

STOP OUDERENMIS(BE)HANDELING NU!

Wetenschappelijke inzichten aangaande vroegdetectie, preventie en interventies

Els MESSELIS¹

Een prachtige villa in een deftige wijk met adembenemende platanen in de tuin. Opgeborgen achter immense gordijnen en dikke muren is dorre ellende te bespeuren. Mevr. X, 78 jaar, wordt gechanteerd, uitgescholden, gemanipuleerd en dus emotioneel mis(be)handeld door haar man. Daarenboven wordt ze financieel uitgebuit door haar oudste dochter. Iedereen in de straat weet ervan, maar toch zwijgt iedereen. De schone schijn wordt hoog gehouden. Hoe hypocriet, loyaal of mild kunnen we zijn? Wie stelt hier grenzen?

Ouderenmishandeling werd lange tijd gezien als een privézaak die achter gesloten deuren en vensters verborgen bleef. Het is pas de laatste decennia dat de problematiek in de open-

baarheid is gekomen. Sedert die tijd heeft de gezondheids-, de sociale en de juridische sector stijgende interesse getoond in de problematiek. Meer en meer wetenschappelijk onderzoek wordt ontwikkeld en de professionelen op het veld worden op een deskundige manier aangeleerd hoe risicofactoren te detecteren en hoe mis(be)handeling aan te pakken. Toch blijft het taboe groot.

In dit artikel² gaan we eerst in op de omschrijving en de vormen van ouderenmis(be)handeling, en daarna worden de wetenschappelijke inzichten aangaande vroegdetectie, preventie en interventies besproken. Dit alles wordt gekaderd in het framework van Bronfenbrenner (1979).

-
- 1 De auteur is maatschappelijk werkster en gerontologe met expertise in psychosociale en educatieve gerontologie. Ze is opleidingscoördinator en lector Seniorenconsulentenvorming aan de Hogere Leergangen voor Fiscale en Sociale Wetenschappen – HUB. Ze was de Belgische partner in het Europese project 'Breaking the Taboo II', in samenwerking met het Vlaams Ondersteuningscentrum voor ouderenmis(be)handeling, waar een trainershandboek voor professionelen werd ontwikkeld. Ze werkt aan de professionalisering van vormingen en trainingen aangaande ouderenmis(be)handeling in samenwerking met o.m. Prof. M. Cohen van de Universiteit in Haifa, Help Age International en INPEA. Contact: Els.Messelis@hubkaho.be.
 - 2 Het artikel is gebaseerd op: Messelis, E. (2013). Belang van wetenschappelijke benadering bij ouderenmis(be)handeling. Vroegdetectie, risico- en beschermende factoren en interventies, in: Handboek Familiaal Geweld. Afl. 7 – nov 2013, 6. Ouderenmis(be)handeling – Concrete aanpak – 2/1-2/15, en: Messelis, E. De sociale professional en ouderenmis(be)handeling, zorg voor de professional, in: van Vliet, J. & Jukema, J.S. (2014). Perspectieven op ouder worden en de sociaal professional. Boom/Lemma.

Ouderenmis(be)handeling?

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert ouderenmis(be)handeling als volgt: *“Elder maltreatment is defined as a simple or repeated act of lack of appropriate action, occurring within any relationship in which there is an expectation of trust, that causes harm or distress to older people.”* (WHO, 2002)

De benedengrens om de problematiek te beschrijven, varieert binnen de Europese Unie van 55 tot 65 jaar, terwijl de Wereldgezondheidsorganisatie in haar meest recente rapport van 2011 (Sethi, et. al., 2011) ervoor opteert om de benedengrens op 60 jaar te leggen. In dit artikel gebruiken we de benedengrens van de WHO, maar we verwachten dat deze wellicht in de toekomst zal opschuiven naar 65 of zelfs 70 jaar.

In Vlaanderen wordt expliciet een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de grove, strafrechtelijke vormen van ouderenmishandeling (bijvoorbeeld slaan, geld verduisteren, enz.) en anderzijds de subtiele, minder spectaculaire vormen, zoals vrijheidsbeperking, geen privacy op het toilet,... (Van de Ven, 1997). De tweede soort wordt door Bakker e.a. (2000) ook 'ontspoorde zorg' genoemd en wordt beschouwd als een onopzettelijke grensoverschrijving. De term mishandeling daarentegen veronderstelt veeleer een moedwillige daad.

