

Ouderenmishandeling door bekenden

Agressie, verwaarlozing, benadeling

HANNIE C COMIJS

Casuïstiek

ENSCHDEDE – De buurt kende oma (89) en haar kleinzoon goed, de politie was op de hoogte van de situatie en zelfs de Riagg was er wel eens over de vloer geweest. Maar donderdag ging het mis. Bewoners van de Enschedese Ruischenborchstraat waarschuwden de surveillerende politiemensen dat oma was opgesloten in haar slaapkamer, en dat ze geen eten meer kreeg, maar slaag. De burens die de sleutel van oma hadden, betraden vervolgens – met de politie voorop – het pand en inderdaad: de deur van oma's slaapkamer was op slot. Na een flinke ram met een politieschouder vloog hij open, en daar lag ze, huilend op bed. Het tapijt was doordrenkt met urine en ontlasting, de matras was nat en de emmer die haar kleinzoon had achtergelaten halfvol. 'Ik heb zo'n honger', huilde oma. Ze had twee dagen lang niet te eten gehad. (...)

Hoewel het RIAGG oma al eerder had voorgesteld naar een verpleeghuis te gaan, had ze dat categorisch geweigerd. Ze zat daar goed bij haar kleinzoon. Maar na dat noodgedwongen verblijf in haar slaapkamer – zonder eten – stemde ze donderdag toe. [Trouw 21-10-1997]

De kleinzoon met wie ze samenwoonde vertelde de politie dat hij een paar dagen weg had moeten en haar daarom in haar slaapkamer had opgesloten. Toen de vrouw weer was aangesterkt is ze (op eigen verzoek) weer terug naar haar huis gegaan. Ze heeft geen aangifte gedaan bij de politie.

Rotterdam – Berooid, ondervoed en onderkoeld, zo overleed in 1996 in een ziekenhuis een bejaarde vrouw die jarenlang was opgelicht door een 62-jarige kennis. 'Verdachte wist met zielige verhalen de bejaarde vrouw over te halen getekende girobetaalkaarten af te geven. Het slachtoffer, een redelijk vermogende vrouw, moest op een gegeven moment zelfs de door haar beheerde rekening van een dochter aanspreken. Schattingen over het buitgemaakte bedrag lopen uiteen van 3,5 ton, die de verdachte toegeeft, tot 8 ton. Het geld ging op aan cadeautjes en bezoeken aan het casino. (...)

Volgens de rechtbank is er geen twijfel over mogelijk dat het slachtoffer uiteindelijk is overleden aan de gevolgen van de oplichting. Door

Samenvatting

Comijs HC. Ouderenmishandeling door bekenden. Agressie, verwaarlozing, benadeling. Huisarts Wet 2000; 43(8):351-4.

Het komt voor dat ouderen langdurig agressief worden bejegend, verwaarloosd en/of benadeeld, zonder dat iemand dit merkt; zij kunnen daardoor ernstige fysieke, emotionele en/of materiële schade oplopen. Huisartsen zouden een belangrijke rol kunnen spelen bij een vroegtijdige signalering van dergelijke ouderen-mishandeling, doordat zij vaak de enige persoon zijn die regelmatig contact heeft met kwetsbare ouderen en/of hun verzorgers. Huisartsen hebben echter in het algemeen nog weinig kennis en ervaring met dit probleem. Het is wenselijk dat hun kennis en bewustzijn op dit gebied worden vergroot, en dat er betere samenwerking ontstaat met andere hulpverlenende instellingen.

dr. H.C. Comijs, Vrije Universiteit, faculteit SCW/LASA, De Boelelaan 1081C, 1081 HV Amsterdam; tel: 020-4446770; fax: 020-4446775; e-mail: h.comijs@scw.vu.nl.

het ontstane geldgebrek, ging het slachtoffer zich verwaarlozen.

