



Kennis en advies voor
maatschappelijke ontwikkeling

mantelzorg

kwetsbare groepen

vrijwillige inzet

huiselijk en seksueel geweld

leefbaarheid

Naar methodisch handelen bij ouderenmishandeling

Werkdocument

MOVISIE

Remy Vink
Maria van Bavel

Utrecht, juni 2007

MOVISIE - Kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling

MOVISIE verzamelt, ontwikkelt en verspreidt kennis en adviseert op het gebied van welzijn, zorg en sociale veiligheid. MOVISIE werkt voor en samen met overheden, burgerinitiatieven, professionele en vrijwilligersorganisaties met als doel de participatie en zelfredzaamheid van burgers te vergroten. Centrale thema's daarbij zijn vrijwillige inzet, mantelzorg, kwetsbare groepen, leefbaarheid en huiselijk en seksueel geweld.

MOVISIE is ontstaan uit de fusie tussen de volgende organisaties: TransAct - aanpak huiselijk en seksueel geweld en vraagstukken rond sekse en etniciteit; CIVIQ - instituut vrijwillige inzet; Kenniscentrum Lesbisch en Homo-emancipatiebeleid; Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO); X-S2 - Kennisnetwerk Sociaal Beleid en onderdelen van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (waaronder NIZW Sociaal Beleid).

Postbus 19129
3501 DC Utrecht

T: 030 – 789 20 00

MOVISIE Kennislijn: 030 789 21 12

F: 030 – 789 21 11

MOVISIE Training & Advies: 030 789 22 22

I: www.movisie.nl

E: info@movisie.nl

Met dank aan

Consultatienetwerk Ouderenmishandeling Midden Kennemerland
Dagobert Wolswijk, Kontext (maatschappelijk werk) en trainer, supervisor
Dominique Vranken, GGD Westelijke Mijnstreek
Els van Rosmalen, Kontext (maatschappelijk werk)
Gerda Krediet, GGD Rotterdam
Helene Meijer, GGD Den Haag
Mirjam van Dongen, GGZ Rivierenland
Theo Royers, Vilans
Yvonne Velthuisen, SMD-MK

Colofon

Auteur: Remy Vink, socioloog

Redactie, projectleiding: Maria van Bavel, adviseur MOVISIE

Dit document is mogelijk gemaakt door financiële steun van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Bestellen: www.movisie.nl

Trefwoorden: ouderenmishandeling, huiselijk geweld, hulpverlening

© MOVISIE, 2007

Overname van teksten is toegestaan met bronvermelding.

Voorwoord

Dit document is geschreven voor hulpverleners¹ die (gaan) samenwerken rond het oplossen van situaties van ouderenmishandeling. We noemen ze in het vervolg *aandachtsfunctionarissen ouderenmishandeling*.

Over ouderenmishandeling is de laatste jaren regelmatig geschreven: vooral over de achtergrond en dynamiek van ouderenmishandeling en het signaleren. Wij gaan daar niet te diep op in en veronderstellen dit voldoende bekend.

Ook is er veel geschreven over de infrastructuur (*hoe* een ASHG of meldpunt ouderenmishandeling op te zetten, een consultatienetwerk ouderenmishandeling of de functie binnen Vangnet & Advies vorm te geven). Er zijn inmiddels goede voorbeelden van protocollen, stroomdiagrammen en registraties in het land.

In het Landelijk Platform Bestrijding Ouderenmishandeling (LPBO) bleek er behoefte te bestaan aan inzicht in de gehanteerde 'methodieken voor hulpverlening' naar aanleiding van signalen van ouderenmishandeling die bij de aandachtsfunctionarissen ouderenmishandeling binnenkomen. TransAct² heeft die vraag vervolgens opgepakt. Dit document is het resultaat.

Het is een werk- of groeidocument. Onze zoektocht naar methodieken leverde belangrijke informatie op. Het biedt echter geen compleet overzicht. Gehanteerde werkwijzen en het systematisch analyseren van cases zijn in ontwikkeling. Dit werkdokument willen we graag verder aanvullen. We nodigen aandachtsfunctionarissen ouderenmishandeling uit om cases systematisch te analyseren en verslagen daarvan aan ons toe te sturen.

Aan de hand van literatuur uit verschillende werkvelden, interviews en casuïstiek, beschrijven we beknopt *interventies* die aandachtsfunctionarissen ouderenmishandeling toepassen. De systematiek die daarin te ontdekken valt, kan handvatten bieden voor *methodisch handelen* met als uiteindelijk doel het geweld te doen stoppen.

Naar methodisch handelen bij ouderenmishandeling bestaat uit drie delen. In het eerste deel 'A. Naar een systematiek' gaan we op zoek naar een systematiek in de hulpverlening rond ouderenmishandeling. We bespreken enkele modellen die toepasbaar lijken op deze specifieke vorm van hulpverlening. Aan de orde komen tevens allerlei mogelijke interventies en de daarbij behorende doelstellingen en strategieën voor de uitvoering ervan. Tot slot bespreken we de competenties en vaardigheden waarover de aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling moet beschikken om de klus te kunnen klaren. In het tweede deel 'B. Cases' passen we de modellen en andere aspecten uit het eerste deel toe op reële maar geanonimiseerde casuïstiek.

Tussen de tekst laten we regelmatig de geïnterviewde professionals aan het woord.

In het derde deel 'C. Slotbeschouwing' reflecteren we op onze zoektocht naar methodieken van hulpverlening rond ouderenmishandeling.

In de bijlagen besteden we onder andere aandacht aan juridische trajecten.

Utrecht, juni 2007

Wanneer wij spreken van 'hulpverlener', 'aandachtsfunctionaris', 'professional' bedoelen wij daar zowel mannen als vrouwen mee. Dit geldt ook voor de termen 'slachtoffer', 'pleger', 'oudere'.

TransAct maakt sinds 1 januari 2007 onderdeel uit van MOVISIE.

Inhoudsopgave

A	Naar een systematiek	1
1	Ouderenmishandeling als vorm van huiselijk geweld	2
2	Kenmerkend voor ouderenmishandeling is	3
3	Is er één methodiek voor hulpverlening?	4
4	Een fasemodel	6
5	Een 'chirurgisch' model	8
6	Een gedrags(veranderings)model	10
7	Een ecologisch model	12
2	<i>Wat</i> kan de aandachtsfunctionaris <i>waarmee</i> bereiken?	15
3	<i>Hoe</i> doet de aandachtsfunctionaris dat toch?	18
4	Waar moet de aandachtsfunctionaris over beschikken?	20

A Naar een systematiek

1 Ouderenmishandeling als vorm van huiselijk geweld

Tien jaar geleden deden Comijs en anderen van de Vrije Universiteit Amsterdam (1996) onderzoek naar de omvang van ouderenmishandeling. Ruim 5% van de onderzochte groep 65-plussers bleek slachtoffer te zijn (geweest). Dit is vermoedelijk een onderrapportage.

Onder *ouderenmishandeling* verstaat Comijs:

‘Al het handelen of nalaten van handelen jegens (geheel of gedeeltelijk) afhankelijke ouderen vanaf 65 jaar door diegene(n) die in een persoonlijke en / of professionele relatie met die oudere staat(n), waardoor de oudere herhaaldelijk lichamelijke, geestelijke of materiele schade lijdt of zal lijden.’

Hieronder worden de volgende *vormen* van mishandeling verstaan:

- lichamenlijk geweld: schoppen, slaan e.d.
- seksueel geweld
- verwaarlozing zoals uitdroging, doorliggen, medicatie onthouden e.d.
- psychisch geweld: treiteren, sarren, bedreigen, beschuldigen e.d.
- schending van rechten: contacten met de buitenwereld verbieden, zelfbeschikking weigeren e.d.
- financiële uitbuiting: verkoop van eigendommen zonder toestemming, pinpasjes ongeoorloofd gebruiken e.d.

In dit document gebruiken wij de bovenstaande definitie van ouderenmishandeling maar laten de (in-tramurale) professional als pleger daarbij buiten beschouwing. Dit soort meldingen wordt doorgaans immers binnen het straf- of tuchtrecht afgehandeld of binnen de klachtenprocedure van de werkge-
vende organisatie afgedaan.

Het gaat ons om het type meldingen van ouderenmishandeling die binnenkomen bij de consultatienet-
werken ouderenmishandeling, de Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld (ASHG) of Vangnet & Ad-
vies (OGGZ³). Het zijn gevallen van ouderenmishandeling die als *vorm van huiselijk geweld*⁴ bestem-
peld kunnen worden: geweld gepleegd door iemand uit de huiselijke kring, zoals partner, familie of
'huisvriend'.

Deze 'huisvriend' kan wel ooit die professional geweest zijn, de tuinman of verpleegkundige die zich
handig in het privé-domein van de oudere, meestal om materieel gewin, heeft weten te manipuleren.
werken ouderenmishandeling, de Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld (ASHG) of Vangnet & Ad-
vies (OGGZ). Het zijn gevallen van ouderenmishandeling die als *vorm van huiselijk geweld* bestem

Openbare Geestelijke GezondheidsZorg

Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer gepleegd is. *Ge-
weld* is de aantasting van de persoonlijke integriteit. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen licha-
melijk, geestelijk en seksueel geweld. De *huiselijke kring* bestaat uit (ex)partners, gezins- en familiele-
den en huisvrienden. *Huisvrienden* zijn personen die een 'vriendschappelijke' band onderhouden met
het slachtoffer dan wel met iemand uit de directe omgeving van het slachtoffer, en die het slachtoffer in
huiselijk sfeer ontmoeten. (Van Dijk e.a., Intomart, 1997)

2 Kenmerkend voor ouderenmishandeling is

De combinatie van *afhankelijkheid*, *kluwen* van problemen en *geringe medewerking* van slachtoffer en pleger(s) maakt het voor hulpverleners die zich zorgen maken om een oudere, moeilijk om hulp te bieden om het geweld te doen stoppen. Dit is kenmerkend voor ouderenmishandeling.

Ouderen trekken niet gauw zelf aan de bel voor hulp. Vaak zijn zij daar eenvoudigweg niet (meer) toe in staat, bijvoorbeeld wanneer de oudere dement is of bedlegerig is geworden. Ouderenmishandeling is omgeven door *schaamte en angst*: om de verzorging en aandacht (hoe beperkt en onveilig ook) kwijt te raken; maar ook uit schaamte bij de pleger over het 'falen' in de verzorging, en bij het slachtoffer dat het zover gekomen is.

Vrijwel nooit vraagt het slachtoffer zelf om hulp, laat staan dat deze aangifte bij de politie doet. Er is dus ook zelden sprake van expliciete toestemming van het slachtoffer voor interventie: vaak kan men dit met moeite na overreding verkrijgen, soms in het geheel niet.

Een aandachtsfunctionaris formuleerde de vertwijfeling als volgt:

“Het lastige is dat diegene die belt meestal niet diegene is om wie het gaat en dat maakt dat je, eigenlijk net als bij kindermishandeling, om de persoon heen allerlei research moet doen om na te gaan of de signalen die je krijgt tekenen zijn van mishandeling. En dan zit je ook nog met het dilemma dat volwassenen en ook ouderen, als autonoom worden gezien en zelf keuzes kunnen en moeten maken, daar staat tegenover dat de oudere tegelijkertijd ook afhankelijk is. Het is altijd geschipper tussen die twee.”

Is de mishandeling *niet-intentioneel* (in eerste instantie niet met opzet), dan gaat het vaak om zogenaamde *ontspoorde mantelzorg* waarbij de zorg voor de oudere de betrokkenen boven het hoofd is gegroeid. Meestal ligt er een kluwen van onderliggende problematiek onder. Kenmerkend is de (soms wederzijdse) afhankelijkheidsrelatie tussen slachtoffer en pleger(s). De oudere is voor hulp, verzorging, aandacht en contact met de buitenwereld afhankelijk geraakt van een familielid of 'huisvriend'. Die zorg kan moeilijk op te brengen zijn wanneer partner of (klein)kind eigenlijk zelf ook hulpbehoevend is, wanneer het sociale netwerk toch al gering was, bij armoedeproblematiek, alcoholproblemen enz.

Bij *moedwillige* ouderenmishandeling is er meestal sprake van *financiële uitbuiting* al of niet in combinatie met *agressie* of *verwaarlozing* (veronachtzaming van zorgplichten) door familie of 'huisvriend'. Financiële uitbuiting is een specifiek kenmerk voor ouderenmishandeling.

Hoe gaat de aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling dan te werk?

3 Is er één methodiek voor hulpverlening?

Bij de zoektocht naar methodieken stuiten we direct op het probleem dat de aandachtfunctionarissen ouderenmishandeling in Nederland een 'nieuwe' en heterogene beroepsgroep vormen die nog geen gedeelde visie en consensus over de hulpverlening rond ouderenmishandeling heeft.

De aandachtfunctionarissen verschillen van opleidingsachtergrond (maatschappelijk werkende, sociaal (psychiatrisch) verpleegkundig (SPV)) en de functie is overal anders organisatorisch ingebed. Die varieert van:

- de *solist* werkzaam bij een gemeente, maatschappelijk werk instelling, GGZ, ASHG of GGD (OGGZ, Vangnet & Advies), tot;
- de deelnemer of coördinator van een *consultatienetwerk* ouderenmishandeling waarin diverse instellingen en disciplines participeren en de taken onderling verdelen.

De beroepsachtergrond en de organisatorische inbedding bepalen het denkkader van de aandachtfunctionaris ouderenmishandeling en beïnvloeden dus ook het handelen.

“Hoe ver je er in gaat, hangt af van de persoon en de setting van je werk”.

De aandachtfunctionaris als werknemer van een hulpverleningsinstelling zoals GGZ of maatschappelijk werk zal van nature misschien minder geneigd zijn zelf in te grijpen omdat er geen actieve hulpvraag is, dan de medewerker van Vangnet & Advies die als kerntaak heeft om juist bij afwezigheid van hulpvraag (zogenaamde zorgmijden) bemoeizorg te leveren.

En aandachtfunctionarissen van een consultatienetwerk zullen met elkaar misschien meer creatieve oplossingen weten te bedenken en maatwerk leveren doordat zij taken verdelen (de juiste persoon in de juiste rol) en informatie delen, dan de solist die de regie overwegend in eigen hand houdt.

Naast de beroepsachtergrond en inbedding spelen ook de competenties, vaardigheden en persoonlijke opvattingen van de professional een rol. We bespreken die later in een aparte paragraaf.

De geïnterviewde aandachtfunctionarissen ouderenmishandeling zelf noemen unaniem als reden voor de verscheidenheid in werkwijzen, dat:

“Iedere casus zo anders is dat je nauwelijks van vergelijkbare werkwijzen kan spreken. Het gaat altijd om complexe situaties”.

Daardoor *lijkt* het alsof er geen sprake is van een systematiek. Alsof interventies om ouderenmishandeling te doen stoppen, ondoordacht door aandachtfunctionarissen zouden worden ingezet. Dat is niet zo. Natuurlijk is ieder mens en dus iedere casus anders en zijn de omstandigheden telkens weer onvoorspelbaar: gevallen van ouderen-mishandeling zijn nooit standaard. We zijn er echter van overtuigd dat er in de praktijk wel degelijk overeenkomsten zijn in zowel casuïstiek als werkwijzen van aandachtfunctionarissen ouderenmishandeling.

We vragen ons nu eerst af: wat is een methodiek? Het begrip methodiek is afgeleid van het Griekse 'meta-hodos' en betekent 'de weg waarlangs'. In alle definities komen de elementen 'doelgericht', 'systematisch', 'weloverwogen' en 'procesmatig' voor.

Een *methode* is een persoonlijke, systematische en weloverwogen handelwijze.

Methodisch handelen overstijgt de individuele werkwijze en is gebaseerd op ervaringen en overeenkomsten in het handelen door meerdere professionals.

Een *methodiek* is een systematische manier van werken die gebaseerd is op theoretische noties over het ontstaan van het probleem en (bewezen) effectieve interventies.

In de praktijk rond de aanpak van ouderenmishandeling blijkt er vooral sprake te zijn van 'methoden' en van 'methodisch handelen'. Om van uitgekristalliseerde 'methodieken' te spreken is het eigenlijk nog te vroeg: er zijn immers nog geen bewezen effectieve interventies en er is nog relatief weinig theoretische onderbouwing.

Maar we kunnen wel leren van de overeenkomsten in casuïstiek en werkwijzen van aandachtfunctionarissen ouderenmishandeling en van de methodieken die toegepast worden in andere, aanpalende werkvelden en de diverse beroepsachtergronden van de aandachtfunctionarissen ouderenmishandeling.

Bedenk daarbij wel dat er bij ouderenmishandeling (en huiselijk geweld) *altijd* sprake is van een slachtoffer en pleger, de interactie tussen die twee en een zekere mate van onveiligheid. Methodieken uit andere werkvelden zoals maatschappelijk werk, bemoeizorg, (outreaching) hulpverlening, richten zich traditioneel op de *gezondheid en het welbevinden* van de individuele cliënt of het cliëntsysteem. Bij de hulp rond ouderenmishandeling komt daar dus een dimensie bij: de zorg voor veiligheid, het stoppen van geweld. Het werk van de aandachtfunctionaris ouderenmishandeling speelt zich dan ook af op *het snijvlak van hulpverlening en veiligheidshandhaving* dat in oorsprong politiewerk is.

Methodieken worden vaak in verschillende soorten modellen weergegeven: in fasemodellen, technisch-instrumentele modellen, gedrags(veranderings)modellen en ecologische modellen (o.a. Van der Meer 1994, uit Lohuis 2000). Hoewel modellen en theoretische kaders de werkelijkheid ideaaltypisch en dus vereenvoudigd weergeven, kunnen ze behulpzaam zijn bij onze zoektocht naar methodieken. Aan de hand van casuïstiek in deel B. van dit document gaan we na in hoeverre deze modellen toepasbaar zijn op de hulpverlening rond ouderenmishandeling.

