

# OUDERENMISBEHANDELING IN DE THUISSITUATIE

Gevalideerd door Cebam in november 2013

AUTEURS

M. VANHALEWYN, A.-M. OFFERMANS, B. FAUQUERT, M. ROLAND

|                                                                                                                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>INLEIDING</b>                                                                                                                       | <b>S1</b>  |
| <b>KLINISCHE VRAGEN</b>                                                                                                                | <b>S2</b>  |
| <b>DEFINITIES EN BEGRIPPEN</b>                                                                                                         | <b>S2</b>  |
| <b>EPIDEMIOLOGIE</b>                                                                                                                   | <b>S3</b>  |
| <b>DETECTIE VAN OUDERENMISBEHANDELING</b>                                                                                              | <b>S3</b>  |
| Wanneer is er een hoog risico op ouderenmisbehandeling?                                                                                | S3         |
| Wanneer moet de huisarts nog alert zijn voor ouderenmisbehandeling?                                                                    | S3         |
| Kan de huisarts een formele diagnose stellen bij een vermoeden van misbehandeling?                                                     | S4         |
| <b>INSCHATTING</b>                                                                                                                     | <b>S4</b>  |
| Op welke manier moet de huisarts een situatie van ouderenmisbehandeling beoordelen?                                                    | S4         |
| Hoe en met welke instrumenten kan het vermogen van de oudere om de situatie te melden en zijn beslissingsbekwaamheid ingeschat worden? | S4         |
| Wat kan de huisarts doen bij comorbiditeit (bijvoorbeeld dementie en depressie) bij het slachtoffer en/of de pleger?                   | S4         |
| Hoe kan de huisarts de urgentie, ernst, veiligheid en het verdere verloop van de situatie inschatten?                                  | S4         |
| <b>AANPAK VAN OUDERENMISBEHANDELING</b>                                                                                                | <b>S5</b>  |
| Wat kan de huisarts doen als hij ouderenmisbehandeling vaststelt?                                                                      | S5         |
| Hoe kan de huisarts omgaan met ontkenning of minimalisering van misbehandeling door de oudere?                                         | S5         |
| Hoe kan de huisarts omgaan met gebrek aan autonomie bij de oudere?                                                                     | S5         |
| Wanneer moet de oudere doorverwezen worden?                                                                                            | S5         |
| Hoe kan de huisarts omgaan met familierelaties?                                                                                        | S5         |
| Welke houding moet de huisarts aannemen tegenover de vermeende pleger van misbehandeling als het om een zorgverlener gaat?             | S6         |
| Hoe kan de huisarts een verergering van misbehandeling of herhaling ervan voorkomen?                                                   | S6         |
| <b>MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING</b>                                                                                                 | <b>S6</b>  |
| Op welke ondersteunende diensten kan de huisarts een beroep doen?                                                                      | S6         |
| Welke hulp kunnen deze diensten bieden?                                                                                                | S6         |
| Hoe kan de huisarts samenwerken met deze diensten?                                                                                     | S6         |
| <b>KERNBOODSCHAPPEN</b>                                                                                                                | <b>S7</b>  |
| <b>GRADE</b>                                                                                                                           | <b>S8</b>  |
| <b>CONSENSUSPROCEDURE</b>                                                                                                              | <b>S8</b>  |
| <b>VOORWAARDEN VOOR IMPLEMENTATIE</b>                                                                                                  | <b>S8</b>  |
| <b>TOETSELEMENTEN</b>                                                                                                                  | <b>S8</b>  |
| <b>RESEARCHAGENDA</b>                                                                                                                  | <b>S8</b>  |
| <b>TOTSTANDKOMING</b>                                                                                                                  | <b>S8</b>  |
| <b>BIJLAGE 1: GERECHTELIJKE ELEMENTEN</b>                                                                                              | <b>S11</b> |
| <b>BIJLAGE 2: MEDISCH DOSSIER EN CERTIFICAAT</b>                                                                                       | <b>S16</b> |
| <b>BIJLAGE 3: ONDERSTEUNENDE DIENSTEN</b>                                                                                              | <b>S23</b> |
| <b>NOTEN</b>                                                                                                                           | <b>S26</b> |

# OUDERENMISBEHANDELING IN DE THUISSITUATIE

Gevalideerd door Cebam in november 2013

M. VANHALEWYN, A.-M. OFFERMANS, B. FAUQUERT, M. ROLAND

## OMSCHRIJVING

**Vanhalewyn M, Offermans AM, Fauquert B, Roland M. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Ouderenmisbehandeling in de thuissituatie. Antwerpen: Domus Medica vzw; 2014.**

Deze richtlijn is een Nederlandse herwerking van: Vanhalewyn M, Offermans AM, Fauquert B, Roland M. *Recommandations de bonne pratique: Maltraitance des personnes âgées à domicile*. Brussel: Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG); 2013.

## AUTEURS

M. Vanhalewyn, B. Fauquert en M. Roland zijn huisartsen;

A.-M. Offermans is sociologe gespecialiseerd in de preventie van huiselijk geweld.

Vertaling door K. Joris en H. Claessens.

Nederlandse herwerking door Domus Medica:

K. Hillemans, huisarts en bestuurslid Domus Medica;

H. Claessens en I. Meul, medewerkers Domus Medica.

## INBRENG VAN DE PATIËNT EN AFWEGING DOOR DE HUISARTS

Richtlijnen voor goede medische praktijkvoering zijn richtinggevend als ondersteuning en een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsengeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de huisarts de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat huisarts en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

## INLEIDING

### Motivatatie voor de richtlijn

De misbehandeling van ouderen in de thuissituatie is een onderschat fenomeen. Volgens de meest recente systematische review loopt een op vier ouderen risico op misbehandeling, slechts een fractie hiervan wordt herkend.<sup>1</sup> Een systematische benadering van de ethische en maatschappelijke dimensie van dit probleem is nuttig, zelfs noodzakelijk, om de tussenkomst van de huisarts doeltreffend te maken.

Uit de literatuur blijkt dat dit misbruik prevalent genoeg is voor de medische eerstelijnszorg om er aandacht aan te besteden.<sup>2</sup> Gezien de snel verouderende bevolking dreigt het probleem nog groter te worden. Misbehandeling kan leiden tot ernstige lichamelijke en soms blijvende psychologische trauma's, waaronder depressie.<sup>3</sup> Ouderen behoren bovendien tot de risicogroepen voor geweld in de thuissituatie.<sup>4</sup>

Gezien de impact op de gezondheid is het essentieel dat de huisarts de juiste aanpak hanteert. Sommige onderzoeken benadrukken dat, in geval van ouderenmisbehandeling in de privésfeer, de huisarts kan optreden als een bevoorrechte gesprekspartner.<sup>5</sup>

### Doel van de richtlijn

Deze richtlijn voor goede medische praktijkvoering biedt huisartsen een kader bij de detectie, inschatting, begeleiding en multidisciplinaire aanpak van ouderenmisbehandeling in de thuissituatie. Deze richtlijn is gebaseerd op een systematisch overzicht van de literatuur en op consensusprocedures met experts uit het veld en een panel van huisartsen. Ze werd opgesteld door de *Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)*, in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, in het kader van het Belgisch Nationaal Actieplan ter bestrijding van intrafamiliaal geweld.<sup>6</sup> Vooraleer de richtlijn naar het Nederlands vertaald werd, werd ze op basis van het advies

## Disclaimer

Het opstellen van dit document is een werk van lange adem geweest waaraan de uiterste zorg is besteed. Desondanks kan Domus Medica u geen perfect resultaat garanderen, en is Domus Medica, behalve in geval van bedrog of opzettelijke fout, niet (mede)aansprakelijk voor eventuele onvolledigheden of onjuistheden, noch voor eventuele schade, overlast of ongemakken van welke aard dan ook die het gevolg zouden zijn van het gebruik, op welke wijze dan ook, van dit document. Domus Medica is evenmin (mede)aansprakelijk voor op dit document en/of de daarin opgenomen informatie gebaseerde beslissingen, handelingen of nalatigheden. Dit document heeft enkel een informatieve waarde. Aan de inhoud ervan kunnen bijgevolg op geen enkele wijze rechten of plichten ontleend worden. Dit document mag evenmin worden gezien als een professioneel oordeel door iemand met de daartoe vereiste kwalificaties, kennis en bekwaamheid. Incorrecte gegevens of tekortkomingen geven geen recht op een financiële compensatie.

De vermelding van bepaalde rechtspersonen of producten betekent geenszins dat deze worden aanbevolen boven andere gelijkaardige bedrijven of producten. Indien verwezen wordt naar informatie verspreid door een derde, is Domus Medica niet aansprakelijk voor de informatie verspreid door deze derde. De volledige inhoud van dit document wordt beheerst door het Belgische recht en kan enkel aan de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken worden onderworpen.

van het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling aangepast aan de Vlaamse context. Dr. Kristof Hillemans, Hanne Claessens en Ineke Meul van Domus Medica stonden in voor de Nederlandse versie van deze richtlijn.

### Doelgroep

De richtlijn betreft senioren vanaf 65 jaar en richt zich om praktische redenen op familiaal geweld in de thuissituatie. Zelfverwaarlozing werd niet opgenomen. Geweld tegen partner en kinderen wordt besproken in andere publicaties.<sup>7</sup>

## KLINISCHE VRAGEN

### Detectie

- Wanneer is er een hoog risico op ouderenmisbehandeling?
- Wanneer moet de huisarts nog alert zijn voor ouderenmisbehandeling?
- Kan de huisarts een formele diagnose stellen bij een vermoeden van misbehandeling?

### Inschatting

- Op welke manier moet de huisarts een situatie van ouderenmisbehandeling beoordelen?
- Hoe en met welke instrumenten kan het vermogen van de oudere om de situatie te melden en zijn beslissingsbekwaamheid ingeschat worden?
- Wat kan de huisarts doen bij comorbiditeit (bijvoorbeeld dementie en depressie) bij het slachtoffer en/of de pleger?
- Hoe kan de huisarts de urgentie, ernst, veiligheid en verdere verloop van de situatie inschatten?

### Aanpak

- Wat kan de huisarts doen als hij ouderenmisbehandeling vaststelt?
- Hoe kan de huisarts omgaan met ontkenning of minimalisering van de misbehandeling door de oudere?
- Hoe kan de huisarts omgaan met gebrek aan autonomie bij de oudere?
- Wanneer moet de oudere doorverwezen worden?
- Hoe kan de huisarts omgaan met familierelaties?
- Welke houding moet de huisarts aannemen tegenover de vermeende pleger van misbehandeling als het gaat om een zorgverlener?
- Hoe kan de huisarts een verergering van misbehandeling of herhaling ervan voorkomen?

### Multidisciplinaire samenwerking

- Op welke ondersteunende diensten kan de huisarts een beroep doen?
- Welke hulp kunnen deze diensten bieden?
- Hoe kan de huisarts samenwerken met deze diensten?

### Juridisch en deontologisch kader

- Wanneer en op welke manier moet de huisarts gerecht en politiediensten betrekken om de veiligheid van de oudere te waarborgen?

- Onder welke voorwaarden moet informatie worden meege-deeld aan de familie, de omgeving van de oudere, andere zorgverleners, politiediensten en justitie?
- Wat is de rol van de huisarts in de aanstelling van een voorlopig bewindvoerder?

### Medisch dossier en certificaat

- Welke gegevens worden opgenomen in het medisch dossier?
- Welke gegevens worden vermeld in het medisch attest dat aan de oudere overhandigd wordt en wat zijn de voorwaarden hiervoor?

## DEFINITIES EN BEGRIPPEN

### Ouderenmishandeling volgens WGO

De definitie van ouderenmisbehandeling varieert naargelang het land en de cultuur.<sup>8</sup> De inhoud varieert in functie van de beoogde doelstellingen en het conceptueel kader waarbinnen de mishandeling plaatsvindt.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is mishandeling: *‘Een eenmalige of herhaalde handeling, of de afwezigheid van een gepast ingrijpen bij een een relatie die geacht wordt een vertrouwensrelatie te zijn, en die verwondingen of moreel leed berokkent aan de oudere persoon die er slachtoffer van is.’*<sup>9</sup>

In België worden deze eenmalige of herhaalde handelingen als volgt gespecificeerd:<sup>10</sup>

- ze worden gepleegd door een persoon of een groep mensen binnen een persoonlijke of professionele relatie;
- ze berokkenen fysieke, morele of materiële schade;
- ze kunnen al dan niet opzettelijk gebeuren.

### Ouderenmis(be)handeling

Gespecialiseerde Vlaamse diensten noteren ouderenmis(be)handeling, om te benadrukken dat naast opzettelijke mishandeling ook sprake kan zijn van niet-bewuste handelingen of nalaten van handelingen die de oudere verdriet, pijn of kwaad berokkenen. Dergelijke situaties worden ook ‘ontspoorde zorg’ genoemd.

### Vormen van misbehandeling

Misbehandeling is vaak het resultaat van een lang proces waarin drie elementen interageren: de oudere, de vermeende pleger, de context waarin de oudere en de pleger met elkaar omgaan.<sup>11</sup>

Men maakt een onderscheid tussen verschillende vormen van misbehandeling:<sup>12</sup>

- fysieke mishandeling: pijn doen, verwondingen toebrengen, vastbinden of andere vormen van fysieke dwang, medicamenteuze dwangbehandeling (klappen geven, omverduwen, stompen, vastbinden);
- psychische of morele misbehandeling: moreel leed toebrengen (vernederen, beledigen, emotionele onverschilligheid, kleineren);
- financiële of materiële misbehandeling: uitbuiten of ongepast of illegaal gebruiken van de financiële middelen of inkom-

sten van een oudere persoon (verduistering van geld, slecht financieel beheer, diefstal of beroving van bezittingen);

- seksuele mishandeling: ongewenst seksueel contact met een oudere persoon (aanraken, verkrachting, andere vormen van seksuele dwang);
- verwaarlozing: weigeren om zorg op te nemen of te betalen (voedsel of drank ontzeggen, dagelijkse activiteiten verhinderen, onvoldoende zorg naargelang de gezondheidstoestand van de persoon);
- burgerlijke misbehandeling: de waardigheid van een persoon aantasten en hem verhinderen zijn rechten uit te oefenen, sociale uitsluiting, contact met familie verhinderen (verhinderen om te stemmen, isoleren);
- situaties waarin drie of meer vormen van ouderenmisbehandeling samen voorkomen.

## EPIDEMIOLOGIE

De omvang van ouderenmisbehandeling wordt slechts gedeeltelijk gevat in de statistieken. Bovendien zijn de onderzoeksgegevens moeilijk te vergelijken, omdat de studies niet dezelfde definitie, leeftijdsdrempel of meetinstrumenten hanteren.

In België zijn twee recente studies beschikbaar die de omvang van de problematiek slechts gedeeltelijk aan het licht brengen.<sup>13,14</sup>

In Vlaanderen meldde 32% van de vrouwen vanaf 60 jaar een vorm van misbehandeling tijdens het afgelopen jaar. Psychische mishandeling kwam het vaakst voor (27,5%), gevolgd door financieel misbruik (5,8%), verwaarlozing (5,6%), seksueel (2,4%) en fysiek geweld (2,2%).<sup>13</sup>

In Wallonië meldde 28,19% van de ouderen boven 70 jaar een situatie van misbehandeling. Hier werden verwaarlozing (21,41%) en psychisch geweld (18,11%) het vaakst genoemd, gevolgd door financieel misbruik (7,88%), fysiek geweld (6,38%) en in mindere mate seksueel geweld (1,20%).<sup>14</sup>

De plegers van misbehandeling behoren meestal tot de familiekring. Echtgenoten of partners misbehandelen de oudere op psychische of fysieke wijze, leggen onder dwang een medicamenteuze behandeling op of schenden burgerlijke rechten. Kinderen (zoon of dochter) verwaarlozen een ouder of buiten die financieel uit.

Erover praten blijft een gevoelige kwestie. Praten met de pleger heeft vaak geen gunstig resultaat.<sup>15</sup> Praten wordt makkelijker in aanwezigheid van een ander familielid dan de pleger of van een vriend(in).<sup>16</sup>

Misbehandeling van ouderen wordt geassocieerd met een hogere mortaliteit.<sup>17</sup> Het verhoogt de kans op ziekenhuisopname.<sup>18</sup>

## DETECTIE VAN OUDERENMISBEHANDELING

Internationale gezondheidsorganisaties bevestigen unaniem dat situaties van ouderenmisbehandeling voldoende prevalent zijn, opdat medische eerstelijnssteams er aandacht aan zouden besteden en om ze geval per geval op te sporen.<sup>19</sup>

## Wanneer is er een hoog risico op ouderenmisbehandeling?

### Aanbeveling

- De aanwezigheid van een enkele risicofactor is niet voldoende. Het samengaan van verschillende factoren moet wel de aandacht van de arts trekken (GRADE 1C).<sup>20</sup>
- Wees alert en houd rekening met de aanwezigheid en het samengaan van volgende risicofactoren bij de oudere: depressie, dementie, gebrek aan communicatie, weinig steun/sociaal contact, afhankelijkheid en financiële problemen (GRADE 1C);
- Wees alert en houd rekening met de aanwezigheid en het samengaan van volgende risicofactoren bij de vermeende pleger: chronisch alcoholisme, depressie en de mate van afhankelijkheid ten aanzien van de oudere (GRADE 2C).<sup>21</sup>

### Toelichting

Risicovolle situaties zijn situaties waarin verschillende individuele, relationele en maatschappelijke factoren samenkomen. In het kader van deze aanbeveling bereikten experts een consensus over de risicofactoren bij ouderen en vermeende plegers.<sup>22</sup> Het gaat niet om risicofactoren in de strikte zin van het woord, omdat slechts één statistisch verband is aangetoond, zonder bewijs van causaliteit.