[Rotterdams Dagblad 20-05-1998/03-06-1998]

Definities

Ouderenmishandeling is een vorm van huiselijk geweld, die lange tijd verborgen is gebleven. Het gaat om vormen van onaanvaardbaar gedrag tegenover ouderen door een bekend persoon, zoals de partner, een familielid, een vriend(in) of een professionele hulpverlener. Net als andere vormen van huiselijk geweld blijft ouderenmishandeling meestal binnenskamers ten gevolge van schaamte, bedreiging of onmacht. Daardoor kunnen ouderen onopgemerkt langdurig agressief bejegend,

verwaarloosd en/of benadeeld worden en ernstige fysieke, emotionele en/of materiële schade oplopen.

De belangrijkste vormen van ouderen-mishandeling zijn:

- Lichamelijke agressie: het toebrengen van lichamelijk letsel (slaan, knijpen, duwen, etc.) of het dreigen daarmee.
- Psychische agressie: het toebrengen van psychische schade door bijvoorbeeld chronische verbale agressie, chantage of intimidatie.
- Seksueel misbruik: elke ongewenste seksuele handeling met of in het gezichtsveld van de oudere.
- Verwaarlozing: het onthouden van lichamelijke, psychische of medische zorg, of van voeding.
- Financiële benadeling: het zonder toestemming of oneigenlijk gebruik maken van geld of bezittingen van de oudere, of benadeling door degene die de geld- en bankzaken voor de oudere regelt.
- Schending van rechten: aantasting van de grondrechten van de persoon, zoals vastbinden op een stoel of opsluiten in een kamer.

Prevalentie

Er zijn vier recente bevolkingsonderzoeken naar de prevalentie van ouderenmishandeling onder thuiswonende, niet demente ouderen, waarvan er één in Nederland is uitgevoerd (tabel 1). De uitkomsten stemmen in hoge mate overeen, en de verschillen zijn goed te verklaren vanuit de verschillen in opzet; zo beperkten *Pillemer & Finkelhor* en *Podnieks et al.* hun onderzoek tot familieleden als mogelijke daders, en lieten zij vrienden, kennissen en professionele hulpverleners buiten beschouwing, terwijl *Kurrie et al.* uitgingen van een ruimere definitie van psychische agressie.

Onderzoek naar de prevalentie van ouderenmishandeling is niet eenvoudig. Enerzijds zijn zowel slachtoffer als dader niet erg geneigd over mishandeling te rapporteren, anderzijds zijn de slachtoffers van ernstige mishandeling vaak moeilijk

te bereiken. Een cross-sectioneel opgezet bevolkingsonderzoek heeft dan ook diverse beperkingen. Mensen met een slechte lichamelijke of psychische gezondheid zullen eerder geneigd zijn hun medewerking aan een onderzoek te weigeren. Aangezien een slechte gezondheid een risicofactor is van diverse vormen van ouderenmishandeling,^{1,2,5-7} leidt dit ongetwijfeld tot een zekere mate van onderrapportage. Daarnaast zullen slachtoffers van ernstige mishandeling waarschijnlijk niet meewerken aan een dergelijk onderzoek, doordat ze in sociaal opzicht geïsoleerd zijn of worden. Het gevolg is dat in cross-sectioneel onderzoek alleen relatief lichte vormen van agressie of benadeling worden vastgesteld. Op grond van het aantal 'ernstige' gevallen in ons eigen onderzoek en het aantal meldingen bij twee meldpunten⁹ kan de prevalentie van ernstige mishandeling worden geschat op 1 tot 4 op de 1000 ouderen.

