

Projectverslag: Ouderenmishandeling op de spoedeisende hulp



Foto 1 (Duurzame Zorg, z.d.)

Maartje van Eldijk 495073
Terra Aarsman 427674

Docentbegeleider: Joop Ruck
Opdrachtgever: Sivera Berben, associate lector van het Lectoraat Acute en Intensive Zorg
Examinator: Remco Ebben
Projectnummer: 1314_1_VERPL010
Datum: 12-01-2014
Opleiding: Medische Hulpverlening van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Colofon

In samenwerking met:

Lectoraat Acute

Intensieve Zorg

T (024) 35 30 367

E Veronica.Varol@han.nl

Lectoraat Langdurige

Zorg

T (024) 353 03 76

E sandra.wolf@han.nl

Acute Zorgregio Oost

T (024) 744 0080 of

E info@azo.umcn.nl

Bezoekadres

Bisschop Hamerhuis

Verlengde Groenestraat 75

6525 EJ Nijmegen

Bezoekadres

Bisschop Hamerhuis

Verlengde Groenestraat 75

6525 EJ Nijmegen

Bezoekadres

UMC St Radboud

Ingang Oost – route 911

Reinier Postlaan 4

6525 GC Nijmegen

Postadres

Postbus 6960

6503 GL Nijmegen

Postadres

Postbus 6960

6503 GL Nijmegen

Postadres

UMC St Radboud

Acute Zorgregio Oost –

huispost 911

Postbus 9101

6500 HB Nijmegen

Auteurs:

Maartje van Eldijk en Terra Aarsman

Medische Hulpverlening, differentiatie spoedeisende hulp

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Campus Nijmegen

T (024) 353 11 11

Kapittelweg 33

6525 EN Nijmegen

Sleutelwoorden:

spoedeisende hulp, ouderenmishandeling,

spoedeisende hulp verpleegkundige, kwaliteitsproject

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag over ouderenmishandeling op de spoedeisende hulp geschreven door Maartje van Eldijk en Terra Aarsman. Wij zijn twee studenten van de HBO opleiding Medische Hulpverlening met de differentiatie spoedeisende hulp. Wij hebben dit onderwerp gekozen omdat het een actueel onderwerp is dat naar onze mening meer aandacht verdiend en omdat wij later in ons werk als Medisch Hulpverleners met ouderenmishandeling in aanraking kunnen komen.

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek hebben we hulp ontvangen van diverse personen. Wij willen onze dank uitspreken aan de deelnemende ziekenhuizen, de leden van het expertpanel, de leden van de pilot, dr. M. Adriaansen, K. van den Berg MSc en R. Ebben MSc. In het bijzonder willen wij onze opdrachtgever dr. S. Berben en onze docentbegeleider drs. J. Ruck bedanken voor hun begeleiding, inzet en toewijding.

Maartje van Eldijk

Terra Aarsman

Nijmegen, 13 januari 2014

Samenvatting

Inleiding: naar schatting worden er jaarlijks 200.000 ouderen mishandeld (Rijksoverheid, z.d). Door de constante verbetering van de kwaliteit van de zorg leven mensen langer en wordt de populatie ouderen groter. Samen met deze groei stijgt ook het aantal ouderen dat mishandeld wordt (Bond & Butler, 2013). Het is onduidelijk hoe frequent ouderenmishandeling wordt gesignaleerd door SEH-verpleegkundigen en in hoeverre zij zich bewust zijn van de problematiek. Tevens is het niet duidelijk hoe SEH-verpleegkundigen ouderenmishandeling signaleren, welke interventies ze inzetten en welke competenties ze hiervoor (nodig) hebben.

Definitie: in dit onderzoek wordt onder ouderenmishandeling lichamelijke mishandeling (hieronder valt ook seksueel misbruik) en verwaarlozing van ouderen verstaan.

Doel: inzicht krijgen in hoe frequent SEH-verpleegkundigen ouderenmishandeling signaleren, de signaleringswijze, welke interventies worden ingezet en welke competenties ze hiervoor (nodig) hebben.

Methode: het design was kwantitatief cross-sectioneel. Er werd een online vragenlijst ontwikkeld in samenwerking met een expertpanel. De online vragenlijst werd verspreid onder SEH-verpleegkundigen in Nederland in de periode van november tot en met december 2013. De hoofdverpleegkundigen werden per e-mail benaderd om de link van de vragenlijst door te sturen naar 12 SEH-verpleegkundigen. Er participeerden 13 SEH's van zowel academische als regionale ziekenhuizen. De steekproef bestond uit 97 respondenten. De analyse van de resultaten werd uitgevoerd in Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), waar voornamelijk centrum- en verhoudingsmaten in werden berekend.

Resultaten: de meeste SEH-verpleegkundigen (97%) signaleerden zelden of nooit ouderenmishandeling. Ze signaleerden voornamelijk intuïtief (84%). Geen enkele SEH beschikte over een protocol Ouderenmishandeling of screeningsinstrument. Als er een protocol Huiselijk geweld aanwezig was, werd dit nauwelijks ingezet bij ouderen. Er bleek grote behoefte te zijn aan een protocol Ouderenmishandeling en screeningsinstrument (91%). De meest ingezette interventie bij een vermoeden van mishandeling was overleg plegen met een collega en/ of arts (87%). De competenties die SEH-verpleegkundigen het meest nodig achtten zijn het observeren van signalen (75%) en besef van het probleem (70%). SEH-verpleegkundigen gaven aan competent te zijn in het communiceren over ouderenmishandeling met collega's, andere op de SEH werkzame zorgprofessionals (59%) en de patiënt (57%). De grootste verschillen tussen de reeds aanwezige

en benodigde competenties waren te zien in: kennis over ouderenmishandeling, vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument en kennis en toepassing van interventies. Volgens meerdere respondenten verdient het onderwerp meer aandacht.

Conclusie: ouderenmishandeling werd door SEH-verpleegkundigen zelden en niet structureel gesignaleerd, als het werd gesignaleerd gebeurde dit intuïtief. Geen enkele SEH beschikte over een screeningsinstrument en protocol Ouderenmishandeling, hier bleek echter wel grote behoefte aan te zijn. Tevens werd het protocol Huiselijk geweld nauwelijks ingezet bij ouderen. De meest ingezette interventie bij een vermoeden van ouderenmishandeling was overleg plegen met een collega en/of arts. SEH-verpleegkundigen achtten zich competent in de communicatie over ouderenmishandeling en vonden het observeren van signalen en besef van het probleem belangrijke competenties. In onder andere de competentie kennis over het onderwerp is nog ontwikkeling nodig.

Aanbevelingen: er dient op de SEH meer aandacht te komen voor het probleem ouderenmishandeling. Het is aan te bevelen ouderenmishandeling systematisch te registreren en te benaderen. Hiervoor zou een screeningsinstrument en protocol Ouderenmishandeling ontwikkeld kunnen worden. Om landelijk een eenduidig beleid te genereren zou op nationaal niveau een richtlijn Ouderenmishandeling ontwikkeld kunnen worden waarvan het protocol Ouderenmishandeling wordt afgeleid. Protocol/richtlijnontwikkeling kost veel tijd, in de tussentijd zou het protocol Huiselijk geweld aangepast en geïmplementeerd kunnen worden. Tevens is het is aan te bevelen om per SEH een aandachtfunctionaris ouderenmishandeling aan te stellen. Tot slot is het advies is om het kennisniveau van SEH-verpleegkundigen te verhogen doormiddel van (bij)scholing, daarom dient het onderwerp opgenomen te worden in het opleidingstraject.

Inhoud

Hoofdstuk 1 inleiding	8
1.1 Probleemstelling	9
1.2 Hoofdvraag	9
1.3 Deelvragen	10
1.4 Doelstelling	10
1.5 Leeswijzer	10
Hoofdstuk 2 theoretisch kader	11
2.1 Beroepsrelevantie	11
2.2 Wettelijk kader	11
2.3 Verantwoording van de literatuursearch	12
2.4 Definitie ouderenmishandeling	12
2.5 Verschillende vormen van ouderenmishandeling	12
2.6 Vergrijzing	13
2.7 Risicofactoren	13
2.8 Signalen	14
2.9 Bestaande screeningsinstrumenten en protocollen	14
2.10 Het actieplan ‘ouderen in veilige handen’	15
2.11 Verantwoording kwaliteit van literatuur	15
Hoofdstuk 3 methode van onderzoek	16
3.1 Design	16
3.2 Populatie en steekproef	16
3.3 Voor- en nadelen van vragenlijstonderzoek	17
3.4 Ontwikkeling meetinstrument	17
3.4.1 Validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument testen en bevorderen	18
3.5 Verspreiding	18
3.6 Verwerken en analyseren van gegevens	19
3.6.1 Verwerken van gegevens	19
3.6.2 Analyseren van gegevens	19
3.7 Ethische aspecten	20
Hoofdstuk 4 resultaten	21
4.1 Beschrijving steekproef	21
4.2 Frequentie van signaleren (deelvraag 1)	22
4.3 Diagnostiek (deelvraag 2)	22
4.3.1 Signaleringswijze	23

4.3.2 Protocol en screeningsinstrument.....	23
4.4 Interventies (deelvraag 3)	24
4.5 Competenties (deelvraag 4).....	25
4.6 Algemene opmerking	26
Hoofdstuk 5 discussie.....	27
5.1 Samenvatting	27
5.2 Signalering.....	27
5.3 Protocol en screeningsinstrument	28
5.4 Competenties.....	30
5.5 Beperkingen van het onderzoek.....	31
Hoofdstuk 6 conclusie	33
6.1 Aanbevelingen	33
Literatuurlijst.....	35
Begrippenlijst.....	39
Bijlage 1 systematische literatuursearch.....	40
Bijlage 2 verantwoording kwaliteit van literatuur	52
Bijlage 3 mindmap vragenlijst.....	58
Bijlage 4 vragenlijst	59
Bijlage 5 beoordelingslijst voor de vragenlijst	68
Bijlage 6 codeboek	69

Hoofdstuk 1 inleiding

Ouderen zijn vaak afhankelijk van anderen wat betreft zorg. Zij dienen te allen tijde veilig te zijn bij iedereen die persoonlijk of professioneel contact heeft met ouderen (Veldhuijzen Zanten-Hyllner, 2011a). Gezien de schatting van 200.000 mishandelde ouderen per jaar is dit helaas niet altijd de realiteit (Rijksoverheid, z.d). Bovendien heerst er nog enigszins een taboe rondom het onderwerp ouderenmishandeling. Mede om dit taboe te doorbreken is in 2011 het actieplan 'Ouderen in veilige handen' van start gegaan. In dit actieplan worden tien concrete actiepunten uitgewerkt (Veldhuijzen Zanten-Hyllner, 2011a).

In de literatuur worden verschillende definities van ouderenmishandeling omschreven. Het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling [LPBO] (2009) hanteert de volgende definitie:

Het handelen of het nalaten van handelen bij een ouder persoon (van 65 jaar en ouder) van al degenen die in een persoonlijke of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt, dan wel vermoedelijk lijden zal en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid.

Veldhuijzen van Zanten-Hyllner (2011a) vult deze definitie aan door te stellen dat het niet gaat om mishandeling door onbekenden of om (medische) fouten in de zorg.

Door de constante verbetering van de kwaliteit van de zorg leven mensen langer en wordt de populatie ouderen groter. Samen met deze groei stijgt ook het aantal ouderen dat mishandeld wordt (Bond et al., 2013). Het LPBO (2013) beaamt dat er een stijging te zien is in het aantal meldingen van ouderenmishandeling. In 2006 waren er 368 meldingen (LPBO, 2008) en in 2012 waren er 1027 meldingen (LPBO, 2013). De meeste meldingen zijn afkomstig van beroepskrachten en vrijwilligers in de ouderenzorg (LPBO, 2013). Het aantal meldingen staat niet in verhouding met de schatting dat er 200.000 ouderen per jaar mishandeld worden (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011). Als het onderwerp ouderenmishandeling wordt onderzocht in de setting van de spoedeisende hulp (SEH) wijst onderzoek uit dat ouderen frequente bezoekers zijn van de SEH. Dit biedt een goede mogelijkheid om daar ouderenmishandeling te signaleren (Chan, Choi, Fong, Chow, Leung & Ip, 2013).

Er zijn verschillende vormen van ouderenmishandeling te onderscheiden. Het LPBO (2009) onderscheidt lichamelijke mishandeling, psychische mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik, het schenden van iemands rechten en financiële uitbuiting. De drie meest voorkomende vormen van ouderenmishandeling zijn psychische mishandeling (35%), lichamelijke mishandeling

(28%) en financiële uitbuiting (20%) (LPBO, 2013). Dit onderzoek richt zich alleen op lichamelijk lijden of het verwaarlozen van een ouder persoon. Onder lichamelijk lijden wordt ook schade ten gevolge van seksueel misbruik verstaan. De afbakening naar de vormen lichamelijke mishandeling en verwaarlozing is gekozen omdat deze vormen het meest zichtbaar zijn in de setting van de SEH.

De Inspectie voor Gezondheidszorg (2013) stelt dat onder andere SEH-verpleegkundigen moeten beschikken over de juiste kennis en vaardigheden om ouderenmishandeling te kunnen signaleren en vervolgens adequaat te kunnen handelen. Daarnaast dienen er essentiële randvoorwaarden aanwezig te zijn om mishandeling te kunnen signaleren, bespreekbaar te maken en actie te ondernemen.

Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met het Lectoraat Acute Intensieve Zorg (LAIZ), het Lectoraat Langdurige Zorg (LLZ) te Nijmegen en de Acute Zorgregio Oost (AZO). In een eerste verkenning naar ouderenmishandeling op de SEH werd een pilot studie uitgevoerd waarin interviews werden afgenomen onder vier SEH-verpleegkundigen en één SEH-arts. Hieruit bleek dat er zelden of nooit ouderenmishandeling werd gesignaleerd op de SEH. De SEH-verpleegkundigen en arts waren weinig geschoold in dit onderwerp, er werd geen meerwaarde gezien in het gebruik van een signaleringsinstrument en er was geen protocol aanwezig op de SEH's.

1.1 Probleemstelling

Het is onduidelijk hoe vaak ouderenmishandeling voorkomt op de SEH's in Nederland en in hoeverre SEH-verpleegkundigen zich bewust zijn van de problematiek rondom dit onderwerp. Tevens is het niet duidelijk hoe SEH-verpleegkundigen ouderenmishandeling signaleren, welke interventies ze inzetten en welke competenties ze hiervoor (nodig) hebben.

1.2 Hoofdvraag

Hoe frequent signaleren SEH-verpleegkundigen ouderenmishandeling op de SEH, welke diagnostiek en interventies voeren ze uit en welke competenties hebben ze (nodig) om ouderenmishandeling te signaleren, te melden en interventies in te zetten?

1.3 Deelvragen

1. Hoe frequent signaleren SEH-verpleegkundigen lichamelijke mishandeling en verwaarlozing van ouderen op de SEH waar zij werkzaam zijn?
2. Op welke wijze signaleren SEH-verpleegkundigen lichamelijke mishandeling en verwaarlozing van ouderen?
3. Welke interventies zetten SEH-verpleegkundigen in wanneer zij lichamelijke mishandeling en verwaarlozing van ouderen vermoeden?
4. Welke competenties denken SEH-verpleegkundigen (nodig) te hebben voor het signaleren van lichamelijke mishandeling en verwaarlozing en voor het inzetten van interventies?

Begrippen uit de hoofdvraag en de deelvragen zijn beschreven in de begrippenlijst.

1.4 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek was om voor 13 januari 2014 inzicht te krijgen in hoe frequent SEH-verpleegkundigen lichamelijke mishandeling en verwaarlozing van ouderen signaleren op de SEH waar zij werkzaam zijn. Daarnaast was het doel om te onderzoeken hoe zij deze vormen signaleren, welke interventies worden ingezet, welke competenties ze hiervoor (nodig) hebben vanuit hun eigen optiek. Dit werd onderzocht om aanbevelingen te kunnen doen aan het werkveld om de kwaliteit van zorg rondom ouderenmishandeling te verbeteren.

Deze pilotstudie maakt deel uit van een overkoepelend onderzoek naar ouderenmishandeling uitgevoerd door het LAIZ, het LLZ en de AZO. Zij willen het onderwerp nader onderzoeken in de setting van de SEH om daar een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van zorg. Het doel van het overkoepelende onderzoek is de bewustwording rondom het onderwerp te vergroten en het belang van het probleem te weergeven. Daarnaast is op langere termijn het doel om ouderenmishandeling te monitoren, door het ontwikkelen van methodes die hulpverleners ondersteunen in het herkennen van ouderenmishandeling en eventueel door het ontwikkelen van gestandaardiseerde screenings- en meldingsmethodes.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk twee is het theoretisch kader, waarin een verdieping wordt gegeven van de theorie die bekend is over het onderwerp ouderenmishandeling. Tevens wordt de definitie beschreven die in dit onderzoek wordt gehanteerd. In hoofdstuk drie wordt de methode van onderzoek beschreven. Hoofdstuk vier bevat de resultaten van de online vragenlijst. Opvallende resultaten worden in hoofdstuk vijf bediscussieerd en opgevolgd door aanbevelingen. Tevens worden de beperkingen van dit onderzoek weergegeven. In hoofdstuk zes wordt de conclusie beschreven en wordt een puntsgewijze opsomming van de aanbevelingen gegeven.

Hoofdstuk 2 theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt achtergrondinformatie over het onderwerp ouderenmishandeling gegeven. De definitie van ouderenmishandeling, gehanteerd in dit onderzoek, wordt beschreven. Tevens wordt er een samenvatting van de literatuursearch gegeven.

2.1 Beroepsrelevantie

Studenten van de opleiding Medische Hulpverlening (MHV) voerden dit onderzoek uit. Deze opleiding specialiceert zich in de acute hulpverlening en de anesthesie. Gediplomeerde MHV'ers kunnen onder andere gaan werken op de SEH, daar zullen zij samenwerken met SEH-verpleegkundigen. In de toekomst zouden MHV'ers een rol kunnen hebben in het signaleren van ouderenmishandeling. Om deze reden is het relevant om vanuit de opleiding MHV onderzoek te doen naar de beroepsgroep SEH-verpleegkundigen en het onderwerp ouderenmishandeling. Ouderenmishandeling is zeer relevant voor SEH-verpleegkundigen en MHV'ers omdat uit onderzoek blijkt dat 65 plussers 23,6% van het totaal aantal bezoekers van de SEH omvatten. Hiermee behoren ouderen tot de grootste groep bezoekers van de SEH (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012) en daarom is er op de SEH een goede mogelijkheid om ouderenmishandeling te signaleren (Chan et al., 2013). Signalering van ouderenmishandeling is belangrijk om de juiste interventies in te kunnen zetten en daardoor te voorkomen dat de mishandeling voortduurt of verergert (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2013). Tot slot is het onderwerp relevant voor SEH-verpleegkundigen omdat zij binnen een wettelijk kader werken.