### Risicofactoren

#### Bij de oudere:

- Depressie
- Dementie
- Gebrek aan communicatie (familie, vrienden, hulpverleners)
- Weinig steun/sociaal contact (lange perioden van isolement, geen informatie van buitenaf)
- Afhankelijkheid (voor verplaatsingen, voor continentie, voeding, hygiëne, beheer van geld,...)
- Financiële problemen

#### Bij de vermeende pleger:

- Chronisch alcoholisme
- Depressie
- Mate van afhankelijkheid ten aanzien van de oudere

## Wanneer moet de huisarts nog alert zijn voor ouderenmisbehandeling?

In de literatuur worden nog waarschuwingssignalen vermeld die in de consensusprocedure niet werden behouden. Ze moeten nochtans de aandacht van de huisarts wekken, vooral bij een combinatie van signalen.

Het gaat bijvoorbeeld om verwaarloosde kledij, onverklaarbare valpartijen en verwondingen, ondervoeding, functionele achteruitgang,<sup>23</sup> gedrag van de oudere (teruggetrokken houding) of uitingen van stress bij de omgeving.<sup>24</sup> Anderzijds zetten chronische ziekten die verband houden met misbehandeling aan tot frequentere huisartsbezoeken, wat detectie vergemakkelijkt.<sup>25</sup> Herhaalde suïcidepogingen kunnen een aanwijzing zijn.<sup>25</sup>

## Kan de huisarts een formele diagnose stellen bij een vermoeden van misbehandeling?

### Aanbeveling

- Gebruik het gevalideerde instrument 'Elder Abuse Suspicion Index (EASI)' voor vermoeden van ouderenmisbehandeling (GRADE 1C).<sup>26</sup>

### Toelichting

Er is onvoldoende bewijs om een systematische detectie (screening) van ouderenmisbehandeling aan te bevelen in de eerstelijnsgezondheidszorg.<sup>27</sup> Er is bovendien geen formele procedure voor het stellen van een diagnose misbehandeling. Een gevalideerde schaal van vermoeden is momenteel beschikbaar voor huisartsen: de *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)*.<sup>28</sup> Deze schaal is bruikbaar bij personen zonder dementie (met een MMSE  $\geq$  24) en heeft slechts een gevoeligheid van 47% en een specificiteit van 75%.<sup>29</sup>

Vragen 1 tot 5 moeten aan de patiënt(e) worden gesteld; vraag 6 wordt ingevuld door de arts. De antwoordmogelijkheden zijn: 'ja, nee, heeft niet geantwoord'.

#### Elder Abuse Suspicion Index (EASI)

##### Vragen aan de patiënt

Tijdens de afgelopen twaalf maanden:

1. Bent u afhankelijk geweest van iemand voor een van de volgende situaties: een bad of douche nemen, aankleden, boodschappen doen, bankzaken beheren of maaltijden bereiden?
2. Heeft iemand u verhinderd om eten, kleren, geneesmiddelen, een bril, een hoorapparaat te kopen, medische hulp in te schakelen of mensen te ontmoeten die u graag wilt zien?
3. Heeft u zich beschaamd of bedreigd gevoeld door wat iemand gezegd heeft?
4. Heeft iemand u gedwongen om documenten te ondertekenen of uw geld te gebruiken tegen uw wil?
5. Heeft iemand u bang gemaakt, aangeraakt op een manier die u niet wenst of fysiek pijn gedaan?

##### Vraag voor de arts

6. Misbehandeling van een oudere kan gepaard gaan met signalen zoals moeite om oogcontact te behouden, teruggetrokken houding, ondervoeding, problemen met hygiëne, snijwonden, blauwe plekken, onaangepaste kledij of problemen met therapietrouw. Hebt u dergelijke signalen opgemerkt vandaag of in de afgelopen twaalf maanden?

*Als het antwoord op een of meerdere van de vragen 2 tot 6 'ja' is, kan misbehandeling aanwezig zijn.*

Een noodzakelijke voorwaarde is dat de oudere persoon in een vertrouwensrelatie is en niet vergezeld wordt. De huisarts heeft tijd en stelt alle vragen in de voorgestelde volgorde. De resultaten van detectie-instrumenten zoals de EASI moeten daarna bevestigd worden door een gespecialiseerd team.<sup>30</sup> Enige voorzichtigheid is geboden, omdat de tests mogelijk neveneffecten hebben die weinig onderzocht zijn (schaamte, schuldgevoel, zelfverwijt, verslechterde relatie met of zelfs angst voor represailles van de vermeende pleger).<sup>29</sup> Door de continuïteit van zorg kan de huisarts zijn bezorgdheid

herhaaldelijk ter sprake brengen. Hij kan dezelfde vragen in andere omstandigheden hernemen en de oudere kan een evolutie doormaken in zijn of haar ideeën.

## INSCHATTING VAN OUDERENMISBEHANDELING

### Op welke manier moet de huisarts een situatie van ouderenmisbehandeling beoordelen?

#### Aanbeveling

- De oudere staat centraal en het assessment wordt in nauwe samenwerking met hem/haar uitgevoerd (GRADE 1C).
- Ondanks zijn/haar gebreken is de oudere bekwaam om beslissingen te nemen (GRADE 1C).
- Oordeel niet en stel u bereidwillig en betrouwbaar op (GRADE 1C).

#### Toelichting

De inschatting dient om de situatie, het ontstaan ervan en alle factoren die een rol spelen (familiale, sociale, financiële,...), beter te begrijpen. Op die manier kan ook uitgebreide informatie bezorgd worden aan gespecialiseerde diensten. Het is net zoals de detectie een langdurig proces waarbij men alert blijft en vragen herneemt. Kennis van de familie en de routine die gepaard gaat met een chronische situatie, mogen de huisarts niet op het verkeerde been zetten.

### Hoe en met welke instrumenten kan het vermogen van de oudere om de situatie te melden en zijn beslissingsbekwaamheid ingeschat worden?

**Wat kan de huisarts doen bij comorbiditeit (bijvoorbeeld dementie en depressie) bij het slachtoffer en/of de pleger? Hoe kan de huisarts de urgentie, ernst, veiligheid en het verdere verloop van de situatie inschatten?**

#### Aanbeveling

- Ontwar de klacht: wie klaagt? Waarover (vorm van misbehandeling)? Sinds wanneer? In welke omstandigheden (GRADE 1C)?
- Schat de toestand van de oudere in: fysiek, somatisch, cognitief, comorbiditeit (psychopathologie, alcohol, depressie, dementie) (GRADE 1C).
- Onderzoek de graad van autonomie van de oudere: affectieve, sociale, financiële afhankelijkheid, vermogen om in te roepen bij problemen,... (GRADE 1C).
- Luister naar de behoeften en wensen van de oudere (GRADE 1C).
- Neem contact op met andere betrokken professionals (fysiotherapeut, verpleegkundige, maatschappelijk werker,...) om van gedachten te wisselen (GRADE 1C).
- Neem contact op met erkende en gesubsidieerde gespecialiseerde diensten voor ondersteuning bij de inschatting van de situatie (GRADE 1C).<sup>31</sup>
- Analyseer het vermogen van de ouderen om gevaar in te schatten (GRADE 2C).<sup>32</sup>
- De eerste inschatting zal tijdens de begeleiding van de oudere vervolledigd worden (GRADE 2C).



### Toelichting

Het is belangrijk elke situatie in zijn geheel te beoordelen en rekening te houden met een veelheid van factoren om zo tot adequate hulp en bescherming te komen. Belangrijk om weten is dat een definitieve diagnose tijd en ervaring vergt: ze wordt vaak gesteld in de tweede lijn door verpleegkundigen of gespecialiseerde maatschappelijk werkers, die beschikken over meerdere specifieke instrumenten en benaderingswijzen.<sup>33</sup>

## AANPAK VAN OUDERENMISBEHANDELING

### Wat kan de huisarts doen als hij ouderensmisbehandeling vaststelt?

#### Aanbeveling

- Bespreek met de oudere wat hij/zij wil als hulp en ondersteuning (GRADE 1C).
- Herformuleer zonder oordelen wat hij/zij zegt en integreer alle elementen (GRADE 1C).
- Informeer de oudere over de diensten die beschikbaar zijn in zijn/haar situatie (GRADE 1C).
- Moedig de oudere aan en steun zijn/haar inspanningen om zelf contact op te nemen met erkende en gesubsidieerde gespecialiseerde ondersteunende diensten (GRADE 1C).
- Handel met instemming van de oudere, onderneem niets zonder zijn/haar toestemming behalve het informeren van de procureur des Konings in de door de wet voorziene omstandigheden (GRADE 1C).
- Moedig hulp van buitenaf aan en bekom zo meerdere visies op de situatie: de mening van een derde partij kan een ander licht werpen op de zaak (GRADE 1C).
- Neem contact op met de gespecialiseerde erkende en gesubsidieerde diensten voor advies, maak gebruik van hun expertise voor een adequate ondersteuning (GRADE 1C).<sup>31</sup>
- Registreer in het dossier (GRADE 1C).
- Stel een verklaring op van slagen en verwondingen (GRADE 1C).
- Praat zonder oordelen met de oudere over zijn/haar gedachten en blijf bereidwillig (GRADE 2C).

#### Toelichting

De arts kan naast de aanbevelingen ook nog volgende acties ondernemen:

- Zeg de oudere duidelijk dat de situatie waarin hij/zij leeft, onaanvaardbaar is.
- Identificeer preventieve maatregelen naargelang de omstandigheden.

### Hoe kan de huisarts omgaan met ontkenning of minimalisering van misbehandeling door de oudere?

#### Aanbeveling

- Herbekijk de problematiek regelmatig: bied hulp aan en kom terug op bepaalde vragen (GRADE 1C).
- Neem contact op met het netwerk van professionals om van gedachten te wisselen (GRADE 1C).

- Richt u tot gespecialiseerde erkende en gesubsidieerde ondersteunende diensten (GRADE 1C).<sup>31</sup>
- Houd rekening met secundaire voordelen die de oudere persoon kan halen uit zijn relatie met de vermeende pleger of plegers (GRADE 2C).

#### Toelichting

Sommige ouderen banaliseren, minimaliseren of ontkennen zelfs een situatie van misbehandeling. De huisarts kan de oudere bewust maken van het risico dat hij of zij loopt. Respecteer de mening van de oudere over de urgentie en de ernst van de situatie. De oudere heeft het recht om verder te leven met de huidige situatie.

### Hoe kan de huisarts omgaan met gebrek aan autonomie bij de oudere?

#### Aanbeveling

- Pas uw aanpak aan de vorm van afhankelijkheid aan, bijvoorbeeld hulp van buitenaf of thuiszorg, een andere woonplaats, een bewindvoerder (GRADE 1C).
- Versterk de resterende autonomie (GRADE 1C).
- Anticipeer op het verlies aan autonomie (GRADE 2C).<sup>34</sup>

#### Toelichting

Gebrek aan autonomie kan het gevolg zijn van motorische, fysieke en/of cognitieve problemen. Het is niet mogelijk alle situaties op dezelfde manier te benaderen, maar de aanpak van misbehandeling zal steeds gebaseerd zijn op bovenstaande aanbevelingen.

### Wanneer moet de oudere doorverwezen worden?

#### Aanbeveling

- Verwijs volgens de gezondheidstoestand van de oudere (GRADE 1C).
- Verwijs bij voorkeur niet in een noodsituatie (GRADE 1C).
- Verwijs na inschatting van het gevaar: haal de oudere indien nodig uit zijn omgeving, bijvoorbeeld via een ziekenhuisopname om sociale redenen voor een assessment en bevestiging van de diagnose (GRADE 1C).
- Betrek de oudere als een andere woonplaats overwogen wordt: luister naar de verwachtingen van de oudere en verwijs naar aangepaste en beschikbare diensten (GRADE 2C).

#### Toelichting

De arts zal een doorverwijzing voorstellen (ziekenhuis, rusthuis) in functie van de complexiteit en de verschillende dimensies van de situatie. De oudere staat centraal in de uiteindelijke beslissing voor zover zijn/haar beoordelingsvermogen dit toelaat.

### Hoe kan de huisarts omgaan met familierelaties?

#### Aanbeveling

- Laat u niet meeslepen door de spanningen verbonden aan de situatie (zoals familiale spanningen); blijf neutraal en objectief (GRADE 1C).

- Handel met instemming van de oudere (GRADE 1C).<sup>35</sup>
- Luister en erken het lijden van de vermeende pleger (GRADE 2C).<sup>36</sup>
- Informeer hem/haar over de houding die hij/zij moet aannemen bij het verzorgen van de oudere (GRADE 2C).
- Geef de pleger informatie over alle hulpverleningsmogelijkheden voor zichzelf (GRADE 2C).<sup>36</sup>
- Bevorder bemiddeling. Bemiddeling moet niet door de huisarts gerealiseerd worden (GRADE 2C).
- Overweeg in sommige situaties om geen huisarts van het hele gezin te blijven (GRADE 2C).

### Toelichting

Omdat de huisarts niet alleen gebonden is aan de patiënt maar aan de familie, moet hij uiteraard tussenkomen als het relationele evenwicht verstoord is.

In elke situatie oordeelt de huisarts wat hem het best lijkt. Het kan evenwel nuttig zijn om advies van gespecialiseerde diensten in te roepen bij het formuleren van oplossingen.

Elke situatie is uniek en vereist een aangepaste oplossing.

### Welke houding moet de huisarts aannemen tegenover de vermeende pleger van misbehandeling als het om een zorgverlener gaat?

#### Aanbeveling

- Durf ervoor uit te komen, vermijd conformisme met de groep (GRADE 1C).<sup>37</sup>
- Pas maatregelen aan de lokale context aan, zoals intervisie, opleiding, supervisie of de verwijdering van de zorgverlener (GRADE 1C).<sup>37</sup>

### Hoe kan de huisarts verergering van misbehandeling of herhaling ervan voorkomen?

Een proactieve aanpak op het vlak van detectie, een globaal assessment van de situatie en een adequate begeleiding moeten verergering en recidive vermijden. Handelen in een zorgnetwerk is hier van belang.

## MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

De huisarts is vaak als eerste betrokken bij wat een oudere doormaakt. Gezien de complexiteit van de situatie kan de huisarts een beroep doen op ondersteunende diensten.

### Op welke ondersteunende diensten kan de huisarts een beroep doen?

Bij dit multidimensionale probleem (medisch, psychologisch, sociaal en soms zelfs economisch) kan de huisarts

zich laten bijstaan door ondersteunende diensten die nauw samenwerken, zoals de diensten voor coördinatie van thuiszorg, het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmisbehandeling (VLOCO) of Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling.

Het aanbod van gespecialiseerde ondersteuning in Vlaanderen is terug te vinden in *bijlage 3 op blz. 23*.

### Welke hulp kunnen deze diensten bieden?

Gespecialiseerde diensten richten zich tot de oudere zelf, naasten (echtgenoot, kind, andere ouder, vriend, buur) en professionelen (behandelende arts, thuiszorg, personeel van het rusthuis).

Ze bieden de volgende hulp:

- anonieme telefonische ondersteuning: advies, uitleg of acties, naargelang de persoon het wenst;
- psychologische en sociale begeleiding: thuis of ambulant, in samenwerking met een netwerk van professionelen uit de geestelijke gezondheidszorg of gerontologie;
- naargelang de dienst kan een senior-bemiddelaar tussenkomen op vraag van de oudere persoon.

In complexe situaties met tussenkomst van veel professionelen kunnen deze diensten de coördinatie van de interventies op zich nemen, in afstemming met de oudere persoon.

Diensten die instaan voor telefonische hulpverlening, verzorgen ook informatiesessies, sensibilisering en vormingen aan het ruime publiek of aan professionelen.

### Hoe kan de huisarts samenwerken met deze diensten?

#### Aanbeveling

- Stimuleer en ondersteun de oudere om gebruik te maken van deze ondersteunende diensten (GRADE 1C).<sup>38</sup>
- Stel u op als gesprekspartner in de beoordeling van de situatie (steun, confrontatie van meningen) (GRADE 1C).<sup>38</sup>
- Vraag het advies van deze diensten bij de begeleiding van de oudere (GRADE 1C).<sup>38</sup>

#### Toelichting

De situaties waarin de huisarts een beroep kan doen op deze diensten, situeren zich in verschillende stadia van de procedure. Houd hierbij rekening met het gedeelde beroepsgeheim.