De grens tussen mishandeling en ontspoorde zorg is echter in de praktijk vaak moeilijk te trekken. Wat er ook van aan is: iedereen die een vertrouwensrelatie heeft met andere mensen, ook oudere volwassenen, moet alert zijn voor alle vormen van disrespect ten aanzien van zijn of haar medemens. Indien dit niet het geval is,

worden de mensenrechten bedreigd en kan er een negatieve impact zijn op de kwaliteit van leven.

“**De grens tussen mishandeling en ontspoorde zorg is in de praktijk vaak moeilijk te trekken.**”

Aangezien ouderenmis(be)handeling nog steeds een taboeonderwerp is, gaan we ervan uit dat enkel het topje van de ijsberg is gekend. Veel problemen worden onder de mat geveegd. Dat vermoeden wordt gewekt als we de cijfers bekijken.

Enkele cijfers

Algemeen wordt aangenomen dat wereldwijd 5 à 10% van de 65-plussers geconfronteerd wordt met ouderenmis(be)handeling. Sommige prevalentiestudies in andere landen van Europa (bijvoorbeeld in de UK, O'Keeffe, et. al., 2007 en in Ierland, Naughton, et. al., 2010) wijzen uit dat meer oudere vrouwen dan oudere mannen slachtoffer zijn van ouderenmis(be)handeling. De ABUEL-studie (Soares, et. al. 2010) daarentegen wijst erop dat meer oudere mannen dan oudere vrouwen slachtoffer zijn van mentale, fysische of financiële mis(be)handeling. Meer onderzoek is nodig om daaromtrent uitsluitsel te geven.

Uit het Jaarverslag 2013 van VLOCO blijkt dat de plegers in 81% van de meldingen vertrouwenspersonen en/of familieleden van het slachtoffer zijn, in meer dan de helft van de gevallen het eigen kind, en de zoon vaker dan de dochter. Ook hulpverleners maken soms misbruik van het vertrouwen van oudere patiënten.³

3 Paragraaf toegevoegd door de redactie. Bron: Jolien Van Damme, VLOCO.

Vormen van ouderenmis(be)handeling

De WHO (2011) haalt de volgende vormen aan: psychologische, fysische, emotionele, seksuele, financiële of economische mishandeling (het onrechtmatig beheren van gelden of zaken die daarmee verband houden).

In Vlaanderen onderscheiden we volgende zes vormen van ouderenmis(be)handeling: fysische mis(be)handeling (bv. slaan, schoppen), psychische/emotionele mis(be)handeling (bv. uitkafieren, manipuleren), seksuele mis(be)handeling (bv. verkrachting), financiële mis(be)handeling (bv. geld verduisteren, slecht beheer gelden), verwaarlozing (bv. onthouden van medische zorgen/voeding) en schending van rechten (bv. ongevraagd brieven openen).

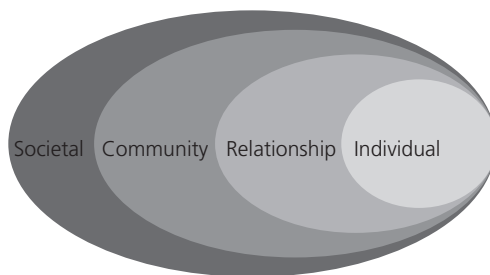
De WHO haalt in haar rapport verder ook het fysiek beperken van ouderen aan (bv. iemand fixeren, het toedienen van teveel rustgevend medicatie om iemands gedrag onder controle te houden). Voor dit laatste voorbeeld neemt prof. dr. Sophia de Rooij van het AMC Amsterdam zelfs het woord 'chemische mishandeling' in de mond (Verweire, 2014).

Belang van vroegdetectie

Ouderenmis(be)handeling is een multi-complexe problematiek, die niet zomaar in afgeleide modellen en methodieken te gieten is. Daarom is het als hulpverlener belangrijk om holistisch geschoold te zijn om vanuit een multifactorieel verklaringmodel de problematiek aan te pakken. Het model van Bronfenbrenner is volgens ons daarvoor het meest aangewezen model (Messelis, 2010; Sethi, et. al., 2011) omdat naast persoonlijke en relationele factoren ook maatschappelijke en structurele aspecten in kaart gebracht worden.

“Het is als hulpverlener belangrijk om holistisch geschoold te zijn om vanuit een multifactorieel verklaringmodel de problematiek aan te pakken.”

Figuur 1: Ecologisch model van Bronfenbrenner



Om de risicofactoren duidelijk te kunnen kaderen, dienen ze op een objectieve manier gescreend en dus getaxeerd te worden. Dit kan op verschillende manieren gebeuren: op basis van intuïtie, op basis van kennis en ervaring, via protocollen en risico-taxatie instrumenten.

