

Bijlage 6

Verantwoording algemeen

Werkgroep

De handreiking is ontwikkeld door de werkgroep 'Handreiking vervuilde huishoudens'. De werkgroep is methodologisch en organisatorisch ondersteund door het projectteam van het Trimbos-instituut. Zie bijlage 2 voor de samenstelling van de werkgroep, adviesgroep en projectgroep.

In totaal kwam de werkgroep voorafgaand aan de commentaarfase vier keer bijeen in een periode van 9 maanden (medio oktober 2022 – medio juli 2023). In deze periode werden de stappen van de EBRO methodiek doorlopen. De informatiespecialist van het Trimbos-instituut verrichtte op systematische wijze het literatuuronderzoek. De reviewers van het Trimbos-instituut hebben in overleg met de topicgroepen een selectie gemaakt van de gevonden onderzoeken en de aldus verkregen literatuur verwerkt in beschrijvingen van de wetenschappelijke onderbouwing en wetenschappelijke conclusies. Voor een aantal uitgangsvragen was geen wetenschappelijke evidentie beschikbaar en is gebruik gemaakt van grijze literatuur en focusgroepen. Leden van de richtlijnwerkgroep hebben op basis van de resultaten van de literatuursearch, de grijze literatuur en de focusgroepen de praktijkoverwegingen en aanbevelingen geformuleerd.

Gebruikte methoden

Om de vragen te beantwoorden hebben we de volgende methoden gebruikt: A. systematische literatuursearch, B. grijze literatuur en C. focusgroepen.

A. Systematische literatuursearch (vragen 1 t/m 5)

Literatuursearch Nivel

Het Nivel heeft voor de knelpuntenanalyse een brede literatuursearch gedaan naar vervuilde huishoudens. De onderzoekers zochten in de zeven databases naar wetenschappelijke publicaties over zorg door verpleegkundige en verzorgende professionals bij cliënten met een vervuild huishouden. Gezocht is naar publicaties vanaf 2010 tot 2 juni 2020 met de beperking tot empirische artikelen met een beschikbaar abstract.

De volgende zoektermen zijn gebruikt:

- P Hoarding Behavior OR Hoarding Disorder OR self-neglect OR hoarding OR diogenes syndrome OR squalor
- I Nursing OR Nurses OR Psychiatric Nurses OR Public Health Service Nurses OR Home Care OR Community Health Nursing OR home health care
- C Niet gespecificeerd
- O Niet gespecificeerd

PubMed - 2 juni 2020

Search	Query	Results
#4	#1 AND #2 Filters: from 2010 - 2020	66
#3	#1 AND #2	130
#2	"Self-Neglect"[Mesh] OR "Hoarding Disorder"[Mesh] OR "Hoarding"[Mesh] OR self-neglect*[tiab] OR hoarding[tiab] OR "diogenes syndrome"[tiab] OR squalor*[tiab]	1,973
#1	"Nursing"[Mesh] OR "nursing" [Subheading] OR "Nursing Care"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR nurs*[tiab] OR home care[tiab] OR home healthcare[tiab] OR home health care[tiab]	698,173

Embase.com - 2 juni 2020

Search	Query	Results
#4	#3 NOT 'conference abstract'/it AND [2010-2020]/py	85
#3	#1 AND #2	187
#2	'self neglect'/exp OR 'hoarding disorder'/exp OR 'hoarding'/exp OR 'Diogenes syndrome'/exp OR self-neglect*:ab,ti,kw OR hoarding:ab,ti,kw OR 'diogenes syndrome':ab,ti,kw OR squalor*:ab,ti,kw	2,890
#1	'nursing'/exp OR 'nurse'/exp OR 'home care'/exp OR nurs*:ab,ti,kw OR (home NEAR/3 (care OR healthcare)):ab,ti,kw	823,824

Sial (Ebsco) - 2 juni 2020

Search	Query	Results
S4	S1 AND S2 Limiters - Published Date: 20100101-20201231	138

S3	S1 AND S2	207
S2	MH ("Self Neglect" OR "Obsessive Hoarding" OR "Diogenes Syndrome") OR TI (self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*) OR AB (self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*)	1,154
S1	MH ("Nurses+" OR "Nursing Care+" OR "Community Health Nursing+" OR "Psychiatric Nursing+" OR "Home Health Care+") OR TI (nurs* OR (home N3 (care OR healthcare))) OR AB (nurs* OR (home N3 (care OR healthcare)))	820,499

APA PsycINFO (Ebsco) - 2 juni 2020

Search	Query	Results
S4	S1 AND S2 Limiters - Publication Year: 2010-2020	45
S3	S1 AND S2	84
S2	DE ("Hoarding Behavior" OR "Hoarding Disorder") OR TI (self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*) OR AB (self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*) OR KW (selfneglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*)	2,331
S1	DE ("Nursing" OR "Nurses" OR "Psychiatric Nurses" OR "Public Health Service Nurses" OR "Home Care") OR TI (nurs* OR (home N3 (care OR healthcare))) OR AB (nurs* OR (home N3 (care OR healthcare))) OR KW (nurs* OR (home N3 (care OR healthcare)))	113,291

Web of Science (SSCI) - 2 juni 2020

Search	Query	Results
#4	#1 AND #2 Limiters - <i>ndexes=SSCI Timespan=2010-2020</i> 	48

#3	#1 AND #2	94
#2	TS= (self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*)	3,727
#1	TS= (nurs* OR (home NEAR/3 (care OR healthcare)))	335,593

Scopus – 2 juni 2020

Search	Query	Results
#4	(TITLE-ABS-KEY (self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*)) AND (TITLE-ABS-KEY (nurs* OR (home W/3 (care OR healthcare)))) AND (PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2021)	124
#3	#1 AND #2	225
#2	TITLE-ABS-KEY= (self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*)	4,820
#1	TITLE-ABS-KEY (nurs* OR (home W/3 (care OR healthcare)))	926,975

International Bibliography of the Social Sciences (IBSS/ProQuest) – 2 juni 2020

Search	Query	Results
S4	S1 AND S2 AND limiters 2010-2020	3
S3	S1 AND S2	5
S2	su((self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*)) OR ab((self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*)) OR ti((self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*))	659
S1	su ((nurs* OR (home NEAR/3 (care OR healthcare)))) OR ab((nurs* OR (home NEAR/3 (care OR healthcare)))) OR ti((nurs* OR (home NEAR/3 (care OR healthcare))))	13,213

Dit leverde in PubMed 66 referenties op, in Embase 85, in Cinahl 138, in PsycINFO 45, in Web of Science (SSCI) 48, in Scopus 124 en in IBSS/ProQuest 3 referenties, dus in totaal 509 referenties op. Na het verwijderen van 293 duplicaten bleven 216 publicaties over. Het Nivel heeft de resultaten van hun literatuursearch aan ons beschikbaar gesteld.

Aanvullende search Trimbos-instituut

Omdat de literatuursearch van het Nivel tot 2 juni 2020 loopt, is een aanvullende search door het Trimbos-instituut uitgevoerd vanaf 2020 tot februari 2023. Hier zijn 983 aanvullende studies uitgekomen. Hierbij zijn dezelfde zoektermen gebruikt dan bij de literatuursearch van het Nivel:

- P Hoarding Behavior OR Hoarding Disorder OR self-neglect OR hoarding OR diogenes syndrome OR squalor
- I Nursing OR Nurses OR Psychiatric Nurses OR Public Health Service Nurses OR Home Care OR Community Health Nursing OR home health care
- C Niet gespecificeerd
- O Niet gespecificeerd

Zoekstrategie en resultaten search Vervuilde huishoudens

Medline

Search Strategy:

- 1 Self-Neglect/ (38)
- 2 Hoarding Disorder/ (342)
- 3 exp Hoarding/ (278)
- 4 (self?neglect* or hoarding or (diogenes adj2 syndrom*) or squalor*).tw,kw. (1966)
- 5 or/1-4 (2010)
- 6 letter/ (1207986)
- 7 5 not 6 (1953)
- 8 7 (1953)
- 9 limit 8 to yr="2020 -Current" (420)
- 10 (dutch or english).la. (30596723)
- 11 9 and 10 (415)

Embase

Search Strategy:

- 1 self neglect/ (489)
- 2 hoarding disorder/ or obsessive hoarding/ (754)
- 3 Diogenes syndrome/ (104)
- 4 ((self adj2 neglect) or (hoarding adj2 disorder) or hoarding or (Diogenes adj2 syndrome)).tw,kw. (2936)
- 5 or/1-4 (3268)
- 6 5 (3268)
- 7 limit 6 to yr="2020 -Current" (571)
- 8 7 (571)
- 9 limit 8 to conference abstract status (59)
- 10 8 not 9 (512)
- 11 letter.pt. (1277164)
- 12 10 not 11 (497)

Psycinfo

Search Strategy:

-
- 1 hoarding behavior/ or hoarding disorder/ (918)
 - 2 (self?neglect* or hoarding or (diogenes adj2 syndrom*) or squalor*).tw,id. (2264)
 - 3 (dutch or english).la. (4905036)
 - 4 1 or 2 (2275)
 - 5 3 and 4 (2157)
 - 6 5 (2157)
 - 7 limit 6 to yr="2020 -Current" (232)

Cinahl

Search Strategy:

#	Query	Results
S7	S1 or s2 or s3	223
S6	S1 or s2 or s3	77
S5	S1 or s2 or s3	979
S4	S1 or s2 or s3	1,219
S3	((MH "Obsessive Hoarding") OR (MH "Diogenes Syndrome") OR "hoarding") OR TI ((hoarding* or self N2 neglect*) OR AB ((hoarding* or self N2 neglect*) OR TI (diogenes N2 syndrome or squalor*) OR AB (diogenes N2 syndrome or squalor*)	1,219
S2	((MH "Obsessive Hoarding") OR (MH "Diogenes Syndrome") OR "hoarding") OR TI ((hoarding* or self N2 neglect*) OR AB ((hoarding* or self N2 neglect*)	1,189
S1	(MH "Obsessive Hoarding") OR (MH "Diogenes Syndrome") OR "hoarding"	713

Dit leverde in PubMed 415 referenties op, in Embase 497, in Cinahl 223, in PsycINFO 232, dus in totaal 1367 referenties op. Na het verwijderen van duplicaten bleven 983 publicaties over.

Resultaten

Naam file	Aantal voor ontdubbeling	Na ontdubbeling
Med RIS 20230203	415	339
Emb RIS 20230203	497	272
Psy RIS 20230203	232	150
Cin RIS 20230203	223	222

De selectie van de artikelen is per uitgangsvraag uitgevoerd. Bij de selectie van artikelen zijn de volgende criteria gehanteerd:

- Geeft het onderwerp van het gevonden onderzoek voldoende antwoord op de uitgangsvraag;
- Sluit de doelgroep en doelpopulatie in het onderzoek aan bij de doelgroep en doelpopulatie van de handreiking;

- Geïnccludeerd zijn: meta-analyse/systematische reviews, observationeel onderzoek, rct's, en quasi-experimenteel onderzoek (pre-post design). Casestudies en kwalitatief onderzoek worden geëxcludeerd. Indien relevant worden deze studies beschreven bij de grijze literatuur.

Beoordeling van de kwaliteit van het bewijs

Voor alle uitgangsvragen kon de evidentie niet beoordeeld worden met de Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE; Ren & Xia, 2013) methodologie. De kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs is beoordeeld met AMSTAR (systematische reviews) en de Critical Appraisal Skills Programme/CASP (kwalitatieve studies). De bevindingen uit de gevonden onderzoeken en rapporten zijn beschrijvend samengevat.

B. Grijze literatuur (vragen 1 t/m 5)

In aanvulling op de literatuursearch hebben we gebruik gemaakt van zogenoemde 'grijze literatuur'. Dit is literatuur die niet in de wetenschappelijke databases te vinden is, zoals onderzoeksrapporten, protocollen, handreikingen, beschrijvingen aanpak e.d.. De grijze literatuur is gezocht via Google Scholar (publicaties vanaf 2010). Verder is gezocht op relevante websites (o.a. van RIVM, Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie, GGD GHOR), via sleutelpublicaties en is gebruik gemaakt van relevante kwaliteitsstandaarden (Zorgmijding in de eerste lijn, Dementie).

C. Focusgroep bijeenkomsten (vragen 2 t/m 5)

Er zijn twee focusgroep bijeenkomsten gehouden met professionals. In de eerste bijeenkomst stonden de vragen 2 en 3 centraal, te weten het signaleren en de mate van vervuiling vaststellen, het bepalen welke (verpleegkundige) handelingen in welke situatie kunnen worden verricht en het bepalen van de veiligheid voor de professional en de cliënt/naasten. Deze bijeenkomst duurde 1 - 1,5 uur. In de tweede focusgroep bijeenkomst stonden de vragen 4 en 5 centraal, te weten de benodigde stappen in het afwegingsproces en de samenwerking binnen het team/de organisatie en met andere professionals. Hiervoor zijn verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten uitgenodigd. Voor vraag 5 zijn ook andere professionals (huisarts, sociaal werkers) uitgenodigd. Deze bijeenkomst duurde 2 tot 2,5 uur.

De focusgroep bijeenkomst met cliënten en naasten kon niet doorgaan vanwege te weinig aanmeldingen. In plaats daarvan zijn individuele gesprekken gehouden met drie cliënten en één naaste. Hierin zijn onder andere de volgende vragen gesteld:

- Kreeg u/uw naaste hulp/ ondersteuning bij de aanpak van de vervuilde woning?
- Kreeg u/uw naaste destijds de hulp/ ondersteuning die je nodig had? Sloot de ondersteuning aan op uw hulpbehoefte?
- Vindt u/uw naaste het wel eens lastig dat de wijkverpleging/ hulpverlening bij u/uw naaste thuis komt? Zo ja, waar heeft dit dan mee te maken?
- Wat zou de wijkverpleging/-verzorging voor u/uw naaste prettiger maken? Wat is daarvoor nodig?
- Welke hulp heeft u/uw naaste zelf nodig als het gaat om het schoonhouden van het huis of het veilig verzamelen van spullen?
- Wat voor soort hulp zou u/uw naaste willen krijgen en van wie? Wat zou de wijkverpleging hierin kunnen betekenen?
- Durft u/uw naaste andere mensen in uw woning te laten, naast de wijkverpleging? (Is er sprake van schaamte?)
- Heeft de verpleegkundige de situatie met u/uw naaste besproken/ uitgelegd waarom het nodig was om iets aan de situatie te doen? Als een verpleegkundige zich zorgen maakt over

uw of haar eigen gezondheid door vuil in huis, hoe kan ze dit dan het beste met u/uw naaste bespreken?

Van de focusgroepen en gesprekken met cliënten en naasten zijn is een verslag gemaakt dat is besproken in de werkgroep.

Methoden voor het opstellen van praktijkoverwegingen en aanbevelingen

Voor elke vraag zijn de resultaten van het literatuuronderzoek, de grijze literatuur, en de focusgroep bijeenkomsten samengevat in conclusies. Vervolgens zijn per vraag door de werkgroep relevante praktijkoverwegingen geformuleerd. Dit zijn overwegingen die de conclusies van de wetenschappelijke en praktijkkennis bediscussiëren. Voor het inventariseren van de praktijkoverwegingen is de checklist 'van bewijs naar aanbeveling - praktijkoverwegingen' van de GRADE working group gebruikt. Op basis van de conclusies en de praktijkoverwegingen zijn uiteindelijk de aanbevelingen/tips door de werkgroep geformuleerd.

Checklist Van bewijs naar aanbeveling.

Algehele kwaliteit van bewijs		Hoog / Laag
		
Factoren ter bepaling van de sterkte van de aanbeveling		
Factoren	Beslissing	Toelichting
1. Kwaliteit van het bewijs Aanwezigheid van hoge kwaliteit van bewijs?	☐ ja ☐ nee	
2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten Is het zeker dat de gewenste effecten de ongewenste voldoende overtreffen?	☐ ja ☐ nee	
3. Patiëntenperspectief Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van patiënten?	☐ ja ☐ nee	
4. Professioneel perspectief Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van professionals?	☐ ja ☐ nee	
5. Middelenbeslag Voldoende zekerheid dat de netto gunstige effecten de kosten waard zijn?	☐ ja ☐ nee	
6. Organisatie van zorg Uniformiteit van en voldoende zekerheid over de organisatie van zorg?	☐ ja ☐ nee	
7. Maatschappelijk perspectief Uniformiteit van en voldoende zekerheid over het maatschappelijke perspectief?	☐ ja ☐ nee	

Indien een of meerdere factoren positief worden geëvalueerd ('ja') neemt de waarschijnlijkheid van een sterke aanbeveling toe.



Sterkte van de aanbeveling	Sterk / Zwak / Geen
Toelichting bij factoren ter bepaling van de sterkte van de aanbeveling	
1. Kwaliteit van bewijs	
Hoe hoger de algehele kwaliteit van het bewijs, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.	
2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten	
Hoe groter het verschil is tussen de gewenste en ongewenste effecten, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling. Hoe kleiner dit verschil of hoe meer onzekerheid over de grootte van het verschil, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.	
Toelichting:	
- Bespreken effectiviteit in relatie tot bijwerkingen en complicaties in het licht van de kwaliteit van bewijs, de precisie van de effectgrootte en minimaal klinisch relevant geacht voordeel. - Sterkte van het effect vergeleken met geen interventie - Aanwezigheid van comorbiditeit. - Klinisch niet relevantie van het effect	
3. Patiëntenperspectief	
Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van patiënten bij het afwegen van de voor- en nadelen van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling..	
4. Professioneel perspectief	
Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van professionals ten aanzien van de toepasbaarheid van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.	
Toelichting:	
- Kennis en ervaring met technieken / therapieën - Risico's die professional loopt bij het toepassen van de interventie - Verwachte tijdbesparing - Verlies aan tijd door het invoeren van de interventie	
5. Middelenbeslag	
Hoe minder middelen er worden gebruikt (m.a.w. hoe lager de kosten van een interventie zijn vergeleken met de beschouwde alternatieven en andere kosten gerelateerd aan de interventie), des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke aanbeveling. Hoe meer onzekerheid over het middelenbeslag, des te waarschijnlijker wordt een conditionele aanbeveling..	
6. Organisatie van zorg	
Hoe meer onzekerheid of de geëvalueerde interventie daadwerkelijk op landelijke schaal toepasbaar is, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.	
Toelichting:	
- De beschikbaarheid / aanwezigheid van faciliteiten & medicijnen	

-
- De wijze waarop de organisatie van de zorg aangeboden dient te worden / grootte van de verandering in de organisatie-zorgproces / infrastructuur voor implementatie
 - Voorbeeld: een bepaalde diagnostiek of behandeling kan alleen in bepaalde centra worden uitgevoerd in verband met de aanwezigheid van faciliteiten zoals een PET scan.
-

7. Maatschappelijk perspectief

(Juridische overwegingen / ethische overwegingen / industriële belangen / vergoeding door verzekeraars / politieke en strategische consequenties)

Hoe groter de onzekerheid hierover is, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

Toelichting:

- indien twee behandelingen even effectief zijn waarvan één behandeling wordt vergoed, zal deze laatste behandeling mogelijk de voorkeur hebben.
-

Formuleren van adviezen

Bij een richtlijn reflecteert de sterkte van een aanbeveling de mate van vertrouwen waarin voor de groep van patiënten voor wie de aanbevelingen zijn bedoeld, de gewenste effecten opwegen tegen de ongewenste effecten. Omdat dit een handreiking betreft is hier in overleg met de V&VN wat minder strikt mee omgegaan en is de voorkeursformulering los gelaten.