Overigens moeten de gevolgen van 'lichte' vormen van mishandeling niet worden onderschat. Naast licht lichamelijk letsel en/of financiële schade hebben veel slachtoffers klachten van depressieve aard.^{2,7} De richting van het verband tussen depressieve kenmerken en ouderenmishandeling is echter niet altijd duidelijk. Het zou zowel om een risicofactor als om een gevolg van de mishandeling kunnen gaan. Een feit is echter dat de psychische gezondheid van slachtoffers van ook lichte vormen van ouderenmishandeling slechter is dan die van een controlegroep.⁸

De prevalentie van agressief gedrag jegens demente ouderen is aanzienlijk hoger (tabel 2). In deze onderzoeken zijn de informele verzorgers ondervraagd; de kans bestaat dat dezen sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven, hetgeen tot onderrapportage kan hebben geleid. De verschillende onderzoekers melden echter dat veel verzorgers opvallend bereid waren om te melden wat er zoal misging bij de verzorging van hun demente partner of familielid.¹⁰⁻¹³ Waarschijnlijk hangt dit samen met de bevinding dat veel agressie voortkomt uit enerzijds overbelasting van de verzorger¹⁰ en anderzijds agressief gedrag van de demente zelf. Verzorgers zit-

De kern

- Mishandeling van ouderen door familie, bekenden of professionele hulpverleners wordt onvoldoende onderkend.
- Ouderenmishandeling is meer dan fysieke mishandeling.
- Signaleren door hulpverleners is noodzakelijk, omdat slachtoffers mishandeling zelf niet melden.
- Ingrijpen door hulpverleners is noodzakelijk om mishandeling te stoppen of erger te voorkomen.
- Ook ogenschijnlijk lichte vormen van mishandeling leiden tot psychische klachten bij de slachtoffers.

ten vaak aan de toppen van hun kunnen en vinden het zelf onaangenaam dat ze uit hun slof schieten of wat te hardhandig met hun demente familielid omgaan.

Achtergronden

Waarom mishandelen mensen ouderen? Er zijn verschillende verklaringsmodellen, die deels zijn bevestigd door onderzoek:

- *Persoonlijkheidskenmerken* en de *psychische gesteldheid* van de dader lijken een belangrijke rol te spelen bij ouderenmishandeling. Onder daders zijn relatief veel mensen met psychische en/of emotionele problemen aangetroffen, en ook overmatig alcoholgebruik kan een rol spelen.^{3,5,6,14}
- *Gezinscultuur*. In sommige gezinnen wordt bij conflicten sneller naar fysiek dan naar verbaal geweld gegrepen. In ons eigen onderzoek bleek ruim 38 procent van de slachtoffers van fysieke mishandeling ook al vóór het 65e levensjaar geconfron-

teerd te zijn geweest met (lichamelijk) geweld, terwijl dit in de controlegroep bij geen enkele oudere het geval was. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor de hypothese dat kinderen die hun ouders mishandelen, zelf als kind door hun ouders zijn mishandeld.¹⁶

- *Overbelasting*. Ouderen worden in toenemende mate afhankelijk van hun omgeving voor hun (lichamelijke) verzorging en voor hulp bij financiële zaken, en ook in sociaal en emotioneel opzicht. Voor partners en/of familieleden kan dit grote consequenties hebben voor hun dagelijks leven. Echtgenoten kunnen bijvoorbeeld hun (zieke) partner niet meer alleen laten, en raken daardoor steeds meer geïsoleerd. Kinderen moeten de zorg voor hun zieke vader of moeder combineren met de verzorging van hun eigen gezin en/of hun baan. Als deze zorgen onvoldoende gedeeld (kunnen) worden, kan dit leiden tot overbelasting van de mantelzorgers. Uit onderzoek van *Pot et al.*¹⁰ blijkt dat verzorgers zich vaker lichamelijk agressief tegenover de dementerende oudere gedroegen wanneer zij meer psychische klachten hadden, zoals slaapproblemen, neerslachtigheid, prikkelbaarheid, etc.

- *Sociale isolatie*. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat ouderenmishandeling samenhangt met een zekere mate van sociale isolatie.^{6,8,16,17} Het verdwijnen van sociale steun en sociale contacten leidt tot een gebrek aan sociale controle, waardoor mishandeling niet wordt opgemerkt of in stand kan blijven; anderzijds zijn er geen mensen tegen wie de oudere zijn zorgen over de agressie en benadeling kan uiten of aan wie hij hulp en advies kan vragen.