2.2 Wettelijk kader

SEH-verpleegkundigen dienen bepaalde wetten na te leven, waaronder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling houdt in dat (het vermoeden van) mishandeling in huiselijke kring gemeld moet worden bij het Steunpunt Huiselijk Geweld. Onder huiselijk geweld wordt ook ouderenmishandeling verstaan (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013). In de wet BIG staat centraal dat elke patiënt recht heeft op verantwoorde zorg. Verantwoorde zorg betekend dat elke patiënt recht heeft op een individuele benadering waarbij zorgprofessionals voortdurend bewaken of de zorg en ondersteuning bijdragen aan het welzijn van de patiënt. In de WGBO wordt hiervoor de term 'goed hulpverlenerschap' gebruikt (Vilans, VU medisch centrum, 2010).

2.3 Verantwoording van de literatuursearch

In de gehele literatuursearch werd de brede definitie van ouderenmishandeling gehanteerd, zoals beschreven in de inleiding van dit onderzoek. Er is gezocht in de databases Pubmed en Invert en op relevante websites. Het opstellen van MeSH termen en het verrichten van meerdere zoekacties in Pubmed resulteerde in 47 artikelen. De zoekactie in de database Invert leverde geen resultaten op. Na beoordeling van alle 47 abstracts zijn tien artikelen volledig gelezen. Met behulp van de sneeuwbalmethode zijn uit de volledig gelezen artikelen 37 extra artikelen geselecteerd op titel. Na beoordeling op abstract zijn 28 artikelen geëxcludeerd. In totaal zijn 19 artikelen volledig gelezen. Voor een samenvattend figuur en een overzicht van de gehele systematische literatuursearch is bijlage 1 te raadplegen.

2.4 Definitie ouderenmishandeling

De vormen lichamelijke mishandeling en verwaarlozing zijn het meest zichtbaar op de SEH. Om deze reden wordt in dit onderzoek onderstaande definitie, afgeleid van het LPBO (2009), gehanteerd: het handelen of het nalaten van handelen bij een ouder persoon (van 65 jaar en ouder) van al degenen die in een persoonlijke of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijk lijdt of verwaarloosd wordt, dan wel vermoedelijk lijden zal en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid. Het gaat hierbij niet om (medische) fouten in de zorg. Onder lichamelijk lijden wordt ook schade ten gevolge van seksueel misbruik verstaan. In de definitie wordt een ouder persoon beschreven als 65 jaar en ouder. Deze leeftijdsgrens wordt in dit onderzoek gehanteerd omdat de meeste westerse landen deze grens aanvaarden (World Health Organization, 2013).

2.5 Verschillende vormen van ouderenmishandeling

In de literatuur worden verschillende vormen van ouderenmishandeling en diverse indelingen hiervan genoemd. Een voorbeeld hiervan is de indeling van het National Center on Elder Abuse [NCEA] (z.d.). Dit is een onderzoekscentrum van het US Department of Health and Human Services. Het NCEA benoemt fysieke/lichamelijke, emotionele/psychische, seksuele mishandeling, uitbuiting, verwaarlozing en het in de steek laten van ouderen. Een voorbeeld van lichamelijke mishandeling is slaan met als gevolg blauwe plekken. Een minder zichtbare vorm is het geven van te veel of te weinig medicatie. Ouderen kunnen lichamelijk en psychisch verwaarloosd worden. Dit onderzoek richt zich alleen op observeerbare verwaarlozing, daarom wordt er niet ingegaan op psychische verwaarlozing, maar wel op lichamelijke verwaarlozing. Een voorbeeld hiervan is een oudere niet genoeg voeden waardoor een oudere ondervoed kan raken (NCEA, z.d.). Het LPBO (2013) beschrijft dat lichamelijke mishandeling voorkomt in 28% van de gevallen. Zij beschouwen seksueel misbruik als een aparte vorm van ouderenmishandeling, welke in 2% van de gevallen

voorkomt. Verwaarlozing komt minder vaak voor, namelijk in 5% van de gevallen (LPBO, 2013). De verschillende vormen van ouderenmishandeling komen vaak samen voor (LPBO, 2009).

2.6 Vergrijzing

Het aantal personen van 65 jaar en ouder is de laatste jaren sterk toegenomen, van 770.594 personen in 1950, naar 2.716.368 personen in 2012 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013). Naarmate de vergrijzing toeneemt, zal het probleem van ouderenmishandeling toenemen volgens Dong & Simon (2013).

2.7 Risicofactoren

Er zijn meerdere onderzoeken uitgevoerd naar de risicofactoren van ouderenmishandeling. Deze risicofactoren zijn te onderscheiden in twee soorten, de risicofactoren voor de oudere (1) en de risicofactoren voor de pleger (2). De pleger kan een zorgprofessional zijn maar is meestal de echtgenoot, een kind of een familielid (Acierno, Hernandez-Tejada, Muzzy, & Steve, 2009). Zij vervullen vaak de taak van mantelzorger. Door overbelasting kan de mantelzorger ontspoord raken en overgaan tot mishandeling van de oudere. Dit is een vorm van niet-intentionele mishandeling (Veldhuijzen - van Zanten Hyllner, 2011b). Het is belangrijk voor SEH-verpleegkundigen om onderstaande risicofactoren te kennen, om zich bewust te zijn van een aantal kenmerken die een verhoogd risico geven op ouderenmishandeling. Hieronder volgen risicofactoren voor de oudere (1), die bekend zijn vanuit de literatuur:

- dementie of een cognitieve stoornis (Friedman, Avila, Tanouye & Joseph, 2011; Bond et al., 2013; Ziminski, Phillips & Woods, 2012);
- opgroeien in een gezin waar mishandeling voorkomt (Chan et al., 2013) of het eerder meemaken van een traumatische ervaring (Acierno et al., 2009);
- een sociaal isolement (Acierno et al., 2009; Friedman et al., 2011; Bond et al., 2013);
- het vrouwelijk geslacht (Friedman et al., 2011);
- een laag inkomen (Acierno et al., 2009);
- een slechte gezondheid (Acierno et al., 2009);
- hulp nodig hebben bij alledaagse activiteiten (Acierno et al., 2009);
- het delen van de woonomgeving met de verzorger (Friedman et al., 2011);
- het hebben van psychische problematiek of verslavingsproblematiek (Friedman et al., 2011; Bond et al., 2013).

Hieronder volgen risicofactoren voor de pleger (2) die bekend zijn vanuit de literatuur:

- stress en frustratie door de moeilijke taak van de zorg voor een ouder persoon (Daly, 2011);
- onvoldoende financiële middelen (Daly, 2011) of werkloosheid (Acierno et al., 2009);
- gezondheidsproblemen (Daly, 2011) of een psychische ziekte (Acierno et al., 2009);
- afhankelijk zijn van de oudere, bijvoorbeeld voor huisvesting of inkomen (LPBO, 2009);
- leven in een sociaal isolement (Acierno et al., 2009);
- verslavingsproblematiek (Friedman et al., 2011; Bond et al., 2013).

2.8 Signalen

Volgens het LPBO (2009) zijn er meerdere signalen die kunnen wijzen op ouderenmishandeling. Als er een of meerdere van deze signalen aanwezig zijn hoeft dit niet steevast te betekenen dat er sprake is van mishandeling. Onderstaande signalen presenteren zich hoofdzakelijk bij lichamelijke mishandeling en verwaarlozing:

- de oudere heeft kneuzingen, drukplekken, doorligplekken, botbreuken, schaafwonden en/of brandwonden;
- de oudere is ondervoed (NCEA, z.d);
- de oudere maakt een depressieve, angstige indruk;
- de oudere heeft een slechte hygiëne;
- de oudere krijgt geen gelegenheid om alleen met de hulpverlener te praten (LPBO, 2009);
- de oudere heeft een gebrek aan medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld: medicijnen, rollator, wandelstok en bril);
- laboratorium uitslagen of radiologische bevindingen van de oudere zijn niet in overeenstemming met aangegeven voorgeschiedenis (Bond et al., 2013);
- er heerst een gespannen sfeer tussen de oudere en de verzorger (NCEA, z.d);
- het zoeken van medische hulp door de oudere of de verzorger heeft vertraging opgelopen (Bond et al., 2013);
- de oudere of verzorger geeft onsamenhangende en tegenstrijdige verklaringen voor de lichamelijke verwondingen;
- de verzorger vertoont verschijnselen van overbelasting (LPBO, 2009).

2.9 Bestaande screeningsinstrumenten en protocollen

In de literatuur is weinig bekend over het gebruik van screeningsinstrumenten voor ouderenmishandeling in de setting van de SEH in Nederland. In de Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij kinderen en volwassenen staat beschreven dat er voor volwassenen/ ouderen op dit moment in Nederland nog geen betrouwbare en gevalideerde screeningsinstrumenten zijn (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009). Internationaal bleken er meerdere

screeningsinstrumenten ontwikkeld te zijn voor het screenen op ouderenmishandeling. Enkele voorbeelden hiervan zijn: de Elder Abuse Suspicion Index (EASI), de Brief Screen For Elder Abuse en de Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (Daly, 2011; Jones, Dougherty, Schelble & Cunningham, 1988; Bond et al., 2013; Horio, Kilsdonk & Vorle, 2013). Uit de literatuursearch van dit onderzoek is niet bekend geworden of er protocollen over ouderenmishandeling op de SEH's in Nederland worden gebruikt en wat de inhoud hiervan is.

2.10 Het actieplan 'ouderen in veilige handen'

Er is de laatste jaren meer landelijke aandacht voor ouderenmishandeling. Een voorbeeld hiervan is het actieplan van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 'Ouderen in veilige handen'. Dit plan loopt van 2011 tot en met 2014. In het plan zijn tien concrete actiepunten uitgewerkt. De belangrijke actiepunten voor de SEH's in het actieplan zijn:

1. Screening van betaald zorgpersoneel, waaronder een verplichte verklaring omtrent gedrag [VOG] (actiepunt 3).
2. Een verplichte meldcode voor mishandeling in huiselijke kring en een meldplicht voor mishandeling door zorgprofessionals (actiepunt 5). De meldcode bestaat uit vijf stappen die doorlopen dienen te worden bij signalen van geweld in huiselijke kring.
3. Een richtlijn ouderenmishandeling (actiepunt 5c).
4. Een training signalering en melding ouderenmishandeling voor zorgprofessionals (actiepunt 6) (Veldhuijzen - Zanten Hyllner, 2011b).

Een aantal actiepunten is al uitgevoerd. Sinds 1 juli 2013 is de verplichte meldcode ingesteld en er is een e-learning module voor artsen, verpleegkundigen en verzorgenden ontwikkeld (Rijksoverheid, 2013). Deze e-learning module bleek niet toegespitst te zijn op SEH-verpleegkundigen.

2.11 Verantwoording kwaliteit van literatuur

In bijlage 2 zijn de artikelen die veel gebruikt zijn in de inleiding en in het theoretisch kader op systematische wijze op kwaliteit beoordeeld.

Hoofdstuk 3 methode van onderzoek

Dit hoofdstuk geeft verantwoording over de onderzoeksmethode. Het design, de steekproef, de ontwikkeling van het meetinstrument, de verspreiding, de gegevensverzameling en de analyse worden beschreven.

3.1 Design

Dit onderzoek had een kwantitatief cross-sectioneel design. De gegevens werden verzameld doormiddel van een online vragenlijst. Het gebruik van een vragenlijst is passend bij kwantitatief onderzoek (Bakker & Buuren, 2009). De vragenlijst werd uitgezet onder SEH-verpleegkundigen in Nederland. Het onderzoek vond plaats in de periode september 2013 tot januari 2014.

3.2 Populatie en steekproef

De populatie bestond uit alle SEH-verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen in opleiding die werkzaam waren op een SEH in Nederland. Onder een SEH-verpleegkundige werd een verpleegkundige verstaan die de vervolgopleiding tot SEH-verpleegkundige met succes had afgerond. De steekproef betrof SEH-verpleegkundigen van de ziekenhuizen Amphia ziekenhuis te Breda, Bernhoven te Veghel, Canisius-Wilhelmina ziekenhuis te Nijmegen, Gelderse Vallei te Ede, Hagaziekenhuis te Den Haag, MC Haaglanden te Den Haag, Medisch centrum Leeuwarden, Rijnstate ziekenhuis te Arnhem, Rivierenland ziekenhuis te Tiel, Slingeland ziekenhuis te Doetinchem, UMC Groningen, UMC Maastricht en UMC Utrecht. Dit onderzoek hanteerde geen exclusiecriteria. De inclusiecriteria waren:

- Werkzaam zijn als SEH-verpleegkundige op de SEH.
- Minimaal een halfjaar in opleiding zijn tot SEH-verpleegkundige. SEH-verpleegkundigen in opleiding hebben mogelijk al eens ouderenmishandeling gesignaleerd en zijn waarschijnlijk op de hoogte van de procedures rondom ouderenmishandeling.

Door het hanteren van deze inclusiecriteria werden bepaalde personen uitgesloten van het onderzoek:

- Managers van de SEH, die wel de opleiding tot SEH-verpleegkundige gevolgd hebben maar niet meer werkzaam zijn in de directe patiëntenzorg op de SEH.
- Stagiaires, omdat zij vaak korte periodes stage lopen en daardoor weinig zicht hebben op de procedures rondom ouderenmishandeling en zij niet de aangewezen personen zijn om deze procedures in gang te zetten.

3.3 Voor- en nadelen van vragenlijstonderzoek

Een voordeel van vragenlijstonderzoek is dat het een efficiënte methode blijkt om bij een grote steekproef af te nemen (Bakker & Buuren, 2009). Respondenten kunnen de vragenlijst anoniem invullen, hierdoor is de drempel tot invullen lager en is er minder kans op sociaal wenselijke antwoorden. Tevens is het inlevergemak groot en is minder kans op invoerfouten. Een nadeel van een online vragenlijst is dat het opstellen ervan veel voorbereiding kost. Bovendien is er een grote kans op non-respons omdat de onderzoekers geen face-to-face contact hebben met de mogelijke respondenten. Daarnaast is deze methode minder geschikt voor open en ingewikkelde vragen omdat het gebruikelijk is om voorgestructureerde antwoordcategorieën te hanteren. In de vragenlijst kunnen maar een beperkt aantal vragen worden geformuleerd om de invulduur acceptabel te houden (Baarda & Goede, 2000). In dit onderzoek werd rekening gehouden met de nadelen van vragenlijstonderzoek. Gedurende de periode van dataverzameling werden er meerdere reminders toegezonden om de respons te verhogen. Tevens werd bij het opstellen van de vragenlijst gestreefd naar een invulduur van maximaal vijftien minuten.

3.4 Ontwikkeling meetinstrument

In de literatuur werd geen bruikbaar meetinstrument gevonden om inzicht te krijgen in de vraagstellingen van dit onderzoek. Er bleek geen meetinstrument te zijn dat specifiek ontwikkeld was voor de setting van de SEH en inging op de gedachtegang en mening van de SEH-verpleegkundigen over het onderwerp ouderenmishandeling. Daarom werd er door de onderzoekers in samenwerking met een expertpanel een online vragenlijst ontwikkeld in het programma Formdesk. Het expertpanel bestond uit een geriater, een verpleegkundig specialist geriatrie, een SEH-verpleegkundige, een SEH-arts, een lector en een associate lector van het LAIZ, een lector van het LLZ en een beleidsadviseur van de AZO. In de online vragenlijst werd niet gevraagd naar herleidbare persoonsgegevens, dit zorgde voor anonimiteit van de respondenten. In de literatuur werden vier domeinen binnen het onderwerp ouderenmishandeling veelvuldig beschreven. Het betrof de domeinen frequentie van signaleren, diagnostiek, interventie en competenties. Deze vier domeinen werden in de hoofdvraag gehanteerd en zijn daarom als uitgangspunt genomen voor de online vragenlijst. De onderzoekers stelden een Mindmap (bijlage 3) op voor de demografische gegevens, professionele karakteristieken en de vier domeinen frequentie van signaleren, diagnostiek, interventie en competenties. De Mindmap bevatte relevante subcategorieën of items. Met behulp van de subcategorieën werden de vragen voor het meetinstrument opgesteld. De online vragenlijst bestond voornamelijk uit gesloten vragen met voorgestructureerde antwoordcategorieën. Tevens konden respondenten aanvullingen geven in vrije tekstvelden. Een vraag kon worden opgevolgd door verdiepende vragen als iemand bijvoorbeeld 'ja' antwoordde op een vraag. Deze vragen waren dan niet van toepassing op de respondenten die 'nee' hadden geantwoord. In Formdesk kon per vraag aangegeven worden of

deze verplicht ingevuld diende te worden voordat de vragenlijst ingestuurd kon worden. Dit werd ingesteld bij alle vragen, zodat de respondenten alle vragen die voor hen van toepassing waren verplicht dienden in te vullen. In bijlage 4 is de papierenversie van de vragenlijst toegevoegd.

3.4.1 Validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument testen en bevorderen

Om de validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument te bevorderen werden er verschillende beoordelingen en tests uitgevoerd. De conceptversie van de vragenlijst werd beoordeeld door vier studiegenoten en een docent. Zij werden gevraagd het meetinstrument te beoordelen aan de hand van een beoordelingslijst (bijlage 5). In deze lijst werd gevraagd of de inleiding, vraagstellingen en antwoordcategorieën volledig en duidelijk waren voor de beoordelaars. Tevens werd beoordeeld of de lay-out overzichtelijk was. Deze beoordelingsmethode bevorderde de face validiteit. Na het verwerken van de feedback van deze beoordelingen werd de conceptversie voorgelegd aan een expertpanel en beoordeeld op inhoudsvaliditeit. Zij vulden dezelfde beoordelingslijst in als de voorgaande groep. Over het algemeen was het expertpanel positief gestemd over de vragenlijst maar had enkele opmerkingen of suggesties over de vraagvolgorde, schrijfstijl en antwoordcategorieën. De feedback werd verwerkt en de vragenlijst werd in het programma Formdesk ingevoerd. Na goedkeuring van de opdrachtgever en de docentbegeleider werd een kleine pilot (proefmeting) gehouden onder een studiegenoot, een docent, een SEH-verpleegkundige en een SEH-verpleegkundige in opleiding. Zij werden gevraagd om de online vragenlijst in te vullen alsof ze deelnamen aan het onderzoek. Het doel hiervan was om mogelijke onduidelijkheden bij het invullen van de online vragenlijst op te sporen en om het programma Formdesk te testen. De leden van de pilot ondervonden geen onduidelijkheden bij het invullen en vonden de invulduur acceptabel. Na goedkeuring van de opdrachtgever en de docentbegeleider werd de online vragenlijst verspreid.

