Ouderenmis(be)handeling: een e-learning module voorafgegaan door een behoeftebepaling bij Vlaamse huisartsen.

Lotte Geens, KU Leuven & Liesl Van Camp, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte, KU Leuven
Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2020 – 2023]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract:

Context:

Ouderenmis(be)handeling wordt nog steeds onvoldoende gerapporteerd. Uit de huidige literatuur blijkt dat dit komt door onvoldoende kennis over het probleem door de eerste lijn, maar ook door verschillende drempels die huisartsen ervaren bij het rapporteren.

Onderzoeksvragen:

Dit onderzoek gaat na wat de kennis en ervaring bij de Vlaamse huisartsen is over ouderenmis(be)handeling en of er nood is aan een e-learning module, door middel van een behoeftebepaling. Als tweede onderdeel van deze thesis werd een e-learning module opgesteld, als kwaliteitsverbeterend project, die de kennis en het vertrouwen met ouderenmis(be)handeling kan verbeteren bij de huisartsen.

Methode:

Een bevraging werd opgesteld door middel van Qualtrics, waarin de kennis wordt nagegaan over ouderenmis(be)handeling. Dit gaat over risicofactoren maar ook de verschillende soorten mis(be)handeling, drempels tot rapporteren en hoe groot de nood is naar een e-learning. De e- learning werd ter beschikking gesteld op het online platform SOFIA. Deze bevat interactieve casuïstiek, korte informatie overzichten en links naar nuttige hulplijnen.

Resultaten:

In totaal werd de bevraging 87 keer ingevuld, slechts 54 werden volledig ingevuld. Dit waren grotendeels jonge huisartsen/ HAIO's. Risicofactoren die naar voren kwamen waren: vrouwelijk geslacht, een leeftijd boven 75 jaar en lager geschoold zijn. Verwaarlozing en emotionele mishandeling zijn volgens de participanten de meest voorkomende vormen van mishandeling, fysieke mishandeling de minst voorkomende vorm. Dit stemt overeen met de huidige literatuur. Artsen met ervaring doen sneller beroep op de sociale dienst dan artsen die nog niet in contact gekomen zijn met ouderenmis(be)handeling. Opvallend is dat niemand dit zou doorgeven aan een meldpunt. Drempels die artsen aangeven zijn voornamelijk onvoldoende kennis en angst om de arts- patiënt relatie te schaden.

Conclusie:

Uit deze studie kan geconcludeerd worden dat huisartsen nog steeds te weinig kennis hebben over ouderenmis(be)handeling waardoor ze onzeker zijn over dit onderwerp en het vaak ondergerapporteerd wordt. Door het aanbieden van een overzichtelijke e-learning module die als tool kan gebruikt worden om een overzicht te krijgen over dit onderwerp kan dit probleem mogelijks aangepakt worden.

Inhoudsopgave:

Abstract: *3*
Context: 3
Onderzoeksvragen: 3
Methode: 3
Resultaten: 3
Conclusie: 3

Inleiding: *5*

Methode: *7*
Onderzoeksvraag 7
Design: uitkomstmaten en bevraging 7
Populatie: 8
Analyseplan: 8
Ethische commissie: 8

Resultaten: *9*

Discussie *10*
Vergelijking resultaten enquête met literatuur 10

Conclusie *12*

Dankwoord: *12*

Bronnen: *12*
Artikels 12
Websites 14

Persoonlijke reflectie: Lotte Geens *16*

Persoonlijke reflectie: Liesl Van Camp *17*

Bijlage: *19*
Tabellen: 19
Goedkeuring ethische commissie: 22
Poster om enquête en e-learning te promoten: 24
Enquête: 24
Informatiebrief: 28
E-learning module: 29

Inleiding:

Ouderenmis(be)handeling is een belangrijk publiek probleem dat sterk onderschat wordt en een grote impact heeft op de mentale en fysieke gezondheid en veiligheid van de ouderen. Het gaat dan ook gepaard met een verhoogde mortaliteit, hospitalisatie en kost voor de maatschappij. [1]–[4]

De WHO definieert ouderenmis(be)handeling als een eenmalige of herhaalde actie, of het ontbreken daarvan, met fysieke of emotionele schade tot gevolg en dit binnen een vertrouwensrelatie. Misbruik kent vele gezichten en is niet enkel de fysieke vorm van het woord.[4] De meest voorkomende vormen zijn: psychologisch, emotioneel, fysiek, financieel, seksueel misbruik, autoriteit misbruik, verwaarlozing, uitsluiting en het niet bieden van een gezonde omgeving. [5]

Er zijn verschillende mogelijke risicofactoren voor ouderenmisbruik naar voren gekomen de laatste jaren. Belangrijke risicofactoren zijn: depressie en cognitieve achteruitgang van de ouderen. [6], [7] Andere zijn: de zware zorglast van de mantelzorger door toenemende afhankelijkheid van de ouderen, de familie die het gedrag van de oudere als agressief of ondankbaarheid ervaren, een reeds slechte relatie voordat er zorg nodig was, ingrijpende gebeurtenissen of sociaal isolement.[6]–[8] Bijkomend ook een lager inkomen en de familie die de financiën beheert.[5]–[9]

Daartegenover staan dan als mogelijke beschermende factoren: een goede bestaande relatie tussen mantelzorger en patiënt en hulp van buitenaf bij de zorg.[9] Enkele onderzoeken tonen aan dat het misbruik vaak gepleegd wordt door de eigen kinderen. [5][10]

Verschillende onderzoeken halen aan dat de huisarts een belangrijke rol speelt in de detectie van ouderenmis(be)handeling. Ouderen worden immers frequenter gezien door hun huisarts waardoor deze vaak een goed zicht hebben over de thuissituatie. [11]–[14]

Ouderenmis(be)handeling komt volgens onderzoek bij ongeveer 10-16% van de ouderenpopulatie voor.[9], [12], [14], [15] In 2017 heeft het VLOCO (Vlaams ondersteuningscentrum ouderenmis(be)handeling)) wel 505 meldingen gekregen van ouderenmisbruik.[16] Dit is vermoedelijk een onderschatting van de realiteit gezien het probleem niet voldoende gerapporteerd wordt. [3], [12], [15], [17]–[19]

Mogelijke oorzaken voor onder rapportering en diagnostisering van ouderenmis(be)handeling door artsen zijn: de moeilijke detectie van psychologische verwaarlozing, onvoldoende kennis en ervaring van de huisartsen over ouderenmis(be)handeling, waardoor ze niet weten naar wie ze best verwijzen en ze niet zeker zijn van de diagnose.[6], [31] Artsen zijn daarbij ook angstig dat de vertrouwensrelatie zou kunnen verbroken worden met de patiënt, dat ze mogelijks vervolgd kunnen worden en dit gevolgen zou hebben op het mogen beoefenen van hun job.[20]–[22] Een onderzoek van Mydin et al., in 2019, toonde aan dat artsen ook nog moeilijk het verschil zien tussen incidenteel en niet- incidentele verwondingen.[23] Een minder bekende risicofactor voor onder rapporteren is een cultuurverschil tussen de oudere en de arts, zo is misbruik in vele culturen taboe en zal er niet over gesproken worden.[5][11] Ook zonder cultuurverschillen heerst er veel schaamte en angst over dit onderwerp en willen ouderen de loyaliteit naar hun verzorgende meestal niet verbreken.[24][25]

Onderzoek heeft aangetoond dat een snelle detectie en interventie van ouderenmis(be)handeling de morbiditeit en mortaliteit kan doen dalen en verdere mishandeling kan voorkomen worden.[15] Er bestaan strategieën om de detectie van ouderenmis(be)handeling te verbeteren. Extra opleidingen voor huisartsen en het aanbieden van duidelijke richtlijnen en screening tools zouden het stellen van de diagnose eenvoudiger maken.[5], [15], [21], [22], [26] Door het gebruik van screeningstools kunnen huisartsen sneller risicofactoren voor ouderenmis(be)handeling detecteren.

Deze thesis wil onderzoeken wat de kennis en ervaring bij de Vlaamse huisartsen is over ouderenmis(be)handeling en of er nood is aan een e-learning module, dit door middel van een behoeftebepaling.

Als tweede onderdeel van deze thesis werd een e-learning module opgesteld, als kwaliteitsverbeterend project, die de kennis en het vertrouwen met ouderenmis(be)handeling kan verbeteren bij de huisartsen.