## KERNBOODSCHAPPEN

### DETECTIE EN EVALUATIE

- Wees alert en houd rekening met de aanwezigheid en de accumulatie van risicofactoren bij de oudere (*GRADE 1C*).
- Gebruik de 'Elder Abuse Suspicion Index' (EASI) die alleen gevalideerd is bij personen zonder dementie (met een MMSE  $\geq 24$ ) met inachtneming van de volgende voorwaarden: de oudere bevindt zich in een vertrouwensrelatie en is niet vergezeld. De huisarts heeft tijd en stelt alle vragen in de juiste volgorde (*GRADE 1C*).
- Schat de situatie in nauwe samenwerking met de oudere in (*GRADE 1C*).
- Ondanks zijn/haar gebreken is de oudere bekwaam om beslissingen te nemen (*GRADE 1C*).
- Oordeel niet, stel u bereidwillig en betrouwbaar op (*GRADE 1C*).
- Ontwar de klacht: wie klaagt? Waarover (vorm van misbehandeling)? Sinds wanneer? In welke omstandigheden? (*GRADE 1C*)
- Schat de toestand van de oudere in: fysiek, somatisch, cognitief, comorbiditeit (psychopathologie, alcohol, depressie, dementie) (*GRADE 1C*).
- Onderzoek de graad van autonomie: affectieve, sociale, financiële afhankelijkheid, vermogen om hulp in te roepen bij problemen,... (*GRADE 1C*)
- Luister naar de behoeften en wensen van de oudere (*GRADE 1C*).
- Laat u bij de inschatting van de situatie bijstaan door andere professionals en gespecialiseerde erkende en gesubsidieerde diensten (*GRADE 1C*).
- Herneem regelmatig belangrijke vragen (*GRADE 2C*).

### BEGELEIDING EN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

- Bespreek met de oudere wat hij/zij wil als hulp en ondersteuning (*GRADE 1C*).
- Herformuleer zonder oordelen wat hij/zij zegt en integreer alle elementen (*GRADE 1C*).
- Informeer de oudere over de diensten die beschikbaar zijn in zijn/haar situatie (*GRADE 1C*).
- Moedig de oudere aan en steun zijn/haar inspanningen om zelf contact op te nemen met erkende en gesubsidieerde gespecialiseerde ondersteunende diensten (*GRADE 1C*).
- Registreer in het dossier (*GRADE 1C*).
- Stel een verklaring op van slagen en verwondingen (*GRADE 1C*).
- Handel met instemming van de oudere, onderneem niets zonder zijn/haar toestemming behalve het informeren van de procureur des Konings in de door de wet voorziene omstandigheden (*GRADE 1C*).
- Moedig hulp van buitenaf aan en bekom zo meerdere visies op de situatie: de mening van een derde partij kan een ander licht werpen op de zaak (*GRADE 1C*).
- Denk aan veiligheid: praat zonder oordelen met de oudere over zijn/haar gedachten, stel u bereidwillig op, analyseer hoe de oudere het gevaar ziet (*GRADE 2C*).
- Neem contact op met gespecialiseerde erkende en gesubsidieerde diensten voor advies, maak gebruik van hun expertise voor een adequate ondersteuning (*GRADE 1C*).

## GRADE

In de richtlijn heeft het onderzoeksteam de GRADE-classificatie gebruikt.<sup>39</sup> Zo spreken we van een sterke aanbeveling wanneer de voordelen van het aan te bevelen voorstel duidelijk opwegen tegen de nadelen, risico's of kosten. In dat geval wordt het cijfer 1 toegekend. Men kan er zeker van zijn dat de naleving van deze aanbeveling eerder een positieve dan een negatieve impact zal hebben. Wanneer echter twijfel bestaat over het evenwicht tussen voor- en nadelen, risico's of kosten, is het een zwakke aanbeveling en wordt het cijfer 2 toegekend. Afhankelijk van de kwaliteit en de kenmerken van de studies die de aanbeveling staven, wordt bovendien een letter A, B of C aangebracht.

Voorbeelden:

- 1A betekent dat de voordelen duidelijk opwegen tegen de nadelen of risico's en dat de aanbeveling is gebaseerd op RCT's van goede kwaliteit of op overtuigende observationele studies;
- 2C betekent dat er twijfels bestaan over de voor- en nadelen en dat de aanbeveling is gebaseerd op klinische ervaring van experts, beschrijvende studies, rapporten, rapporten van expertencommissies of besluiten van consensusconferenties.

## CONSENSUSPROCEDURE

De grens 'consensus bereikt' werd vastgelegd volgens de regels van de *Haute Autorité de Santé (HAS)*.<sup>40</sup>

Voorwaarden voor consensus op basis van de mediaan en de distributie van de scores:

- Sterke overeenkomst: alle antwoorden liggen tussen 7 en 9 op de beoordelingsschaal.
- Relatieve overeenkomst: alle antwoorden liggen tussen 5 en 9 op een beoordelingsschaal van 1 (helemaal niet) tot 9 (helemaal), met een mediaan  $\geq 7$ .
- Afwijzing: alle antwoorden liggen tussen 5 en 9 op een beoordelingsschaal van 1 (helemaal niet) tot 9 (helemaal), met een mediaan  $\geq 7$ .
- Afwezigheid van consensus: alle andere situaties.

## VOORWAARDEN VOOR IMPLEMENTATIE

- Bewustmaken en/of opleiden van huisartsen over misbehandeling.
- Presenteren en ter beschikking stellen van instrumenten zoals de EASI ter ondersteuning van de besluitvorming.
- Ter beschikking stellen van informatie over gespecialiseerde ondersteunende diensten, zoals folders en posters voor de wachtkamer.
- Opvolgen van goede praktijken in de huisartsgeneeskunde, zoals registreren in het medisch dossier, werken in een netwerk.
- Toegang tot de richtlijn via instrumenten voor kwaliteitszorg en beslissingsondersteuning in gelabelde EMD's (Evidence-linker ent EBMeDS) evenals in de kennisdatabank EBMPPractice-Net. Voor Evidence-linker zijn de indexatiecodes ICPC-2 Z20 (probleem relatie andere ouder/familie), Z21 (probleem gedrag andere ouder/familie) en Z25 (agressie/schadelijke gebeurtenis).
- Duidelijke afspraken met de oudere en de andere partijen over uitwisseling van informatie.

## TOETSELEMENTEN

Onderstaande elementen kunnen worden gebruikt om te oordelen of deze richtlijn gevolgd wordt:

- het aantal patiënten geregistreerd in het EMD als slachtoffers van misbehandeling;
- het aantal patiënten opgespoord via het GMD+ in de veronderstelling dat de NRKP de detectie van misbehandeling toevoegt aan de lijst met items van het GMD+;
- het aantal patiënten dat gebruikmaakt van de gespecialiseerde diensten.

## RESEARCHAGENDA

- Bijkomend onderzoek naar ernstige gevolgen bij ouderen.
- Onderzoek naar detectie van misbehandeling in de algemene geneeskunde en over de benadering van het probleem via directe bevraging; dit moet de resultaten documenteren, met inbegrip van de mogelijke nadelen.
- Onderzoek naar de preventie van misbehandeling.
- Onderzoeksprotocollen moeten op punt gesteld worden om de impact van de aanpak van geweld door huisartsen te documenteren, met inbegrip van de gevolgen.
- Aandacht voor preventie van secundaire victimisatie door verzorgenden.
- Bijzondere aandacht voor wettelijke bepalingen, waaronder het beheer van bezittingen en de persoon.

## TOTSTANDKOMING

### Auteurs

De auteurs van deze aanbeveling behoren tot het onderzoeksteam SSMG/CUMG van de ULB, opgericht in het kader van het project voor de wetenschappelijke ondersteuning van huisartsen bij de uitvoering van het nationaal actieplan tegen intrafamiliaal geweld. Dat zijn dr. Michel Vanhalewyn (huisarts - SSMG), Anne-Marie Offermans (socioloog, wetenschappelijk medewerker), dr. Michel Roland (huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde - ULB) en dr. Benjamin Fauquet (huisarts). Ze kregen een opleiding over de preventie van geweld in het gezin, dat reeds gedocumenteerd werd in een eerdere aanbeveling over huiselijk geweld.

Een multidisciplinaire groep van experts heeft deze auteurs begeleid via een consensusprocedure om de richtlijn te valideren op vlak van relevantie en haalbaarheid.

De bijlagen werden verzorgd door François-Joseph Warlet (magistraat - Seneffe) en gedeeltelijk door dokter Corentin Duyver (huisarts, gastdocent aan de UCL).

### Literatuurstudie

In de eerste fase van het project (juni 2009-september 2009) heeft het onderzoeksteam, in samenwerking met dr. Lutgart De Deken (huisarts - Domus Medica), een lijst van klinische vragen opgesteld die in deze richtlijn beantwoord moesten worden. Deze vragen werden beoordeeld en aangepast aan de opmerkingen van een groep experts.<sup>41</sup>

Op basis van de kernwoorden "Domestic violence" [Mesh], "Family violence" [Mesh], "Elder abuse" [Mesh], in com-

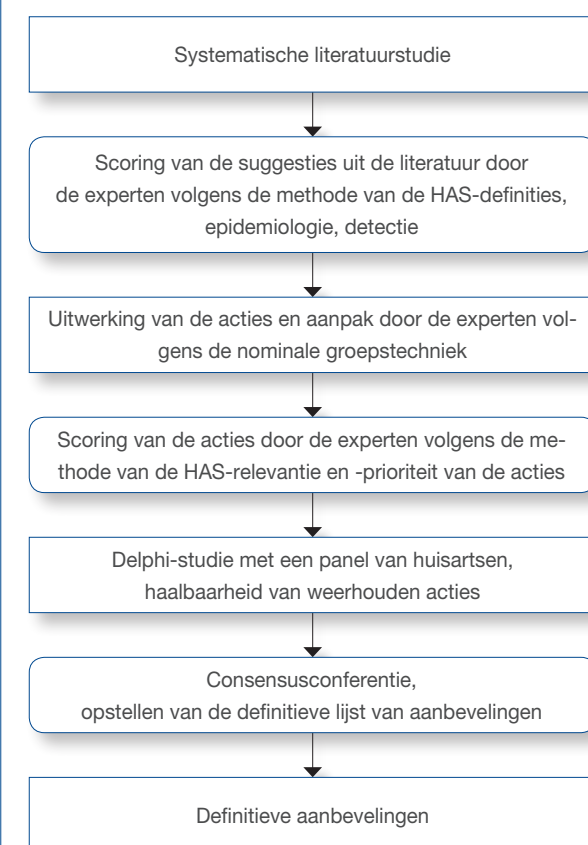
binatie met andere kernwoorden waaronder “Primary health care”» [Mesh], “General practitioners” [Mesh], “Physicians family” [Mesh], “Family practice” [Mesh], “Emergency medical service” [Mesh], onderzocht dit team sinds 1999 richtlijnen, consensussen op basis van een aangepaste methodologie, systematische reviews en RCT's in de volgende databanken en online bronnen: Cinahl, Cochrane/DARE, Clearing houses, MEDLINE via Ovid (toegang Cebam), MEDLINE via Pubmed, EMBASE, Psycinfo. De selectie van artikels gebeurde op basis van titel en abstract (samenvatting) door twee lezers die zelfstandig werkten met de eventuele hulp van een derde lezer in geval van onenigheid.

In de tweede projectfase (2010-2011) vond de evaluatie en de waardebeoordeling van de geselecteerde artikels plaats. Dat werd uitgevoerd door twee leden van het onderzoeksteam met behulp van de volgende grafieken: AGREE voor richtlijnen en expertconsensussen, SIGN50 voor systematische reviews, Adapted CASP voor kwalitatieve studies en QUADAS voor studies over de validatie van een screeningstest. Er werd een excelsjabloon opgemaakt met de resultaten van de scores van de geselecteerde artikels en de gedetailleerde antwoorden op de verschillende onderzoeksvragen.

Na enige discussie koos het onderzoeksteam uiteindelijk in onderling overleg voor een beperkt aantal artikels, waaronder acht documenten met een hoge score:<sup>42</sup>

- Cooper 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;23:283-8.
- Erlingsson CL. Searching for elder abuse: a systematic review of database citations. *Journal of Elder Abuse & Neglect* Vol 2007:59-78.
- Glasgow K, Fanslow JL. Family violence intervention guidelines: elder abuse and neglect. Ministry of Health. New Zealand; 2007.
- Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet* 2004;364:1263-72.
- Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence : a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:387-96.
- Preventive Services Task Force US. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Annals of Internal Medicine* 2004;140:382-6.
- Schofield MJ, Mishra GD. Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: women's health Australia. *Quality of Life Research* 2004;13:1043-52.
- WHO. A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide. Main Report. Genève; 2008.
- Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl* 2008;20:276-300.

### Verloop van het project



De keuze van de methodologie en de gedetailleerde resultaten van de consensusprocedures worden gepresenteerd in het onderzoeksrapport voor de FOD Volksgezondheid, dat beschikbaar is op aanvraag.

In de laatste projectfase (2012) werden de documenten opgenomen die het expertenteam had aangeduid. Na de actualisering van het literatuuronderzoek werden nog twee documenten met een hoge score toegevoegd:<sup>43</sup>

- Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi SLD, Brzyski RG, Katemndahl DA. Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *Annals of Family Medicine* 2010;8:206-13.
- Bougatsos NHD, 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; May 2012.

Het onderwerp blijft weinig bestudeerd. Richtlijnen, opgesteld in verschillende culturele kaders, zijn gebaseerd op consensus. Bovendien is het bewijsniveau onvoldoende om alle klinische vragen te kunnen beantwoorden, in het bijzonder de klinische vragen over de aanpak van misbehandeling in de thuissituatie.

De methodologie en gedetailleerde resultaten van de literatuurstudie zijn beschreven in het onderzoeksrapport voor de FOD Volksgezondheid en op aanvraag beschikbaar.

### Consensusprocedure

Gezien het gebrek aan voldoende bewijs in de literatuur en aan antwoorden op bepaalde vragen, werkte het onder-

zoeksteam in december 2011 een onderzoeksprotocol uit gebaseerd op consensus aan de hand van het rapport van de groep Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering over dat onderwerp.<sup>43</sup>

### Raadpleging van experts

Het onderzoeksteam stelde een lijst van experts op die deelgenomen hadden aan de eerste projectfase of op basis van publicaties, ervaring in of kennis over het domein van ouderenmisbehandeling. Zij werden gevraagd de groep van experts aan te vullen en te valideren. De eindgroep bestond uit dertien mensen met verschillende achtergrond en opleiding.<sup>44</sup>

Het team voerde drie onderzoeksfasen uit van maart tot december 2012, elk met een specifieke werkwijze:

- een raadpleging via elektronische vragenlijsten aan de hand van beoordelingsschalen en analyse volgens 'aanbevelingen door formele consensus van de Haute Autorité de Santé (HAS)' om suggesties uit de literatuur over de definitie, epidemiologie en detectie van misbehandeling van ouderen in de thuissituatie te evalueren en te prioriteren (klinische vragen 1 tot 4);<sup>45</sup>
- een workshop volgens de nominale groepstechniek (NGT), gevolgd door een raadpleging via elektronische vragenlijsten om acties voor de aanpak van misbehandeling te onwikkel, evalueren en prioriteren (klinische vragen 5 tot 10);<sup>45</sup>
- een consensusconferentie met het onderzoeksteam en de groep van experts om de definitieve lijst van aanbevelingen te bepalen en een eerste ontwerp van de aanbeveling voor te bereiden.<sup>45</sup>

### Delphi-studie met een huisartsenpanel

De werving van huisartsen gebeurde elektronisch via een oproep door SSMG aan haar leden en aan artsen die reeds een opleiding hadden gevolgd of bekend waren met de problematiek van huiselijk geweld. Bij de samenstelling van het panel werd rekening gehouden met hun achtergrond over ouderenmisbehandeling en/of huiselijk geweld en hun spreiding per provincie. Vervolgens werd een willekeurige selectie gemaakt van kandidaten die niet bekend waren met de problematiek, met dezelfde geografische spreiding als de vorige groep. De uiteindelijke steekproef bestond uit 26 huisartsen onder wie 14 artsen die bekend waren met de problematiek en 12 andere artsen, met een bijna identieke man-vrouwverdeling. De respondenten zijn afkomstig uit verschillende provincies van Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De Delphi-studie bij het huisartsenpanel moest uit de acties die experts als relevant hadden behouden, die acties selec-

teren die uitvoerbaar zijn, dus verenigbaar met de dagelijkse klinische praktijk van de huisarts.