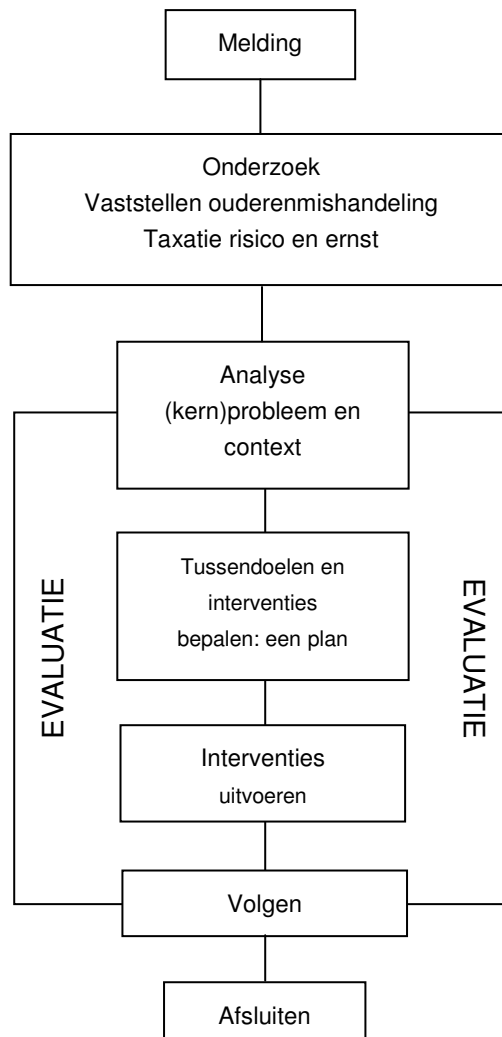
4 Een fasemodel

Fasemodellen zijn de meest gebruikte modellen: wie zijn handelen wil beschrijven doet dat meestal in termen van 'eerst dit, dan dat'. In fasemodellen vormt de ordening van opeenvolgende fasen *in de tijd* het uitgangspunt.

Uit gesprekken met aandachtfunctionarissen ouderenmishandeling, maar ook uit protocollen over ouderenmishandeling, komt duidelijk een systematiek in werkwijzen naar voren dat als een fasemodel beschouwd kan worden (zie figuur).

"Eerst wil ik weten: is het de persoon zelf die meldt? Dan is het makkelijk want dan kun je direct met die persoon afspraken maken. Meestal is het echter iemand die niet genoemd wil worden maar vindt dat het dusdanig ernstig is dat er wel iets moet gebeuren. Je moet dan onderzoeken wie er allemaal al in zitten, een compleet plaatje maken van wie er allemaal aan huis komen. Met die hulpverleners en eventueel vrijwilligers neem ik dan contact op en vraag ik 'kun je het bespreekbaar maken? Hoe ernstig is het?' En dan maak ik met iedereen die daar binnenkomt een plan van aanpak en spreek af 'jij bent daar verantwoordelijk voor en jij daarvoor ...'. Ik hou ze allemaal op de hoogte, vaak gewoon per mail, zodat ze niet langs elkaar heen werken. Diegene die het best toegang heeft en meeste vertrouwen van de oudere geniet, begint meestal, soms ga je met z'n tweeën. Het is wel lastig als de hulpverleners die daar over de vloer komen, ouderenmishandeling niet kunnen herkennen: zij vinden misschien dat het daar best goed gaat ... En eens in de drie maanden sluit ik wat casussen af, dan bel ik eerst de contactpersonen om te horen hoe het gaat en als een oplossing definitief is of de situatie lang goed gaat, sluit ik af."

Na een melding volgt altijd eerst een fase van onderzoek dat er toe dient om vast te stellen óf er sprake is (of kan zijn) van ouderenmishandeling, wat de ernst of dreiging is en de mate van medewerking (toestemming). Dit onderzoek betreft zowel het slachtoffer, de pleger(s) als de omstandigheden. Daarna volgt een nadere analyse van de (onderliggende) problemen en de context zoals het sociale en hulpverleningsnetwerk, de medische conditie en de leefomstandigheden. Vervolgens bepaalt men de eerste tussendoelen, maakt daarop een plan en voert interventies uit. Bij de uitvoering van interventies worden deze voortdurend geëvalueerd en worden zonodig nieuwe interventies uitgedacht en uitgetoet. Net zolang tot de mishandeling is gestopt en de casus afgesloten kan worden.



5 Een 'chirurgisch' model

Een meer technisch-instrumenteel (ook wel technocratisch of medisch) model gaat uit van de overeenkomsten in casuïstiek die vervolgens richtlijnen voor het handelen, of zelfs standaarden, geven. Zo vraagt een 'doorsnee' hartoperatie om een standaard bewezen effectieve behandeling van een chirurg. Daarbij moet deze altijd rekening houden met omstandigheden zoals conditie van de patiënt of allergieën. En bij elke handeling moet de chirurg nog altijd zijn of haar hoofd erbij houden.

Zo is het ook bij ouderenmishandeling: een bepaald type casus vraagt om een bepaalde aanpak. Maar de aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling moet voortdurend oog hebben voor de uitzondering op de regel en wisselende omstandigheden.

In gesprek met aandachtsfunctionarissen ouderenmishandeling maken zij voortdurend bewust of onbewust casustyperingen.

"Schending van rechten en verwaarlozing, die vind ik het lastigst! Als het duidelijk fysiek geweld is, is het eerder strafbaar, bij schending van rechten en verwaarlozing meestal niet. Je moet dan proberen, proberen, proberen".

"Ik kom veel 'symbiotische relaties' tegen van moeders die nog moederen over hun zonen omdat die uitgezet zijn, verslaafd zijn, geen inkomsten hebben enzovoort."

Een 'ontspoorde mantelzorg' wordt ervaren als een geheel ander soort casus dan een moedwillige 'financiële uitbuiting door verslaafde kleinzoon'. En de 'differentiaaldiagnose' wordt al snel gesteld:

"En dan is bijna altijd je volgende vraag (aan jezelf, RV): 'wie beheert hier de financiën, zijn er schulden?'".

Op basis van interviews en literatuur komen we op een *typologie van gevallen* van ouderenmishandeling. De analyse van het (kern)probleem is daarbij het vertrekpunt. Het probleem, meestal het motief van de pleger(s) geeft richting aan de keuze van interventies. Zoals in elk model gaat het ook hier om ideaaltypen en zijn in de praktijk diverse combinaties denkbaar.

- Het 'gewone' partnergeweld (al of niet met alcoholprobleem)
- De financiële uitbuiting(s)
- familieconflicten
- de manipulatieve 'huisvriend'
- Familieconflicten (oud zeer)
- Ontspoorde mantelzorg
- De symbiotische ouder-kind relatie, al of niet met:
 - verslavingsproblematiek pleger
 - psychiatrisch, verstandelijk of fysiek beperkte pleger

Naast een indeling op grond van (onderliggende) problematiek, geldt als tweede even belangrijk aspect: de *ernstgraad* (vergelijk ook hier met medische ingrepen). Een bepaalde interventie wordt ingegeven door het type probleem maar zeker ook door de ernst van de mishandeling.

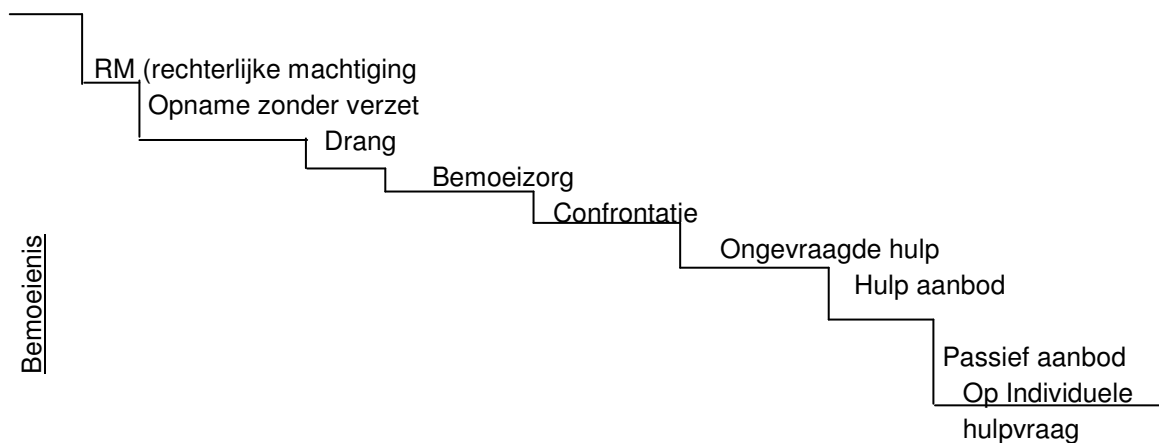
Bakker e.a. (1999) maken een indeling die verband houdt met de ernst van de situatie:

- als betrokkenen geholpen wil worden,
- als betrokkenen *niet* geholpen worden.

Wanneer zowel slachtoffer als pleger(s) inzien dat de situatie onhoudbaar is of dreigt te worden, toestemming voor bemoeienis geven en dus hulp accepteren, is het aannemelijk dat de ernst van de situatie minder is dan in situaties waarin vrijwel niemand meewerkt. Het is dan 'eenvoudiger' werken voor de aandachtfunctionaris ouderenmishandeling. Er is dan voldoende vertrouwen.

De ernstgraad kan ook vertaald worden naar het begrip *zorgcontinuüm* afkomstig uit het OGGZ-werkveld (Lohuis, 2000) waarin de autonomie van de cliënt afneemt naarmate de (noodzaak tot) bemoeienis toeneemt. Zie figuur.

IBS (in bewaringstelling)



6 Een gedrags(veranderings)model

Er zijn vele modellen van gedragsverandering. In de verslavingszorg en in de bemoezorg (OGGZ-werk) maar ook in de aanpak van plegers van huiselijk geweld wordt vaak gewerkt met het transtheoretische model van gedragsverandering van *Prochaska en Diclemente* (1983, zie bijlage 2), gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie en gericht op het individu. Dit model gaat uit van zes fasen waarin een cliënt ten aanzien van zijn gedragsprobleem kan verkeren: vooroverweging, overweging, beslissing, actieve verandering, consolidatie en terugval. De hulpverlener heeft in elke fase andere activiteiten en vaardigheden nodig, zoals: motiverende gesprekstechnieken, psycho-educatie, cognitieve herstructurering. Belangrijk zijn: een relatie en vertrouwen opbouwen, inzicht geven, niet oordelen, stapje voor stapje met haalbare (tussen)doelen en hoop en perspectief bieden. De rode draad door alle fasen is motivatie, gebrek daaraan kan er telkens toe leiden dat het proces van gedragsverandering stopt.

In de aanpak van situaties van ouderenmishandeling zal er echter lang niet altijd voldoende tijd zijn om slachtoffer of pleger(s) door een proces van gedragsverandering te loodsen. Zoals eerder gesteld, verschilt daarin de hulpverlening in geweldssituaties met die van individugerichte hulpverlening en herstel. Omwille van de veiligheid van het slachtoffer moet er soms eenvoudigweg snel gehandeld worden.

Toch kunnen we leren van dit model, vooral op het gebied van motivatie. *Motivatietechnieken* zijn belangrijk wanneer de oudere en / of pleger(s) overtuigd moeten worden om hulp te aanvaarden of stappen te zetten. In de bijlagen is een overzicht opgenomen van motivatie- en gesprekstechnieken voor de hulpverlening aan plegers van huiselijk geweld en in verband gebracht met het model van Prochaska en Diclemente (Van Oosten en Van Outsem, 2001)

Motieven om te veranderen zijn volgens Lohuis (2000) en Brinkman (1993) bijvoorbeeld:

- bereik van eigen idealen en ontplooiing
- informatie die strijdig is met het eigen gedrag
- nieuwe informatie
- willen voldoen aan de verwachtingen van een ander
- bedreigingen van buitenaf
- veranderingen in de omstandigheden
- allerlei belangen

Tips voor motivatie

1. Wees goed voorbereid: lees of verkrijg zo mogelijk voorinformatie van de melder of anderen in het netwerk.
2. Niet het hulpaanbod van de instelling(en) staat centraal maar de situatie en de behoefte van de cliënt –sluit aan bij de belevingswereld en omgangsrituelen van de cliënt.
3. Bespreek niet alle problemen in één keer.
4. Accepteer, toon empathie, wees oprecht geïnteresseerd, nieuwsgierig, oordeel niet
5. Luister actief, reflecteer.
6. Discussie en weerstand zijn tekenen dat er in de communicatie en strategie iets veranderen moet.
7. Vermijd de rol van 'de' deskundige of 'redder'. Dit bestendigt de slachtofferrol van de cliënt.
8. Kom tot een gemeenschappelijke probleemdefinitie.
9. Creëer discrepantie tussen de bestaande situatie en beoogde doelen. Maar kom tot

7 Een ecologisch model

Ecologische modellen, en de verwante systeemtheoretische en contextuele modellen hebben gemeen dat ze de cliënt bezien in relatie tot zijn of haar omgeving, en de mensen en rollen die daarbij horen. In de maatschappelijke beroepen, de jeugdzorg maar ook in de psychiatrie wordt steeds meer contextueel gedacht en gewerkt.

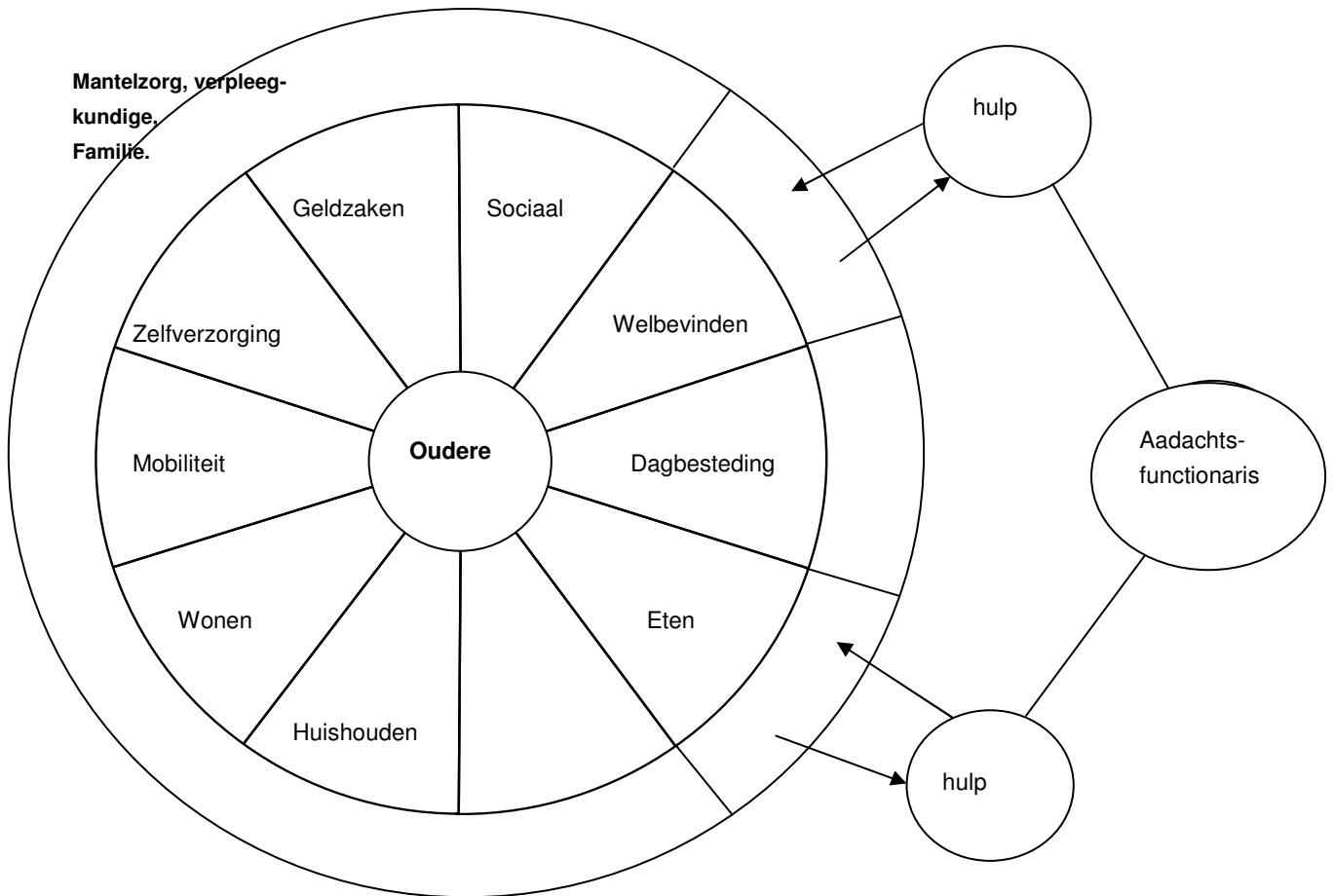
De grondlegger van de ecologische benadering was de Duits-Amerikaanse psycholoog Bronfenbrenner. In de jaren zestig, zeventig van de vorige eeuw ontwikkelde hij het *Ecology system model* waarin hij onderscheid maakt in vijf deelsystemen: het micro- meso- exo- macro- en chronosysteem. Bronfenbrenner's verdienste is zonder twijfel geweest dat hij de verschillende wetenschappen en disciplines dichter bij elkaar heeft gebracht door over de grenzen van het eigen vakgebied naar de omgeving van de cliënt te kijken.

Zo is er het Amerikaanse *Neuman system model*, een benadering van de patiënt en zijn ziekte door verpleegkundigen. Betty Neuman (rond 1970) benoemt vijf dimensies waar de patiënt in zijn of haar leven mee te maken heeft: de psychologische, fysiologische, sociaal-culturele, spirituele en de eigen ontwikkeling. Ziekte brengt dit systeem in disbalans. Een mens kan die tot op zekere hoogte opvangen en zich aanpassen. Het is aan de verpleegkundige om te ondersteunen bij het vinden van een nieuw evenwicht.