Methode:

Onderzoeksvraag

Deze thesis is een cross sectioneel onderzoek dat aan de hand van een enquête, verstuurd naar verschillende Vlaamse huisartsen, nagaat wat de kennis is van huisartsen over ouderenmis(be)handeling en hoe ze dit aanpakken. Door het aanbieden van de e-learning module is het een kwaliteitsverbeterend project met versterking van de usual care.

Design: uitkomstmaten en bevraging

Ontwikkeling van de enquête:

Het eerst deel van deze thesis is een kwantitatieve enquête bestaande uit 14 vragen die de kennis en vaardigheden over ouderenmis(be)handeling bij Vlaamse huisartsen gaat nagaan. De enquête is gebaseerd op voorgaand literatuuronderzoek. [5], [6], [10], [14], [15], [16], [20], [21], [22], [24], [27], [28]

De onderdelen van de bevraging:

- Populatie van de studie in beeld brengen: het aantal jaren dat ze actief zijn als huisarts en in welk type praktijk ze werken.
- Hoe vaak artsen in aanmerking komen met ouderenmis(be)handeling.
- Welke mogelijke risicofactoren er zijn voor ouderenmis(be)handeling: leeftijd, geslacht, scholingsgraad en familiale status.
- Welke vormen van ouderenmis(be)handeling er zijn en welke het meest voorkomend zijn.
- Drempels voor raportering.

De antwoordopties op de gestelde vragen zijn ja/nee, open antwoorden, meerkeuze, meervoudige antwoorden mogelijk, rangschikken, likert schaal (oneens-eens)

De enquête wordt opgesteld in Qualtrics. De enquête is beschikbaar gesteld vanaf 7/12/21 tot en met 21/02/23. (zie bijlage voor de volledige enquête)

Ontwikkeling E- learning:

Het tweede deel van dit onderzoek is een kwaliteitsverbeterend project waarbij een e-learning module wordt aangeboden aan de deelnemende huisartsen via het online leerplatform SOFIA om hun kennis over ouderenmis(be)handeling te verbeteren. De online module is beschikbaar gesteld april 2022.

De e-learning module is gebaseerd op voorgaand literatuuronderzoek [1-42]. Theoretische teksten, casussen en vragen worden afwisselend gebruikt in de e-learning om zo op een interactieve manier de HAIO's meer kennis te geven over ouderenmis(be)handeling.

Opbouw van de e-learning:

- Een link naar de bevraging
- De definitie van ouderenmis(be)handeling.
- Casuïstiek rond de verschillende vormen van ouderenmis(be)handeling.
- De verschillende screeningstools om risicofactoren van ouderenmis(be)handeling sneller te herkennen, toegelicht en casuïstiek hierover.
- Casuïstiek rond de verschillende hulplijnen en wetgeving, met korte informatieve teksten.
- Samenvatting, stappenplan.
- Kennistoets, die alle onderdelen van de module bevraagt. Er worden vragen gesteld over het herkennen en diagnosticeren van het type ouderenmis(be)handeling en de aanpak (verwijzen, mogelijke hulplijnen).
- Mogelijkheid tot het geven van feedback over de module in een vrij tekstvak. Er wordt gevraagd naar verwachtingen over de module en of er onderwerpen ontbreken.

Populatie:

Er werden Vlaamse huisartsen aangesproken via de wachtkring, seminaries (regio Antwerpen en Vlaams-Brabant), sociale media (facebook huisartsengroepen) en via de nieuwsbrief van ICHO/wachtkring met behulp van een flyer (zie bijlage).

De e- learning staat ter beschikking op het online platform SOFIA, toegankelijk voor Vlaamse HAIO's.

Analyseplan:

De resultaten van de bevraging werden aan de hand van beschrijvende statistiek geanalyseerd. De beschrijvende statistiek werd opgesteld door middel van het programma Excel: percentages, gemiddelden, grafieken en tabellen, werden gebruikt. Hierbij werd nagegaan of er een associatie is tussen de achtergrondkenmerken van de participanten (leeftijd, jaren ervaring, welke soort praktijk: duo/ solo/ groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum) en de afhankelijke variabelen zoals de kennis en behoeften van de huisartsen met betrekking tot ouderenmishandeling.

Ethische commissie:

Deze studie is goedgekeurd door de Ethische commissie Onderzoek UZ/Kuleuven onder het nummer: MP018248 op 12-10-2021. (zie bijlage)

Resultaten:

De populatie die heeft deelgenomen aan onze enquête zijn voornamelijk huisartsen in opleiding of HAIO's die werkzaam zijn in een groepspraktijk. De meeste zijn reeds in aanraking gekomen met ouderenmis(be)handeling. (Zie tabel 1)

De artsen die nog niet in aanraking zijn gekomen met ouderenmis(be)handelingen denken dat emotionele mishandeling het frequentst voorkomt gevolgd door verwaarlozing, financiële mishandeling en fysieke mishandeling. De huisartsen die al wel in aanraking zijn gekomen met ouderenmis(be)handeling duiden verwaarlozing als frequentste vorm van mishandeling aan gevolgd door emotionele, financiële - en fysieke mishandeling. (zie tabel 2)

De artsen geven aan dat ouderenmis(be)handeling meestal voorkomt bij vrouwen in 80% van de gevallen en dat de leeftijd meestal boven de 75 jaar + is. In verband met de sociale status van het slachtoffer zijn de antwoorden verdeeld. Gemiddeld komt weduwen en alleenstaande het meest frequent voor. De meeste artsen stellen ook dat de slachtoffers meestal laag geschoold zijn. Er is hier weinig tot geen verschil tussen de verwachting van de artsen die nog niet in aanraking zijn gekomen met ouderen(mis)behandeling en artsen die wel reeds in aanraking zijn gekomen. (Ervaring versus geen ervaring zie tabel 3)

Uit de enquête blijkt dat de meeste artsen een gesprek met de betrokken zullen aangaan. De ervaren artsen zullen sneller overleggen met de sociale dienst terwijl de niet-ervaren artsen eerder een hulplijn zullen inschakelen. Slechts 1 participant zou contact opnemen met de politie en enkele zouden het slachtoffer laten opnemen in een WZC. Opmerkelijk is dat niemand van de ervaren artsen dit zou aangeven bij een meldingspunt. (Zie tabel 4)

De drempels die door de artsen worden aangeven om ouderenmis(be)handeling aan te pakken zijn voornamelijk onvoldoende kennis (87%) en angst om hun arts-patient relatie te schaden 70,4%). 16,7% van de artsen geeft ook aan angstig te zijn voor gerechtelijke gevolgen of schade aan hun beroepsactiviteit. (zie tabel 4)

Bijna alle participanten zien het als hun plicht om dit probleem aan te pakken. 11,1% van de participanten geeft aan situaties van ouderenmis(be)handeling te vermijden (Zie tabel 5 stelling 2). De meerderheid van de artsen (80 %) geeft dan ook aan zich niet voldoende vertrouwd te voelen met ouderenmis(be)handeling. (Zie tabel 5 stelling 1)

72% van de artsen geeft aan een e-learning te willen volgen over dit onderwerp, maar slechts 10% heeft hierover reeds een bijscholing gevolgd. Een minderheid geeft aan dat een eform een voordeel zou zijn.

De e-learning module werd jammer genoeg maar ingevuld door 14 participanten. De kennistest slechts door 6. De participanten vinden het een interessante, goed opgestelde module met leerrijke topics. Ze geven ook aan hierover onvoldoende gezien te hebben tijdens de opleiding. De vorm van de e-learning met casussen en quiz vragen vinden ze fijn om te doorlopen. De e-learning biedt handige modellen aan om ouderenmis(be)handeling na te gaan en geeft ook een duidelijk overzicht van de instanties waar je beroep kan op doen.

Van de 6 deelnemers die de kennistest hebben ingevuld, had iedereen de vraag over hulpverleningsplicht fout. Een deelnemer gaf aan meer casuïstiek rond beroepsgeheim te willen.

Discussie

In het eerste deel van dit onderzoek werd nagegaan wat de kennis bij de Vlaamse huisartsen is over ouderenmis(be)handeling en of ze behoefte hebben aan een e-learning module. Uit de resultaten van de enquête komen twee belangrijke punten naar voren. Ten eerste, dat Vlaamse huisartsen en HAIO's zich onvoldoende vertrouwd voelen met ouderenmis(be)handeling en nood hebben aan een e-learning module over dit onderwerp. Ten tweede, dat huisartsen het onderwerp niet uit de weg gaan maar dat ze enkele drempels ervaren zoals onvoldoende kennis over ouderenmis(be)handeling en angst om de arts patiënt relatie te schaden.