Om de verschillende manieren van die gespreksvoering onder de knie krijgen, kunnen professionelen inspiratie halen uit het "Trainershandboek" dat we samen met het Vlaams Ondersteuningscentrum voor Ouderenmis(be)handeling (VLOCO) ontwikkelden in het kader van het Europees Daphne project "Breaking the Taboo II" (zie: www.btt-project.eu). Dit handboek is gericht op (potentiële) trainers en biedt (minstens) een tweedaagse cursus aan, bestaande uit 9 modules, voor gezondheids- en welzijnswerkers die werken met oudere personen in de thuiszorg. De training heeft als doel ouderenmis(be)handeling in de thuissituatie te herkennen en te (be)handelen. Module 4 van het trainershandboek wordt gewijd aan vroegdetectie met theoretische invalshoeken, casussen en oefeningen.

Twee risicotaxatie-instrumenten

In de huidige trainingen die we geven, wordt bijkomend gebruik gemaakt van twee bestaan-de risicotaxatie-instrumenten: het driedimensionaal instrument, dat ontwikkeld werd door Cohen, et. al. (2010) en door ons in het Nederlands vertaald, na schriftelijke goedkeuring van prof. Cohen, en het Risicotaxatie-Instrument (RITI), ontwikkeld door De Donder, et. al. (2013). Beide instrumenten taxeren op risicofactoren voor ouderenmis(be)handeling, maar het grote verschil tussen beide is dat het driedimensionaal instrument ook een directe vraagstelling inhoudt naar het vermoedelijke slachtoffer, en bij de RITI is dit niet het geval.

Het **driedimensionaal instrument** is gebaseerd op een grootschalig onderzoek dat uitgevoerd is in Israël met de hulp van JDC-Eshel, Haifa Universiteit, het Ministerie van Volksgezondheid, het Ministerie van Welzijn en het Nationaal Verzekeringsinstituut. De belangrijkste bevindingen van het onderzoek zijn: (1) de noodzaak van een proactieve detectie van risicovolle oudere volwassenen; (2) de wenselijkheid dat vroegdetectie gebeurt aan de hand van drie categorieën: identificatie van risicofactoren, directe vraagstelling (vb. Ben je bang van bepaalde familieleden of van andere mensen die je kent? Heeft iemand geprobeerd om je pijn te doen?) en identificatie van signalen van misbruik; en (3) de risicofactoren bleken, alhoewel niet uitsluitend, de belangrijkste voorspellers van misbruik te zijn. De screeningtool maakt gebruik van observatie, een algemeen interview en een directe vraagstelling. De richtsnoeren bevatten gedetailleerde instructies, richtlijnen en voorbeelden die van nut kunnen zijn bij het gebruik van het screeninginstrument. Er wordt onderzocht in hoeverre het interessant is om dit instrument te implementeren in Vlaanderen.

Het **Risicotaxatie-instrument voor ouderenmis(be)handeling (RITI)** werd op vraag van het Vlaams Ondersteuningscentrum voor Ouderenmis(be)handeling in 2013 ontwikkeld door prof. De Donder van de VUB. Het instrument bevat een korte en op de praktijk gerichte checklist die gebaseerd is op gekende signalen en risicofactoren van ouderenmis(be)handeling (vb. in welke mate hebt u als hulpverlener het gevoel dat de oudere afhankelijk is van een steunfiguur?). Er wordt rekening gehouden met signalen en risicofactoren die we bij het slachtoffer kunnen zien, maar ook met signalen die bij de pleger of omgeving kunnen worden opgemerkt. Dit moet hulpverleners, die reeds in een bepaald gezin aan huis komen, helpen om alerter te zijn voor bepaalde signalen en hen in de mogelijkheid stellen deze vlug op te merken, en het zal een ondersteuning bieden bij het aftoetsen van vermoedens.