Een belangrijke psycholoog van rond dezelfde tijd is de Hongaars-Amerikaanse Nagy. Hij wordt wel gezien als de grondlegger van de *contextuele therapie*. Daarin staan de relaties van de cliënt met anderen in zijn omgeving (dus ook hulpverleners) centraal. De aard van deze relaties wordt volgens Nagy mede bepaald door het begrip loyaliteit. Hij maakt onderscheid tussen verticale loyaliteit (tussen ouders en kinderen) en horizontale loyaliteit (in relaties met anderen). Hij stelt dat de verticale loyaliteit de basis vormt voor de loyaliteiten in andere relaties (horizontale). Mensen blijven loyaal ten opzichte van hun gezin van afkomst, zelfs lang nadat ze de banden verbroken hebben.

Er zijn nog veel meer varianten op ecologische modellen. Hoewel ze meestal zijn gericht op gezinssystemen (ouders en kinderen) hebben ze alle interessante nuances die van toepassing kunnen zijn op de geriatrie en in het bijzonder op situaties van ouderenmishandeling: Bronfenbrenner's multidisciplinaire benadering, het begrip loyaliteit van Nagy en de disbalans van de patiënt met zijn context bij Betty Neuman.

Een van de geïnterviewde aandachtfunctionarissen ouderenmishandeling, een maatschappelijk werkende (Wolswijk), heeft een eigen model ontwikkeld voor het werken met ouderen en zogenaamde zorgmijders. Dit model kan geschaard worden onder de ecologische of contextuele benaderingen. In het model staan de leefgebieden van de cliënt centraal. Om zelfstandig te leven moet een mens in staat zijn om zijn leefgebieden adequaat te organiseren, zie de taartpunten in de figuur.



Volgens Wolswijk

“kun je pas niet meer voor jezelf zorgen, wanneer je anderen zoals de alfahulp, de loodgieter, de verpleegkundige, niet meer kunt aansturen.”

Tot dan blijft de oudere *zelf* verantwoordelijk voor het reilen en zeilen van de leefgebieden binnen de eigen context. Wanneer de oudere echter vanwege ziekte of machtsongelijkheid niet (meer) in staat is om zelf zijn of haar leefgebieden te regelen, of de hulp daarbij aan te sturen, kan de verantwoordelijkheid door een ander overgenomen zijn (de tweede ring in de figuur) door professionele helpers of mantelzorger(s).

Deze persoon is er dan *ook* verantwoordelijk voor wanneer het misgaat of zelf niet (meer) in staat blijkt om de leefgebieden te onderhouden. In Wolswijk’s visie neemt de aandachtfunctionaris ouderenmis-handeling vanuit zijn “maatschappelijke verantwoordelijkheid” de aansturing van de tweede ring van de oudere over (wat niet wil zeggen dat hij de oudere niet spreekt of naar zijn of haar wensen luistert).

“Ik zeg wel eens dat ik als ‘vertegenwoordiger van de maatschappij’ binnenkom en dat de maatschappij niet kan toestaan dat ouderen onder dergelijke omstandigheden moeten leven.”

De aandachtsfunctionaris maakt met de personen in de tweede ring heldere afspraken over de taken en termijn ten aanzien van elk leefgebied waar interventie nodig blijkt. Zonodig schakelt hij actief andere professionals (of vrijwilligers) in voor bijvoorbeeld schuldsanering, de administratie, huishoudelijke hulp e.d. De aandachtsfunctionaris heeft daarvoor goede werkrelaties met hen opgebouwd zodat zij snel (zonodig de volgende dag) aan de slag kunnen.

De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling fungeert als coördinator en controleert het nakomen van afspraken, hij of zij is verantwoordelijk voor het contact met het cliëntsysteem en met de hulpverleners.

2 Wat kan de aandachtsfunctionaris waarmee bereiken?

In ieder model van werkwijzen heeft men *instrumenten (interventies) en technieken* nodig om *doelen* te bereiken. Het uiteindelijke doel van alle interventies tezamen is: het geweld te stoppen, om ouderenmishandeling een halt toe te roepen en om voor de oudere een menswaardige en voldoende veilige omgeving te bewerkstelligen. Dat gaat langzaam omdat er vaak problemen van allerlei aard tegelijkertijd spelen, omdat er schaamte en angst is en omdat dat slechts geleidelijk kan worden doorbroken met vertrouwen.

“Soms heb je te grote stappen in je hoofd, dan was het voor hem noch voor haar een goede oplossing.”

“Héééééle kleine succesjes ...”

Stapje voor stapje werken met *haalbare korte-termijn subdoelen* is dus belangrijk.

Welke interventies staan de aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling na een melding van een casus, ten behoeve van welk subdoel ter beschikking? Hierna volgt een (niet-uitputtend) overzicht.

Om *inzicht in de problematiek en het netwerk* om de oudere heen te verkrijgen moet *informatie ingewonnen* worden⁵

- bij de oudere en vermeende pleger;
- bij de aanmelder van de casus;
- bij sociaal netwerk: familie, burens, kerk, vereniging, kapper e.d.;
- bij het hulpverleningsnetwerk: huisarts, andere (para)medici, thuiszorg, GGZ, Vangnet & Advies, GGD, Slachtofferhulp, Verslavingszorg, politie (gebiedsagent), ASHG, consultatienetwerk ouderenmishandeling, maatschappelijk werk, welzijns(ouderen)werk, ouderenadviseurs, gemeente (sociale dienst, zorgcoördinator, noodteam), woningcorporatie, CIZ (Centrale Indicatie Zorg), e.d.

Om *toegang* te verkrijgen tot de leefwereld van de oudere en de pleger(s) moet een *eerste contact* gelegd worden:

- door een telefonisch of schriftelijk aangekondigd huisbezoek;
- door een onaangekondigd huisbezoek;
- door een telefonische, mondelinge of schriftelijke uitnodiging voor een afspraak op het kantoor van de aandachtsfunctionaris of elders.

Om *vertrouwen* van zowel slachtoffer als pleger te winnen moet de aandachtsfunctionaris een *relatie opbouwen* door bijvoorbeeld:

- contact te onderhouden;
- te luisteren;
- vertrouwen en geruststelling uit te stralen;
- een niet oordelende of beschuldigende houding aan te nemen en geen partij te kiezen;
- door te zoeken naar winst voor alle partijen (zowel pleger als slachtoffer);
- door anderen uit het netwerk in te schakelen (die al wel het vertrouwen genieten).

Zie tevens: *Handreiking gegevensuitwisseling bij bemoeizorg*, 2005, KNMG, GGD Nederland en GGZ Nederland

Om een *norm* te stellen ten aanzien van het gedrag van de pleger (geweld is niet acceptabel en/of strafbaar) moet deze *geïnformeerd* worden over:

- de consequenties van het gedrag;
- de ontoelaatbaarheid van de mishandeling;
- de eigen verantwoordelijkheid.

Om *toestemming* voor interventie van de oudere (en van de pleger) te verkrijgen moet er vertrouwen zijn en *informatie* over de interventie.

Om het gedrag van de pleger (en vaak ook oudere) te veranderen is het nodig te *motiveren en te overtuigen* door bijvoorbeeld:

- psycho-educatie over dementie of andere aandoeningen;

“Soms is gewoon uitleg over het ziekteproces ook zinvol omdat ze niet accepteren dat er dementie in het spel is, niet weten hoe die gedragsverandering zo kan zijn ontstaan.”

- gesprekstechnieken;
- confrontatie;
- empowerment van de oudere, tips om in gesprek te gaan met de pleger;
- door anderen uit het netwerk in te schakelen;
- te wijzen op de verantwoordelijkheid;
- drang (bv. gesprek samen met politie).

Om de *leefgebieden* weer op orde te krijgen kan *hulpverlening* of '*respijtzorg*'⁶ ingeschakeld worden, zoals:

- huishoudelijke hulp;
- (para)medische of verpleegkundige zorg (huisarts, thuiszorg, ambulante GGZ, ACT-team (GGZ: Assertive Community Treatment));
- behandeling of counselinggesprekken voor slachtoffer en / of pleger(s) (maatschappelijk werk, GGZ, Verslavingszorg, MEE);
- rust te creëren door een tijdelijke opname voor slachtoffer of tijdelijke uithuisplaatsing van de pleger, een korte vakantie, dagopvang, dagbesteding pleger;
- preventie van huisuitzetting, overleg met de woningcorporatie, huisaanpassingen;
- maaltijdvoorziening;
- administratieve hulp, schuldhulpverlening, mentorschap / bewindvoering, arbeidsbemiddeling (voor pleger), scholing (pleger);
- vervoersvoorzieningen naar bv. dagopvang en activiteiten;
- sociale contacten via activiteiten in bijv. welzijnswerk en ander club- en verenigingsleven, isolement doorbreken door bijv. (preventief) huisbezoek ouderenwerk, bezoek van de gebiedsagent, maatjesproject.

6. Respijtzorg is een verzamelnaam voor diverse vormen van hulp die vrijwilligers en / of beroepskrachten verlenen met de bedoeling om tijdelijk de zorg van een mantelzorger over te nemen. Deze krijgt daarmee de gelegenheid om op adem te komen. (Uit: *Factsheet Ouderenmishandeling en de WMO*, T. Royers, NIZW, 2006)

Om een *maatschappelijk verantwoorde levensstandaard* voor de oudere te bewerkstelligen wanneer er veel verzet is en andere interventies geen effect sorteren, resteert de mogelijkheid om slachtoffer en pleger(s) *definitief uit elkaar te halen* (zie ook de bijlage), via:

- een (sociale) indicatie voor een verpleeghuis;
- een gedwongen opname van slachtoffer of pleger (via een rechterlijke machtiging (RM) of in nood een inbewaringstelling (IBS));
- een ondercuratelestelling;
- een aangifte;
- contactverbod (civiel recht).

Om de situatie te volgen, *in de gaten te houden*, als er een redelijke oplossing lijkt te zijn, of als ingrijpen nog niet mogelijk of nodig is:

- casus aanhouden, niet te snel afsluiten;
- bij afsluiten laten weten aan hulpverleners (met name de huisarts);
- duidelijk maken dat hulpverleners weer contact op moeten nemen als het weer mis dreigt te gaan;
- expliciet (sociale) netwerkleden inschakelen om in de gaten te houden;
- logboek, lichaamskaart bijhouden en foto's maken;
- een veiligheidsplan maken.

3 Hoe doet de aandachtsfunctionaris dat toch?

Haalbare doelen en pragmatische interventies zijn belangrijke bouwstenen om ouderen mishandeling te doen stoppen. De *wijze waarop* die worden uitgevoerd is echter minstens zo belangrijk. Het *hoe* vormt als het ware het cement tussen de 'technische' toepassing van de eerder genoemde hulpmiddelen. Het beantwoordt vragen zoals 'hoe kom ik binnen?' 'hoe snijd ik het onderwerp aan?' 'hoe overtuig ik het slachtoffer?' Het 'hoe' zegt vooral iets over de houding van de aandachtsfunctionaris ouderen mishandeling en andere hulpverleners, over het evenwicht dat deze heeft weten te vinden tussen respect voor de autonomie van de oudere en de noodzaak om diezelfde oudere in veiligheid te brengen, tegen allerlei krachten in. We noemen enkele voorbeelden van strategieën die toegepast worden.

Waar beginnen?

"Altijd eerst rondbellen om te weten of iemand ergens al bekend is, dan heb ik ook een indruk van de dreiging, of ik alleen ga, of met de politie, dat is nou ook bemoeizorg, niet afwachten tot iemand naar jou toekomt."

Binnenkomen

"Toen ik de gebiedsagent vroeg of hij niet eens langs kon gaan, zei hij: 'ja hoor, ik bedenk wel wat, ik kan gewoon langs gaan om te vragen of ze wel eens overlast in de buurt ondervindt of zo, in het kader van de buurtveiligheid of zo.'"

"Ik zeg altijd dat ik als 'vertegenwoordiger van de samenleving' kom en dat de samenleving in Nederland niet toelaat dat iemand omkomt van de honger."

"Wij (ouderenadviseurs) gaan bij ouderen langs om ze te helpen wegwijs te worden, normaal op afspraak en verzoek van de oudere, maar nu doen we dat dan op aanwijzing, dus gericht bij iemand waar vermoeden van uitbuiting is."

"Vaak overleg je met één bepaald iemand, meestal de melder (familie of hulpverlener), om voor het binnenkomen te zorgen."

"Met z'n tweeën gaan, en dan let de een op het slachtoffer en de ander op de pleger, of andere familielid."

Het gesprek beginnen

"We beginnen altijd eerst met de positieve insteek, we gaan uit van de goed bedoelende mantelzorger: 'goed dat u toch de zorg op u heeft genomen, maar we zien uit professioneel oogpunt ook dat het niet helemaal goed gaat, kunnen we jullie daarbij helpen, hoe kunnen we jullie (zowel slachtoffer als pleger dus, R.V.) ondersteunen?'"

Mensen zijn vaak ook blij als je komt, want: 'het gaat inderdaad niet goed maar we wisten helemaal niet wat voor hulp je kon aanvragen!'"

Hoe win je vertrouwen om mee te werken en toestemming voor interventie te geven?

"Bijvoorbeeld door aan diegene die er wel binnenkomt, zoals de huishoudelijke hulp, vragen met mevrouw te praten en wat voorstellen te doen, ik bespreek dat dan voor en vraag me het resultaat te laten weten."

“Je kijkt ook of er andere familieleden zijn, die *wel* te vertrouwen zijn, en dat contact ga je dan herstellen.”

“Ik ben groot voorstander van een tweesporen-aanpak: de een is als het ware de Zwarte Piet, die pakt de mishandeling aan, loopt het juridisch traject, dat moet iemand van de GGD zijn; en de anderen, de hulpverleners moeten zich daar afzijdig van houden zodat ze de handen vrij hebben voor hulp en zodat ze vertrouwd blijven worden, die zijn als het ware de Sinterklaas, ze bewegen mee met de cliënt; de Zwarte Piet moet wel eens heel vervelende dingen doen. Dit is een taakverdeling die je vaak ziet bij de OGGZ”

“... gewoon langs gaan, kopje koffie drinken, en dan langzamerhand kun je wel afspraken maken over waar je naar toe gaat werken met de mensen, soms duurt het *wéken* voordat je weet wat er speelt.”

“Misschien moet je met *minder voorkennis* starten maar dat kan eigenlijk per definitie niet omdat het altijd anderen zijn die melden. Het kan zijn dat ik door het overleg met de huisarts te zeer een doel voor ogen kreeg dat het allemaal opgelost zou zijn als die zoon het huis uit was. Het zou heel goed kunnen zijn dat ik daarvan iets heb laten doorschemeren in dat eerste gesprek met moeder en zoon en dat hij dat gevoeld heeft en dat hij daarom ook snel wantrouwend was. Ik had dus al veel informatie terwijl ik die mensen nog helemaal niet kende!”

“Je moet een binding met beide krijgen, de oude opvatting in de hulpverlening is toch om partij te kiezen voor het slachtoffer, de vrouw.”

Voordeel voor beiden vinden

“Ik heb toen de GGZ ingeschakeld, niet alleen voor haar maar ook voor hem, want hij zat ook behoorlijk klem”

Laatste redmiddelen

“Je kan de burens vragen om bij ‘overlast’ de politie te bellen, zodat er dossier wordt opgebouwd, of die kleinzoon een keer op heterdaad aangehouden kan worden, of dat ze ambtshalve kunnen vervolgen.”

“Ik heb toen tegen die vrouw gezegd, als je die man nou weer ziet lopen op straat, haal hem dan naar binnen, bel me, en dan kom ik er aan”.

“De man is toen anoniem, onder een andere naam, opgenomen in een verzorgingshuis, de familie zou ‘m anders zo weer vinden. Je moet dan veel instrueren: die andere naam moet dan ook op zijn deur staan, de balie moet het weten, de telefonisten, de verpleging moet weten dat ze meteen de politie moeten waarschuwen als ze verdachte personen in de buurt van die man zien, enzovoort.”

“... of consultatie in een andere regio vragen”.

4 Waar moet de aandachtsfunctionaris over beschikken?

Aandachtsfunctionarissen ouderenmishandeling moeten bepaalde *competenties* en *vaardigheden* bezitten en uit stevig hout gesneden zijn. Hij / zij:

- is nieuwsgierig,
- is pittig en heeft lef,
- laat zich niet snel uit het veld slaan door het beroepsgeheim van professionals,
- is geduldig, volhardend,
- kan goed zelfstandig werken,
- kan doelgericht werken,
- maar weet daarbij in kleine stappen te werken,
- is creatief in het vinden van oplossingen en wegen,
- is flexibel en heeft een pragmatische houding,
- is bereid huisbezoeken af te leggen, outreachend te werken,
- is doortastend, niet-oordelend communicatief, heeft mensenkennis en inlevingsvermogen,
- is goed in samenwerken,
- kan onderhandelen en afspraken maken,
- let op voortgang in het proces,
- overziet de sociale kaart en diverse levensgebieden,
- kan snel de situatie analyseren,
- heeft kennis en ervaring met betrekking tot ouderenmishandeling en juridische wegen en heeft globale kennis van onderliggende problematiek zoals psychiatrie, armoede en financiële problemen, huisvesting, verslaving, medische aandoeningen,
- kan loslaten en relativeren – is geen 'redder'.

De ideale aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling heeft naast bepaalde competenties en vaardigheden, een beroepshouding van betrokkenheid zonder zichzelf daarin te verliezen, hij of zij kan de traditionele (Westerse) hulpverleningsparadigma's zoals 'als de cliënt niet wil, kan ik niks' loslaten maar blijft respectvol en doortastend.