De studie vond plaats van september tot november 2012 via opeenvolgende elektronische vragenlijsten. Om de respons te verhogen werden artsen die de vragenlijst nog niet hadden ingevuld, telefonisch of per post gecontacteerd.

### Juridische aspecten

Voor juridische en deontologische vragen riepen de auteurs de hulp in van experts: François-Joseph Warlet (magistraat - Seneffe)<sup>46</sup> en dr. Corentin<sup>47</sup> (huisarts, gastdocent aan de UCL). Zij hebben een tekstontwerp gemaakt, dat aangepast werd aan de opmerkingen van het onderzoeksteam. De definitieve versie werd in september 2013 ter validatie voorgelegd aan de nationale raad van de Orde van geneesheren.

Voor de informatie over het medisch dossier en certificaat hebben de auteurs de tekst opgenomen die al door de Orde van geneesheren was gevalideerd en gepubliceerd in het kader van de aanbeveling voor de goede medische praktijkvoering over partnergeweld.

### Validatie

Na de consensusconferentie schreef het onderzoeksteam een ontwerp tekst, die door het Belgian Centre for Evidence-Based Medicine (Cebam) werd gevalideerd. Vooraleer de aanbeveling naar het Nederlands werd vertaald, werd ze op basis van het advies van het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling aangepast aan de Vlaamse context. De aangepaste, vertaalde tekst werd opnieuw ter validatie voorgelegd aan Cebam. Dr. Kristof Hillemans, Hanne Claessens en Ineke Meul van Domus Medica stonden in voor de Nederlandse versie van deze richtlijn.

### Update en financiering

Het literatuuronderzoek en de literatuuranalyse werden uitgevoerd van 1999 tot en met april 2013. De tekst van de richtlijn wordt jaarlijks bijgewerkt en ten laatste na vijf jaar in zijn geheel herzien. De jaarlijkse follow-up geldt alleen voor het juridisch aspect.

De auteurs, experts en huisartsen geraadpleegd in het kader van dit project, hebben geen enkele relatie met de farmaceutische industrie of andere belangengroepen. Er zijn geen belangenconflicten bekend.

Deze richtlijn werd niet beïnvloed door de ideeën of belangen van de instantie die verantwoordelijk is voor de financiering, de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

## BIJLAGE 1: GERECHTELIJKE ELEMENTEN

- Wanneer en op welke manier moet de huisarts gerecht en politiediensten betrekken om de veiligheid van de oudere te waarborgen?
- Onder welke voorwaarden moet informatie worden mee-gedeeld aan de familie, de omgeving van de oudere, andere zorgverleners, politiediensten en justitie?
- Wat is de rol van de huisarts in de aanstelling van een voorlopig bewindvoerder?

### JURIDISCH EN DEONTOLOGISCH KADER

De wetgever heeft de problematiek van misbehandeling van ouderen al behandeld, hoewel de aangebrachte oplossingen nooit kunnen beantwoorden aan de verwachtingen, aangezien elke situatie om een specifieke aanpak vraagt die iedereen respecteert.

Door opeenvolgende wetten werden belangrijke inhoudelijke wijzigingen aangebracht aan de grenzen van het beroepsgeheim. De wetgever heeft immers, in navolging van de wet, **artikel 458bis van het Strafwetboek**, opnieuw gewijzigd met de wetten van 30 november 2011 (ministerieel besluit 20 januari 2012) en 23 februari 2012 (ministerieel besluit 26 maart 2012), die uitdrukkelijk de mogelijkheid voorzien om de procureur des Konings op de hoogte brengen van een (fysiek of seksueel) strafbaar feit begaan tegen een minderjarige of een kwetsbaar persoon, voor iedereen die aan het beroepsgeheim is gebonden.

In het **burgerlijk recht** zijn belangrijke wijzigingen aangebracht door een wet van 17 maart 2013 (MB 14/06/2013) over aangelegenheden betreffende de juridische bescherming van kwetsbare personen, waarvan de bepalingen op 1 juni 2014 in werking treden. Alle bestaande beschermende regelingen worden ingetrokken met ingang van die datum (verlengde minderjarigheid, verbod, tijdelijk beheer, gerechtelijk raadsman). De nieuwe wet heeft vooral als doel om zich voortaan te beperken tot twee grote pijlers: de gerechtelijke bescherming die kan worden ingezet voor kwetsbare personen en de administratie van de persoon en het beheer van de bezittingen. De overgangsbepalingen van de wet voorzien in een aanpassingsperiode van de oude regimes, variërend van twee tot vijf jaar, afhankelijk van de hypothesen die zich voordoen.

Voor de vorm en de inhoud van het **gedetailleerd medisch certificaat**, dat verplicht is voor de uitvoering van de beschermingsmaatregel, zullen fundamenteel worden gewijzigd. Een typemodel van het medisch certificaat zal bij Koninklijk Besluit worden ingevoerd (nog niet gepubliceerd). In de praktijk zullen de informatie en overwegingen ongetwijfeld de mogelijkheid bieden om een adequate houding te ondersteunen, maar er bestaat geen mirakelrecept; alles draait om goed begrepen verantwoordelijkheid.

### Algemene principes

Bij ontdekking of vermoeden van misbehandeling – van fysieke, psychologische, financiële,... aard – kan de houding worden opgebouwd rond drie grote pijlers:

- de normatieve referenties,
- de ontvangen en verzamelde informatie,
- een goede kennis van de gevolgen van het beroepsgeheim.

### De normatieve referenties

Men mag niet vergeten dat niemand wordt geacht de wet te negeren en een arts natuurlijk niet meer dan iemand anders. Dat houdt in dat men geen onwetendheid kan voorwenden over de wet om zich vrij te stellen van schuld en bijgevolg verantwoordelijkheid.

Het **beroepsgeheim**, pijler in deze materie, is vastgelegd in **artikel 458 van het Strafwetboek**:

*'Geneesheren, heilkundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd, en deze bekendmaken buiten het geval dat zij geroepen worden om in rechte (of voor een parlementaire onderzoekscommissie) getuigenis af te leggen en buiten het geval dat de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken, worden gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met een geldboete van honderd euro tot vijfhonderd euro.'*

De **artikels 55 tot 57 van de Code van geneeskundige plichtenleer** verwijzen trouwens naar deze bepaling:

**Art. 55** Het beroepsgeheim dat de arts moet bewaren, is van openbare orde. De door patiënten geraadpleegde of om zorgen of raad verzochte pratici zijn in alle omstandigheden door het beroepsgeheim gebonden.

**Art. 56** Het beroepsgeheim van de arts omvat zowel al wat de patiënt hem heeft gezegd of toevertrouwd, als wat de arts weet of heeft ontdekt ten gevolge van onderzoeken of van door hem gedane of aangevraagde navorsingen.

**Art. 57** Het beroepsgeheim omvat alles wat de arts heeft gezien, gehoord, vernomen, vastgesteld, ontdekt of opgevangen tijdens of bij gelegenheid van de uitoefening van zijn beroep.

Ten slotte is het ook noodzakelijk om de uitzonderingen op deze regel van openbare orde te vermelden, aangekondigd in **artikel 458bis van het Strafwetboek**, en geschreven in overeenstemming met artikel 458bis van het Strafwetboek, **de artikels 58-70 van de Code van geneeskundige plichtenleer** ([www.ordomedic.be/nl/code/inhoud](http://www.ordomedic.be/nl/code/inhoud)).

De **plicht tot discretie en terughoudendheid**, waartoe vooral artikel 31 van de Code van geneeskundige plichtenleer oproept:



*‘De arts, of hij nu vrij door de patiënt werd gekozen of aan de patiënt door een wet, een bestuurlijke verordening of bepaalde omstandigheden werd opgelegd, moet altijd correct zijn en begrip tonen; behalve in gevallen met een duidelijke therapeutische weerslag zal hij zich van inmenging in familiale aangelegenheden onthouden; hij zal er op bedacht zijn geen filosofische, godsdienstige of politieke overtuiging te kwetsen.’*

**Bijstand aan personen in gevaar** dat bij ontstentenis wordt gesanctioneerd door artikel 422bis van het Strafwetboek:

*‘Met gevangenisstraf van acht dagen tot (een jaar) en met geldboete van vijftig [euro] tot vijfhonderd [euro] of met een van die straffen alleen wordt gestraft hij die verzuimt hulp te verlenen of te verschaffen aan iemand die in groot gevaar verkeert, hetzij hij zelf diens toestand heeft vastgesteld, hetzij die toestand hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen. Voor het misdrijf is vereist dat de verzuimer kon helpen zonder ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen. Heeft de verzuimer niet persoonlijk het gevaar vastgesteld waarin de hulpbehoevende verkeerde, dan kan hij niet worden gestraft, indien hij op grond van de omstandigheden waarin hij werd verzocht te helpen, kon geloven dat het verzoek niet ernstig was of dat er gevaar aan verbonden was. De straf bedoeld in het eerste lid wordt op twee jaar gebracht indien de persoon die in groot gevaar verkeert, minderjarig is of een persoon is van wie de kwetsbare toestand ten gevolge van de leeftijd, zwangerschap, een ziekte dan wel een lichamelijk of geestelijk gebrek of onvolwaardigheid duidelijk was of de dader bekend was.’*

De **rechten van de patiënt**, vastgelegd door de wet van 22 augustus 2002 (ministerieel besluit 26 september 2012) waarin we benadrukken:

**Art. 7 §2 ...** *Op schriftelijk verzoek van de patiënt kan de informatie worden doorgegeven aan de vertrouwenspersoon<sup>48</sup> die hij heeft aangeduid...*

**Art. 14 §1** *De rechten ... van een meerderjarige patiënt ... worden uitgeoefend door een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden, indien en zolang als de patiënt niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen.*

**Art. 15 §2** *In het belang van de patiënt en teneinde een bedreiging van diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid af te wenden, wijkt de betrokken beroepsbeoefenaar ... af van de beslissing genomen door de persoon bedoelde persoon...*

De **rechten van de arts** ook, waarbij we ons beperken tot het noemen van de artikels 28 en 29 al. 2 van de Code van geneeskundige plichtenleer die in bepaalde situaties de arts de mogelijkheid biedt om te weigeren om zorg te verlenen of om te worden ontheven van zijn opdracht.

**Art. 28** *Behalve in geval van hoogdringendheid of wanneer hij in zijn menslievende plichten tekort zou schieten, staat het de*

*arts steeds vrij om persoonlijke of beroepsredenen de behandeling van een zieke te weigeren.*

*De arts mag eveneens van zijn opdracht afzien op voorwaarde dat hij de patiënt of de naastbestaanden ervan in kennis stelt, de continuïteit van de verzorging verzekert en aan de arts die zijn taak overneemt, alle nuttige inlichtingen verstrekt.*

**Art. 29 al. 2:...** *Indien de zieke een voorgesteld onderzoek of behandeling weigert, mag de arts onder de in lid 2 van artikel 28 bepaalde voorwaarden, van zijn opdracht afzien.*

## De ontvangen en verzamelde informatie

De arts moet voldoen aan een verplichting van middelen.

Behalve aandacht hebben voor de wetenschappelijke principes eigen aan zijn beroep, betaamt het de arts zich permanent open te stellen voor alle algemene theoretische en praktische informatie die hem toelaat gepaste en actuele oplossingen aan te brengen bij moeilijkheden waarmee hij op elk moment geconfronteerd kan worden in het specifieke domein van de misbehandeling.

Naast de verworven en beheerste kennis van de normatieve referenties die de uitoefening van het beroep afbakenen, moet de huisarts ervoor zorgen dat hij zijn kennis van nuttige hulpbronnen actueel houdt om zijn patiënten naar de gepaste betrokken diensten te kunnen doorverwijzen (bijvoorbeeld het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmisbehandeling (VLOCO) - [ouderen@cawzuidoostvlaanderen.be](mailto:ouderen@cawzuidoostvlaanderen.be) en het Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling - [brusselomb@misc.irisnet.be](mailto:brusselomb@misc.irisnet.be)).

## Het beroepsgeheim

Elke beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg kent het principe ‘beroepsgeheim’, maar het is waarschijnlijk nuttig om de tekst uit het Strafwetboek in herinnering te brengen:

*‘Geneesheren, heilkundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd, en deze bekendmaken buiten het geval dat zij geroepen worden om in rechte of voor een parlementaire onderzoekscommissie getuigenis af te leggen en buiten het geval dat de wet hen verplicht die geheimen bekend te maken, worden gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met een geldboete van honderd euro tot vijfhonderd euro.*

*Het beroepsgeheim, voor hen die erdoor gebonden zijn, waarvan de overtreding strafbaar is. Er is dus niet alleen een zwijgrecht maar ook een verbod op praten, een zwijgplicht.’<sup>49</sup>*

Sterker nog: de situatie waarin de patiënt te kennen geeft dat hij de arts ontslaat van zijn geheimhoudingsplicht geldt niet om deze bekendmaking toe te laten (zie artikel 64 van de Code van de geneeskundige plichtenleer).

Nochtans bevat artikel 458 van het Strafwetboek zelf twee uitzonderingen op de wet:

- **Getuigenis in rechte:** Er kan hier alleen sprake zijn van een getuigenis voor een rechtbank en niet voor de procureur des Konings en nog minder voor een politieagent (ongeacht of



deze personen ook zijn gebonden door het beroepsgeheim). We moeten ook extra voorzichtig zijn bij deze getuigenissen in de rechtbank, in het belang van de patiënt (zie advies van de Nationale Raad van 16 maart 1991).

- **De gevallen waarin de wet ‘verplicht’ om een geheim bekend te maken.** Hier worden vooral de bijzondere situaties van verplichte schendingen beoogd (zie artikels 29 en 30 van het Wetboek van Strafvordering).

Bovendien omvat de inhoud zelf van de normen, en vooral de combinatie van de normen onderling, een aantal praktische moeilijkheden, zij het soms tegenstrijdige, op het moment van de uitvoering.

Zo kan de vraag rijzen over de voorrang van de verplichting van het beroepsgeheim op een ernstig en dreigend gevaar. Hoe dat te definiëren? Vooral omdat het een kwestie van standpunt is, soms een persoonlijke ervaring. Wat belangrijk is voor de ene kan onbeduidend lijken voor de andere. Maar toch is *‘iemand die gebonden is door het beroepsgeheim niet vrij om volgens zijn eigen criteria te bepalen wat hij geheim houdt of wat hij bekendmaakt’*.<sup>49</sup>

De huisarts kan uiteraard niet vermijden dat hij zich een mening vormt over wat de waarden van een maatschappij zijn (niet wat ze waarschijnlijk zouden moeten zijn) of van de gemeenschap waarin de patiënt leeft.

De rechtspraak heeft al lang de neiging om het principe op te offeren waarbij het mogelijk is om een aantal elementen onder beroepsgeheim te onthullen in de mate waarin de openbaarmaking van het geheim het dreigende ontstaan van aanzienlijke en onherstelbare schade kan voorkomen. Met andere woorden, volgens de rechtspraak is de onthulling van een beroepsgeheim slechts toegestaan indien bij ontstentenis daarvan een waarde of een hoger recht zelf zou worden geschonden.

Omdat deze vraag vaak erg delicaat is en de gepastheid van de schending pas achteraf wordt beoordeeld door de rechter,<sup>50</sup> is de wetgever onlangs tussenbeide gekomen (Strafwetboek, artikel 458bis) om deze mogelijkheid van de bekendmaking van door het beroepsgeheim beschermde feiten beter te omschrijven wanneer de fysieke of psychische veiligheid in gevaar komt van bepaalde personen die a priori kwetsbaar zijn (zie kader).

### Speciaal probleem: het gedeelde geheim<sup>53</sup>

Wanneer de huisarts in een netwerk handelt of met een team samenwerkt, kan dat netwerk of dat team verschillende vormen aannemen. Bij een uitzondering van het beroepsgeheim kan bepaalde vertrouwelijke informatie die tot nu toe voor iedereen verborgen bleef, in het belang van de patiënt aan de anderen worden meegedeeld.

Deze bekendmaking heeft echter beperkingen die duidelijk worden gedefinieerd door te onthullen wat strikt noodzakelijk of zelfs nuttig is. Daarbuiten loopt men het risico dat schade wordt toegebracht aan de patiënt. Het is ook goed om in dit opzicht te verwijzen naar de bepalingen van artikel 61 van de Code van de geneeskundige plichtenleer (zie kader) en artikels

#### Artikel 458bis van het Strafwetboek bepaalt het volgende:<sup>51</sup>

- Iedereen die door zijn positie of beroep tot geheimhouding verplicht is
- die door dit feit op de hoogte is van een overtreding...  
...voorzien in de artikels van het Strafwetboek nrs.
  - 372 tot 377 (aanranding van de eerbaarheid, pedofilie),
  - 392 tot 394 (doodslag en moord),
  - 396 tot 405ter (moord, vrijwillige lichamelijke letsels),
  - 409 (verminking van de genitaliën van een vrouw),
  - 423 ('verlating'),
  - 425 en 426 (onthouden van voedsel of verzorging)
- gepleegd op
  - een minderjarige
- of op
  - een persoon die kwetsbaar is door
    - leeftijd,
    - zwangerschap,
    - partnergeweld (in voege sinds 1 maart 2013)
    - een ziekte,
    - een gebrek,
    - een fysieke of geestelijke beperking,
- mag ... de procureur des Konings hiervan op de hoogte stellen
  - wanneer er een ernstig en onmiddellijk gevaar dreigt voor de lichamelijke of geestelijke integriteit van de minderjarige of de bedoelde kwetsbare persoon, en wanneer die persoon niet in staat is om deze integriteit te beschermen, alleen of met hulp van anderen,
  - of wanneer er aanwijzingen zijn voor een ernstig en reëel gevaar waarin andere minderjarigen of bedoelde kwetsbare personen het slachtoffer zijn van misdrijven genoemd in de bovengenoemde artikels
- en dat onverminderd zijn verplichtingen uit hoofde van artikel 422bis van het Strafwetboek (het niet verlenen van hulp aan een persoon in nood).