3.5 Verspreiding

Om de steekproef te bereiken werd de internetlink van de online vragenlijst met een begeleidende e-mail naar de hoofdverpleegkundigen van de desbetreffende SEH's gestuurd. In de begeleidende e-mail werd gevraagd om de online vragenlijst onder twaalf SEH-verpleegkundigen te verspreiden met een diversiteit aan leeftijd, werkervaring en gerichtheid op innovatie. Hierop werd geattendeerd om de resultaten een representatief beeld te laten geven wat betreft de stand van zaken rondom het onderwerp ouderenmishandeling van de deelnemende SEH's. Er werd specifiek gevraagd naar een diversiteit aan gerichtheid op innovatie omdat mensen die meer gericht zijn op innovatie waarschijnlijk eerder gevraagd worden om deel te nemen aan onderzoek naar een onderwerp waarin ze zich interesseren. Hierdoor kunnen de resultaten een vertekend beeld van de populatie geven. Er werd geen limiet aangenomen wat betreft de respons en er werd gestreefd naar acht respondenten per SEH. Er werd gevraagd twaalf SEH-verpleegkundigen te benaderen

zodat er meer kans was om het streefgetal van acht te behalen. Om de respons te verhogen werden gedurende de periode van dataverzameling meerdere reminders naar de hoofdverpleegkundigen toegezonden. In deze reminders werd vermeld hoeveel van de twaalf SEH-verpleegkundigen de online vragenlijst reeds hadden geretourneerd en werd gevraagd een herinnering door te sturen naar de twaalf benaderde SEH-verpleegkundigen. Een aantal dagen voor het sluiten van de vragenlijst zijn de hoofdverpleegkundigen gebeld van de SEH's waar geen of weinig vragenlijsten van geretourneerd waren.

3.6 Verwerken en analyseren van gegevens

Het verwerken en analyseren van de gegevens van de online vragenlijst werd uitgevoerd in de programma's Formdesk, Microsoft Excel, SPSS (versie 22) en Microsoft Word.

3.6.1 Verwerken van gegevens

Een beginstap van het verwerken van de gegevens was het controleren op afwijkende of opvallende antwoorden. Formdesk genereerde een datamatrix met alle resultaten van de online vragenlijsten in een Excelbestand. Dit bestand werd in SPSS geïmporteerd. Na het importeren werd gecontroleerd of er geen data verloren waren gegaan. Er werd een codeboek (bijlage 6) opgesteld in Microsoft Word. Het codeboek werd handmatig ingevoerd in het programma SPSS. Als een vraag niet van toepassing was werd het antwoord door Excel gecodeerd als een 0 (nul). Deze 0 werd in het codeboek gecodeerd als 'niet van toepassing'. Bij enkele vragen konden de respondenten meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken. Deze reeks van meerdere antwoorden moest omgezet worden in frequenties van de afzonderlijke antwoordmogelijkheden om hiermee te kunnen rekenen. Er is per vraag een Excel tabblad aangemaakt. In deze tabbladen is per respondent handmatig ingevoerd of een antwoordmogelijkheid aanwezig (1) of afwezig (88) was. Deze tabbladen zijn hierna ingevoegd in het SPSS bestand. De open antwoorden werden uit de datamatrix van Excel gekopieerd in een Word-bestand.

3.6.2 Analyseren van gegevens

De data uit de voorgestructureerde antwoordcategorieën werden geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek. Hierbij werden voornamelijk verhoudingsmaten en centrummaten berekend. Deze berekeningen werden uitgevoerd in het programma SPSS. De vrije tekst werd gecategoriseerd in een Word-bestand aan de hand van de doelstelling en deelvragen. Het categoriseren van de eerste tien binnengekomen vragenlijsten werd door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Hierna werd vergeleken of beide onderzoekers op dezelfde wijze categoriseerden, dit vergrootte de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Als er niet op dezelfde wijze werd gecategoriseerd werden hier afspraken over gemaakt. Daarna werden de rest van de open antwoordmogelijkheden door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecategoriseerd.

Vervolgens werd de frequentie per categorie berekend en werden de meest voorkomende antwoorden beschreven in het onderzoeksverslag. Tabellen en grafieken werden gebruikt wanneer dit de tekst verduidelijkt en om de leesbaarheid van de tekst te bevorderen.

3.7 Ethische aspecten

Dit onderzoek vereiste geen toetsing van de Medisch-Ethische Toetsingscommissie omdat het onderzoek geen risico's met zich meebracht en er geen interventie werd ingezet. Tevens gaf het onderzoek geen lichamelijke of psychische belasting voor de steekproef. In de online vragenlijst werd niet naar herleidbare persoonsgegevens gevraagd en kon dus anoniem worden ingevuld door de respondenten. Middels het invullen en retourneren van de online vragenlijst gaven de respondenten aan voldoende geïnformeerd te zijn over het onderzoek en gaven ze toestemming voor het gebruik van de onderzoeksgegevens (informed consent). Er werd zorgvuldig omgegaan met de onderzoeksgegevens. De onderzoekers hielden zich aan de gedragscode praktijkgericht onderzoek van de HBO raad. De resultaten werden niet op individueel niveau maar op afdelingsniveau teruggekoppeld. Tevens werden de resultaten niet op internet opgeslagen (zoals op Dropbox).

Hoofdstuk 4 resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het vragenlijstonderzoek weergegeven.

4.1 Beschrijving steekproef

Er zijn 156 SEH-verpleegkundigen benaderd om deel te nemen aan het vragenlijstonderzoek. In totaal vulden 97 SEH-verpleegkundigen de vragenlijst in. In Tabel 1 worden de demografische gegevens en karakteristieken van de steekproef weergegeven. De steekproef bestond voornamelijk uit vrouwen (73%, $n=71$) en het merendeel van de steekproef was gediplomeerd SEH-verpleegkundige (94%, $n=91$). Het aantal respondenten per SEH varieerde van één tot achttien (Tabel 2).

Tabel 1 Steekproef $n = 97$

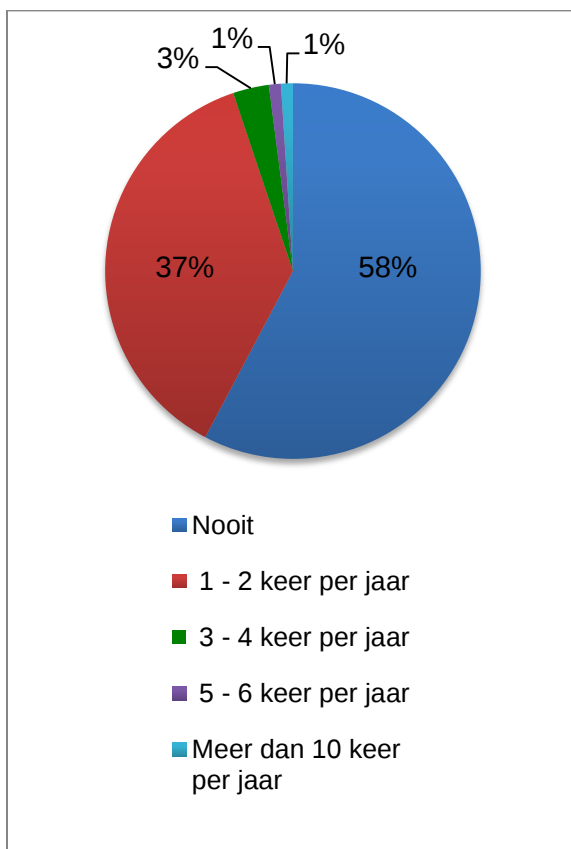
Geslacht, vrouw; aantal (%)	71 (73)
Leeftijd; gemiddelde (standaarddeviatie) in jaren	41 (11)
Gediplomeerd SEH-verpleegkundige; aantal (%)	91 (94)
In opleiding tot SEH-verpleegkundige; aantal (%)	6 (6)
Werkervaring op de SEH; aantal (%) in jaren	
< 5	28 (29)
5 – 15	36 (37)
> 15	33 (34)
Werkuren; aantal (%) per week	
1 – 8	1 (1)
9 – 16	2 (2)
17 – 24	26 (27)
25 – 32	47 (49)
33 – 40	21 (22)
Werkuren; gemiddelde (standaarddeviatie) per week	29 (6)

Tabel 2 Respondenten per SEH-afdeling $n = 97$

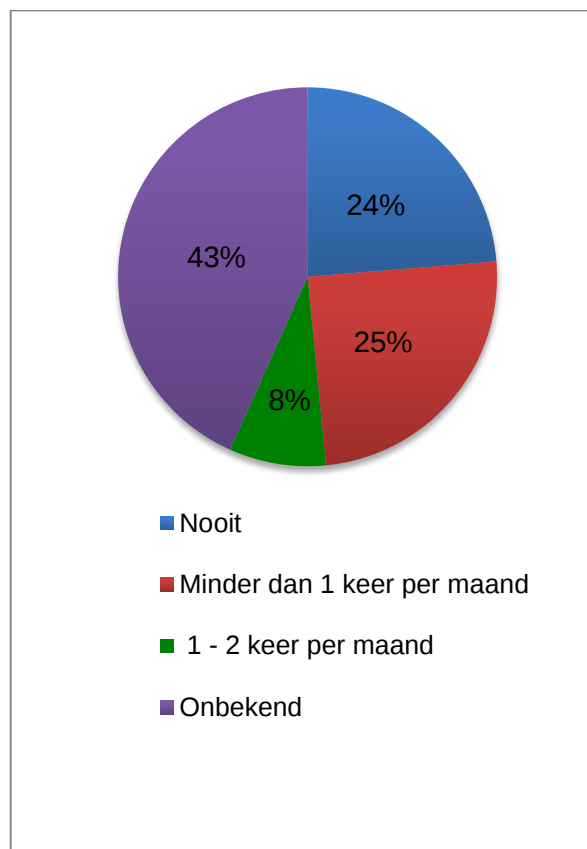
	Aantal (%)
Amphia ziekenhuis	9 (9)
Bernhoven	14 (14)
Canisius-Wilhelmina ziekenhuis	4 (4)
Gelderse Vallei	8 (8)
Hagaziekenhuis	4 (4)
MC Haaglanden	18 (19)
Medisch centrum Leeuwarden	1 (1)
Rijnstate ziekenhuis	8 (8)
Rivierenland ziekenhuis	10 (10)
Slingeland ziekenhuis	1 (1)
UMC Groningen	11 (11)
UMC Maastricht	3 (3)
UMC Utrecht	6 (6)

4.2 Frequentie van signaleren (deelvraag 1)

Meer dan de helft (n=56, 58%) van de SEH-verpleegkundigen gaf aan zelf nooit ouderenmishandeling te signaleren, 37% (n=36) gaf aan zelf één tot twee keer per jaar ouderenmishandeling te signaleren (Figuur 1). Als het gaat om het signaleren van ouderenmishandeling op afdelingsniveau gaf 24% (n=23) aan dat er nooit ouderenmishandeling gesignaleerd werd. Een kwart (n= 24, 25%) gaf aan dat ze op afdelingsniveau gemiddeld minder dan één keer per maand ouderenmishandeling signaleerden. Het totaal aantal signaleringen van ouderenmishandeling op de afdeling was voor 43% (n=42) van de SEH-verpleegkundigen onbekend (Figuur 2). De meest voorkomende redenen hiervan waren het ontbreken van registratie, het onvoldoende onderling communiceren op de werkvloer en het ontbreken van terugkoppeling naar de werkvloer.



Figuur 1 Signalering van ouderenmishandeling per SEH-verpleegkundige



Figuur 2 Signalering van ouderenmishandeling op afdelingsniveau

4.3 Diagnostiek (deelvraag 2)

Om te onderzoeken welke diagnostiek SEH-verpleegkundigen toepasten na het signaleren van ouderenmishandeling zijn in de vragenlijst verschillende aspecten van diagnostiek aanbod gekomen. De aspecten betroffen de signaleringswijze, protocollen en een screeningsinstrument.

4.3.1 Signaleringswijze

Het overgrote deel van de SEH-verpleegkundigen (n= 81, 84%) ging bij het signaleren van ouderenmishandeling af op hun intuïtie en niet-pluisgevoel. Vierenveertig procent (n=34) was voornamelijk alert op alarmerende symptomen en 22% (n=21) lette op herhaaldelijke bezoeken aan de SEH in korte tijd.

4.3.2 Protocol en screeningsinstrument

Op een aantal SEH's heerste er onduidelijkheid over de aan- of afwezigheid van een protocol Huiselijk geweld, protocol Ouderenmishandeling of screeningsinstrument. In Tabel 3 wordt een overzicht van de aan- of afwezigheid van een protocol en screeningsinstrument weergegeven. Opvallend was dat SEH-verpleegkundigen van dezelfde afdeling elkaar tegen spraken. Op zes afdelingen antwoordden ze zowel bevestigend als ontkennend op de aanwezigheid van het protocol Huiselijk geweld. Op twee verschillende afdelingen antwoordden ze zowel bevestigend als ontkennend op de aanwezigheid van het protocol Ouderenmishandeling en een screeningsinstrument. Bij navraag bleek dat geen enkele SEH over een screeningsinstrument of protocol Ouderenmishandeling beschikte. Op één SEH was een protocol Ouderenmishandeling in ontwikkeling.

Tabel 3 Aan- of afwezigheid van een protocol en screeningsinstrument op de SEH-afdelingen $n = 13$

	Protocol Huiselijk geweld	Protocol Ouderenmishandeling	Screeningsinstrument
	Aantal	Aantal	Aantal
<i>Eenduidige antwoorden gegeven</i>			
Aanwezig	2	-	-
Afwezig	1	4	2
<i>Meerdere antwoorden gegeven</i>			
Aanwezig en onbekend	2	-	-
Aanwezig en afwezig	1	-	-
Afwezig en onbekend	2	7	9
Aanwezig, afwezig en onbekend	5	2	2
Totaal aantal SEH-afdelingen	13	13	13

Negenendertig SEH-verpleegkundigen (40%) gaven aan dat er een protocol Huiselijk geweld aanwezig was op de afdeling, waarvan 29 (74%) aangaven dat het protocol niet werd ingezet bij ouderen. In de toelichting gaven twee respondenten aan dat ouderenmishandeling onvoldoende werd benadrukt in het protocol Huiselijk geweld.

Op de vraag of er behoefte is aan een protocol Ouderenmishandeling antwoordde 91% (n=88) instemmend. In de toelichting werd aangegeven dat ouderenmishandeling een onderschat probleem is dat meer aandacht verdient. Tevens gaven de respondenten aan dat een protocol ondersteuning kan bieden bij het signaleren van ouderenmishandeling en duidelijkheid geeft over het nemen van vervolgstappen.

Eenennegentig procent van de SEH-verpleegkundigen (n=88) gaf aan dat een screeningsinstrument gewenst is. In de toelichting werd aangegeven dat een screeningsinstrument een hulpmiddel kan zijn dat ondersteuning biedt bij het signaleren van ouderenmishandeling en het de bewustwording rondom het onderwerp vergroot.

4.4 Interventies (deelvraag 3)

De drie meest voorkomende interventies die SEH-verpleegkundigen ondernamen bij het vermoeden van ouderenmishandeling zijn: overleg plegen met een collega SEH-verpleegkundige en/of arts (n=84, 87%), in gesprek gaan met het vermoedelijke slachtoffer (n=36, 37%) en het protocol Huiselijk geweld opvolgen (n=17, 18%). Achttien procent van de SEH-verpleegkundigen (n=17) gaf aan niet te weten welke vervolgstappen ze moesten of konden ondernemen bij het vermoeden van ouderenmishandeling.

De drie meest voorkomende vervolgstappen die SEH-verpleegkundigen ondernamen na het signaleren van ouderenmishandeling zijn: het melden van de ouderenmishandeling bij de behandelend arts op de SEH (n=69, 71%), zorgen dat het slachtoffer wordt opgenomen op een afdeling (n=19, 20%) en het protocol Huiselijk geweld opvolgen (n=17, 18%). Vierentwintig procent (n=23) van de SEH-verpleegkundigen gaf aan niet te weten welke vervolgstappen ze moesten of konden ondernemen na het signaleren van ouderenmishandeling.

SEH-verpleegkundigen ondervonden knelpunten bij het nemen van vervolgstappen. De helft van de SEH-verpleegkundigen (n=48, 50%) wist niet goed met welke personen of instanties ze konden overleggen en 31% (n=30) wist niet waar ze ouderenmishandeling konden melden. In de vragenlijst werd verder ingegaan op het onderwerp melden van ouderenmishandeling doormiddel van vragen over de verplichte meldcode en meldplicht. Het bestaan van de verplichte meldcode was bij 62% (n=60) van de SEH-verpleegkundigen bekend, echter kende 40% (n=39) niet de inhoud van deze verplichte meldcode. Achtenzestig procent (n=66) was op de hoogte van het bestaan van de meldplicht, echter wist 44% (n=43) hiervan niet wat de inhoud van deze meldplicht was.

4.5 Competenties (deelvraag 4)

Tabel 4 geeft de competenties van SEH-verpleegkundigen weer wat betreft het signaleren en diagnosticeren van ouderenmishandeling en voor het inzetten van interventies.

Benodigde competenties

De meest voorkomende competenties die SEH-verpleegkundigen nodig dachten te hebben zijn: het observeren van signalen van ouderenmishandeling (n=73, 75%), besef van het probleem (n=68, 70%), vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument (n=65, 67%) en kennis over de theoretische achtergrond van ouderenmishandeling (n=58, 60%).

Aanwezige competenties

De meest voorkomende competenties waar SEH-verpleegkundigen over beschikten waren: communiceren met collega's en andere op de SEH werkzame zorgprofessionals (n=57, 59%), communiceren met de patiënt (n=55, 57%), besef van het probleem (n=51, 53%) en communiceren met de naasten (n=46, 47%). De competenties waarover een gering aantal SEH-verpleegkundigen beschikte waren: kennis over interventies (welke interventies kunnen worden ingezet en op welke wijze) (n=5, 5%), het systematisch afnemen van een anamnese gericht op ouderenmishandeling (n=6, 6%) en kennis over de theoretische achtergrond van ouderenmishandeling (n=6, 6%).

Opvallend was het verschil tussen de competenties die SEH-verpleegkundigen nodig dachten te hebben en de competenties die reeds aanwezig waren. De grootste verschillen waren te zien in de volgende competenties: kennis over de theoretische achtergrond van ouderenmishandeling, vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument en kennis over interventies.

Tabel 4 Competenties

Competenties	Nodig n (%)	Aanwezig n (%)
Besef van het probleem	68 (70)	51 (53)
Kennis over de theoretische achtergrond van ouderenmishandeling	58 (60)	6 (6)
Vaardigheid in het gebruik van een protocol	54 (56)	22 (23)
Vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument	65 (67)	13 (13)
Het systematisch afnemen van een anamnese gericht op ouderenmishandeling	48 (50)	6 (6)
Observeren van signalen van ouderenmishandeling	73 (75)	32 (33)
Communiceren met patiënt	49 (51)	55 (57)
Communiceren met de naasten	40 (41)	46 (47)
Communiceren met collega's en andere zorgprofessionals werkzaam op de SEH	42 (43)	57 (59)
Communiceren met zorgprofessionals niet werkzaam op de SEH	43 (45)	33 (34)
Kennis over interventies	53 (55)	5 (5)
Vaardigheid in het melden	50 (52)	14 (14)
Rapporteren van bevindingen	50 (52)	43 (44)

4.6 Algemene opmerking

Uit de overige opmerkingen kwam naar voren dat SEH-verpleegkundigen vonden dat het onderwerp ouderenmishandeling meer aandacht verdiend, vergelijkbaar met de aandacht die nu naar kindermishandeling uitgaat.