Als twee deel van dit onderzoek werd een e-learning module over ouderenmis(be)handeling ontwikkeld als kwaliteitsverbeterend project. Uit de resultaten blijkt dat de e-learning module interessant en goed opgesteld is met leerrijke onderwerpen. De deelnemers vinden het een aangename interactieve module met veel casussen om te doorlopen en handige samenvattingen.

Vergelijking resultaten enquête met literatuur

Dit onderzoek toont aan dat ouderenmis(be)handeling voornamelijk voorkomt bij: vrouwen boven de 75 jaar, die laaggeschoold zijn en die alleen wonen, wat overeenstemt met de huidige literatuur. [5], [6], [7], [26], [27]
Bijkomend blijkt dat de artsen verwaarlozing als de frequentste vorm van ouderenmis(be)handeling ervaren en fysieke mishandeling zelden voorkomt. Ook dit komt terug in de literatuur zoals te zien in onze e-learning module en de richtlijn van domus medica over ouderenmis(be)handeling. [5], [6], [7], [21], [27], [32].

In vergelijking met 2017 waar het VLOCO 505 meldingen van ouderen(mis)behandeling ontving, kreeg het in 2021 wel 967 meldingen binnen. Dit komt overeen met 20 meldingen per week. [33] Dit geven de artsen aan in de bevraging: ze komen er jaarlijks mee in aanraking. Hoewel de huidige voorvallen van ouderen(mis)behandeling toenemen tegenover vorige jaren, blijft er vermoedelijk een onderraportering. [10], [20], [22], [24], [28], [31]
Mogelijks komt dit doordat artsen drempels ervaren bij het rapporteren. Uit dit onderzoek blijken de drempels om ouderenmis(be)handeling aan te pakken voornamelijk: onvoldoende kennis en angst om hun arts-patiënt relatie te schaden.

Onderzoek van Mydin et al. (2020) gaf aan dat de grens om van ouderenmis(be)handeling te spreken is moeilijk te bepalen volgens artsen. Zo kan fysieke mishandeling zeer zichtbaar zijn door kwetsuren, blauwe plekken en fracturen maar zal psychologische mishandeling moeilijker te bewijzen zijn. Het is moeilijk om het verschil te zien tussen incidenteel en niet-incidentele verwondingen. [21]

Andere drempels die weerhouden worden uit huidige literatuur zijn: de moeilijke detectie van psychologische verwaarlozing, onvoldoende kennis en ervaring van de huisartsen over ouderenmis(be)handeling waardoor ze niet weten naar wie ze best verwijzen en ze niet zeker zijn van de diagnose, angstig dat de vertrouwensrelatie zou kunnen verbroken worden met de patiënt en dat ze mogelijks vervolgd kunnen worden en dit gevolgen zou hebben op het mogen beoefenen van hun job. [5], [6], [20-23], [26-27], [29-31]

Uit onze enquête blijkt dat de huisartsen ouderenmis(be)handeling aanpakken door dit te bespreken met de betrokken of te overleggen met de sociale dienst, andere betrokken

hulpdiensten, collega's en/of een hulplijn. Niemand zou dit officieel aangeven bij een meldingspunt voor ouderenmis(be)handeling. De angst om geen steun te krijgen van de gerechtelijke instanties of hier veel tijd mee te verliezen, zorgt er mee voor dat artsen dit minder rapporteren. [31]

Een zwakte van deze studie is de kleine steekproef van de enquête maar de resultaten komen wel grotendeels overeen met voorgaand onderzoek. De e-learning module werd beschikbaar gesteld en ingevuld door enkele HAIO's. Als feedback op de module werd geschreven dat deze langer dan 30 minuten duurt, dat 1 screeningstool naar voor geschoven mag worden als beste tool en er meer casussen zouden mogen zijn over beroepsgeheim. De test op het einde van de e- learning toont aan dat de meeste HAIO's moeite hadden met de vraag rond hulpverleningsplicht en beroepsgeheim. Dit komt mogelijk door te weinig informatie in de e- learning of te weinig voorafgaande kennis uit de opleiding. Of deze effectief de kennis van de huisartsen gaat verbeteren en hen meer vertrouwen gaat geven om met ouderenmis(be)handeling om te gaan is een onderwerp voor een volgende studie gezien het tijdsbestek van dit onderzoek.

Naar de toekomst toe kan men dit onderzoek herhalen op een grotere schaal, over heel Vlaanderen. Hierdoor kan er een duidelijker verschil gezien worden tussen huisartsen in opleiding en huisartsen met ervaring en kunnen drempels tot rapporteren duidelijker naar voren komen. Bijkomend zou door middel van interviews met focusgroepen, de verschillende beschikbare screeningstools getest kunnen worden, zodat één uniform exemplaar gebruikt kan worden door huisartsen. Deze informatie kan dan gebruikt worden om een duidelijke aanspreekpunt en een stappenplan te vormen, op gemeentelijk niveau. Dat laatste is iets dat momenteel ontbreekt. De e-learning module zou gebruikt kunnen worden als lesmateriaal voor de huisartsenopleiding gezien dit nu onvoldoende aan bod komt.

Conclusie

Uit deze studie kan geconcludeerd worden dat huisartsen nog steeds te weinig kennis hebben over ouderenmis(be)handeling waardoor ze onzeker zijn over dit onderwerp en het vaak ondergerapporteerd wordt. Door het aanbieden van een overzichtelijke e-learning module die als tool kan gebruikt worden om een overzicht te krijgen over dit onderwerp kan dit probleem mogelijks aangepakt worden.

Dankwoord:

Graag zouden we onze promotor, Prof. Dr. Schoenmakers Brigitte willen bedanken voor haar hulp en feedback. Daarnaast willen we ook Lisa Van Der Auwera, medewerker bij het ACHG, bedanken voor de hulp bij het ontwikkelen van de e- learning.

Bronnen:

Artikels

[1] C. P. Mouton, A. Haas, A. Karmarkar, Y. F. Kuo, and K. Ottenbacher, “Elder abuse and mistreatment: results from medicare claims data,” J. Elder Abus. Negl., vol. 31, no. 4–5, pp. 263–280, 2019, doi: 10.1080/08946566.2019.1678544.

[2] B. F. Beard John , Officer Alana, Cassels Andrew, “World report on Ageing and Health.,” pp. 68–70, 1377.

[3] X. Dong, M. A. Simon, and D. Evans, “Elder self-neglect and hospitalization: findings from the Chicago Health and Aging Project.,” J. Am. Geriatr. Soc., vol. 60, no. 2, pp. 202–209, Feb. 2012, doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03821.x.

[4] M. S. Lachs, C. S. Williams, S. O’Brien, K. A. Pillemer, and M. E. Charlson, “The mortality of elder mistreatment.,” JAMA, vol. 280, no. 5, pp. 428–432, Aug. 1998, doi: 10.1001/jama.280.5.428.

[5] M. Hazrati, M. Mashayekh, N. Sharifi, and S. A. Motalebi, “Screening for domestic abuse and its relationship with demographic variables among elderly individuals referred to primary health care centers of Shiraz in 2018,” BMC Geriatr., vol. 20, no. 1, pp. 1–8, 2020, doi: 10.1186/s12877-020-01667-9.

[6] M. Préville et al., “Family violence among older adult patients consulting in primary care clinics: Results from the ESA (enquête sur la santé des aînés) services study on mental health and aging,” Can. J. Psychiatry, vol. 59, no. 8, pp. 426–433, 2014, doi: 10.1177/070674371405900805.

[7] B. Fang, E. Yan, and D. W. L. Lai, “Risk and protective factors associated with domestic abuse among older Chinese in the People’s Republic of China.,” Arch. Gerontol. Geriatr., vol. 82, pp. 120–127, 2019, doi: 10.1016/j.archger.2019.02.001.

[8] F. Orfila, M. Coma-Solé, M. Cabanas, F. Cegri-Lombardo, A. Moleras-Serra, and E. Pujol-Ribera, “Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors.,” BMC Public Health, vol. 18, no. 1, p. 167, Jan. 2018, doi: 10.1186/s12889-018-5067-8.