Omdat deze termen echter niet precies door de wet worden gedefinieerd, is het evident dat de grootste voorzichtigheid is geboden.

#### Artikel 61 van de Code van geneeskundige plichtenleer gaat ook in deze richting, wat het beroepsgeheim betreft:

*‘Zo moet het subsidiariteitsbeginsel worden gerespecteerd, hetgeen betekent dat de arts of therapeut in de eerste plaats hulp moet bieden of kijken of hij maximale ondersteuning kan bieden met de hulp van een derde partij. De aan de procureur des Konings gegeven informatie is het laatste redmiddel...’*<sup>52</sup>

De bekendmaking kan alleen gebeuren binnen de grenzen van het strikt noodzakelijke en de verhouding tussen het belang om de geheimhouding te waarborgen en deze te schenden. In voorkomend geval neemt de arts rechtstreeks contact op met de procureur des Konings en geeft hij de informatie die hij zelf noodzakelijk acht.

Het is belangrijk te onthouden dat in een situatie waarin de arts onzeker is, hij altijd het advies kan vragen van de voorzitter van de Orde of van andere collega's zonder evenwel de identiteit te onthullen van zijn patiënt.

14 en 15 van de wet van 22/08/02 betreffende de rechten van de patiënt (zie blz. 12).

Enkele richtlijnen moeten ook gevolgd worden en kunnen de kwaliteit van deze uitwisselingen garanderen:

- informeer de patiënt over het plan om informatie te delen, het doel, de voordelen en de beperkingen ervan, en vraag zijn toestemming;<sup>54</sup>
- deel het alleen met anderen die ook gebonden zijn door het beroepsgeheim;
- deel het alleen met anderen die dezelfde opdracht hebben bij deze patiënt;
- geef alleen die informatie die nodig is voor de zorgverlening aan de patiënt;
- +
- herbekijk regelmatig samen of jullie akkoord gaan over wat een goede praktijkvoering is, op basis van de specifieke kenmerken van de taak.

### Het voorlopige beheer van bezittingen

Deze materie ondergaat op 1 juni 2014 fundamentele veranderingen krachtens de recente wet van 17 maart 2013 en een aantal Koninklijke Besluiten ter uitvoering van deze wet. Deze zijn nog niet in deze richtlijn opgenomen.

Eén van de meest voorkomende types van misbehandeling is financieel misbruik. Dat kan verschillende vormen aannemen, van zeer direct tot subtieler en zelfs onmerkbaar. De huisarts is vaak een 'bevoorrechte' getuige van dit soort misbruik. Een huisarts kan dit misbruik ontdekken in een contact met de benadeelde persoon, omdat die hem in vertrouwen neemt of omdat zijn houding erdoor getekend is. Het kan ook blijken uit het gedrag van familieleden (die sommige uitgaven voor gezondheidszorg nutteloos vinden...).

### Algemene principes<sup>55</sup>

Als de kwetsbaarheid van de misbruikte persoon veroorzaakt wordt door een **gezondheidsprobleem**, kan het tijdelijke beheer van bezittingen een zeer doeltreffende rechtsbescherming zijn. Deze maatregel kan vlot worden uitgevoerd. Deze procedure is ingevoerd door een wet van 18 juli 1991 en wordt vermeld in artikel 488bis van het Burgerlijk Wetboek.

Door het schrijven van een gedetailleerd medisch certificaat is de arts niet alleen één van de 'schakels' die noodzakelijk zijn voor deze bescherming, maar hij kan ook, als hij dat nuttig acht, de initiatiefnemer zijn door de procedure zelf in te leiden bij de bevoegde vrederechter.

Als de rechter op het verzoek ingaat, zal hij na de procedure een voorlopige bewindvoerder aanstellen die onder toezicht van de vrederechter als taak heeft om de beschermde persoon:

te vertegenwoordigen  
of bij te staan → voor de rechtshandelingen die  
financiële gevolgen hebben

*Als de voorlopige bewindvoerder de beschermde persoon vertegenwoordigt*, is hij/zij alleen bevoegd om toezeggingen te doen in zijn/haar naam. Met instemming van de voorlopige bewindvoerder kan de beschermde persoon, afhankelijk van het geval en de mate van persoonlijke bekwaamheid, een zekere autonomie behouden maar binnen zeer specifieke grenzen. Daardoor loopt hij/zij niet meer het risico om het geheel of een deel van zijn/haar vermogen ondoordacht op het spel te zetten.

*Als de voorlopige bewindvoerder de beschermde persoon bijstaat*, kan geen van beiden een verbintenis aangaan zonder de formele toestemming van de andere. Zo kan de beschermde persoon een reële en ruime macht behouden over het beheer van zijn/haar bezittingen en middelen zonder het risico te lopen zich te laten misbruiken, aangezien elk van deze handelingen onder toezicht gebeurt.

Ongeacht de rechtvaardigheid van de motieven blijft het tijdelijke beheer van bezittingen van een beschermd persoon voor deze persoon in elk geval een maatregel die zijn/haar vrijheid beperkt. Dat wordt meestal ook zo ervaren, behalve door mensen die behoorlijk in de war zijn. Daardoor verloopt deze procedure niet altijd zonder problemen met betrekking tot de aard van het vermogen of de middelen, of met betrekking tot de relaties die tussen de verschillende actoren worden aangegaan. Afhankelijk van zijn/haar rol moet iedereen ervoor zorgen dat het tijdelijke beheer niet wordt ervaren als een nieuwe misbehandeling.

### Wie kan de procedure inleiden?

Volgens de wet kan de aanvrager zijn:

- iedereen die een ernstig belang heeft; dat kan een materieel, moreel, affectief belang zijn – de rechter oordeelt;
- de procureur des Konings, aan wie de bezwarende feiten werden gemeld;
- de te beschermen persoon zelf: dit is een bijzonder interessante hypothese in geval van een evoluerende ziekte van Alzheimer omdat de persoon 'hoofdpersonage' blijft van zijn eigen bescherming.

### Hoe de procedure inleiden?

Er zijn drie documenten nodig om de procedure tot 'het voorlopige beheer van bezittingen' in te leiden: een schriftelijke aanvraag, een gedetailleerd medisch certificaat en een bewijs van woonplaats.

### Een schriftelijke aanvraag

Een schriftelijke aanvraag (zie *Verzoekschrift voor de bescherming van de bezittingen van een persoon op blz. 22*) moet worden neergelegd door wie de maatregel ter bescherming aanvraagt. Dat gebeurt op het kantoor van het vredegerecht van het gerechtelijke kanton waar zich de woonplaats bevindt van de te beschermen persoon. Opgelet, de wet verkiest de werkelijke verblijfplaats van de persoon en niet zijn domicilie, die alleen in aanmerking wordt genomen als deze ook de verblijfplaats is. Veel oudere mensen wonen

bijvoorbeeld in een rusthuis of RVT terwijl hun huis hun domicilie blijft (dat is inmiddels soms bewoond door een van de kinderen,...).

#### **Een gedetailleerd medisch certificaat**

Een gedetailleerd medisch certificaat (*zie Medisch certificaat voor de bescherming van bezittingen op blz. 21*) dat niet ouder is dan twee weken en dat de gezondheidstoestand van de te beschermen persoon beschrijft. Opgelet: dit is een belangrijke eis van de wet, omdat bij ontstentenis van een dergelijk correct opgemaakt certificaat de aanvraag onontvankelijk wordt verklaard door de rechter. Enerzijds moet het certificaat vermelden of de te beschermen persoon zich kan verplaatsen en zo ja of werd aangegeven dat de persoon zich verplaatst, rekening houdend met zijn toestand. Anderzijds moet het certificaat vermelden of de te beschermen persoon nog in staat is om kennis te nemen van het beheerrapport van zijn bezittingen.

Aangaande artikel 488bis van het Burgerlijk Wetboek geeft de nationale raad van de Orde van geneesheren de artsen toelating om het door de wet voorgeschreven certificaat met de nodige zorg af te leveren, maar met de nadruk op de vorm: *‘Dit document, bestemd voor de vrederechter, moet onder gesloten omslag toegevoegd worden aan de aanvraag’*.<sup>56</sup>

De eerste aanbeveling werd versterkt door een tweede omdat de nationale raad wilde *‘geïnformeerd worden over de gevallen waarbij het bij de aanvraag gevoegde medische certificaat niet onder gesloten omslag zou zijn bezorgd, om de Provinciale raad op wiens lijst de betrokken arts is ingeschreven hiervan op de hoogte brengen’*.<sup>57</sup>

Bovendien kan het medisch certificaat niet worden opgesteld door een bloed- of aanverwant van de te beschermen persoon of van de aanvrager, of door iemand die op een of andere manier verbonden is aan de instelling waar de te beschermen persoon zich bevindt.

De nationale raad van de Orde van geneesheren voegt eraan toe *‘dat het deontologisch ongepast is om, op vraag van een derde belanghebbende (familielid of advocaat) een persoon te onderzoeken van wie men niet de behandelende arts is, met het oog op het afleveren van een gedetailleerd medisch certificaat in het kader van 488bis van het Burgerlijk Wetboek. -*

*De gevraagde arts moet de vrager naar de behandelende arts van de betreffende persoon doorverwijzen.*<sup>58</sup>

Het lijkt echter duidelijk dat wanneer de behandelende arts zelf de aanvrager is, hij een beroep moet (en dus mag) doen op een collega om het gedetailleerd medisch certificaat op te maken.

#### **Een bewijs van woonplaats**

Een bewijs van woonplaats of, bij gebreke, van het domicilie van de te beschermen persoon die niet ouder is dan vijftien dagen. We wijzen erop dat dit bewijs van woonplaats, als deze niet overeenkomt met de domicilie, ook kan worden afgeleverd door een andere instantie dan de overheid, zoals de directie van een rusthuis; het bewijs van woonplaats dat door de gemeentelijke administratie wordt afgeleverd, is ongeldig als de te beschermen persoon niet effectief in zijn domicilie verblijft.

#### **Einde van het tijdelijke beheer**

De beschermingsmaatregel eindigt:

- in geval van **overlijden** van de beschermde persoon;
- wanneer de belanghebbende persoon het onderwerp is van een andere beschermingsmaatregel (langdurig verbod of minderjarigheid);
- na **beslissing van de vrederechter** (automatisch of op verzoek: dit verzoek kan worden ingediend door de beschermde persoon, de procureur des Konings of door elke belanghebbende derde).

In het laatste geval moet men zich ervan bewust zijn dat, aangezien de bescherming van bezittingen alleen kon worden ingevoerd als gevolg van een gezondheidstoestand, het uiteraard dit aspect is waaraan de vrederechter extra aandacht moet besteden wanneer hem wordt gevraagd om de maatregel op te heffen.

Moet het verzoek tot beëindiging van de beschermingsmaatregel vergezeld gaan van een gedetailleerd medisch certificaat? De wet zegt er in elk geval niets over. Maar het is waar dat dit zeer nuttig kan zijn en sommige rechters eisen het.

In dat geval blijven de gedragsregels van toepassing die hierboven zijn uiteengezet in het kader van de invoering van een beschermingsaanvraag.

## BIJLAGE 2: MEDISCH DOSSIER EN CERTIFICAAT

- Welke gegevens worden opgenomen in het medisch dossier?
- Welke gegevens worden vermeld in het medisch attest dat aan de oudere overhandigd wordt en wat zijn de voorwaarden hiervoor?

### MEDISCH DOSSIER<sup>59</sup>

De inhoud mag niet het voorwerp uitmaken van een consensus op wettelijk, administratief vlak. Vanuit een uitsluitend klinisch standpunt kunnen we ons door aanbevelingen laten leiden die bij elke raadpleging gelden (SOAP-aanpak).

- **Anamnese (subjectief):** uitbarsting van geweld, frequentie, vormen van geweld, geweld tegen andere familieleden, psychologische impact,...
- **Klinisch onderzoek (objectief):** exhaustieve lijst van letsels en gevolgen, met gedetailleerde beschrijving (plaats, uitzicht, grootte, richting, ouderdom,...). Aan het slachtoffer moet de reden van de gedetailleerdheid van het onderzoek worden uitgelegd: volledigheid van het dossier, mogelijkheid om later een certificaat op te maken als de vraag nu niet wordt gesteld. De persoon moet ook op de hoogte worden gebracht dat later nieuwe letsels kunnen verschijnen en dat deze ook moeten worden vastgesteld. Tekeningen en foto's (genomen met toestemming van de patiënt) kunnen zeer nuttig zijn op medisch-juridisch vlak of bij het schrijven van een eerder opgesteld certificaat.
- **Diagnostische hypothesen (beoordeling)**
- **Zorgplan (procedures)**
- **Aanvullende onderzoeken en de resultaten ervan (procedures)**

Het moet duidelijk de elementen bevatten die op het medisch certificaat zijn vermeld.

Het wordt aanbevolen dat arts zijn eigen initiatieven vermeldt (een collega raadplegen voor advies, advies gegeven aan patiënten), evenals het mogelijke gebrek aan reactie van de patiënt om de situatie te doen evolueren naar beterschap: *'Ik constateer dat ..., sinds weken, ik raad hem/haar om ..., en mr. of mevr. weigert om ...'* Twijfels en veronderstellingen kan de arts noteren in het dossier dat de patiënt kan raadplegen of in persoonlijke notities, niet raadpleegbaar door de patiënt zelf, maar door een andere arts die de patiënt bijstaat of door hem is aangeduid om zijn dossier te raadplegen.

In geen geval kan het medisch dossier geheel of gedeeltelijk door de arts worden overgedragen aan een politieinstantie. Als het slachtoffer elementen uit zijn/haar medisch dossier wil aanvoeren, kan het op grond van de wet op de patiëntenrechten een kopie aan de arts vragen en dat bij zijn strafblad voegen. Als het een bewijs van letsels betreft die een slachtoffer heeft ondergaan, zijn er andere manieren, in het bijzonder het medisch certificaat.

### MEDISCH CERTIFICAAT BIJ SLAGEN EN VERWONDINGEN<sup>59</sup>

Een medisch certificaat hoeft niet noodzakelijk aangevraagd te worden tijdens de raadpleging waar de misbehandeling aan het licht komt of ter gelegenheid van de zorgvraag. De opmaak ervan hoeft niet gelijktijdig te verlopen met de vaststellingen opgetekend in het medisch dossier. Het certificaat moet worden opgemaakt na contact met de patiënt en op zijn verzoek. **Op zijn verzoek kan het aan de patiënt gegeven worden, alleen aan hem en altijd in de hand.** De patiënt moet geadviseerd worden om een kopie te maken. Het certificaat kan in het dossier blijven tot het slachtoffer ernaar vraagt. Als het slachtoffer niet van plan is om het meteen te gebruiken en het bij zich houdt, is het belangrijk om de patiënt in overleg te wijzen op de risico's die hij kan lopen wanneer het certificaat door de geweldpleger wordt ontdekt. **Het certificaat kan dan niet meer door de arts aan de politie-instanties of gerechtelijke autoriteiten worden overhandigd.** De inhoud van het certificaat zal een van de elementen zijn die zullen bepalen of er vervolging moet plaatsvinden en, later, de omvang van de mogelijke sancties.

Het certificaat mag de volgende elementen niet vermelden:

- de identiteit van de geweldpleger, ook als die door het slachtoffer is gemeld;
- de verantwoordelijkheden van om het even wie in het letselmechanisme;
- de verklaringen van het slachtoffer over derden.

Het is mogelijk (en zeer aanbevolen in gevallen van seksueel geweld) om de patiënt door te verwijzen naar een collega met ervaring in de materie en het certificaat van deze laatste in het medisch dossier op te nemen. De echte expert-arts is echter diegene die de rechter aanduidt, omdat alleen de vaststellingen van deze laatste een objectieve en, in voorkomend geval, contradictoire waarde hebben.

Een voorbeeld van een medisch certificaat bij slagen en verwondingen is terug te vinden op blz. 19-20.

