: BijscholingMishandelingNum

b. Not corrected for ties.

Bijlage 5: aantal huisartsen die geen enkele vorm van ouderenmis(be)handeling hebben gedetecteerd.

AantalMishandelingen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	10	15,9	15,9	15,9
	1,00	4	6,3	6,3	22,2
	2,00	7	11,1	11,1	33,3
	3,00	6	9,5	9,5	42,9
	4,00	6	9,5	9,5	52,4
	5,00	7	11,1	11,1	63,5
	6,00	5	7,9	7,9	71,4
	7,00	4	6,3	6,3	77,8
	8,00	2	3,2	3,2	81,0
	9,00	3	4,8	4,8	85,7
	10,00	2	3,2	3,2	88,9
	12,00	2	3,2	3,2	92,1
	13,00	2	3,2	3,2	95,2
	14,00	1	1,6	1,6	96,8
	19,00	1	1,6	1,6	98,4
	20,00	1	1,6	1,6	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Bijlage 6: Huisartsen die werken in een groepspraktijk of duopraktijk detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan solo-artsen (Mann-Whitney U test).

Ranks

	GroepsPraktijk	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AantalEmotioneleMishandeling	,00	20	31,10	622,00
	1,00	42	31,69	1331,00
	Total	62		
AantalSchendingRechten	,00	20	34,63	692,50
	1,00	42	30,01	1260,50
	Total	62		
AantalFinancieleMishandeling	,00	20	31,58	631,50
	1,00	42	31,46	1321,50
	Total	62		
AantalSeksueleMishandeling	,00	20	32,60	652,00
	1,00	42	30,98	1301,00
	Total	62		
AantalFysiekeMishandeling	,00	20	29,03	580,50
	1,00	42	32,68	1372,50
	Total	62		
AantalVerwaarlozing	,00	20	34,40	688,00
	1,00	42	30,12	1265,00
	Total	62		
AantalHulpSlecht	,00	20	35,50	710,00
	1,00	42	29,60	1243,00
	Total	62		

Test Statistics[a]

	AantalEmotioneleMishandeling	AantalSchendingRechten	AantalFinancieleMishandeling	AantalSeksueleMishandeling	AantalFysiekeMishandeling	AantalVerwaarlozing	AantalHulpSlecht
Mann-Whitney U	412,000	357,500	418,500	398,000	370,500	362,000	340,000
Wilcoxon W	622,000	1260,500	1321,500	1301,000	580,500	1265,000	1243,000
Z	-,132	-1,011	-,024	-,778	-,872	-,926	-1,273
Asymp. Sig. (2-tailed)	,895	,312	,981	,436	,383	,355	,203

a. Grouping Variable: GroepsPraktijk

Bijlage 7: Vrouwelijke huisartsen detecteren niet meer ouderenmis(be)handeling dan hun mannelijke collega's (Mann-Whitney U test).

Ranks

	GeslachtNum	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AantalEmotioneleMishandeling	,00	46	31,15	1433,00
	1,00	16	32,50	520,00
	Total	62		
AantalSchendingRechten	,00	46	32,12	1477,50
	1,00	16	29,72	475,50
	Total	62		
AantalFinancieleMishandeling	,00	46	32,70	1504,00
	1,00	16	28,06	449,00
	Total	62		
AantalSeksueleMishandeling	,00	46	32,20	1481,00
	1,00	16	29,50	472,00
	Total	62		
AantalFysiekeMishandeling	,00	46	30,70	1412,00
	1,00	16	33,81	541,00
	Total	62		
AantalVerwaarlozing	,00	46	32,51	1495,50
	1,00	16	28,59	457,50
	Total	62		
AantalHulpSlecht	,00	46	31,91	1468,00
	1,00	16	30,31	485,00
	Total	62		

Test Statistics[a]

	AantalEmotioneleMishandeling	AantalSchendingRechten	AantalFinancieleMishandeling	AantalSeksueleMishandeling	AantalFysiekeMishandeling	AantalVerwaarlozing	AantalHulpSlecht
Mann-Whitney U	352,000	339,500	313,000	336,000	331,000	321,500	349,000
Wilcoxon W	1433,000	475,500	449,000	472,000	1412,000	457,500	485,000
Z	-,281	-,495	-,963	-1,210	-,696	-,793	-,323
Asymp. Sig. (2-tailed)	,779	,620	,336	,226	,486	,428	,747

a. Grouping Variable: GeslachtNum

Bijlage 8: Behalve voor seksueel misbruik bestaat er geen positieve correlatie tussen de leeftijdscategorie en het aantal detecties van ouderenmis(be)handeling (Spearman correlatie test)