De adviezen in deze handreiking zijn gebaseerd op de resultaten van de wetenschappelijke literatuur (wetenschappelijke kennis), grijze literatuur en input uit de werkgroep en focusgroepen (praktijkkennis). Omdat er weinig wetenschappelijke kennis voorhanden was, zijn veel adviezen grotendeels gebaseerd op praktijkkennis. Bij iedere vraag zijn de resultaten uit de literatuur en de focusgroepen door de werkgroep besproken en gewogen op relevantie en toepasbaarheid, waarna de adviezen zijn geformuleerd.

Verantwoording vraag 1 Oorzaken en risicofactoren

Vraag 1a. Wat zijn mogelijke oorzaken en risicofactoren voor een vervuild huishouden? 1b. Hoe kan deze kennis beschikbaar worden gesteld aan verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten?

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen een vervuild huishouden (squalor), een verzamelstoornis (hoarding), zelfverwaarlozing (self-neglect) en diogenes syndroom. Een verzamelstoornis is een psychiatrische aandoening met eigen symptomen, diagnostische criteria, oorzaken en behandelmogelijkheden. Een vervuild huishouden is een toestand waar verschillende psychiatrische en/of somatische aandoeningen aan ten grondslag kunnen liggen. Bij het diogenes syndroom gaat het om een combinatie van zelfverwaarlozing, verzameldrang, en een vervuild huishouden.

Onderbouwing systematische literatuursearch

Om bovengenoemde vragen te beantwoorden, is er op 6 februari 2023 een update van de literatuur uitgevoerd in de PsychInfo, Medline, Embase, en Cinahl databanken naar systematische reviews, meta-analyses, RCT's en non-RCT's. Van de 983 artikelen van de update en de 216 van de eerder uitgevoerde literatuursearch door Nivel, bleven er na beoordeling op titel en abstract 18 referenties over voor de selectie op basis van de volledige teksten (Bratiotis2021; Timpano2020; Strom2022; Tinlin2022; Yu2022; Yu2021; Sutherland & Macfarlane2014; Koenig2013; Fleury2012;; Assal2018; Snowdon2007; Gleason2021; Chia2021; Tolin2023; Stumpf2022; Akbari2022; Abreu2022). Na het beoordelen van de volledige tekst zijn Chia2021, Yu2021 en Band-Winterstein2016 geïnccludeerd.

Omdat het om kwalitatieve studies en narratieve reviews gaat, was het niet mogelijk om de kwaliteit van bewijs door middel van GRADE vast te stellen. Wel zijn de geïnccludeerde studies beoordeeld op de mate waarin risico op bias aanwezig is. De narratieve reviews zijn beoordeeld met AMSTAR (Yu2021; Chia2021) en de kwalitatieve studie (Band-Winterstein2016) met CASP. De review van Yu (2020) omvatte 19 studies waarbij het hoofdzakelijk cross-sectioneel onderzoek betrof, enkele case-control studies en één cohort studie. In de review van Chia (2021) zijn 39 studies meegenomen. Het betrof hier voornamelijk correlatieel onderzoek, (niet gerandomiseerde) groepsvergelijkingen en kwalitatieve studies. De kwaliteit van de met AMSTAR beoordeelde reviews van Yu2021 en Chia2021 bleek in beide gevallen zeer laag te zijn. De kans op bias in de gerapporteerde resultaten is hiermee hoog. De studie van Winterstein (2016) komt goed uit de CASP beoordeling en levert daarmee resultaten waarbij de kans op bias – gegeven het type onderzoek – relatief laag is.

Beschrijving Chia2021

Interpersonal attachment, early family environment, and trauma in hoarding: A systematic review

Er is nog weinig bekend over kwetsbaarheidsfactoren die leiden tot de ontwikkeling van een verzamelstoornis. In deze systematische review worden resultaten uit verschillende studies gebruikt om het verband tussen hoarding symptomen en 3 kwetsbaarheidsfactoren te onderzoeken, namelijk 1) interpersoonlijke hechting, 2) vroegere gezinssituatie (early family environment) en 3) traumatische of negatieve gebeurtenissen. In totaal zijn 39 studies geïnccludeerd, waarvan 12 studies over interpersoonlijke hechting, 7 studies over vroegere gezinssituatie en 25 studies naar traumatische en stressvolle levensgebeurtenissen. 6 studies onderzochten meer dan 1 variabele. De relatie tussen hechting/interpersoonlijke onzekerheid en een verzamelstoornis wordt door de bestaande studies ondersteund. Wel wordt gesuggereerd dat onveilige hechting leidt tot een

verhoogde mate van psychopathologie in het algemeen, en een risicofactor kan zijn voor het ontwikkelen van een verzamelstoornis. Over de factor vroegere gezinssituatie en het verband met verzamelstoornis is weinig onderzoek gedaan. De zeven geïncludeerde studies lijken wel te wijzen op een patroon tussen verhoogde mate van verzameldrang en vroege gezinssituatie, gekarakteriseerd door weinig emotionele warmte en hoge mate van controle. Wel is er gemixt bewijs over de vraag of dit specifiek gekoppeld kan worden aan een verzamelstoornis, of dat er een link is met psychopathologie in het algemeen.

Ook over het verband tussen een verzamelstoornis en traumatische levensgebeurtenissen is gemengd bewijs. Studies naar levenslange blootstelling aan negatieve gebeurtenissen ondersteunen de aanwezigheid van een link tussen opeenstapeling van trauma's en verhoogde mate van een verzameldrang. Echter, de precieze aard van deze relatie blijft onduidelijk.

Kortom, uit de resultaten bleek dat er een complex verband is tussen onveilige hechting, weinig emotionele warmte en negatieve ervaringen met familie en negatieve levensgebeurtenissen en verhoogde mate van verzamelwang. De precieze patronen van deze verbanden zijn echter complex en genuanceerd.

Beschrijving Yu2021

A systematic review of self-neglect and its risk factors among community-dwelling older adults

Deze systematische review uit 2020 (n=19) gaat over zelfverwaarlozing en de risicofactoren daarvan onder zelfstandig wonende ouderen. Zelfverwaarlozing door ouderen kan worden gedefinieerd als 'het onvermogen van een oudere volwassenen, door fysieke of mentale beperking of verminderd vermogen om essentiële verzorgingstaken uit te voeren. Het gaat dan om taken zoals het voorzien van een maaltijd, water of kleding, persoonlijke hygiëne onderhouden, het huishouden onderhouden en medische hulp zoeken wanneer nodig. Zelfverwaarlozing kan dus ook leiden tot een vervuild huishouden. Risicofactoren voor zelfverwaarlozing zijn onder te verdelen in sociodemografische factoren, zoals het mannelijk geslacht en lage sociaaleconomische status. Gezondheid gerelateerde risicofactoren zijn bijvoorbeeld cognitieve en fysieke beperkingen. Een psychologische risicofactor is depressie. Daarnaast zijn er ook nog een aantal risicofactoren in de sociale context, zoals alleen wonen en een beperkt of afwezig sociaal netwerk.

Beschrijving Band-Winterstein2016

Nurses' Encounters With Older Adults Engaged in Self-Neglectful Behaviors in the Community: A Qualitative Study

Uit de kwalitatieve studie onder 22 verpleegkundigen komen drie hoofdthema's naar voren:

1. een leeftijdsgebonden achteruitgang in functioneren veroorzaakt situaties van zelfverwaarlozing,
2. zelfverwaarlozing als een ingeprunte ervaring over het werk van de verpleegkundige: de strijd om behandeling, en
3. de verplichtingen van verpleegkundigen in gevallen van zelfverwaarlozing.

Uit de studie blijkt dat er een sterke relatie wordt ervaren tussen een oudere leeftijd en zelfverwaarlozing. De vermindering van de gezondheid, zoals cognitieve achteruitgang en depressie, wordt als oorzaak gezien van het verwaarlozen.

Onderbouwing grijze literatuur

In aanvulling op de literatuursearch is gezocht naar zogenoemde 'grijze literatuur'. Dit is literatuur die niet in de wetenschappelijke databases te vinden is, zoals onderzoeksrapporten, protocollen, handreikingen, beschrijvingen aanpak e.d.. De grijze literatuur is gezocht via Google Scholar, via relevante websites, via sleutelpublicaties en via relevante kwaliteitsstandaarden (Zorgmijding, Dementie).

Risico factoren voor zelfverwaarlozing en/of vervuiling (Day et al., 2012; Day et al., 2015;) zijn:

- Cognitieve beperkingen (e.g. dementie, executive dysfunctie, verstandelijke beperkingen)
- Depressie, ADHD, psychotische aandoeningen, bipolaire stoornissen
- Hypertensie
- Voedingstekorten
- Middelenmisbruik (zoals alcohol en/of drugs)
- Alleen wonen
- Traumatische gebeurtenissen
- Gebrek aan sociale steun en betrokkenheid
- Armoede
- Algemeen gebrek aan middelen en kansen
- Slechte gezondheidszorg
- Levensloop, chaotische levensstijl als gevolg van psychische problemen
- Slechte coping
- Oudere leeftijd

Beschrijving Gleason2021

Managing hoarding and squalor

Een verzamelstoornis en een vervuild huishouden zijn beiden complexe stoornissen, maar met verschillende onderliggende etiologie. Bij beide stoornissen is sprake van een opeenstapeling van bezittingen of afval. Daarnaast is er bij een kwart van de mensen met een verzamelstoornis of een vervuild huishouden sprake van fysieke gezondheidsproblematiek, wat bijdraagt aan de staat van hun woonplek (bv. Incontinentie, immobiliteit, visuele beperking). Echter, bij verzamelstoornis is er sprake van een psychiatrische aandoening terwijl een vervuild huishouden het resultaat kan zijn van verzamelstoornis. Zie onderstaande tabel voor een overzicht van de diagnostische criteria voor verzamelstoornis in de DSM-5.

Tabel 1.1 Verkorte versie van diagnostische criteria voor HD in de DSM-5.

Moeite met het wegdoen van bezittingen, ongeacht de waarde hiervan.
Deze moeite heeft te maken met een behoefte om spullen te verzamelen en een gevoel van angst bij het wegdoen ervan.
De moeite om bezittingen weg te doen resulteert in de opeenstapeling van bezittingen, wat leidt tot een verhoogd risico in het huishouden.
De verzameldrang leidt tot klinisch relevante angst of aantasting van sociale, beroepsmatige of andere belangrijke manieren van functioneren.
De verzameldrang is niet toe te wijzen aan een andere medische conditie.

Mogelijke oorzaken voor het ontstaan van een vervuild huishouden staan beschreven in tabel 1.2. Een vervuild huishouden kan worden omschreven als een huishouden dat dusdanig rommelig en onhygiënisch is, dat mensen van een gelijke cultuur en achtergrond het nodig achten om uitgebreid op te ruimen en schoon te maken. Dit is geen diagnose op zich in huidige classificatiesystemen, maar een nevenverschijnsel van andere diagnoses. Er zijn twee paden die leiden tot een vervuild huishouden, namelijk 1) huishoudelijke verwaarlozing en 2) het verzamelen van spullen. Minstens 1 op de 1000 mensen boven de 65 jaar leeft in een vervuild huishouden. Factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van een vervuild huishouden zijn bijvoorbeeld het verlies van een partner,

verwaarlozing of mishandeling. Een groot deel van de mensen die in een vervuild huishouden leven heeft daarnaast een psychiatrische aandoening. Desondanks heeft maar de helft van die mensen contact met de GGZ.

Tabel 1.2 Oorzaken voor het ontstaan van een vervuild huishouden

Vasculaire cognitieve aandoening
Ziekte van Alzheimer
Fronto-temporale dementie
Niet-aangeboren hersenletsel
Middelenmisbruik (zoals alcohol en/of drugs)
Depressie
Bipolaire stoornis
Schizofrenie, of andere psychotische aandoeningen
Verstandelijke beperking
Autisme spectrum stoornis
Persoonlijkheidsstoornissen

Beschrijving Bratilis2021

Hoarding Disorder: Development in Conceptualization, Intervention, and Evaluation

Een verzamelstoornis wordt omschreven als een aandoening waarbij sprake is van een extreme opeenstapeling van bezittingen in het huis, gecombineerd met het moeilijk weg doen van spullen die de meeste mensen niet zouden bewaren. Tegenwoordig is verzamelstoornis geclassificeerd onder obsessieve-compulsieve en gerelateerde stoornissen in de DSM.

Volgens epidemiologische studies komt een verzamelstoornis ongeveer in gelijke aantallen voor bij mannen en vrouwen. Het kan worden veroorzaakt door neuropsychologische condities met specifieke hersenpathologie (zoals dementie of een beroerte), maar het kan ook zonder neuropathologie ontstaan. Daarnaast is er bij een verzamelstoornis sprake van een erfelijkheid variërend tussen de 45-71%. Andere verklaringen voor een verzamelstoornis zijn hechtingsproblemen en kwetsbaarheid, problemen met informatieverwerking, ideeën over bezittingen en emoties.

Mensen met een verzamelstoornis leven vaak alleen en krijgen weinig bezoek van vrienden of familie. Behandelen van een verzamelstoornis is complex door een vaak voorkomende klinische comorbiditeit en een verhoogde kans op somatische comorbiditeit. Meer dan 60% van de mensen met een verzamelstoornis voldoet aan de criteria voor tenminste één andere psychiatrische aandoening. Onderzoekers suggereren dat genetische factoren bijdragen aan de comorbiditeit van een verzamelstoornis met andere psychiatrische aandoeningen.

Op individueel niveau bemoeilijkt het verzamelen van spullen de basisfuncties in het dagelijks leven, zoals socialiseren, het klaarmaken van eten, bijhouden van de hygiëne en bewegen door het huis. Een vervuild huishouden als gevolg van een verzamelstoornis heeft ook invloed op anderen die bij een persoon met een verzamelstoornis in huis wonen. Zo zijn ernstig vervuilde huishoudens geassocieerd met verhoogde angst tijdens de jeugd, verminderde sociale interactie en een toename in familie conflicten. Naast problemen voor het individu en zijn of haar familie, leidt een verzamelstoornis ook tot problemen voor de bredere samenleving. Hoarding gedrag kan namelijk ook leiden tot gezondheids- en veiligheidsrisico's voor omwonenden, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van brandgevaar door een opeenstapeling van brandbare stoffen in een huis. Daarnaast vermindert de kwaliteit van een huis door ernstig hoarding gedrag. Echter, bij merendeel van de

individueen met een verzamelstoornis ontbreekt inzicht in het herkennen van een vervuild huishouden en het inschatten van de consequenties.

Interventies die gegeven worden bij een verzamelstoornis zijn cognitieve gedragstherapie, virtuele en blended therapie, compassion-focused therapie, gecoördineerde community interventies, harmreductie maatregelen en farmacotherapie.

Beschrijving Snowdon2015

Accumulating too much stuff: what is hoarding and what is not?

In het artikel van Snowdon uit 2015 wordt een verzamelstoornis beschreven als adaptief gedrag. Net zoals ander menselijk gedrag varieert verzameldwang op een continuüm van normaal/ acceptabel tot abnormaal/ buitensporig. Wanneer sprake is van buitensporige verzameldwang dat het leven van mensen beïnvloedt, wordt het een stoornis genoemd. Een belangrijk kenmerk van een verzamelstoornis is een opeenstapeling van spullen doordat de eigenaar er geen afstand van kan doen. Het is belangrijk om dit te onderscheiden van abnormale opeenstapeling van spullen door weinig motivatie of onwetendheid over het belang van het weg doen van de spullen. Zie tabel 1.3 voor een overzicht van verschillen tussen normaal, gecontroleerd en pathologisch verzamelgedrag.

Tabel 1.3 Verschillen tussen normaal, gecontroleerd en pathologisch verzamelgedrag

Normaal verzamelgedrag	Gecontroleerd verzamelgedrag	Pathologisch verzamelgedrag
Selectief; een of enkele categorieën	Enigszins selectief; een of enkele categorieën	Non-selectief; veel verschillende categorieën
Gepland; georganiseerd	Doelmatig; maar relatief ongepland	Doelmatig; maar zonder planning
Meestal niet buitensporig	Niet buitensporig	Buitensporig
Objecten geordend opgesteld	Objecten meestal niet georganiseerd opgesteld	Ongeorganiseerd; rommelig
Weinig tot geen sociale beperkingen; verzamelen versterkt sociaal leven	Weinig tot geen sociale beperkingen	Aanzienlijke sociale beperkingen
Geen significante functionele of werk gerelateerde beperkingen	Geen functionele of werk gerelateerde beperkingen	Functionele en werk gerelateerde beperkingen zijn gebruikelijk

Overgenomen van Snowdon, J. (2015). Accumulating too much stuff: what is hoarding and what is not?. *Australasian Psychiatry*, 23(4), 354-357.

Beschrijving Assal2018

Diogenes syndrome

Het diogenes syndroom (DS) is geen specifieke ziekte maar een neurogedragssyndroom, dat gekenmerkt wordt door ernstige vervuilde huishoudens, pathologisch verzamelgedrag, een gebrek aan inzicht over de conditie en het niet willen ontvangen van hulp. Het kan secundair voorkomen wanneer het geassocieerd is met een psychose of bipolaire stoornis, of primair als het op zichzelfstaand is, meestal bij alleenstaande ouderen. Het DS wordt niet altijd gerapporteerd doordat patiënten zelf meestal geen hulp vragen en het daardoor dus vaak gerapporteerd wordt door burens, familie of zorgmedewerkers. Daarnaast hebben patiënten met DS de neiging om sociaal contact te mijden.

Het DS lijkt een gevolg van een aangetast netwerk in het brein, die te maken heeft met het maken van beslissingen. Er is momenteel nog geen consensus over diagnostische criteria. Bij patiënten met hoarding disorder is er meestal geen sprake van zelfverwaarlozing en dit komt vaak eerder in het leven tot uiting. Er wordt in literatuur gesuggereerd dat hoarding disorder en DS twee extremen zijn op eenzelfde spectrum. Diagnostisering is van belang aangezien het sterftecijfer van patiënten bij wie sprake is van zelfverwaarlozing tot 6 keer hoger is dan leeftijdsgenoten. Aangezien DS een klinisch zeer complex syndroom is, moet een multidimensionale aanpak worden overwogen op zowel medisch, psychiatrisch, neurologisch, sociaal, wetenschappelijk en ethisch gebied. Momenteel zijn er geen richtlijnen voor behandeling van patiënten met DS. Dit heeft onder andere te maken met weinig gecontroleerde studies naar het onderwerp en door ontkenning van de patiënten zelf over hun situatie.

Beschrijving Abreu2022

Noah Syndrome: A Review Regarding Animal Hoarding with Squalor

Het DS wordt gekarakteriseerd door extreme zelfverwaarlozing en het obsessief verzamelen van objecten. Het is geassocieerd met sociale isolatie, afwijzen van externe hulp en het niet bewust zijn van de abnormaliteit van het gedrag. Het DS lijkt dus een extreme vorm te zijn van hoarding disorder. Een extreme variant van dieren verzamelen is het Noah syndroom. Dit syndroom is sinds 2013 opgenomen in de DSM-5 onder de volgende criteria:

- Meer dan een gebruikelijke aantal huisdieren.
- Het niet kunnen bieden van de minimale standaard voeding, hygiëne, onderdak en zorg voor de dieren, resulterend in ziekte of overlijden van de dieren.
- Gebrekkig inzicht, met ontkenning van het niet kunnen voldoen aan de benodigde zorg en de impact daarvan op de dieren, het huishouden en eventuele andere bewoners.
- Het doorgaan met verzamelen van dieren, ondanks het niet kunnen bieden van de benodigde zorg.

In de meeste gevallen van dierenverzamelaars is er sprake van ontkennen, bagatelliseren of negeren van duidelijke problematiek voor de dieren zoals verhongering, ernstige ziektes of dood en andere gevolgen van het verzamelen voor hun eigen gezondheid of die van familieleden.

Kenmerkend is het verwaarlozen van eigen basisbehoeften en het niet in staat zijn om de gevolgen daarvan in te zien voor hun eigen gezondheid en het welzijn van de dieren.