Achter gesloten deuren

Ouderenmishandeling vindt bijna altijd plaats achter gesloten deuren en meestal zwijgen daders én slachtoffers erover, zelfs als er specifiek naar gevraagd wordt. Hiervoor zijn diverse oorzaken te noemen:

- Gevoelens van loyaliteit jegens de dader. Het slachtoffer houdt, ondanks de

soms ernstige mishandeling, de dader liever de hand boven het hoofd dan een breuk in de relatie te riskeren. Zeker wanneer de dader de partner of een kind is, kan zo'n breuk immers grote gevolgen voor het slachtoffer hebben.

- Schaamte en schuldgevoel kunnen ertoe leiden dat het slachtoffer mishandeling verzwijgt. Schuldgevoel kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer de dader een eigen kind is en door het slachtoffer zelf is opgevoed.
- Angst voor represailles kan ertoe bijdragen dat het slachtoffer niet om hulp vraagt. Het slachtoffer is bang dat de dader te weten komt dat hij om hulp heeft gevraagd, waardoor de mishandeling zou kunnen toenemen.
- Afhankelijkheid van de dader kan het slachtoffer ervan weerhouden om hulp te vragen. Wanneer opname in een verzorgings- of verpleeghuis het alternatief is, zal een oudere niet snel geneigd zijn om mishandeling door de verzorger ter sprake te brengen. Dit geldt ook wanneer de dader een van de weinige overgebleven sociale contacten van het slachtoffer is; een breuk zou dan ingrijpende consequenties hebben.

Hulpverlening en signalering

Er bestaat in Nederland geen structurele hulpverlening bij ouderenmishandeling, zoals dat wel het geval is voor kindermishandeling. Huisartsen zouden een belangrijke rol kunnen spelen bij het vroegtijdig signaleren van ouderenmishandeling, doordat zij vaak als enigen regelmatig contact hebben met de betrokkenen. Uit de ervaringen van de twee meldpunten blijkt echter dat huisartsen zelden naar de meldpunten verwezen. Uit buitenlands onderzoek blijkt bovendien dat huisartsen zich nauwelijks bewust zijn van het bestaan van ouderenmishandeling en bovendien vaak niet weten hoe ze het probleem aan zouden kunnen pakken.^{18,19} Verreweg de meeste meldingen van ouderenmishandeling komen dan ook niet van huisartsen, maar van verpleegkundigen of andere professionele verzorgers; dezen hebben echter geen toegang tot alle ouderen, waardoor veel mishandeling ongemerkt blijft.

Tijdige signalering van ouderenmishandeling zou veel ellende kunnen voorkomen. Belangrijke signalen zijn:

- onverklaarbare blauwe plekken, fracturen en andere verwondingen of tegenstrijdige verklaringen over de oorsprong van die verwondingen;
- tekenen van verwaarlozing, slechte hygiëne, onverklaarbaar gewichtsverlies, slechte medicijnname;
- verwardheid, vergeetachtigheid of depressieve kenmerken;
- de oudere krijgt geen kans om alleen met de hulpverlener te praten zonder aanwezigheid van de vermoedelijke veroorzaker of laat de hulpverlener niet eens binnen;
- de eventuele verzorger toont tekenen van onverschilligheid over het wel en wee van de oudere of schreeuwt tegen de oudere in aanwezigheid van de hulpverlener;
- de eventuele verzorger vertoont tekenen van overbelasting.

Bij een vermoeden van mishandeling is het van belang om voorzichtig en zorgvuldig de oorzaken in kaart te brengen. Op grond daarvan kan, samen met de betrokkene, gezocht worden naar de beste oplossing. Uiteraard geldt dit voor ouderen die wilsbekwaam geacht worden; is dit niet het geval, dan is ingrijpen gerechtvaardigd.