### MEDISCH CERTIFICAAT VOOR DE BESCHERMING VAN BEZITTINGEN

Deze materie zal op 1 juni 2014 fundamentele veranderingen ondergaan krachtens de recente wet van 17 maart 2013 en een Koninklijk Besluit ter uitvoering van deze wet. Deze zijn nog niet in deze richtlijn opgenomen.

Het onvermogen van een persoon om zijn bezittingen te beheren om redenen die verband houden met de lichamelijke of geestelijke gezondheid, zal een arts dwingen om in te grijpen. Zijn interventie zal bestaan uit het schrijven van een gedetailleerd medisch certificaat om deze persoon onder vermogensbeheer te plaatsen.



Het is een gevoelige en vaak onomkeerbare levensfase die de arts (meestal een huisarts) die het opstelt, in een situatie van bijzondere verantwoordelijkheid plaatst. Deze situatie is des te ongemakkelijker omdat de arts een ander beroepsterrein dan het zijne moet betreden.

Het gedetailleerd medisch certificaat (zie blz. 21) mag niet ouder zijn dan vijftien dagen en moet om ontvankelijk te zijn de volgende drie essentiële gegevens bevatten, geobjectiverd door de arts:

- de gezondheidstoestand van de te beschermen persoon, in relatie tot het vermogen van de patiënt om zijn bezittingen te beheren;
- het vermogen van deze patiënt om zich te verplaatsen (gezien zijn toestand);
- het vermogen van de persoon om kennis te nemen van het beheerrapport.

### Criteria voor de beoordeling van de oudere i.v.m. het gedetailleerd medisch certificaat

Aan de hand van een recent narratief overzicht van de literatuur over diagnostische methoden (schalen) die in de eerste lijn werden getest of gevalideerd als beslissingsondersteuning met betrekking tot de bekwaamheid van ouderen om hun bezittingen te beheren, kunnen we in grote lijnen een onderscheid maken tussen enerzijds de methoden (schalen) om de patiënt in zijn totaliteit te evalueren: voeding, mobiliteit, valrisico, cognitie, incontinentie,... en zijn vermogen om zijn bezittingen te beheren, en anderzijds de schalen die alleen dit laatste aspect beoordelen.<sup>60</sup>

### Beoordelingsschalen

#### Financial Capacity Instrument (FCI)<sup>61</sup>

Dit is een gestandaardiseerde psychometrische test om de dagelijkse financiële activiteiten te evalueren die bemoeilijkt kunnen worden door dementie. Deze test onderzoekt veertien belangrijke financiële taken uit het dagelijkse leven in zes domeinen: de 'basisvaardigheden' in verband met geld (bv. geldstukken noemen), kennis van financiële begrippen (bv. wat is een bankrekening?), de analyse van een financiële transactie (bv. aankoop van een artikel), het beheer van een kasboek, het beheer van een bankrekening (bijvoorbeeld de uitleg van verschillende al dan niet uitgevoerde transacties), het 'financiële beoordelingsvermogen' (bv. het risico van fraude ontdekken in een uitnodigingsbrief tot betalen). De opdrachten van de test worden ingedeeld in 'eenvoudig' en 'complex'.

De tijd die nodig is voor de test wordt geschat op dertig tot veertig minuten voor gezonde oudere patiënten (controles) en op 40-50 minuten voor patiënten met dementie.

De score voor het *Financial Capacity Instrument* is gestandaardiseerd. De patiënten worden ingedeeld in 'bekwaam', 'middelmatig bekwaam' en 'onbekwaam'. De test wordt aanvullend met een persoonlijke bijdrage van de patiënt en een rapport van een naaste helper.

#### Measure of Awareness of Financial Skills (MAFS)<sup>62</sup>

De MAFS bestaat uit drie delen. Eerst is er een vragenlijst voor de patiënt (beoordeling van de bekwaamheid om bepaalde taken uit te voeren en de zelfevaluatie van de hulp die hij ontvangt voor de uitvoering; de evaluatie van de bekwaamheid om zijn financiën te beheren en het beseffen van de gevolgen van slecht beheer). Ten tweede is er een vragenlijst voor een naaste helper (versie parallel aan de patiëntvragenlijst). Ten derde is er een prestatiemeting met zes financiële opdrachten: munten identificeren, wisselgeld tellen, een geldtransactie, een kassaticket interpreteren, een cheque opmaken, een kasboek beheren.

#### Financial Competency Assessment Tool (FCAT)<sup>63</sup>

De *Financial Competency Assessment Tool* werd getest met het oog op het evalueren van de financiële bekwaamheden van patiënten met de ziekte van Alzheimer, maar ook met psychische stoornissen (schizofrenie). Deze test bestaat uit zes domeinen: monetaire basiscapaciteiten (bankbiljetten en munten opnoemen, hun waarde beoordelen, berekeningen maken,...), kennis van financiële begrippen, het gebruik van bankdiensten (geld opnemen), de transactie in contanten (aankopen van artikelen), financieel beoordelingsvermogen, het begrijpen van persoonlijke inkomsten en uitgaven. De opdrachten van de test worden ingedeeld in 'gemakkelijk' en 'complex'.

De score wordt berekend door het optellen van de verkregen punten voor de opdrachten in elk domein. De totale score wordt gebruikt als evaluatie van de financiële vaardigheden, de cut off-waarde tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid ligt tussen 20 en 21 punten. De test duurt ongeveer dertig minuten.

#### Semi-Structured Clinical Interview for

#### Financial Capacity (SCIFC)<sup>64</sup>

De test *Semi-Structured Clinical Interview for Financial Capacity (SCIFC)* is ontworpen om de financiële vaardigheden van patiënten met milde tot matige cognitieve stoornissen te onderzoeken, maar ook van gezonde oudere patiënten. Dat gebeurt met behulp van de semigestructureerde interviewtechniek en duurt gemiddeld vijftientwintig minuten.

Samengevat zijn de behandelde gebieden: monetaire basisvaardigheden, kennis van de theoretische financiële begrippen, financiële verrichtingen, het beheer van een kasboek, het beheer van een bankrekening, financieel beoordelingsvermogen, de betaling van facturen, de kennis van persoonlijk en financieel beheer en onroerend goed. Na de test zijn de patiënten 'bekwaam', 'middelmatig bekwaam' of 'onbekwaam'.

Het semigestructureerde interview biedt flexibiliteit in de aanpak van de patiënt met een individualisering van de voorgestelde test op basis van de klinische context.

### Enkele oriëntatiepunten

Het is de bedoeling dat vanuit bepaalde criteria een schatting wordt gemaakt van de omvang van de bekwaamheid of kwets-



baarheid van de persoon, rekening houdend met alle nuances van zijn/haar persoonlijkheid en de middelen. Dat wil zeggen dat men een idee wil krijgen van waartoe de persoon (oudere) in staat is, een idee van de toestand van zijn/haar sterktes, op een gegeven moment. Het zijn de vaardigheden en sterktes die worden ondersteund door de aanstelling van een voorlopige bewindvoerder van de bezittingen. Deze ondersteuning zal meer of minder blijvend zijn. Ze is altijd herzienbaar. Deze schatting van de bekwaamheid en de sterkte gebeurt in het kader van een persoonlijk gesprek tussen de arts en de persoon. Dat is een interview waarin dingen worden gezegd of waargenomen aan beide zijden, waarna ze uiteindelijk eenzijdig schriftelijk worden gerapporteerd in een document.

De beoordeling van iemands bekwaamheid om zijn bezittingen te beheren kan op verschillende manieren gebeuren: dagelijks beheer ten opzichte van planning, patiënt of naaste helper, manipulaties versus theoretische ideeën, de aard van de betreffende bezittingen,... Ongeacht de gekozen methode is het echter altijd cruciaal om de cognitieve vaardigheden te onderscheiden van de eigenlijke bekwaamheid om het vermogen om te beheren (dat alleen activeert de toepassing van de wet). Tal van patiënten kunnen nog steeds perfect hun dagelijks leven plannen zonder dat ze kunnen omgaan met

de technische aspecten zoals geld afhalen aan een automaat of bankverrichtingen via het internet. Ook moet aandacht worden besteed aan de beschrijving van het levenskader en de informele hulp die de patiënt krijgt.

Als we deze vorm van evaluatie compleet willen uitvoeren, kost dat tijd, maar het zijn levensomstandigheden die het verdienen om in aanmerking te worden genomen! En aangezien voorkomen beter is dan genezen, lijkt het ons belangrijk om dit onderwerp op tijd te bespreken met patiënten.

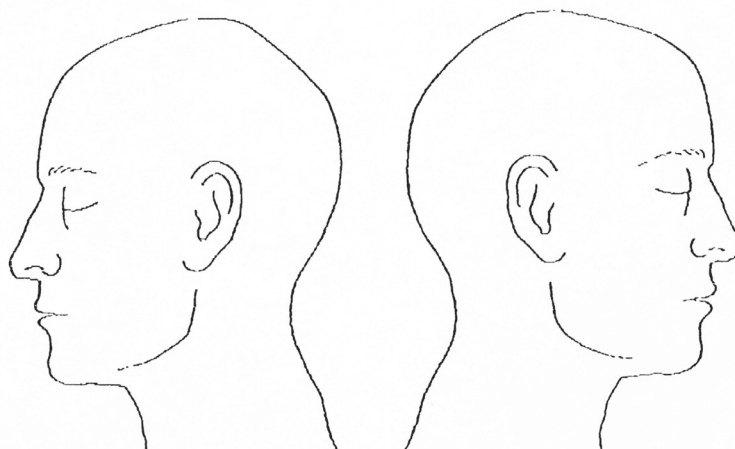
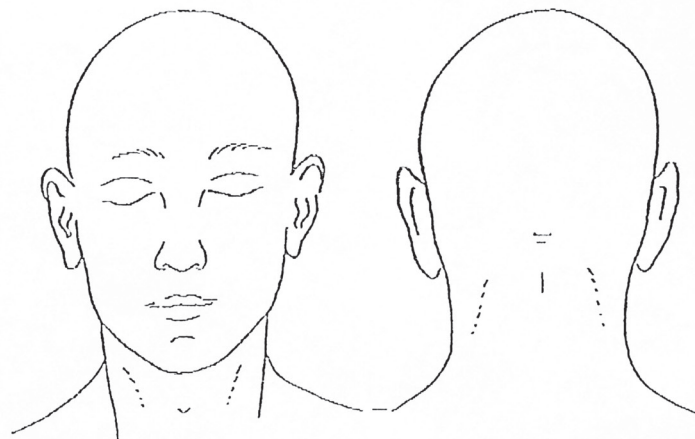
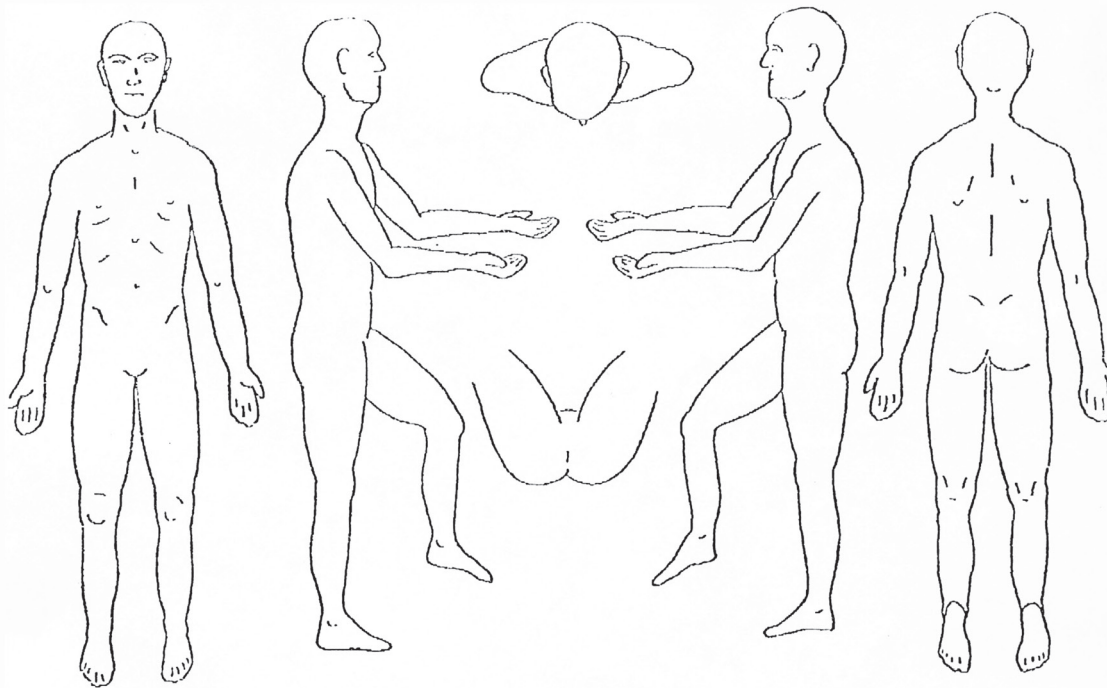
Tot slot zijn de schalen (hoe uitgebreid ook) instrumenten om de besluitvorming te ondersteunen en kunnen ze alleen worden toegepast en de resultaten worden geïnterpreteerd in het licht van de context (geografische, organisatorische, sociaal-politieke, culturele,...) waarin zij ontwikkeld en gebruikt worden.

Aangezien elke gepresenteerde schaal op een populatie met verschillende karakteristieken is gericht, kunnen we onmogelijk één ervan aanbevelen. Een aantal beoordeelde aspecten zijn nochtans gemeenschappelijk voor alle schalen en verdienen te worden aangepast aan de Belgische situatie om er een gevalideerde en door iedereen bruikbare schaal van te maken, als hulpmiddel bij het schrijven van een medisch certificaat.

Checklist voor het schrijven van het medisch certificaat dat het voorwerp uitmaakt van een consensus van experts (conferentie georganiseerd onder toezicht van Cebam - 2008) en dat is gevalideerd door de Orde van geneesheren.

| Medische certificaat bij slagen en verwondingen                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ik, ondertekende, dr. (naam en voornaam):                                                                                                                                             | Naam (patiënt):                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       | Voornaam:                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| te (plaats): Rizivnr:                                                                                                                                                                 | Geboortedatum: / /                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| verklaar onderzocht te hebben op (datum): / /                                                                                                                                         | Wonende te: Postcode:                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| te (plaats): om uur.                                                                                                                                                                  | Straat: Nr:                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Deze patiënt verklaart:<br>(beschrijving door de patiënt van de feiten met datum en uur)                                                                                              | Bijkomende onderzoeken die dienen te worden uitgevoerd:                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| De actuele klachten zijn:                                                                                                                                                             | Kunnen de letsels overeenkomen met de verklaringen van de patiënt?                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       | Verwijzing: (naar een dienst voor slachtofferhulp of andere instantie)                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Lichamelijk onderzoek:<br>(beschrijving van de letsels: schrammen, ecchymosen, hematomen, wonden, andere (aard) en ligging, vorm, aspecten grootte, kleur en leeftijd van elk letsel) | Voorgestelde behandeling:                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       | Als gevolg van het trauma werd een volledige voorlopige werkonbekwaamheid voorgesteld:                                                                                                                                                                                                   |
| Psychische toestand op moment van vaststelling:                                                                                                                                       | van: / / tot: / / (inbegrepen)                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                       | (het gaat erom rekening te houden met de mogelijkheid voor de patiënt om de normale activiteiten uit te voeren en de weerslag van het geweld op het persoonlijk functioneren van de patiënt na te gaan; deze evaluatie wordt dus uitgevoerd zelfs al werkt de patiënt niet beroepshalve) |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Bijgevoegde foto's en schema's:<br>(elk aan het getuigschrift toegevoegd document moet genummerd, gedateerd, getekend zijn en in verband met het getuigschrift gebracht worden)       | Deze vaststelling werd op zijn vraag meegegeven aan de betrokkene of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger:                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Dit certificaat wordt opgesteld onder voorbehoud van verwickelingen en evolutie of advies van deskundigen (psychiater, gynaecoloog, pediater,...)                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Voor echt verklaard op: / / te                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Handtekening                                                                                                                                                                          | Stempel                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Medische certificaat bij slagen en verwondingen



Checklist voor het schrijven van een gedetailleerd medisch certificaat met het oog op de bescherming van de bezittingen van de een persoon. Het wordt gevoegd bij een aanvraag krachtens artikel 488bis van het Burgerlijk Wetboek, voorgesteld door FJ Warlet, magistraat.

### Gedetailleerd medisch certificaat voor de bescherming van de bezittingen

Ik, ondertekende, dr. (naam en voornaam):

Naam (patiënt): .....

Voornaam: .....

te (plaats): ..... Rizivnr: ..... Geboortedatum: ...../...../.....

verklaar onderzocht te hebben op (datum): ...../...../..... Wonende te: ..... Postcode: .....

te (plaats): ..... om ..... uur. Straat: ..... Nr: .....

en te hebben vastgesteld dat zijn/haar gezondheid als volgt kan worden omschreven:

(Gedetailleerde beschrijving van de gezondheidstoestand in functie van het vermogen van de patiënt om zijn bezittingen te beheren.)