Het verzamelen van dieren en objecten zijn beiden geassocieerd met het verwaarlozen van het huishouden. Verschilt van elkaar, aangezien er bij het verzamelen van dieren sprake is van een sterke genegenheid tussen de dieren en patiënten. Deze band compliceert het afstand doen van de dieren voor de patiënt. Daarnaast komt een vervuild huishouden niet altijd voor bij mensen die objecten verzamelen, terwijl dit wel een prominent kenmerk is bij dierenverzamelaars.

Om het probleem van dierenverzamelaars of mensen met het Noah syndroom aan te pakken, is een interdisciplinaire aanpak nodig waarbij psychiatrische, sociale en diergeneeskundige gezondheidszorgdiensten bij betrokken zijn.

Beschrijving Band-Winterstein2016

Nurses' Encounters With Older Adults Engaged in Self-Neglectful Behaviors in the Community: A Qualitative Study

Een gebruikelijke definitie van zelfverwaarlozing is de onwil om basis medische behandeling te ontvangen, een gebrek aan zorgen voor de basis levensbehoeften of een leefstijlkeuze met een verwaarlozing van het uiterlijk, slechte gezondheid en voeding en vervuilde levensomstandigheden met overlast voor de omgeving. Verschillende theoretische verklaringen over het fenomeen van

zelfverwaarlozing zijn in de loop van de jaren geïntroduceerd. Zo is er een verklaring waarin de focus wordt gelegd op de psychologie van het individu. Volgens deze theorie is zelfverwaarlozing een gevolg van mentale, fysieke en sociale verstoringen. Verborgene persoonlijkheidsstoornissen zouden zich manifesteren als zelfverwaarlozing, door de verliezen en stressfactoren die bij een hogere leeftijd komen kijken. Een andere theorie legt de focus op sociale contexten, en recent is een conceptueel model voorgesteld waarin fysieke, psychosociale en omgevingsaspecten van zelfverwaarlozing door ouderen worden gecombineerd. Een van de thema's die naar voren kwam uit de analyse in deze kwalitatieve studie, is dat er een sterke relatie wordt ervaren tussen een oudere leeftijd en zelfverwaarlozing. De vermindering van de gezondheid, zoals cognitieve achteruitgang en depressie, wordt als oorzaak gezien van het verwaarlozen.

1b. Hoe kan deze kennis beschikbaar worden gesteld aan verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten?

Ambulant werkende professionals hebben kennis nodig van procedurele richtlijnen, het waarborgen van beleid en empirisch bewijs om beste praktijken, risicobeoordeling, besluitvorming en persoonsgerichte benaderingen om met gevallen van zelfverwaarlozing om te gaan (Day et al., 2015).

Bij het behandelen van gevallen van zelfverwaarlozing moeten professionals bekend zijn met het nationale en lokale beleid en de wetgeving op het gebied van zelfverwaarlozing. (Day et al., 2015).

Referenties

Wetenschappelijke literatuur

Band-Winterstein, T. (2018). Nurses' encounters with older adults engaged in self-neglectful behaviors in the community: a qualitative study. *Journal of Applied Gerontology*, 37(8), 965-989.

Chia, K., Pasalich, D. S., Fassnacht, D. B., Ali, K., Kyrios, M., Maclean, B., & Grisham, J. R. (2021). Interpersonal attachment, early family environment, and trauma in hoarding: A systematic review. *Clinical psychology review*, 90, 102096.

Yu, M., Gu, L., Shi, Y., & Wang, W. (2021). A systematic review of self-neglect and its risk factors among community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 25(12), 2179-2190.

Grijze literatuur

Assal, F. (2018). Diogenes syndrome. *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus-Part I*, 41, 90-97.

Bratotiis, C., Muroff, J., & Lin, N. X. (2021). Hoarding disorder: development in conceptualization, intervention, and evaluation. *Focus*, 19(4), 392-404.

Day, M. R., Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2013). Perceptions and views of self-neglect: A client-centered perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(1), 76-94.

<https://doi.org/10.1080/08946566.2012.712864>

Day, M. R., Mulcahy, H., Leahy-Warren, P., & Downey, J. (2015). Self-neglect: A case study and implications for clinical practice. *British Journal of Community Nursing*, 20(3), 110-115.

<https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.3.110>

Gleason, A., Perkes, D., & Wand, A. P. (2021). Managing hoarding and squalor. *Australian Prescriber*, 44(3), 79.

Snowdon, J. (2015). Accumulating too much stuff: what is hoarding and what is not?. *Australasian Psychiatry*, 23(4), 354-357.

Verantwoording vraag 2 Signaleren en mate van vervuiling vaststellen

Vraag 2a. Hoe kunnen verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten een vervuild huishouden (vroeg)signaleren en de mate van vervuiling vaststellen? 2b. Welke handvatten en hulpmiddelen kunnen hen hierin ondersteunen?

Onderbouwing systematische literatuursearch

Om bovengenoemde vragen te beantwoorden, is op 6 februari 2023 een update van de literatuur uitgevoerd in PsychInfo, Medline, Embase en Cinahl naar systematische reviews, meta-analyses, RCT's en non-RCT's. Van de 983 artikelen van de update en de 216 van de eerder uitgevoerde literatuursearch door Nivel, bleven er na beoordeling op titel en abstract 2 referenties over voor de selectie op basis van de volledige teksten (Noblett2019; Bratiotis2021). Uiteindelijk is geen enkele studie geïnccludeerd in de wetenschappelijke onderbouwing. Het artikel van Noblett uit 2019 is beoordeeld als niet-wetenschappelijk, en is daarom meegenomen onder 'Onderbouwing vanuit grijze literatuur'.

Onderbouwing grijze literatuur

In aanvulling op de literatuursearch is gezocht naar zogenoemde 'grijze literatuur'. Dit is literatuur die niet in de wetenschappelijke databases te vinden is, zoals onderzoeksrapporten, protocollen, handreikingen, beschrijvingen aanpak e.d.. De grijze literatuur is gezocht via Google Scholar, via relevante websites, via sleutelpublicaties en via relevante kwaliteitsstandaarden (Zorgmijding, Dementie).

Beschrijving Noblett2019

Clinical implications of self-neglect among patients in community settings

Zorgmedewerkers hebben een belangrijke rol in het identificeren van kwetsbare patiënten met een risico voor zelfverwaarlozing. Een veiligheidsonderzoek (safeguarding enquiry) is nodig wanneer een persoon zorg- en ondersteuningsbehoeften heeft; een verhoogd risico heeft op verwaarlozing of misbruik; door zijn/ haar zorgbehoeften niet in staat is om zichzelf te beschermen tegen het risico op/ ervaren van verwaarlozing of misbruik.

Andere voorbeelden die mogelijk duiden op zelfverwaarlozing zijn:

- Niet in staat zijn om voor zichzelf te zorgen
- Verwaarlozen van het huishouden, waardoor potentiële gevaarlijke situaties ontstaan.
- Verzamelen van dieren
- Slechte voeding
- Hulp van zorgprofessionals weigeren
- Toegang voor andere organisaties weigeren, zoals elektriciens.

Het vaststellen van de mentale capaciteit van de patiënt in relatie tot zelfverwaarlozingsgedrag is cruciaal. Er zijn door de Mental Capacity Act 2005 vijf principes uiteengezet die bedoeld zijn om mensen met een verminderde capaciteit te ondersteunen om het maximale uit hun vermogen te halen om belangrijke beslissingen te nemen:

- Er moet worden uitgegaan van de mentale capaciteit van een persoon, tenzij er is vastgesteld dat er sprake is van een verminderde capaciteit.

- Een persoon moet niet als onbekwaam in het maken van een beslissing behandeld worden, tenzij alle praktische stappen genomen zijn zonder succes.
- Een persoon mag niet behandeld worden als onbekwaam om een beslissing te maken, alleen omdat hij/zij een onverstandig besluit heeft gemaakt.
- Een besluit of handeling voor of namens een persoon met verminderde capaciteit, moet altijd gedaan worden in het belang van de persoon zelf.

Vooraf aan het besluit of de handeling, moet er worden nagegaan of het doel net zo effectief bereikt kan worden op een manier die minder beperkend is voor de rechten en vrijheid van handelen van de persoon in kwestie.

Echter, als de verpleegkundige bedenkingen heeft rondom zelfverwaarlozing en de patiënt niet zelf de risico's ervan in lijkt te kunnen schatten, kan de patiënt worden beschouwd als minder capabel. De verpleegkundige zou in dat geval moeten aanbevelen dat een formele capaciteitsmeting wordt uitgevoerd. Niet in staat zijn om beslissingen te maken, houdt in dat een persoon niet in staat is om:

- Informatie te begrijpen die relevant is voor de beslissing
- Informatie te onthouden
- Deze informatie te gebruiken bij het maken van de beslissing
- Te communiceren over de beslissing

Het is ook mogelijk dat een persoon wel een besluit kan nemen, maar vervolgens niet kan handelen naar zijn/haar besluit. In dit geval is er sprake van verminderde executieve functie om een besluit uit te voeren. Het is daarom van belang om te herkennen dat mentale capaciteit niet alleen betrekking heeft op het begrijpen van een beslissing, maar ook op het uitvoeren ervan.

Uit de powerpoint 'Hoarding' van Altrecht Academisch Angstcentrum

Stap 1: algemene screening

Is er sprake van verzameldwang: Hoarding Rating Scale (HRS-I)

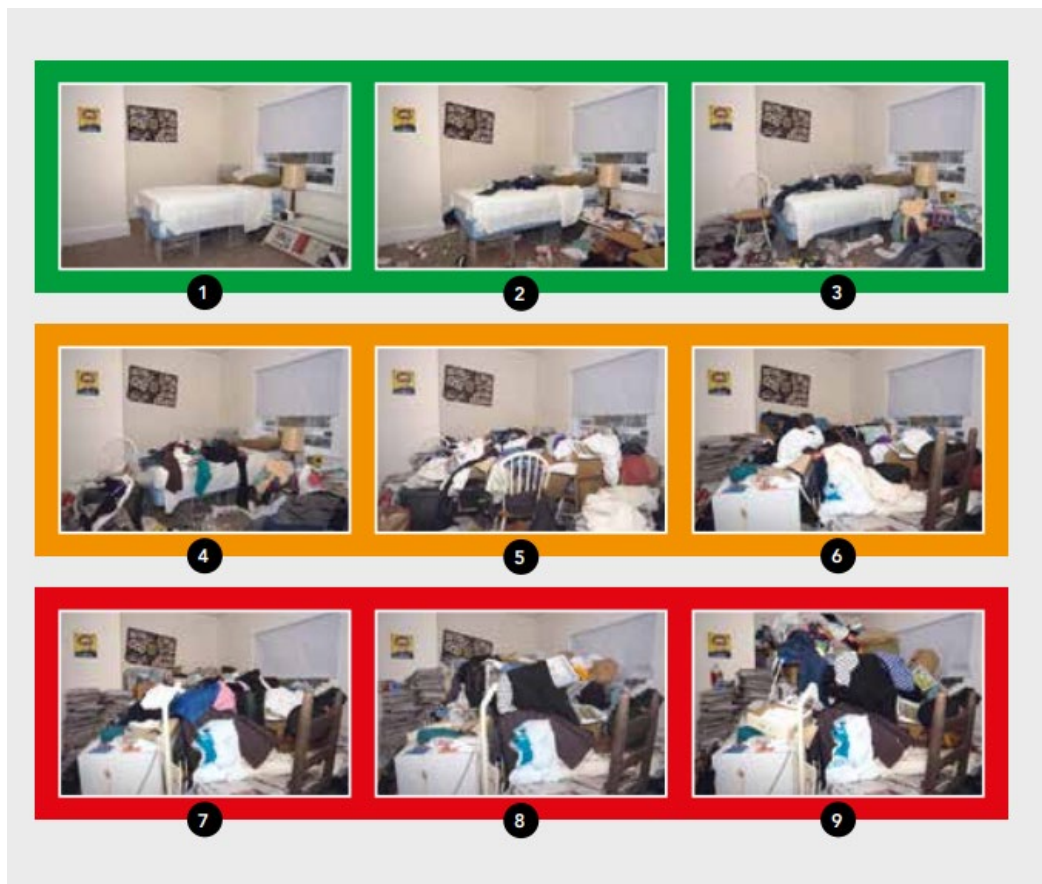
Stap 2: specifieke inhoud verzameldwang

Als aanwijzingen zijn voor verzameldwang, dan screening stap 2

- Ernst van verzameldwang: Saving Inventory Revised (SI-R)
- Hoeveelheid spullen in huis: Clutter Image Rating (CIR)
- Drang tot meenemen spullen: Compulsive Acquisition Scale (CAS)
- Overtuigingen mbt bezit: Saving Cognitions Inventory (SCI)
- Ernst woningvervuiling: Checklist Woonhygienische problematiek (Checklist WHP)
- Algemene dagelijkse Leefbaarheid (ADL)
- Informatie over ontstaan en instandhouding verzamelgedrag: Interview verzameldwang

Clutter Image Rating (CIR) (Frost, Steketee, Tolin & Renaud, 2008):

Clutter Image Rating (CIR) is een instrument om de ernst van een situatie te bepalen. CIR maakt het mogelijk een objectief beeld te krijgen van de daadwerkelijke hoeveelheid spullen in de woonruimten, maar ook van de mate van ziekte-inzicht (cliënt wijst aan welke foto overeenkomt met de eigen leefruimte, hierna te verifiëren door de gespecialiseerde zorgaanbieder). Reeksen van negen foto's laten oplopende niveaus van chaos zien in zowel de woonkamer, de slaapkamer, de keuken als de badkamer. Is sprake van CIR-niveau 3 of hoger? Licht het Meldpunt/GGD direct in, evenals bij twijfelgevallen of andere zorgwekkende signalen (bijvoorbeeld plotse vervuiling na persoonlijke tegenslag).



N.B. De afbeeldingen zijn niet representatief voor alle mensen met verzameldwang. Zo zijn er zijn ook mensen met verzameldwang die gestructureerd zijn en een schoon huis hebben.

Clutter hoarding scale © (Institute for Challenging Disorganization (ICD), 2011)

Het Institute for Challenging Disorganization (ICD) ontwikkelde de Clutter- Hoarding Scale® (C-HS®) als observatie- en meetinstrument voor particuliere woningen en is alleen bedoeld voor woonruimten. ICD heeft vijf niveaus vastgesteld om de mate van huishoudelijke wanorde en/of hoarding te bepalen vanuit het perspectief van een professional organizer of overige verwante professional. De niveaus van de schaal zijn progressief, met Niveau I als laagste en Niveau V als hoogste. ICD beschouwt Niveau III als omslagpunt tussen een gedesorganiseerd huishouden en een hoarding situatie. Niveau III en hoger vereisen gedegen kennis van en ervaring met het werken in een hoarding-situatie.

ICD CLUTTER — HOARDING SCALE VIJF CATEGORIEËN.

Structuur en bestemming

Beoordeling in- en uitgangen; werking van afvoer, elektra, CV, ventilatie en/of airconditioning; bouwkundige/structurele aspecten

Huisdieren en ongedierte

Beoordeling hoeveelheid en verzorging huisdieren; naleving gemeentelijke verordening; beoordeling aanwezigheid van plagen (knaagdieren, insecten of ander schadelijk ongedierte)

Functioneren huishouden

Beoordeling veiligheid, functioneren en toegankelijkheid van kamers en hun beoogde doeleinden

Gezondheid en veiligheid

Beoordeling hygiëne in de woning, omgang met en toegankelijkheid van alle soorten medicatie

Persoonlijke Bescherming/Uitrusting

Aanbevelingen voor persoonlijke bescherming: (stofmaskers, handschoenen, veiligheidsbrillen, beschermende kleding) die drager beschermen tegen omgeving, gezondheidsrisico's en veiligheidsrisico's. Meer uitgebreide uitrusting mogelijk/nodig bij waarneming hogere risico's.

Doel van de Clutter-Hoarding Scale

Dit document is alleen directief bedoeld, met name in de beoordeling van het interieur van een woning, behalve als de omstandigheden buiten de woning de veiligheid binnen beïnvloeden. Bevat geen informatie over vrijstaande schuren, garages e.d. De C-HS is niet bedoeld voor diagnostische doeleinden of psychologische evaluaties van personen. ICD is niet verantwoordelijk voor het werk dat wordt uitgevoerd door een professional organizer of andere hulpverlener die gebruik maakt van de uitgebreide ICD C-HS of C-HS Quick Reference Guide.

HERDRUK: ICD verleent toestemming om dit document te kopiëren, herdrukken en toe te passen voor non-profit onderwijsdoeleinden op voorwaarde dat credit wordt gegeven aan ICD. Toestemming voor gebruik van citaten, kopiëren, reproductie van (delen van) de C-HS dienen schriftelijk aangevraagd te worden bij www.challengingdisorganization.org.

ICD CLUTTER — HOARDING SCALE VIJF NIVEAU'S.

Vijf toenemende niveau's geven de mate van rommel en/of hoarding aan: Niveau I als laagste en niveau V als hoogste. ICD beschouwt niveau III als omslagpunt tussen een huishouden dat rommelig genoeg mag worden, en een huishouden dat neigt naar hoarding met de daarbij behorende overwegingen en maatregelen.

NIVEAU I GROEN LAAG
Huishouden wordt als standaard beschouwd. Geen speciale kennis over chronische desorganisatie noodzakelijk.

NIVEAU II BLAUW MATIG
Huishouden vraagt om professional organizers met kennis en begrip van chronische desorganisatie.

NIVEAU III GEEL VERHOOGD
Omslagpunt tussen rommelig huishouden en potentieel hoarding. Hulpverleners die in een niveau III huishouden werken dienen aantoonbaar ervaring en scholing te hebben met chronische desorganisatie. Een netwerk van gerelateerde professionals, met name in de geestelijke gezondheidszorg is vereist.

NIVEAU IV ORANJE HOOG
Aanpak van problematiek vereist gecoördineerde aanpak van dienstverleners als aanvulling op professionele organizing en de inzet van de familie: professionals uit de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk, financieel adviseurs, ongediertebestrijding, (gespecialiseerde) schoonmaakbedrijven, aannemers en klusdiensten.

NIVEAU V ROOD ZEER HOOG
Professional Organizers wordt afgeraden alleen te werken in een niveau V woning. Samenwerkingsverband noodzakelijk, mogelijk bestaand uit familie, professionals uit de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk, huismeester, bouwkundigen, brandweer en/of politie. Afspraken en/of contracten dienen voor aanvang van het werk op schrift gesteld te zijn.

COPYRIGHT: The ©ICD Clutter-Hoarding Scale (C-HS) Quick Reference Guide is een bewerking door Donna Rosman, CPO-CD®, van de © ICD 2011 ICD C-HS geschreven door Kristin Bergfeld, Sheila Delson CPO-CD®, Randi Lyman CPO-CD®, Lynn Mino CPO-CD® en Heidi Schulz CPO-CD®. De complete versie van de ©ICD Clutter-Hoarding Scale is verkrijgbaar via de ICD website www.challengingdisorganization.org. Nederlandse vertaling namens NBPO: Hilde Verdik MRPO®

© ICD March 2013

CLUTTER — HOARDING SCALE®

GIDS VOOR SNELLE REFERENTIE



INSTITUTE FOR
CHALLENGING
DISORGANIZATION

Education. Research. Strategies.

Voor:

Professional Organizers
Aanverwante Specialisten
Meewerkende Teamleden

Vergroot je kennis!