[9] D. B. Wagenaar, R. Rosenbaum, S. Herman, and C. Page, “Elder abuse education in primary care residency programs: A cluster group analysis,” Fam. Med., vol. 41, no. 7, pp. 481–486, 2009.

[10] M. J. Yaffe, D. Weiss, C. Wolfson, and M. Lithwick, “Detection and prevalence of abuse of older males: Perspectives from family practice,” J. Elder Abus. Negl., vol. 19, no. 1–2, pp. 47–60, 2007, doi: 10.1300/J084v19n01_04.

[11] J. Oh, H. S. Kim, D. Martins, and H. Kim, “A study of elder abuse in Korea.,” Int. J. Nurs. Stud., vol. 43, no. 2, pp. 203–214, Feb. 2006, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.03.005.

[12] R. Acierno et al., “Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study.,” Am. J. Public Health, vol. 100, no. 2, pp. 292–297, Feb. 2010, doi: 10.2105/AJPH.2009.163089.

[13] J. E. Croker, D. R. Swancutt, M. J. Roberts, G. A. Abel, M. Roland, and J. L. Campbell, “Factors affecting patients’ trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey.,” BMJ Open, vol. 3, no. 5, May 2013, doi: 10.1136/bmjopen-2013-002762.

[14] Y. Yon, C. R. Mikton, Z. D. Gassoumis, and K. H. Wilber, “Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis.,” Lancet. Glob. Heal., vol. 5, no. 2, pp. e147–e156, Feb. 2017, doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.

[15] L. Mosqueda, K. Burnight, M. W. Gironda, A. A. Moore, J. Robinson, and B. Olsen, “The Abuse Intervention Model: A Pragmatic Approach to Intervention for Elder Mistreatment,” J. Am. Geriatr. Soc., vol. 64, no. 9, pp. 1879–1883, 2016, doi: 10.1111/jgs.14266.

[16] C. O. Vlo, “Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis (be) handeling,” [Online]. Available: http://www.ouderenmisbehandeling.be/VLOCO/Index.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1.

[17] J. Burnett, W. A. Achenbaum, and K. P. Murphy, “Prevention and early identification of elder abuse.,” Clin. Geriatr. Med., vol. 30, no. 4, pp. 743–759, Nov. 2014, doi: 10.1016/j.cger.2014.08.013.

[18] Lifespan of Greater Rochester Inc., Weill Cornell Medical Center of Cornell University, and New York City Department for the Aging, “Under the Radar: New York State Elder Abuse Prevalence Study,” Rochester, NY Lifesp. Gt. Rochester, Inc., Weill Cornell Med. Cent. Cornell Univ. New York City Dep. Aging, no. May, 2011, [Online]. Available: https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=258421.

[19] S. W. Stark, “Blind, deaf, and dumb: why elder abuse goes unidentified.,” Nurs. Clin. North Am., vol. 46, no. 4, pp. 431–6, vi, Dec. 2011, doi: 10.1016/j.cnur.2011.08.007.

[20] M. A. Rodríguez, S. P. Wallace, N. H. Woolf, and C. M. Mangione, “Mandatory reporting of elder abuse: Between a rock and a hard place,” Ann. Fam. Med., vol. 4, no. 5, pp. 403–409, 2006, doi: 10.1370/afm.575.

[21] F. H. Mohd Mydin et al., “Clinical recognition of elder maltreatment and intention to report among primary care doctors,” J. Elder Abus. Negl., vol. 32, no. 1, pp. 72–83, 2020, doi: 10.1080/08946566.2020.1731640.

[22] M. Ferreira, C. L. dos Santos, and D. N. Vieira, “Detection and intervention strategies by primary health care professionals in suspected elder abuse,” Acta Med. Port., vol. 28, no. 6, pp. 687–694, 2015, doi: 10.20344/amp.6706.

[23] F. H. Mohd Mydin, C. W. Yuen, and S. Othman, “The Effectiveness of Educational Intervention in Improving Primary Health-Care Service Providers’ Knowledge, Identification, and Management of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review.,” Trauma. Violence Abuse, p. 1524838019889359, Dec. 2019, doi: 10.1177/1524838019889359.

[24] C. E. Ziminski Pickering and V. F. Rempusheski, “Examining barriers to self-reporting of elder physical abuse in community-dwelling older adults.,” Geriatr. Nurs., vol. 35, no. 2, pp. 120–125, 2014, doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.11.002.

[25] L. De Deken and L. Pas, “Ouderenmis(be)handeling: aandachtspunten voor artsen op de eerste lijn.,” pp. 1–20, 2004.

[26] F. K. Ejaz, M. Rose, C. Reynolds, C. Bingle, D. Billa, and R. Kirsch, “A Novel Intervention to Identify and Report Suspected Abuse in Older, Primary Care Patients,” J. Am. Geriatr. Soc., vol. 68, no. 8, pp. 1748–1754, 2020, doi: 10.1111/jgs.16433.

[27] A. Kissal and A. Beşer, “Elder abuse and neglect in a population offering care by a Primary Health Care Center in Izmir, Turkey,” Soc. Work Health Care, vol. 50, no. 2, pp. 158–175, 2011, doi: 10.1080/00981389.2010.527570.

[28] P. Krueger and C. Patterson, “Detecting and managing elder abuse: Challenges in primary care,” Cmaj, vol. 157, no. 8, pp. 1095–1100, 1997.

[29] M. G. Ruelas-González et al., “Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary care settings in Mexico,” Heal. Soc. Care Community, vol. 26, no. 1, pp. 102–112, 2018.

[30] A. N. Schmeidel, J. M. Daly, M. E. Rosenbaum, G. A. Schmuch, and G. J. Jogerst, “Health Care Professionals’ Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings,” J. Elder Abus. Negl., vol. 24, no. 1, pp. 17–36, 2012.

[31] L. Rodriguez-Giraldo, M. Agudelo-Botero, “Barriers to managing elder abuse in primary care services: experiences of healthcare providers in Mexico City,” Journal of Elder Abuse & Neglect, vol 31, no 1. pp. 38-55, 2021.

Websites

[32] M. Vanhalewyn, A.-M. Offermans, B. Fauquert, M. Roland, “Ouderenmishandeling in de thuissituatie“, domus medica, (juli 2013), https://www.domusmedica.be/richtlijnen/ouderenmishandeling-de-thuissituatie?check_logged_in=1. Geraadpleegd op 2/04/2021.

[33] CAW, “Wekelijks 20 meldingen van ouderen(mis)behandeling”, CAW, https://www.caw.be/wat-beweegt-er/nieuws/wekelijks-20-meldingen-van-ouderenmisbehandeling. Geraadpleegd op 2/04/2021.

[34] H. De Beule, “Stappenplan & leidraad ouderenmis(be)handeling”, SEL Waasland, geraadpleegd voor het eerst in april 2021, http://www.ouderenmisbehandeling.be/VLOCO/Files/stappenplan%20OMB_generiek_v2.pdf. Geraadpleegd op 2/04/2021.

[35] Commissie ethiek met ondersteuning van dr. E. Verdonck, expertisecentrum resilent people, UCLL, “Advies ouderenmis(be)handeling”, Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, (december 2019), https://www.witgelekruis.be/system/files/publication/advies_commissie_ethiek_oudermisbehandeling.pdf. Geraadpleegd op 2/04/2021.

[36] Ricour Céline, Desomer Anja, Pouppez Céline, Primus-de Jong Célia, Vinck Imgard. Hoe kunnen we ouderenmis(be)handeling in België beter aanpakken?. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) Reports 331A. D/ 2020/10.273/15. Nederlands. Geraadpleegd op 2/04/2021.

[37] https://1712.be/nl, https://1712.be/nl/soorten-geweld/ouderenmisbehandeling. Geraadpleegd op 2/04/2021.

[38] VLOCO, “Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling jaarverslag 2018”, (2018), https://wp.assets.sh/uploads/sites/430/2019/06/VLOCO_JVSL_2018-online.pdf. Geraadpleegd op 2/04/2021.

[39] VLOCO, “Ouderenmis(be)handeling, praat erover! Handvatten om OMB te (h)erkennen en ermee aan de slag te gaan”, 18-10-2018, https://politeia.be/nl/publicaties/192868-ouderenmisbehandeling+praat+erover. Geraadpleegd op 2/04/2021.