Correlations

			LeeftijdCat	AantalSchendingRechten	AantalFinancieleMishandeling	AantalEmotioneleMishandeling	AantalSeksueleMishandeling	AantalFysiekeMishandeling	AantalVerwaarlozing	AantalHulpSlecht
Spearman's rho	LeeftijdCat	Correlation Coefficient	1,000	,209	,170	,054	,277*	,093	-,084	,136
		Sig. (2-tailed)	.	,100	,182	,675	,028	,468	,511	,286
		N	63	63	63	63	63	63	63	63
	AantalSchendingRechten	Correlation Coefficient	,209	1,000	,612**	,200	,197	,461**	,438**	,656**
		Sig. (2-tailed)	,100	.	,000	,116	,122	,000	,000	,000
		N	63	63	63	63	63	63	63	63
	AantalFinancieleMishandeling	Correlation Coefficient	,170	,612**	1,000	,286*	,314*	,473**	,360**	,530**
		Sig. (2-tailed)	,182	,000	.	,023	,012	,000	,004	,000
		N	63	63	63	63	63	63	63	63
	AantalEmotioneleMishandeling	Correlation Coefficient	,054	,200	,286*	1,000	,018	,298*	,344**	,228
		Sig. (2-tailed)	,675	,116	,023	.	,891	,018	,006	,073
		N	63	63	63	63	63	63	63	63
	AantalSeksueleMishandeling	Correlation Coefficient	,277*	,197	,314*	,018	1,000	,326**	,186	,218
		Sig. (2-tailed)	,028	,122	,012	,891	.	,009	,144	,087
		N	63	63	63	63	63	63	63	63
	AantalFysiekeMishandeling	Correlation Coefficient	,093	,461**	,473**	,298*	,326**	1,000	,299*	,292*
		Sig. (2-tailed)	,468	,000	,000	,018	,009	.	,017	,020
		N	63	63	63	63	63	63	63	63
	AantalVerwaarlozing	Correlation Coefficient	-,084	,438**	,360**	,344**	,186	,299*	1,000	,575**
		Sig. (2-tailed)	,511	,000	,004	,006	,144	,017	.	,000
		N	63	63	63	63	63	63	63	63
	AantalHulpSlecht	Correlation Coefficient	,136	,656**	,530**	,228	,218	,292*	,575**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,286	,000	,000	,073	,087	,020	,000	.
		N	63	63	63	63	63	63	63	63

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

AantalSeksueleMishandeling * LeeftijdCat Crosstabulation

Count

		LeeftijdCat				Total
		,00	1,00	2,00	3,00	
AantalSeksueleMishandeling	0	13	10	23	13	59
	1	0	0	1	3	4
Total		13	10	24	16	63

Bijlage 9: er bestaat geen verband tussen het aantal afgelegde huisbezoeken en de detectie van de verschillende types van ouderenmis(be)handeling (Spearman correlatietest)

Correlations

			AantalEmotioneleMishandeling	AantalSchendingRechten	AantalFinancieleMishandeling	AantalSeksueleMishandeling	AantalFysiekeMishandeling	AantalVerwaarlozing	AantalHulpSIecht	AantalMishandelingAangepaktNum	AantalHuisbezoek
Spearman's rho	AantalEmotioneleMishandeling	Correlation Coefficient	1,000	,200	,286*	,018	,298*	,344**	,228	,235	,047
		Sig. (2-tailed)	.	,116	,023	,891	,018	,006	,073	,063	,717
		N	63	63	63	63	63	63	63	63	61
	AantalSchendingRechten	Correlation Coefficient	,200	1,000	,612**	,197	,461**	,438**	,656**	,615**	,106
		Sig. (2-tailed)	,116	.	,000	,122	,000	,000	,000	,000	,418
		N	63	63	63	63	63	63	63	63	61
	AantalFinancieleMishandeling	Correlation Coefficient	,286*	,612**	1,000	,314*	,473**	,360**	,530**	,536**	,105
		Sig. (2-tailed)	,023	,000	.	,012	,000	,004	,000	,000	,422
		N	63	63	63	63	63	63	63	63	61
	AantalSeksueleMishandeling	Correlation Coefficient	,018	,197	,314*	1,000	,326**	,186	,218	,243	,075
		Sig. (2-tailed)	,891	,122	,012	.	,009	,144	,087	,055	,563
		N	63	63	63	63	63	63	63	63	61
	AantalFysiekeMishandeling	Correlation Coefficient	,298*	,461**	,473**	,326**	1,000	,299*	,292*	,497**	,061
		Sig. (2-tailed)	,018	,000	,000	,009	.	,017	,020	,000	,643
		N	63	63	63	63	63	63	63	63	61
	AantalVerwaarlozing	Correlation Coefficient	,344**	,438**	,360**	,186	,299*	1,000	,575**	,522**	,041
		Sig. (2-tailed)	,006	,000	,004	,144	,017	.	,000	,000	,756
		N	63	63	63	63	63	63	63	63	61
	AantalHulpSIecht	Correlation Coefficient	,228	,656**	,530**	,218	,292*	,575**	1,000	,656**	,083
		Sig. (2-tailed)	,073	,000	,000	,087	,020	,000	.	,000	,524
		N	63	63	63	63	63	63	63	63	61
	AantalMishandelingAangepaktNum	Correlation Coefficient	,235	,615**	,536**	,243	,497**	,522**	,656**	1,000	,112
		Sig. (2-tailed)	,063	,000	,000	,055	,000	,000	,000	.	,390
		N	63	63	63	63	63	63	63	63	61
	AantalHuisbezoek	Correlation Coefficient	,047	,106	,105	,075	,061	,041	,083	,112	1,000
		Sig. (2-tailed)	,717	,418	,422	,563	,643	,756	,524	,390	.
		N	61	61	61	61	61	61	61	61	61