Institute for Challenging Disorganization

1693 S. Hanley Rd. | St. Louis, MO 63144

314-416-2236

www.challengingdisorganization.org



CLUTTER — HOARDING SCALE (CHS) GIDS VOOR SNELLE REFERENTIE

	Structuur en bestemming	Huisdieren en ongedierte	Functioneren huishouden	Gezondheid en veiligheid	Persoonlijke bescherming/uitrusting
NIVEAU I	Alle deuren en ramen bereikbaar, alle trappen begaanbaar. Afvoer, elektra, CV, ventilatie en airconditioning werken naar behoren. Functionerende rook- en CO2-melders geïnstalleerd	Normale hoeveelheid huisdieren. Normaal gedrag en normale verzorging. Insecten en ongedierte niet aantoonbaar.	Normale hoeveelheid spullen. Alle kamers naar behoren bruikbaar. Huishoudelijke apparatuur volledig functioneel. Huis verzorgd en onderhouden.	Veilig, schoon, geen vreemde geuren. Medicijnen in normale hoeveelheden aanwezig en zorgvuldig en veilig opgeborgen.	OPTIONEEL
NIVEAU II	Eén hoofdingang geblokkeerd. Eén groot huishoudelijk apparaat, CV, ventilatiesystemen of airco langer dan 3 maanden niet werkend. Afvoer en/of elektra niet volledig operationeel. Rook- en CO2-melders niet in gebruik of afwezig.	Verzorging dieren onder de maat. Zichtbare of stinkende dierlijke uitwerpselen. Dierenharen of veren op grond of meubels. Licht tot middelmatige aanwezigheid van normaal huishoudelijk ongedierte of insecten.	Spullen belemmeren deels het gebruik van belangrijkste woonruimte. Lichte verstopping van uitgangen, loopruimte en trappen. Aantal huishoudelijke apparaten niet volledig functioneel. Onregelmatig onderhoud/verzorging woning.	Verminderde hygiëne. Geurtjes van vuile vaat, bereiding eten, wasgoed en sanitair. Schimmelvorming. Beheer medicijnen bedenkelijk.	LICHT Medische of werkhandschoenen, pet, EHBO-doos, insectenwerend middel, desinfecterende handgel
NIVEAU III	Opslag buiten van spullen die voor binnen bedoeld zijn. CV, ventilatiesystemen of airco langer dan één seizoen niet werkend. Rook- en CO2-melders niet aanwezig of niet werkend. Deel van het huis heeft lichte structurele schade sinds 6 maanden.	Aantal dieren overschrijdt de norm. Onvoldoende verzorging van dieren. Hoorbare aanwezigheid van ongedierte. Gemiddelde hoeveelheid spinnen. Lichte plaag van bedwantsen, luizen, vlooiën, kakkerlakken, mieren, zilvervisjes etc.	Spullen belemmeren functioneren in belangrijkste ruimtes. Spullen beginnen in- en uitgangen, loopruimte en trappen te blokkeren. Minimaal één ruimte niet gebruikt zoals bedoeld. Meerdere apparaten niet werkend. Onzorgvuldig gebruik van elektra en verlengkabels. Onderhoud en verzorging woning onder de maat. Gevaarlijke stoffen in kleine hoeveelheden aanwezig.	Beperkte hygiëne. Verontreinigde plekken waar voedsel bereid wordt, vuile borden, schimmelvorming. Duidelijke en irriterende geuren. Vuilnisbakken niet in gebruik of overlopend. Vuil, stof en afval. Vuile was in het hele huis. Medicijnen (voorgeschreven en vrije verkoop) worden op gevaarlijke manier bewaard, toegankelijk voor kinderen, dieren of mensen met verstandelijke beperking.	GEMIDDELD Mondkapjes of koolstofmaskers, veiligheidsbril, handschoenen, wegwerpvoveral, pet, werkschoenen/laarzen, EHBO-doos, insectenwerend middel en desinfecterende handgel
NIVEAU IV	Excessieve hoeveelheden spullen buiten de woning die voor binnen bedoeld zijn. CV, ventilatiesystemen of airco langer dan jaar niet werkend. Rook- en CO2-melders niet aanwezig of niet werkend. Structurele schade aan het huis, langer dan 6 maanden. Waterschade aan vloeren, beschadigde muren en fundering. Gebroken ruiten, kapotte deuren, niet functionerende afvoer. Rooklucht of zichtbare overstroming riolering.	Aantal dieren overschrijdt lokale normen. Slechte hygiëne bij/voor huisdieren. Destructief gedrag bij dieren. Extreem veel spinnen en spinrag. Hoorbare of zichtbare aanwezigheid van vlooiermuizen, knaagdieren en ongedierte in kelder en/of zolder. Middelmatige insectenpla(a)g(en).	Verminderd gebruik en toegankelijkheid belangrijkste woonruimtes. Meerdere kamers zo vol met spullen dat ze niet volgens doel gebruikt kunnen worden. Spullen in doorgangen, in- en uitgangen en op trappen. Risicovolle opslag van gevaarlijk, brandbaar materiaal. Risicovol gebruik van apparatuur. Onjuist gebruik van elektrische verwarmingsapparatuur, ventilatoren en verlengkabels.	Rottend voedsel, organische besmetting. Voedsel over de datum, verpakkingen lekkend of bolstaand/gedekt. Borden en keukengerie onbruikbaar. Geen beddengoed, slapen op kale matras, stoel of vloer. Insecten in bedden of meubilair. Medicijnen (voorgeschreven en vrije verkoop) worden op gevaarlijke manier bewaard, vrij toegankelijk voor allen. Medicatie over de datum.	VOLLEDIGE UITRUSTING Mondkapjes of koolstofmaskers, veiligheidsbril, medische of sterke werkhandschoenen, wegwerpvoveral, pet, werkschoenen of laarzen, EHBO-doos, insectenwerend middel, desinfecterende handgel, hoofdlamp of zaklamp
NIVEAU V	Extremes hoeveelheden spullen, buitenshuis zowel als binnenshuis. Overvoerde tuin. Achtergelaten apparaten of machines. Onvoldoende of niet aanwezig ventilatiesysteem. CV, ventilatiesystemen of airco niet werkend. Waterschade aan vloeren, muren en fundering. Gebroken ruiten, beschadigde deuren en beschadigde afvoer. Elektra, watertoevoer en sanitair onbetrouwbaar of niet goed functionerend. Stankoverlast en/of overstromende riolering. Onherstelbare schade aan binnen- en buitenkant woning.	Dieren lopen risico en zijn in gedrag, gezondheid en aantal gevaarlijk voor mensen. Ruime aanwezigheid/verspreiding van spinnen, kakkerlakken, muizen, ratten, eekhoorns, vlooiermuizen, wasberen en/of slangen. Hevige insectenplaag van bedwantsen, luizen, vlooiën, kakkerlakken, mieren, zilvervisjes e.d.	Belangrijke vertrekken in huis niet bewoonbaar/bruikbaar. Geen enkele kamer bruikbaar volgens bedoeling. In- en doorgangen, hal/overloop en trappen geblokkeerd. Sanitair niet bruikbaar c.q. niet functionerend. Gevaarlijke leefomstandigheden door verzamelde en opgeslagen spullen. Apparatuur onbruikbaar. Gevaarlijke, primitieve voornaamste bronnen voor warmte en/of licht, als kerosine, lantaarns, kaarsen, houtkachels of open vuur.	Menselijke uitwerpselen en urine zichtbaar. Rottend voedsel. Organische besmetting. Verpakkingen van voedsel gedeukt, bollend, lekkend en/of over de datum. Servies en keukengerie onvindbaar of niet aanwezig. Bedden onbereikbaar of onbruikbaar door spullen of vuil/insectenplaag. Doordringend aanwezige schimmels. Vochtplekken of stilstaand water zowel in sanitair als in plassen. Medicijnen (voorgeschreven en vrije verkoop) worden op gevaarlijke manier bewaard, vrij toegankelijk voor allen. Medicatie over de datum.	VOLLEDIGE BESCHERMENDE UITRUSTING NOODZAKELIJK Koolstofmasker of masker met organische filters, veiligheidsbril, medische, industriële of zware werkhandschoenen, wegwerpvoveral, pet, werkschoenen of laarzen, EHBO-doos, desinfecterende handgel, insectenwerend middel, hoofdlamp of zaklamp.

Copyright © 2011 Institute for Challenging Disorganization (ICD)

Leefomstandigheden beoordelingsschaal (Handboek Amsterdamse Aanpak Ernstige Woningvervuiling, 2019, bijlage I):

De Leefomstandigheden Beoordelingsschaal is een indicatieve leidraad om de mate van vervuiling of verzameling te beoordelen. Er wordt gekeken naar zaken als:

- Is er sprake van brandgevaar? In geval van brandgevaar berekent de brandweer de vuurbelasting.
- Is er sprake van verzakking van en/of schade aan de woning als gevolg van opeenhoping van spullen?
- Is de woning zichtbaar gedurende maanden of jaren niet schoongemaakt/ opgeruimd?
- Is de vervuiling organisch (etenswaren, planten, fecaliën van mens of dier) of anorganisch (kleding, boeken, meubelen etc.)?
- Is er sprake van plaagdieren (muizen en ratten)?
- Is er sprake van stank en schimmelvorming ten gevolge van rottend organisch afval of ontbindende fecaliën?

De schaal gaat over 13 domeinen en bestaat uit 39 items die gescoord worden van 0 tot 3 (0 = aanvaardbaar 3 = ernstig gestoord). Een score van 11/39 geeft aan dat substantiële huishoudelijke ondersteuning noodzakelijk is.

HOMES® Multi-disciplinary Hoarding Risk Assessment (Bratotiis et al., 2011)

HOMES is een multidisciplinaire risicobeoordeling schaal die een structurele maatstaf biedt waarmee het risiconiveau van een vervuilde huishouden kan worden bepaald. Het is bedoeld als een eerste en korte beoordeling om te helpen bij het bepalen van de aard en parameters van opruimdwang en het opstellen van een plan waaruit verdere actie kan worden ondernomen, inclusief onmiddellijke interventie, aanvullende beoordeling of verwijzing. Het kan op verschillende manieren worden gebruikt, afhankelijk van de behoeften en middelen. Het wordt aanbevolen om een visuele scan van de omgeving in combinatie met een gesprek met de perso(o)n(en) in huis worden gebruikt om het effect van opruimdrang te bepalen. Aspecten die worden gemeten zijn Gezondheid, Obstakels, Geestelijke Gezondheid, Bedreiging en Structuur en Veiligheid.

HOMES® Multi-disciplinary Hoarding Risk Assessment

☐ **Health**

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Cannot use bathtub/shower | ☐ Cannot prepare food | ☐ Presence of spoiled food | ☐ Presence of insects/rodents |
| ☐ Cannot access toilet | ☐ Cannot sleep in bed | ☐ Presence of feces/Urine (human or animal) | ☐ Presence of mold or chronic dampness |
| ☐ Garbage/Trash Overflow | ☐ Cannot use stove/fridge/sink | ☐ Cannot locate medications or equipment | |

Notes: _____

☐ **Obstacles**

- | | |
|---|---|
| ☐ Cannot move freely/safely in home | ☐ Unstable piles/avalanche risk |
| ☐ Inability for EMT to enter/gain access | ☐ Egresses, exits or vents blocked or unusable |

Notes: _____

☐ **Mental health** (Note that this is not a clinical diagnosis; use only to identify risk factors)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Does not seem to understand seriousness of problem | ☐ Defensive or angry | ☐ Unaware, not alert, or confused |
| ☐ Does not seem to accept likely consequence of problem | ☐ Anxious or apprehensive | |

Notes: _____

☐ **Endangerment** (evaluate threat based on other sections with attention to specific populations listed below)

- | | |
|--|---|
| ☐ Threat to health or safety of child/minor | ☐ Threat to health or safety of person with disability |
| ☐ Threat to health or safety of older adult | ☐ Threat to health or safety of animal |

Notes: _____

☐ **Structure & Safety**

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| ☐ Unstable floorboards/stairs/porch | ☐ Leaking roof | ☐ Electrical wires/cords exposed | ☐ No running water/plumbing problems |
| ☐ Flammable items beside heat source | ☐ Caving walls | ☐ No heat/electricity | ☐ Blocked/unsafe electric heater or vents |
| ☐ Storage of hazardous materials/weapons | | | |

Notes: _____

© Bratotiis, 2009

HOMES® Multi-disciplinary Hoarding Risk Assessment (page 2)

Household Composition

of Adults _____ # of Children _____ # and kinds of Pets _____
 Ages of adults: _____ Ages of children: _____ Person who smokes in home ☐ Yes ☐ No
 Person(s) with physical disability _____ Language(s) spoken in home _____

Assessment Notes: _____

Risk Measurements

☐ Imminent Harm to self, family, animals, public: _____
☐ Threat of Eviction: _____ ☐ Threat of Condemnation: _____

Capacity Measurements

Instructions: Place a check mark by the items that represent the strengths and capacity to address the hoarding problem

- ☐ Awareness of clutter
☐ Willingness to acknowledge clutter and risks to health, safety and ability to remain in home/impact on daily life
☐ Physical ability to clear clutter
☐ Psychological ability to tolerate intervention
☐ Willingness to accept intervention assistance

Capacity Notes: _____

Post-Assessment Plan/Referral

Date: _____ Client Name: _____ Assessor: _____

© Bratotiis, 2009

Methodisch Opruimen is een combinatie van bijzondere schoonmaak en ambulante begeleiding.

Deze methodiek kent de volgende pijlers:

Verbinden: De gespecialiseerde zorgaanbieder gaat na een melding langs bij de bewoner, maakt persoonlijk contact, beoordeelt welke aanpak is vereist en hoe de bewoner te verleiden om op vrijwillige basis samen de vervuiling aan te pakken. De gespecialiseerde zorgaanbieder is betrokken, zorgt voor een veilige, open relatie en duidelijke afspraken met de bewoner.

Stabiliseren: Naast de woningvervuiling worden ook andere hulpvragen aangepakt, als somatische en psychische klachten, het organiseren van post of financiën. Doel is rust te creëren bij de bewoner. In hoofd en huis. In overleg met de bewoner kan Bijzondere Schoonmaak ingezet worden: dit versnelt de opruiming óf dient als sluitstuk, als kroon op het eigen opruimtraject. Bijzondere Schoonmaak vindt plaats in aanwezigheid van een gespecialiseerde zorgaanbieder, die evenals de bewoner, indien niet te belastend, actief meewerkt.

Ontwikkelen: De ondersteuning richt zich op ontwikkeling: wat kan en wil de bewoner zelf doen en leren. Doel is terugval na opruiming te voorkomen. De gespecialiseerde zorgaanbieder stelt samen met de bewoner een begeleidingsplan op. Hierin staan doelen geformuleerd, en afspraken over de inzet van het persoonlijk netwerk, van ervaringsdeskundigen/vrijwilligers, behandelaars en/of woningcorporatie. Waar nodig worden ondersteunende afspraken gemaakt met de woningcorporatie.

Inbedden: Heeft de bewoner de doelen uit het begeleidingsplan behaald (binnen 3 maanden of eerder), dan wordt de ondersteuning overgedragen aan de reguliere ambulante ondersteuning en/of hulp bij het huishouden. De GGD (HWT/SPV) ontvangt een evaluatie. Bij afronding legt de gespecialiseerde zorgaanbieder de nazorgafspraken vast. Zijn de doelen niet binnen de termijn van 3 maanden gerealiseerd dan wordt – na bespreking in het Stedelijk Overleg Woningvervuiling – besloten tot voortzetting.

Veilig verzamelen (Handboek Amsterdamse aanpak, 2019)

Voor bewoners met verzameldrang (hoarding) is de methodiek Veilig Verzamelen ontwikkeld. De aanpak berust op de volgende pijlers:

Systematisch in kaart brengen: Samen met de cliënt, brengt de gespecialiseerde zorgaanbieder de woning systematisch in kaart. De aanwezige goederen worden nauwgezet gedocumenteerd.

Eisen uitspreken: De bewoner wordt ingelicht over de veiligheidseisen waaraan de inrichting en de hygiëne van zijn woning moeten voldoen. Denk daarbij aan de minimale loopruimte, de maximale stapelhoogte en het maximale vloergewicht, het leeg houden van de binnenhal en het feit dat ramen en deuren open moeten kunnen.

Afspraken maken: De zorgaanbieder, bewoner en woningcorporatie maken samen een afspraak over de mate van verzameling, de frequentie van onderling contact, de wijze van ondersteuning en de manier waarop (persoonlijke) informatie te delen. De afspraak wordt vastgelegd in de Veilig Verzamelen overeenkomst, met doelen en termijnen. Elke 3 maanden evalueren betrokkenen de voortgang. Het maken van foto's van de woonruimten dient ter bespreking van de voortgang en ter motivatie. Gelet op de privacy, blijven de foto's bij de bewoner thuis. De GGD ontvangt elke 3 maanden een evaluatieverslag. De Veilig Verzamelen overeenkomst geldt maximaal 12 maanden (zie voor de Conceptovereenkomst en het Evaluatieformulier: www.amsterdam.nl/woningvervuiling).

Ombuigen van gedrag: Wie wil helpen in een hoarding situatie, moet zich realiseren dat het niet alleen een kwestie is van mouwen opstropen en rigoureus opruimen, schoonmaken of wegdoen. Je vermindert de chaos, maar helpt de cliënt niet. Een problematisch verzamelaar heeft vrijwel altijd een emotionele band met zijn spullen. Het aanraken of verplaatsen ervan door anderen ervaart de cliënt veelal als bedreigend of zelfs traumatisch.

Protocol problematische woonhygiëne - GGD Groningen, 2017

Fasen van vervuiling

- **Fase 1: Dreigende vervuiling** waarbij het signaal en de problematiek soms duidelijk is maar soms ook niet.

De bewoner wordt zoveel als het kan in het proces betrokken en daar waar mogelijk aangesproken op zelfregie. Ondersteuning (casusregie) vindt plaats vanuit het Wij-team. Indien het vervuiling in een huurwoning betreft is de woningcorporatie verantwoordelijk voor het aanspreken van de bewoner op naleving van de verplichtingen zoals beschreven in de algemene huurvoorwaarden. Indien bij de woningcorporatie het vermoeden bestaat dat de vervuiling het gevolg is van enkelvoudige dan wel meervoudige problemen van de bewoner, wordt dit vermoeden doorgegeven aan het Wij-team. Vanuit het Wij-team wordt dan zo nodig een ondersteuningstraject gestart. Wanneer het signaal in eerste instantie binnenkomt bij het Wij-team, betreft de medewerker van het Wij-team de woningcorporatie.

- **Fase 2: Ernstige vervuiling**, waarbij geen sprake is van een levensbedreigende situatie maar er wel klachten van omwonenden (kunnen) zijn.

Ook in deze fase wordt de bewoner zoveel mogelijk betrokken. De casusregie ligt bij de medewerker van het betrokken Wij-team. Bij een huurwoning ligt de verantwoordelijkheid voor het aanspreken van de bewoner op naleving van verplichtingen zoals beschreven in de algemene huurvoorwaarden bij de woningcorporatie. Indien de bewoner niet wil meewerken, kan de GGD worden benaderd voor advies en kan mogelijk een drang of dwangtraject georganiseerd worden. Wanneer de Coördinator problematische woonhygiëne besluit tot de start van een drang- of dwangtraject, treedt dit protocol in werking. De GGD organiseert als zijnde procesregisseur een overleg tussen betrokken partijen over de te volgen strategie en in gezamenlijkheid wordt een plan van aanpak opgesteld. Dit plan van aanpak is erop gericht de bewoner te motiveren tot een vrijwillige ruiming / schoonmaak. VTH wordt in dit stadium betrokken door de GGD om de mogelijkheid van toepassing bestuursdwang te onderzoeken en omdat zij mogelijk kunnen zorgen voor verrijking van informatie. Indien het een huurwoning betreft zal VTH worden uitgenodigd ten behoeve van deze mogelijke informatieverrijking, maar ligt de verantwoordelijkheid voor het realiseren van een oplossing en de afweging voor mogelijke inzet van juridische maatregelen bij de corporatie. De casusregie blijft in principe bij de medewerker in het Wij-team liggen, tenzij er redenen zijn (bv het niet schaden van de vertrouwensrelatie) om deze elders te beleggen. In dat geval kan de casusregie tijdelijk bij de GGD (OGGz) komen te liggen.