[40] P. Notebaer, “ouderenmis(be)handeling”, https://www.ouderenmisbehandeling.be/VLOCO/Index.aspx. Geraadpleegd op 2/04/2021.

[41] FOD justitie, “Gerechtelijke bescherming”, https://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/personen_en_gezinnen/bescherming_van_meerderjarigen/gerechtelijke_bescherming. Geraadpleegd op 24/10/2021.

[42] https://www.rechtbanken-tribunaux.be/nl/rechtbanken/vredegerecht. Geraadpleegd op 24/10/2021.

Persoonlijke reflectie: Lotte Geens

Ik heb deze thesis samen gemaakt met Liesl Van Camp. Onze samenwerking is zeer vlot verlopen. We spraken steeds tijdig deadlines met elkaar af om elk een deel van de thesis te maken. We zorgde ervoor dat steeds een maand voor de effectieve deadline het werk dat moest in orde zijn zeker klaar was. Dan kwamen we samen om alles bij elkaar te leggen en elkaars deel na te lezen en te herschrijven. Dan verstuurde we meestal ons gemaakte deel door naar Prof. Dr. Schoenmakers via mail. We kregen hier steeds tijdig feedback over terug en herwerkte dit dan. Elke keer als we samen kwamen maakte we een lijstje wat we tegen de volgende keer zouden maken en verdeelde de taken. Er zijn geen frustraties geweest en gemaakte afspraken werden steeds nagekomen. Soms hebben we wel de deadlines wat aangepast maar dit was steeds in samenspraak. Ik vond het zelf zeer fijn om samen deze thesis te schrijven omdat je zo ook kan leren van elkaar en het werk ook kunt verdelen.

Het onderwerp hebben we samen gekozen uit een lijst van voorgestelde onderwerpen om een thesis over te schrijven. Ouderenmis(be)handeling interesseerde ons beide aangezien we hiermee toch regelmatig mee in aanraking kwamen in de praktijk en we hier eigenlijk zelf niet veel over kende. We wouden graag een kwaliteitsverbeterend project doen omdat we graag wilden dat onze thesis misschien iets kon betekenen in de toekomst voor andere studenten of huisartsen.

We hebben elk een zoekstrategie doorlopen op pubmed om artikels over ons onderwerp te vinden. Deze hebben we dan samengelegd en verdeeld onder ons twee om te lezen. We zorgen er steeds voor dat de verdeling eerlijk gebeurde op basis van de tijd dit nodig zijn zou om de opdracht uit te voeren en dat we ook konden lezen/schrijven wat ons persoonlijk het meest interesseerde. De info die we uit de artikels konden gebruiken hebben we genoteerd en dan hebben we dit samen herwerkt tot de inleiding. De enquête hebben we samen opgesteld aan de hand van de literatuur die we gelezen hadden. De E-learning hebben we verdeeld. Ik heb module 2, 3 en 4 uitgewerkt over de definitie van ouderenmis(be)handeling, vormen van ouderenmis(be)handeling en de screeningstools die je kan gebruiken. Dit heb ik gedaan aan de hand van de artikels die ik gelezen had en info die Liesl mij had gegeven over haar artikels. Soms herlas ik een deel van haar artikels als dit relevant was om de module uit te werken. Module 6 tot en met 9 hebben we samen opgesteld. Uiteraard hebben we elkaars deel herlezen en herwerkt om een mooi geheel te kunnen afleveren. Zo heeft bijvoorbeeld Liesl in module 3 de casussen mooi herschreven tot verhaaltjes. Voor het onderdeel van de resultaten hebben we de vragen van de enquête verdeeld onder elkaar. Zo heb ik vraag 1 t.e.m 4 en 11 t.e.m 13 geanalyseerd in Qualtrics om conclusies te kunnen trekken uit de antwoorden die de participanten hebben gegegeven. Erna heb ik ook de bijhorende grafieken opgesteld in excel. Tot slot heb ik alle info van de resultaten herwerkt tot een tekst. De discussie heeft Liesl verwerkt tot een geheel. De lay-out van onze thesis/tabellen/e-learning module was steeds een wisselende werking.

Uit onze thesis kunnen we concluderen dat de kennis over ouderenmis(be)handeling onder de Vlaamse huisartsen nog onvoldoende is. Dit kwam overeen met de literatuur die er reeds bestond over dit onderwerp en het gevoel dat we zelf ook hadden toen we begonnen aan deze thesis. Tijdens onze eerste opleidingsjaar hadden we hier nog nooit les over gekregen. Het is dan ook pas wanneer je in de praktijk in aanraking hiermee komt dat je dingen begint op te zoeken en je merkt dat er geen duidelijk richtlijn over ouderenmis(be)handeling bestaat. Ik moest op verschillende plaatsen informatie gaan zoeken en dit is niet gemakkelijk zeker als je met een acute situatie te maken hebt. Daarom is het doel van onze thesis geweest om een e-learning module te ontwikkeling zodat toekomstige huisartsen in opleiding hierover wel informatie krijgen en weten wat ze moeten doen in de praktijk als ze met dergelijke casussen in contact komen. Ik ben best wel trots op de e-learning module die we

samen ontwikkeld hebben en zou het jammer vinden als deze niet meer gebruikt zou worden. Ik hoop dan ook dat onze thesis, en dan vooral de e-learning module, gebruikt gaat worden als les of zelfstudiemateriaal voor huisartsen in opleiding. De e-learning zou ook breder kunnen gepubliceerd worden op bijvoorbeeld sites zoals bcfi of domus medica omdat ook de huidige huisartsen onvoldoende kennis hebben over dit onderwerp. Een infosessie of opleidingsavond over dit onderwerp zou zeker ook interessant zijn voor vele artsen hiervoor zou de e-learning ook gebruikt kunnen worden als samenvatting van de literatuur om dan een presentatie te geven.
Ons onderzoek heeft een kleine responsgraad waardoor het interessant zou kunnen zijn om dit onderzoek uit te voeren op een grote populatie om een correcter beeld te krijgen over ouderenmis(be)handeling in Vlaanderen. Ons onderzoek heeft zich niet gefocust op hoe onze e-learning module de kennis van de artsen zou kunnen verbeteren wegens het tijdsbestek van onze thesis. Het zou interessant kunnen zijn om te kijken of de e-learning module de kennis van de Vlaamse artsen verbeterd en dit ook effect heeft op de rappoertering van ouderenmis(be)handeling door artsen. Uiteindelijk is dat het doel van alle onderzoeken om de huisartsen alerter te maken voor ouderenmis(be)handeling zodat ze dit beter gaan herkennen en voldoende vertrouwd mee zijn om dit te melden en aan te pakken. Dit zou een enorme invloed hebben op het welzijn van de ouderen.

Persoonlijke reflectie: Liesl Van Camp

Deze masterproef doet onderzoek naar de kennis van Vlaamse huisartsen en HAIO's over ouderenmis(be)handeling en hun nood aan een e- learning rond dit onderwerp. Ik en Lotte hebben samen een enquête, als voorafgaande behoeftebepaling, en nadien een e- learning gemaakt.
De samenwerking met Lotte verliep gedurende het hele verloop van de thesis zeer vlot. We hebben een gelijkaardige werkstijl: open communicatie en strakke deadlines. Gezien de drukte van de HAIO opleiding, moesten de bevraging op tijd af zijn zodat er voldoende respons gegenereerd kon worden. Zo kon onze bevraging reeds in december 2021, en onze e- learning in april 2022, vrijgesteld worden. We spraken zo goed als maandelijks een deadline af en kwamen dan ook samen, bij elkaar thuis maar ook telefonisch, om het gedane werk te beoordelen en te corrigeren. Alles werd steeds eerlijk verdeeld en we waren ook zeer kritisch voor elkaars werk. Door de open communicatie konden we elkaars werk in vraag stellen en aanpassen waar nodig. Ik heb gemerkt dat we elkaar daarin zeer goed aanvullen, Lotte is gestructureerd en doelgericht, daar waar ik goed een overzicht kan bewaren van het geheel en kan zorgen voor samenhang. We herinnerden elkaar tijdig aan de deadlines of hielpen elkaar als we ergens vast zaten. Afwisselend werd er gecommuniceerd met onze promotor (prof.dr. Schoenmakers), zij reageerde steeds zeer snel op onze vragen. Dit is terug te vinden in het logboek. We kregen steeds tijdig de nodige feedback of correcties, ze stuurde ons mee de richting uit die we wilden ingaan. Ook de communicatie met Lisa Van Der Auwera, medewerker van ACHG, verliep snel en duidelijk. Door de deadlines steeds in korte hapklare onderdelen te verdelen, konden we deze altijd behalen.
Van begin tot einde van deze thesis zijn de taken eerlijk verdeeld geweest. Volgende onderdelen van de thesis werden samen opgemaakt: zoekstrategie voor literatuur rond het onderwerp, de inleiding en methode, het template voor de ethische commissie, de vragen voor de enquête, het opstellen van de enquête en ideeën rond de e- learning. Voor de literatuurstudie hebben we telkens de gevonden artikelen verdeeld en samengevat, waardoor we elkaars gevonden informatie konden gebruiken. Voor het verspreiden van de enquête heb ik een flyer opgemaakt met QR- code. In de e- learning heb ik module 5 rond beroepsgeheim opgemaakt, module 6-9 hebben we samen uitgewerkt. Ik heb alle casussen uit module 3-5 verwerkt tot een geheel: de verhaallijn en de vormgeving aangepast. Voor de resultaten van de enquête heb ik vraag 5 tot en met 10, ook vraag 14, verwerkt in tabellen en grafieken. We wilden vooral veel casuïstiek in de online module, omdat we vinden dat je