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Bijlage 10: Er bestaat geen verband tussen het aantal huisbezoeken en het aantal gevallen van ouderenmis(be)handeling die zijn aangepakt door de huisarts (Spearman correlatietest).

Correlations

			AantalMishandelingAangepaktNum	AantalHuisbezoek
Spearman's rho	AantalMishandelingAangepaktNum	Correlation Coefficient	1,000	,112
		Sig. (2-tailed)	.	,390
		N	63	61
	AantalHuisbezoek	Correlation Coefficient	,112	1,000
		Sig. (2-tailed)	,390	.
		N	61	61

Bijlage 11: verzoek ethisch comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

BESCHIKT DE WEST-VLAAMSE HUISARTS OVER VOLDOENDE KENNIS EN ERVARING IN DE AANPAK EN DETECTIE VAN OUDERENMIS(BE)HANDELING IN DE THUISSITUATIE?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. LIESBETH DE DONDER
- FUNCTIE: PROFESSOR AGOGISCHE WETENSCHAPPEN
- UNIVERSITEIT: VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- FACULTEIT/VAKGROEP: EDUCATIEWETENSCHAPPEN
- TELEFOONNUMMER: +32 494 13 68 68
- FAX:/
- E-MAIL: LIESBETH.DE.DONDER@VUB.AC.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: KOEN LOMBAERTS

CO-PROMOTOR

- NAAM: DOKTER LUTGART DE DEKEN
- FUNCTIE: HUISARTS
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT):
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK:
- TELEFOONNUMMER: 055/30.39.93
- FAX: 055/30 08 10
- E-MAIL: LUTGART.DE.DEKEN@SKYNET.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT):

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: STEFANIE VANDE VELDE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0473/57.35.21
- E-MAIL: STEFANIE_VANDE_VELDE@HOTMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DOKTER HEIDI DENOLF
- ADRES: TRAMSTRAAT 37 – 8700 TIELT
- TELEFOONNUMMER: 0476/22.24.10
- E-MAIL: HEIDI.DENOLF@GMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE:
- NAAM ONDERZOEKER:
- DATUM GOEDKEURING: (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

START ONDERZOEK: DAG NA DE GOEDKEURINGSDATUM ETHISCH COMITÉ

EINDE ONDERZOEK: 01/05/2017

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ☐ VERZAMELEN VAN PATIËNTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ☐ **VRAGENLIJSTEN**
  - ☐ **INTERVIEW**
- ☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ☐ WELKE PERIODE:
- ☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ☐ FASE I
    - ☐ FASE II
    - ☐ FASE III
    - ☐ FASE IV
    - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ☐ MEDICAL DEVICE
    - ☐ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

IN MIJN MASTERPROEF LIGT DE FOCUS OP OUDERENMIS(BE)HANDELING IN DE THUISSITUATIE. MEN SCHAT DAT ONGEVEER 1 OP DE 4 OUDEREN RISICO LOOPT, HOEWEL SLECHTS EEN FRACTIE HIERVAN WORDT HERKEND [1]. DE OORZAAK KAN VOORAL LIGGEN BIJ EEN GEBREK AAN KENNIS EN TRAINING ROND HET HERKENNEN EN HET RAPPORTEREN VAN OUDERENMIS(BE)HANDELING BIJ HUISARTSEN EN ANDERE ZORGVERLENERS.