- **Fase 3: Dertig ernstige vervuiling** dat gevaar bestaat voor de (volks)gezondheid of veiligheid van bewoner of omgeving.

In deze fase is ook vaak sprake van veel meldingen uit de omgeving. Er is actie nodig op korte termijn. Indien de bewoner niet wil meewerken wordt opgeschaald naar de Coördinator problematische woonhygiëne van de GGD die dit protocol in werking stelt. Klachten van omwonenden worden schriftelijk bij VTH ingediend, zodat een dossier opgebouwd kan worden. De procedurele stappen tijdens deze fase worden verder uitgewerkt in paragraaf 5.

Protocol Hygiënische woonproblemen - Gemeente Leeuwarden, 2014

Er spelen een aantal aspecten bij de beoordeling of een woning vervuild is en of er maatregelen gewenst of noodzakelijk zijn. De aspecten zijn:

1. Een woning is vuil als er niet regelmatig wordt schoongemaakt. Dat klinkt simpel maar het betreft wel een belangrijk ijkpunt. Bij het nalaten van schoonmaakwerkzaamheden ontstaan vieze ramen, vies sanitair, spinnenwebben, lagen huisstof en vette aanslag in de ruimte waar het eten wordt bereid. De mate van vervuiling hangt direct samen met de tijdsduur. Voor de kenner is redelijk goed

in te schatten of in en woning een periode van weken, maanden of zelfs een aantal jaren het schoonmaken achterwege is gebleven.

2. De aanwezigheid van afval. We maken hierbij onderscheid tussen organisch en niet-organisch afval. Organisch afval betreft alle zaken die kunnen ontbinden zoals etenswaren, planten en fecaliën van mens en dier of dode dieren (lijklucht). Inherent aan ontbindings- en rottingsprocessen is stank. Dit kan een potentieel risico vormen voor de gezondheid. Onder niet-organisch afval valt alles dat niet aan rotting onderhevig is. Kleding, boeken, meubelen, tassen, beddengoed etc.. Het gaat hier vaak om de aanwezigheid van grote hoeveelheid spullen die kapot zijn, onbruikbaar zijn of goederen die geen enkele marktwaarde vertegenwoordigen. Opslag van afval kan ontstaan doordat een bewoner om welke reden dan ook, niet in staat is om zijn huisvuil af te voeren. Een andere oorzaak is het naar binnen halen van huisvuil van derden. Er wordt in die gevallen huisvuil verzameld, een omgekeerde wereld dus.

3. De aanwezigheid van ongedierte. Als regel komt ongedierte af op voedsel. Daar waar niets te halen valt, zal men als regel geen of weinig ongedierte treffen. Uitzonderingen daargelaten. Bij woningvervuiling komen we een groot scala aan ongedierte tegen. Vlooien, spinnen, vliegen, kakkerlakken, muizen, ratten, wandluis, tapijtkever e.d. Voor determinatie moet gebruik worden gemaakt van de ongediertebestrijding. Bestrijden van ongedierte is een vakwerk. Ondeskundige verwijdering kan leiden tot herhaling of verergering van het probleem.

4. Stank is ook een belangrijke graadmeter voor de mate van vervuiling. Zoals eerder gezegd komt stank vrij bij een rottingsproces. Veel stankklachten worden ook veroorzaakt door huisdieren die niet op de juiste wijze worden verzorgd. Het is helaas geen uitzondering dat de stank van urine en ontlasting van dieren bij de burens waarneembaar is. Er zijn extreme gevallen bekend waarbij de urine zelfs door het plafond druppelt. Grote aantallen huisdieren, zoals katten, honden en konijnen, leidt in de praktijk bijna altijd tot stankklachten.

5. Overlast door stank of ongedierte. Dit komt door langdurige, ernstige woningvervuiling. Soms kan vervuiling jaren bestaan zonder dat de burens er iets van merken. Als er overlast ontstaat, dan heb je als regel te maken met een vervuiling die al lange tijd gaande is.

Om de beoordeling van de mate van woningvervuiling verder te specificeren, kan per ruimte in de woning op de eerder genoemde aspecten worden gescoord. Dan ontstaat een optelsom dat een objectief beeld van de ernst van de vervuiling weergeeft. Bovendien kan in de score worden aangegeven in welke ruimte van de woning welke maatregelen genomen moeten worden. Dit impliceert dat als bij een melder de bovengenoemde aspecten worden uitgevraagd, een redelijk objectief beeld ontstaat over de ernst van de vervuiling.

Procedure vervuilde situaties bij de cliënt – voorbeeld Careyn

Doel van de procedure: het reguleren van zorglevering bij vervuilde cliëntsituaties in relatie tot de Arbocheck en het Protocol zorgweigeren.

De omschrijvingen van een licht vervuilde en een ernstig vervuilde situatie bij een cliënt worden door de zorgcoördinator gebruikt als criteria bij het bepalen over al dan niet, en zo ja onder welke voorwaarden leveren van zorg door de zorgorganisatie.

Van een ernstig vervuilde woning van de cliënt kan gesproken worden als er meer ernstig dan licht vervuilde of niet vervuilde ruimten in de woning zijn. Als het aantal licht vervuilde ruimten groter is dan het aantal niet vervuilde ruimten kan gesproken worden van een licht vervuilde woning.

Omschrijving licht vervuilde situatie in woning cliënt:

- Op de grond aanwezig, maar nog wel genoeg loopruimte: kranten, wasgoed, flessen, opgehoopt huisvuil, andere rommel.

- Ramen vies; weinig tot geen licht doorlatend.
- Keuken vies, etensresten op borden, in pannen en op aanrecht.

Omschrijving ernstig vervuilde situatie in woning cliënt:

- Grond, muren, meubels, kasten, opbergruimten bevatten schimmel, urine en ontlasting van mens of dier, vet, etensresten.
- Op de grond aanwezig, waardoor te weinig of geen loopruimte: kranten, stinkend wasgoed, flessen, opgehoopt huisvuil, andere rommel.
- Huisdieren: slecht verzorgd (vlooiën, schurft), of teveel huisdieren in een te kleine ruimte.
- Aanwezig: kakkerlakken, vlooiën.
- Lucht in huis: verschrikkelijk stinkende lucht; weinig /geen zicht door (sigaretten)rook.

Instrument: Indien de zorgcoördinator vervuiling conform de omschrijvingen constateert maakt deze gebruik van de bij deze procedure behorende checklist om de mate van vervuiling in kaart te brengen en te categoriseren. De checklist wordt bij voorkeur ingevuld samen met de cliënt en zo mogelijk door beiden voor akkoord ondertekend.

Werkwijze

Activiteiten	Verantwoordelijk	Documenten
Te nemen stappen: Na bepaling van de mate van vervuiling wordt een aantal nader te noemen stappen ondernomen. Stappen worden ondernomen indien minimaal één ruimte vervuild is	Zorgcoördinator/ EV	Arbocheck
Bepaling van de mate van vervuiling: <i>Dit gebeurt aan de hand van een checklist</i>	Zorgcoördinator/ EV	Checklist vervuilde situaties
Checklist: De checklist is gebaseerd op een puntensysteem: 0=geen vervuiling, 1=licht vervuild, 2=ernstig vervuild, 3= onaanvaardbaar. Per ruimte wordt per categorie een score ingevuld. Bij optelling kan men zien of er sprake is van een <i>licht vervuilde</i> (07 punten) of een <i>ernstig vervuilde</i> (8 of meer punten) situatie per ruimte gaat.	Zorgcoördinator/ EV	Checklist vervuilde situaties
Te nemen stappen bij: <i>licht vervuilde woning</i> : De zorgcoördinator maakt met de cliënt afspraken over de aanpak van de licht vervuilde situatie in de woning. Deze afspraken worden schriftelijk vastgelegd en zo mogelijk door de cliënt ondertekend. Ook termijn en handhaving worden vastgelegd.	Zorgcoördinator/ EV en cliënt	Checklist vervuilde situaties

Te nemen stappen bij: <i>ernstig vervuilde woning</i> • Bij indicatiestelling door externe indicatiesteller: Deze neemt contact op met <zorgorganisatie> en GGD, om gezamenlijk naar een oplossing te zoeken. • Bij indicatiestelling of intake door <zorgorganisatie>: <zorgorganisatie> neemt contact op met GGD om naar een oplossing te zoeken. • De GGD maakt afspraken omtrent het (laten) schoonmaken van de woning, voor zover nodig door een schoonmaakbedrijf. • Indien de cliënt weigert de vervuiling op te laten lossen kan <zorgorganisatie> besluiten geen geïndiceerde zorg te leveren op basis van het protocol zorgweigering. • Afspraken worden schriftelijk vastgelegd en zo mogelijk door de cliënt ondertekend. Ook termijn en handhaving worden vastgelegd.	Intaker en cliënt	Checklist vervuilde Situaties, Protocol zorgweigering
Vervuiling tijdens zorgverlening Indien vervuiling geconstateerd wordt door de zorgverlener tijdens het zorgproces, meldt deze dit bij de zorgcoördinator. Deze onderneemt actie aan de hand van de stappen uit dit protocol en eventueel het protocol zorgweigering.	Medewerker en zorgcoördinator/ EV	Checklist vervuilde Situaties, Protocol zorgweigering
Geschillen: De cliënt kan bij geschil gebruik maken van de reguliere klachtenprocedure.		Klachtenprocedure cliënt

Procedure vervuilde situaties bij de cliënt - voorbeeld ZGG Zorggroep

Deze procedure beschrijft op welke wijze in verwaarlozings-, vervuilings-, en/of verzamelingsituaties via de fasen, signalering, direct gevaar opheffen en werken naar een gewenste situatie, gewerkt wordt naar de fase van het (zelf) handhaven van de gewenste situatie⁴. In de procedure is een aantal fasen te herkennen:

- Signalering van de vervuilde situatie
- Direct gevaar voor de cliënt, gezin of medewerker opheffen
- Werken naar een gewenste situatie
- (Zelf) handhaven van de gewenste situatie.

Fase 1: Signalering van de vervuilde situatie

De vervuilde situatie wordt met onderstaande vervuilingsstadia in kaart gebracht. Deze vervuilingsstadia worden eveneens door Meldpunt Bijzondere Zorg (MBZ) van de GGD gehanteerd. Belangrijk is om te beoordelen of er mogelijk sprake is van gevaarlijke situaties voor medewerker en cliënt (brandgevaar, valrisico, gevaarlijke dieren zoals bruine ratten en waakhonden). Hieronder de vervuilingsstadia:

- Verwaarlozing (stadium I):

Er is duidelijk sprake van achterstallig (huishoudelijk) werk aan de woning en/of tuin. De woning en de tuin maken een verwaarloosde indruk. De woning is stoffig en slecht schoongemaakt. Materialen in de woning zijn versleten of dienen vervangen te worden of opnieuw geschilderd.

- Verwaarlozing en/of verzameling (stadium II):

⁴ Van verwaarlozing is sprake bij duidelijk achterstallig (huishoudelijk) werk aan de woning en/of tuin. Van verzameling is sprake bij (extreme) verzameling van goederen in de woning. Van zorgwekkende vervuiling is sprake bij een flinke vervuiling/verwaarlozing van de woning. Van ernstige vervuiling is sprake bij een ernstige vervuiling van de woning en bijbehorende terreinen.

Er is duidelijk sprake van verwaarlozing en/of verzameling van goederen in de woning.

De woning is stoffig en slecht schoongemaakt (bv. enige schimmel, vol aanrecht, vuil sanitair en keuken).

Er is (nog) geen stankoverlast.

Er is geen gevaar voor bewoners en omwonenden. De situatie dreigt over te gaan naar stadium 3.

- Zorgwekkende Vervuiling en/of Verzameling (stadium III):

Er is sprake van een flinke vervuiling/verwaarlozing van de woning.

De eventuele verzameling van goederen veroorzaakt op meerdere plekken een belemmerende doorgang.

Er is sprake van overlast door stank voor bewoners en omwonenden.

Aan de buitenzijde is te zien dat de woning en/of tuin verwaarloosd is (bv. winkelwagens, vuilniszakken).

- Ernstige vervuiling en/of verzameling (stadium IV):

Er is sprake van een ernstige vervuiling van de woning en bijbehorende terreinen.

De dagelijkse levensbehoeften als koken, wassen, slapen zijn niet of nauwelijks uitvoerbaar door onopgeruimd afval, vervuiling en verzameling.

Mogelijke combinatie van stankoverlast en/of ongedierte.

Er is nadrukkelijk overlast voor omwonenden.

Door verzameling in en om de woning is de toegang beperkt, wat een brandgevaarlijke situatie kan opleveren.

Gas, elektra is afgesloten of functioneert niet naar behoren.

Fase 2: Direct gevaar opheffen.

Het is van belang dat het directe gevaar voor de cliënt, het gezin, de buurt of medewerker eerst wordt opgeheven. Met de cliënt wordt dit als volgt doorgesproken: 1. Er wordt aangegeven dat de situatie gevaarlijk is (stadium 3 of 4). 2. Er wordt aangegeven dat de ZZG zorggroep in deze situatie geen zorg kan leveren, omdat de situatie niet alleen gevaarlijk is voor bewoners, maar ook voor medewerkers. In een dergelijke situatie kan ZZG Zorggroep geen verantwoordelijkheid nemen. 3. De ZZG zorggroep kan er samen met de cliënt en MBZ voor zorgen dat de situatie aanvaardbaar wordt. Om te komen tot een aanvaardbare situatie, wordt gewerkt via het stroomschema op pagina 5. 4. Er wordt samen met de cliënt nagegaan of er al andere instanties bij de cliëntsituatie betrokken zijn. Na overleg met de cliënt worden de relevante instanties op de hoogte gebracht van de interventies die worden ondernomen door ZZG en waar nodig worden afstemmingsafspraken gemaakt. 5. De afspraken worden vastgelegd in het zorgcontract en zorgplan in het zorgdossier.

Fase 3: Werken naar een gewenste situatie

Wanneer het acute gevaar is opgelost, wordt samen met de cliënt en veelal met MBZ als regievoerder, een plan opgesteld waarin een gewenste situatie als doel is beschreven. Een goede analyse van de problematiek is hierbij van belang om herhaling te voorkomen. De medewerker van de ZZG zorggroep werkt samen met de cliënt en andere instanties om de gewenste situatie te bereiken.

Fase 4: (Zelf) handhaven van de situatie

Wanneer de gewenste situatie is bereikt worden afspraken gemaakt over de wijze waarop deze situatie gehandhaafd kan worden door de cliënt zelf met of zonder begeleiding of behandeling of (huishoudelijke) verzorging. Uit de analyse en plan van aanpak van MBZ wordt duidelijk waar de hulpverlening op gericht moet zijn. Indien het MBZ niet meer betrokken is als regievoerder, dient de medewerker van ZZG in elk geval een afspraak te maken met een betrokken hulpverlener die kan

optreden als casemanager die nazorg kan bieden indien nodig. In veel gevallen is blijvende monitoring nodig om vervuiling niet weer opnieuw te laten ontstaan. ZZG Thuisbegeleiding kan geïndiceerd worden ter preventie van terugval.

Concept Afwegingskader naar voorbeeld van Meldcode Huiselijk geweld (bron: GGD Twente)

De GGD Twente overweegt een afwegingskader naar voorbeeld van de Meldcode Huiselijk geweld te gaan toepassen om stapsgewijs tot een besluit te komen over welk handelen passend is. Dit kader is nog in concept en wordt nog niet gebruikt.

Stap 1: Objectief in kaart brengen van signalen.

Stap 2: Overleggen met een collega, eventueel GGD OGGZ (meldpunt woningvervuiling) en/of ARBO deskundige

Stap 3: Gesprek met de betrokkene(n).

Stap 4: Wegen van hygiëne en veiligheid zorgmedewerker, gezondheid en veiligheid cliënt en de bezwaren. Bij twijfel altijd GGD raadplegen.

Stap 5: Beslissen over melden en/of hulp organiseren

Screening Woonhygienische Problematiek (WHP) (bron: Gemeente Utrecht)

In de gemeente Utrecht is door het team Woonhygienische Problematiek (WHP) speciaal voor de buurtteams een screeningsinstrument ontwikkeld dat de medewerkers helpt de mate van ernst van een situatie te kunnen vaststellen. Het betreft een beknopte leidraad waarin in drie gradaties kenmerken van de woning en de bewoner zijn geordend in toestandsbeelden 'groen', 'oranje' en 'rood'. De indeling bepaalt of het buurtteam de casus zelf kan oppakken, of er overleg wenselijk is, of dat er gemeld moet worden. Bij 'groen' is er sprake van lichte vervuiling en een cliënt die open staat voor hulp. Het is de inschatting dat er binnen een maand contact met uitzicht op verbetering zal zijn. Deze situatie kan door de buurtteams worden opgepakt. Bij situatie 'oranje' is de situatie zorgelijker en is er sprake van het grijze gebied tussen de aanpak van de buurtteams en team WHP. Overleg met WHP is dan nodig. Bij situatie 'rood' is er sprake van een ernstig vervuilde woning en een cliënt die niet open staat voor hulp. Overdracht aan team WHP is dan nodig.

▪ Groen (aanpak buurtteams):

Welke zaken wijzen er op dat de aanpak van de buurtteams passend is?

- Als er sprake is van een lichte vervuiling en cliënt met wat aanvullende zorg weer op de rails geholpen kan worden (lichte vervuiling: achterstanden zijn de afgelopen maanden ontstaan. Er is sprake van stof, het is wat rommelig, planten staan verdord in de pot, keuken oogt smoezelig en is wat plakkerig, sanitair is niet heel fris).
- Cliënt staat open voor inzet van hulp, of is in staat met wat aansporing zelf weer aan de slag te gaan. Regie kan op korte termijn weer worden teruggegeven aan de cliënt.
- Er is binnen een maand contact te krijgen met cliënt.

▪ Oranje (grijs gebied tussen buurtteams en WHP):

Welke zaken wijzen er op dat overleg tussen aanpak buurtteams en WHP wenselijk is?

- Altijd overleggen met WHP als situatie oogt alsof er langer dan een jaar niet is schoongemaakt in de woning, als het erg stoffig is, als vuilnis de afgelopen weken niet is weggegooid, als de keuken de afgelopen maanden niet goed is

schoongemaakt, er etensresten aanwezig zijn, het sanitair er vies uit ziet (bruine toiletput, onfrisse geur, vieze tegels in de douche, troep op de grond in de douche).

- Als het niet lukt om binnen een maand contact met cliënt te leggen, het niet lukt om binnen een maand binnen te komen (soms ontstaat er wel contact met cliënt maar vindt dit contact altijd buiten de woning plaats).
- Indien er wel contact met cliënt ontstaat maar er ontstaat binnen drie maanden geen verbetering in de woonsituatie. Cliënt lijkt bereid om mee te werken maar komt niet tot concrete daden.
- Cliënt ziet er verwaarloosd uit.

▪ Rood (WHP):

Welke zaken wijzen op noodzaak van overdracht aan WHP (dwang en drangmethodiek)?

- Indien er sprake is van een ernstig vervuilde woning: veel afval in de woning, troep op de grond. Ernstig vervuilde keuken en sanitair (zwart aanrecht/fornuis, bedorven voeding, vliegen, muizen of ander ongedierte, onfrisse geur). Slaapkamer niet gelucht, veel troep in en om het bed. Bed al langere tijd niet verschoond, geen of vies/oud beddengoed.
- Zeer volle woning waar je bijna niet inkomt of waar je naar binnen moet klimmen. Zeer volle woning waar alleen smalle looppadjes zijn. Woning waar je over de troep moet lopen. Woning waar diverse ruimte niet toegankelijk zijn door alle spullen/troep.
- Cliënt staat niet open voor hulp. Cliënt doet de deur nooit open, er is geen contact met cliënt te krijgen. Cliënt ziet er verwaarloosd uit. Cliënt lijkt mee te willen werken (gemotiveerd overkomen, probleem erkennen) maar komt tot niets. Mogelijk risico voor de volksgezondheid of gevaarlijke situaties: denk aan brandgevaar (ophoping of verzameling van kranten/papier), ernstige stankoverlast, ongedierte; ratten als bijzondere categorie).