Het gebruik van het RITI is gratis, na ondertekenen van een samenwerkingsovereenkomst met VLOCO. De vragenlijst wordt anoniem ingevuld door de hulpverlener via een beveiligde webapplicatie, zonder dat hij daarvoor de betrokkenen dient te bevragen. Na de scoreberekening krijgt de hulpverlener een algemeen beeld van de grootte van het risico op ouderenmis(be)handeling. Dit wil nog niet automatisch zeggen dat er in een bepaalde situatie reeds sprake is van ouderenmis(be)handeling, maar het kan de hulpverlener wel attent maken op mogelijke probleempunten (zoals bijvoorbeeld overbelasting van de mantelzorger, recente stresserende gebeurtenissen...). Het geeft dus een indicatie welke belastende factoren aanwezig zijn in dat gezin. Op die manier kan de medewerker ook preventief optreden en samen met de betrokkenen in kwestie bespreken hoe men de situatie anders kan aanpakken of hoe de zorg verlicht kan worden.⁴

4 Paragraaf toegevoegd door de redactie. Bron: Jolien Van Damme, VLOCO.

Het RITI-model wordt momenteel getest door Familiehulp vzw (N=3500) en het OCMW Herzele (N=100). De eerste testresultaten van het RITI door Familiehulp zijn positief. Familiehulp geeft aan dat het RITI een belangrijke preventieve werking heeft en dat het instrument aanzienlijk bijdraagt tot de alertheid van de medewerkers. Daarnaast heeft het gebruik van het RITI reeds situaties van ouderenmis(be)handeling naar boven gehaald die tot nog toe niet aan het licht waren gekomen.

Effectieve risicofactoren

Welke effectieve risicofactoren zijn er nu die leiden tot ouderenmis(be)handeling? De Wereldgezondheidsorganisatie heeft in haar rapport een synopsis gemaakt van deze factoren, op basis van onderzoeksgegevens uit diverse landen.

Zij stellen dat we extra alert moeten zijn voor: ouderen met dementie (=individueel probleem bij slachtoffer); mantelzorgers die lijden aan mentale problemen/alcohol of drugsverslaving, die agressief zijn en die financiële problemen hebben (=individuele problemen bij pleger); plegers die financieel, emotioneel of qua woning afhankelijk zijn van het slachtoffer (=relationele problemen). Daarnaast is sociale isolatie een pijnpunt: slachtoffers die alleen leven met de pleger en waar beiden weinig sociale contacten hebben (=maatschappelijke problemen). Andere mogelijke beïnvloedende factoren zijn: de aard en de kwaliteit van de relatie, gender en leeftijd (WHO, 2011).

Belang van evidence-based interventies

Nadat vermoedens van ouderenmis(be)handeling zijn gedetecteerd, is het belangrijk om interventies op te zetten. Op Europees vlak worden

tal van interventies aanbevolen om de preventie te bevorderen en om ouderenmis(be)handeling tegen te gaan.

De WHO maakt in haar rapport van 2011 (Sethi, et. al.) een onderscheid tussen universele (bv. publieke informatie campagnes, professioneel bewustzijn, schoolgerichte intergenerationele programma's), selectieve (bv. screening, educatieprogramma's voor formele en informele zorgverleners), geïndiceerde (bv. hulplijnen, psychologische programma's voor plegers) en andere interventies (bv. organisatorische interventies). Uit hun analyses blijkt dat er veelbelovende evidentie is voor educatieve programma's waarbij zorgverstrekkers (bv. verpleegkundigen, verzorgenden, medisch geschoolden) positieve attitudes creëren ten opzichte van ouderen. Ook is er veelbelovende evidentie voor psycho-educatieve programma's bij mantelzorgers, waardoor een daling van zorgoverlast, stress en depressie ontstaat.

“**Er is veelbelovende evidentie voor educatieve programma's waarbij zorgverstrekkers positieve attitudes creëren ten opzichte van ouderen en voor psycho-educatieve programma's bij mantelzorgers.**”

We vinden in het WHO-rapport slechts twee evidence-based interventies terug die zich specifiek richten op de holistisch geïnspireerde hulpverlener, namelijk het Breaking the taboo II-project en de speciale units in Israël.

Het Breaking the taboo II-project (Messelis, 2012)

Dit project valt onder de zogenaamde 'universele interventies', waarbij bewustzijn ten

aan zien van ouderen mishandeling bij zorg- en hulpverleners wordt aangewakkerd en waarbij trainingen worden opgezet voor (onder meer) de sociaal professional. Aangezien deze trainingen nog maar pas in de praktijk zijn opgestart, is er nog geen volledig zicht op de impact. De try-out workshops in de diverse landen zijn wel geëvalueerd, en hieruit bleek dat het ontwikkelen van het trainershandboek een goed ontwikkeld project is dat zijn nut reeds bewezen heeft, en wel op de volgende vlakken: verhoging van het persoonlijk bewustzijn ten opzichte van de problematiek, verhoogde hulp aan slachtoffers van ouderenmis(be)handeling, verhoogde persoonlijke mogelijkheid om met diverse problemen die verbonden zijn aan ouderenmis(be)handeling om te gaan. Een bijzondere verdienste van het trainershandboek is dat het flexibel kan gebruikt worden voor diverse doelgroepen.