Als *randvoorwaarde* geldt verder dat de infrastructuur, logistiek en administratie met betrekking tot aanmeldingen van (vermoedens van) ouderenmishandeling geregeld zijn en zo min mogelijk tijd in beslag nemen. Daarnaast weet de aandachtsfunctionaris zich gesteund door het management, heeft hij of zij formeel tijd om de taken uit te voeren (doen het er niet 'even bij') en heeft hij of zij beslissingsbevoegdheid en een behoorlijke handelingsvrijheid. Ook is er supervisie, een veiligheidsprotocol, een klachtenregeling en steun bij geschillen, bijvoorbeeld met betrekking tot de privacy van cliënten.

In het volgende deel, 'B. Cases', ontrafelen we reële maar geanonimiseerde gevallen van (vermeende) ouderenmishandeling door de (sub)doelstellingen en de gemaakte keuzes voor interventies te expliciteren en door de cases langs de lat van de eerder geopperde modellen te leggen. Iedere paragraaf bespreekt een type casus (indeling naar typologie volgens 'chirurgisch' model).

B Cases

1. Partnergeweld

Bij het consultatienetwerk komt via de huisarts een melding binnen van een vrouw van boven de 80 die een CVA heeft gehad en slecht ter been is. Haar eerste man is overleden, van een tweede is zij gescheiden, en de relatie met haar huidige partner is altijd slecht geweest. Hij bedreigt haar en soms ook de huishoudelijke hulp (van de thuiszorg) die daardoor vaak niet komt. Er zijn geen kinderen. De man draagt een kris (mes) bij zich en laat vrijwel niemand in het huis toe. Er is ook sprake van alcoholmisbruik. Mevrouw ziet er erg onverzorgd uit en beaamt dat haar partner haar vaak bedreigt. Voor mevrouw wordt dagopvang georganiseerd maar zij durft daar niet naar toe uit angst voor haar partner. Uiteindelijk wordt voor haar een plek in een verzorgingshuis geregeld. De politie brengt haar. Dat gaat gepaard met geweldpleging door de man. Tegen hem wordt proces verbaal opgemaakt.

Doelen en interventies

- *Inzicht in de problematiek verkrijgen:* de aandachtsfunctionaris praat met de huisarts en met de thuiszorg. Deze gesprekken bevestigen de ernst van de situatie, het is er zeer onveilig. Er is duidelijk sprake van ouderenmishandeling / partnergeweld. Volgens de huisarts is de man het laatste jaar agressiever geworden, mogelijk uit frustratie over het veranderende gedrag van de vrouw. De huishoudelijke hulp van de thuiszorg wil er eigenlijk niet meer werken maar vindt het moeilijk de vrouw aan haar lot over te laten. Een gesprek tussen man, vrouw en leidinggevende van de huishoudelijke hulp is er nog niet van gekomen. Er is geen andere hulpverlening bij betrokken.
- *Toegang verkrijgen:* op een of andere wijze moet een *eerste contact* met het slachtoffer en eventueel pleger gelegd worden. Maar hoe? De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling spreekt de burens en weet zodoende op welke momenten de man afwezig is. Ze bespreekt de situatie in het consultatienetwerk om tips te krijgen hoe dit verder aan te pakken. Ze besluit er met de gebiedsagent op af te gaan en stelt haar leidinggevende op de hoogte. Met de agent spreekt zij af dat zij aan de deur zullen zien of ze samen naar binnen gaan of dat zij dat alleen zal doen. In dat geval kan zij met één druk op haar mobiele telefoon de politie zondig bereiken.
- Er volgt dus een *onaangekondigd huisbezoek* op een moment dat de man er niet is. Mevrouw laat haar binnen. De gebiedsagent blijft in de buurt. De aandachtsfunctionaris vertelt van welke organisatie zij is, laat haar kaartje zien en vertelt dat er mensen zijn die zich zorgen maken om mevrouw. "Kan ik u helpen?" De vrouw is zeer geëmotioneerd en wil graag hulp maar niet haar partner kwijt.

"Meestal wil zo iemand dan niet de keuze maken om afstand te nemen van de pleger, je moet dan met andere hulpmiddelen proberen de kans op mishandeling zo klein mogelijk te maken."

- De aandachtsfunctionaris krijgt na enig aandringen *toestemming* om dagopvang voor mevrouw te regelen. Ondanks haar aandoening weet mevrouw duidelijk te maken dat zij problemen voorziet vanwege de dreiging van haar man: hij zou haar nooit laten gaan. De aandachtsfunctionaris biedt aan met de man te spreken om hem te *overtuigen* van de noodzaak voor opvang en zorg voor zijn vrouw. Maar dat wil mevrouw niet vanwege mogelijke represailles van haar man. Daarom wil ze ook geen *aangifte* bij de politie doen.
- *Hulp: rust en sociale activering:* de aandachtsfunctionaris regelt *dagopvang* voor mevrouw zodat zij onder de mensen komt. Na enige tijd blijkt de stap naar de dagopvang toch te groot. Het lukt haar niet om haar partner te overtuigen. De taxi vertrekt enkele keren onverrichter zake. Het verzorgingshuis waar de dagopvang is, meldt na enige tijd dat mevrouw niet aankomt. Mevrouw wil nog steeds niet dat de aandachtsfunctionaris met de man gaat praten.

- *Eerste behoefte aan veiligheid:* de aandachtfunctionaris gaat weer op huisbezoek bij de vrouw en stelt voor om met spoed via een sociale indicatie een plek in het verzorgingshuis te regelen. Mevrouw geeft hiervoor uiteindelijk toestemming. Slachtoffer en pleger worden dus (definitief) uit elkaar gehaald.
- *Medische verzorging:* bij het bezoek blijkt de vrouw tevens diverse onbehandelde wondjes op haar lichaam te hebben. De aandachtfunctionaris belt direct de huisarts om te overleggen.

“Toen ik dat zag, dacht ik ‘die vrouw kan wel schurft hebben en als ze naar een verzorgingshuis gaat, heeft binnen de kortste keren het hele huis het! Ja, daar moet je dus ook aan denken.”

Ze besluiten samen om de vrouw naar de EHBO te (laten) brengen voor directe behandeling van de wondjes. De aandachtfunctionaris belt tevens de gebiedsagent, die direct komt. Dat was verstandig want intussen dient de partner van het slachtoffer zich aan.

- De situatie escaleert dermate dat tegen de man *proces verbaal* is opgemaakt.
- De EHBO wordt *ingelicht* en mevrouw verblijft nog enkele dagen in het ziekenhuis –onder een andere naam zodat haar partner haar even met rust laat. Van daaruit wordt zij naar het verzorgingshuis gebracht.
- De man wordt intussen gekalmeerd en geïnformeerd door de politie over de toestand van de vrouw. Hij wordt door de gebiedsagent en het OGGZ-team nog enige tijd in de gaten gehouden om overlast en andere ontsporing in verband met zijn alcoholprobleem te voorkomen. De verslavingszorg is betrokken maar de prognose is ongunstig. De huishoudelijke hulp is nog een probleem, nu mevrouw er niet meer woont, wil de hulp die er eerst was er niet meer werken.

Model

Bij een duidelijk geval van *partnergeweld*, later in het leven uitmondend in ouderenmishandeling, zijn de gedrags- en communicatiepatronen tussen partners zo ingesleten dat het erg moeilijk is om die nog te doorbreken. Het heeft dan meestal geen zin om veel energie in gedragsverandering te steken van pleger of slachtoffer. De interventies zijn meestal gericht op de veiligheid en verzorging van het slachtoffer. Vaak monden dergelijke gevallen uit in regelmatig of definitief (respectievelijk dagopvang of verpleeg- verzorgingshuis) uit elkaar halen van slachtoffer en pleger.

Omdat de relatie altijd slecht is geweest, onder andere door de drankgewoonte van de man, kan deze casus beschouwd worden als van het type ‘gewoon’ partnergeweld met een flinke ernstgraad. Zolang er geen (minderjarige) kinderen bij betrokken waren en de vrouw nog niet zorgafhankelijk van hem was, was er onvoldoende formele grond om in te grijpen. (Ouderen zonder kinderen zijn in het algemeen een kwetsbare groep omdat er minder familie is die kan helpen of de situatie in de gaten kan houden.) Nu de vrouw echter ziek is en haar partner niet in staat blijkt haar te verzorgen terwijl zij bovendien zegt bang voor hem te zijn, ligt de situatie anders. Er dreigt nu reëel fysiek gevaar voor de vrouw: zij is afhankelijk geworden en er is sprake van onthouding van zorg. De aandachtfunctionaris ouderenmishandeling ziet daarom noodzaak tot interveniëren. In het zorgcontinuüm van Lohuis staat deze casus op een van de hoogste treden (zie figuur paragraaf A.5): er is een geringe autonomie van het slachtoffer en een dringende noodzaak voor bemoeienis: de vrouw is uiteindelijk zonder tegenwerking opgenomen in een ziekenhuis en vervolgens verzorgingshuis.

Er moest vooral ook *snel* ingegrepen worden. Daarom is er niet of nauwelijks geïnvesteerd in het proberen de man op andere gedachten te brengen: de relatie is altijd al slecht geweest, het drankprobleem is hardnekkig en het geweld nam toe. Een *gedragsmodel* waarbij motivatie centraal staat en gedragsverandering het oogmerk is, is dan ook niet echt van toepassing. Later zullen er wel bemoeienissen met de man zijn gericht op het alcoholgebruik en op bestrijding van overlast. Het gedragsmodel van *Prochaska en DiClemente* is dan mogelijk van toepassing.

Veiligheidstips (naar Van Doorn, 2004 en Lans, 2003):

- Oriënteer je van tevoren in het netwerk, schat de mogelijke dreiging van een pleger in.
- Laat altijd weten bij bijvoorbeeld de telefoniste of het secretariaat van de werkgever naar welk adres je, op welk tijdstip, toe gaat en hoe lang je verwacht bezig te zijn.
- Ga nooit alleen wanneer geweld te verwachten valt. Neem een collega of zonodig de gebiedsagent mee. Afhankelijk van het eerste contact aan de voordeur kan alsnog besloten worden alleen naar binnen te gaan.
- Zorg altijd voor een werkende mobiele telefoon met een alarmnummer onder één knop voorgeprogrammeerd.
- Gebruik eventueel een andere naam of een 'leugentje om bestwil'. Onderken je eigen angst. Een aandachtfunctionaris ouderenmishandeling deed het zo:

"Hij vertelde dat 'als het maatschappelijk werk nog één poot in zijn huis zette, hij die er persoonlijk uit zou rammen'. Ik liet het dus wel uit mijn hoofd om te zeggen dat ik van maatschappelijk werk was! Kennelijk was hij in de veronderstelling dat ik de verpleegkundige voor zijn vrouw was. Ik was gewoon bang van die man, hij kon zo agressief zijn."

- Blijf in de buurt van een deur en blijf staan in plaats van zitten wanneer de situatie dreigt.
- Ga bij geweld nooit de strijd of discussie aan. Blijf rustig.
- Meld na afloop van een geweldssituatie bij je leidinggevende en overweeg altijd om aangifte te doen bij de politie.
- Binnen de organisatie moet er een veiligheidsprotocol zijn en opvang na geweld altijd mogelijk zijn, ook buiten kantooruren.

Passen we het *fasemodel* toe, dan zijn de eerste fasen snel doorlopen. Hoewel het onderzoek aanvankelijk precair was (hoe (veilig) binnenkomen?) werd al gauw duidelijk dat er sprake was van ouderenmishandeling / partnergeweld en kon worden ingeschat dat het risico groot was. Een plan richtte zich primair op veiligheid. Eerst door dagopvang maar toen dat niet lukte, resteerde het uit elkaar halen van slachtoffer en pleger.

2 De uitbuiters (familie)

Een woningcorporatie doet bij een aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling melding van een Surinaamse vrouw van 85 die problemen heeft met het betalen van de huur. Zij staat op het punt uitgezet te worden. De woningcorporatie weet dat er regelmatig een paar neven langskomen die voor problemen lijken te zorgen.

Doelen en interventies

- *Inzicht verkrijgen in de problematiek en toegang verkrijgen:* de aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling gaat samen met iemand van de woningcorporatie op huisbezoek bij mevrouw om poolshoogte te nemen. Er is van tevoren een afspraak gemaakt die zij niet afhoudt. Mevrouw loopt in haar pyjama. Het huis is vervuild. Ze slaapt in de woonkamer op een vies bed, tussen het afval, ook liggen er dode kakkerlakken. De slaapkamers waren wel schoon. Hier slapen af en toe de neven van mevrouw. Deze neven komen regelmatig langs. Zij slaapt dan tussen de viezigheid in de woonkamer. Mevrouw moet nu (eigenlijk) uitgezet worden wegens ruim 5500 euro huurschuld, vertelt de man van de woningcorporatie haar. Op verzoek mag de aandachtsfunctionaris de bankafschriften zien. Het blijkt dat er regelmatig na het storten van de AOW, grote bedragen gepind worden en ze staat voortdurend rood, waardoor de huur niet meer automatisch geïnd werd. Haar neven hebben haar pinpas en ook de telefoon is afgesloten. Mevrouw vindt de situatie maar raar. Elke maand wordt immers toch automatisch de huur afgeschreven? Verder geeft ze zelf geen geld uit, eet weinig, dus hoe kunnen er dan schulden zijn? Ze wil nu echter geen hulp want er zijn net een paar goede bekenden van haar overleden en ze wil rustig kunnen rouwen. Ze hoort het een en ander gelaten aan. Zij zegt dat ze altijd wel ergens kan wonen als het moet: bij familie of vrienden in het buitenland. Maar dit lijkt niet een reële optie, ze lijkt de ernst van het probleem niet in te zien. Zij wil ook niet dat haar neven benaderd worden.
- *Voorzien in eerste levensbehoefte (dak boven het hoofd):* een eerste doel is om de huurschuld te regelen, om een *uitzetting te voorkomen*. De woningcorporatie belooft ter plekke de uitzetting een maand op te schuiven zodat er tijd is om oplossingen te regelen. Door deze belofte is mevrouw toch bereid mee te werken aan het voorkomen van de huisuitzetting.
- Het tweede doel is om de *geldzaken te regelen*. De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling neemt contact op met de ouderenadviseur. Deze schrijft een fonds aan om een gedeelte van de huurschuld af te lossen –en dat wordt gehonoreerd. De ouderenadviseur brengt mevrouw haar administratie verder op orde, regelt dat de huur weer automatisch betaald wordt en laat bankpasjes blokkeren.
- Voor een derde doel, *het huis op orde krijgen (en houden)*, wordt via het CIZ (en met (moeizame) toestemming van mevrouw) een indicatie voor huishoudelijke hulp van de thuiszorg aangevraagd. Het duurt echter zes weken voor er daadwerkelijk iemand van de thuiszorg kan beginnen. Bij het CIZ wordt gelijk ook maar een indicatie voor de maaltijdvoorziening aangevraagd ervan uitgaande dat zij dit wel zal accepteren als het eenmaal zover is.
- Zo dient zich een nieuw subdoel aan: omdat het huis grondig schoongemaakt moet worden, moet *tijdelijke huisvesting ter overbrugging* geregeld worden, bijvoorbeeld in de vorm van een tijdelijke opname, ook kan mevrouw dan even tot rust komen.
- Via de huisarts wordt de GGZ ingeschakeld om te beoordelen of mevrouw dementerend is. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn, in beginnend stadium. Een hulpverlener van de GGZ komt aan huis.
- *Een norm stellen:* de aandachtsfunctionaris gaat met de politie op bezoek bij mevrouw en ze spreken over de neven. Ze blijken niet bij de politie bekend te zijn. De aandachtsfunctionaris zoekt contact met de neven wanneer zij 'toevallig' op bezoek zijn bij mevrouw. Het is niet duidelijk wat hun aandeel in de situatie is, zij lijken wel behulpzaam maar werken feitelijk toch niet echt mee.

- Uiteindelijk wordt mevrouw niet uitgezet omdat de schuld is ingelost en de huur weer automatisch wordt afgeschreven. Het huis is schoongemaakt terwijl mevrouw tijdelijk in een verzorgingshuis was, en de thuiszorg en de maaltijdvoorziening zijn nu structureel.
- Na enige tijd echter, melden de thuiszorg en de GGZ bij de aandachtsfunctionaris ouderen-mishandeling dat zij er niet meer binnenkomen.
- De aandachtsfunctionaris, die de casus nog niet gesloten had, gaat onaangekondigd op huisbezoek. Het blijkt dat de neven de hulp van de thuiszorg weg hebben gestuurd. Het kost de aandachtsfunctionaris overredingskracht om de vrouw er van te overtuigen dat zij de hulp echt nodig heeft. Het vooruitzicht dat zij straks misschien weer een vies huis en huurschuld heeft, geeft de doorslag.
- De aandachtsfunctionaris neemt contact op met de politie om te vragen of de neven daar inmiddels bekend zijn. De politie laat daarover niets los maar de indruk bestaat dat er meldingen van overlast zijn gedaan. De aandachtsfunctionaris legt de situatie uit en de politie heeft er vermoedelijk notitie van gemaakt.
- Later blijkt inderdaad dat de politie gesproken heeft met de neven. En dat heeft effect gehad: bij mevrouw is het nu rustig. De thuiszorghulp en de maaltijden komen weer maar de GGZ-hulpverlening wil mevrouw niet meer.
- *Nazorg*: de huisarts wordt geïnformeerd en houdt de ontwikkeling van de dementie in de gaten. De thuiszorg komt er in huis en houdt oren en ogen open. De gebiedsagent houdt het huis ook in de gaten.

Model

In geval van *uitbuiters* staat altijd het *financiële aspect* centraal.. Het gaat lang niet altijd om een voorschot op de erfenis, het betreft vaak ook kinderen of andere familieleden die financieel in de problemen zijn geraakt door scheiding, baanverlies, huissuitzetting maar ook kleinkinderen die geld nodig hebben voor drugs of er criminele praktijken op na houden. De aandacht gaat dan ook uit naar het oplossen van de problemen van de pleger naast die van het slachtoffer. Meestal zal de inzet van maatschappelijk werk, schuldhulpverlening en / of de ouderenadviseur nodig zijn om de administratie en financiën op orde te brengen, schulden te saneren enzovoort.