hierdoor de informatie het beste vasthoudt. De informatieve teksten hebben we kort en overzichtelijk gehouden om dezelfde reden. Lotte heeft daarna de resultaten door middel van beschrijvende statistiek geanalyseerd. De discussie, conclusie en het abstract heb ik opgesteld, nadien aangepast door Lotte.
Deze thesis heeft aangetoond dat ouderenmis(be)handeling een miskend probleem is. Bij mishandeling dacht ik steeds aan de fysieke vorm en eerder bij kinderen. Andere vormen ervan, zoals verwaarlozing en financiële uitbuiting worden vaak vergeten. Daarnaast zien we ouderen ook niet meteen als mogelijke slachtoffers, ze wonen vaak nog zelfstandig en alleen thuis. Echter door verschillende mogelijke comorbiditeiten zijn ze vaak afhankelijk van hun omgeving en dus een mogelijk slachtoffer. In mijn eerste thesis, voor de opleiding tot basisarts, heb ik reeds onderzoek gedaan naar het opstarten van vitamine D en calcium substitutie bij ouderen met osteoporose. Ouderen liggen mij nauw aan het hart, het zijn vaak zeer aangename patiënten met veel levenservaring. Voor hen is dit onderwerp taboe, waardoor ze er zelf ook vaak niet over zullen beginnen, terwijl zij net heel goed weten wat er aan de hand is.
De bevindingen uit onze bevraging komen grotendeels overeen met de huidige literatuur. Er is onvoldoende rapportering, dit door meerdere redenen: onvoldoende kennis over mishandeling, angst voor het schaden van de arts- patiënt relatie, en geen duidelijk meldpunt. Spijtig is er, binnen het tijdbestek van de thesis, onvoldoende respons gegenereerd op de enquête om met voldoende statistiek kracht een besluit te vormen. Het tweede deel van de onderzoeksvraag van deze thesis kon niet beantwoord worden: of een online module de kennis van Vlaamse huisartsen rond ouderenmis(be)handeling kan verbeteren? Toch denk ik dat de meeste studenten huisartsgeneeskunde, ook jonge huisartsen, nood hebben aan een duidelijk stappenplan en casuïstiek om te oefenen. Dit gevoel hadden Lotte en ik bij het kiezen van een enquête en online module, als uitwerking van de thesis, we wilden niet enkel onze eigen kennis verbeteren maar ook die van andere studenten. Momenteel heeft elke huisarts of praktijkopleider, zo zijn eigen aanpak en worden gevallen van ouderenmis(bel)handeling niet of bijna niet gerapporteerd. Door de onder rapportering en door de verschillende aanpakken, blijft deze informatie zeer verspreid. Dit was voor mij één van de belangrijke redenen om dit als onderwerp van de thesis te kiezen. Situaties van verwaarlozing, financiële uitbuiting maar ook mogelijke fysieke mishandeling, ik heb het in mijn éérste jaar als HAIO allemaal gezien, geen enkele keer had ik een idee wat ik kon of moest doen of bij wie ik terecht kon. Op deze manier blijft het probleem onder de radar, voor de bevolking maar ook op beleidsniveau. Er moet meer aandacht geschonken worden aan het probleem zodat er kan nagedacht worden over een eenduidig stappenplan binnen elke gemeente, aanspreekpunten die dan op hun beurt anoniem gegevens doorgeven zodat we een statistisch beeld hebben dat dichter tegen de realiteit komt. In de toekomst kan deze thesis een aanzet zijn tot onderzoek op grotere schaal, en kan het effect van een online module op de kennis getest worden mits een langer tijdsbestek. De e-learning kan gebruikt worden als les materiaal en er kan onderzoek gedaan worden naar een uniform screeningstool.

Bijlage:

Tabellen:

Tabel 1: Studiepopulatie van dit onderzoek.

- *Legende:*
  - J=jaar
  - Totaal = aantal huisartsen dat de enquête volledig hebben ingevuld

Studiepopulatie		Aantallen
Hoeveel jaren beoefent u het beroep van huisarts/ HAIO?	<3j (= HAIO'S)	37
	>3j (= huisartsen)	13
		Totaal: 50
In wat voor soort praktijk werkt u?	Solopraktijk	5
	Duopraktijk	4
	Groepspraktijk	42
	Wijkgezondheidscentrum	3
		Totaal: 54
Hoe vaak komt ouderenmis(be)handeling voor in uw praktijk?	1 keer per jaar	16
	1-2 keer per jaar	19
	>4 keer per jaar	5
	>6 keer per jaar	3
	Nog niet in aanraking gekomen	11
		Totaal: 54

Tabel 2: Welke vorm van ouderenmis(be)handeling is het meest frequent.

- *Legende:*
  - Totaal = aantal huisartsen dat de enquête volledig hebben ingevuld

Welke vorm van ouderenmis(be)handeling komt het meest frequentste voor en welke het minste?							
Geen ervaring met ouderenmis(be)handeling				*Ervaring met ouderenmis(be)handeling*			
Meest frequent	Fysieke mishandeling	0	0,0%	Meest frequent	Fysieke mishandeling	0	0,0%
	Emotionele mishandeling	6	54,5%		Emotionele mishandeling	5	11,6%
	Financiële mishandeling	2	18,2%		Financiële mishandeling	9	20,9%
	Verwaarlozing	3	27,3%		Verwaarlozing	29	67,4%
	Totaal	*11*	*100,0%*		*Totaal*	*43*	*100,0%*
Op de 2de plaats	Fysieke mishandeling	1	9,1%	Op de 2de plaats	Fysieke mishandeling	2	4,7%
	Emotionele mishandeling	2	18,2%		Emotionele mishandeling	18	41,9%
	Financiële mishandeling	4	36,4%		Financiële mishandeling	15	34,9%
	Verwaarlozing	4	36,4%		Verwaarlozing	8	18,6%
	Totaal	*11*	*100,0%*		*Totaal*	*43*	*100,0%*
Op de 3de plaats	Fysieke mishandeling	2	18,2%	Op de 3de plaats	Fysieke mishandeling	6	14,0%
	Emotionele mishandeling	3	27,3%		Emotionele mishandeling	18	41,9%
	Financiële mishandeling	4	36,4%		Financiële mishandeling	13	30,2%
	Verwaarlozing	2	18,2%		Verwaarlozing	6	14,0%
	Totaal	*11*	*100,0%*		*Totaal*	*43*	*100,0%*
Minst frequent	Fysieke mishandeling	8	72,7%	Minst frequent	Fysieke mishandeling	35	81,4%
	Emotionele mishandeling	0	0,0%		Emotionele mishandeling	2	4,7%
	Financiële mishandeling	1	9,1%		Financiële mishandeling	6	14,0%
	Verwaarlozing	2	18,2%		Verwaarlozing	0	0,0%
	Totaal	*11*	*100,0%*		*Totaal*	*43*	*100,0%*

Tabel 3: Risicofactoren van ouderenmis(be)handeling.