Hoofdstuk 5 discussie

Dit hoofdstuk bevat een korte samenvatting van de opvallendste resultaten en deze resultaten worden vergeleken met de huidige literatuur. Bepaalde aspecten van het onderwerp ouderenmishandeling worden bediscussieerd en er worden aanbevelingen beschreven. Tot slot geeft dit hoofdstuk de beperkingen van het onderzoek weer.

5.1 Samenvatting

Dit onderzoek trachtte na te gaan hoe frequent SEH-verpleegkundigen ouderenmishandeling signaleerden op de SEH, welke diagnostiek en interventies ze uitvoerden en welke competenties ze (nodig) hadden om ouderenmishandeling te signaleren, te melden en interventies in te zetten. De meeste SEH-verpleegkundigen signaleerden zelf zelden (37%) of nooit (58%) ouderenmishandeling. Voor bijna de helft van de SEH-verpleegkundigen (43%) was het onbekend hoe vaak ouderenmishandeling werd gesignaleerd op afdelingsniveau. Het ontbrak veelal aan registratie. SEH-verpleegkundigen signaleerden ouderenmishandeling voornamelijk intuïtief (84%). Geen enkele SEH beschikte over een protocol Ouderenmishandeling of screeningsinstrument. Als er een protocol Huiselijk geweld aanwezig was werd dit nauwelijks ingezet bij ouderen. Bijna alle SEH-verpleegkundigen (91%) hadden behoefte aan een protocol Ouderenmishandeling en een screeningsinstrument. Bij het vermoeden van ouderenmishandeling overlegden de meeste SEH-verpleegkundigen (87%) met een collega en/of arts en 18% van alle respondenten wist niet welke vervolgstappen ze moest of kon ondernemen. De competenties die SEH-verpleegkundigen het meest nodig achtten waren: het observeren van signalen van ouderenmishandeling (75%) en besef van het probleem (70%). SEH-verpleegkundigen gaven aan competent te zijn in het communiceren over ouderenmishandeling met collega's en andere op de SEH werkzame zorgprofessionals (59%) en de patiënt (57%). Daarnaast gaf ongeveer de helft van de SEH-verpleegkundigen aan besef te hebben van het probleem. De grootste verschillen tussen de reeds aanwezige en benodigde competenties waren te zien in: kennis over ouderenmishandeling, vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument en kennis en toepassing van interventies. Volgens meerdere respondenten verdient het onderwerp ouderenmishandeling meer aandacht.

5.2 Signalering

Uit deze studie bleek dat de meeste SEH-verpleegkundigen zelf zelden of nooit (95%) ouderenmishandeling signaleerden. Op afdelingsniveau werd ouderenmishandeling eveneens zelden of nooit (49%) gesignaleerd. Daly (2011) geeft echter aan dat één op de tien ouderen (60 jaar en ouder) emotioneel, fysiek of seksueel mishandeld of mogelijk

verwaarloosd worden. Het is de vraag hoe vergelijkbaar de resultaten van Daly (2011) en deze studie zijn. Daly (2011) hanteerde allereerst een andere leeftijdsgrens en includeerde meerdere vormen van ouderenmishandeling in haar onderzoek. Ook ging haar onderzoek niet specifiek over ouderen die zich op de SEH presenteren. Over de frequentie van signaleren van ouderenmishandeling op de SEH was in verdere internationale literatuur niets bekend. In deze studie gaf nagenoeg de helft van de SEH-verpleegkundigen (43%) aan dat het onbekend was hoe vaak ouderenmishandeling op afdelingsniveau werd gesignaleerd. De meest voorkomende reden van deze onbekendheid was het ontbreken van registratie oftewel onderrapportage. Bond et al. (2013) bevestigen dat de prevalentie van ouderenmishandeling onbekend is door een gebrek aan herkenning van het probleem en door onderrapportage. Het is dan ook aan te bevelen ouderenmishandeling systematisch te registreren op de SEH.

5.3 Protocol en screeningsinstrument

De studie wees uit dat geen enkele SEH over een protocol Ouderenmishandeling of screeningsinstrument beschikte. Op één SEH was een protocol Ouderenmishandeling in ontwikkeling. Kingston & Penhale (1995) haalden (A: VT, T&M: TT) Sanders (1992) aan die aangaf dat de meeste SEH's niet over een protocol Ouderenmishandeling beschikken. Uit het voorgaande blijkt dat de praktijk en de literatuur overeenkomen. Horio et al. (2013) interviewden SEH-verpleegkundigen en een SEH-arts in Nederland. Uit de interviews bleek eveneens dat geen enkele SEH over een protocol Ouderenmishandeling of screeningsinstrument beschikte. Volgens Horio et al. (2013) was er op één SEH een protocol Ouderenmishandeling in ontwikkeling. De betreffende SEH participeerde ook in het vragenlijstonderzoek. Hierin hebben de SEH-verpleegkundigen van de desbetreffende SEH niet aangegeven dat er een protocol Ouderenmishandeling aanwezig of in ontwikkeling was. Het is dus mogelijk dat er op meerdere SEH's een protocol in ontwikkeling is, maar dat de SEH-verpleegkundigen hier geen weet van hebben.

Het was opvallend dat er in de praktijk geen gebruik werd gemaakt van een screeninginstrument, hoewel er uit de literatuur bleek dat er meerdere screeningsinstrumenten ontwikkeld zijn voor het screenen op ouderenmishandeling (Daly, 2011; Jones et al., 1988; Bond et al., 2013; Horio et al., 2013). Het is echter de vraag of deze internationale screeningsinstrumenten geschikt zijn voor de Nederlandse setting van de SEH. De bestaande screeningsinstrumenten zijn in het Engels geschreven, dit zou een mogelijke barrière voor gebruik kunnen zijn.

Het merendeel van de SEH-verpleegkundigen gaf aan behoefte te hebben aan een protocol Ouderenmishandeling en een screeningsinstrument omdat deze het signaleren kunnen ondersteunen. Dit kwam overeen met de literatuur van Chan et al. (2013) en Jones et al. (1988), zij beschreven dat gestandaardiseerde protocollen essentieel zijn voor vroegtijdige herkenning van ouderenmishandeling. Uit het vragenlijstonderzoek bleek echter dat enkele respondenten vonden dat er al teveel protocollen en screeningsinstrumenten zijn, dat het screenen veel tijd kost en dat het standaard screenen van ouderen niet haalbaar is. De geïnterviewden uit het onderzoek van Horio et al. (2013) beaamden dat het screenen veel tijd kost en beschreven dat er alleen behoefte was aan een screeningsinstrument onder bepaalde voorwaarden: een duidelijke leeftijdsgrens en niet standaard screenen. In het vragenlijstonderzoek was er geen mogelijkheid om door te vragen naar bepaalde voorwaarden van het screenen. Hierdoor is niet bekend of de respondenten die hebben aangegeven een screeningsinstrument te willen dit mogelijk ook alleen onder bepaalde voorwaarden willen.

Vanuit het wettelijk kader en het perspectief van de methodische beroepsuitoefening is het aan te raden om met behulp van een screeningsinstrument op een systematische wijze ouderenmishandeling te signaleren. Een screeningsinstrument kan het bieden van goed hulpverlenerschap (WGBO) ondersteunen. Bij het ontwikkelen van een screeningsinstrument voor de Nederlandse SEH setting kan gebruik worden gemaakt van elementen uit reeds ontwikkelde screeningsinstrumenten (Daly, 2011; Jones et al., 1988; Bond et al., 2013; Horio et al., 2013). Er moet worden nagegaan of de definitie van ouderenmishandeling in de screeningsinstrumenten overeenkomt met definitie die in de Nederlandse setting wordt gehanteerd. Het SPUTOVAMO- formulier (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009), dat bij het screenen op kindermishandeling wordt gebruikt, kan ook bijdragen aan de ontwikkeling van een screeningsinstrument ouderenmishandeling. Het SPUTOVAMO- formulier lijkt een geaccepteerd screeningsinstrument op de SEH gezien 75% van de SEH's reeds over dit instrument beschikt (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2008).

Het is aan te bevelen een protocol te ontwikkelen specifiek gericht op ouderenmishandeling gezien de grote behoefte hieraan onder SEH-verpleegkundigen en de grootte van de groep ouderen in de Nederlandse samenleving. Om landelijk een eenduidig beleid te genereren zou op nationaal niveau een richtlijn Ouderenmishandeling ontwikkeld moeten worden waarvan het protocol Ouderenmishandeling kan worden afgeleid. Het ontwikkelen van een nieuwe richtlijn kost veel tijd. Het protocol Huiselijk geweld kan in de tussentijd als leidraad dienen voor SEH-verpleegkundigen die te maken krijgen met (een vermoeden van) ouderenmishandeling.

Het is echter de vraag hoe specifiek ouderenmishandeling in het protocol Huiselijk geweld wordt beschreven gezien het feit dat het protocol nauwelijks werd ingezet bij ouderen. Daarnaast is het mogelijk dat het protocol niet of onvoldoende geïmplementeerd was waardoor SEH-verpleegkundigen niet wisten dat dit protocol aanwezig was op de afdeling en ingezet kon worden bij ouderen. Het is aan te bevelen om het protocol Huiselijk geweld aan te passen zodat het duidelijker wordt dat het protocol ingezet kan worden bij ouderen en het protocol te implementeren zodat de SEH-verpleegkundigen op de hoogte zijn van het bestaan en de inhoud van het protocol. Voor de SEH's die niet over een protocol Huiselijk geweld beschikken is het aan te raden om deze te ontwikkelen aan de hand van de bestaande richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld.

5.4 Competenties

Zeventig procent van de SEH-verpleegkundigen gaf aan dat besef van het probleem een belangrijke competentie is voor het signaleren en diagnosticeren van ouderenmishandeling en voor het inzetten van interventies. Allison, Ellis & Wilson (1998), Jones et al. (1988) en Phua, Ng & Seow (2008) gaven eveneens aan dat besef van het probleem een belangrijke competentie is. De praktijk en de literatuur zijn eenduidig over de grote behoefte aan kennis en scholing wat betreft het onderwerp ouderenmishandeling (Allison et al., 1998; Kingston et al., 1995; Dong et al., 2013; Pettee, 1997).

Het was opvallend dat veel SEH-verpleegkundigen aangaven goed te zijn in de communicatie met patiënten en naasten over een gevoelig en complex onderwerp als ouderenmishandeling. Het bespreekbaar maken van ouderenmishandeling is een complex omdat mishandelde ouderen vaak afhankelijk zijn van de pleger voor zorg en/of emotionele aandacht. Dit kan een belangrijke barrière zijn voor ouderen om de mishandeling te melden en dit vraagt specifieke communicatieve vaardigheden van de SEH-verpleegkundige. Gezien het feit dat SEH-verpleegkundigen zelden ouderenmishandeling signaleerden is het de vraag of ze hun competenties juist hebben ingeschat. Het was tevens opmerkelijk dat veel respondenten antwoordden niet competent te zijn in het systematisch afnemen van een anamnese gericht op ouderenmishandeling. Het is mogelijk dat ze niet wisten naar welke onderwerpen ze moesten vragen en waar ze alert op moesten zijn door gebrek aan kennis over signalen en risicofactoren.

Kennisvergroting door middel van scholing is daarom aan te bevelen. De verwachting is dat SEH-verpleegkundigen daardoor meer competent worden in het systematisch afnemen van een anamnese gericht op ouderenmishandeling. Het is aannemelijk dat door scholing het besef van het probleem wordt vergroot. Allison et al. (1998) benadrukten dat besef van het probleem het meest belangrijke element is voor een succesvolle diagnose.

Naast kennisvergroting door scholing zou een SEH ook een aandachtsfunctionaris aan kunnen stellen om het proces en de veranderingen te waarborgen. Deze aandachtsfunctionaris kan dan fungeren als centraal aanspreekpunt, als adviseur voor collega's, als beleidsontwikkelaar op het gebied van scholing en bij het genereren van een protocol en screeningsinstrument. Tevens kan de aandachtsfunctionaris een rol spelen in de registratie en/of het ontwikkelen van een registratiesysteem voor ouderenmishandeling.

5.5 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek had enkele methodologische beperkingen.

De eerste beperking was gerelateerd aan de keuze voor het meetinstrument, dit betrof een online vragenlijst. Er was binnen deze vragenlijst geen mogelijkheid om door te vragen op de antwoorden van de respondenten. Daardoor was de achterliggende reden van een gegeven antwoord niet altijd duidelijk. Het sterke punt van deze methode was dat door de keuze voor dit meetinstrument een grote groep respondenten benaderd kon worden.

Een tweede beperking betrof de zelfrapportage in de vragenlijst. Hierdoor was er kans op sociaal wenselijke antwoorden. De resultaten kunnen een vertekend beeld geven van de werkelijke situatie door de subjectiviteit van de gegeven antwoorden. Om sociaal wenselijke antwoorden tegen te gaan vulden de respondenten de vragenlijst anoniem in. Tevens is er bij zelfrapportage kans op over- of onderschatting van de werkelijke situatie.

Ten derde werd de vragenlijst alleen getest op face- en inhoudsvaliditeit. Een expertpanel met daarin een aantal inhoudsdeskundigen beoordeelde zowel de inhoud van de vragenlijst, als ook de duidelijkheid van de vragen en antwoordcategorieën. Een test-hertest, of andere tests om de betrouwbaarheid te meten, werden niet uitgevoerd vanwege het korte tijdspad van de studie. Wel werd er een pilottest uitgevoerd. Door het verwerken van de feedback van het expertpanel en de pilot werd de validiteit van de vragenlijst vergroot.

Een vierde beperking was het korte tijdsbestek waarin dit onderzoek is uitgevoerd. Vanwege de deadline van het onderzoek was de periode van dataverzameling kort. Dit had invloed op het aantal reacties wat meegenomen kon worden in de analyse. De respons van de deelnemende SEH's varieerde van één tot achttien. Voor afdelingen met een lage respons waren de resultaten niet representatief voor de afdeling. Desondanks participeerde

een gevarieerde samenstelling van respondenten verdeeld over heel Nederland van zowel academische als regionale ziekenhuizen. Bovendien werden er twee analyses uitgevoerd, de eerste bij 42 respondenten en de tweede bij 97 respondenten. Het beeld van de resultaten van beide analyses was nagenoeg hetzelfde. Door het onveranderde beeld van de resultaten en de gevarieerde steekproef kunnen de resultaten mogelijk wel als representatief worden gezien voor alle SEH's in Nederland.

Hoofdstuk 6 conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie beschreven. Tevens worden de aanbevelingen uit de discussie samengevat.

Concluderend laat dit onderzoek zien dat SEH-verpleegkundigen zelden en niet structureel ouderenmishandeling signaleerden en als het werd gesignaleerd gebeurde dit intuïtief. Er is tevens een gebrek aan registratie. Geen enkele SEH beschikte over een screeningsinstrument en protocol Ouderenmishandeling, hier bleek echter wel grote behoefte aan te zijn. Tevens werd het protocol Huiselijk geweld nauwelijks ingezet bij ouderen. De meest ingezette interventie bij een vermoeden van ouderenmishandeling was overleg plegen met een collega en/of arts. Daarnaast was er onduidelijkheid over welke vervolgstappen er mogelijk zijn en kunnen worden ondernomen. SEH-verpleegkundigen achtten zich competent in de communicatie over ouderenmishandeling en denken de volgende competenties nodig te hebben voor het signaleren van ouderenmishandeling en het inzetten van interventies: observeren van signalen, besef van het probleem en vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument. In onder andere de competenties kennis over het onderwerp en vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument is nog ontwikkeling nodig. Ouderenmishandeling wordt gezien als een onderschat probleem dat meer aandacht verdient.

6.1 Aanbevelingen

Hieronder zijn de aanbevelingen puntsgewijs samengevat:

- Het is aan te bevelen om de dataverzameling van dit onderzoek uit te breiden zodat iedere SEH ongeveer een gelijk aantal respondenten heeft. Hiermee wordt de dataverzameling vollediger. Daarnaast is het aan te raden om een aantal extra SEH's te includeren in het onderzoek om de representativiteit van de steekproef voor alle SEH's in Nederland verder te vergroten.
- Er dient op de SEH meer aandacht te komen voor het probleem ouderenmishandeling.
- Het is aan te bevelen ouderenmishandeling systematisch te registreren om inzicht te krijgen in de prevalentie van het probleem.
- Het probleem zou systematisch benaderd moeten worden. Een screeningsinstrument zou hierbij een methodisch hulpmiddel kunnen zijn.
- Het is aan te bevelen onderzoek te doen naar de wensen van SEH-verpleegkundigen wat betreft een screeningsinstrument.

- Het is aan te raden om bij de ontwikkeling van een screeningsinstrument voor de Nederlandse SEH's gebruik te maken van elementen uit reeds ontwikkelde instrumenten gericht op ouderenmishandeling. Tevens kan het SPUTOVAMO formulier als voorbeeld worden genomen.
- Het ontwikkelde screeningsinstrument zou gevalideerd en getoetst moeten worden. Daarnaast moet er een implementatiestrategie opgezet worden.
- Het is aan te bevelen een protocol te ontwikkelen specifiek gericht op ouderenmishandeling gezien de grote behoefte hieraan onder SEH-verpleegkundigen en de grootte van de groep ouderen in de Nederlandse samenleving. Om landelijk een eenduidig beleid te genereren zou op nationaal niveau een richtlijn Ouderenmishandeling ontwikkeld moeten worden waarvan het protocol Ouderenmishandeling wordt afgeleid.
- Richtlijn/protocolontwikkeling kost veel tijd. In de tussentijd zouden de SEH's die niet over een protocol Huiselijk geweld beschikken deze kunnen ontwikkelen aan de hand van de bestaande richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld. Het protocol Huiselijk geweld kan als leidraad dienen voor SEH-verpleegkundigen die te maken krijgen met (een vermoeden van) ouderenmishandeling. SEH's die al wel over een protocol Huiselijk geweld beschikken zouden dit protocol aan kunnen passen zodat het duidelijker wordt dat het protocol ook ingezet kan worden bij ouderen. Tevens dient het protocol geïmplementeerd te worden zodat de SEH-verpleegkundigen op de hoogte zijn van het bestaan en de inhoud van het protocol.
- Het is aan te bevelen om per SEH een aandachtfunctionaris ouderenmishandeling aan te stellen.
- Het advies is om het kennisniveau van SEH-verpleegkundigen te verhogen doormiddel van scholing. Scholing is essentieel om hun competenties rondom het onderwerp ouderenmishandeling te bevorderen. Het is eveneens belangrijk dat het onderwerp ouderenmishandeling deel uit gaat maken van de opleiding Verpleegkunde, opleiding Medische Hulpverlening en de opleiding tot SEH-verpleegkundige.