Kenmerkend in deze casus is de financiële uitbuiting door familie. Daardoor komt de oudere vrouw zelf in de problemen. Van alle vormen van ouderenmishandeling komt financiële uitbuiting het meest voor (volgens T. Royers, factsheet ouderenmishandeling 2006). Vaak gaat dit gepaard met afhankelijkheid van het slachtoffer van de pleger(s) en / of met vergaande grenzeloosheid van het slachtoffer.

“Er zijn nog steeds veel vrouwen (ook jongere) die dienstbaarheid en het zichzelf wegcijferen als grootste deugd zien. Als je nooit assertief bent geweest, lukt het ons ook niet iemand te veranderen.”

In deze casus heeft de aandachtsfunctionaris gehandeld volgens het *ecologische model van Wolswijk*. Er was weliswaar geen zaakwaarnemende mantelzorger in de tweede schil, maar er waren goede kansen om met de inzet van anderen op de diverse leefgebieden, doelen te bereiken. Er was hulp nodig op het gebied van wonen, geldzaken, eten, huishouden en welbevinden. De aandachtsfunctionaris maakte met eenieder afspraken. De oude vrouw was niet in staat dit zelf te regelen. Net als het een tijd goed lijkt te gaan moet de casus toch weer heropend worden. Die opening was er omdat er terugkoppeling was afgesproken met de betrokken professionals: de GGZ en de thuiszorg rapporteerden dat zij het huis niet meer inkwamen. Dat de politie geen mededelingen doet over verdachten is begrijpelijk, zij is gehouden aan de politiewet. Maar dat er toch samenwerking mogelijk is, blijkt uit het feit dat de politie wel gereageerd heeft op de melding van de aandachtsfunctionaris.

In deze casus was *motivatie* –kenmerkend voor gedrags(veranderings)modellen- belangrijk: telkens moest de vrouw ervan overtuigd worden mee te werken. Aanvankelijk wilde ze niets omdat ze ‘rustig wilde rouwen’ om overleden kennissen. Zij hield de neven de hand boven het hoofd omdat het ‘toch familie is’ (denk ook aan begrip ‘loyaliteit’). Het vooruitzicht van een schoon bed maakte dat zij wel bereid was tijdelijk naar een verzorgingshuis te gaan. Toen later de thuiszorg en GGZ meldden dat zij niet meer binnenkwamen, was meer drang bij mevrouw nodig. Daar was ook ‘economisch’ belang bij: de aandachtsfunctionaris wilde voorkomen dat het hele proces weer van voren af aan zou beginnen.

Het *fasemodel* is van begin tot eind toepasbaar. Veel tijd was nodig voor het middendeel: bepalen (tussen)doelen, interventies uitvoeren, evalueren en weer bijgesteld opnieuw proberen. Het is een goed voorbeeld van stapsgewijs werken van het ene tussendoel naar het ander. Gelukkig is de casus nog enige tijd gevolgd en opgehouden waardoor de thuiszorg en maaltijdservice toch weer opnieuw ingezet kon worden. Tenslotte wordt mevrouw (en neven) door verschillende hulpverleners nog in de gaten gehouden. Dat wetende, kon de aandachtsfunctionaris de zaak afsluiten.

3 De uitbuiters (huis’vrienden’)

Bij het meldpunt OGGZ van de GGD wordt door een alerte buurtbewoner en op suggestie van de buurtregisseur (politie) die zij eerder had benaderd, melding gedaan van een oude man die dag en nacht in dezelfde pyjama op de bank in de kamer ligt. Niemand lijkt zich om hem te bekommeren en volgens de buurtbewoner gaat het er steeds meer verwaarloosd uitzien bij het huis en rond de man. Hij reageert niet als zij een paar keer aan de deur is geweest of bij zijn raam gebaart. Ze is bang dat ze hem binnenkort dood op de bank zal zien liggen.

Doelen en interventies

- Het eerste doel was om *toegang* te verkrijgen. Er was geen enkel aanknopingspunt en het leek niet zinvol om de man te bellen of via een briefje te laten weten dat er bezoek zou komen. De aandachtsfunctionaris ouderen mishandeling van het OGGZ meldpunt bij de GGD, kiest dus voor een niet-aangekondigd huisbezoek om te kijken wat er aan de hand is. Maar ook zij komt het huis niet in. Door het raam kan zij zien dat het er inderdaad verwaarloosd uitziet. De aandachtsfunctionaris belt aan bij de burens maar die zijn er niet (en het is een hoekhuis). Daarna zoekt zij contact met de buurtregisseur. Samen gaan zij er naar toe. Vanwege het gezag van de politiemans (bij het raam), reageert de oude man nu wel maar terwijl hij wil opstaan om naar de voordeur te gaan, valt hij. De politie forceert de voordeur en komt hem te hulp.
- *Inzicht in de situatie verkrijgen*: eenmaal binnen, blijkt het volgende. De man praat moeilijk, loopt nauwelijks nog en is duidelijk zeer verzwakt. Het stinkt er naar ontlasting. Hij vertelt dat de burens hem regelmatig boterhammen brengen, ze hebben de sleutel en komen dan achterom. De man heeft zijn hele leven gevaren maar is aan de wal gegaan toen zijn vrouw chronisch ziek werd. Na het overlijden van zijn vrouw, werd hij zelf ziek. Zijn enige dochter zorgde toen voor hem. Hij herstelde van de longontsteking maar was zwak. Zijn dochter moest (inmiddels een half jaar geleden) weer terug naar Maleisië, waar zij met haar gezin woont. In de veronderstelling dat haar vader alleen nog moest aansterken om vervolgens weer voor zichzelf te zorgen, had zij de burens ter overbrugging ingeschakeld. Ze liet 5000 contante euro’s voor zijn verzorging achter. De oude man bleek alleen (vaak droog) brood en melk van zijn burens te krijgen. Intussen had hij niets meer van zijn dochter vernomen. En dat bleek logisch want er was geen telefoon (meer). Ook de televisie was ‘stuk’ en weg voor ‘reparatie’. Later bleek er meer uit het huis verdwenen te zijn.
- *Medische verzorging*: twee zaken waren urgent: het huis moest opgeruimd en schoongemaakt worden en de oude man had lichamelijke en medische verzorging nodig. Het was moeilijk om hem van die noodzaak te overtuigen omdat hij ‘genoeg van het leven had’. De belofte dat de aandachtsfunctionaris ouderen mishandeling contact zou zoeken met zijn dochter, trok hem uiteindelijk over de streep. Ook schaamde hij zich ervoor dat hij zijn ontlasting liet lopen, daar

- wilde hij wel wat aan doen –zeker ook als zijn dochter nog eens zou komen. Nog diezelfde dag wordt hij naar het ziekenhuis gebracht. Hij verblijft er drie weken. Voor de zekerheid ondergaat hij op verzoek van de aandachtsfunctionaris een mantoux-test (in verband met mogelijke TBC).
- *Hulp*: de aandachtsfunctionaris regelt een bedrijf dat het huis schoonmaakt. Vervolgens belt zij de dochter van de man. Dan blijkt dat zij gedurende het afgelopen half jaar vaker heeft geprobeerd haar vader te bellen maar geen gehoor kreeg en door de burens gerust werd gesteld. Het zou 'erg goed met hem gaan' en op enig moment was hij zelfs 'een paar weken met een reisorganisatie op vakantie'. De dochter is geschokt en belooft zo snel mogelijk weer over te komen. Als de aandachtsfunctionaris in het ziekenhuis bij de oude man op bezoek gaat, vertelt hij onder andere ook dat zijn burens de pincode van zijn bankpas hebben om gemakkelijk geld op te nemen voor zijn verzorging. Niet (meer) wetende hoe hoog het bedrag was dat zijn dochter had achtergelaten, had hij daarmee ingestemd, het leek hem reëel dat zij geld opnam om eten en andere dingen voor hem te kopen. Al met al ontstaat het vermoeden dat de burens hem financieel uitkleeden en de verzorging tot (onder) het minimum beperken. De man wil geen aangifte doen omdat hij voorlopig naast zijn burens zal blijven wonen. Hij wil ook niet dat de aandachtsfunctionaris met hen gaat praten. En bovendien zegt hij dat 'het maar geld is'.
 - *Een norm stellen*: de aandachtsfunctionaris vraagt zich af wat zij met de burens aan moet en bespreekt de situatie opnieuw met de buurtregisseur. Deze schetst haar dat de bewijslast moeilijk is, zeker als de oude man geen aangifte wil doen en 'toestemming' heeft gegeven om geld te pinnen. Ze besluiten snel de oude man toestemming te vragen om zijn pas te laten blokkeren en te bekijken of er geld gepind is. Later blijkt dat er twee keer een bedrag van 1000 euro is opgenomen. De politiemans zegt toe aan de burens te laten weten dat hun buurman in het ziekenhuis ligt en dat zij dus niet meer voor hem hoeven te 'zorgen', vervolgens zal hij hen in de gaten te houden.
 - *Respijtzorg*: via het indicatieorgaan wordt huishoudelijke hulp en een maaltijdvoorziening geregeld. Dit is er niet al na drie weken als de man uit het ziekenhuis ontslagen wordt. Gelukkig komt de dochter voor twee weken uit Maleisië. De aandachtsfunctionaris ouderen mishandeling gaat nog een paar keer bij hem langs en informeert de alfahulp van de thuiszorg over de relatie met de burens zodat zij die in de gaten kan houden. Daarnaast vraagt zij een ouderenadviseur langs te gaan om de financiële administratie nog eens goed op orde te brengen en met de man te bespreken hoe hij zijn boodschappen gaat regelen. De ouderenadviseur stuurt ook een maatschappelijk werkende op hem af om wat gesprekken met hem te voeren naar aanleiding van het gebeurde, zijn somberheid en het verdriet om zijn vrouw. Ook de huisarts wordt geïnformeerd. Deze heeft destijds nog wel een huisbezoek afgelegd, maar in die fase leek de man herstellende van zijn longontsteking terwijl de omstandigheden nog niet ernstig waren. En tot slot drukt de aandachtsfunctionaris de oude man op het hart om haar of de buurtregisseur te bellen (hij heeft inmiddels ook weer telefoon) als de burens vervelend zouden worden.

Model

Bij financiële uitbuiters is er, met name wanneer het *niet* de familie betreft, vaak 'eenvoudigweg' sprake van diefstal. Het probleem is echter dat slachtoffers uit angst, afhankelijkheid of misplaatste loyaliteit desondanks zelden aangifte willen doen. Dit is een complicerende factor.

Centraal in deze casus staat de financiële uitbuiting door de burens die hun kans schoon zien als er niemand anders meer bij de oude man over de vloer komt. Eerst gebruiken zij de 5000 euro die de (wel heel naïeve) dochter achterlaat voor slechts wat brood en melk en verwaarlozen zij de man. Vervolgens hebben zij waarschijnlijk twee keer 1000 euro van zijn rekening gehaald. Vermoedelijk zijn het ook de burens die een aantal voorwerpen uit het huis van de man hebben onvreemd. In feite is er sprake van diefstal. Strafvervolgung van plegers is echter moeilijk wanneer het slachtoffer geen aangifte wil doen. In deze casus heeft interveniëren waarschijnlijk preventief gewerkt en is verdere uitbuiting en verwaarlozing voorkomen.

Als we het *fasemodel* toepassen dan is goed te zien dat de nadruk ligt op het begin: binnenkomen, inschatting en probleemanalyse. Daarna is het evident dat de man in eerste instantie medische verzorging nodig heeft en als hij terug naar huis gaat weer in een fatsoenlijke situatie terechtkomt. Bij de afsluiting van de casus is veel zorg besteed aan 'ogen en oren' die hem (en de burens) in de gaten kunnen houden. Ten aanzien van de burens is de afsluiting wellicht onbevredigend omdat zij vrijuit gaan. Het doel is echter altijd om het geweld te doen stoppen.

In deze casus is het *model van Wolswijk* van toepassing. De tweede ring functioneerde niet en was niet te vertrouwen (de burens) of is woonachtig in het buitenland (de dochter). De man was niet in staat zijn burens 'aan te sturen' voor zijn verzorging, daarvoor was hij te zwak en levensmoe. De aandachtfunctionaris heeft (snel) andere hulp ingezet op de levensgebieden medische verzorging, zelfverzorging, huishouden, geldzaken, welbevinden en eten. Na zijn herstel in het ziekenhuis is de oude man voorlopig weer in staat zijn levensgebieden zelf te organiseren via de alfahulp, de maaltijdvoorziening en de telefoon om eventueel hulp in te roepen. Het blijft echter kwetsbaar omdat hij nauwelijks over een sociaal netwerk beschikt. Daarom was het belangrijk te regelen dat hij in de gaten werd gehouden. De ingeschakelde hulpverleners zullen als dat weer nodig is, aan de bel trekken bij de aandachtfunctionaris ouderenmishandeling.

4 Oud zeer

Bij het ASHG komt een melding binnen van een vrouw. Ze maakt zich zorgen over haar bejaarde vader. Haar zoon woont bij hem (zijn opa) in en zorgt ook voor hem. Ze vindt echter dat haar zoon dat niet goed doet (te lang in bed laten, vallen etc.). Ze wil eigenlijk zelf haar vader verzorgen. Ze heeft veel conflicten met haar zoon.

Doelen en interventies

- Het eerste doel was om *toegang en inzicht in de situatie* te verkrijgen. Daar gaat in deze casus veel tijd overheen. De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling spreekt met de vrouw op het bureau af. Haar zoon van 20 blijkt geen eigen bron van inkomsten te hebben en leunt op opa voor kost en inwoning. Opa en kleinzoon hebben ook weinig sociaal leven. Een thuiszorg-medewerker is door opa of kleinzoon weggestuurd. Dat was de druppel voor de vrouw. In een ruzie daarover met haar zoon loopt het erg (fysiek) uit de hand. De aandachtsfunctionaris krijgt de indruk dat er in het verleden sprake was van mishandeling tussen moeder en zoon en / of tussen moeder en vader (inmiddels ex-man van de vrouw). Het is echter niet duidelijk wie wie mishandelde. Hoewel zij dat niet expliciet stelt, waarschijnlijk uit schaamte, lijkt de vrouw bang geworden voor haar zoon.
- In het benedenhuis woont de zus van de bejaarde man (opa). Hier werkt ook iemand (anders) van de thuiszorg. Toevallig doet deze hulpverlener ook een melding bij het ASHG. Ook zij maakt zich zorgen om de bejaarde man die boven woont. De bejaarde zus voelt zich bovendien 'de hele tijd zo gespannen'.
- Een vriendin van de vrouw laat ongevraagd door een telefoontje weten dat er met de vrouw zelf 'ook iets niet in orde is'.

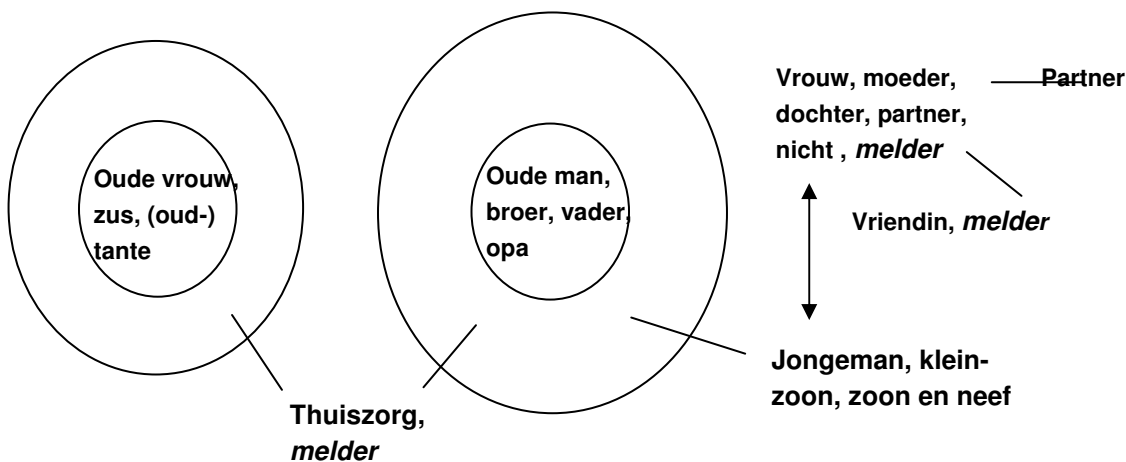
Al met al zijn er dus drie melders in deze casus:

- de vrouw (dochter van de bejaarde man om wie het te doen is; moeder van de inwonende kleinzoon);
- de medewerker van de thuiszorg die bij de zus van de bejaarde man werkt;
- een vriendin van de vrouw die aanvankelijk de melding deed.

Maar ook de (klein)zoon uit zijn zorgen:

- De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling gaat met hem in gesprek. Hij blijkt zijn moeder niet te vertrouwen. Zijn moeder heeft een nieuwe partner en mishandeling uit het verleden (door vader of moeder) speelt hem parten. En: heeft deze nieuwe partner, of moeder zelf, het soms op het huis gemunt? De zoon volgt geen opleiding noch heeft hij werk, hij oogt somber.

We schetsen de situatie en rollen van betrokkenen als volgt:



Wat vindt de bejaarde man zelf eigenlijk van de situatie? In gesprek met de aandachtfunctionaris blijkt dat hij flink slechthorend is, diabetes heeft en slecht ter been is. Hij is moe en hij 'wil niet meer'. Hij ziet er onverzorgd uit en het huis is erg rommelig (maar ook niet echt vies). Zijn kleinzoon en hij eten zelden warm eten. Hij vindt het echter prima dat zijn kleinzoon bij hem woont. Deze is niet agressief naar hem. Hij zou ook zijn kinderen wel vaker willen zien maar alleen zijn dochter woont in de buurt. Met haar heeft hij echter geen goede relatie. Hij wijst alle hulp van buiten af. Hij heeft zelf de huishoudelijke hulp van de thuiszorg weggestuurd.