BIJ TWIJFEL OF WONING WEL/NIET ERNSTIG VERVUILD IS ALTIJD OVERLEGGEN!

Onderbouwing focusgroep

Uit het groepsinterview met verpleegkundigen en verzorgenden komt naar voren dat het (vroeg)signaleren van een vervuilde huishoudens in de praktijk soms niet mogelijk is. Genoemd worden situaties waarbij de cliënt geen of zeer beperkt toegang verleent tot de woning. Als het al lukt om tot de woning te worden toegelaten, is het de vraag of dat bij een volgend bezoek weer zal lukken. Vaak gaat dit gepaard met een langdurig proces waarin het vertrouwen van de cliënt gewonnen moet worden. Deelnemers merken op dat dit eraan bijdraagt dat ze terughoudend zijn in het melden bij een andere organisatie: de zorg bestaat dat dit ten koste zal gaan van de vertrouwensband met de cliënt. Opgemerkt wordt dat als cliënten afhoudend zijn in het toegang verlenen tot de woning, dit een indicatie kan zijn van een vervuilde situatie.

In de praktijk kan het moeilijk zijn om de mate van vervuiling te bepalen. Lastig is volgens de deelnemers dat er verschil van inzicht kan bestaan: wat de ene persoon ervaart als vervuiling kan door een ander persoon ervaren worden als rommelig. De beoordeling van de mate van vervuiling is subjectief. Persoonlijke waarden en normen spelen hierbij een rol. Deze verschillen van inzicht

kunnen bestaan tussen cliënten en professionals maar ook tussen professionals onderling (zowel van binnen als buiten de eigen organisatie).

We informeerden bij de deelnemers of ze bekend waren met handvatten of hulpmiddelen rondom het vaststellen van de mate van vervuiling. De meeste organisaties hebben eigen protocollen en richtlijnen rondom hygiëne. Deelnemers geven aan dat deze 1) niet altijd bij de professionals bekend zijn en 2) niet altijd toepasbaar zijn op situaties waarin sprake is van een vervuild huishouden. Er werden uiteenlopende voorbeelden genoemd, waarvan alleen de Clutter Image Rating Scale (CIRS) direct betrekking had op de mate van vervuiling. Over de CIRS merkt een deelnemer op dat deze goed werkt om de mate van 'stapeling' van spullen in beeld te brengen, maar niet voor de mate van vervuiling/onhygiënische situaties. Het kan een hulpmiddel zijn om in gesprek te gaan met de cliënt en/of om te laten zien dat bij een bepaalde mate van stapeling ingrijpen nodig is. De overige hulpmiddelen die genoemd werden gingen vooral over methodieken en werkinstructies met een bredere scope, zoals: methodiek oplossingsgericht werken, de flowchart Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling, de Veiligheidscheck APP, het Moreel beraad en Motiverende gespreksvoering.

Referenties

Noblett, K. (2019). Clinical implications of self-neglect among patients in community settings. *British Journal of Community Nursing*, 24(11), 524-526.

Verantwoording vraag 3 Veilige zorg

Uitgangsvraag 3a. Welke typen (verpleegkundige) handelingen kunnen verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten wel of niet verrichten in een bepaalde situatie?

Uitgangsvraag 3b. Hoe kunnen zij bepalen of de zorg veilig genoeg is voor henzelf en cliënten?

Bij verpleegkundige handelingen gaat het niet alleen om verpleegtechnische handelingen en wondzorg, maar ook om taken als coaching, begeleiding, communicatie et cetera.

Onderbouwing systematische literatuursearch

Om bovengenoemde vragen te beantwoorden, is er op 6 februari 2023 een update van de literatuur uitgevoerd in de PsychInfo, Medline, Embase, en Cinahl databanken naar systematische reviews, meta-analyses, RCT's en non-RCT's. Van de 983 artikelen van de update en de 216 van de eerder uitgevoerde literatuursearch door Nivel, bleven er na beoordeling op titel en abstract 2 referenties over voor de selectie op basis van de volledige teksten (DeVeer2022; Chater2013). Uiteindelijk is één studie geïnccludeerd (DeVeer2022). De studie van Chater2013 is geëxcludeerd doordat dit artikel meer onder grijze literatuur dan wetenschappelijke literatuur valt, en de inhoud niet helemaal overeenkomt met deze uitgangsvraag.

Beschrijving DeVeer2022

Home care for patients with dirty homes: a qualitative study of the problems experienced by nurses and possible solutions

In 2022 is door De Veer en collega's een kwalitatieve studie uitgevoerd naar de problemen die worden ervaren door thuiszorgmedewerkers bij patiënten met vervuilde huishoudens. Individuele interviews zijn gehouden met patiënten (n=5), thuiszorgmedewerkers (n=8) en andere professionals die in aanraking komen met vervuilde huishoudens (n=10) over problemen die thuiszorgmedewerkers tegenkomen in het werken bij patiënten met een vervuild huishouden. Vervolgens zijn focusgroepen (n=20) gehouden om mogelijke oplossingen voor deze problemen te formuleren. Een van de subthema's die uit de interviews naar voren kwam zijn de barrières om op een juiste manier de nodige zorg te verlenen. Specialistische zorg die in de thuissituatie wordt gegeven vereist een bepaalde mate van hygiëne, of de mogelijkheid om een hygiënische werkplek te creëren. Dit wordt echter in huishoudens waar sprake is van ernstige vervuiling als een probleem ervaren. Ook werd benoemd dat bijvoorbeeld de douche in sommige gevallen niet toegankelijk is, of er geen schone handdoeken te vinden zijn. Werken op zulke locaties kost meer tijd voor de zorgverlener, maar extra tijd is er vaak niet.

Als mogelijke oplossing wordt genoemd dat elke thuiszorgorganisatie een stappenplan zou moeten hebben met een gedetailleerde beschrijving wat een medewerker moet doen als hij/ zij te maken heeft met een vervuild huishouden. Hierin zouden onder andere tools moeten staan om de mate van vervuiling vast te stellen, zoals de Clutter-Hoarding Scale (zie hoofdstuk 2: signaleren). Daarnaast zouden er criteria in moeten staan wanneer het bieden van thuiszorg geweigerd kan worden (bijvoorbeeld de vraag: 'kan ik mijn werk op een goede manier uitvoeren?') en een lijst met hulporganisaties in de omgeving. Verder kan er gedacht worden aan een tool die samenwerking tussen de betrokken medewerkers ondersteunt. Voorbeelden hiervan zijn een communicatie app binnen de organisatie, een lijst van professionals en familieleden betrokken bij de patiënt of een sociogram waarin het sociale netwerk van de patiënt in kaart kan worden gebracht. Ook zou er in elke thuiszorgorganisatie minstens een persoon zijn die kan worden geraadpleegd in het geval van

een patiënt met een vervuild huishouden. Deze persoon zou de procedures en afspraken met andere organisaties moeten kennen en zou eventueel thuiszorgmedewerkers kunnen verwijzen naar externe experts op dit gebied. Waar nodig kan een expert vervolgens de situatie beoordelen tijdens een huisbezoek.

Onderbouwing grijze literatuur

In aanvulling op de literatuursearch is gezocht naar zogenoemde 'grijze literatuur'. Dit is literatuur die niet in de wetenschappelijke databases te vinden is, zoals onderzoeksrapporten, protocollen, handreikingen, beschrijvingen aanpak e.d.. De grijze literatuur is gezocht via Google Scholar, via relevante websites, via sleutelpublicaties en via relevante kwaliteitsstandaarden (Zorgmijding, Dementie).

In de Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden zijn enkele algemene bepalingen opgenomen over veiligheid. Artikel 1.7 benoemt dat verpleegkundigen/ verzorgenden behoren bij te dragen aan een veilige zorgverlening. Dat betekent onder andere alert zijn en actie ondernemen op situaties waarin de zorg niet voldoet aan eisen van kwaliteit, veiligheid of hygiëne. In artikel 4.3 staat dat de verpleegkundige/verzorgende ervoor zorg moet dragen dat de gezondheid en veiligheid van zorgvragers niet in gevaar komt.

De Arbocheck Verpleging en Verzorging biedt een checklist om te bepalen of er bij een cliënt veilig, gezond en hygiënisch gewerkt kan worden. De Arbochecklist onderscheidt vijf mobiliteitsklassen, waarbij per klasse wordt gekeken welke handelingen veilig (vallen, stoten, prikken, branden, uitglijden, sociale veiligheid, agressie, pesten, etc.), hygiënisch en gezond (tillen, werken in ongemakkelijke houdingen, onvoldoende werkruimte etc.) kunnen worden uitgevoerd. Het gaat hierbij om de volgende handelingen: cliënt scheren, eten of drinken geven, steunkousen aan- en uittrekken, douchen of wassen, verplaatsen (transfers), verpleegtechnische handelingen en wondzorg.

De Praktijkrichtlijn Fysieke belasting stelt duidelijke regels voor de lichamelijke belasting tijdens het werken in de zorg. In dit overzicht zijn de regels en afspraken opgenomen voor de lichamelijke zorg voor cliënten en de noodzaak om hulpmiddelen of aanpassingen te gebruiken.

Onderbouwing focusgroep

We vroegen deelnemers hoe zij in de praktijk bepalen of de zorg veilig genoeg is voor henzelf en cliënten. Deelnemers gaan in eerste instantie af op zintuiglijke waarnemingen: is er sprake van stank, liggen er dingen op de vloer, is er instortingsgevaar, enzovoorts. Opgemerkt wordt dat de meeste organisaties eigen protocollen en richtlijnen rondom hygiëne hanteren. Dat betreft meestal richtlijnen over waar een werkomgeving aan moet voldoen, zoals de Arbocheck en de richtlijn Arbo-fysieke belasting. De bepalingen uit deze richtlijnen bieden niet voldoende houvast voor situaties waarin sprake is van een vervuild huishouden. Deelnemers geven aan dat ze de Arbo-regels in de praktijk inzetten als handvat het gesprek aan te gaan en/of om een cliënt in beweging te krijgen: 'Op deze manier kan en mag ik mijn werk niet doen. Hoe kunnen we dat oplossen?'

Deelnemers worstelen soms met het dilemma dat ze enerzijds de te verrichte handelingen niet kunnen of mogen uitvoeren volgens Arborichtlijnen, en anderzijds vanuit de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) de verplichting ervaren om altijd te handelen als goed hulpverlener. Zoals ook werd opgemerkt bij het bepalen van de mate van vervuiling, is het bepalen van de (eigen) veiligheid een subjectieve kwestie. Een mogelijke valkuil daarbij is dat verpleegkundigen na verloop van tijd 'een dikke huid' ontwikkelen. 'We zijn wel wat gewend. Als wij

maar kunnen zwachtelen. Dat het aanrecht niet schoon is, is dan maar zo. Dat is niet mijn prioriteit.' Een risico hiervan is dat de (eigen) grenzen van wat wel of niet als veilig (genoeg) wordt gezien langzaam worden opgerekt. Deelnemers geven aan dat het helpend zou zijn als er vanuit de eigen organisatie duidelijke richtlijnen zouden bestaan. Bijvoorbeeld een checklist bij de intake met daarin de eisen zoals bijvoorbeeld de aanwezigheid van warm stromend water of de beschikbaarheid van een schone, hygiënische werkruimte. Duidelijke richtlijnen zouden rugdekking kunnen bieden voor het (al dan niet) handelen. Het kan eraan bijdragen dat de beroepsnormen leidend worden in plaats van de eigen normen en waarden. Het schept ook duidelijkheid voor de cliënt.

Deelnemers wijzen daarnaast nog op andere factoren die een rol kunnen spelen bij veiligheid. Het aankaarten van gevoelige onderwerpen (zoals vervuiling van een woning) kan bij cliënten gepaard kan gaan met boosheid/agressie. Ook komt het voor dat familie of naasten van de cliënt zich agressief opstellen.

Referenties

De Veer, A. de, K. de Groot, R. Verkaik (2022). Home care for patients with dirty homes: a qualitative study of the problems experienced by nurses and possible solutions, BMC Health Services Research (2022) 22:592 <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07988-2>.

Verantwoording vraag 4 Stappen bij een vervuild huishouden

4a. Welke stappen kunnen verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten doorlopen in de afweging wanneer handelen bij cliënten in een vervuild huishouden gerechtvaardigd is en wanneer niet?

4b. Hoe kunnen zij cliënten en naasten meenemen in dit afwegingsproces?

Onderbouwing systematische literatuursearch

Om bovengenoemde vragen te beantwoorden, is op 6 februari 2023 een update van de literatuur uitgevoerd in de PsychInfo, Medline, Embase, en Cinahl databanken naar systematische reviews, meta-analyses, RCT' en non-RCT's. De zoekstrategie en selectieprocedure staan beschreven in het review protocol. Van de 983 artikelen van de update en de 216 van de eerder uitgevoerde literatuursearch door Nivel, bleven er na beoordeling op titel en abstract één referentie over voor de selectie op basis van de volledige teksten (Chater2013). Uiteindelijk is geen enkele studie geïnccludeerd in de wetenschappelijke onderbouwing. Het artikel van Chater et al. uit 2013 is beoordeeld als niet-wetenschappelijk, en is daarom meegenomen onder 'Onderbouwing vanuit grijze literatuur'.

Onderbouwing grijze literatuur

In aanvulling op de literatuursearch is gezocht naar zogenoemde 'grijze literatuur'. Dit is literatuur die niet in de wetenschappelijke databases te vinden is, zoals onderzoeksrapporten, protocollen, handreikingen, beschrijvingen aanpak e.d.. De grijze literatuur is gezocht via Google Scholar, via relevante websites, via sleutelpublicaties en via relevante kwaliteitsstandaarden (Zorgmijding, Dementie).

4a Stappen in de afweging wanneer handelen gerechtvaardigd is

Er is geen grijze literatuur gevonden die specifiek gaat over de stappen die V&V kunnen doorlopen in de afweging wanneer handelen bij cliënten in een vervuild huishouden al dan niet gerechtvaardigd is. Wel vonden we een aantal bronnen die aanknopingspunten bieden.

In de [Richtlijn Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn](#) wordt aanbevolen om de volgende zes stappen te doorlopen (zie Handreiking Bemoeizorg in de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking van Frederiks en Dörenberg, 2015) in het proces van afweging wanneer handelen gerechtvaardigd is:

1. Onderzoek het signaal. Breng de situatie en mogelijke risico's in kaart op methodische wijze. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een methode die het klinisch redeneren ondersteund, zoals bijvoorbeeld NIC NOC NANDA (zie: <https://nandaninoc.bsl.nl/werken-met-nnn/>), de [Toolbox indicatiestelling Wijkverpleging](#) of een andere methodiek passend binnen de setting. Onderzoek ook of de persoon oordeelsbekwaam is (zie Tielens & Vester, 2010).
2. Bespreek de situatie met de cliënt: leg uit waarom je je zorgen maakt en waarom je het nodig vindt om iets aan de situatie te doen. Respecteer hierbij de rechten van de cliënt en informeer de cliënt over eventuele vervolgstappen.
3. Leg de situatie voor aan andere professionals, bijvoorbeeld in moreel beraad bijeenkomsten, casuïstiekbesprekingen, multidisciplinair overleg (MDO) of intervisie. Informeer de cliënt

hierover. Maak afspraken over op wie je kunt terugvallen als het proces vastloopt en bij wie de eindverantwoordelijkheid ligt (zie: [Samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn. Handreiking voor wijkverpleegkundigen](#)).

4. Bespreek de situatie met naasten en/of omgeving van de cliënt: om deze stap te kunnen zetten, is toestemming nodig van de cliënt. Probeer de cliënt hier zoveel mogelijk bij te betrekken en te informeren over de stappen die worden gezet.
5. Analyseer de situatie met de cliënt: leg je zienswijze aan de cliënt uit en geef aan welke acties je nodig vindt. Toets bij de cliënt hoe hij of zij nu tegen de situatie aankijkt.
6. Maak de afweging: gebruik hierbij overwegingen als noodzakelijkheid (is handelen echt nodig), doelmatigheid (draagt handelen bij aan het verbeteren van de situatie en het verminderen van risico's), proportionaliteit (is het handelen in verhouding tot de risico's die kunnen optreden) en subsidiariteit (is de manier waarop wordt gehandeld de minst ingrijpende voor de cliënt). De Wet zorg en dwang (<https://www.dwangindezorg.nl/wzd>) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (<https://www.dwangindezorg.nl/wvggz>) vormen hierbij de leidraad. Schakel zonodig 112, de crisisdienst, de woningcorporatie, bouw- en woningtoezicht of Veilig Thuis in. Evalueer met enige regelmaat de acties die zijn ingezet, zowel met de cliënt als met het team.

In de gemeente Utrecht is voor buurtteams de *Screening Woonhygiënische Problematiek* gemaakt dat de medewerkers helpt om de mate van ernst van vervuilde woning te kunnen vaststellen (zie ook 2. Signaleren) Het betreft een beknopte leidraad waarin in drie gradaties kenmerken van de woning en de bewoner zijn geordend in toestandsbeelden 'groen', 'oranje' en 'rood'. De indeling bepaalt of het buurtteam de casus zelf kan oppakken, of er overleg wenselijk is, of dat er gemeld moet worden.

In de regio Twente overweegt de GGD om een afwegingskader te gaan toepassen naar voorbeeld van de Meldcode Huiselijk geweld, om stapsgewijs tot een besluit te komen over welk handelen passend is (zie verslag uitgangsvraag 2). In de [Meldcode huiselijk geweld](#) zijn de volgende vijf stappen geformuleerd:

STAP 1: Breng signalen in kaart: Breng signalen in kaart die je zorg bevestigen of ontkrachten. Leg signalen en vervolgstappen objectief en feitelijk vast in het dossier.

STAP 2: Overleg met een deskundige collega of expert: Overleg met een deskundige collega om signalen te duiden.

STAP 3: Praat met ouders en het kind: Bespreek je zorgen zo snel mogelijk met de ouders/verzorgers van het kind en het kind zelf. Alleen als jouw veiligheid of die van het kind in gevaar kan komen door een gesprek kan hiervan worden afgezien.

STAP 4: Weeg de situatie: Maak een inschatting van de aard en de ernst van de situatie op basis van signalen, het overleg met een collega en de gesprekken met ouders en het kind. Bij een reële kans op schade: melden.

STAP 5: Beslis: Is melden nodig? Is hulpverlening nodig? Als je het kind voldoende kunt beschermen, bied of organiseer je de noodzakelijke hulp. Als de situatie acuut of structureel onveilig is, doe je een melding bij Veilig Thuis en beslis je samen welke hulp je zelf kunt organiseren.

Chater et al ontwikkelden een *toolkit voor hoarding problematiek*. 'Harm reduction' is daarbij het uitgangspunt: interventies gericht op het verminderen van de problematische gevolgen van de hoarding problematiek. Zij adviseren aan hulpverleners om de focus niet te leggen op het opruimen van de verzamelde spullen. Te vroeg of te veel nadruk op het opruimen van de woning ('een grondige schoonmaak') kan wantrouwen, wrok en weerstand oproepen, en mogelijk zelfs de symptomen van hoarding verergeren. Mogelijk omdat de cliënt dit ervaart als een stressvolle gebeurtenis en schending van de persoonlijke levenssfeer. Aangeraden wordt om in eerste instantie het handelen alleen te richten op het bewerkstelligen van een voldoende veilige leefruimte. In onderstaande tabel staan tips voor hulpverleners rondom veiligheidsrisico's bij hoarding. Een van de tips is om samen met de cliënt de risico's en de mogelijke gevolgen te bespreken en de opties om het aan te pakken.