Literatuurlijst

- Acierno, R., Hernandez-Tejada, M., Muzzy, W. & Steve, K. (2009). *National Elder Mistreatment Study*. Opgeroepen op 1 oktober 2013, van National Institute of Justice Final Report: www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/226456.pdf
- Allison, E., Ellis, P. & Wilson, S. (1998). Elder abuse and neglect: the emergency medicine perspective. *European Journal of Emergency Medicine*, 5 (3), 355-363.
- Baarda, D. & Goede, M. de (2000). *Basisboek methoden en technieken*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bakker, E. & Buuren, H. van (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Heerlen: Noordhoff Uitgevers.
- Bond, M. & Butler, K. (2013). Elder Abuse and Neglect. In C. Carpenter (Red.), *Clinics in Geriatric Medicine* (pp. 257-273). z.p.: Elsevier.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2013). *Bevolking; kerncijfers*. Opgeroepen op 1 oktober 2013, van CBS:
[http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,\(I-1\),I&HD=130605-0924&HDR=G1&STB=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,(I-1),I&HD=130605-0924&HDR=G1&STB=T)
- Chan, K., Choi, W., Fong, D., Chow, C., Leung, M. & Ip, P. (2013). Characteristics of family violence victims presenting to emergency departments in Hong Kong. *The Journal of Emergency Medicine*, 44 (1), 249-258.
- Daly, J. (2011). Evidence-Based Practice Guideline, Elder Abuse Prevention. *Journal of Gerontological Nursing*, 37 (11), 11-17.
- Dong, X. & Simon, M. (2013). Association between elder abuse and use of ED: findings from the Chicago Health and Aging Project. *American Journal of Emergency Medicine*, 31 (4), 693-698.

Duurzame Zorg. (z.d.). *Ouderenmishandeling: Een 'ondergeschoven kindje'*. Opgeroepen op 10 januari 2014, van Duurzame Zorg: http://www.duurzame-zorg.nl/blog/ouderenmishandeling-een-ondergeschoven-kindje/#.Us_0KbQhWVo

Friedman, L., Avila, S., Tanouye, K. & Joseph, K. (2011). A case-control study of severe physical abuse of older adults. *Journal of The American Geriatrics Society*, 59 (3), 417-422.

Horio, G., Kilsdonk, T. van & Vorle, A. van de. (2013). *Signalering ouderenmishandeling op de Spoedeisende Hulp*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2008). *Afdeling spoedeisende hulp van ziekenhuizen signaleert kindermishandeling nog onvoldoende: gebroken arm nog te vaak een ongelukje*. Opgeroepen op 6 januari 2014, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl>

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2011). *Ouderenmishandeling? Dat gebeurt bij ons niet!* Opgeroepen op 16 oktober 2013, van IGZ: <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/ouderenmishandelingdatgebeurtbijonsniet.aspx>

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2013). *Invoering van de meldcode(s) huiselijk geweld en kindermishandeling binnen een aantal gezondheidsectoren nog onvoldoende*. Opgeroepen op 13 september 2013, van Inspectie voor de Gezondheidszorg: <http://www.igz.nl/zoeken/document.aspx?doc=Invoering>

Jones, J., Dougherty, J., Schelble, D. & Cunningham, W. (1988). Emergency Department Protocol for the Diagnosis and Evaluation of Geriatric Abuse. *Annals of Emergency Medicine*, 17 (10), 1006-1015.

Kingston, P. & Penhale, B. (1995). Elder abuse and neglect: issues in the Accident and Emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 3 (3), 122-128.

Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling. (2008). *Ouderenmishandeling: Cijfers 2006*. Opgeroepen op 4 oktober 2013, van MOVISIE: [http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Registratie%20Ouderenmishandeling%202006%20\[MOV-836485-00\].pdf](http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Registratie%20Ouderenmishandeling%202006%20[MOV-836485-00].pdf)

- Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling. (2009). *Factsheet ouderenmishandeling I – Algemeen*. Opgeroepen op 22 september 2013, van MOVISIE:
http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Factsheet%20Ouderenmishandeling%20I%20-%20Algemeen%20%5BMOV-225838-0.3%5D.pdf
- Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling. (2013). *Factsheet Ouderenmishandeling in 2012, Registraties ouderenmishandeling*. Opgeroepen op 22 september 2013, van MOVISIE:
[http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Factsheet%20Cijfers%20meldingen%20Ouderenmishandeling%202012%20\[MOV-8419](http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Factsheet%20Cijfers%20meldingen%20Ouderenmishandeling%202012%20[MOV-8419)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). *Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Opgeroepen op 7 januari 2014, van Rijksoverheid:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/02/02/basismodel-meldcode-huiselijk-geweld-en-kindermishandeling.html>
- National Center on Elder Abuse. (z.d). *Frequently Asked Questions*. Opgeroepen op 1 oktober 2013, van NCEA: <http://www.ncea.aoa.gov/about/index.aspx>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2009). *Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij kinderen en volwassenen*. Opgeroepen op 6 januari 2014, van Diliguide:
<http://www.diliguide.nl/document/1981>
- Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen werkzaam in de Palliatieve Zorg. (2004). *Verpleegkundige werkzaam in de palliatieve zorg*. Opgeroepen op 10 januari 2014, van VENVN:
www.venvn.nl/Portals/20/afdelingen_platforms/BDP_Verpleegkundige_pz.pdf
- Pettee, E. (1997). Elder Abuse Implications for Staff Development. *Journal of Nursing Staff Development*, 13 (1), 7-12.
- Phua, D., Ng, T. & Seow, E. (2008). Epidemiology of suspected elderly mistreatment in Singapore. *Singapore Medicine Journal*, 49 (10), 765-773.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2012). *Wie maken er vooral gebruik van de acute zorg?* Opgeroepen op 16 oktober 2013, van Nationaal Kompas

Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/acute-zorg/wie-maken-vooral-gebruik-van-acute-zorg/>

Rijksoverheid. (2013). *Het actieplan: de stand van zaken*. Opgeroepen op 1 oktober 2013, van Archief Nieuwsbrieven: <https://abonneren.rijksoverheid.nl/article/ouderen-in-veilige-handen/nieuwsbrief-ouderen-in-veilige-handen-nummer-9/het-actieplan-de-stand-van-zaken/1941/20522?preview=false>

Rijksoverheid. (z.d). *Ouderenmishandeling*. Opgeroepen op 5 oktober 2013, van Rijksoverheid: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenmishandeling

Stimulansz. (2013). *Thesaurus zorg en welzijn*. Opgeroepen op 10 januari 2014, van Thesaurus zorg en welzijn: www.thesauruszorgenwelzijn.nl/index.htm

van Dale uitgevers. (2014). *betekenis 'signaleren'*. Opgeroepen op 10 januari 2014, van van Dale: www.vandale.nl/opzoeken?pattern=signaleren&lang=nn#.Us_kevQvQz4

Veldhuijzen- Zanten Hyllner, M. van. (2011a). *Aanbieden Actieplan 'Ouderen in veilige handen'*. Opgeroepen op 23 september 2013, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/03/30/aanbieden-actieplan-ouderen-in-veilige-handen.html>

Veldhuijzen- Zanten Hyllner, M. van. (2011b). *Actieplan 'Ouderen in veilige handen'*. Opgeroepen op 23 september 2013, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/03/30/actieplan-ouderen-in-veilige-handen.html>

Vilans, VU medisch centrum. (2010). *Factsheet wetgeving*. Opgeroepen op 7 januari 2014, van Vilans: www.vilans.nl/docs/pdf/Factsheet_wetgeving.pdf

World Health Organization. (2013). *Definition of an older or elderly person*. Opgeroepen op 1 oktober 2013, van who: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Ziminski, C., Phillips, L. & Woods, D. (2012). Raising the Index of Suspicion for Elder Abuse: Cognitive Impairment, Falls, and Injury Patterns in the Emergency Department. *Geriatric Nursing*, 33 (2), 105-112.

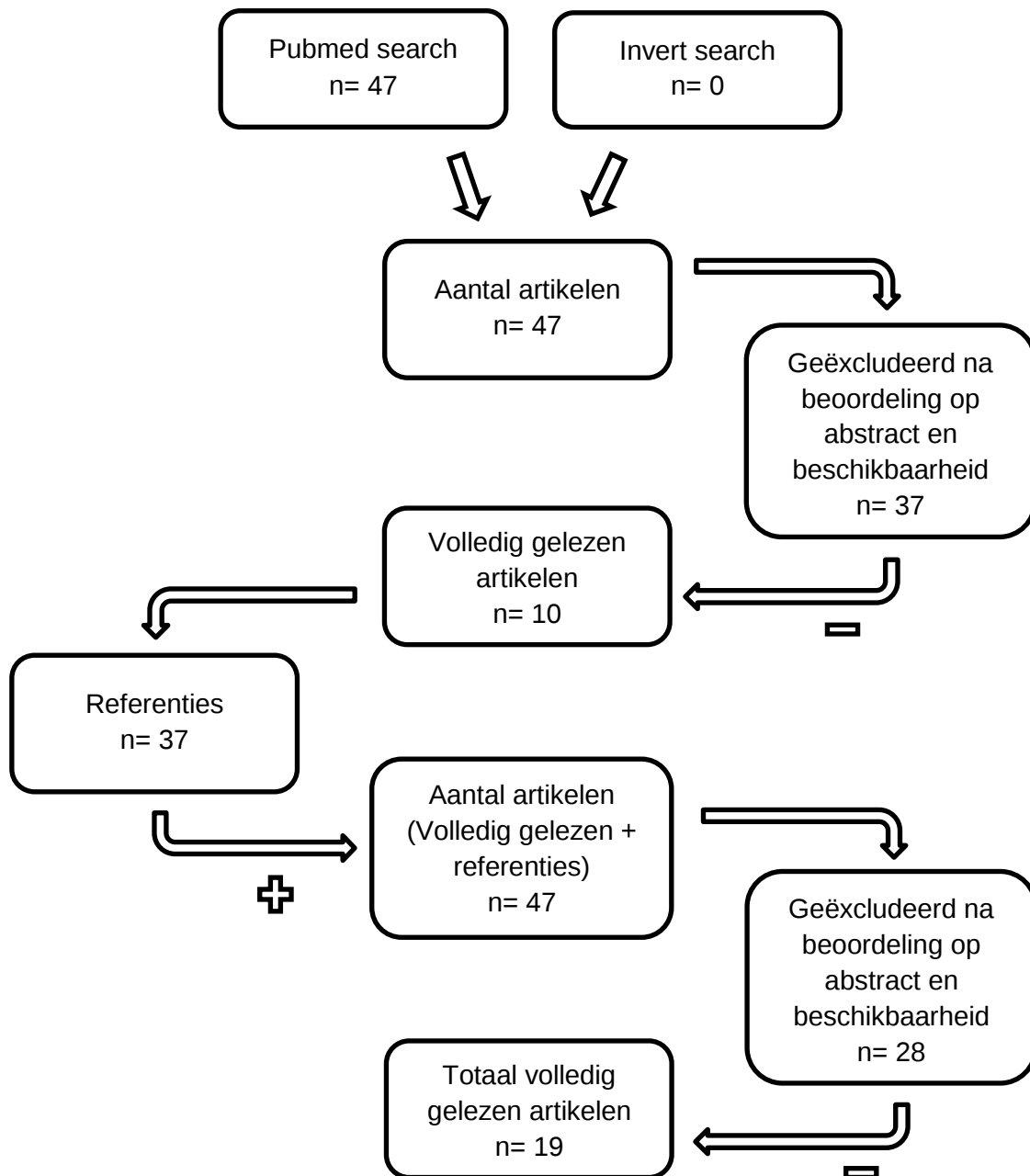
Begrippenlijst

Competentie	Een - continu te onderhouden en te ontwikkelen - combinatie van vaardigheden, kennis, attitudes en persoonskenmerken, nodig om in een bepaalde werksituatie adequaat, effectief en efficiënt te handelen (Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen werkzaam in de Palliatieve Zorg, 2004).
Definitie ouderenmishandeling volgens LPBO	Het handelen of het nalaten van handelen bij een ouder persoon (van 65 jaar en ouder) van al degenen die in een persoonlijke of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt, dan wel vermoedelijk lijden zal en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid (LPBO, 2009).
Definitie ouderenmishandeling gehanteerd in dit onderzoek	Het handelen of het nalaten van handelen bij een ouder persoon (van 65 jaar en ouder) van al degenen die in een persoonlijke of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamenlijk lijdt of verwaarloosd wordt, dan wel vermoedelijk lijden zal en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid. Het gaat hierbij niet om (medische) fouten in de zorg. Onder lichamenlijk lijden wordt ook schade ten gevolge van seksueel misbruik verstaan.
Diagnostiek	Methoden en technieken om een ziekte of probleem te kunnen vaststellen (Stimulansz, 2013).
Interventie	Geheel van activiteiten waarmee hulpverleners voor en met cliënten problemen voorkomen of oplossen om zo een bijdrage te leveren aan het bevorderen en in stand houden van gezondheid en welzijn (Stimulansz, 2013).
Signaleren	Constateren (van Dale uitgevers, 2014)

Bijlage 1 systematische literatuursearch

Er is in de databases Invert en PubMed gezocht. Bij de zoekacties is de brede definitie van ouderenmishandeling gehanteerd. Er is niet specifiek op een vraagstelling gezocht. De artikelen moesten (deels) over ouderenmishandeling gaan. Er zijn ook artikelen gelezen die afweken van de setting SEH om algemene informatie over ouderenmishandeling te vergaren.

Overzichtstabel literatuursearch



In de literatuursearch in de database Invert is gezocht met de volgende begrippen:

- Ouderenmishandeling
- Ouderen AND verwaarlozing AND spoedeisende hulp → geen resultaten
- Ouderen AND verwaarlozing OR spoedeisende hulp → geen resultaat
- Ouderen AND mishandeling OR spoedeisende hulp → resultaat was één artikel, deze was echter niet relevant en had geen duidelijke bronvermelding
- Bejaarden AND mishandeling → resultaat is één artikel, uit 1994, geen abstract
- Bejaarden AND mishandeling AND spoedeisende hulp → geen resultaat
- Bejaarden AND fysieke verwondingen AND spoedeisende hulp → geen resultaat
- Ouderen AND fysieke verwondingen AND spoedeisende hulp → geen resultaat

De PubMed search staat hieronder beschreven.

History [Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#23	Add	Search (((("Emergency Treatment"[Mesh]) OR "Triage"[Mesh]) OR "Advanced Trauma Life Support Care"[Mesh]) OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh]) OR "Emergency Nursing"[Mesh])) AND "Elder Abuse"[Mesh]	47	06:45:44
#22	Add	Search (((("Emergency Treatment"[Mesh]) OR "Triage"[Mesh]) OR "Advanced Trauma Life Support Care"[Mesh]) OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh]) OR "Emergency Nursing"[Mesh]	140826	06:45:29
#21	Add	Search "Elder Abuse"[Mesh]	1818	06:44:30
#19	Add	Search "Emergency Nursing"[Mesh]	5445	06:44:05
#17	Add	Search "Emergency Service, Hospital"[Mesh]	46417	06:43:43
#15	Add	Search "Advanced Trauma Life Support Care"[Mesh]	25	06:43:23
#13	Add	Search "Triage"[Mesh]	7626	06:43:09
#11	Add	Search "Emergency Treatment"[Mesh]	90461	06:42:54

Van alle 47 artikelen is het abstract gelezen. Hieronder staan de artikelen die niet volledig zijn gelezen en de reden daarvoor:

1. Beck M & Gordon J. (1991). A dumping ground for granny. *News Week*. 118 (26): 64.
→ geen abstract
2. Bell CC, Jenkins EJ, Kpo W & Rhodes H. (1994). Response of emergency rooms to victims of interpersonal violence. *Hosp Community Psychiatry*. 45 (2): 142 – 6. →
Doel: This study explored whether emergency rooms in a metropolitan county had standard procedures or offered services that address the needs of victims of interpersonal violence. Niet lezen.

3. Burgess AW, Dowdell EB & Brown K. (2000). The elderly rape victim: stereotypes, perpetrators, and implications for practice. *J Emerg Nurs.* 26 (5): 516 – 8. → geen abstract

4. Burgess AW, Watt ME, Brown KM & Petrozzi D. (2006). Management of elder sexual abuse cases in critical care settings. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 18 (3): 313 – 9. → Geen digitale en papierenversie beschikbaar.

5. Cham GW & Seow E. (2000). The pattern of elderly abuse presenting to an emergency department. *Singapore Med J.* 41 (12): 571 – 4. → Het doel: To determine the pattern and frequency of elder abuse presenting to an urban Emergency unit in Singapore. Cijfers prevalentie Singapore niet relevant voor ons onderzoek.

6. Clarke ME & Pierson W. (1999). Management of elder abuse in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* 17 (3): 631 – 44. → Niet full-text beschikbaar. Gaat over SEH artsen maar worden manieren bekeken om ouderen mishandeling op te sporen. Geen digitale en papieren versie beschikbaar.