Taxatie: de situatie is niet dusdanig ernstig dat de aandachtfunctionaris direct ingrijpen nodig acht, het is zelfs de vraag of er echt sprake is van ouderenmishandeling. Het risico is echter duidelijk aanwezig. Het schort aan verzorging en er zijn allerlei problemen in de onderlinge verhoudingen en individuele levens:

- de oude man heeft verzorging nodig;
- de 20-jarige man (kleinzoon) oogt depressief, heeft weinig perspectief en kan niet echt aangesproken worden op zijn verantwoordelijkheid als mantelzorger;
- de vrouw wil haar vader verzorgen, heeft volgens haar vader een slechte relatie met hem en heeft veel problemen met haar zoon;
- de rol van de nieuwe partner van de vrouw is onduidelijk en mogelijk dreigend;
- de zus van de bejaarde man is gespannen.

In het consultatienetwerk wordt een *plan van aanpak* bedacht, de aandachtfunctionaris ouderenmishandeling blijft de casemanager. Drie verschillende maatschappelijk werkenden en de huisarts gaan *aan de slag*:

- met de vrouw, dochter van de bejaarde man en moeder van de 20-jarige, worden ondersteunende gesprekken gevoerd;
- met de zus van de bejaarde man worden, in verband met haar gespannenheid, ondersteunende gesprekken gevoerd;
- de 20-jarige man wordt gestimuleerd een uitkering aan te vragen, een opleiding te volgen en eigen woonruimte te zoeken;
- de huisarts gaat bij de bejaarde man langs om een medisch oordeel te geven en vanuit die invalshoek hem te motiveren om hulp te aanvaarden.

Bij de *uitvoering van interventies* blijkt dat de zus van de bejaarde man baat heeft bij de gesprekken. Voor moeder en zoon blijken de gesprekken niet voldoende en beide worden naar de GGZ verwezen. De zoon heeft nu wel eigen inkomsten uit de bijstand. Moeder heeft baat bij individuele gesprekken met een psycholoog (GGZ) maar haar zoon lijkt daar nog niet aan toe. Onverwachts stopt hij bij de therapeut en verhuist tegelijkertijd naar een andere stad waar hij bij vrienden intrekt. Hij heeft nog geen enkel arbeids- of opleidingsperspectief. Tot dat moment weigerde de oude man elke hulp van buitenaf in zijn huis. Het verdwijnen van zijn kleinzoon is wel de aanleiding om akkoord te gaan met de maaltijdservice. Dit wordt meteen ook voor de zus van de man geregeld. De verzorging en het huishouden van de oude man wordt min of meer door zijn dochter gedaan maar de aandachtfunctionaris houdt twijfels over de mate waarin dat gebeurt.

“Het blijft zoeken, soms loop je tegen grenzen aan, dan ben je zover dat je hulp kunt gaan regelen, en dan ... toch weer niet, tja, en wat doe je dan ...?”

Als *nazorg* werd het volgende geregeld:

“Toen we eruit stapten heb ik de huisarts gewaarschuwd om vinger ad pols te houden, om oren en ogen open te houden. De situatie bleef al die tijd toch wat onduidelijk. Maar ja, wanneer is iets echt opgelost?”

Model

Oud-zeer familieconflicten zijn vaak kluwen van verstoorde relaties. En vaak zullen de begrippen ‘verticale’ en ‘horizontale’ loyaliteit van Nagy van toepassing zijn. Soms houden de verstoorde relaties verband met mishandeling in het verleden maar dat hoeft niet. Er gaat veel tijd zitten in het achterhalen waar de problemen liggen. Vaak zijn er series gesprekken en / of verwijzing nodig om het verleden te verwerken.

Het *kernprobleem* in deze casus ligt in de verstoorde onderlinge verhoudingen door pijn uit het verleden. Hoe dat precies zit, wordt niet helemaal duidelijk maar in ieder geval is er sprake van huiselijk geweld in het verleden. Daarom typeren we deze casus als *oud-zeer familieconflict*. Dat een typering in de praktijk niet altijd zo eenduidig is blijkt ook uit deze casus. Er zitten tevens elementen in van (mogelijke) financiële uitbuiting (door de partner van de dochter van de oude man en / of de dochter zelf) maar ook van ontspoorde mantelzorg (de kleinzoon).

Daarnaast valt duidelijk een fasemodel te ontwaren waarbij vooral het *onderzoek* (probleem- context-analyse en) veel tijd in beslag nam. Gaandeweg komen er ook nog twee melders bij. De verschillende rollen en onderlinge relaties van alle betrokkenen worden in kaart gebracht. De situatie wordt uiteindelijk niet dermate ernstig *ingeschat* dat snel ingrijpen nodig is, de aandachtsfunctionaris concludeert dat er (nog) niet echt sprake is van ouderenmishandeling maar dat er wel *risico's* voor de oude man zijn. Daarom worden er gesprekken met de familieleden gevoerd. De familie wordt nog enige tijd *gevolgd* door het netwerk in te schakelen. Hoewel niet alles echt opgelost is wordt na een jaar toch de kwestie afgesloten. Deze casus eindigde enigszins onbevredigend maar dat gebeurt in de praktijk regelmatig.

“We hebben er nooit goed de vinger achter kunnen krijgen wat daar nou echt aan de hand was maar dat er iets niet klopte, was wel duidelijk. Het was ook net niet zo ernstig dat we met drang of dwang, met de politie, iets moesten ondernemen. We hebben de casus langer dan normaal nog open gehouden om snel te kunnen reageren als er weer nieuwe meldingen of vragen zouden komen, maar op een gegeven moment houdt het op. In ieder geval was het er voor oude man wel wat beter op geworden en in die zin hebben we toch wat bereikt, misschien vooral vanuit preventief oogpunt.”

In hoeverre is een ecologisch model van toepassing? Hoewel er sprake is van problemen in de omgeving van de man en in de relaties met anderen daarbinnen, kunnen we met Wolswijk's model niet goed uit de voeten. De oude man lijkt zijn kleinzoon nog redelijk te kunnen ‘aansturen’ voor het regelen van zijn leefgebieden. Hoewel de verzorging te wensen overlaat en de oudere wel risico loopt, ligt het probleem meer in de relatie tussen zijn dochter en haar zoon, dan bij de oude man zelf. Er is dus niet echt sprake van een “maatschappelijke noodzaak” om de aansturing van hulp bij zijn leefgebieden van de oude man over te nemen. Als de zaak ernstiger was ingeschat waarschijnlijk wel.

De *doelen* en *interventies* richtten zich dan ook vooral op steun voor de vrouw en de zus van de oude man; en perspectief voor de kleinzoon. *Evaluatie* leert dat voor moeder en zoon ook GGZ-hulp nodig is.

Bij de oude man zijn *motivatietechnieken* nodig –kenmerkend voor gedragsveranderings-modellen. Verandering in de omstandigheden doorbreekt de impasse uiteindelijk (het verdwijnen van de klein-

zoon) en de maaltijdservice wordt aangevraagd. Daarnaast hebben de gesprekken met de vrouw en de zus van de oude man bijgedragen aan een oplossing. Hoe het de (klein)zoon verder vergaat is nog wel zorgelijk maar voorlopig niet meer aan de aandachtsfunctionaris om verder op te pakken.

1 Ontspoorde mantelzorg

Een huishoudelijke hulp van de thuiszorg doet de melding. Het gaat om een slechtziende man van begin 80, weduwnaar zonder kinderen. De buurvrouw van 65, ook weduwe zonder kinderen, woont al 25 jaar naast de man en verzorgt hem, zelf heeft zij hartritmestoornissen en eerder wel eens een TIA gehad.

De man is vergeetachtig en volgens de medewerker van de thuiszorg voelt hij zich ongelukkig door de bemoeienissen van de buurvrouw. De thuiszorghulp ziet dat hij niets in te brengen heeft. De buurvrouw maakt de dienst uit, beslist wat er gebeurt, wat er wordt gegeten en wat mijnheer moet doen.

De buurvrouw heeft een sleutel van het huis, komt dagelijks over de vloer en verricht veel 'mantelzorg'. Zij ruimt op, doet de boodschappen en kookt het eten voor hem.

De man krijgt eenmaal per week drie uur huishoudelijk hulp van de thuiszorg en de buurvrouw is dan ook altijd aanwezig. Zij heeft veel kritiek op de huishoudelijke hulp en deze krijgt geen gelegenheid alleen met het slachtoffer te zijn.

Doelen en interventies

- *Inzicht verkrijgen in de problematiek en toegang verkrijgen:* de aandachts-functionaris, tevens ouderenadviseur, maakt direct een afspraak met de man voor een regulier 'welzijnsbezoek'. De buurvrouw neemt de telefoon aan en wil het bezoek in eerste instantie afwimpelen ("meneer heeft dat niet nodig"). Na wat aandringen is de afspraak toch gemaakt. De buurvrouw is bij dit gesprek aanwezig en wil in eerste instantie overal op antwoorden. De ouderenadviseur vraagt haar vriendelijk om alleen te luisteren en zich niet in het gesprek te mengen, het gaat immers om hem. Hij geeft haar ook de keuze om weg te gaan, maar dat doet zij niet. De oude man vertelt dat hij afhankelijk is van de zorg van de buurvrouw en dat hij weinig contact heeft met anderen zoals familie. Hij vertelt dat hij blij is met de zorg van de buurvrouw, maar beaamt dat hij ook behoefte heeft aan contact met anderen. De buurvrouw zegt dat onzin te vinden. De aandachtsfunctionaris spreekt af zich te oriënteren op activiteiten buiten de deur en daarover contact met hem op te nemen.
- *Sociale activering:* twee weken later gaat de oude man drie keer in de week naar de 'visiteclub' van het welzijnswerk.
- *'Respijt'zorg:* de aandachtsfunctionaris regelt uitbreiding van de thuiszorg-indicatie en vertelt de medewerkers dat de man drie dagen in de week met de taxi meegaat. De buurvrouw wordt op die manier vaker buiten de deur gehouden en de thuiszorg houdt een oogje in het zeil.
- *Volgen:* na een gewenningsperiode bij de visiteclub gaat de aandachtfunctionaris bij de man langs om te horen hoe het gaat en om de relatie met de buurvrouw aan te snijden. Hij is blij dat hij drie dagen onder haar regime vandaan is, maar hij wil het contact met haar ook niet kwijt. Hij vindt dat hij haar nodig heeft om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Hij durft geen weerwoord tegen haar te hebben omdat hij bang is dat ze dan weer last van haar hart krijgt. De aandachtsfunctionaris wijst hem er op dat hij hiervoor niet een te hoge prijs moet betalen, dat er ook andere manieren zijn om zelfstandig te blijven wonen. Op financieel gebied is er volgens mijnheer niets aan de hand. De buurvrouw heeft de pinpas en doet de boodschappen en de betalingen. Hij vertelt dat hij met een loep nog steeds volledige inzage heeft in zijn financiën en hij vindt dat het goed gaat. Hij wil niet dat er contact wordt opgenomen met de buurvrouw. Hij wil wel graag nog contact houden met de aandachtsfunctionaris / ouderenadviseur.
- *Vertrouwen, overtuigen:* de ouderenadviseur legt eens in de twee weken een bezoek af bij de man thuis of bij de 'visiteclub' waar hij hem even apart kan spreken. De buurvrouw komt nog veel bij hem over de vloer. In de loop van deze gesprekken groeit het besef bij de man dat de

- situatie anders kan worden wanneer hij slechter gaat zien en meer hulpbehoevend wordt. Hij weet niet of hij haar dan nog 'aankan'. Zij besluiten toch een keer met z'n drieën te spreken.
- *Norm stellen*: de aandachtfunctionaris gaat uit van de goede bedoelingen van de buurvrouw en complimenteert haar met haar inzet om voor haar buurman te zorgen ondanks haar eigen lichamelijke problemen. De aandachtfunctionaris spreekt haar echter ook aan op haar verantwoordelijkheid als mantelzorger: mijnheer heeft ook behoefte aan andere contacten, rust en privacy. De aandachtfunctionaris vraagt haar hem te helpen 's ochtends om met de taxi mee te gaan en wat vaker onder haar begeleiding voor een wandelingetje naar buiten te gaan. De buurvrouw wil het graag allemaal goed doen en heeft daarom veel kritiek op de huishoudelijke hulp en op de oude man zelf. Zij kan zich wel vinden in de afspraken.
 - De aandachtfunctionaris regelt een afspraak met een vrijwilliger van Visio die *voorlichting* kan komen geven over de slechtiendheid en hulpmiddelen.

Model

Ontspoorde mantelzorg door burenen, familie of bekenden is een veel voorkomende oorzaak voor ouderemishandeling. De ontsporing verloopt meestal geleidelijk zoals ook het ziekte-of verouderingsproces van beide partijen langzaam verloopt. In feite is er sprake van twee slachtoffers: zowel pleger als oudere. Mantelzorgers hebben meestal niet de bedoeling de ander kwaad te doen en weten vaak niet welke mogelijkheden er zijn om hen te ontlasten. Informatie en voorlichting en hulp bij het regelen van de leefgebieden staan centraal. Waar mogelijk wordt de autonomie hersteld.

Een 'ontspoorde' mantelzorg is in de praktijk niet zo ideaaltypisch. Er kan ook sprake zijn van financiële uitbuiting of een symbiotische relatie waarbij de een niet meer voor de ander blijkt te kunnen zorgen.

Deze casus is te typeren als *ontsporende mantelzorg* dat zich in eerste instantie uit in een vorm van *psychische mishandeling*. Over de financiële situatie kon de melder geen uitspraak doen. Zij heeft daar wel zorg over omdat de buurvrouw enerzijds 'niet aardig is' en de man in een koopwoning woont en geen kinderen en nauwelijks familie heeft, mogelijk hoopt zij als begunstigde in het testament opgenomen te worden. Voor de aandachtfunctionaris betekent dit oplettendheid voor wat betreft de financiën maar in eerste instantie een open positieve benadering van de mantelzorger die, op haar manier, toch haar best probeert te doen.

Op deze casus zijn de *gedragsmodellen* van *Wolswijk* en *Prochaska en DiClemente* goed toepasbaar. Motivatietechnieken, communicatie en heldere afspraken rond het gedrag van de buurvrouw maar ook de oude man zelf, stonden centraal. De aandachtfunctionaris weet de bemoeizucht van de buurvrouw wat te temperen met behoud van haar oprechte betrokkenheid. Zij is immers medeverantwoordelijk voor het welzijn van haar buurman, en dat houdt ook in dat hij buitenshuis sociale contacten heeft. Ook voor haar eigen gezondheid is het beter dat er hulp in het huishouden van haar buurman komt. De buurvrouw vormde de tweede schil in het figuur van *Wolswijk* terwijl de man zelf nog wel een deel autonomie heeft behouden: hij zegt bijvoorbeeld nog voldoende inzicht in zijn financiën te hebben maar realiseert zich nu wel zijn kwetsbaarheid als hij straks nog minder kan zien. Toch is hij niet helemaal in staat meer zijn buurvrouw 'aan te sturen' zodat het zijn welbevinden bevordert. Daarom was de situatie toch zorgelijk.

In deze casus is veel bereikt met informatieverstrekking, motivatie- en inzichtgevende gesprekken. Het regelen van de deelname aan de visiteclub was een belangrijke oplossing, maar misschien wel belangrijker was dat dit voor beide acceptabel gevonden werd door de manier waarop de aandachtfunctionaris het aangeboden heeft.

2 Symbiose

Een huisarts meldt via het ASHG een cliënt bij het consultatienetwerk ouderen-mishandeling aan. Het betreft een alleenstaande vrouw van 80 en haar zoon van rond de 50. De zoon heeft lang geleden een goedaardige hersentumor gehad waarvoor hij bestraald is. Mogelijk heeft dat ook andere beschadiging teweeg gebracht. Sindsdien woont hij bij zijn moeder in huis. Hij heeft geen betaalde baan (meer). Zij zorgde voor hem en hij deed klusjes in huis voor haar. Nu moeder oud is en steeds minder kan doen, wordt de situatie zorgelijk. Bovendien slaapt de zoon bij zijn moeder in bed terwijl hij incontinent is. Het bed moet dagelijks verschoond worden. Voor moeder is dat te zwaar geworden en de zoon doet het zelden. Ook is hij onvoorspelbaar agressief. Moeder is wel eens lelijk terechtgekomen doordat de zoon haar hardhandig vastgreep. En als ze de 'verkeerde' zender op televisie aanzet, gaat de afstandsbediening 'tegen de muur'. Zoonlief laat moeder geen moment uit het oog. Ze is nog redelijk ter been maar, behalve naar de huisarts, verbiedt hij haar naar buiten te gaan.

Doelstellingen en interventies

- Om *inzicht* te verkrijgen in het sociale en hulpverleningsnetwerk is contact gezocht met de huisarts die de situatie had aangemeld. Deze had al eerder zijn zorgen geuit bij moeder en zoon. Hij zag daarin geen oplossing meer en stuurde er op aan de zoon uit het huis 'te halen'.
- Vervolgens heeft de maatschappelijk werkende (aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling) van het consultatienetwerk ouderenmishandeling via een *telefonisch aangekondigd huisbezoek* het eerste contact gelegd. Zij vertelt dat de huisarts dit aan haar gevraagd heeft te doen omdat er zorgen om beide zijn. Krijgt moeder wel voldoende verzorging en wat moet er van de zoon worden nu het moeder te zwaar wordt of zelfs als zij er straks niet meer is?
- Tijdens het huisbezoek stelt de aandachtsfunctionaris een *norm*:

"Ik heb duidelijk gemaakt dat het zo niet kan, maar hij wilde niet naar de toekomst kijken, hij ontkende niet maar bagatelliseerde natuurlijk wel. Als beide ontkennen is het wel moeilijk".