- Ik ben van mening dat deze persoon zich kan/niet kan\* verplaatsen;
- Gezien zijn/haar toestand is een verplaatsing wel/niet\* aangewezen;
- Deze persoon is/is niet\* in staat om kennis te nemen van het rapport van het beheer van zijn bezittingen als een voorlopig bewindvoerder wordt aangesteld.

Voor echt verklaard op ...../...../..... te .....

Handtekening

Stempel

\*Schrappen wat niet past

Checklist voor het opstellen van de aanvraag op grond van artikel 488bis van het Burgerlijk Wetboek voor de bescherming van de bezittingen van een persoon, voorgesteld door F-J Warlet, magistraat.

### Verzoekschrift voor de bescherming van de bezittingen van een persoon

Aan de heer/mevrouw de vrederechter van het gerechtelijk arrondissement van .....

Ik, ondertekende, (naam en voornaam): .....

te (plaats): .....

vraag, overeenkomstig artikel 488 bis van het Burgerlijk Wetboek, de aanstelling van een voorlopige bewindvoerder voor:

Naam (patiënt): ..... Voornaam: .....

Geboortedatum: ...../...../..... Wonende te: ..... Postcode: .....

Straat: ..... Nr: .....

Ik ben ..... van bovenstaande persoon (graad van verwantschap of de aard van de relatie met de te beschermen persoon)

De te beschermen persoon is gehuwd met: .....

die samenwoont/niet samenwoont\* met de te beschermen persoon

De te beschermen persoon woont samen met: (naam, voornaam, geboortedatum van deze personen)

.....  
 .....  
 .....

De te beschermen persoon blijkt niet in staat om zijn bezittingen en middelen goed te beheren, en dat tijdelijk/definitief\* volledig/gedeeltelijk\*

Bij deze aanvraag wordt een gedetailleerd medisch certificaat gevoegd, dat is opgemaakt op ...../...../..... door dr. (naam en voornaam):

..... Rizivnr: .....

Het verzoek is gebaseerd op de volgende gronden:

.....  
 .....

Voor zover ik weet, bestaan de te beheren bezittingen en middelen uit:

.....  
 .....

Ik stel voor dat als voorlopig bewindvoerder wordt aangewezen (naam en voornaam):

.....

Plaats ..... Datum: ...../...../.....

Handtekening van de aanvrager

Bijgevoegde stukken: .....

Gedetailleerd medisch certificaat van dr. ....

Bewijs van woonplaats van de te beschermen persoon.

\*Schrappen wat niet past



## BIJLAGE 3: ONDERSTEUNENDE DIENSTEN

### VOOR HULPVERLENERS

#### Vlaams Ondersteuningscentrum

#### Ouderenmisbehandeling (VLOCO)

Centraal oproepnummer voor meldingen: 078 15 15 70

Grotenbergestraat 24-26

9620 Zottegem

[ouderen@cawzuidoostvlaanderen.be](mailto:ouderen@cawzuidoostvlaanderen.be)

In Vlaanderen kunnen artsen en hulpverleners die geconfronteerd worden met ouderenmis(be)handeling in de thuissituatie steeds een beroep doen op het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmisbehandeling VLOCO voor advies en informatie.

**Het VLOCO is actief voor heel Vlaanderen en heeft volgende opdracht:**

- Preventieve taken: burgers sensibiliseren over de problematiek ouderenmis(be)handeling. Het Ondersteuningscentrum wil zo het taboe rond ouderenmis(be)handeling doorbreken. Het centrum doet dit ook via een website, beurzen en vormingen voor professionals en bevolking.
- Deskundigheidsbevordering en expertiseontwikkeling: het Ondersteuningscentrum kan door alle hulpverleningsinstaties worden gecontacteerd voor overleg. Er zijn ook vormingspakketten.
- Ondersteuning hulpverleners: via adviesverstrekking en doorverwijzing helpt het Ondersteuningscentrum hulpverleners die met de problematiek geconfronteerd worden.
- Wetenschappelijke ondersteuning: Het Ondersteuningscentrum volgt de ontwikkelingen met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek aangaande de problematiek ouderenmis(be)handeling op en neemt deel aan nationale en internationale projecten en onderzoek rond ouderenmis(be)handeling.
- Beleidsvoorbereidend werk: het Ondersteuningscentrum is voor de overheid een klankbord rond de problematiek van ouderenmis(be)handeling

#### Wat gebeurt er bij een melding?

- Vraag naar info of advies: het Ondersteuningscentrum beluistert en bevraagt de situatie telefonisch. Er wordt advies gegeven en met de melder overlopen welke stappen hij/zij verder kan zetten. Soms zijn melders met een éénmalig advies geholpen. Melders kunnen ook terug bellen om verder te overleggen.
- Vraag naar interventie: wanneer het een ernstige en/of complexe situatie betreft of wanneer de melder het zelf niet ziet zitten om alleen met de situatie verder te gaan. In dit geval zal het Ondersteuningscentrum doorverwijzen naar de hulpverlening ter plaatse. Indien er een Regionaal Steunpunt is, worden deze gecontacteerd om de situatie met de melder zelf op te volgen. Jammer genoeg bestaat er in Vlaanderen geen uniform aanbod rond interventies in situaties van

ouderenmis(be)handeling. Een overzicht van de Vlaamse situatie vindt u hieronder:

#### Regionale steunpunten

- Provincie Oost- Vlaanderen:

Regionaal Steunpunt OMB Oost-Vlaanderen

Na een eerste telefonisch contact wordt er een huisbezoek gepland bij het slachtoffer om de situatie uitgebreid te bekijken. Er wordt gewerkt volgens de methodiek van het casemanagement. De methodiek casemanagement houdt in dat het bestaand hulpverlenend netwerk betrokken/geactiveerd wordt bij het zoeken naar een verbetering van de situatie. Ook wordt er gekeken welke diensten er verder nog ingeschakeld kunnen worden. Daarnaast wordt ook geprobeerd met de pleger te werken. Dit enkel na toestemming van het slachtoffer. Het betrekken van het hele systeem, het creëren van een netwerk rondom de cliënt, outreachend en aanklampend werken is typerend voor deze methodiek.

- Provincie Limburg: twee pistes:

- Organiseren van zorgoverleg:

**Listel VZW**

**A. Rodenbachstraat 29 bus 1**

**3500 Hasselt**

**011-81 94 70**

**[info@listel.be](mailto:info@listel.be)**

Listel vzw is het provinciaal overlegplatform. Het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) en de Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging (GDT) zorgregio Genk en zorgregio Hasselt hebben opdrachten die vervuld moeten worden. SEL/GDT Genk en Hasselt waken over de kwaliteit van het overleg rond de patiënt waarbij de patiënt en zijn mantelzorger samen met de betrokken zorg- en hulpverleners de zorgen op elkaar afstemmen.

Bij situaties waarbij de balans tussen draaglast en draagkracht overschreden wordt geeft het Ondersteuningscentrum de melding door aan een overlegcoördinator van Listel vzw. Deze kunnen dan een zorgoverleg organiseren. Zij kunnen enkel hiervoor worden gecontacteerd! Het betreft situaties van ontspoorde zorg waar overleg met de betrokken hulpverleners is aangewezen. Dit op vraag van een betrokkene (hulpverlener, mantelzorger,...). De overlegcoördinator thuisgezondheidszorg (OC TGZ) kan de gesprekstaf aanbieden voor het overleg. Iedereen kan zo een overleg aanvragen (hulpverleners, mantelzorgers). De overlegcoördinator TGZ is een neutrale organisator die niet rechtstreeks betrokken is in de zorg voor de patiënt. Van de overlegcoördinator TGZ wordt minstens het volgende verwacht: Praktische en admini-

stratieve voorbereiding en afhandeling van het overleg; Voorzitten van het overleg maar zonder inhoudelijke inbreng; Bundelen van de afspraken in een zorgplan.

- Interventie: Indien een interventie in de provincie Limburg noodzakelijk is, werkt het Ondersteuningscentrum samen met de CAW's van deze provincie.

- **Provincie Antwerpen**

- **Regionaal Steunpunt IFG/OMB**

**arrondissement Turnhout:**

**CAW De Kempen**

**Hofkwartier 23**

**2200 Herentals**

**014 21 08 08**

Het Regionaal Steunpunt is een aanspreekpunt voor iedereen die met vragen of vermoedens zit rond ouderenmis(be)handeling.

Indien nodig kan een beroep gedaan worden op de deskundigheid van de regionale ondersteuner in specifieke dossiers. De regionale ondersteuner kan deelnemen aan een cliëntoverleg. Indien voorgaande ontoereikend blijkt om aan de slag te gaan met het gezin, kan een huisbezoek gepland worden met het gezin. Het doel van de interventie is het duidelijk krijgen van de hulpvraag en de hulpverlening op te starten. Het Steunpunt is ingebed in CAW De Kempen.

- **Regionaal Steunpunt IFG / OMB**

**arrondissement Mechelen**

**CAW Het Welzijnshuis**

**Wollemarkt 28**

**2800 Mechelen**

**0498 93 47 03**

Het steunpunt intrafamiliaal geweld en ouderenmis(be)handeling is een aanspreekpunt voor professionals (huisartsen, gezondheidswerkers, hulpverleners, politie en justitie) in het arrondissement Mechelen. De medewerker geeft info, advies en coaching bij vermoeden en feiten van ouderenmis(be)handeling en intrafamiliaal geweld. Samen met de melder zoekt zij naar mogelijke handvaten en oplossingen in de concrete casus. Zij gaan samen na welke stappen kunnen worden gezet en doorverwijs- en samenwerkingsmogelijkheden er mogelijk zijn. Omwille van de privacy, wordt de naam van de cliënt niet vermeld.

In samenwerking met de dienst welzijn en gezondheid van de provincie Antwerpen, diverse partnerorganisaties uit de welzijn- en gezondheidssector, ouderenzorg, politie en justitie ontwikkelen zij een beleid en stimuleren zij intersectorale samen- en netwerking in het arrondissement Mechelen. Zij signaleren noden en behoeften aan de bevoegde overheden en begeleiden een intersectorale casusgroep en beleidsgroepen.

Het steunpunt intrafamiliaal geweld en ouderenmis(be)handelt is ingebed in CAW Het Welzijnshuis en stelt één medewerker in halftijds dienstverband te werk.

In de rest van provincie Antwerpen, Provincie Vlaams-Brabant en Provincie West-Vlaanderen is geen steunpunt aanwezig. Wanneer er een interventie wordt gevraagd, bekijkt het Ondersteuningscentrum in eerste instantie het bestaande netwerk van de cliënt en verwijst eventueel naar de reeds aanwezige hulpverleners. Deze hulpverleners kunnen steeds voor advies en informatie omtrent de aanpak van het probleem met onze dienst contact opnemen.

Indien er geen netwerk aanwezig is en afhankelijk van de situatie verwijzen wij naar de meeste geschikte dienst in de regio. Dat kan OCMW of CAW of mutualiteit of andere dienst zijn.

## VOOR HET PUBLIEK

**1712**

**[www.1712.be](http://www.1712.be)**

Voor het publiek bestaat er sinds 2013 een meldpunt 'misbruik, geweld en kindermishandeling'. Dit meldpunt van de Vlaamse overheid is gratis bereikbaar op het nummer 1712 en is bedoeld voor iedereen die een vraag of melding heeft over alle vormen van geweld of misbruik. Dat kan gaan over partnergeweld, kindermishandeling, ouderenmisbehandeling, pesten, geweld in gezagsrelaties maar ook over misdrijven met geweld. Iedereen mag bellen naar 1712: een bezorgde omstaander, een betrokkene, een slachtoffer, een dader, volwassenen én kinderen.

Het meldpunt is te contacteren op werkdagen van 9 tot 17u. Het 1712 telefoonnummer verbindt automatisch door met de provincie van waaruit men belt. Wanneer men contact opneemt met 1712, krijgt men een professionele hulpverlener aan de lijn van een Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) of een vertrouwenscentrum kindermishandeling (VK). Er is voorzien in een permanentieregeling en als men buiten de openingsuren belt, krijgt men de boodschap dat men contact kan opnemen met Tele-Onthaal op het gratis nummer 106.

De hulpverleners beluisteren het verhaal en spelen in op wat men aangeeft nodig te hebben:

- je verhaal delen, zonder dat er verdere stappen gezet moeten worden;
- informatie krijgen en antwoorden op concrete vragen;
- advies krijgen om met de situatie om te gaan;
- of geholpen worden in de verdere stap naar begeleiding of desgevallend justitie.

Een oproep naar het meldpunt is gratis en wordt niet op de gesprekslijst van de factuur vermeld. Zo kunnen kinderen ook over van hun ouders vrijblijvend contact opnemen met het meldpunt, zonder dat ze het risico lopen hierop door een ouder te worden aangesproken. Dit is een belangrijk veiligheidsaspect in situaties van kindermishandeling, intrafamiliaal geweld, ouderenmis(be)handeling en partnergeweld.

### Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling

**Lakensestraat 76 bus 1**

**1000 Brussel**

**tel. 02/511 91 20**

**[brusselomb@misc.irisnet.be](mailto:brusselomb@misc.irisnet.be)**

**[www.home-info.be](http://www.home-info.be)**

Het Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling is een dienst van de vzw Home-Info. Home-Info geeft advies en uitgebreide informatie over de rusthuizen, RVT's, serviceflats, dagopvang via een persoonlijk gesprek.

**Wat doet het Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling?**

- Meldpunt voor situaties van oudermis(be)handeling voor zowel ouderen die al in een rusthuis of RVT verblijven, als ouderen die nog thuis wonen.
- Meldpunt voor professionele hulpverleners die in contact komen met situaties van ouderenmis(be)handeling.
- Interventie, opvolging van de melding, informatie en advies.
- Registratie van alle meldingen om zo een beeld krijgen van de problematiek in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

- Sensibilisatie en preventie: organiseren van vormingen, studiedagen, infosessies over de problematiek van ouderenmis(be)handeling.

**Wie kan er terecht bij het Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling?**

- ouderen vanaf 60 jaar en hun familieleden, mantelzorgers, vrienden.
- ouderen die al in een rusthuis of RVT verblijven en hun familie.
- hulpverleners in de thuiszorg en in de residentiële zorg, huisartsen.
- dienstencentra, dagcentra, sociale diensten...
- het brede publiek.

## NOTEN

## noot 1

- Nelson H, Bougatsos Ch, 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* 2012:4.

## noot 2

- Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age Ageing* 2008;37:151.

## noot 3

- Organisation Mondiale de la Santé. Maltraitance des personnes âgées, doc aide-mémoire 2011;357:1.

## noot 4

- Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:387-96.

## noot 5

- Etude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie, recherche commanditée par Respect Seniors, réalisée par le Panel de démographie familiale-Ulg en collaboration avec le service de médecine générale. *Ulg* 2010:99-102;112.

## noot 6

- Plan d'Action National en matière de lutte contre les violences entre partenaires; 2010-2014.
- [http://igvm-iefh.belgium.be/fr/binaries/101123-PAN%20FR\\_tcm337-113078.pdf](http://igvm-iefh.belgium.be/fr/binaries/101123-PAN%20FR_tcm337-113078.pdf).

## noot 7

- Vanhalewyn M, Offermans AM, Pas L. Partnergeweld - aanbeveling van goede praktijken en werkmodel. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2009. [www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/partnergeweld.html](http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/partnergeweld.html)

## noot 8

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization 2002; Part 5:141.
- Studies uitgevoerd in China (Hong Kong SAR), Finland, Griekenland, India, Ierland, Israël, Noorwegen, Polen en Zuid-Afrika steunen op een heel andere benadering van het onderwerp.

## noot 9

- Organisation Mondiale de la Santé. A global response to elder abuse and neglect: Building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: Main Report. 2008.

## noot 10

- Waa's Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid, artikel 378, 1°. Omzendbrief hof van Luik over ouderenmis(be)handeling.

## noot 11

- Het is belangrijk om mishandeling van ouderen te bekijken vanuit een systemische dimensie. De systeemtheorie beschouwt het systeem als een geheel van samenhangende elementen, een naar buiten geopend systeem dat de som van zijn bestanddelen overstijgt.
- Von Bertalanffy L. Théorie générale des systèmes; 2002.
- Gobert M, Taeymans B. Geweld tegenover ouderen. Brussel: SSMG; 2004:52.

## noot 12

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization 2002; Part 5:141.

## noot 13

- Uit een enquête per post en via face-to-face interviews bij een steekproef van vrouwen van minstens 60 jaar woonachtig in Vlaanderen. Voeg hier nog aan toe dat 4,9% van de vrouwen een situatie van zeer ernstige misbehandeling heeft ervaren.