7. Cloyd E & Dyer CB. (2010). Catastrophic events and older adults. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 22 (4): 501 – 13. → OG eens met niet lezen

8. Coughlin C. (2002). Functional assessment of the elderly patient. *Emerg Med Serv.* 31 (6): 63 – 6. → geen abstract

9. Crane M. (2001). Treating pain: damned if you don't? *Med Econ.* 78 (22): 66 – 8. → geen abstract

10. Cronin G. (2007). Elder abuse: the same old story? *Emerg Nurse.* 15 (3): 11 – 3. → geen abstract

11. Crown L. (2005). Intimate partner violence. *Tenn Med.* 98 (10): 462 – 3. → geen abstract

12. De Lima ML, de Souza ER, Acioli RM & Bezerra ED. (2010). Analysis of hospital clinical services to elderly victims of accidents and violence. *Cien Saude Colet.* 15 (6): 2687 – 97. → full-text alleen in Portugees

13. Dunning S. (1994). Elder abuse is our fight, too. *RN*. 57 (8): 76. → geen abstract
14. Fernández Alonso C, Baratas Crespo E, García Briñón MÁ & Martín Sánchez FJ. (2011). Detection of abuse of the elderly in hospital emergency departments. *Aten Primaria*. 43 (8): 451 – 2. → alleen in Spaans en geen abstract
15. Fulmer T, McMahon DJ, Baer-Hines M & Forget B. (1992). Abuse, neglect, abandonment, violence, and exploitation: an analysis of all elderly patients seen in one emergency department during a six-month period. *J Emerg Nurs*. 18 (6): 505 – 10. → gaat over het systeem van de sociale dienst
16. Fulmer T, Paveza G, Abraham I & Fairchild S. (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 26 (5): 436 – 43. → Gaat over haalbaarheid van screening van ouderen verwaarlozing op SEH. erg interessant maar niet bruikbaar in ons onderzoek. eventueel wel om te benoemen in discussie.
17. Fulmer T, Paveza G, Vandeweerd C, Guadagno L, Fairchild S, Norman R, Abraham I & Bolton-Blatt M. (2005). Neglect assessment in urban emergency departments and confirmation by an expert clinical team. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 60 (8): 1002 – 6. → niet bruikbaar voor inleiding en theoretisch kader, eventueel wel voor de discussie
18. Fulmer T, Street S & Carr K. (1984). Abuse of the elderly: screening and detection. *J Emerg Nurs*. 10 (3): 131 – 40. → geen abstract
19. Gerughty J. (1992). Granny dumping. *Ky Hosp Mag*. 9 (3): 16. → geen abstract
20. Grunfeld AF, Larsson DM, Mackay K & Hotch D. (1996). Domestic violence against elderly women. *Can Fam Physician*. 42: 1485 – 93. → Doel: the experiences of four elderly abused women to better understand the influence of violence on their lives and the implications for intervention by family physicians. Niet relevant voor ons onderzoek.
21. Hannigan MA. (1999). Domestic violence: the response of healthcare. *J Healthc Manage*. 15 (2): 95 – 101. → Geen digitale of papieren versie beschikbaar

22. Hardin E & Khan-Hudson A. (2005). Elder abuse--"society's dilemma". *J Natl Med Assoc.* 97 (1): 91 – 4. → Geen toevoeging op literatuur die we al hebben, het is een algemeen beschouwend artikel, geen eigen onderzoek gedaan.
23. Heyborne RD. (2007). Elder abuse: keeping the unthinkable in the differential. *Acad Emerg Med.* 14 (6): 566 – 7. → geen abstract
24. Jones JW & McCullough LB. (2009). Where to declare poor nursing home care. *J Vasc Surg.* 50 (4): 934 – 5. → OG eens niet lezen
25. Kauder D. (2000). The geriatric puzzle. Assessment challenges of elderly trauma patients. *JEMS.* 25 (7): 64 – 6, 68 – 70, 72 – 4. → Gaat niet over ouderenmishandeling
26. Lachs MS & Fulmer T. (1993). Recognizing elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med.* 9 (3): 665 – 81. → Geen toevoeging op huidige literatuur, review literatuur maar uit 1993.
27. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Hurst L, Kossack A, Siegal A & Tinetti ME. (1997). ED use by older victims of family violence. *Ann Emerg Med.* 30 (4): 448 – 54. → Geen toevoeging op huidige literatuur.
28. McDonald AJ & Abrahams ST. (1990). Social emergencies in the elderly. *Emerg Med Clin North Am.* 8 (2): 443 – 59. → Niet relevant voor ons onderzoek.
29. Phillips L. (1997). Elder abuse and depression overlooked. *Hosp Technol Ser.* 16 (12): 3 – 4. → geen abstract
30. Picton C. (2011). Striking the right balance. *Emerg Nurse.* 19 (7): 3. → geen abstract ook niet in bieb/OG
31. Roberts L & Nolan M. (1993). Elder abuse: raising the awareness of nurses working in A & E units. *Br J Nurs.* 2 (3): 167 – 71. → Doel artikel is bewustzijn van vpk te verhogen.

32. Samaras N, Chevalley T, Samaras D & Gold G. (2010). Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med.* 56 (3): 261 – 9. → OG eens met niet lezen
33. Sanders AB & Morley JE. (1993). The older person and the emergency department. *J Am Geriatr Soc.* 41 (8): 880 – 2. → geen abstract
34. Vernon M. (1995). A&E--why so complacent? *Nurs Times.* 91 (42): 28 – 30. → Geen toevoeging op huidige literatuur.
35. Werfel PA. (2001). When seniors suffer. Elder abuse emerges as a new EMS dilemma. *JEMS.* 26 (10): 48 – 53. → geen abstract
36. Wilber ST. (2007). Commentary: Thoughtful practice and the older emergency department patient. *Acad Emerg Med.* 14 (6): 567 – 8. → Geen abstract
37. Windham DA. (2000). The millennial challenge: elder abuse. *J Emerg Nurse.* 26 (5): 444 – 7. → geen abstract

Hieronder staan de artikelen die volledig gelezen zijn:

1. Allison EJ, Ellis PC & Wilson SE. (1998). Elder abuse and neglect: the emergency medicine perspective. *Eur J Emerg Med.* 5 (3): 355 – 63.
2. Bond MC & Butler KH. (2013). Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med.* 29 (1): 257 – 73.
3. Chan KL, Choi WM, Fong DY, Chow CB, Leung M & Ip P. (2013). Characteristics of family violence victims presenting to emergency departments in Hong Kong. *J Emerg Med.* 44 (1): 249 – 58.
4. Dong X & Simon MA. (2013). Association between elder abuse and use of ED: findings from the Chicago Health and Aging Project. *Am J Emerg Med.* 31 (4): 693 – 8.
5. Houry D, Cunningham RM, Hankin A, James T, Bernstein E & Hargarten S. (2009). Violence prevention in the emergency department: future research priorities. *Acad Emerg Med.* 16 (11): 1089 – 95.
6. Jones J, Dougherty J, Schelble D & Cunningham W. (1988). Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse. *Ann Emerg Med.* 17 (10): 1006 – 15.
7. Kingston P & Penhale B. (1995). Elder abuse and neglect: issues in the accident and emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 3 (3): 122 – 8.
8. Meeks-Sjostrom DJ. (2013). Clinical decision making of nurses regarding elder abuse. *J Elder Abuse Negl.* 25 (2): 149 – 61.
9. Phua DH, Ng TW & Seow E. (2008). Epidemiology of suspected elderly mistreatment in Singapore. *Singapore Med J.* 49 (10): 765 – 73.
10. Ziminski CE, Phillips LR & Woods DL. (2012). Raising the index of suspicion for elder abuse: cognitive impairment, falls, and injury patterns in the emergency department. *Geriatr Nur.* 33 (2): 105 – 12.

Op bovenstaande volledig gelezen artikelen is de sneeuwbalmethodiek toegepast. Hieruit zijn de volgende artikelen geselecteerd:

Ja, volledig lezen

Nee, niet volledig lezen

1. **Abbey** L. (2009). Elder abuse and neglect: when home is not safe. *Clin Geriatr Med.* 25:47–60. → niet gericht op de spoedeisende hulp
2. **Acierno** R, Hernandez-Tejada MS, Muzzy WBS & Steve KMS. (2009). *National Elder Mistreatment Study*. Opgehaald van National Institute of Justice Final Report: www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/226456.pdf
3. **American** Psychological Association (2012). Elder abuse and neglect: in search of solutions (2012). Geraadpleegd op 12 november 2013, van <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.aspx>
4. **Aravanis** SC, Adelman RD, Breckman R, Fulmer TT, Holder E, Lachs M, O'Brien JG & Sanders AB. (1993). Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Arch Fam Med.* 2 (4): 371 – 88. → niet full-text beschikbaar
5. **Baker** M & Heitkemper M. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nurs Outlook.* 53 (5): 253 – 9.
6. **Bell** CC, Jenkins EJ, Kpo W & Rhodes H. (1994). Response of emergency rooms to victims of interpersonal violence. *Hosp Community Psychiatry.* 45 (2): 142 – 6. → gaat maar deels over ouderenmishandeling, dit deel gaat over wetten e.d., niet representatief voor de Nederlandse setting
7. **Benner** P. (1984). *From novice to expert: Excellence in power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 307 pp. → niet vindbaar op pubmed; blijkt een boek te zijn.
8. **Bennett** GCJ & Kingston PA (1993). *Elder Abuse: Concepts, Theories and Interventions*. London: Chapman and Hall. → niet vindbaar op pubmed, blijkt een boek te zijn.

9. **Breckman** RS & Adelman RD. (1988). *Strategies for Helping Victims of Elder Mistreatment*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc. → niet vindbaar op pubmed, blijkt een boek te zijn.
10. **Carter** M & Gupta S. (2008). Characteristics and outcomes of injury-related ED visits among older adults. *Am J Emerg Med*. 26 (3): 296 - 303. → gaat niet specifiek over ouderenmishandeling
11. **Cochran** C & Petrone S. (1987). Elder abuse: the physician's role in identification and prevention. *IMJ III Med J*. 171 (4): 241 – 6. → gaat over artsen, en niet op de SEH, en geen abstract
12. **Costa** AJ. (1993). Elder abuse. *Prim Care*. 20 (2): 375 – 89. → gaat over artsen, niet full-text beschikbaar
13. **Daly** JM. (2011). Evidence-based practice guideline: elder abuse prevention. *J Gerontol Nurs*. 37 (11): 11 – 7.
14. **Donabedian** A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 83 (4): 691 – 729. → gaat niet over ouderenmishandeling
15. **Dong** X, Chen R, Chang ES & Simon M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: a systematic review and implications for research and policy--a mini review. *Gerontology*. 95 (2): 132 – 42.
16. **Dong** X, Simon M, Beck T, Farran C, McCann J, Mendes de Leon CF, Laumann E & Evans DA. (2011). Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*. 57 (6): 549 – 58. → niet relevant voor ons onderzoek
17. **Dong** X, Simon M, Mendes de Leon C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, Dyer C, Paveza G & Evans D. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*. 302 (5): 517 – 26.
18. **Duval** J & Lynch V. (2011). *Forensic nursing science*. St. Louis, Missouri: Mosby Inc. an affiliate of Elsevier Inc. → Geen elektronische of papieren versie beschikbaar

19. **Friedman** L, Avila S, Tanouye K & Joseph K. (2011). A case-control study of severe physical abuse of older adults. *J Am Geriatr Soc.* 59 (3): 417 – 22.
20. **Fulmer** TT. (1994). Elder mistreatment. *Annu Rev Nurs Res.* 20: 369 – 95. → geen elektronische of papieren versie beschikbaar
21. **Galusha** BL. (1985). Testimony before subcommittee on health and long term care, select committee on aging, United States House of Representatives. *Federation Bulletin/Federation of State Medical Boards of the United States.* 72 (8): 233 – 7. → geen abstract, geen papieren of elektronische versie beschikbaar.
22. **Greenberg** EM. (1996). Violence and the older adult: The role of the acute care nurse practitioner. *Crit Care Nurs.* 19 (2): 76 – 84. → geen aanvulling op huidige literatuur
23. **Hogan** TM, Losman ED, Carpenter CR, Sauvigne K, Irmiter C, Emanuel L & Leipzig RM. (2010). Development of geriatric competencies for emergency medicine residents using an expert consensus process. *Acad Emerg Med.* 17 (3): 316 – 24.
Gaait niet over ouderenmishandeling maar ouderen in het algemeen
24. **Kam** C, Lau C & So F. (z.d.). Treatment and screening of intimate partner violence at a Hospital's Emergency Department. *Hong Kong University Press.* → niet vindbaar op pubmed
25. **Kingston** P & Penhale B. (1994). A major problem in need of recognition: assessment and management of elder abuse and neglect. *Prof Nurse.* 9 (5): 343 – 4, 346 – 7. → gaat niet over de SEH
26. **Kleinschmidt** KC. (1997). Elder abuse: a review. *Ann Emerg Med.* 30 (4): 463 – 72.
27. **Lachs** M & Fulmer T. (1993). Recognizing elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med.* 9 (3): 665 – 81. → gaat niet over de SEH, niet full-text beschikbaar
28. **Lachs** M & Pillemer K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med.* 332 (7): 437 – 43. → geen toevoeging op huidige literatuur en gaat over artsen

29. O'Malley TA, Everitt DE, O'Malley HC & Campion EW. (1983). Identifying and preventing family-mediated abuse and neglect of elderly persons. *Ann Intern Med.* 98 (6):998 – 1005. → gaat over artsen, gaat niet over de SEH, niet full-text beschikbaar
30. National Center on Elder Abuse. (z.d.). *Types of abuse*. Geraadpleegd op 12 november 2013, van http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type_Abuse/index.aspx
Geen artikel, een website. We hebben hier wel informatie van gehaald, maar deze bron wordt niet in het overzicht weergegeven omdat het geen artikel is.
31. Palincsar J & Cobb DC. (1982). The physician's role in detecting and reporting elder abuse. *J Leg Med.* 3 (3): 413 – 441. → gaat over artsen, en niet over de SEH
32. Paris BE, Meier DE, Goldstein T, Weiss M & Fein ED. (1995). Elder abuse and neglect: how to recognize warnings signs and intervene. *Geriatrics.* 50 (4): 47 – 51.
→ algemene informatie over ouderenmishandeling, geen toevoeging op huidige literatuur
33. Pettee EJ. (1997). Elder abuse: Implications for staff development. *J Nurs Staff Dev.* 13 (1): 7 – 12.
34. Pillemer K & Finkelhor D. (1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist.* 28 (1): 51 – 7. → geen abstract, geen elektronische of papieren versie beschikbaar
35. Reis M & Nahmiash D. (1995). When seniors are abused: an intervention model. *Gerontologist.* 35 (5): 666 – 71. → gaat over 1 screeningsinstrument, niet toepasbaar op de SEH
36. Rosenblatt DE, Cho K & Durance PW. (1996). Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *J Am Geriatr Soc.* 44 (1): 65 – 70. → gaat over artsen, en niet over de SEH
37. Rovi S, Chen P, Vega M, Johnson MS & Mouton CP. (2009). Mapping the elder mistreatment iceberg: U.S. hospitalizations with elder abuse and neglect diagnoses. *J Elder Abuse Negl.* 21 (4): 346 – 59. → gaat niet over de SEH

38. **Wiglesworth** A, Austin R, Corona M, Schneider D, Liao S, Gibbs L & Mosqueda L. (2009). Bruising as a marker of physical elder abuse. *J Am Geriatr Soc.* 57 (7): 1191 – 6.
39. **Williams** D, Stewart C & Campbell R. (1991). The grim realities of elder abuse and neglect. *Report in Emergency Nursing.* 2 (12): 101 – 106. → niet vindbaar op pubmed
40. **Wolff** RS. (1988). Elder abuse: ten years later. *J Am Geriatr Soc.* 36 (8): 758 – 62. → geen abstract, geen papieren of elektronische versie beschikbaar.
41. **Yaffe** MJ, Wolfson C, Lithwick M & Weiss D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*, 20 (3): 276 – 300. → gaat over ontwikkelen en valideren van een screeningsinstrument, is n.v.t. op ons onderzoek
42. **Zun** LS, Downey LV & Rosen J. (2003). Violence prevention in the ED: linkage of the ED to a social service agency. *Am J Emerg Med.* 21 (6):454–7. → gaat niet over ouderenmishandeling

Bijlage 2 verantwoording kwaliteit van literatuur

In deze bijlage staat de kwaliteitsbeoordeling van de drie meest geparafraseerde wetenschappelijke artikelen beschreven, namelijk:

- Acierno et al. (2009). *National Elder Mistreatment Study*.
- Friedman et al. (2011). *A case-controlle study of severe physical abuse of older adults*.
- Bond et al. (2013). *Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening*.

Acierno et al. (2009)

INTRODUCTIE	
- Wat is het doel van het onderzoek?	Het doel is het aanvoeren van een nationaal epidemiologische studie om de prevalentie en risicofactoren voor ouderenmishandeling onder ouderen die in een verzorgingshuis wonen te bepalen. (Definitie ouderenmishandeling: lichamelijke, seksuele, emotionele of financiële mishandeling en verwaarlozing bij een persoon ouder dan 60 jaar.) Een tweede doel is het bepalen of meldingen van ouderenmishandeling van personen die samenwonen met of zorgen voor ouderen dezelfde prevalentie opleveren als wanneer ouderen het zelf rapporteren, en daarbij een alternatieve methode aanvoeren voor het beoordelen van ouderenmishandeling.
- Wat is de vraagstelling? - Is de vraagstelling helder geformuleerd?	De vraagstelling staat niet letterlijk beschreven.
- Wordt een overzicht van de literatuur gegeven? - Zo ja, op welke wijze wordt dit gedaan (bv inzicht in zoektermen, databases etc)? - Zo ja, geef een beknopte samenvatting hierover. - Zijn belangrijke begrippen gedefinieerd? Zo ja, welke?	Ja, er is een lijst van referenties. Ja, het begrip ouderenmishandeling wordt gedefinieerd, de variabelen en de risicofactoren worden gedefinieerd
Onderzoeksopzet	
- Hoe zou je dit onderzoek willen typeren? Wat is het design?	Dit is een observationeel cross-sectioneel onderzoek = B niveau van kwaliteit volgens CBO
- Hoe is de steekproef samengesteld? Geef hierbij aan welk soort steekproef; of, en zo ja, welke in- exclusiecriteria	Er zijn op basis van toeval een aantal verzorgingstehuizen geselecteerd. Er is een interview gehouden met 1 oudere per

zijn vermeld.	verzorgingshuis en met mensen die samenleven met of zorgen voor ouderen Er zijn geen duidelijke in- of exclusiecriteria vermeld Het is een zeer grote steekproef (n= 5,777 ouderen (doel 4,000) en 813 volmachtige respondenten (doel 500), dus hij lijkt representatief
- Is de steekproef representatief?	
- Wat is de verzamelen? Wat wordt geschreven over betrouwbaarheid en validiteit/geldigheid van deze methode? - Welke meetinstrumenten zijn gebruikt? Wat wordt geschreven over de betrouwbaarheid en validiteit cq sensitiviteit/specificiteit van dit (deze) meetinstrument(en)?	Er wordt telefonisch een vragenlijst afgenomen Er is een voormeting afgenomen in 200 verzorgingstehuizen Het meetinstrument is een vragenlijst speciaal ontwikkeld voor dit onderzoek, met een aantal topics.
Resultaten	
- Hoe zijn gegevens verwerkt (statistische methode bij kwantitatief onderzoek; analysemethode bij kwalitatief onderzoek)? - Wat zijn de belangrijkste resultaten?	Two-tailed bivariate χ^2 analyses werden gebruikt voor het meten van mishandelingsrisico in relatie tot demografische variabelen, gezondheidsbeoordelingen, sociale ondersteuning, gebruik van sociale voorzieningen en eerdere blootstelling aan traumatische ervaringen. Vervolgens werden alle demografische variabelen, en de risico variabelen die statistische significant waren ($p < .05$) getoetst in bivariate analyses. - Belangrijkste risicofactoren zijn: een laag inkomen en werkloos zijn. - veel mishandelde ouderen maken gebruik van sociale voorzieningen of hebben hulp nodig bij dagelijkse activiteiten (zoals wassen) - vormen die het meest voorkomen waren: financiële uitbuiting door familie, en verwaarlozing
Conclusie	
- Wat zijn de conclusies? - Is de vraagstelling beantwoord? - Wat zijn de beperkingen van het onderzoek?	Deze studie laat zien dat mishandeling onder ouderen significant voorkomt, in verschillende klassen tussen ongepast en soms illegaal gedrag. Helaas, komen de meeste mishandelingen waarschijnlijk niet in aanmerking voor bestraffingen vanuit het rechtssysteem. Dit is teleurstellend en spreekt voor het sociaal geaccepteerd zijn van mishandelend gedrag. Analyses van risicofactoren en karakteristieken leidt tot bepaalde gebieden waar interventie kan plaatsvinden. Nee, de doelstelling is wel behaald. - het beschrijven van de prevalentie is gebaseerd op de zelfreportage van de ouderen - risicofactoren zijn beschreven vanuit de optiek van de oudere - mensen met een slecht cognitief functioneren konden niet deelnemen aan het onderzoek, dus dit kon niet als risicofactor meegenomen worden - het gebruik van alleen telefonische interviews kan een beperking zijn, vanwege de benaderingswijze, en omdat ouderen een slechter gehoor kunnen

- Welke aanbevelingen worden gedaan?	hebben - verder zijn de interviews alleen in het Engels en Spaans gehouden, ouderen die een andere taal spraken konden niet participeren - het is een cross-sectioneel design: dus er is maar 1 meting - Er is geen onderzoek gedaan naar een aantal vormen van actieve verwaarlozing - keuze voor een bepaalde definitie van ouderenmishandeling en de vormen Er wordt aanbevolen om transport van ouderen zo goed en zo vaak mogelijk te doen, hierdoor gaan ze uit de situatie waarin ze mishandeld worden.
Eindconclusie	
- Is het onderzoek deugdelijk uitgevoerd?	Ja, de methode en het proces van het onderzoek zijn duidelijk beschreven. Er participeerde een grote steekproef en de resultaten zijn uitgebreid beschreven. Tevens zijn de beperkingen van het onderzoek toegelicht.