De zoon reageerde zeer wantrouwend en afhoudend.

"Het kan zijn dat ik door het overleg met de huisarts te zeer een doel voor ogen kreeg dat het allemaal opgelost zou zijn als die zoon het huis uit was. Het zou heel goed kunnen zijn dat ik daarvan iets heb laten doorschemeren in dat eerste gesprek met moeder en zoon en dat hij dat gevoeld heeft en dat hij daarom ook snel wantrouwend was. Ik had dus al veel informatie terwijl ik die mensen nog helemaal niet kende! Misschien moet je met minder voorkennis starten maar dat kan eigenlijk per definitie niet omdat het altijd anderen zijn die melden".

- Vervolgens was *vertrouwen winnen* van zowel slachtoffer als pleger het tussendoel. Met moeder zijn enkele gesprekken apart gevoerd, op het bureau van het maatschappelijk werk. Dit gaf haar wat rust omdat ze eindelijk haar hart kon luchten. Het was moeilijk voor haar om toe te geven dat het niet meer ging en dat zij misschien te weinig haar grenzen had gesteld. Zij had haar zoon er ook niet van kunnen overtuigen om apart te gaan wonen en hulp te zoeken. Bovendien wilde ze hem ook niet kwijt. Daarnaast was zij bang voor hem. Daardoor lukte het haar niet om meer vrijheden voor zichzelf te nemen en ook andere mensen te ontmoeten.
- Ondertussen moest moeder een kleine medische operatie ondergaan. De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling neemt contact op met het ziekenhuis om haar wat langer opgenomen te houden voor haar *rust*.
- De aandachtsfunctionaris zit met het wantrouwen van de pleger jegens haar in haar maag en vraagt advies bij de GGZ hoe hem het best te benaderen. Want:

“Je hebt het vertrouwen van beide personen nodig om van alle twee medewerking te krijgen. Je kunt geen partij kiezen”

De GGZ laat weten zelf niets te kunnen doen omdat het niet om een psychiatrisch beeld maar om een niet-aangeboren hersenletsel gaat. De GGZ suggereert wel dat een mannelijke hulpverlener misschien het vertrouwen van de zoon kan winnen.

- De aandachtsfunctionaris schakelt vervolgens de mannelijke sociaal verpleegkundige van de GGD (OGGZ) in. Deze bleek inderdaad veel minder een bedreiging voor de zoon te vormen. Samen gaan ze naar de neuroloog. En de zoon gaat zelfs een weekje naar een vakantieoord.
- De sociaal verpleegkundige van de GGD regelt tevens een mannelijke verpleegkundige van de thuiszorg om met de zoon te komen praten over zijn incontinentieprobleem. Hij slaapt nu ook weer in zijn eigen bed.
- Pas na lange tijd, vanwege de schaarste, is er een mannelijke huishoudelijke hulp van de thuiszorg gevonden die in huis kan komen werken.
- Zodoende is er een netwerk dat het stel in de gaten houdt.

“Er was dus een netwerk van huisarts, de GGD-man, huishoudelijke hulp die de pleger in de gaten hielden en ik was er voor moeder”.

En:

“Ik heb afgesproken met de gebiedsagent dat die af en toe langskomt voor een praatje, dan heeft hij een beetje aanspraak maar weet ook dat hij in de gaten gehouden wordt.”

- Als de situatie toch weer escaleert moet overwogen worden of moeder en zoon toch niet uit elkaar gehaald moeten worden.
- Een jaar later, echter, overlijdt de moeder en woont de zoon alleen. Zijn huishouden blijft problematisch en er is regelmatig contact met de sociaal verpleegkundige van de OGGZ. Deze stimuleert hem iets aan dagbesteding te doen. Hij helpt nu in het buurthuis met timmerklussen.

Model

Ook bij een symbiotische relatie zijn er (zoals vaak ook bij gevallen van ontspoorde mantelzorg) in feite twee slachtoffers. De partners, de ouder en het kind of de grootouder en het kleinkind hebben zich, om redenen, tot elkaar veroordeeld. Het gedachtegoed van Nagy ten aanzien van het begrip loyaliteit is vaak van toepassing: de ouder blijft zorgen en het kind blijft dat eisen. Bij het ouder worden blijken zij echter niet meer in staat voor elkaar te kunnen zorgen. De wederzijdse afhankelijkheid neemt een ongezonde vorm aan. Maar ze willen ook niet uit elkaar. Wanneer er geen levensbedreigende situatie is ontstaan, wordt van de aandachtsfunctionaris veel tact, motivatietechnieken, geduld en vertrouwen wekken, gevraagd.

De beschreven casus is te typeren als die van de *symbiotische relatie*. Aandachtsfunctionarissen ouderen mishandeling zeggen dit vaak tegen te komen: gevallen van ‘doormoederende’ moeders – meestal jegens hun zonen. Vaak gaat het om een zoon die fysiek of geestelijk chronisch ziek of beperkt is, geldproblemen heeft, gescheiden is, verslaafd, werkloos, aan lager wal is geraakt. Moeder is daartegenover ook afhankelijk van haar kind, emotioneel en sociaal maar later ook voor haar eigen verzorging en het huishouden. In die fase kan het mis gaan. Zo ook in deze casus.

In deze casus stonden vooral het winnen van *vertrouwen* en daarna *motiveren* centraal. Waarschijnlijk staat dit bij ‘symbiotische’ cases altijd centraal omdat de beide partijen voorzichtig enigszins uit elkaar getrokken moeten worden tot waar het weer veilig en goed is voor beide. Moeder

wilde haar zoon niet kwijt maar wilde wel een schoon bed, een beetje verzorging en niet bang voor hem zijn, meer rust. De zoon durfde niet alleen te wonen en wilde erkenning voor de klussen die hij deed.

Uiteindelijk is het vertrouwen gevonden in de relatie die de mannelijke sociaal verpleegkundige van de GGD / OGGZ wist op te bouwen met de man. De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling kon zich zodoende richten op de oude vrouw.

Omdat in deze casus de motivatie, het vertrouwen, communicatie en gedrag zo centraal stonden, is hier een *gedragsmodel* het meest van toepassing, minder dan bijvoorbeeld een fasemodel: de fasering in de tijd was ondergeschikt aan het opbouwen van de relatie.

Ook een ecologische model van Wolswijk is toepasbaar. Van een 50-jarige zoon mag verwacht worden dat die zijn 80-jarige moeder voldoende verzorgt –zeker wanneer die bij haar inwoont. Hoewel hij psychiatrisch door een hersenaandoening is (geworden) kan hij beschouwd worden als tweede ring die de leefgebieden voor hen beide regelt. Moeder weet hem daarop echter niet (meer) aan te sturen of haar grenzen te stellen wanneer hij zelfs bij haar in bed slaapt. De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling neemt die verantwoordelijkheid voor aansturing van de 80-jarige vrouw over. Maar omdat het de aandachtsfunctionaris niet lukt het vertrouwen van de zoon te winnen, deelt zij deze verantwoordelijkheid met de (mannelijke) sociaal verpleegkundige van de GGD.

In het laatste deel C. 'Nabeschouwing' kijken we terug op onze zoektocht naar een methodiek voor de aanpak van ouderenmishandeling.

C Nabeschouwing

Nabeschouwing

We hebben zes gevallen van ernstige en minder ernstige vormen van ouderen-mishandeling de revue laten passeren. We hebben ze ontrafeld voor wat betreft de (sub)doelstellingen en keuzes voor interventies en hebben geprobeerd de modellen uit deel A. *Naar een systematiek* toe te passen. In de praktijk blijken modellen dan niet zo ééndimensionaal als ze suggereren te zijn, niet altijd toepasbaar of zijn er juist meerdere modellen tegelijkertijd van toepassing.

Dat modellen afkomstig uit de hulpverlening niet zondermeer toepasbaar zijn, heeft er onder andere mee te maken dat veel situaties van ouderenmishandeling niet alleen een hulpverleningsvraagstuk maar vooral ook een veiligheids –of criminaliteitsvraagstuk zijn.

Het ideale model?

Veel werksoorten worden opgedeeld in tijdseenheden, in porties opeenvolgende handelingen: het werk wordt in een *fasemodel* geplaatst. Dat geldt ook voor het werk van aandachtfunctionarissen ouderenmishandeling. Een fasemodel is altijd wel in meer of mindere mate van toepassing. Zo is in iedere casus wel sprake van fases tussen melding en afronding. Altijd is er eerst kort of langer een vorm van onderzoek en risicotaxatie nodig en expliciet of impliciet een besluit dat de situatie dermate ernstig is dat interveniëren geoorloofd is, gevolgd door een fase van analyse en planning: 'wat gaat wie, hoe doen?' Daarna volgt de uitvoering, voortdurende evaluatie, bijstelling en opnieuw proberen. Een casus wordt uiteindelijk ook altijd afgesloten. Maar overigens niet altijd omdat alle partijen tevreden zijn. Soms verdwijnt de pleger, overlijdt de oudere of heeft de aandachtfunctionaris (nog) niet veel kunnen bereiken.

Hoewel een fasemodel voor de hand ligt, en ook vaak voor analyse van casuïstiek wordt gebruikt ('eerst dit; dan dat'), geeft dit type model voor de dagelijkse praktijk weinig houvast omdat het geen inhoudelijke visie (slechts een volgorde van handelen) als basis heeft.

'*Chirurgische*' (ook wel medisch of technocratische) modellen lijken, in combinatie met een *ernstgraad* van de 'aandoening', meer aanknopingspunten voor het werk van de aandachtfunctionaris ouderenmishandeling te bieden omdat ze is gebaseerd op overeenkomstige kenmerken van cases en acties die daaruit voortvloeien. De geopperde indeling in types (paragraaf 5) is vermoedelijk niet uitputtend maar kan houvast bieden aan (nieuwe) werkers op het gebied van ouderenmishandeling. Zonder empirische fundering noemen we de volgende kenmerken bij bepaalde type cases:

- 'Gewoon' partnergeweld: het geweld bestaat al veel langer in de relatie; vanwege de leeftijd en afhankelijkheid wordt de situatie als 'ouderenmishandeling' aangemerkt; door de (toegenomen) afhankelijkheid van de ene partner ten opzichte van de andere is de situatie onhoudbaar geworden; relatietherapie of gesprekken zijn meestal gepasseerd station; de veiligheid van het slachtoffer staat voorop (rol voor gebiedsagent).
- Financiële uitbuiting door familie: betreft vaak een pleger met problemen (verslaving, schulden, huisvesting) of een voorschot op de erfenis. Aandacht moet uitgaan naar zowel slachtoffer als pleger. Gaat soms geleidelijk van kleine bedragen naar steeds grotere (bijvoorbeeld in combinatie met ontspoorde mantelzorg). Vaak een rol voor ouderenadviseur, thuisadministratie, verslavingszorg, OGGZ-werker. Overweeg bewindvoering.
- Financiële uitbuiting door manipulatieve 'huisvrienden' of anderen: vaak aangifte-waardig ('gewoon' diefstal) maar door slachtoffer niet door te zetten uit angst, schaamte of misplaatste loy-

aliteit; kan gepaard gaan met fysiek geweld en verwaarlozing; direct pasjes en dergelijke blokkeren en bewindvoering overwegen.

- Familieconflicten (oud zeer): verstoorde onderlinge relaties (soms ook financiële gronden of mishandeling in verleden, rancune): gesprekken met betrokkenen kunnen heel zinvol en effectief zijn.
- Ontspoorde mantelzorg: verloopt vaak geleidelijk, grenzen worden steeds verder verlegd, hulp groeit mantelzorger boven het hoofd, onbekendheid met de mogelijkheden voor hulp van buitenaf; steun en hulp voor zowel slachtoffer als pleger; inzet respijtzorg om mantelzorger te ontlasten: dagbesteding, vakanties, dagopvang, huishoudelijke hulp.
- De symbiotische ouder-kind relatie: lijkt vaker moeder-zoon combinatie te betreffen dan anderszins; vaak verslaving of psychiatrie; rol voor verslavingszorg, GGZ, OGGZ-werker; loyaliteit is belangrijk aspect.

Typeringen zijn altijd ideaaltypisch en in de praktijk kunnen er natuurlijk verschillende types tegelijkertijd aan de orde zijn. Een typering is pas mogelijk nadat een onderzoek en probleemanalyse heeft plaatsgevonden; in de praktijk is echter vrij snel duidelijk is om welk type problemen het gaat. Belangrijk(er) is daarnaast vooral ook of het om een *ernstig of minder ernstig* 'geval van ...' gaat. Ernstige gevallen gaan vaak gepaard met weinig medewerking, geen of moeizame toestemming en geringe autonomie van slachtoffer (en soms ook pleger). Juridische instrumenten (zie bijlage 1), dwang en drang, zijn dan eerder aangewezen zoals ook te zien is in het zorgcontinuüm van Lohuis.

Gedrags(veranderings)modellen gaan weliswaar sterk uit van een visie maar zijn gericht op te veranderen gedrag van het *individuele* slachtoffer en /of de pleger. Het is de vraag in hoeverre dat mogelijk is bij gevallen van ouderenmishandeling waar het juist gaat om de omstandigheden en om de interactie tussen slachtoffer en pleger. In de OGGZ, in de verslavingszorg en andere settings van hulpverlening (zoals daderbehandeling) wordt veel gewerkt met het model van *Prochaska & DiClemente* en daarom hebben wij die hier ook ingebracht. Dit model gaat uit van de cognitieve gedragstherapie. Uitgangspunt is de notie dat het denken vooraf gaat aan het doen en dat door ànders te leren denken, men zijn gedrag ook kan veranderen. Voortdurende motivatie is belangrijk om daadwerkelijk tot gedragsverandering te komen. Dit model lijkt echter niet goed van toepassing op alle situaties van ouderenmishandeling. In ernstige gevallen waarbij snelheid geboden is, is er eenvoudigweg geen tijd voor een proces van gedragsverandering. Niet de gedragsverandering staat centraal maar de veiligheid en de situatie van het slachtoffer: *die* moet (snel) veranderen. Het model en vooral de motiverende gesprekstechnieken daarin zijn wèl bruikbaar in gevallen waar ruimte is om aan gedragsverandering te werken of in 'OGGZ-achtige' cases waarbij er een langdurige relatie tussen hulpverlener en cliënt is en het vertrouwen langzaam opgebouwd wordt, bijvoorbeeld met de pleger nadat het slachtoffer in veiligheid is gebracht of de omstandigheden zijn verbeterd.

Voor het werk van de aandachtfunctionaris ouderenmishandeling lijken *ecologische modellen of contextuele benaderingen* vooralsnog het meest bruikbaar. Deze benaderingen vinden meestal impliciet of expliciet hun basis in het gedachtegoed van Bronfenbrenner en anderen zoals Nagy. Ecologische modellen bezien de mens in relatie tot zijn directe omgeving en in interactie met anderen in zijn omgeving. Nagy heeft daarnaast het begrip loyaliteit, ook door de generaties heen, uitgewerkt. En hoewel zowel Bronfenbrenner en zeker ook Nagy zich bij hun theorievorming vooral richtten op het (jongere) gezin met kinderen, zijn er verschillende elementen bruikbaar voor de benadering van het familiesysteem later in het leven, bij ouderen. Bij ouderenmishandeling schort het

meestal op allerlei aspecten van het leven van het slachtoffer (en vaak ook pleger). En ook de loyaliteit en de aard van onderlinge relaties spelen een belangrijke rol. Waar aanvankelijk nog sprake was van autonomie, regie over eigen leven of een evenwicht met partner of familie, is dat met het ouder en afhankelijker worden, scheefgegroeid of zijn situaties geëscaleerd.

Tijdens de zoektocht naar een systematiek stuitte wij bij toeval op het model (of visie –zoals hij dat zelf noemt) van *Dagobert Wolswijk* (maatschappelijk werkende en trainer/supervisor). In zijn benadering staan de zorg om de leefgebieden van de oudere en de communicatie daarover met de mantelzorg en / of hulpverleners in de tweede ring, centraal. Verhelderend is zijn uitspraak dat

“je pas niet meer voor jezelf kan zorgen, wanneer je anderen niet meer kunt aansturen.”

De aandachtsfunctionaris ouderenmishandeling neemt “vanuit zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid” deze aansturende, coördinerende en controlerende taak ten aanzien van de helpers voor de leefgebieden, in de tweede ring, van de oudere over. De aandachtsfunctionaris maakt afspraken met deze ‘helpers’ (mantelzorg, anderen) en spreekt ze aan op hun verantwoordelijkheid: *die* hebben er immers bedoeld of onbedoeld misbruik van gemaakt dat de oudere niet meer in staat blijkt om hen aan te sturen om de leefgebieden op orde te houden. Als de tweede ring niet meer te corrigeren is of leefgebieden verwaarloost, zet de aandachtsfunctionaris anderen (hulpverleners) in of besluit de organisatie van de leefgebieden door een andere instantie te laten regelen, oftewel besluit oudere en pleger uit elkaar te halen door bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis. Deze benadering lijkt goed van toepassing op veel gevallen van ouderenmishandeling. Het model verdient naar ons idee dan ook verdere uitwerking.

Drie aandachtspunten

Ouderenmishandeling is zowel een hulpverlenings- als een veiligheidsvraagstuk. Bescherming en repressie is weliswaar een politietak maar gevallen van ouderenmishandeling komen zelden in eerste instantie bij de politie binnen. Het is dus belangrijk dat hulpverleners (aandachtsfunctionarissen ouderenmishandeling), die van nature vooral hulp willen verlenen, het aspect *veiligheid* goed in het vizier blijven houden.

Een tweede aandachtspunt is het wege van de *ernstgraad* van de mishandeling. Onafhankelijk van de keuze voor een model of visie op ouderenmishandeling bepaalt met name de ernstgraad van de mishandeling of verwaarlozing vooral de acties en snelheid van handelen.