- *Legende:*
  - J=jaar
  - Totaal = aantal huisartsen dat de enquête volledig hebben ingevuld

Risicofactoren Ouderenmisbehandeling				
Eigenschappen slachtoffer, meerdere antwoorden mogelijk	**Ervaring met ouderen(mis)behandeling**		**Geen ervaring**	
	Aantallen	**%**	**Aantallen**	**%**
Man	9	20,9%	1	10,1%
Vrouw	34	79,1%	10	90,9%
	Totaal: 43	100,0%	11	101,0%
Leeftijd				
65-75j	2	4,7%	0	0,0%
75-85j	24	55,8%	6	54,5%
>85j	17	39,5%	5	45,5%
	Totaal: 43	100,0%	11	100,0%
Familiale status				
getrouwd	7	16,7%	1	9,1%
weduwe	24	57,1%	4	36,4%
inwonend bij kind	7	16,7%	4	36,4%
resident in een WZC	12	28,6%	3	27,3%
alleenwonend	17	40,5%	6	54,5%
samenwonend met partner	0	0,0%	3	27,3%
	Totaal: 42	159,6%	21	191,0%
Scholingsgraad				
lager geschoold	29	67,4%	10	90,9%
gemiddeld geschoold	13	30,2%	1	9,1%
hoger geschoold	1	2,3%	0	2,3%
	Totaal: 43	99,9%	11	102,3%

Tabel 4: Welke stappen zouden de artsen ondernemen bij ouderenmis(be)handeling en wat zijn de drempels die ze ervaren?

- *Legende:*
  - Totaal = aantal huisartsen dat de enquête volledig hebben ingevuld

Stappen die u zou onderenemen bij ouderenmis(be)handeling				
Meerdere antwoorden mogelijk	Ervaring met ouderen(mis)behandeling		Geen ervaring	
	Aantallen	%	Aantallen	%
Gesprek met de betrokkenen	40	93%	9	81,8%
Verwijzing naar de sociale dienst	23	54%	3	27,3%
Inschakelen van de politie	1	2%	0	0,0%
Overleg met een hulplijn	9	21%	10	90,9%
Ouderen laten opnemen in een WZC	13	30%	0	0,0%
Aangeven aan een meldpunt	0	0%	5	45,5%
Andere	3	7%	0	0,0%
	Totaal: 89	207%	27	0,0%

Drempels die u ervaart bij rapportage van ouderenmis(be)handeling				
Meerdere antwoorden konden worden aangeduid.	Ervaring met ouderen(mis)behandeling		Geen ervaring	
	Aantallen	%	Aantallen	%
Onvoldoende kennis/opleiding over dit onderwerp (detectie, aanpak en verwijzing)	36	83,7%	11	100
Angst voor gerechtelijke gevolgen	8	18,6%	1	9,1
Angst dat het een invloed zou hebben op het beoefenen van uw job	7	16,3%	0	0
Angst dat het de vertrouwensrelatie met de patient zou schaden	31	72,1%	7	63,6
Ik vind het niet mijn taak om dit te melden en aan te pakken	0	0,0%	0	0
Tijdsgebrek	14	32,6%	3	27,3
Andere	6	14,0%	0	0
	Totaal: 102	237,3%	22	200

Tabel 5: Voelen de artsen zich vertrouwd met ouderenmis(be)handeling? En vermijden ze dit?

- *Legende:*
  - *Stelling 1:* Bent u het eens met volgende stelling: Ik voel mij als huisarts voldoende vertrouwd en heb voldoende kennis over ouderenmis(be)handeling om dit aan te pakken?

- *Stelling 2:* Bent u het eens met volgende stelling: Ik vermijd ouderenmis(be)handeling omdat ik het gevoel heb dat ik er weinig of niets aan kan doen.
- Totaal= aantal huisartsen dat de enquête volledig hebben ingevuld

Stelling 1:	**54**	**100,0%**
Oneens	19	35,2%
Eerder niet	24	44,4%
Neutraal	3	5,6%
Eerder wel	6	11,1%
Helemaal eens	2	3,7%
Stelling 2	**54**	**100,0%**
Oneens	8	14,8%
Eerder niet	14	25,9%
Neutraal	18	33,3%
Eerder wel	13	24,1%
Helemaal eens	1	1,9%

Goedkeuring ethische commissie:

Ons kenmerk: MP018248
Uw kenmerk: Masterproef studie: Ouderenmis(be)handeling, een e- learning voorafgegaan door een behoeftebepaling.
Leuven, 12-10-2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers Geachte Lotte Geens, Liesl Van Camp

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 12-10-2021

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering. Het betreft een prospectieve studie waarbij de voorkennis van Vlaamse

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 01-10-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry

Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Poster om enquête en e-learning te promoten:



Enquête:

Geachte collega,

In kader van onze masterthesis zouden wij graag onderzoeken wat de kennis over ouderenmis(be)handeling is bij de Vlaamse huisartsen. Ons doel is om de huidige kennis in beeld te brengen en deze ook te verbeteren aan de hand van een e-learning. Daarom vragen wij u om onderstaande vragenlijst in te vullen om uw huidige kennis na te gaan. De resultaten worden volledig anoniem verwerkt. Het tweede deel van dit onderzoek is het doorlopen van een e-learning module die kan gebruikt worden om uw kennis over dit onderwerp bij te stellen of als nuttige samenvatting.
Alvast bedankt voor uw deelname!

Deze studie is goedgekeurd door de Ethische commisie Onderzoek UZ/Kuleuven onder het nummer: MP018248

Geens Lotte en Van Camp Liesl, onder toezicht van prof. dr. Schoenmakers

Bent u HAIO of huisarts? Vrij tekst vak

Hoeveel jaren beoefent u het beroep als huisarts/HAIO al? Vrij tekst vak

In wat voor soort praktijk werkt u?

- Solopraktijk (1 arts)
- Duo (2 artsen)
- Groep (>2 artsen)
- wgc

Hoe vaak komt ouderenmis(be)handeling voor in uw praktijk (65+)

- o 1 keer per jaar
- o 1-2 keer per jaar
- o > 4 keer per jaar
- o 6 keer per jaar
- o Ik ben nog niet in aanraking gekomen met ouderenmis(be)handeling

Bronnen: [7][26]

Welke vormen van ouderenmis(be)handeling ziet u het vaakst? Plaats deze van meest naar minst voorkomend.
Indien u nog niet in aanraking bent gekomen met ouderenmis(be)handeling mag u deze vraag ook invullen (Welke vorm denkt u dat het meest voorkomt en welke het minste?)

- o Fysieke mishandeling
- o Emotionele mishandeling
- o Financiële mishandeling
- o Verwaarlozing

Bronnen: [7][27]

Indien u reeds in aanraking bent gekomen met ouderenmis(be)handeling: waren de slachtoffers dan overwegend mannelijk of vrouwelijk?
Indien niet: bij welk geslacht denkt u dat ouderenmis(be)handeling het frequentste voorkomt?

- o Mannelijk
- o Vrouwelijk

Bronnen: [5]

Indien u reeds in aanraking bent gekomen met ouderenmis(be)handeling: in welke leeftijdscategorie bevinden de patiënten zich dan het meest? Indien niet: bij welke leeftijdsgroep denkt u dat ouderenmis(be)handeling het frequentste voorkomt?

- o 65-75j

- 75_85j
- Ouder dan 85

Bronnen: [5][7][26]

Indien u reeds in aanraking bent gekomen met ouderenmis(be)handeling: wat is dan meestal de familiale status van het slachtoffer?
Indien niet: welke familiale status gaat het meest gepaard met ouderenmis(be)handeling volgens u?

- Getrouwd
- Weduwe
- Inwonend bij een kind
- Alleenwonend
- Samenwonend met partner
- Resident in een WZC;

Bronnen: [5][26]

Indien u reeds in aanraking bent gekomen met ouderenmis(be)handeling: wat is meestal het opleidingsniveau van de slachtoffers? Indien niet: welk opleidingsniveau denkt u dat het slachtoffer van ouderenmis(be)handeling meestal heeft?