Multidisciplinaire units in Israël (Salon & Lang, 2013)

Dit project valt onder de zogenaamde 'geïndiceerde interventies' om de detectie van ouderenmis(be)handeling efficiënter te laten verlopen en om nieuwe curricula te ontwikkelen inzake interventies. De units hebben multidisciplinaire teams opgericht die bestaan uit een sociaal werker (coördinator), getraind in geriatrie en ouderenmis(be)handeling, een geriater, een advocaat en paramedici. De interventies worden geïmplementeerd op individueel niveau (bespreking cases en groepstherapie). De units zorgen voor counseling en vertegenwoordiging van oudere slachtoffers, voor training van soci-

aal werkers en andere professionals, en voor evaluaties om na te gaan of de doelstellingen effectief worden behaald.

Het ontwikkelen van gerichte interventies houdt in dat op een professionele manier omgegaan wordt met de problematiek (= coping). Zich bewust zijn van de moeilijke situaties op de verschillende niveaus is een voorwaarde om met deze situaties om te kunnen gaan. Coping is een proces van managen van omstandigheden, waarbij inspanningen geleverd moeten worden om (inter)persoonlijke problemen op te lossen. Tevens moet gezocht worden hoe men stress en/of conflicten onder de knie kan krijgen, hoe ze te verminderen of ze te tolereren (Lazarus & Folkman, 1984). Terwijl er verschillende copingstrategieën bestaan, zijn er twee principes die fundamenteel zijn om te vermelden: de probleem-gerichte focus en de emotioneel-gerichte focus (Folkman & Moskowitz, 2004; Schaufeli, 2001).

Sensibilisering is van primordiaal belang

De nieuwe inzichten leren ons dat er al een heel lange weg is afgelegd wat de aandacht en de professionalisering van ouderenmis(be)handeling aangaat. Ondanks de nieuwe inzichten en de impactanalyses zijn nog meer interventiestudies nodig. Daar moeten we naar de toekomst meer op inzetten. Ondertussen is sensibilisering van primordiaal belang! Elke oudere volwassene die wordt mis(be)handeld, is er een teveel.

Literatuur

- Bakker, H., Beelen, J., Nieuwenhuizen, C. (2000). *De au van ouderdom: ouderenmishandeling, perspectieven voor hulpverlening*, Utrecht, NIZW uitgeverij.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge. Harvard University Press.
- Cohen, M., Halevy-Levin, S., Gagin, R. Prilutzky, D. & Friedman, F. (2010). *Identification and elder abuse: Development of a screening tool for community services and hospitals*. Haifa: University of Haifa.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Reviews Psychology*, 55, 745-774. Home Helpers (ongoing).
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Messelis, E. (2012). *Geweld tegen oudere vrouwen in de thuissituatie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Messelis, E. (2010). *Breaking the taboo II project*. Project n°: JLS/2008IDAP3/AG/1263-30-CE-0324279/00-89. Stuurgroepvergadering n° 1 op 21 mei 2010. Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen. Brussel/ Schaarbeek.
- Naughton, C, et. al. (2010). *Abuse and neglect of older people in Ireland. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. Dublin, National Centre for the Protection of Older People.
- O'Keeffe, M. et. al. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: prevalence survey report*. London, National Centre for Social Research and King's College London.
- Salon, S & Lang, B (2013). *Helping Professionals to Identify Elder Abuse and Neglect*. IAGG. Korea-Seoul.
- Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*. 2001, 86(3), 499-512.
- Sethi, D., et. al. (2011) (Eds.). *European report on preventing elder maltreatment*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Soares, J.F., et. al. (2010). *Abuse and health among elderly in Europe*. Kaunas.
- Van de Ven, L. (1997). *Het verzwegen leed*, lezing n.a.v. een studiedag ouderenmishandeling, organisatie Liberale Mutualiteit van Oost-Vlaanderen en Solidariteit voor het gezin.
- Verweire, E. (2014). De pillenberg. Overmedicatie bij ouderen. *EOS maandblad voor wetenschap*. Pp: 26-29.
- World Health Organization (WHO)/INPEA (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO.