De huisarts kan bij de signalering een belangrijke rol spelen; de verdere opvang en begeleiding kunnen in principe het beste plaatsvinden in een zorgverlenende instantie die in korte tijd een intensieve en adequate interventie kan realiseren.

Landelijk Steunpunt

Enkele jaren geleden is op initiatief van het ministerie van VWS een Landelijk Steunpunt Bestrijding Ouderenmishandeling (LSBO) in het leven geroepen om ouderenmishandeling onder de aandacht te brengen van professionele hulpverleners. Dit steunpunt heeft inmiddels diverse regionale bijeenkomsten georganiseerd om het signaleren van ouderenmishandeling en het bieden van adequate hulp te stimuleren. Nadere inlichtingen worden verstrekt door het LSBO, telefoon 030-2306651.

Tabel 1 Prevalentie van ouderenmishandeling onder zelfstandig wonende, niet demente ouderen. Percentages

	Pillemer & Finkelhor ¹	Podnieks et al. ²	Kurrie et al. ³	Comijs et al. ⁴
Fysieke agressie	2,0	0,5	2,1	1,2
(Chronisch) verbale agressie	1,1	1,4		3,2
Psychisch agressie			2,5	
Verwaarlozing	0,4	0,4	1,4	0,2
Financiële benadeling		2,5	1,1	1,4
Totale prevalentie	3,2	4,0	4,6	5,6

Tabel 2 Prevalentie van ouderenmishandeling onder thuiswonende, demente ouderen. Percentages

	Homer & Gilleard ¹²	Paveza et al. ¹¹	Pillemer & Suitor ¹³	Pot et al. ¹⁰
Fysieke agressie	13,7	5,4	5,9	10,7
(Chronisch) verbale agressie	41,2			30,2
Verwaarlozing	11,8			

Literatuur

- 1 Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse. A random sample survey. *Gerontologist* 1998;28:51-7.
- 2 Podnieks E, Pillemer K, Nicholson JP, et al. National survey on abuse of the elderly in Canada. Ontario: Ryerson Polytechnical Institute, 1990.
- 3 Kurrle SE, Sadler PM, Cameron ID. Patterns of elder abuse. *Med J Aust* 1992;157:673-6.
- 4 Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:885-8.
- 5 Pillemer K, Finkelhor D. Causes of elder abuse: Caregivers stress versus problem relatives. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:179-87.
- 6 Godkin MA, Wolf RS, Pillemer KA. A case-comparison analysis of elder abuse and neglect. *Int J Aging Hum Dev* 1989;28:207-25.
- 7 Comijs HC, Smit JH, Pot AM, et al. Risk indicators of elder mistreatment in the community. *J Elder Abuse Neglect* 1998;9:67-76.
- 8 Comijs HC, Penninx BWJH, Knipscheer CPM, van Tilburg W. Psychological distress in victims of elder mistreatment: the effects of social support and coping. *J Gerontol* 1999;54:240-5.
- 9 Faber E, Van Weeghel J. Melding van ouderen-mishandeling. Utrecht: NeGv, 1994.
- 10 Pot AM, Van Dyck R, Jonker C, Deeg DJH. Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:156-62.
- 11 Paveza GJ, Cohen D, Eisdorfer C, et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *Gerontologist* 1992;32:493-7.
- 12 Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ* 1990;301:1359-62.
- 13 Pillemer K, Suitor JJ. Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *J Gerontol* 1992;47:S165-72.
- 14 Jarde OJ, Marc B, Dwyer J, et al. Mistreatment of the aged in the home environment in Northern France: a year survey (1990). *Med Law* 1992;11:641-8.
- 15 Comijs HC, Jonker C, Pot AM, Smit JH. Agres-sie tegen en benadeling van ouderen. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1996.
- 16 Wolf RS, Pillemer KA. Helping elderly victims. The reality of elder abuse. New York: Colombia University Press, 1989.
- 17 Lachs MS, Berkman L, Fulmer T, Horwitz RI. A prospective community-based pilot study of risk factors for the investigation of elder mistreatment. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:169-73.
- 18 Rosenblatt DE, Cho KH, Durand PW. Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:65-70.
- 19 McCreadie C, Bennett G, Tinker A. General practitioners' knowledge of the abuse of older people in the community: report of an exploratory research study in the inner-London borough of Tower Hamlets. *Br J Gen Pract* 1998;48:1687-8.