Friedman et al. (2011)

INTRODUCTIE	
- Wat is het doel van het onderzoek?	Het typeren van de ernst en de uitkomst van traumatisch letsel van slachtoffers van ouderenmishandeling, het beschrijven van de kenmerken van de daders en het identificeren van risicofactoren geassocieerd met ernstige traumatische ouderenmishandeling.
- Wat is de vraagstelling? - Is de vraagstelling helder geformuleerd?	De vraagstelling wordt niet letterlijk vermeld.
- Wordt een overzicht van de literatuur gegeven? - Zo ja, op welke wijze wordt dit gedaan (bv inzicht in zoektermen, databases etc)? - Zo ja, geef een beknopte samenvatting hierover. - Zijn belangrijke begrippen gedefinieerd? Zo ja, welke? -	Ja Nee
Onderzoeksopzet	
- Hoe zou je dit onderzoek willen typeren? Wat is het design?	Case-Control Study = B niveau van kwaliteit volgens CBO
- Hoe is de steekproef samengesteld? Geef hierbij aan welk soort steekproef; of, en zo ja, welke in- exclusiecriteria zijn vermeld. - Is de steekproef representatief?	Inclusie: - alle ouderen van 60 jaar en ouder die met traumatische verwondingen in het ziekenhuis komen (ALGH en CCH) Case N= 41, Control= 123
- Wat is de methode van gegevens verzamelen? Wat wordt geschreven over betrouwbaarheid en	Vanuit het trauma-registratiesysteem worden alle ouderen van 60 jaar en ouder geselecteerd. En deze mensen worden verdeeld in een case groep

validiteit/geldigheid van deze methode? - Welke meetinstrumenten zijn gebruikt? Wat wordt geschreven over de betrouwbaarheid en validiteit cq sensitiviteit/specificiteit van dit (deze) meetinstrument(en)?	(hierbij is mishandeling vastgesteld) en een control groep (waar er geen sprake is van mishandeling). Iedereen die in het trauma-registratiesysteem staat krijgt codes toegekend door het trauma-registratiesysteem. Daarna worden meetinstrumenten ingezet. Mensen die de meetinstrumenten inzetten zijn getraind in het coderen van de uitkomsten en werken volgens protocollen. Meetinstrumenten: Injury Severity Score (ISS), screening op alcohol en drugsgebruik aan de hand van bloedonderzoek en medische verleden van patiënt en familie. Alcoholgebruik getoetst aan de hand van CAGE vragenlijst. Oorzaak, plaats en soort verwonding: International Classification of Diseases, Ninth Revision Clinical Modification (ICD-9-CM)
Resultaten	
- Hoe zijn gegevens verwerkt (statistische methode bij kwantitatief onderzoek; analysemethode bij kwalitatief onderzoek)? - Wat zijn de belangrijkste resultaten?	SAS-software (9.1) T-test is toegepast op onafhankelijke variabele Levene test is gebruikt voor de equivariance tussen de steekproef. Multivariable logistic regression model is gebruikt om de relatie tussen slachtoffers van mishandeling en factoren die geassocieerd worden met ouderenmishandeling te evalueren. Likelihood ratio approach is gebruikt om vast te stellen wat het beste paste bij het uiteindelijke model. Dader vaak echtgenoot, partner of kind. Mechanisme vaak snijdende of perforerende objecten, lichamelijk gevecht gebruik van huishoudelijke spullen. Meest voorkomende verwondingen waren open wonden of interne verwondingen. Case- groep verbleef gemiddeld 2 dagen langer in het ziekenhuis dan de controlegroep. Case: 29,3% was onder invloed van alcohol, bij controlegroep 13%. Casegroep had ernstigere verwondingen dan controlegroep.
Conclusie	
- Wat zijn de conclusies? - Is de vraagstelling beantwoord?	Ouderen die slachtoffer zijn van lichamelijke mishandeling leiden aan ernstigere verwondingen dan ouderen die niet mishandeld zijn maar wel met verwondingen in het ziekenhuis komen. Alle belangrijke metingen van ernst van verwondingen waren hoger bij de casegroep dan de controlegroep. Deze metingen van ernst van verwondingen geven nadelige gevolgen op lange termijn. Veel slachtoffers keerden terug naar de omgeving waar de mishandeling plaatsvond. Er was geen vraagstelling. Maar het doel is wel behaald.

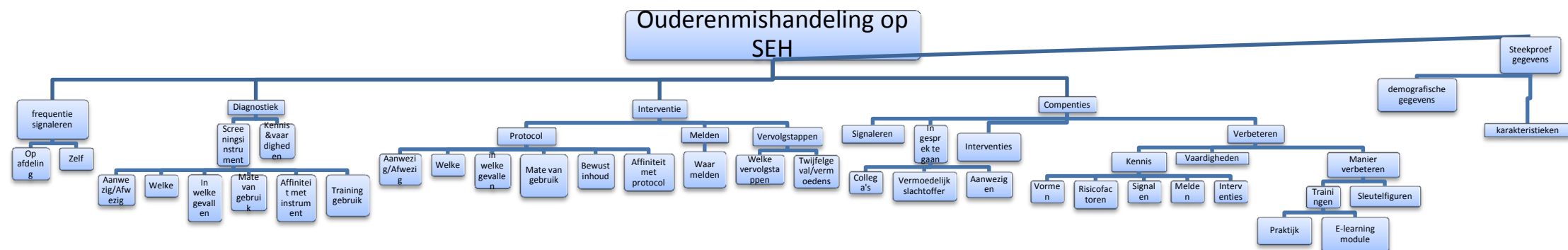
- Wat zijn de beperkingen van het onderzoek?	Beperkingen: - Kleine steekproef - Mogelijk dat niet alle personen die alcohol of drugs gebruiken ook daadwerkelijk worden gerapporteerd, al zijn de verpleegkundigen en artsen er wel op getraind. - In de casegroep waren er veel meer mensen met een donkere huidskleur, dit kan een vertekend beeld geven van resultaten. - Casegroep veel mensen uit een verzorgingshuis kwamen terwijl in de controlegroep hadden veel mensen een motorongeluk vanwege positionering van ziekenhuis. - Mogelijk dat er geen mishandeling is gediagnosticeerd door angst van slachtoffer. - Dit onderzoek is gedaan in een trauma-unit, de mensen die in de steekproef zitten hebben ernstige verwondingen, mensen die ook mishandeld zijn maar minder ernstige verwondingen hebben worden niet in dit onderzoek opgenomen.
Eindconclusie	
- Is het onderzoek deugdelijk uitgevoerd?	Ja, dat lijkt wel, er is systematisch gewerkt en er wordt goed uitgelegd welke stappen zijn genomen en de beperkingen van het onderzoek worden genoemd.

Bond et al. (2013)

INTRODUCTIE	
- Wat is het doel van het onderzoek?	Doel niet letterlijk benoemd. Maar er wordt een overzicht van literatuur gegeven.
- Wat is de vraagstelling? - Is de vraagstelling helder geformuleerd?	Geen vraagstelling benoemd.
- Wordt een overzicht van de literatuur gegeven? - Zo ja, op welke wijze wordt dit gedaan (bv inzicht in zoektermen, databases etc)? - Zo ja, geef een beknopte samenvatting hierover. - Zijn belangrijke begrippen gedefinieerd? Zo ja, welke?	Ja Ja, definitie ouderenmishandeling en de vormen van ouderenmishandeling.
Onderzoeksopzet	
- Hoe zou je dit onderzoek willen typeren? Wat is het design?	Een samenvatting van literatuur, maar het is onbekend of dit op systematische wijze hebben gedaan. Dus het is geen systematische review.
- Hoe is de steekproef samengesteld? Geef hierbij aan welk soort steekproef; of, en zo ja, welke in- exclusiecriteria zijn vermeld. - Is de steekproef representatief?	Geen steekproef

- Wat is de methode van gegevens verzamelen? Wat wordt geschreven over betrouwbaarheid en validiteit/geldigheid van deze methode? - Welke meetinstrumenten zijn gebruikt? Wat wordt geschreven over de betrouwbaarheid en validiteit cq sensitiviteit/specifiteit van dit (deze) meetinstrument(en)?	Geen methode
Resultaten	
- Hoe zijn gegevens verwerkt (statistische methode bij kwantitatief onderzoek; analysemethode bij kwalitatief onderzoek)? - Wat zijn de belangrijkste resultaten?	Geen verwerking
Conclusie	
- Wat zijn de conclusies? - Is de vraagstelling beantwoord? - Wat zijn de beperkingen van het onderzoek? - Welke aanbevelingen worden gedaan?	Korte samenvatting literatuur: Bij ouderenmishandeling en verwaarlozing blijft er onder erkenning van het probleem en er blijft sprake van onderrapportage. Meer educatieve inspanningen van zorgverleners zorgen voor meer bewustzijn van het maatschappelijk probleem en zij nodig om ouderen te beschermen en de incidentie van ouderenmishandeling te verlagen. Artsen kunnen een verschil maken in het leven van een ouder persoon door het goed kennen van de rapportage- eisen en beschikbare hulpmiddelen.
Eindconclusie	
- Is het onderzoek deugdelijk uitgevoerd?	De literatuur is zeker bruikbaar, er wordt veel gerefereerd naar andere onderzoeken. Er wordt een duidelijke weergave van het probleem gegeven, de meest voorkomende vormen, met daarbij signalen, risicofactoren/rode vlaggen, karakteristieken van dader, factoren die het vertellen en rapportage en herkenning van ouderenmishandeling beïnvloeden en 2 screeningsinstrumenten.

Bijlage 3 mindmap vragenlijst



Bijlage 4 vragenlijst

Vragenlijst over ouderenmishandeling op de spoedeisende hulp

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het lectoraat Acute Intensieve Zorg te Nijmegen, in samenwerking met het Lectoraat Langdurige Zorg te Nijmegen en de Acute Zorgregio Oost. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door twee studenten van de opleiding Medische Hulpverlening aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek richt zich op ouderenmishandeling die heeft plaatsgevonden voordat de oudere zich op de SEH presenteert. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoe frequent lichamelijke mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik van ouderen (65+) volgens de SEH-verpleegkundigen voorkomt op de SEH waar zij werken. Daarnaast wordt geïnventariseerd hoe zij deze vormen signaleren, welke interventies worden ingezet, welke competenties ze hiervoor (nodig) hebben. De bedoeling is om op basis van de resultaten aanbevelingen te kunnen doen aan het werkveld om de kwaliteit van zorg rondom ouderenmishandeling te verbeteren.

Let op: Als in deze vragenlijst het woord ouderenmishandeling wordt genoemd bedoelen wij lichamelijke schade ten gevolge van mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik.

Doelgroep van het onderzoek

De doelgroep van dit onderzoek zijn SEH-verpleegkundigen die momenteel werkzaam zijn op de SEH of verpleegkundigen die minimaal een halfjaar de vervolgopleiding tot SEH-verpleegkundigen volgen.

Tijdsduur

Het invullen van deze vragenlijst bedraagt maximaal 15 minuten. Na het invullen van de vragenlijst is er een mogelijkheid om eventuele op- of aanmerkingen te beschrijven.

Omgang met gegevens

In deze vragenlijst wordt niet gevraagd naar herleidbare persoonsgegevens. Door het retourneren van de ingevulde vragenlijst geeft u toestemming voor het gebruik van de onderzoeksgegevens. De resultaten worden niet op individueel niveau maar op afdelingsniveau teruggekoppeld aan de SEH.

Algemene gegevens

1. Bent u man of vrouw?
 - ☐ Man
 - ☐ Vrouw
2. Wat is uw leeftijd?
.....
3. Bent u een gediplomeerd SEH-verpleegkundige?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee, ik ben in opleiding tot SEH- verpleegkundige
4. Hoeveel jaar werkervaring heeft u als SEH- verpleegkundige?
 - ☐ Minder dan 5 jaar
 - ☐ 5- 15 jaar
 - ☐ Meer dan 15 jaar
5. Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week op de SEH?
.....
6. In welk ziekenhuis werkt u?
 - ☐ Amphia ziekenhuis
 - ☐ Bernhoven
 - ☐ Canisius-Wilhelmina ziekenhuis
 - ☐ Erasmus MC
 - ☐ Gelderse Vallei
 - ☐ Hagaziekenhuis
 - ☐ MC Haaglanden
 - ☐ Medisch centrum Leeuwarden
 - ☐ Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
 - ☐ Radboud umc
 - ☐ Rijnstate ziekenhuis
 - ☐ Rivierenland ziekenhuis
 - ☐ Slingeland ziekenhuis
 - ☐ St. Antonius ziekenhuis
 - ☐ UMC Groningen
 - ☐ UMC Maastricht
 - ☐ UMC Utrecht
 - ☐ Anders, namelijk:

Prevalentie

De volgende vragen gaan over hoe frequent ouderenmishandeling voorkomt. In het onderzoek verstaan wij onder ouderenmishandeling lichamelijke schade ten gevolge van mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik van ouderen (65+).

7. Hoeveel gevallen van ouderenmishandeling heeft u zelf het afgelopen jaar gesignaleerd?
- ☐ Geen enkele
 - ☐ 1- 2
 - ☐ 3- 4
 - ☐ 5- 6
 - ☐ 7- 8
 - ☐ 9- 10
 - ☐ Meer dan 10
8. Hoeveel gevallen van ouderenmishandeling worden er gemiddeld per maand gesignaleerd op de SEH waar u werkzaam bent?
- ☐ Geen enkele
 - ☐ Minder dan 1
 - ☐ 1- 2
 - ☐ 3- 4
 - ☐ 5- 6
 - ☐ Meer dan 6
 - ☐ Weet ik niet, want.....

Protocol en screeningsinstrument

Onderstaande vragen gaan over het gebruik van een protocol en een screeningsinstrument. Het is mogelijk dat een screeningsinstrument een onderdeel is van het protocol.

Er volgen vragen over een protocol Huiselijk geweld. Onder huiselijk geweld wordt ook ouderenmishandeling verstaan.

9. Op welke wijze signaleert u ouderenmishandeling?
(U kunt bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken)
- ☐ Niet
 - ☐ Aan de hand van een screeningsinstrument
 - ☐ Intuïtief/ Niet- pluis gevoel
 - ☐ Aan de hand van alarmerende symptomen (bijv. symmetrische blauwe plekken)
 - ☐ Aan de hand van herhaaldelijke bezoeken in korte tijd
 - ☐ Anders, namelijk.....
10. Is er een protocol Huiselijk geweld aanwezig op uw SEH?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Weet ik niet
- 10.1 (Zo ja) Wordt dit protocol ingezet bij ouderen?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee

- 10.2 (Zo ja) Volgt u het protocol op bij ouderenmishandeling?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
- 10.3 (Zo ja) Ervaart u knelpunten in het gebruik van het protocol bij ouderenmishandeling?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja, namelijk.....
11. Is er een apart protocol ouderenmishandeling aanwezig op uw SEH?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Weet ik niet
- 11.1 (Zo nee) Heeft u behoefte aan een protocol ouderenmishandeling?
- ☐ Ja, omdat.....
 - ☐ Nee, omdat.....
- 11.2 (Zo ja) Voor welke patiëntenpopulatie is dit protocol bestemd?
- ☐ Personen vanaf 65 jaar en ouder
 - ☐ Personen vanaf 70 jaar en ouder
 - ☐ Anders, namelijk.....
- 11.3 (Zo ja) Volgt u het protocol op?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
- 11.4 (Zo ja) Ervaart u knelpunten in het gebruik van het protocol?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja, namelijk.....
12. Is er op de SEH waar u werkzaam bent een screeningsinstrument voorhanden waarmee ouderen gescreend worden op ouderenmishandeling?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Weet ik niet
- 12.1 (Zo nee) Zou een screeningsinstrument voor u gewenst zijn?
- ☐ Ja, omdat.....
 - ☐ Nee, omdat.....

- 12.2 (Zo ja) Welk screeningsinstrument wordt er gebruikt?
- Weet ik niet
 - Een screeningsinstrument ontwikkeld door het ziekenhuis zelf
 - Een screeningsinstrument dat niet door het ziekenhuis zelf ontwikkeld is namelijk,
.....
- 12.3 (Zo ja) Bij welke patiëntenpopulatie wordt het screeningsinstrument ingezet volgens de afspraken van de SEH?
- Alle personen van 65 jaar en ouder
 - Alle personen van 70 jaar en ouder
 - Anders, namelijk.....
- 12.4 (Zo ja) Wordt het screeningsinstrument ingezet bij patiënten bij wie dit moet volgens de afspraken van uw SEH?
- Nooit
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
- 12.5 (Zo ja) Ervaart u knelpunten in het gebruik van het screeningsinstrument?
- Nee
 - Ja, namelijk.....
- 12.6 (Zo ja) Hoe is het screeningsinstrument op uw SEH ingevoerd? (bijvoorbeeld door middel van een introductie in een vergadering of het volgen van een cursus.)
.....

Verplichte meldcode en meldplicht

Onderstaande vragen gaan over de verplichte meldcode en meldplicht. Sinds 1 juli 2013 is er door de rijksoverheid een 'verplichte meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling' ingesteld. Onder huiselijk geweld valt ook ouderenmishandeling. Tevens geldt er al langer een meldplicht voor mishandeling gepleegd door zorgprofessionals.

De verplichte meldcode houdt in dat mishandeling in huiselijke kring gemeld moet worden bij het Steunpunt Huiselijk Geweld.

De meldplicht houdt in dat mishandeling door zorgprofessionals gemeld moet worden bij het Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

13. Bent u op de hoogte van het bestaan van de verplichte meldcode?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

13.1 (Zo ja) Weet u wat de inhoud van de verplichte meldcode is?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, ik ben niet voldoende op de hoogte van de inhoud

14. Bent u op de hoogte van het bestaan van de meldplicht?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

14.1 (Zo ja) Weet u wat de inhoud van de meldplicht is?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, ik ben niet voldoende op de hoogte van de inhoud

Vervolgstappen

Onderstaande vragen gaan over de vervolgstappen die genomen kunnen worden bij het vermoeden of na het signaleren van ouderenmishandeling.