TABLE 1. Home Safety Risks: How Do I Assist?

STEP 1: Safeguard yourself

- Take only essential items with you.
- Place personal belongings into a plastic bag, seal it, and leave it near the door, to be picked up when exiting the home. Consider bringing a change of clothes in more severe circumstances.
- Avoid wearing loose fitting clothing, open-toed shoes, or shoes with deep treads that could hold pests or unsanitary debris. Consider using protective equipment (gloves, boots, gown, mask) in more concerning environments while weighing the impact this may have on the therapeutic alliance.
- Avoid sitting, particularly on soft-covered furniture.
- Do not lift, carry, or walk into areas you do not feel comfortable accessing.
- Be aware of your exits and paths. Avoid areas where piles can easily topple.

STEP 2: Safety assessment

- Identify specific risks in the environment: falls, access to emergency services, fire hazards, infestations, unsanitary conditions, elderly dependents, children, or pets in the home adversely affected by clutter.
- Educate your client about these risks; discuss potential consequences and options to address.
- Document your concerns and discussion with your client.

STEP 3: Prioritize service goals

- Use data from safety assessment to prioritize goals: address most critical issues first.
- Apply a harm reduction approach (Tompkins, 2011).
- Incorporate self-management principles.

STEP 4: Assemble a team

- Coordinate service with local health authorities as appropriate: fire department, public health, senior services, mental health workers, and so on.
- Consider issues of health information privacy and duty to report.
- Draw on natural support networks: adult children, friends, church associates, extended family for hands-on assistance, emotional support, and/or financial support.

4b Manieren om cliënten en naasten mee te nemen in dit afwegingsproces

In het *handboek Amsterdamse Aanpak Ernstige Woningvervuiling* (2019) wordt benadrukt dat een zorgvuldige bejegening van de cliënt belangrijk is. Om de cliënt te inspireren hulp bij het opruimen te accepteren, is een juiste bejegening in het eerste contact cruciaal. Neem de tijd, beoordeel welk tempo mogelijk is. Gedegen kennis van en inzicht in vervuiling, hoarding en mogelijke achterliggende oorzaken zijn hierbij noodzakelijke voorwaarden. Ga een verbinding aan met de cliënt. Sta waarachtig náást iemand, houdt het contact prettig. Beperk het huisbezoek tot maximaal twee professionals. Zorg ervoor dat de bewoner u als hulpverlener beschouwt, niet als bedreiging. Stap één is het vertrouwen winnen. Een stressvolle start vergroot de kans op terugval.

In het *werkdokument Hygiënische probleemhuishoudens van GGD IJsselland* (2021) worden een aantal adviezen gegeven voor de aanpak van woningvervuiling en de bejegening van de cliënt:

- Naast het opruimen van de vervuilde woning is vooral ook het motiveren van de betrokkene en zijn omgeving om met de vervuiling aan de slag te gaan en ervoor te zorgen dat terugval voorkomen wordt.
- Dit vraagt om een gestructureerde en toch flexibele manier van werken, waarbij de persoon steeds centraal staat.
- In de benadering van de cliënt staat het contact maken en onderhouden centraal. Dit wordt bereikt door oprechte interesse, respect en betrokkenheid voor de eigenheid van de cliënt.
- De betrokken hulpverlener werkt outreachend en zet in op het 'verleiden' van de cliënt, zijn/haar sociale omgeving en relevante hulpverlening met als uiteindelijk doel maatschappelijk herstel. Deze aanpak vraagt vaak om geduld en een langdurig aanhouden.
- Al bij aanvang van de ondersteuning van de cliënt wordt een plan gemaakt voor nazorg, dit om terugval op termijn te voorkomen.

- Waar de outreachende presentie- en bemoeizorgbenadering niet leidt tot verbetering zal in uitzonderingssituaties overgegaan worden op drang en in zeer ernstige situaties tot dwang

Volgens Stegeman (2023) is motiverende gespreksvoering een kansrijke techniek om het gesprek over de woningvervuiling aan te gaan. Kennis over deze gespreksmethode is daarbij een vereiste, zodat deze op de juiste wijze toegepast wordt en de gespreksmethode leidt tot bewustwording en gedragsverandering bij de cliënt.

Volgens het *Rotterdamse Team Woningvervuiling en Advies* (CCV, 2023) is de manier waarop je omgaat met een woningvervuiler een belangrijke succesfactor in het contact. *"Wie heb je voor je, wat zie je, maar ook wat zie je niet? Wat zegt iemand en wat zegt hij niet. Het is een spel hoe iemand op jou reageert en daar ga je op in."* Volgens het Rotterdamse team zijn er drie belangrijke elementen in het contact:

- **Transparantie:** zeg altijd wat je komt doen. Maak het niet mooier of lelijker.
- **Zonder oordeel:** ga met een open blik naar iemand toe. Mensen voelen het als je dat niet doet en zijn daar ook bang voor.
- **Overschat niet:** zorg dat je een vervuiler niet overschat. Vaak moeten er in het proces keuzes worden gemaakt, maar daar is een vervuiler op dat moment niet altijd niet toe in staat. Vraag dat dan ook niet van hem of haar en kijk wat op dat moment wel mogelijk is.

Op basis van wetenschappelijke literatuur en de inbreng van experts, komt het Nivel tot een aantal adviezen voor de omgang met de cliënt met een vervuilde woning (Veer, Aalten, Groot & Verkaik, 2022). Belangrijk is dat teamleden elkaar daarin steunen. Vertrouwen, respect en 'out of the box'-denken zijn daarbij de kernwoorden. Het betreft de volgende adviezen:

- **Probeer het vertrouwen van de cliënt te winnen.** Daarvoor is het belangrijk om voldoende tijd te nemen en met de cliënt te praten, te luisteren en empathisch te zijn. De vervuiling en de eventuele risico's ervan moeten (eventueel op een later moment) wel benoemd worden, maar zonder een oordeel hierover te geven. Tegelijkertijd kan de zorgverlener aangeven te willen meedenken over mogelijke oplossingen voor de vervuiling.
- **Denk outside the box,** omdat de vervuiling meestal niet direct is opgelost. Bijvoorbeeld: is douchen in het buurtcentrum mogelijk?
- **Maak één ervaren teamlid aanspreekpunt** voor de cliënt en de teamleden. Deze persoon bespreekt de afspraken met de cliënt over opruimen en schoonmaken. De andere teamleden hoeven dan daarover met de cliënt niet in discussie te gaan.

Onderbouwing focusgroep

We vroegen in het groepsinterview welke stappen verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) doorlopen in het afwegingsproces. Concrete stappen werden niet genoemd. Wel werden verschillende dilemma's en knelpunten genoemd die V&V in de praktijk ervaren:

- De autonomie en recht op zelfbeschikking van cliënt enerzijds, en de intentie van de V&V om te helpen en de benodigde zorg te geven anderzijds.
- De taakgerichte houding van V&V staat soms op gespannen voet met een persoonsgerichte houding, die gericht is op de (behoeften van de) cliënt.
- Ontbrekende kennis en vaardigheden bij de zorgverlener over vervuilde huishoudens, mogelijke oorzaken en over wettelijke regelingen (bijvoorbeeld de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)).

V&V worstelen soms met de vraag wanneer het wel of niet gerechtvaardigd is om te handelen. Hoe maak je het bespreekbaar en hoe pak je het aan. Opgemerkt wordt dat het goed is om te benoemen wat je waarneemt. Beter is om dit zo snel mogelijk te doen, als het ongenoemd blijft, dreigt de situatie voort te blijven duren. Als voorbeeld wordt genoemd: *"Wat is er hier gebeurd, die geur slaat op je adem. En zonder adem kan ik niet goed werken."* ('One-down positie' waarbij de hulpverlener benoemt wat hij/zij ziet zonder dit te veroordelen). Er kunnen redenen zijn waarom in het beginnende contact niet meteen gesproken wordt over stank/ vervuiling/hoarding. Het kan dan lastig zijn om op een later moment alsnog het gesprek daarover te beginnen. Een voorbeeldzin die hiervoor genoemd wordt: *"Wat ik eerder moeilijk vond om met je te bespreken"*. Andere hulpzinnen die worden genoemd zijn: *"Ik ga aantal dingen met je bespreken, het kan zijn dat je het lastig vindt om te horen."* En: *"Als dit zo blijft, wordt het ook lastig om je te helpen zo meteen."*

De V&V merken op dat als er - door de woningvervuiling - gezondheidsrisico's zijn, dit besproken moet worden met de cliënt. Dit vraagt vaak veel tijd en geduld maar die tijd ontbreekt meestal. In acute situaties moet er gehandeld worden. In de praktijk zijn er regelmatig situaties waarin de taakgerichte houding (wondverzorging, aanleggen verband, toediening medicatie) 'botst' met het opvolgen van de hygiëne richtlijnen over waar een werkomgeving aan moet voldoen (zie ook uitgangsvraag 3). Ook worstelen V&V met situaties waarin cliënten niet willen meewerken en/of een gebrekkig zelfinzicht hebben. Hoe beoordeel je de wilsbekwaamheid van de cliënt en hoe te handelen in zulke situaties? Niet alle V&V weten wanneer onvrijwillige zorg en de Wet zorg en dwang van toepassing zijn en welke middelen daar wel inzicht in geven.

V&V zijn vaak terughoudend in het melden bij een andere organisatie: de zorg bestaat dat dit ten koste zal gaan van de vertrouwensband met de cliënt (zie uitgangsvraag 2). Bij het groepsinterview werd gewezen op de mogelijkheid om als verpleegkundige anoniem te melden. Ook naasten/ familieleden kunnen melden. Rondom woonhygiëne kan advies ingewonnen worden bij de GGD. De vraag of en wanneer je als V&V andere organisaties inschakelt blijft een dilemma. *"Als de GGD meteen doorpakt, dan durf je het soms niet te melden. Een cliënt werd echt heel boos, die zei: je hoeft niet naar mijn woning te komen want ik heb er (de woningvervuiling) zelf geen last van."*

V&V wijzen op het belang van emotionele afstemming met de cliënt, als er andere partijen worden ingeschakeld. Bij cliënten kan het beeld bestaan dat hulpverleners zich overal mee bemoeien. Het is belangrijk om het inschakelen van bijvoorbeeld de GGD goed af te stemmen met de cliënt.

V&V merken op dat het betrekken van naasten niet altijd mogelijk is. Soms zijn naasten/ familieleden uit beeld of is het contact verbroken. Als er wel naasten zijn die bereid zijn te bij te dragen, dan is dat meestal helpend. Een naaste of familielid kan de situatie soms de juiste kant op wijzen. Voor het betrekken van naasten/ familieleden is wel expliciet toestemming van de cliënt nodig.

Op de vraag wat helpend kan zijn in het afwegingsproces, doen de V&V de volgende suggesties:

- Aandachtfunctionarissen binnen het verpleegkundigenteam die de lijnen kennen.
- Een overzicht of sociale kaart van wie/welke organisatie waarvoor geraadpleegd kan worden.
- Een aantal voorbeelden van hulpzinnen om het gesprek met de cliënt aan te gaan. Bijvoorbeeld om onderwerpen aan te kaarten die mogelijk gevoelig kunnen liggen zoals vervuiling/stank.
- Maak al tijdens de intake duidelijk aan de cliënt wat de kaders zijn. Bijvoorbeeld dat het voor het verrichten van verpleegkundige handelingen (zoals wondverzorging) noodzakelijk is dat er binnen de woning een ruimte is waar hygiënisch gewerkt kan worden. Benoem dan ook welke stappen genomen moeten worden om ervoor te zorgen dat de ruimte voldoet aan de richtlijnen rondom

hygiëne. Om de kaders duidelijk te maken helpt het als gewerkt kan worden volgens protocol van de eigen organisatie.

- Belangrijk is om altijd rekening te houden met de integriteit van de cliënt: je betreedt zijn/haar woning. Wees terughoudend met oordelen over leefstijl zoals voedsel, roken, drinken.
- Ook belangrijk om te beseffen is dat hoarding/woningvervuiling meestal een symptoom van onderliggende problematiek. Alleen het schoonmaken en opruimen lost de problemen niet op, daar is meer voor nodig. Bij hoarding is het essentieel dat de cliënt de regie heeft over het opruimen/ herorganiseren van de spullen. Anders dreigt terugval.

Cliëntenperspectief

We spraken met drie personen die eigen ervaring hebben met hoarding problematiek of verwaarloosd huishouden. Ook spraken we met een naaste van iemand met een verwaarloosd of vervuild huishouden. In de gesprekken vroegen we hoe verpleegkundigen en verzorgenden cliënten en naasten het beste kunnen benaderen en hoe ze hen kunnen meenemen in het afwegingsproces van wel of niet handelen. Cliënten en naasten gaven de volgende tips en adviezen:

- Het is belangrijk dat hulpverleners in de omgang met cliënten niet oordelen: benoem alleen wat er waarneembaar is. Spreek bijvoorbeeld uit dat je ziet dat er een hoge stapel boeken ligt en dat die kan omvallen. Betrek de cliënt bij de mogelijke gezondheids- of veiligheidsrisico's die zich voordoen.
- Belangrijk is om de cliënt te behandelen met respect. Stem als hulpverlener voortdurend af met de cliënt. Wees open en transparant in wat je doet, in wat je zegt en bespreek om welke redenen je keuzes maakt.
- Belangrijk is dat je als hulpverlener present bent en waardevrij. "Heb respect alsof je een museum bezoekt en de conservator de deur voor je opent om zijn kunstcollectie te laten zien."
- Wijs cliënten op het bestaan van lokale organisaties die hulp kunnen bieden. Laat folders of informatiebrochures met contactgegevens achter.
- Informeer of de cliënt het goed vindt of er bij een volgend huisbezoek een hulpverlener/ervaringsdeskundige aanwezig mag zijn.
- Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke steun zijn voor de cliënt en/of dienen als rolmodel/ hoopvol voorbeeld. Ook kunnen ervaringsdeskundigen een rol spelen bij het doorbreken van de drempel van schaamte.
- Wijs V&V op bestaande hulpmiddelen, tools en werkwijzen die bruikbaar kunnen zijn om samen met de cliënt zaken bespreekbaar te maken. Genoemd wordt bijvoorbeeld de Toolkit Samen beslissen bij psychose, die bedoeld is om gezamenlijke besluitvorming te bevorderen tussen cliënt, zorgverlener en eventuele naasten. Specifiek voor woningvervuiling/ hoarding wordt het Clutter Image Rating instrument als voorbeeld genoemd.
- Bij de aanpak van hoarding/woningvervuiling is het prettig om niet alles in een keer aan te pakken maar het op te delen in kleinere onderdelen. "Zullen we zorgen dat we hier een paar vierkante meter op de vloer weg ruimen?"
- Besef dat cliënten die spullen verzamelen veel emotionele waarde kunnen hechten aan spullen die op het eerste gezicht niet zo bijzonder lijken te zijn.
- De ondersteuning moet in een rustig tempo plaatsvinden. Win het vertrouwen. Drink samen niet één maar twee kopjes koffie. Neem kleine stappen, niet overhaasten.
- Informeer cliënten in een vroeg stadium over wettelijke eisen rondom (brand)veiligheid en (sociale) hygiëne. Bijvoorbeeld door duidelijk te maken dat de brandweer door de woning moet kunnen lopen om bijvoorbeeld de badkamer te kunnen betreden. Geef inzage in bepalingen als de minimale loopruimte en de maximale stapelhoogte. Leg uit dat de openbare ruimten en de hal leeg

moeten blijven, dat ramen en deuren open moeten kunnen en de vloer niet mag doorzakken. Allemaal zaken die ook van belang voor eigenaren en woningcorporaties, als eindverantwoordelijken voor de staat van het pand.

Deze tips en adviezen komen terug in de aanbevelingen.

Referenties

CCV (2023). Pak de onderliggende problemen aan. Special woningvervuiling.

Chater, Catherine MSc, OT Reg; Shaw, Jay MPT; McKay, Sandra M. PhD. Hoarding in the Home: A Toolkit for the Home Healthcare Provider. *Home Healthcare Nurse* 31(3):p 144-154, March 2013. DOI: 10.1097/NHH.0b013e3182838847

Day, M. R., Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2013). Perceptions and views of self-neglect: A client-centered perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(1), 76-94.

<https://doi.org/10.1080/08946566.2012.712864>

Frederiks, B., Dörenberg, V. (2015). Bemoeizorg in de zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. Een handreiking voor begeleiders die dagelijks zorg en ondersteuning bieden aan cliënten. Amsterdam: VUmc.

GGD IJsselland (2021). Werkdocument Hygiënische probleemhuishoudens.

Gemeente Amsterdam (2019). [Handboek Amsterdamse Aanpak Ernstige Woningvervuiling](#). Amsterdam: Gemeente Amsterdam, afdeling Zorg.

Stegeman, I. (2023). Vervuilde huishoudens in de wijkverpleging. Enschede: Hogeschool Saxion.

Veer, A. D., Aalten, M. V., Groot, K. D., & Verkaik, R. (2022). Aandachtspunten bij een vervuild huishouden.

Yu, M., Gu, L., Shi, Y., & Wang, W. (2021). A systematic review of self-neglect and its risk factors among community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 25(12), 2179-2190.

Verantwoording vraag 5 Samenwerking rond een vervuild huishouden

Uitgangsvraag 5a. Wat is nodig om de samenwerking tussen verpleegkundigen/verzorgenden/verpleegkundig specialisten onderling (binnen het team, de organisatie) en met andere professionals te verbeteren?

Uitgangsvraag 5b. Over welke onderwerpen moeten zij samenwerkingsafspraken maken met andere professionals en organisaties (bijv. rolverdeling, regie, informatieoverdracht)?

Onderbouwing systematische literatuursearch

Om bovengenoemde vragen te beantwoorden, is er op 6 februari 2023 een update van de literatuur uitgevoerd in de PsychInfo, Medline, Embase, en Cinahl databanken naar systematische reviews, meta-analyses, RCT' en non-RCT's. Van de 983 artikelen van de update en de 216 van de eerder uitgevoerde literatuursearch door Nivel, bleven er na beoordeling op titel en abstract vier referenties over voor de selectie op basis van de volledige teksten (Wendt2022; Band-Winterstein2016; Yu2022; Fleury2012). Hiervan zijn uiteindelijk twee studies (Wendt2022; Band-Winterstein2016) geïnccludeerd.

Beschrijving Band-Winterstein2016

In deze Israëlische kwalitatieve studie uit 2016 zijn de ervaringen onderzocht van 22 verpleegkundigen die werkten met zelf verwaarlozende ouderen. Dit is gedaan aan de hand van semigestructureerde interviews. Een van de bevindingen voor de praktijk is het belang van een passend professioneel klimaat (inclusief vergaderingen, nabesprekingen en scholingen). Dit creëert voor zorgmedewerkers de mogelijkheid om een open gesprek met elkaar aan te gaan over zelfverwaarlozing bij ouderen. Tijdens de vergaderingen zou gesproken moeten worden over het omgaan met deze problematiek.