- Lager geschoold
- Gemiddeld geschoold
- Hoger geschoold

Bronnen: [26]

Welke stappen zou u ondernemen als u met ouderenmis(be)handeling in aanraking komt? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Gesprek met de betrokkenen
- Verwijzing naar de sociale dienst
- Inschakelen van de politie
- Overleg met een hulplijn
- Ouderen laten opnemen in WZC
- Aangeven van ouderenmis(be)handeling bij meldingspunt in België
- Andere: vrij tekstvak

Bronnen: [21]

Wat zijn voor u mogelijke drempels in het aangeven van ouderenmis(be)handeling? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- Onvoldoende kennis/opleiding over dit onderwerp (detectie en aanpak), bij wie ik terecht kan bv. Vloco
- Angst voor gerechtelijke gevolgen
- Angst dat het een invloed zou hebben op het beoefenen van uw job
- Angst dat het de vertrouwensrelatie met de patiënt zou schaden
- Ik vind het niet mijn taak om dit te melden en aan te pakken.
- Tijdsgebrek
- Andere: vrij tekstvak

Bronnen: [20]–[22], [26]

Bent u het eens met volgende stelling: ik voel mij als huisarts voldoende vertrouwd en heb voldoende kennis over dit onderwerp om ouderenmis(be)handeling aan te pakken.

- o Oneens
- o Eerder niet
- o Eerder wel
- o Helemaal mee eens

Bronnen: [20]–[22], [29]

Bent u het eens met volgende stelling: ik vermijd dergelijke situaties omdat ik het gevoel heb dat ik er weinig of niets aan kan doen.

- o Oneens
- o Eerder niet
- o Eerder wel
- o Helemaal mee eens

Bronnen: [20]–[22], [29]

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

- ja
- nee

Bronnen: [5], [15], [21], [22], [27], [30]

Wat zou voor u de drempel om ouderenmis(be)handeling te rapporteren en aan te pakken verlagen?

- Een e-learning module kunnen doorlopen om de kennis over dit onderwerp te verbeteren
- Een e-form kunnen invullen om ouderenmis(be)handeling te melden en zo uw geïntegreerde praktijkpremie verhogen
- Andere: vrij tekst vak

Bronnen:[20], [22], [27], [29]

Bedankt voor uw tijd om deze enquête te doorlopen.

Lotte Geens en Liesl Van Camp

Informatiebrief:

UZ/KU Leuven

Faculteit Geneeskunde

Geens Lotte, Van Camp Liesl en prof. Dr. Schoenmakers Birgitte.

Campus gasthuisberg O&NII, Herestraat 49, bus 400

3000 Leuven

België

KULeuven

Een kwaliteitsverbeterend project over de kennis van ouderenmis(be)handeling bij Vlaamse huisartsen.

Geachte collega,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de kennis van Vlaamse huisartsen over ouderenmis(be)handeling. Wij zouden graag te weten komen wat de kennis hierover is momenteel bij de huisartsen en of we deze kunnen verbeteren door het aanbieden van een e-learning module.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie is gebaseerd op een literatuuronderzoek waaruit duidelijk naar voren komt dat huisartsen moeilijkheden ondervinden bij de diagnostiek van ouderemis(be)handeling en dat ze vaak niet goed weten hoe ze dit verder moeten opvolgen. Onze studie heeft daarom twee doelen. We willen de voorkennis van de Vlaamse huisartsen over ouderenmis(be)handeling bevragen (prevalentie, risicofactoren, vormen, aanpak). Hiervoor vragen wij u om een enquête, opgesteld in Qualtrics, in te vullen die peilt naar uw kennis over dit onderwerp (aanpak, detectie, rapportering). Deze zal ongeveer een 5-tal minuten van uw tijd in beslag nemen en zal online worden afgenomen. Daarna wordt u gevraagd om een, door ons opgestelde, e-learning module te doorlopen met als doel de kennis van de huisartsen over ouderenmis(be)handeling te verbeteren. Op het einde van deze e-learning module wordt er een kennistest gepresenteerd om te na te gaan of uw kennis verbeterd is en of u zich meer vertrouwd voelt met het onderwerp. Deze e-learning zal ongeveer een 45-tal minuten duren en zal ook online via het leerplatform SOFIA beschikbaar worden gesteld.

Wij vragen u om aan deze studie deel te nemen omdat we zoveel mogelijk Vlaamse huisartsen proberen te bereiken om zo een beter beeld te krijgen van de situatie voor Vlaanderen.

Aan deze studie zullen ongeveer *120* personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u een actieve huisarts of HAIO zijn in Vlaanderen. Liefst Nederlandstalig. U kan man/vrouw/x aanduiden op de enquête.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Deelname aan de studie zou echter een confrontatie kunnen zijn met een gevoelig thema. Andere nevenwerkingen worden niet verwacht tijdens deze studie. Indien u dit wenst kan u steeds bij een hulpverlener terecht voor een ondersteunend gesprek. Dit kan bij Lotte Geens (lotte.geens@student.kuleuven.be), Liesl Van Camp (liesl.vancamp@student.kuleuven.be), prof. Dr. Schoenmakers Birgitte (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be).

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek, u kan wel, door helen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan ons onderzoek en hierdoor ook uw eigen kennis over ouderenmis(be)handeling testen.

Deelnemen aan het onderzoek duurt ongeveer 45 minuten waarvan 5 minuten voor het invullen van deze enquête, vervolgens wordt er een e-learning module via SOFIA aangeboden van ongeveer 30 minuten en erna opnieuw een kennistest van ongeveer 10 minuten. U kan op elk moment u terugtrekken uit het onderzoek zonder negatieve gevolgen. De vragenlijst en e-learning module zullen beschikbaar blijven tot september 2022.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Ø Deze studie opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Ø Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- Ø De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Ø Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))
  Elke deelname aan een studie houdt een risico in voor de deelnemers, hoe klein ook. De opdrachtgever is, ook indien er geen sprake is van fout, aansprakelijk voor de schade die een deelnemer - of in geval van overlijden uw rechthebbenden - oploopt en die rechtstreeks of onrechtstreeks te wijten is aan de deelname aan de studie. Door hun inschrijving aan de KU Leuven zijn studenten aangesloten bij een ongevallenpolis. Daarnaast vergoedt een polis burgerlijke aansprakelijkheid voor studiegebonden aangelegenheden zoals de lichamelijke en materiële schade die een student door zijn fout aan derden berokkent tijdens een studieactiviteit in België of in het buitenland.
- Ø Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Lotte Geens of Liesl Van Camp via lotte.geens@student.kuleuven.be, liesl.van.camp@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker prof. Dr. Schoenmakers via e-mail birgitte.schoenmakers@kuleuven.be.

Slotformule

Voornaam Naam Ondertekenaar

Bijlagen

Kopie

E-learning module:

Zie testmodule HAIO ‘s Sofia (ouderenmis(be)handeling)

Kennistest op het einde van de module:

- Lichamelijk en psychisch misbruik zijn de meest frequente vormen van ouderenmis(be)handeling. Ja/Nee
- Dementie en depressie van de oudere zijn risicofactoren voor ouderenmis(be)handeling: Juist/Fout
- Welke modellen kan u gebruiken om risicofactoren van ouderenmis(be)handeling in kaart te brengen: CAW, vloco, famoasq, riti, easi, cgg, aim

- Alfons 80j, geeft aan dat hij verplicht werd al zijn meubelen te verkopen zodat zijn familie er geld zou mee verdienen. Hij is sinds enkele jaren blind en weet niet welke documenten hij ondertekend heeft. De kleinzoon is de voornaamste zorgverlener en heeft een moeilijk verleden met drugs en alcohol abusus. Hij had zijn grootvader verteld dat hij het geld van de meubelen zou investeren in zijn studies.
  In het AIM model, waar plaatst u het drug en alcohol misbruik van de kleinzoon?
- Steunfiguur of context
- Bij wie kan u terecht om anoniem uw casus te bespreken en geven ze deskundige informatie en advies. VLOCO, Panal, CAW, CGG
- Mag u hulp inroepen als de ouderen dit niet wilt en er geen acuut gevaar is voor de oudere? Ja/nee
- Indien u een vermoeden hebt van acuut gevaar voor de fysieke en mentale gezondheid van de patiënt bent u verplicht het beroepsgeheim te doorbreken. Dit is de hulpverleningsplicht. Juist/Fout
- Het delen van vertrouwelijke informatie over eenzelfde patiënt/client tussen professionals met het oog op het behalen van dezelfde doelstelling wordt het “gedeeld beroepsgeheim” genoemd. Indien mogelijk moet de betrokkenen hiervoor ook zijn voorafgaandelijke instemming hebben verleend (tenminste impliciet) of moet hij/zij er minstens van op de hoogte zijn gebracht. Juist/Fout

Feedback:

- Was dit wat u verwacht had van de module?
- Welke topics missen of zou graag anders zien? Vrij tekst mogelijk