15. Welke vervolgstappen onderneemt u bij het vermoeden van ouderenmishandeling?
(U kunt bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken)

- ☐ Ik weet niet welke vervolgstappen ik moet/kan ondernemen
- ☐ Ik volg het protocol Huiselijk geweld op
- ☐ Ik volg het protocol ouderenmishandeling op
- ☐ Ik overleg met een collega verpleegkundige en/of arts
- ☐ Ik ga in gesprek met het vermoedelijke slachtoffer
- ☐ Ik ga in gesprek met de meegekomen personen van het vermoedelijke slachtoffer
- ☐ Ik overleg met het Steunpunt Huiselijk Geweld
- ☐ Ik overleg met de huisarts van het vermoedelijke slachtoffer
- ☐ Ik overleg met een andere hulpverlener verbonden aan het ziekenhuis (bijvoorbeeld een maatschappelijk werker e.d.)
- ☐ Ik overleg met andere personen/instanties, namelijk.....
- ☐ Ik meld mijn vermoeden bij het Steunpunt Huiselijk Geweld
- ☐ Ik meld mijn vermoeden bij het Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- ☐ Anders, namelijk.....

16. Welke vervolgstappen onderneemt u na het signaleren/vaststellen van ouderenmishandeling?
(U kunt bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken)

- ☐ Ik weet niet welke vervolgstappen ik moet/kan ondernemen
- ☐ Ik volg het protocol Huiselijk geweld op
- ☐ Ik volg het protocol ouderenmishandeling op
- ☐ Ik meld het bij de behandelend arts op de SEH
- ☐ Ik meld het bij het Steunpunt Huiselijk Geweld
- ☐ Ik meld het bij het Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- ☐ Ik licht de huisarts van het slachtoffer in
- ☐ Ik zorg dat het slachtoffer opgenomen wordt op een afdeling
- ☐ Ik schakel een andere hulpverlener in (bijvoorbeeld een maatschappelijk werker e.d.)
- ☐ Ik schakel de politie in
- ☐ Anders, namelijk.....

16. Ervaart u knelpunten bij het nemen van vervolgstappen?

(U kunt bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken)

- ☐ Nee, ik weet welke vervolgstappen ik moet ondernemen en ben daar ook toe in staat
- ☐ Ja, ik weet niet goed met welke personen/instanties ik overleg kan plegen
- ☐ Ja, ik durf niet goed het vermoeden te bespreken met de patiënt
- ☐ Ja, ik durf niet goed het vermoeden te bespreken met de meegekomen personen van de patiënt
- ☐ Ja, ik weet niet waar ik ouderenmishandeling kan melden
- ☐ Ja, anders namelijk.....

Competenties

Onderstaande vragen gaan over de competenties van SEH-verpleegkundigen. In het competentieprofiel van SEH-verpleegkundigen staat een competentie als volgt omschreven:

Een - continu te onderhouden en te ontwikkelen - combinatie van vaardigheden, kennis, attitudes en persoonskenmerken, nodig om in een bepaalde werksituatie adequaat, effectief en efficiënt te handelen.

17. Welke competenties heeft u nodig voor het signaleren en diagnosticeren van ouderenmishandeling en voor het inzetten van interventies?

(U kunt bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken)

- ☐ Besef van het probleem
- ☐ Kennis over de theoretische achtergrond van ouderenmishandeling (prevalentiecijfers, verschillende vormen, signaleren, risicofactoren voor pleger en slachtoffer)
- ☐ Vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument
- ☐ Het systematisch af kunnen nemen van een anamnese gericht op ouderenmishandeling
- ☐ Observeren van signalen van ouderenmishandeling
- ☐ Effectief communiceren met patiënt
- ☐ Effectief communiceren met de naasten
- ☐ Effectief communiceren met collega's en andere zorgprofessionals werkzaam op de SEH
- ☐ Effectief communiceren met zorgprofessionals niet werkzaam op de SEH (bijvoorbeeld huisarts of maatschappelijk werker)
- ☐ Kennis over interventies (welke interventies kunnen worden ingezet en op welke wijze deze ingezet kunnen worden)
- ☐ Vaardigheid in het gebruik van een protocol
- ☐ Vaardigheid in het melden
- ☐ Rapporteren van de bevindingen
- ☐ Anders, namelijk.....

18. Over welke competenties voor het signaleren en diagnosticeren van ouderenmishandeling en voor het inzetten van interventies beschikt u?

(U kunt bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken)

- ☐ Besef van het probleem
- ☐ Kennis over de theoretische achtergrond van ouderenmishandeling (prevalentiecijfers, verschillende vormen, signaleren, risicofactoren voor pleger en slachtoffer)
- ☐ Vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument
- ☐ Het systematisch af kunnen nemen van een anamnese gericht op ouderenmishandeling
- ☐ Observeren van signalen van ouderenmishandeling
- ☐ Effectief communiceren met patiënt
- ☐ Effectief communiceren met de naasten
- ☐ Effectief communiceren met collega's en andere zorgprofessionals werkzaam op de SEH
- ☐ Effectief communiceren met zorgprofessionals niet werkzaam op de SEH (bijvoorbeeld huisarts of maatschappelijk werker)
- ☐ Kennis over interventies (welke interventies kunnen worden ingezet en op welke wijze deze ingezet kunnen worden)
- ☐ Vaardigheid in het gebruik van een protocol
- ☐ Vaardigheid in het melden
- ☐ Rapporteren van de bevindingen
- ☐ Anders, namelijk.....

Eventuele op- of aanmerkingen kunt u hieronder beschrijven:

Als u de resultaten van dit onderzoek wilt ontvangen, vul dan hieronder uw e-mailadres in:

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

Bijlage 5 beoordelingslijst voor de vragenlijst

Naam beoordelaar:

Datum:

Beoordelingsaspect	Ja	Nee	Vraagnummer	Opmerkingen/vragen/aanvullingen
Heldere inleiding (doel, werkwijze, anonimiteit, tijdsduur, informed consent etc)				
Heldere invulwijze				
Heldere/concrete vragen				
Logische volgorde van vragen				
Dubbel te interpreteren vragen				
Neutrale vragen (zonder doorschemerende mening van de onderzoeker in de vraagstelling)				
Vragen zijn valide (meten wat ze willen meten)				
Zou u vragen weglaten of toevoegen?				
Uitputtende antwoordcategorieë n*				
Overzichtelijke lay- out				
Uitnodigende lay- out				
Correcte spelling				
Overige opmerkingen:				

* Alle mogelijke antwoorden zijn inbegrepen

Bijlage 6 codeboek

Naam variabele	Vraag	Antwoordcode/label	Meetniveau
Geslacht	1. Bent u man of vrouw?	1 = Man 2 = Vrouw	Nominaal
Leeftijd	2. Wat is uw leeftijd?	Open tekst	Ratio
Gediplomeerd	3. Bent u een gediplomeerd SEH-verpleegkundige?	1 = Ja 2 = Nee, ik ben in opleiding tot SEH-verpleegkundige	Nominaal
Werkervaring	4. Hoeveel jaar werkervaring heeft u als SEH-verpleegkundige?	1 = minder dan 5 jaar 2 = 5- 15 jaar 3 = meer dan 15 jaar	Ratio
Werkuren	5. Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week op de SEH?	Open tekst	Ratio
Ziekenhuis	6. In welk ziekenhuis werkt u?	1 = Amphia ziekenhuis 2 = Bernhoven 3 = Canisius-Wilhelmina ziekenhuis 4 = Erasmus MC 5 = Gelderse Vallei 6 = Hagaziekenhuis 7 = MC Haaglanden 8 = Medisch centrum Leeuwarden 9 = Onze Lieve Vrouwe Gasthuis 10 = Radboud umc 11= Rijnstate ziekenhuis 12 = Rivierenland ziekenhuis 13 = Slingeland ziekenhuis 14 = St. Antonius ziekenhuis 15 = UMC Groningen 16 = UMC Maastricht 17 = UMC Utrecht 18 = Anders namelijk, open tekst	Nominaal
Prevalentie_zelf	7. Hoeveel gevallen van ouderenmishandeling heeft u <u>zelf</u> het afgelopen <u>jaar</u> gesignaleerd?	1 = Geen enkele 2 = 1- 2 3 = 3- 4 4 = 5- 6 5 = 7- 8 6 = 9- 10 7 = Meer dan 10	Ratio
Prevalentie_afdeling	8. Hoeveel gevallen van ouderenmishandeling worden er <u>gemiddeld per maand</u> gesignaleerd <u>op de SEH</u> waar u werkzaam bent?	1 = Geen enkele 2 = Minder dan 1 3 = 1- 2 4 = 3- 4 5 = 5- 6 6 = Meer dan 6 7 = Weet ik niet, want	Ratio
Prevalentie_afdeling_veld	9.	Open tekst	

Signaleringswijze	10. Op welke wijze signaleert u ouderenmishandeling?	1 = Niet 2 = Aan de hand van een screeningsinstrument 3 = Intuïtief/ Niet- pluis gevoel 4 = Aan de hand van alarmerende symptomen (bijv. symmetrische blauwe plekken) 5 = Aan de hand van herhaaldelijke bezoeken in korte tijd 6 = Anders, namelijk	Nominaal
Signaleringswijze_Veld	11.	Open tekst	
Protocol_Huiselijk_Gewel	12. Is er een protocol Huiselijk geweld aanwezig op uw SEH?	1 = Ja 2 = Nee 3 = Weet ik niet	Nominaal
Protocol_HG_inzet	13. Wordt dit protocol ingezet bij ouderen?	0 = Niet van toepassing 1 = Ja 2 = Nee	Nominaal
Protocol_HG_opvolging	14. Volgt u het protocol op bij ouderenmishandeling?	0 = Niet van toepassing 1 = Nooit 2 = Soms 3 = Meestal 4 = Altijd	Ordinaal
Protocol_HG_knelpunten	15. Ervaart u knelpunten in het gebruik van het protocol bij ouderenmishandeling?	0 = Niet van toepassing 1 = Nee 2 = Ja, namelijk	Nominaal
Protocol_HG_knelpunt_veld	16.	Open tekst	
Protocol	17. Is er een apart protocol ouderenmishandeling aanwezig op uw SEH?	1 = Ja 2 = Nee 3 = Weet ik niet	Nominaal
Behoefte_protocol	18. Heeft u behoefte aan een protocol ouderenmishandeling?	0 = Niet van toepassing 1 = Ja, omdat 2 = Nee, omdat	Nominaal
Protocol_behoefte_veld	19.	Open tekst	
Protocol_patientpopulatie	20. Voor welke patiëntenpopulatie is dit protocol bestemd?	0 = Niet van toepassing 1 = Personen vanaf 65 jaar en ouder 2 = Personen vanaf 70 jaar en ouder 3 = Anders, namelijk <i>Open tekst</i>	Nominaal
Protocol_opvolging	21. Volgt u het protocol op?	0 = Niet van toepassing 1 = Nooit 2 = Soms 3 = Meestal 4 = Altijd	Ordinaal
Protocol_knelpunten	22. Ervaart u knelpunten in het gebruik van het protocol?	0 = Niet van toepassing 1 = Nee 2 = Ja, namelijk	Nominaal

Protocol_knelpunten_veld	23.	Open tekst	
Screenings_instrument	24. Is er op de SEH waar u werkzaam bent een screeningsinstrument voorhanden waarmee ouderen gescreend worden op ouderenmishandeling?	1 = Ja 2 = Nee 3 = Weet ik niet	Nominaal
Screeningsinstr_gewenst	25. Zou een screeningsinstrument voor u gewenst zijn?	0 = Niet van toepassing 1 = Ja, omdat 2 = Nee, omdat	Nominaal
Screeningsinstr_gewenst_veld	26.	Open tekst	
Welk_screenings_instrument	27. Welk screeningsinstrument wordt er gebruikt?	0 = Niet van toepassing 1 = Weet ik niet 2 = Een screeningsinstrument ontwikkeld door het ziekenhuis zelf 3 = Een screeningsinstrument dat niet door het ziekenhuis zelf is ontwikkeld namelijk	Nominaal
Welk_screenings_instr_veld	28.	Open tekst	
Screening_patienpopulatie	29. Bij welke patiëntenpopulatie wordt het screeningsinstrument ingezet volgens de afspraken van de SEH?	0 = Niet van toepassing 1 = Alle personen van 65 jaar en ouder 2 = Alle personen van 70 jaar en ouder 3 = Anders: namelijk open tekst	Nominaal
Inzet_screenings_instrumen	30. Wordt het screeningsinstrument ingezet bij patiënten bij wie dit moet volgens de afspraken van uw SEH?	0 = Niet van toepassing 1 = Nooit 2 = Soms 3 = Meestal 4 = Altijd	Ordinaal
Knelpunten_screeningsintr	31. Ervaart u knelpunten in het gebruik van het screeningsinstrument?	0 = Niet van toepassing 1 = Nee 2 = Ja, namelijk	Nominaal
Knelp_screenings_instr_veld	32.	Open tekst	
Screeninginstr_invoering	33. Hoe is het screeningsinstrument op uw SEH ingevoerd? (Bijvoorbeeld door middel van een introductie in een vergadering of het volgen van een cursus)	Open tekst	
Bestaan_meldcode	34. Bent u op de hoogte van het bestaan van de verplichte meldcode?	1 = Ja 2 = Nee	Nominaal
Inhoud_meldcode	35. Weet u wat de <u>inhoud</u> van de verplichte meldcode is?	0 = Niet van toepassing 1 = Ja 2 = Nee, ik ben niet voldoende op de hoogte van de inhoud	Nominaal

Bestaan_meldplicht	36. Bent u op de hoogte van het bestaan van de meldplicht?	1 = Ja 2 = Nee	Nominaal
Inhoud_meldplicht	37. Weet u wat de <u>inhoud</u> van de meldplicht is?	0 = Niet van toepassing 1 = Ja 2 = Nee, ik ben niet voldoende op de hoogte van de inhoud	Nominaal
Vervolgstappen_vermoeden	38. Welke vervolgstappen onderneemt u bij het <u>vermoeden</u> van ouderenmishandeling?	1 = Ik weet niet welke vervolgstappen ik moet/kan ondernemen 2 = Ik volg het protocol Huiselijk geweld op 3 = Ik volg het protocol ouderenmishandeling op 4 = Ik overleg met een collega verpleegkundige en/of arts. 5 = Ik ga in gesprek met het vermoedelijke slachtoffer 6 = Ik ga in gesprek met de meegekomen personen van het vermoedelijke slachtoffer. 7 = Ik overleg met het Steunpunt Huiselijk Geweld. 8 = Ik overleg met de huisarts van het vermoedelijke slachtoffer. 9 = Ik overleg met een andere hulpverlener verbonden aan het ziekenhuis (bijvoorbeeld een maatschappelijk werker e.d.) 10 = Ik overleg met andere personen/instanties, namelijk 11 = Ik meld mijn vermoeden bij het Steunpunt Huiselijk Geweld 12 = Ik meld mijn vermoeden bij het Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). 13 = Anders, namelijk	Nominaal
Vervolg_vermoeden_veld	39.	Open tekst	
Vervolgstappen_signaleren	40. Welke vervolgstappen onderneemt u na het <u>signaleren/ vaststellen</u> van ouderenmishandeling?	1 = Ik weet niet welke vervolgstappen ik moet/kan ondernemen 2 = Ik volg het protocol Huiselijk geweld op 3 = Ik volg het protocol ouderenmishandeling op 4 = Ik meld het bij de behandeld arts op de SEH. 5 = Ik meld het bij het	Nominaal

		Steunpunt Huiselijk Geweld 6 = Ik meld het bij het Meldpunt Ouderenmishandeling in de zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). 7 = Ik licht de huisarts van het slachtoffer in. 8 = Ik zorg dat het slachtoffer opgenomen wordt op een afdeling 9 = Ik schakel een andere hulpverlener in (bijvoorbeeld een maatschappelijk werker e.d.) 10 = Ik schakel de politie in. 11 = Anders, namelijk	
Vervolg_signaleren_veld	41.	Open tekst	
Vervolgstappen_knelpunten	42. Ervaart u knelpunten bij het nemen van vervolgstappen?	1 = Nee, ik weet welke vervolgstappen ik moet ondernemen en ben daar ook toe in staat 2 = Ja, ik weet niet goed met welke personen/instanties ik overleg kan plegen 3 = Ja, ik durf niet goed het vermoeden te bespreken met de patiënt 4 = Ja, ik durf niet goed het vermoeden te bespreken met de meegekomen personen van de patiënt 5 = Ja, ik weet niet waar ik ouderenmishandeling kan melden 6 = Ja, anders namelijk	Nominaal
Vervolg_knelpunten_veld	43.	Open tekst	
Competenties_nodig	44. Welke competenties heeft u <u>nodig</u> voor het signaleren en diagnosticeren van ouderenmishandeling en voor het inzetten van interventies?	1 = Besef van het probleem 2 = Kennis over de theoretische achtergrond van ouderenmishandeling (prevalentiecijfers, verschillende vormen, signaleren, risicofactoren voor pleger en slachtoffer) 3 = Vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument 4 = Het systematisch af kunnen nemen van een anamnese gericht op ouderenmishandeling 5 = Observeren van signalen van ouderenmishandeling	Nominaal

		6 = Effectief communiceren met patiënt 7 = Effectief communiceren met de naasten 8 = Effectief communiceren met collega's en andere zorgprofessionals werkzaam op de SEH 9 = Effectief communiceren met zorgprofessionals niet werkzaam op de SEH (bijvoorbeeld huisarts of maatschappelijk werker) 10 = Kennis over interventies (Welke interventies kunnen worden ingezet en op welke wijze deze ingezet kunnen worden) 11 = Vaardigheid in het gebruik van een protocol 12 = Vaardigheid in het melden 13 = Rapporteren van de bevindingen 14 = Anders, namelijk	
Competenties_nodig_veld	45.	Open tekst	
Competenties_beschikken	46. Over welke competenties voor het signaleren en diagnosticeren van ouderenmishandeling en voor het inzetten van interventies <u>beschikt</u> u?	1 = Besef van het probleem 2 = Kennis over de theoretische achtergrond van ouderenmishandeling (prevalentiecijfers, verschillende vormen, signaleren, risicofactoren voor pleger en slachtoffer) 3 = Vaardigheid in het gebruik van een screeningsinstrument 4 = Het systematisch af kunnen nemen van een anamnese gericht op ouderenmishandeling 5 = Observeren van signalen van ouderenmishandeling 6 = Effectief communiceren met patiënt 7 = Effectief communiceren met de naasten 8 = Effectief communiceren met collega's en andere zorgprofessionals werkzaam op de SEH 9 = Effectief communiceren met zorgprofessionals niet werkzaam op de SEH (bijvoorbeeld huisarts of maatschappelijk werker)	Nominaal

		10 = Kennis over interventies (Welke interventies kunnen worden ingezet en op welke wijze deze ingezet kunnen worden) 11 = Vaardigheid in het gebruik van een protocol 12 = Vaardigheid in het melden 13 = Rapporteren van de bevindingen 14 = Anders, namelijk	
Competenties_ beschik_veld	47.	Open tekst	
Opmerkingen	48. Eventuele op- of aanmerkingen kunt u hiernaast beschrijven:	Open tekst	
Emailadres	49. Als u de resultaten van dit onderzoek wilt ontvangen, vul dan hiernaast uw e-mailadres in:	Open tekst	