Beschrijving Wendt2022

In de kwalitatieve observationele studie van Wendt en collega's uit 2022 worden infectie preventie handelingen onderzocht bij vier Nederlandse thuiszorginstellingen. Op basis van semigestructureerde interviews met cliënten, observatie van 87 unieke zorgsituaties en focusgroep discussies met zorgmedewerkers, is een aantal aanbevelingen geformuleerd. Een samenwerkingsstructuur die besproken werd binnen de thuiszorginstellingen was een gespecialiseerde medewerker in 'kwaliteit van de zorg' of 'hygiëne en infectie preventie'. De taak van deze personen is het bijhouden van kennis van het team over deze onderwerpen en het beantwoorden van vragen van collega's hierover. Het probleem dat vervolgens werd geschetst, was dat het bespreken van deze onderwerpen bemoeilijkt wordt doordat er vrijwel altijd alleen wordt gewerkt. Daarnaast heeft een hoge werkdruk een negatief effect op de kennisoverdracht. Belemmerend is ook dat de medewerkers niet betaald worden voor de tijd die gespendeerd wordt aan het overdragen van kennis over deze onderwerpen. Er wordt aanbevolen dat gezondheidszorgorganisaties worden voorzien van een kennisinfrastructuur die bovengenoemde barrières kan verminderen. Daarnaast worden actieve surveillance en audits aangeraden om variatie binnen de praktijk en het niet naleven van infectie preventie maatregelen aan het licht te brengen. Dit kan als een startpunt worden gezien voor kwaliteitsverbetering binnen de zorginstellingen.

Onderbouwing vanuit grijze literatuur

In de knelpuntenanalyse van het Nivel (Veer, Aalten, Groot & Verkaik, 2022) wordt een aantal adviezen gegeven over interne en externe samenwerking:

Interne samenwerking

- Teamleden moeten elkaar steunen. Vertrouwen, respect en 'out of the box'-denken zijn de kernwoorden.
- Maak één ervaren teamlid aanspreekpunt voor de cliënt en de teamleden. Deze persoon bespreekt de afspraken met de cliënt over opruimen en schoonmaken. De andere teamleden hoeven dan daarover met de cliënt niet in discussie te gaan.
- Rooster zoveel mogelijk dezelfde mensen in, zodat de cliënt vaste gezichten ziet, waarmee een klik is. Nieuwe professionals worden zoveel mogelijk geïntroduceerd door een vertrouwde professional, bij voorkeur de casemanager.
- Bespreek de cliënt in het team met respect voor elkaars beleving en voor de cliënt. Het helpt als teamleden meer kennis over vervuilde huishoudens hebben en er iemand in de organisatie is, zoals een verpleegkundig specialist, die het team ondersteunt.
- Betrek teamleden bij de zorg. Zo kan een ervaren teamlid samen met een minder ervaren collega de cliënt bezoeken. Het ervaren teamlid kan de collega informeren, motiveren en begrip voor de cliënt kweken. Tegelijkertijd laat het ervaren teamlid zien hoe je met de situatie kunt omgaan.
- Zoek zo snel mogelijk hulp over hoe het beste te handelen en/of bij behoefte aan ondersteuning. Dit kan bijvoorbeeld een ervaren collega uit een ander team zijn, iemand van de GGD, of iemand van de GGZ.

Externe samenwerking

- Neem snel contact op met andere professionals. Omdat vervuiling dikwijls al lang speelt, heeft afwachten of er opgeruimd wordt veelal weinig zin. Beter kan er snel hulp van andere professionals ingeschakeld worden. Vaak heeft de GGD of gemeente een meldpunt en een team met kennis en vaardigheden met betrekking tot woningvervuiling. De zorgverlener kan een cliënt anoniem bespreken of iemand van de GGD, zoals een sociaal verpleegkundige, meevragen op huisbezoek.
- Stem alle zorg voor de cliënt op elkaar af (casemanagement). Vaak blijkt uit een eerste inventarisatie van de verpleegkundige dat er al meerdere professionals bij de cliënt betrokken zijn. Het advies is, dat deze professionals samen tot een gedragen inschatting komen van de (on)veiligheid van de situatie, de achterliggende problematiek en de mogelijke oplossingen en bijpassende hulp. Ook om herhaling van de situatie te voorkomen. Hun zorgplannen stemmen ze af. Daarbij is het raadzaam dat één professional als casemanager de regie heeft en centraal aanspreekpunt is. Welke professional deze rol vervult is afhankelijk van de specifieke situatie van een cliënt.
- Er is tijd nodig om te overleggen binnen het team, binnen de eigen organisatie en met professionals uit andere organisaties (o.a. GGD, GGZ, woningcorporatie, sociale wijkteam, huisarts). De verpleegkundige kan daarom zorgen voor een ruime indicatiestelling, ook omdat de zorg zelf vaak meer tijd kost, bijvoorbeeld omdat een cliënt niet meewerkt of om een plek te zoeken of te creëren om de zorg te kunnen verlenen.
- Maak ketenzorgafspraken op regionaal niveau. Op het gebied van vervuilde woningen is nog veel te winnen in de samenwerking met andere organisaties. In de keten moeten alle relevante partijen vertegenwoordigd zijn. Dit zijn in ieder geval: GGD, gemeente, GGZ, sociaal wijkteam, thuiszorg voor huishoudelijke hulp, huisartsen, ziekenhuizen, woningcorporaties, politie, brandweer. Een zaak die bij deze ketenzorgafspraken geregeld wordt is onder andere het

inzetten van schoonmaakteams. Ook kan worden vastgelegd wat de rol van de gemeente is indien een cliënt niet wil of kan meewerken.

In de handreiking Samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn voor wijkverpleegkundigen wordt een aantal onderwerpen genoemd waarover verpleegkundigen met andere ketenpartners afspraken moeten maken:

1. **Signaleren:** Het is belangrijk dat binnen een samenwerkingsverband helder is waar signalen van vervuild huishouden gemeld kunnen worden. Hiervoor kan een signaleringsstructuur worden ingericht. Dit houdt in dat de samenwerkende organisaties in hun eigen organisatie een contactpersoon aanwijzen, bij voorkeur degene die in het samenwerkingsverband vertegenwoordigd is.
2. **Rolverdeling:** Verpleegkundigen, andere professionals, vrijwilligers en mantelzorgers die deel uitmaken van een samenwerkingsverband dienen duidelijke afspraken te maken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorg en ondersteuning aan de cliënt. Samenhangende zorg en ondersteuning aan de cliënt vergt dat verpleegkundigen niet alleen op de hoogte zijn van hetgeen zij zelf moeten doen, maar zich ook bewust zijn van hoe hun handelen zich verhoudt tot hetgeen andere betrokken professionals, vrijwilligers en mantelzorgers doen en daarmee rekening houden.
3. **Mandaat:** Wanneer er sprake is van een traject waarbij meerdere professionals (gelijktijdig) betrokken zijn, dient duidelijk te zijn wie van hen verantwoordelijkheid is voor de inhoud en uitvoering van de onderdelen van de zorg en ondersteuning en of er sprake is van een inhoudelijk eindverantwoordelijke.
4. **Regie:** Uitgangspunt is dat de cliënt zoveel mogelijk de regie heeft over zijn eigen zorg- en ondersteuningsproces, tenzij er sprake is van wilsonbekwaamheid. Samen met de cliënt (of diens vertegenwoordiger), naasten en/of omgeving van de cliënt wordt het zorgplan opgesteld. Belangrijke vragen hierbij zijn: wat is voor de cliënt belangrijk in zijn leven en hoe kan de zorg en ondersteuning hieraan bijdragen, wat zijn de mogelijkheden, wat zijn de voor en nadelen en wat betekent dit in de situatie van de cliënt. Voor de cliënt moet altijd duidelijk zijn wie van de betrokken professionals:
 - het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
 - per onderdeel de inhoudelijke regie en (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorg en ondersteuning aan de cliënt;
 - de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt heeft.
5. **Overdracht en doorverwijzing:** Overdracht van taken en verantwoordelijkheden dient expliciet plaats te vinden. Continuïteit van zorg is van groot belang, in het bijzonder bij mensen waarbij het risico speelt dat zij de zorg gaan mijden. Risico's voor de continuïteit van de zorg en ondersteuning zijn bij elk overdrachtsmoment aanwezig
6. **Monitoring en nazorg:** Monitoring en evaluatie zijn van belang om met elkaar na te gaan of het traject volgens plan is verlopen, of alle partijen hun verantwoordelijkheid hebben genomen en hun onderdelen in het traject hebben uitgevoerd en gedocumenteerd, en of er wijzigingen moeten plaatsvinden in het traject. De fase van nazorg is een zeer belangrijk onderdeel van de hulpverlening. In het samenwerkingsverband en met de cliënt wordt besproken en vastgelegd hoe de nazorgfase het beste ingevuld kan worden, wie vinger-aan-de-pols houdt en eventuele signalen van verslechtering terugkoppelt.
7. **Informatie-uitwisseling:** Voor verpleegkundigen die deelnemen aan een samenwerkingstraject is het van belang dat zij over relevante gegevens van collega's beschikken en zo nodig collega's informeren over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. Informatie-uitwisseling voorafgaand aan het zorgtraject is vooral gericht

op het inschatten van de situatie en welke zorg en ondersteuning dient te worden geleverd. Gegevensuitwisseling tussen bijvoorbeeld de woningcorporatie, politie, sociaal werk, gemeente, GGZ en GGD kan aan het licht brengen hoe ernstig de situatie is. Zie ook de [Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg](#) en de [Handreiking privacy en gegevensdeling wijk-GGD'er](#). De handreiking Samenwerking rond zorgmijding bevat een checklist die in de praktijk gebruikt kan worden wanneer een samenwerking wordt opgestart. Deze biedt aanknopingspunten voor samenwerking rondom vervuilde huishoudens.

Onderbouwing vanuit focusgroep

Bij de focusgroep vroegen we naar samenwerkingspartners rondom vervuilde huishoudens en hoarding. Deelnemers noemen de volgende ketenpartners: wijkteams, woningcorporaties, politie en boa's, (wijk) GGD, bemoeizorg, thuiszorg, huisartsen en ambulante hulpverleners vanuit GGZ. Dit is geen uitputtende opsomming, de relevantie van de genoemde partijen is afhankelijk van de casuïstiek.

Daarnaast wijzen deelnemers er op dat er veel andere mogelijke 'bronnen' zijn voor het signaleren en melden van vervuiling en hoarding. Genoemd worden bijvoorbeeld: supermarktmedewerkers, installateurs van rookmelders, apotheekmedewerkers, postbezorgers, ambulancepersoneel enzovoorts.

Ook is de vraag voorgelegd wat er nodig is om de samenwerking tussen betrokken partijen te verbeteren. Deelnemers noemen zowel belemmerende als bevorderende factoren:

Samenwerking tussen V&V en andere professionals

Belemmerend / bevorderend

- Na melding van vervuild huishouden onvoldoende ondersteuning in het vervolgtraject, de aanpak na de melding.
- Handelingsverlegenheid door ontbrekende regie, onduidelijkheid over wie wat doet.
- Onduidelijkheid over afbakening takenpakket verpleegkundige. Wat hoort wel en niet tot verpleegkundig handelen?
- Financiering en zorgsysteem werken belemmerend in domein overstijgend (samen) werken
- Gebrek aan kennis/vaardigheden bij verpleging en verzorging over (onderliggende problematiek van) vervuilde huishoudens/ hoarding
- Personeelstekort in zorgsector en toenemend aantal cliënten met zorgbehoefte
- Wet- en regelgeving rondom privacy bemoeilijkt uitwisseling cliëntinformatie
- Wederzijdse erkenning en waardering van elkaars expertise.
- 'Korte lijntjes': elkaar kennen, elkaar gemakkelijk weten te vinden
- Kennis vergroten
- Handvatten bieden bij het gesprek: met cliënt en tussen professionals onderling
- Gezamenlijk op huisbezoek
- Sociale kaart die taken en verantwoordelijkheden per organisatie inzichtelijk maakt, plus contactgegevens.
- Multidisciplinair overleg/ moreel beraad om tot een gezamenlijke visie te komen.

Onderwerpen voor samenwerkingsafspraken

Tijdens de focusgroep hebben we de onderwerpen voor samenwerkingsafspraken uit de handreiking Samenwerking rond zorgmijding (zie ook 5.3) voorgelegd aan de deelnemers. Deelnemers gaven aan dat zij deze onderwerpen ook relevant vinden voor samenwerkingsafspraken rondom vervuilde huishoudens. Er worden geen onderwerpen gemist of aanvullende onderwerpen

genoemd. Wel wordt gewezen op de noodzaak van (het laten ontstaan van) gezamenlijke verantwoordelijkheid. Om te voorkomen dat de professional het gevoel heeft er alleen voor te staan. Dit is hoe (wijk)verpleegkundigen het vaak wel ervaren bij cliënten met een vervuild huishouden. Men ziet daarin kansen in het wijkgericht werken - inclusief wijkgerichte zorg - waarbij vanuit verschillende disciplines wordt samengewerkt.

Referenties

Band-Winterstein, T. (2018). Nurses' encounters with older adults engaged in self-neglectful behaviors in the community: a qualitative study. *Journal of Applied Gerontology*, 37(8), 965-989.

Fleury, G., Gaudette, L., & Moran, P. (2012). Compulsive hoarding: overview and implications for community health nurses. *Journal of community health nursing*, 29(3), 154-162.

Trimbos-instituut. Samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn. Handreiking voor wijkverpleegkundigen [handreiking-wijkverpleegkundigen-def.pdf \(venvn.nl\)](#) Utrecht: V&VN.

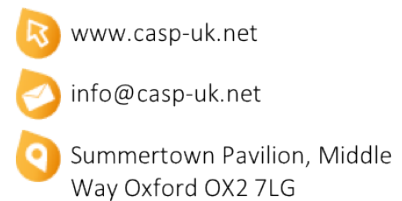
Veer, A. D., Aalten, M. V., Groot, K. D., & Verkaik, R. (2022). Aandachtspunten bij een vervuild huishouden.

Wendt, B., Huisman-de Waal, G., Bakker-Jacobs, A., Hautvast, J. L., & Huis, A. (2022). Exploring infection prevention practices in home-based nursing care: A qualitative observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 125, 104130.

Yu, M., Ramachandran, H. J., Qian, M., Shi, Y., Gu, L., & Wang, W. (2022). Understanding professionals' perspectives and experiences of elder self-neglect: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(1), 24-30.

Kwaliteitsbeoordelingen wetenschappelijke studies

Critical Appraisal Skills Programme (CASP)



CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a [Qualitative](#) research

[How to use this appraisal tool](#): Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

[About](#): These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

[Referencing](#): we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference: **Band-Winterstein2016**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: The purpose of this article is to explore the experiences of community care nurses who encounter older adults engaged in self-neglectful behaviors, and the implications this phenomenon has on the nurses personal and professional lives.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: A qualitative study inspired by the phenomenological tradition was conducted. The descriptive power of approach enables an in-depth understanding of this complex phenomenon (Sokolowsky, 2000). This approach is useful for studying sensitive topics, which involve self-disclosure by the participants (Dickson-Swift, James, Kippen, & Liamputtong, 2007). In the present context, the sensitive topic was the impact of the encounter with older adults engaged in self-neglectful behaviors on nursing staff and private life domains.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comment

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: The sampling criterion was professional nurses who had at least 2 years of experience in the area of geriatrics. The actual sample included 22 Israeli registered nurses aged 24 to 67 years (average: 39.9 years), a total of 20 women and two men with work experience ranging from 1 to 30 years (average: 14.9 years; see Table 1), recruited from community agencies, such as local public clinics (health management organization [HMO]). The initial inquiry was to the clinics, which provided the nurses contact details. Thirteen participants had BA degrees and nine had MA degrees.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: First, the participants completed a demographic questionnaire and participated in an in-depth, semistructured interview that lasted approximately an hour and a half. Each interview was tape-recorded and later transcribed by the interviewers. In the findings report that follows, participants names were changed. Because the study had no funding source, the participants were asked to volunteer their time. They agreed to stay in their workplace after finishing their work shift for the purpose of conducting interviews. Because the topic was of great interest to them, the number of refusals was minimal (two people). The final number of interviews (22) was determined by theoretical saturation.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	☐
Can't Tell	☒
No	☐

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Initial approval by the agencies enabled the researchers to interview the participants based on a letter of intent, together with a brief description of the study. The University of Haifa's institutional review board approved the study. The participants first received a brief explanation of the general research aims, after which they voluntarily agreed to participate and have the interview audio-taped; they also signed an informed consent form.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Yes

CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

Are the results of the study valid? (Section A) What are the
results? (Section B)
Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA ‘Users’ guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial- Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>
www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference: **DeVeer ea 2022**

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- what was the goal of the research
- why it was thought important
- its relevance

1.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	☐
Can't Tell	☒
No	☐

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes

Can't Tell

No

✓

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comment

All transcripts were analysed by AdV and RV, where AdV analysed the interviews held by RV and vice versa. First the researcher read a transcript to become familiar with the content. In the next steps initial codes were given while staying semantically close to the text. The next steps included searching for underlying themes and checking whether the themes worked in relation to the codes and dataset. This procedure of naming underlying themes and checking was repeated several times until the researchers reached consensus. Finally, the themes were described. the software program MAXQDA (release 11.0.9b) was used to facilitate the process of data analysis [15].

9. Is there a clear statement of findings?

Yes

Can't Tell

No

✓

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: the interviews revealed three main themes and ten subthemes in the problems that were mentioned regarding the provision of home care for people with a dirty home: (A) there are dilemmas in choosing the right nursing care; (B) cooperation and an integrated approach are often necessary but lacking; and (C) nurses have insufficient competencies.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: **Yes**

CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA ‘Users’ guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: This study aims to explore infection prevention practices and related behavioural factors in both nurses and clients to identify barriers to and facilitators of infection prevention practices in home-based nursing care.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: The study used a qualitative, exploratory approach, including participant observations, focus group discussions and semistructured interviews. The qualitative design allowed the researchers to gather rich, detailed and comprehensive observations and descriptions. Additionally, the research team gained an indepth understanding of infection prevention practices, procedures and their determinants amongst both nurses and clients in homebased nursing care in the Netherlands.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comment

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: Three groups of participants were included: 1. Home healthcare nurses who provide highly complex procedures; 2. Home healthcare nurses and professional caregivers who provide daily, low-complex care; and 3. Clients who manage home parenteral nutrition without the support of home healthcare i.e. clients performing highly complex procedures themselves. Within these groups, individual clients and nurses were both purposively and conveniently recruited. Recruitment stopped when data saturation was reached, meaning that no new codes or information emerged from the data.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: To allow a first-hand experience of the behaviours, events, activities and interactions in the home environment participant observations were used as the main source of data collection. All of the participant observations were carried out by a researcher (BW) with experience as both a Level 6 home healthcare nurse and a health scientist. Prior to the start of the fieldwork, the researcher was trained in qualitative research methods and was trained on performing participant observations. Subsequently, a comprehensive observation list was developed based on standard infection prevention practices derived from literature and expert advice. T

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	☐
Can't Tell	☒
No	☐

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

p

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

--

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	☒
Can't Tell	☐
No	☐

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

--

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: **Yes**

Chia, K., Pasalich, D. S., Fassnacht, D. B., Ali, K., Kyrios, M., Maclean, B., & Grisham, J. R. (2021). Interpersonal attachment, early family environment, and trauma in hoarding: A systematic review. *Clinical psychology review*, 90, 102096. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102096>

Interpersonal attachment, early family environment, and trauma in hoarding is a Critially Low quality review

1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	No
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	No
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	No
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	No
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Yes
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Yes
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	No
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	No
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Partial Yes
RCT	
NRSI	No
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	No

11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results? RCT	0
NRSI	0
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	0
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	No
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Yes
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	0
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Yes

AMSTAR critical appraisal tool for systematic reviews

Yu2020 is a Critially Low quality review

1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?

Yes

2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?

No

3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?

Yes

4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?

Partial Yes
Yes
Yes

Yes

5. Did the review authors perform study selection in duplicate?

Yes
Yes

6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	No
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	No Partial Yes
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Partial Yes Yes Yes Yes Yes Yes
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	
RCT	No
NRSI	No
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	No
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	
RCT	0
NRSI	0

13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review? No

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review? No

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review? 0

16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review? Yes
Yes