"ZWIJGEN BIEDT GEEN UITKOMST!"**Het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling (VLOCO)**Jolien VAN DAMME¹

VLOCO verstaat onder mis(be)handeling van een oudere persoon: *"Het handelen of nalaten van handelen door al wie in een persoonlijke en/of professionele relatie met de oudere staan, waardoor die oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt of vermoedelijk zal lijden, en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van afhankelijkheid."* (Comijn, 1996)

Er is met andere woorden steeds sprake van een **vertrouwensrelatie** tussen slachtoffer en pleger. Een handtasdiefstal door een onbekende op de tram valt dus niet onder deze definitie van ouderenmis(be)handeling; oma geld afpersen met de dreiging dat ze haar kleinkinderen niet meer mag zien wel. Bovendien gaat het ook over vormen van geweld die niet zo bedoeld zijn: ook een mantelzorger die uit onwetendheid zijn dementerende partner vastmaakt aan de zetel om haar veiligheid te garanderen, valt onder de noemer ouderenmis(be)handeling. Juist met de "be" in ouderenmis(be)handeling willen we benadrukken dat naast opzettelijke mishandeling ook sprake kan zijn van **niet bewuste handelingen of nalaten van handelingen** die de oudere verdriet, pijn of kwaad berokkenen.

Ouderen zelf hebben heel wat **redenen om niet over mis(be)handeling te praten**: ze schamen zich of hebben een schuldgevoel over wat hen overkomt, en vaak hebben ze ook loyaliteitsgevoelens naar hun kinderen toe ('Het blijft toch altijd mijn dochter!'). Net omdat het slachtoffer vaak afhankelijk is van de pleger voor het ontvangen van zorg, aandacht..., is er een grote angst om die hulp te verliezen. Ook de vrees voor een escalatie van het geweld, eens iemand uit de omgeving op de hoogte is, voedt het stilzwijgen. Ondertussen raken mensen steeds dieper in dat patroon verzeild, waardoor het moeilijker wordt om uit de negatieve spiraal te ontsnappen, en worden slachtoffers moedeloos om stappen te ondernemen. Dit maakt dat het vaak heel lang duurt alvorens het probleem wordt ontdekt en aangepakt.

VLOCO onderstreept dan ook **het belang van vroegdetectie**. Hulpverleners die in contact komen met ouderen moeten oog en oor hebben voor mogelijke signalen van mis(be)handeling en moeten durven om ouderen hierop aan te spreken. Ouderenmis(be)handeling is niet altijd makkelijk te detecteren, maar de praktijk toont telkens opnieuw dat hoe vroeger men kan ingrijpen

1 De oorspronkelijke tekst van Jolien Van Damme werd aangevuld met gegevens uit de website van VLOCO. De auteur is medewerker hulpverlening van VLOCO. Contact: jolienvandamme@cawoostvlaanderen.be.

in een situatie, hoe kleiner de kans op escalatie is en hoe minder drastisch het ingrijpen hoeft te zijn. Vaak kan door het inschakelen van bijkomende ondersteunende diensten een deel van de zorglast opgevangen worden, of kan de pleger geholpen worden in zijn persoonlijke problematiek (vb. verslaving, financiële problemen...).

Met de komst van de nieuwe **Hulplijn 1712** "Misbruik, Geweld en Kindermishandeling" heeft het Vlaams Meldpunt Ouderenmis(be)handeling zich in 2012 omgevormd tot het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling (VLOCO). De meldingen van burgers zullen via de hulplijn worden opgevolgd.

Professionelen met een vermoeden van of vragen rond ouderenmis(be)handeling kunnen zich richten tot het VLOCO voor het krijgen van informatie of advies over mogelijk te volgen pistes in de aanpak ervan. Een casus kan anoniem geschetst worden. Daarnaast geeft het VLOCO ook vorming op maat aan de gezondheids- en welzijnssector. Een aantal situaties vereisen omwille van de ernst of de complexiteit een hulpverlener die specifiek kan werken rond de problematiek van ouderenmis(be)handeling, naast de reeds aanwezige zorg van huisarts, thuiszorg, enz. Sommige provincies beschikken over een Steunpunt, waar casemanagers ondersteuning bieden aan het slachtoffer, maar ook in gesprek kunnen gaan met de pleger of het netwerk rond de cliënt kunnen optimaliseren. Meer informatie hierover is te vinden op de VLOCO-website.

Info: Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling (VLOCO), Grotenbergstraat 24-26, 9620 Zottegem, tel. 078 15 15 70, www.ouderenmisbehandeling.be.