MET DE TOENEMENDE VERGRIJZING EN VEROUDERING IN VLAANDEREN [2] ZAL ER OOK EEN FEITELIJKE TOENAME VAN OUDERENMIS(BE)HANDELING TE VERWACHTEN ZIJN IN DE TOEKOMST WANNEER MET UITGAAT VAN EEN GELIJKBLIJVENDE SLACHTOFFERKANS. NAAST DE VERGRIJZING VAN DE BEVOLKING, IS ER OOK SPRAKE VAN EEN ONTGROENING [2] WAARDOOR EEN KLEINERE GROEP JONGE MENSEN ZAL MOETEN INSTAAN VOOR DE ZORG VAN EEN GROTERE GROEP OUDEREN. OUDEREN BLIJVEN OOK STEEDS LANGER ZELFSTANDIG THUIS WONEN [3] WAARDOOR DE DRAAGLAST OP DE JONGE GENERATIE ALLEEN MAAR ZAL TOENEMEN EN OUDERENMIS(BE)HANDELING VERDER IN DE HAND ZAL WORDEN GEWERKT.

PREVENTIEF INGRIJPEN IS DUS DE BOODSCHAP GEZIEN OUDERENMIS(BE)HANDELING STERK GEASSOCIEERD IS MET EEN VERHOOGDE MORBIDITEIT EN MORTALITEIT [4]. HET IS DUS ERG BELANGRIJK DAT OOK HUISARTSEN HIER ALERT VOOR ZIJN.

IN MIJN MASTERPROEF ZULLEN WE ONDERZOEKEN HOE HET PRECIES ZIT MET DE KENNIS EN ERVARINGEN VAN HUISARTSEN OVER DIT ONDERWERP. ZIJN HUISARTSEN OP DIT MOMENT IN STAAT OM RISICOFACTOREN VOOR OUDERENMIS(BE)HANDELING TE HERKENNEN EN HIEROP IN TE SPELEN? HEBBEN HUISARTSEN VEEL ERVARING MET OUDERENMIS(BE)HANDELING EN DE PREVENTIE HIERVAN IN HUN PRAKTIJK? WEET DE HUISARTS MET WELKE INSTANTIES ER KAN WORDEN SAMENGEWERKT?

AAN DE HAND VAN EEN ENQUÊTE ZAL WORDEN GEPROBEERD OM HIER EEN BETER BEELD OVER TE KRIJGEN. DE VRAAGOPSTELLING VAN DE ENQUÊTE IS GEBASEERD OP HET RISICOTAXATIE INSTRUMENT OUDERENMIS(BE)HANDELING VAN HET VLOCO (VLAAMS ONDERSTEUNINGSCENTRUM OUDERENMIS(BE)HANDELING) EN EEN VRAGENLIJST UIT EEN ZWEEDSE STUDIE GEPUBLICEERD IN HET

JAAR 2001 [5]. DEZE ENQUÊTE ZAL EERST WORDEN VOORGELEGD AAN MIJN PROMOTOR, CO-PROMOTOR EN HET VLOCO VOORALEER DE ENQUÊTE ZAL WORDEN AFGENOMEN BIJ DE VERSCHILLENDE HUISARTSEN. DE BEDOELING IS OM DE ENQUÊTE DOOR ZOVEEL MOGELIJK HUISARTSEN TE LATEN INVULLEN TIJDENS LOK-VERGADERINGEN.

NA DE ENQUÊTE ZAL AAN DE HUISARTSEN WORDEN GEVRAAGD OF ER EEN VERVOLGINTERVIEW MAG WORDEN AFGENOMEN. HIER ZAL VOORAL WORDEN GEPEILD NAAR ERVARINGEN VAN DE HUISARTSEN ROND OUDERENMIS(BE)HANDELING EN HOE DIT IN DE PRAKTIJK WORDT AANGEPAKT. DE MASTERPROEF IS DUS EEN COMBINATIE VAN EEN KWANTITATIEF EN EEN KWALITATIEF ONDERZOEK.

DE GEGEVENS UIT DE ENQUÊTES ZULLEN WORDEN VERWERKT MET BEHULP VAN DATAVERWERKINGSPROGRAMMA (TYPE EXEL, SPSS). AAN DE HAND VAN DE RESULTATEN UIT DE ENQUÊTE EN DE INTERVIEWS, ZAL EEN BEELD WORDEN GESCHETST ROND KENNIS EN ERVARING VAN OUDERENMIS(BE)HANDELING BIJ DE WEST-VLAAMSE HUISARTS. DE RESULTATEN WORDEN NADIEN VERGELEKEN MET GEGEVENS UIT DE LITERATUUR EN BEDISCUSSIEERD.