Een derde aandachtspunt is, eveneens onafhankelijk van de benadering, een stap-voor-stap *oplossingsgerichtheid*. Bij elke casus is het belangrijk om de doelstellingen, hoe klein ook te expliciteren en een strategie te bepalen hoe daar te komen.

De volgende doelen zijn meestal aan de orde (zie ook paragraaf A.8)

Inzicht in de problematiek en het netwerk om de oudere heen verkrijgen.	Informatie inwinnen.
Toegang verkrijgen tot de leefwereld van de oudere en de pleger(s).	Een eerste contact leggen.
Vertrouwen van zowel slachtoffer als pleger winnen.	Een relatie opbouwen met beide.

Een norm stellen ten aanzien van het gedrag van de pleger (geweld is niet acceptabel en/of strafbaar).	Informatie verstrekken.
Toestemming voor interventie van de oudere (en van de pleger) verkrijgen.	Vertrouwen winnen en informatie verstrekken over de interventie.
Gedragsverandering bij pleger (en eventueel oudere).	Motiveren en overtuigen.
Leefgebieden op orde krijgen.	Hulpverlening en/ of 'respijtzorg inzetten.
Minimale maatschappelijk verantwoorde levensstandaard voor de oudere bewerkstelligen wanneer niets anders werkt.	Slachtoffer en pleger(s) definitief uit elkaar halen (drang- / dwangmaatregelen).
Situatie volgen, in de gaten houden.	Formeel en informeel netwerk inschakelen.

Tot slot

Tijdens de interviews zeiden de aandachtfunctionarissen ouderenmishandeling bijna zonder uitzondering, in verschillende bewoordingen:

“Elk geval is uniek en complex en daarom kun je niet spreken van één methodiek.”

Ook wij hebben geen standaardoplossingen of zaligmakende methodieken gevonden. Bij onze zoektocht blijken aandachtfunctionarissen echter wel degelijk volgens een systematiek te werken. Dat gebeurt niet altijd zo bewust of expliciet. Maar dat kan het wóorden door cases systematisch te analyseren.

We bevelen dan ook van harte aan om dit in landelijke of regionale intervisiebijeenkomsten te doen (dus niet alleen binnen het eigen consultatienetwerk of werkring) aan de hand van een visie of model. Het doel van deze intervisiebijeenkomsten is niet –zoals in de consultatienetwerken ouderenmishandeling- om te komen tot oplossingen voor specifieke gevallen maar om te ontrafelen *waarom, wat, hoe* is gedaan. Met dit document hebben we daar een eerste stap in willen zetten.

We nodigen anderen uit deze zoektocht met ons voort te zetten. Dit werkdocument willen we graag aanvullen met verslagen van systematische analyses van cases. Zo kunnen we het methodisch handelen bij ouderenmishandeling verder ontwikkelen door het theoretisch meer te onderbouwen én praktische handvatten te geven ten aanzien van doelen en interventies. Geanomiseerde cases beschrijvingen kunnen opgestuurd naar M.vanBavel@movisie.nl

Bijlage 1. Juridische trajecten

Handelingsbekwaamheid

Volgens de WGBO (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) moeten hulpverleners aan meerderjarige cliënten toestemming vragen voor behandeling. Interventies in het kader van stoppen van ouderen mishandeling vallen daar ook onder. De toestemming moet echter vrijwillig en in 'bekwaamheid' zijn verleend.

Hoe zit dat als het slachtoffer niet in staat is om toestemming te geven, vanwege een ziekte of aandoening zoals dementie?

Er is dan mogelijk sprake van handelingsonbekwaamheid: de algemene (on)geschiktheid om eigen rechtshandelingen te verrichten. In de hulpverlening wordt vaak gesproken van wilsbekwaamheid maar dit is geen juridische term. Het is een praktische term die met name wordt gebruikt in relatie tot medische beslissingen. Een arts dient de wilsbekwaamheid van de patiënt te toetsen alvorens deze de patiënt vraagt een beslissing te nemen over een behandeling. Het duidt op het vermogen om ten aanzien van een bepaalde beslissing zelf deze beslissing verantwoord te nemen.

Meerderjarigen die niet goed in staat zijn zelfstandig beslissingen te nemen, kunnen onder toezicht gesteld worden van iemand die zaken voor hen regelt. Het gaat om mensen met bijvoorbeeld een verstandelijke handicap, dementie, een psychiatrische aandoening of een verslaving. Het toezicht kan bestaan uit:

- mentorschap,
- bewindvoering,
- curatele.

Een mentor helpt met het nemen van beslissingen op het gebied van verzorging, verpleging, behandeling ed. De mentor is er vooral om de weg te wijzen en te sturen. Is de betrokkene niet in staat te beslissen, dan zal de mentor de keuze maken.

Mentorschap gaat vaak samen met bewindvoering. Dan zijn bewindvoerder en mentor vaak dezelfde persoon. Het verschil tussen mentorschap en bewindvoering is dat mentorschap meer op persoonlijke zaken is gericht, terwijl bewindvoering meer om financiële zaken gaat. De bewindvoerder kan bijvoorbeeld een belastingaangifte doen, maar ook (bijzondere) bijstand, huurtoeslag of een persoonsgebonden budget (PGB) aanvragen. Bij bewind en mentorschap blijft de betrokkene handelingbekwaam.

Degene die het bewind aanvraagt mag zelf aangeven wie als bewindvoerder op moet treden. Dit kan bijvoorbeeld via een instelling zoals de Stichting Humanitas (Inkomensbeheer), georganiseerd worden.

Wanneer een meerderjarige niet handelingsbekwaam wordt geacht kan hij of zij onder curatele worden gesteld. Dit betekent dat iemand zijn beheer over zijn geld verliest. Het is bedoeld voor meerderjarigen die zowel hun financiële als andere persoonlijke belangen niet meer kunnen behartigen. Een verzoek tot ondercuratelestelling wordt ingediend bij de rechtbank. De rechter stelt bij het verzoek een psychiater aan om de persoon te onderzoeken. Ook is er een advocaat nodig. Als het verzoek bij de rechtbank is ontvangen, komt er een zitting. Op de zitting vraagt de rechter de mening van de partner en familieleden van de betrokkene over de gevraagde maatregel. De familieleden die schriftelijk hebben verklaard dat zij met de maatregel instemmen, worden in de regel niet meer voor de zitting opgeroepen. Ook de mening van de betrokkene wordt gevraagd. Als de betrokkene zelf niet op de zitting kan verschijnen, kan de rechter naar de instelling gaan, waar deze verblijft. Een onderbewindstelling en/of mentorschap kan niet gelijktijdig met een ondercuratelestelling plaatsvinden.

Gedwongen opname

Wanneer de situatie dermate ernstig is dat slachtoffer en pleger definitief uit elkaar gehaald moeten worden is daarvoor soms dwang nodig. Dat kan door een gedwongen opname in een psychiatrische (geriatriesch) kliniek of psychogeriatrisch verpleeghuis. Wanneer de oudere zich daartegen niet verzet kan dit via een reguliere indicatiestelling plaatsvinden.

Wanneer de oudere (of zijn omgeving) zich echter wel verzet of niet in staat is een beslissing te nemen (wils- of handelingsonbekwaam is), kan een opname alleen via de BOPZ (*wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen*) geregeld worden. Er moet dan aan de volgende criteria worden voldaan:

- de cliënt vormt een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving,
- het gevaar houdt verband met een stoornis van de geestvermogens,
- het gevaar is niet af te wenden door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis,
- de patiënt geeft geen blijk van de nodige bereidheid tot opname,
- de patiënt is ouder dan 12 jaar.

De BOPZ biedt twee mogelijkheden voor gedwongen opname:

- de rechterlijke machtiging (RM)
- de inbewaringstelling (IBS)

De RM is een langere procedure dan IBS; een inbewaringstelling kan binnen 24 uur geregeld zijn maar is een voorlopig besluit door de burgemeester.

Een verzoek voor een rechterlijke machtiging wordt aangevraagd via de officier van justitie (Openbaar Ministerie). Deze kan op eigen initiatief (ambtshalve) een verzoek bij de rechter indienen of het verzoek is afkomstig van familie, hulpverleners of curator. Een onafhankelijk (dus niet de behandelend) arts of psychiater moet vaststellen of er sprake is van gevaar en het verband met een geestesstoornis.

Voor de spoedprocedure van een inbewaringstelling, bij een ernstig vermoeden van gevaar waar direct handelen bij geboden is, verloopt het verzoek via de burgemeester (of gemandateerde wethouder). De cliënt krijgt dan tevens een advocaat toegewezen. Een IBS is een voorlopige regeling waarbij ondertussen de procedure van de RM via de officier van justitie start.

Aangifte doen en melden

Slachtoffers doen zelden aangifte van mishandeling. Soms zijn zij daar fysiek niet toe in staat. Maar de reden dat de pleger familie of een bekende van het slachtoffer is, telt meestal zwaarder. Je geeft nu eenmaal niet zomaar je kind, echtgenoot of buurvrouw aan.

- Alleen het slachtoffer kan aangifte bij de politie doen. Aangifte kan ook aan huis gedaan worden, men kan specifiek voor een vrouwelijk politiebeambte vragen, Slachtofferhulp kan ondersteuning bieden bij het doen van aangifte, dit heeft de voorkeur boven de hulpverlener die mogelijk later als getuige optreedt. Bij een aangifte wordt een proces verbaal opgemaakt. Een aangifte kan juridisch gezien niet ingetrokken worden. Het slachtoffer kan de officier van justitie wel schriftelijk verzoeken de strafvervolgung te stoppen maar deze hoeft dat niet te honoreren.
- De politie kan ook zonder aangifte de pleger 'ambtshalve' vervolgen wanneer er sprak is van een ernstige bedreiging van de lichamelijke integriteit van het slachtoffer en/of wanneer deze zich in een duidelijke afhankelijkheidspositie ten opzichte van de verdachte bevindt.
- Iedereen kan verdachte zaken of misdrijven melden bij de politie, dit is wat anders dan het doen van aangifte. De politie maakt van een melding een 'mutatie' in het

Gegevensuitwisseling (Uit: Handreiking gegevensuitwisseling bij bemoeizorg, 2005)

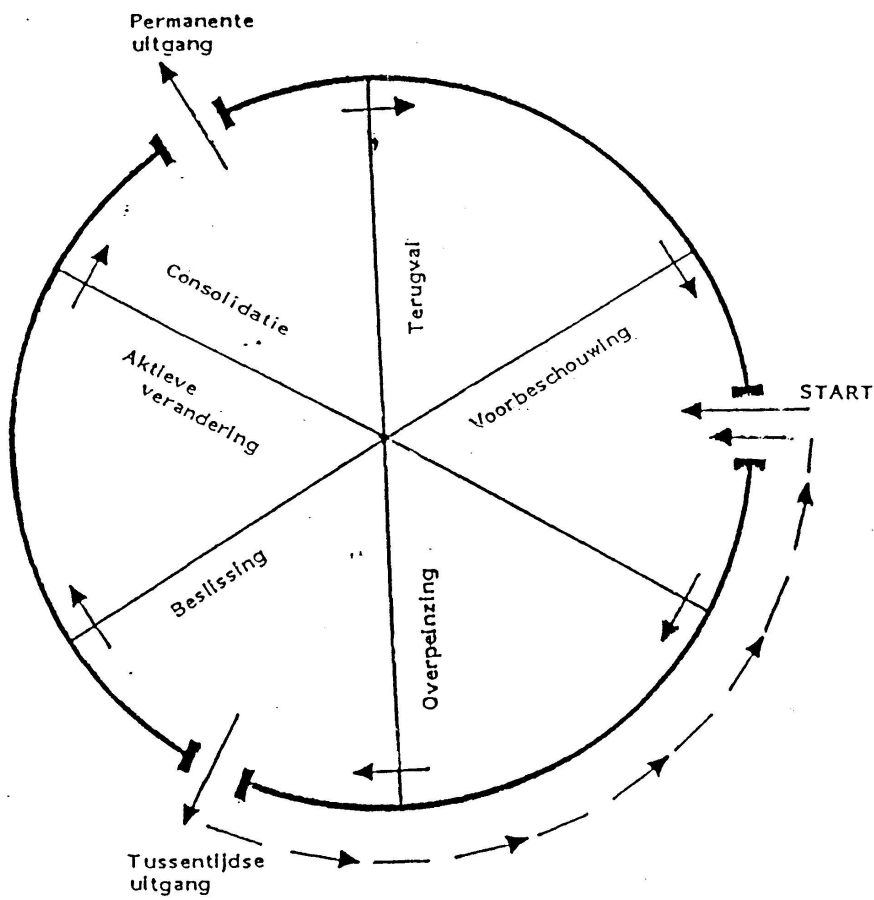
Bemoeizorg is het bieden van (ongevraagde) hulp aan (zorgwekkende) zorgmijders met een (vaak) complexe problematiek, waarbij verbetering van de kwaliteit van leven en reductie van overlast als uitgangspunten dienen. De hulpverlening heeft een actief, outreachend en laagdrempelig karakter. De samenwerking tussen verschillende personen en organisaties (kern- of schilpartners) is van wezenlijk belang om deze groep cliënten met de hulpverlening in contact te brengen. Dit kan leiden tot overleg waarin persoonsgegevens worden uitgewisseld. Veelal gaat het om een zogenaamd 'vangnetoverleg', waaraan meerdere organisaties deelnemen. Daarbij is het niet altijd mogelijk toestemming van de betrokkene te verkrijgen. Er is dan sprake van een 'conflict van plichten'. Als dringende belangen van de patiënt of van anderen met gegevensverstrekking zijn gemoeid, kan de hulpverlener deze ook *zonder toestemming* verstrekken.

Richtlijnen daarvoor zijn de volgende:

1. In het kader van bemoeizorg worden de rechten van de cliënt gerespecteerd.
2. Er is voor cliënten algemene informatie beschikbaar waarin vermeld staat wat hun rechten zijn en in welke omstandigheden op die rechten tijdelijk uitzonderingen kunnen of moeten worden gemaakt.
3. Tot het tijdelijk beperken van de rechten van de cliënt (waaronder het verstrekken van persoonsgegevens aan anderen zonder diens toestemming) wordt alleen overgegaan indien daartoe een evident belang aanwezig is.
4. Het verstrekken van persoonsgegevens zonder toestemming tijdens een vangnetoverleg vindt alleen plaats indien geen minder ingrijpend middel bestaat om het beoogde doel te bereiken.
5. Regelmatig wordt geëvalueerd of er nog steeds redenen zijn de rechten van betrokkene te beperken.
6. Indien het verstrekken van persoonsgegevens zonder toestemming noodzakelijk is, worden alleen relevante gegevens verstrekt.
7. De instantie die overgaat tot het verstrekken van persoonsgegevens zonder toestemming draagt ervoor zorg dat daarvan aantekening wordt gemaakt in het op betrokkene betrekking hebbende dossier.
8. Gespreksverslagen van contacten tussen personen en organisaties in een bemoeizorgtraject worden zoveel mogelijk gecodeerd of geanonimiseerd.
9. De deelnemers aan een bemoeizorgoverleg betrouwen buiten de kring van personen en organisaties (kern- of schilpartners) die aanspraak kunnen maken op betrokken persoonsgegevens over deze gegevens geheimhouding

Bijlage 2. Model van gedragsverandering

Van Prochaska en Diclemente (1997 / 1983)



Naar: Prochaska en
Diclemente (1982)

Motiverende gespreksvoering plegers van huiselijk geweld in relatie tot model Prochaska en Diclemente (De Aanpak, Van Oosten en Van Outsem, 2001)

Posities van de cliënt (fase van gedragsverandering)	Benaderingswijze van de hulpverlener	Interventietechnieken
Voorbeschouwing	<i>Uitlokken</i>	(Open) vragen stellen Selectief, reflectief luisteren Heretiketteren van verantwoordelijkheid Samenvatten, ordenen Concretiseren Provocereren
Overdenking	<i>Informereren</i>	Overzicht van probleemgebieden Feed back van diagnostiek Voorlichting Confrontatie
Beslissing	<i>Onderhandelen</i>	Keuzemogelijkheden structureren Cliënt laten afwegen van voor- en nadelen Cliënt beslissing laten nemen
Actieve verandering	<i>Bekrachtigen en terugvalpreventie</i>	Successen benadrukken Analyseren van gedrag dat leidt tot succes Falen zien als leermomenten
Consolidatie	<i>Aanmoedigen en terugvalpreventie</i>	Positieve gevolgen op lange termijn benadrukken Terugvalpreventie uitleggen

Literatuur

Bakker, H. e.a. *De au van ouderdom, ouderenmishandeling, perspectieven voor hulpverlening*. Utrecht, NIZW, 1999

Bakker, H. *Ontspoorde zorg, overbelasting en ontsporing in mantelzorg voor ouderen*. Utrecht, NIZW, 2001

Boer, M. de *Juridische aspecten van huiselijk geweld, informatie voor slachtoffers en hun adviseurs*. Utrecht, TransAct, 2005

Heerwaarden, Y. van en K. Schaafsma *Je ziet het pas als je het gelooft* Amsterdam / Utrecht, DSP/LPBO/NIZW, 2005

Lans, J. van der *Bemoeien werkt : naar een pragmatisch paternalisme in de sociale sector*. Amsterdam, De Balie, 2003

Lohuis, G. e.a. *Van bemoei- naar groeizorg, methodieken voor de OGGz*. Groningen, Wolters-Noordhoff, 2000

Mönnink, H. de *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker: handboek multimethodisch maatschappelijk werk*. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg, 2004

Outsem R. en N. van Oosten *De Aanpak: systeemgerichte hulp bij geweld in relaties*. Utrecht, TransAct, 2001

Snellen, A. *Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk: een eclecticisch-integratieve aanpak*. Bussum, Coutinho, 2000

Richtlijnen voor gegevensuitwisseling bij bemoeizorg. Utrecht / Amersfoort, GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, 2005

Wolswijk, D. *Binnendoor of buitenom, de cirkel en zijn delen*. (niet openbare publicatie) Amsterdam, 2000