Zwangerschap en sport

Vervolg literatuur pag. 350

- 10 Lotgering FK, Spinnewijn WEM, Struijk PC, Boomsma F, et al. Respiratory and metabolic responses to endurance cycle exercise in pregnant and postpartum women. *Int J Sports Med* 1998;19:193-8.
- 11 Hummel P. Changes in posture during pregnancy [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1987.
- 12 Calguneri M, Bird HA, Wright V. Changes in joint laxity occurring during pregnancy. *Ann Rheumatic Diseases* 1982;41:126-8.
- 13 Dumas GA, Reid JG. Laxity of knee cruciate ligaments during pregnancy. *J Orth & Sports Phys Therapy* 1997;26:2-6.
- 14 Jones RL, Botti JJ, Anderson WM, Bennet NL. Thermoregulation during aerobic exercise in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985;65:340-5.
- 15 Katz VL, McMurray R, Goodwin WE, Cefalo RC. Nonweightbearing exercise during pregnancy on land and during immersion. A comparative study. *Am J Perinatol* 1990;7:281-4.
- 16 Exercise during pregnancy and the postpartum period. *ACOG Technical Bulletin* 1994;189:1-5.
- 17 Davies B, Bailey DM, Budgett R, Sanderson DC, et al. Intensive training during a twin pregnancy. A case report. *Lancet* 1999;20:415-8.
- 18 Locke S, Colquhoun D, Brinner M, Ellis L. Squash racquets. A review of physiology and medicine. *Sports Med* 1997;23:130-8.
- 19 Katz VL, Ryder RM, Cefalo RC, Carmichael RA, et al. A comparison of bed rest and immersion for treating the edema of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1990;75:147-51.
- 20 Kent T, Gregor J, Deardorff L, Katz VL. Edema of pregnancy a comparison of wateraerobics and static immersion. *Obstet Gynecol* 1999;94:726-9.
- 21 Nemiroff MJ, Wilson JR, Kirschbaum TH. Multiple hyperbaric exposures during pregnancy in sheep. *Am J Obstet Gynecol* 1981;140:651-5.
- 22 Jennings RT. Women and the hazardous environment. When the pregnant patient requires hyperbaric oxygen therapy. *Aviat Space Environ Med* 1987;58:370-4.
- 23 Bolton ME. Scuba diving and fetal wellbeing. A survey of 208 women. *Undersea Biomed Res* 1980;7:183-9.
- 24 Turner G, Unsworth I. Intrauterine bends? *Lancet* 1982; 905.
- 25 Cresswell JE, St Leger-Dowse M. Women and scuba diving. *BMJ* 1991;302:1590-1.
- 26 Baumann H, Bung P, Fallenstein F, Huch A, et al. Reaktion von Mutter und Fet auf die körperliche Belastung in der Höhe. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1985;45:869-76.
- 27 Huch R. Physical activity at altitude in pregnancy. *Sem Perinat* 1996;20:303-14.
- 28 Niermeyer S. The pregnant altitude visitor. *Adv Exp Med Biol* 1999;474:65-77.
- 29 Kardel KR, Kase T. Training in pregnant women. Effects on fetal development and birth. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:280-6.
- 30 Clapp JF III, Simonian S, Lopez B, Appleby-Wineberg S, et al. The one-year morphometric and neurodevelopmental outcome of the offspring of women who continued to exercise regularly throughout pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1988;178:594-9.
- 31 Clapp JF III, Lopez B, Harcar-Sevcik R. Neonatal behavioral profile of the offspring of women who continued to exercise regularly throughout pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:91-4.