[1] NELSON H, BOUGATSOS C, BLAZINA I. SCREENING WOMEN FOR INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND ELDERLY AND VULNERABLE ADULTS FOR ABUSE. SYSTEMATIC REVIEW TO UPDATE THE 2004 U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE RECOMMENDATION. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY 2012.

[2] PELFRENE E. ONTGROENING EN VERGRIJZING IN VLAANDEREN 1990-2050. VERKENNING OP BASIS VAN NIS BEVOLKINGSVOORUITZICHTEN. MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, OKTOBER 2005.

[3] VAN AUDENHOVE C, SPRUYTTE N, DETROYER E, DE COSTER I ET AL. DE ZORG VOOR PERSONEN MET DEMENTIE: PERSPECTIEVEN EN UITDAGINGEN. REEKS: NAAR EEN DEMENTIEVRIENDELIJKE SAMENLEVING. KONING BOUDEWIJNSTICHTING, MAART 2009.

[4] PEREL-LEVIN S. DISCUSSING SCREENING FOR ELDER ABUSE AT PRIMARY HEALTH CARE LEVEL. WHO 2008.

[5] SAVEMAN B, SANDVIDE A. SWEDISH GENERAL PRACTITIONERS' AWARENESS OF ELDERLY PATIENTS AT RISK OF OR ACTUALLY SUFFERING FROM ELDER ABUSE. SCA J CARING SCI 2001; 15: 244-249.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☐ DIAGNOSTISCH
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ MORFOLOGISCH
- ☐ THERAPEUTISCH
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☐ **EPIDEMIOLOGISCH**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☐ JA
- ☐ **NEEN**

INDIEN JA

- ☐ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

VAKGROEP EDUCATIEWETENSCHAPPEN VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
☐ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN :

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

☐ JA
☐ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: DE BEDOELING IS OM ZO VEEL MOGELIJK HUISARTSEN TE BEREIKEN TIJDENS LOK VERGADERINGEN. DEELNAME IS OP VRIJWILLIGE BASIS.

D. LEEFTIJD : NIET VAN BELANG

E. GESLACHT : NIET VAN BELANG

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? DE BEDOELING IS OM VOORAF DE LOK-VERANTWOORDELIJKE AAN TE SPREKEN MET DE VRAAG OF HET MOGELIJK IS OM EEN KLEINE TIEN MINUTEN VAN DE LOKVERGADERING UIT TE BESTEDEN AAN MIJN MASTERPROEF (UITLEG EN DOEL VAN DE MASTERPROEF EN AFNAME VAN ENQUÊTES OP VRIJWILLIGE BASIS).

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

☐ JA
☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

☐ JA
☐ **NEEN**

MONDELING :

☐ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
☐ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? HUISARTSEN UIT VERSCHILLENDE LOKALE WEST-VLAAMSE WACHTKRINGEN DIE AANWEZIG ZIJN OP EEN LOK-VERGADERING

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

☐ JA
☐ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

c. GAAT HET OM KINDEREN?

☐ JA
☐ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

☐ JA
☐ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

☐ JA
☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☐ JA
☐ **NEEN**

ZO NEEN, WAAROM NIET?
TIJDENS DE LOK VERGADERING ZAL MONDELING WORDEN UITGELEGD WAT DE BEDOELING IS VAN DE MASTERPROEF. DE HUISARTSEN KUNNEN DEELNEMEN OP VRIJWILLIGE BASIS.

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☐ JA
☐ **NEEN**

ZO NEEN, WAAROM NIET?

TIJDENS DE LOK VERGADERING ZAL MONDELING WORDEN UITGELEGD WAT DE BEDOELING IS VAN DE MASTERPROEF. DE HUISARTSEN KUNNEN DEELNEMEN OP VRIJWILLIGE BASIS.

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

ER ZIJN BIJNA GEEN STUDIES BESCHIKBAAR OVER OUDERENMIS(BE)HANDELING EN DE KENNIS/ERVARING HIEROVER BIJ HUISARTSEN.