## noot 14

- Uit een enquête met face-to-face interviews bij mensen ouder dan 70 jaar woonachtig in Wallonië. Merk op dat 6,71% meer dan één misbehandeling meldt (meestal psychische misbehandeling in combinatie met een andere vorm van misbehandeling) en dat 5,78% er drie of meer meldt.
- Etude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie, recherche commanditée par Respect Seniors, réalisée par le Panel de démographie familiale-Ulg en collaboration avec le service de médecine générale. Ulg; 2010.

## noot 15

- In 46% van de gevallen heeft de oudere niet met de pleger over de feiten gepraat. Wanneer de oudere dit wel deed, had dit in de meeste gevallen geen gunstig resultaat. In plaats daarvan verergerde de situatie nog bij financiële uitbuiting en schending van rechten.
- Etude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie, recherche commanditée par Respect Seniors, réalisée par le Panel de démographie familiale-Ulg en collaboration avec le service de médecine générale. Ulg; 2010.
- Prevalence study of abuse and violence against older women? Results of the Belgian Survey. Brussel: VUB; Daphné project, 2010.

## noot 16

- Volgens deze enquêtes heeft 52% tot 68% van de mensen zijn hart uitgestort en waren zij bijna allemaal opgelucht.
- Etude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie, recherche commanditée par Respect Seniors, réalisée par le Panel de démographie familiale-Ulg en collaboration avec le service de médecine générale. Ulg; 2010.
- Prevalence study of abuse and violence against older women, Results of the Belgian Survey. Brussel: VUB - Daphné project; 2010.

## noot 17

- Cohortstudie bij 2812 ouderen in New Haven, Connecticut: mishandelde ouderen hebben een hoger mortaliteitsrisico dan degenen die niet worden mishandeld (odds ratio [OR], 3,1 [95%-BI: 1,4-6,7]), en dat na correctie voor demografische kenmerken, chronische ziekten, functionele en cognitieve toestand, depressie, de mate van sociale steun.
- Nelson H, Bougatsos Ch, 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* 2012:4.

## noot 18

- Xinqi D, Simon MA. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Internal Medicine* 2013;1-7.

## noot 19

- Nelson H, Bougatsos Ch, 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* 2012:4.

## noot 20

- Fulmer T. Profiles of older adults who screen positive for neglect during an emergency department visit. *J Elder Abuse Neglect* 2004;14:49.

## noot 21

- Deze aanbeveling heeft niet geleid tot een consensuspositie onder de geraadpleegde huisartsen uit de Delphistudie. De alertheid ten opzichte van risicofactoren bij de pleger zou gemakkelijker zijn als de pleger ook een patiënt van de arts was.

## noot 22

- Fulmer T. Profiles of older adults who screen positive for neglect during an emergency department visit. *J Elder Abuse Neglect* 2004;14:19.
- Fulmer T, Paveza G, Vandeweerdt C, et al. Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *The Gerontologist* 2005;45:525-34.
- Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet* 2004;364:1263-72.

## noot 23

- Xinqi D, Simon MA. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Internal Medicine* 2013;1-7.

- Xinqi D, Simon M, Evans D. Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1922-8.

**noot 24**

- Fulmer T, Guadagno L, Bitondo Dyer C, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:297-304.
- Minhong L, Kolomer S. Design of an assessment of caregivers' impulsive feelings to commit elder abuse. *Res Soc Work Pract* 2007;17:729-35.

**noot 25**

- Etude sur le bien-être des personnes de plus de 70 ans en Wallonie, recherche commanditée par Respect Seniors, réalisée par le Panel de démographie familiale-Ulg en collaboration avec le service de médecine générale. Ulg; 2010.

**noot 26**

De aanbeveling wordt soms moeilijk toepasbaar gevonden in de dagelijkse praktijk. De reactie van de experts uit de consensusconferentie luidt dat het afnemen van de gevalideerde schaal EASI minder dan twee minuten vergt en de woordenschat aangepast is aan de huisartspraktijk.

Advies van het veld: Delphistudie:

De voornaamste problemen die door de geraadpleegde artsen worden aangehaald bij het gebruik van de EASI-schaal zijn de volgende:

- inadequate terminologie zoals: afhankelijk, verhinderd ...
- de eentonigheid van de vragenlijst
- de zeer specifieke gebruiksvoorwaarden vereisen een langdurige vertrouwensrelatie
- indringend en indiscreet karakter van een geformaliseerde aanpak
- de tijdrovende omvang van deze aanpak
- de betrouwbaarheid van de verkregen gegevens, vooral bij ouderen met cognitieve geheugenstoornissen

**noot 27**

- Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive services task force, *Ann Intern Med* 2004;140:387-396.

**noot 28**

- Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl* 2008;20:276-300.

**noot 29**

- Nelson H, Bougatsos Ch, 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* 2012:24.

**noot 30**

- Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl* 2008;20:276-300.
- Fulmer T, Guadagno L, Bitondo Dyer C, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:297-304.

**noot 31**

De geraadpleegde huisartsen uit de Delphistudie blijven verdeeld over het gebruik van gespecialiseerde hulp (Respect Seniors of SEPAM) om hen te ondersteunen bij de beoordeling van de situatie. De vermelde redenen:

- ze kennen deze diensten niet genoeg,
- ze verwijzen er alleen naar bij bewezen vermoeden,
- het antwoord van deze diensten is weinig persoonlijk en verloopt traag.

**noot 32**

De toepassing van deze aanbeveling wordt soms moeilijk toepasbaar gevonden in de dagelijkse praktijk. Sommige geraadpleegde artsen uit de Delphistudie benadrukken het gebrek aan competentie en instrumenten om een inschatting van de aanwezige risico's te maken.

**noot 33**

- Meeks-Sjostrom D. A comparison of three measures of elder abuse. *J Nurs Scholarsh* 2004;36:247-50.

**noot 34**

Uit de Delphistudie: Het voorstel 'anticipeer op het verlies van autonomie' is interessant, maar vereist evaluatie-instrumenten om het te implementeren. Bovendien kan dit type interventie slechts worden uitgevoerd wanneer de patiënt dat vraagt.

**noot 35**

De aanbeveling wordt soms moeilijk toepasbaar gevonden in de dagelijkse praktijk. De reactie van de experts uit de consensusconferentie luidt dat geen interventie kan overwogen worden zonder de toestemming van de persoon, zoals ook in andere richtlijnen het geval is.

**noot 36**

Volgens de geraadpleegde artsen uit de Delphistudie lijken de voorgestelde actiemiddelen, met uitzondering van de melding, voorgesteld aan de vermeende pleger van mishandeling, eenvoudiger te implementeren als deze ook hun patiënt is.

**noot 37**

De aanbeveling wordt soms moeilijk toepasbaar gevonden in de dagelijkse praktijk. Het is belangrijk inschikkelijk te zijn tegenover de patiënt en ethisch te handelen.

De belangrijkste problemen die de geraadpleegde artsen hebben aangehaald in de Delphistudie:

- niet in de positie zijn om kritiek te hebben op de houding van een collega,
- de betrekking van een persoon mogelijk in gevaar brengen,
- stoten op een organisatiestructuur die niet van plan is om opleidingen en toezicht aan te pakken.

**noot 38**

De aanbevelingen worden soms moeilijk toepasbaar gevonden in de dagelijkse praktijk. De geraadpleegde huisartsen uit de Delphistudie blijven verdeeld over het gebruik van gespecialiseerde hulp (Respect Seniors of SEPAM) om hen te ondersteunen bij de beoordeling van de situatie. De vermelde redenen:

- ze kennen deze diensten niet genoeg,
- ze verwijzen er alleen naar bij bewezen vermoeden,
- het antwoord van deze diensten is weinig persoonlijk en verloopt traag.

De reactie hierop van de experts uit de consensusconferentie luidt dat samenwerking bij deze problematiek erg belangrijk is. Het voordeel van samenwerking situeert zich in de multidisciplinaire benadering waarbij men kan steunen op deskundigheid en adequate ervaring.

**noot 39**

- Van Royen P. GRADE: Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. *Huisarts Nu* 2008;37:505-9. [www.grade-workinggroup.org/index.htm](http://www.grade-workinggroup.org/index.htm)

**noot 40**

- Haute Autorité de Santé (HAS). Elaboration de recommandations de bonne pratique: méthode 'Recommandation par consensus formalisé'. HAS; 2010:18.

**noot 41**

In alfabetische volgorde, dr. Nicolas Berg (geriater, CHR La Citadelle, voorzitter van Respect Seniors - Luik), Ph D. Micheline Gobert (gespecialiseerd verpleegkundige, arts voor volksgezondheid, co-directeur van PRISCI, gastdocent aan de UCL), Olivier Vögeli (socioloog, Afdeling Algemene Geneeskunde - ULg) en Geertrui Provinciael (adviseur intrafamiliaal geweld en ouderenmis(be)handeling bij de Dienst Welzijn en Gezondheid - provincie Antwerpen).

**noot 42**

Aan de lijst van documenten werd een algemene score toegekend en omvat twee categorieën: studies van goede methodologische kwaliteit die antwoord bieden op een aantal onderzoeksvragen (major) en studies die minder toepasselijk zijn, maar bijkomende informatie verschaffen over de problematiek (minor).



**noot 43**

- Peremans L, Smets K. Rapport Consensusprocedures toegepast in het kader van de ontwikkeling van een richtlijn. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2011.

**noot 44**

In alfabetische volgorde: Catherine Ballant (licentiaat in Human Resources Management, directeur Soins Chez Soi - Brussel), Myriam Bodart (advocaat, coördinator van SEPAM - Brussel), dr. Nicolas Berg (geriater, CHR La Citadelle, voorzitter van Respect Seniors - Luik), Claude Decuyper (verpleegkundige - licentiaat in ziekenhuismanagement, directeur Coördinatie van thuiszorg - Charleroi), dr. Christophe Dumont (geriater, GHdC - Montignies-sur-Sambre), dr. Didier Giet (huisarts, hoogleraar, voorzitter van de afdeling Algemene Geneeskunde - ULg), Dominique Langhendries (ergotherapeut - licentiaat in financieel ziekenhuisbeheer, directeur van Respect Seniors - Namen), dr. François Lesuisse (huisarts, coördinator MRS - Paliseul), dr. Gerard Marin (huisarts, coördinator MRS - Soignies), Vera Likaj (psycholoog, SSM Champ de la couronne - Brussel), Laurent Nissen (socioloog, lector, Panel Demographie Familiale - ULg), dr. Sabine Wauthier (psychiater in privépraktijk en in centrum SSM Avec nos Aînés - Namen), Marie-Paule Willamette (maatschappelijk werker, Respect Seniors - Antenne Charleroi).

**noot 45**

- Haute Autorité de Santé (HAS). Elaboration de recommandations de bonne pratique: méthode 'Recommandation par consensus formalisé'. HAS;2010:18.

**noot 46**

- Warlet FJ. Ce qu'il faut savoir sur l'administrateur provisoire de biens. Charleroi: AWIPH;2008:35.
- Warlet FJ. L'administration provisoire des biens. Luik: Kluwer; 2008:350.

**noot 47**

- Personnes âgées et gestion de biens, entre rapacité et libre disposition? Quatrième monographie de la Chaire de médecine générale de l'UCL sous la direction de Corentin Duyver et Albert Evrard. Presses Universitaires de Louvain, 2011.

**noot 48**

Waarvan de wet de definitie niet anders geeft, maar die ook gehouden is aan het 'beroepsgeheim'.

**noot 49**

- Nouwynck L. La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans le travail avec les justiciables. 2007:9-10.

**noot 50**

Het is de taak van de rechter om na te gaan of, gelet op de feiten van de zaak, de weigering om een geheim te onthullen gerechtvaardigd is ten aanzien van de sociale noodzaak waarop het principe is gebaseerd (zie Cass. 29.10.91, Pas.1992, I, 162; zie ook: Cass. 19.01.01. Journal des Tribunaux 2002, p. 9).

**noot 51**

We halen aan dat de nationale raad van de Orde van geneesheren op 17 september 2011 een advies heeft uitgegeven over deze wetswijziging toen ze een wetsontwerp was: [www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/secret-professionnel-projet-de-modification-de-l-article-458bis-du-co-de-penal](http://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/secret-professionnel-projet-de-modification-de-l-article-458bis-du-co-de-penal).

**noot 52**

- Colette-Basecqz N. Note sous Mons, 19/11/2008. Rev Dr Santé 2010. Cité par Genicot G. Journal des Tribunaux 2012:718.

**noot 53**

Over de geautomatiseerde verwerking van gezondheidsgegevens en hun communicatie:

- Hervég J. La protection des données du patient dans l'hôpital. Luik: Kluwer; 2009.

**noot 54**

Voor deze eerste voorwaarde is het dan wel noodzakelijk dat de patiënt in staat is om ze te begrijpen; in voorkomend geval zullen we verwijzen naar artikel 7, § 2, al. 3 van de wet op de rechten van de patiënt: *"De patiënt heeft het recht zich te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon of het recht op informatie ... via deze persoon ..."*

**noot 55**

We hebben de materie hier zeer beknopt samengevat. Voor meer informatie over het onderwerp:

- Warlet FJ. Ce qu'il faut savoir sur l'administrateur provisoire de biens. Charleroi: AWIPH; 2008:35.
- Warlet FJ. L'administration provisoire des biens. Luik: Kluwer; 2008:350.
- Delahaye T. L'administrateur provisoire. Brussel: De Boeck; 2008:275.

**noot 56**

- Advies van 18 januari 1992. Tijdschrift van de Nationale Raad 1992; 56:23.
- Advies van 5 mei 1992. Tijdschrift van de Nationale Raad 1992; 57:24.

**noot 57**

- Advies van 21 oktober 2006. Tijdschrift van de Nationale Raad 2006; 114.

**noot 58**

- Advies van 20 april oktober 2002. Tijdschrift van de Nationale Raad 2002; 97:3.

**noot 59**

Tekst gevalideerd door de Orde van geneesheren, uittreksel uit een synthesesdocument uitgewerkt in het kader van de consensusconferentie georganiseerd onder toezicht van Cebam:

- Offermans AM, Vanhalewyn M, D'Hauwe P. Les violences conjugales: cadre juridique et déontologique, les aspects relatifs au dossier et certificat médical, SSMG-Domus Médica, Service Public Fédéral de la Santé, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement; 2008.

**noot 60**

(Narratief) overzicht van de literatuur in de Engelse en Franse medische publicaties in de databanken Medline en Pubmed sinds het begin van hun oprichting tot 03/2010.

**noot 61**

- Marson DC, Sawrie SM, Snyder S, et al. Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: A conceptual model and prototype instrument? Arch Neurol 2000; 57:877-84.

**noot 62**

- Cramer K, Tuokko HA, Mateer CA, Hultsch DF. Measuring awareness of financial skills: reliability and validity of a new measure. Aging Ment Health 2004; 8:161-71.

**noot 63**

- Sakuraba Y, Kumawzawa Y, Matsuda. Development of the Financial Competency Assessment Tool (FCAT): A study of the reliability and validity of the FCAT. Bull Tokyo Gakuji Univ 2004;55:131-9.

**noot 64**

- Marson DC, Martin RC, Wadley V, et al. Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 2009; 57:806-14.



## **NUTTIGE ADRESSEN: GESPECIALISEERDE DIENSTEN**

### **Voor hulpverleners**

**Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmisbehandeling (VLOCO)**

Centraal oproepnummer voor meldingen: 078 15 15 70

Grotenbergestraat 24-26

9620 Zottegem

[ouderen@cawzuidoostvlaanderen.be](mailto:ouderen@cawzuidoostvlaanderen.be)

### **Listel VZW**

A. Rodenbachstraat 29 bus 1

3500 Hasselt

tel. 011 81 94 70

[info@listel.be](mailto:info@listel.be)

### **Regionaal Steunpunt IFG/OMB arrondissement Turnhout**

CAW De Kempen

Hofkwartier 23

2200 Herentals

tel. 014 21 08 08

### **Regionaal Steunpunt IFG / OMB arrondissement Mechelen**

CAW Het Welzijnshuis

Wollemarkt 28

2800 Mechelen

tel. 0498 93 47 03

### **Voor het publiek**

[www.1712.be](http://www.1712.be)

tel. 1712

### **Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling**

Lakensestraat 76 bus 1

1000 Brussel

tel. 02 511 91 20

[brusselomb@misc.irisnet.be](mailto:brusselomb@misc.irisnet.be)

[www.home-info.be](http://www.home-info.be)

Deze richtlijn kwam tot stand onder de coördinatie van de Commissie Richtlijnen van Domus Medica vzw (dr. Hilde Philips, prof. dr. Paul Van Royen, dr. Hanne Cloetens, dr. Nicole Dekker, dr. Nicolas Delvaux, dr. Philip Koeck, dr. Esther van Leeuwen en Ineke Meul) en met de steun van Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

© **Domus Medica vzw**  
Lange Leemstraat 187  
2018 Antwerpen

Tel. 03 425 76 76  
Fax 03 218 51 84  
E-mail: [info@domusmedica.be](mailto:info@domusmedica.be)

[www.domusmedica.be](http://www.domusmedica.be)