IN DE LITERATUUR IS ER VOORLOPIG 1 STUDIE BESCHIKBAAR DIE OOK AANSLUIT BIJ MIJN MASTERPROEF. DIT IS EEN ZWEEDS ONDERZOEK UIT 2001. DE VRAGENLIJST DIE WERD GEBRUIKT TIJDENS DAT ONDERZOEK, HEB IK OOK GEDEELTELIJK GEBRUIKT ALS BASIS VOOR MIJN ENQUÊTE. DE CONCLUSIE UIT DAT ONDERZOEK WAS DAT HUISARTSEN IN ZWEDEN ONVOLDOENDE KENNIS EN ERVARING HEBBEN OM OUDERENMIS(BE)HANDELING AAN TE PAKKEN EN TE DETECTEREN. IN MIJN MASTERPROEF WIL IK ONDERZOEKEN OF DIT OOK GEVAL IS VOOR DE VLAAMSE SITUATIE. AANGEZIEN OUDERENMIS(BE)HANDELING EEN FREQUENT MAAR ONDERSCHAT PROBLEEM IS IN ONZE MAATSCHAPPIJ, VIND IK HET BELANGRIJK DAT HUISARTSEN HIER MEER EN BETERE SCHOLING OVER MOETEN KRIJGEN. MET DEZE MASTERPROEF WIL IK DE PROBLEMATIEK VAN OUDERENMIS(BE)HANDELING WAT MEER NAAR DE

VOORGROND BRENGEN.
SAVEMAN B, SANDVIDE A. SWEDISH GENERAL PRACTITIONERS' AWARENESS OF ELDERLY PATIENTS AT RISK OF OR ACTUALLY SUFFERING FROM ELDER ABUSE. SCA J CARING SCI 2001; 15: 244-249.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

☐ JA
☐ **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

☐ JA
☐ **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☐ JA
☐ **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

☐ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
☐ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE :

☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE :

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

☐ JA
☐ **NEEN**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ?

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

☐ JA
☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ?

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA

WELKE ?

☐ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT :

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ☐ NIET VAN TOEPASSING
- ☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 29/01/2016
NAAM : Stefanie Vande Velde
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 3/2/2016
NAAM : heidi denolf
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 29 JANUARI 2016
NAAM : LIESBETH DE DONDER
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 03/02/2016
NAAM : Lutgart De Deken
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 30/01/2016
NAAM : Dirk Devroey
HANDTEKENING :

Prof. dr. D. Devroey, diensthoofd
Vrije Universiteit Brussel
Vakgroep Huisartsgeneeskunde

Bijlage 12: Antwoord ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. L. DEDONDER
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel +32 2 477 55 84
Fax +32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 20-04-2016

Ons Kenmerk: 2016/086

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Beschikt de huisarts over voldoende kennis en ervaring in de aanpak en detectie van oudermis(be)handeling in de thuissituatie?
B.U.N. 143201627898

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen en de aangepaste brief aan de huisarts, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 20 april 2016

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

tel. + 32 2 477 55 84
Fax. + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 20-04-2016

Ons Kenmerk : 2016/086

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB
(since 23-03-2016)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. Em. A. Van Steirteghem	CHAIRMAN UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. van der Werff ten Bosch, MD, PhD	VICE- CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Dr. Apr. V. Cavelliers, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. H. De Boeck, MD, PhD	Pediatric Orthopedics UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Grève, MD, PhD	Medical Oncology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Mey, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	M
Mrs. M. De Win	External Member	F
Mr. D. Danschutter	Head Nurse UZ BRUSSEL	M
Dr. I. Gies, MD, PhD	Pediatrics UZ BRUSSEL	M
Mr. S. Gondry, LLM	Attorney at Law Antwerp	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. Poelaert, MD, PhD	Anesthesiology UZ Brussel	M
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ Brussel	M
Mrs. A. Van Scharen, LLM	Legal Expert Research & Development - VUB	F
Prof. Dr. T. Vanhaecke, PhD	Toxicology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote

Bijlage 13: Informatiebrief gericht naar de huisartsen

Beste collega,

Ik ben Stefanie Vande Velde, huisarts-in-opleiding te Tielt en voer in het kader van mijn masterproef onderzoek naar de kennis en ervaring van de Vlaamse huisarts rond de aanpak en detectie van ouderenmis(be)handeling in de thuissituatie.

Ouderenmis(be)handeling is naast partnergeweld en kindermishandeling ook een vorm van familiaal geweld. Ouderenmis(be)handeling omvat naast fysiek geweld, psychologisch geweld en seksueel misbruik ook financieel misbruik, het schenden van de rechten en (zelf)verwaarlozing. Misbehandeling kan zowel intentioneel als niet intentioneel zijn. Dit is ook de reden waarom men in Vlaanderen spreekt over ouderenmis(be)handeling en niet over ouderenmishandeling. Ook onopzettelijke mis(be)handeling kan de oudere schaden.

In tegenstelling tot partnergeweld en kindermishandeling is ouderenmis(be)handeling niet zo bekend bij het grote publiek. Toch is dit een belangrijk gezondheidsprobleem. Ouderenmis(be)handeling is geassocieerd met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit en sommige studies schatten dat ¼ van de ouderen risico loopt om mis(be)handelt te worden. Helaas wordt slechts een fractie hiervan herkend.

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan in welke mate de huisarts gekend is met deze problematiek. Zijn huisartsen op dit moment in staat om risicofactoren voor ouderenmis(be)handeling te herkennen en hierop in te spelen? Hebben huisartsen veel ervaring met ouderenmis(be)handeling en de preventie hiervan in hun praktijk? Weet de huisarts met welke instanties er kan worden samengewerkt? Aan de hand van een enquête zal geprobeerd worden om hier een beter beeld over te krijgen.

Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel en de VUB. De resultaten zullen vertrouwelijk en anoniem worden behandeld, in overeenstemming met de Belgische Wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Met mijn oprechte dank voor uw medewerking

Stefanie Vande Velde

Bijlage 14: informed consent vragenlijst

Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier onderzoek: 'beschikt de Vlaamse huisarts over voldoende kennis en ervaring rond ouderenmis(be)handeling in de thuissituatie'.

Ik heb de informatiebrief gelezen en heb op deze manier voldoende informatie gekregen over het onderzoek en ben bereid hieraan mee te werken door het invullen van een enquête. Ik weet dat ik op elk moment kan beslissen om me uit het onderzoek terug te trekken, zonder opgave van reden. Verder geef ik toestemming om mijn gegevens anoniem te gebruiken.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Beschikt de Vlaamse huisarts over voldoende kennis en ervaring voor een goede detectie en aanpak van ouderenmis(be)handeling?

Definitie ouderenmis(be)handeling:

"Onder mis(be)handeling van een ouder persoon (iemand van 55 jaar of ouder) verstaan we al het handelen of nalaten van handelen van al diegenen die in een persoonlijke en/of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt dan wel vermoedelijk zal lijden en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid" [Comijs 1996].

Geslacht: M/V

Wachtkring:

Welke leeftijd hebt u?

In welke periode bent u gestart als huisarts?

< 1980 1980-1989 1990-1999 2000-2010 >2010

Aantal huisartscollega's in de praktijk:

Schatting van het aantal huisbezoeken de afgelopen twee weken:

Heeft u als huisarts reeds een bijscholing gevolgd over ouderenmis(be)handeling?

JA / NEE

Zo ja, welke?

- ○ Vorming en training door het VLOCO (Vlaams ondersteuningscentrum ouderenmis(be)handeling
- ○ Congres met ouderenmis(be)handeling als onderwerp
- ○ LOK vergadering met ouderenmis(be)handeling als onderwerp
- ○ Andere

Heeft u als huisarts het afgelopen jaar reeds zelf informatie opgezocht over ouderenmis(be)handeling?

JA / NEE

Waar heeft u die informatie gevonden?

- ○ Handboek/ cursusmateriaal van tijdens de opleiding tot huisarts
- ○ Handboek/cursusmateriaal beschikbaar in de huisartsenpraktijk
- ○ Domus Medica
- ○ Medische tijdschriften
- ○ Het internet
- ○ Andere

In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken?

1=helemaal mee oneens

2 =mee oneens

3 =noch mee eens/ nog mee oneens

4 =mee eens

5 =helemaal mee eens

	1	2	3	4	5
1. Het is de taak van de huisarts om ouderenmis(be)handeling te melden					
2. Het is de taak van de huisarts om ouderenmis(be)handeling aan te pakken					
3. Ik heb als huisarts voldoende opleiding gehad om ouderenmis(be)handeling te herkennen					
4. Ik heb als huisarts voldoende opleiding gehad om ouderenmis(be)handeling aan te pakken					
5. Ik probeer als huisarts in geval van ouderenmis(be)handeling eerst alleen het probleem op te lossen					
6. Ik probeer als huisarts in geval van ouderenmis(be)handeling samen te werken met andere hulpverleners om het probleem op te lossen					

Indien u het 'eens' of 'helemaal eens' bent met stelling 6, met welke hulpverleners werkt u samen om gevallen van ouderenmis(be)handeling op te lossen?

- ○ Verzorgende/familiezorg
- ○ Mantelzorgers
- ○ Kinesist
- ○ Thuisverpleegkundige
- ○ Andere huisartsen
- ○ Vlaams Centrum voor Ouderenmis(be)handeling
- ○ Andere

<u>VRAGEN OVER DE OUDERE</u>

Bent u als huisarts de afgelopen 12 maanden in contact gekomen met een oudere met

1. dementie die gedurende de hele dag alleen werd gelaten?
JA / NEE

2. dementie die agressief is naar zijn omgeving toe?
JA / NEE

3. kneuzingen en blauwe plekken die onvoldoende verklaard werden door de steunfiguren?
JA / NEE

4. verdachte vaginale of rectale problemen?
JA / NEE

5. Een lange voorgeschiedenis van intrafamiliaal geweld ofwel als slachtoffer ofwel als dader?
JA / NEE

Bent u als huisarts de afgelopen 12 maanden in contact gekomen met een oudere die

6. herhaaldelijk op de spoedopname is beland zonder betrokkenheid van de huisarts?
JA / NEE

7. samenleeft met een steunfiguur met ernstige persoonlijke of psychiatrische problemen?
JA / NEE

8. leeft in een huishouden waar te veel alcohol wordt genuttigd?
JA / NEE

<u>VRAGEN OVER DE STEUNFIGUUR</u>

Bent u als huisarts de afgelopen 12 maanden in contact gekomen een steunfiguur van een oudere die

9. afhankelijk is van de oudere?
JA / NEE

10. financiële problemen heeft?
JA / NEE

Bent u als huisarts de afgelopen 12 maanden in contact gekomen met een steunfiguur van een oudere die

11. de medicatie van de oudere onder of over doseert?
JA / NEE

12. kampt met lichamelijke beperkingen, depressie, verslaving, laagbegaafdheid, psychiatrische of psychosociale problemen?
JA / NEE

13. het inkomen of de uitkering van de oudere persoon voornamelijk aan zichzelf besteedt ten koste van de behoeftes van de oudere persoon?
JA / NEE

14. De situatie niet maar aankan en die dus niet voldoende kan tegemoet komen in de dagelijkse zorgbehoeftes van de oudere (overbelasting, gejaagdheid, frustratie, angst…)?
JA / NEE

15. Zich agressief gedraagt tegenover de oudere?
JA / NEE

VRAGEN OVER DE VERSCHILLENDE VORMEN VAN OUDERENMIS(BE)HANDELING

16. Aantal gevallen van emotionele mis(be)handeling (vb. schelden, pesten, kleineren, vernederen, infantiliseren) bij een oudere door u gedetecteerd de afgelopen 12 maanden:
0 1 2-3 4-5 6-8 >8

17. Aantal gevallen van schending van de rechten (vb. recht op vrijheid, recht op privacy, zelfbeschikkingsrecht) bij een oudere door u gedetecteerd de afgelopen 12 maanden:
0 1 2-3 4-5 6-8 >8

18. Aantal gevallen van financiële/materiële mis(be)handeling (vb. stelen van geld, misbruik van volmachten, erfenisbejaging, misbruik maken van goedgelovigheid,…) van een oudere door u gedetecteerd de afgelopen 12 maanden:
0 1 2-3 4-5 6-8 >8

19. Aantal gevallen van seksueel mis(be)handeling (vb. ongewenst aanraken, verplicht uitkleden, verkrachting,…) van een oudere door u gedetecteerd de afgelopen 12 maanden:
0 1 2-3 4-5 6-8 >8

20. Aantal gevallen van fysieke/lichamelijke mis(be)handeling (vb. knijpen, duwen, trekken, vastgrijpen, onverantwoord vastbinden, onrechtmatig toedienen van medicijnen) bij een oudere door u gedetecteerd de afgelopen 12 maanden:
0 1 2-3 4-5 6-8 >8

21. Aantal gevallen waarbij er sprake is van (zelf)verwaarlozing (vb. onvoldoende of onaangepaste voeding, onvoldoende medische zorgen) bij een oudere door u gedetecteerd de afgelopen 12 maanden:
0 1 2-3 4-5 6-8 >8

22. Hoeveel gevallen detecteerde u de afgelopen 12 maanden waarbij er signalen waren dat de hulp en verzorging (vb. kleding, boodschappen, maaltijden, huishouden) van de oudere door de steunfiguren te wensen overliet?

0 1 2-3 4-5 6-8 >8

23. Hoeveel gevallen detecteerde u de afgelopen 12 maanden waarbij er 3 of meer vormen van ouderen(mis)behandeling (bv. fysiek, emotioneel, financieel, seksueel, schending van de rechten, (zelf)verwaarlozing) tegelijkertijd aanwezig waren?

0 1 2-3 4-5 6-8 >8

24. Aantal gevallen van ouderenmis(be)handeling door u aangepakt de afgelopen 12 maanden:

0 1 2-3 4-5 6-8 >8

Bent u ervan op de hoogte dat u als hulpverlener voor informatie en advies rond de aanpak van ouderenmis(be)handeling steeds terecht kan bij het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling (078 15 15 70)?

JA / NEE