

Handreiking
Vervuilde huishoudens

November 2024



Deze handreiking is tot stand gekomen dankzij:

De eigenaar van deze handreiking is:



Deze handreiking is opgesteld door:



Deze handreiking is financieel mogelijk gemaakt door:



Inhoudsopgave

Adviezen	5
Inleiding	9
Vraag 1	12
Oorzaken en risicofactoren	
Inleiding	13
Adviezen	14
Overwegingen	15
Conclusies	18
Vraag 2	19
Signaleren vervuild huishouden	
Inleiding	20
Adviezen	21
Overwegingen	25
Conclusies	27
Vraag 3	28
Veilige zorg	
Inleiding	29
Adviezen	30
Overwegingen	31
Conclusies	33
Vraag 4	34
Stappen bij een vervuild huishouden	
Inleiding	35
Adviezen	36
Overwegingen	38
Conclusies	40
Vraag 5	42
Samenwerking professionals	
Inleiding	43
Adviezen	44
Overwegingen	45
Conclusies	47
Bijlagen	48
Algemene achtergrondgegevens	49
Samenstelling werkgroep, adviesgroep, projectgroep	50
Clëntenperspectief	53
Knelpunteninventarisatie	55
Verantwoording algemeen	57

Implementatie	126
Onderwerpen voor verder onderzoek en ontwikkeling	129
Literatuurlijst	130

Adviezen

Deze handreiking is bedoeld voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten die ambulante zorg verlenen aan mensen met een vervuild huishouden. Zij zijn werkzaam in diverse settings, zoals bijvoorbeeld wijkteams, thuiszorgteams, ambulante en acute ggz of verslavingszorg, GGD/vangnet- en adviesteam, bemoeizorgteams of huisartsenpraktijken.

KERNAANBEVELINGEN



De adviezen in deze handreiking zijn gebaseerd op de resultaten van de wetenschappelijke literatuur (wetenschappelijke kennis), grijze literatuur, focusgroepen en input uit de werkgroep (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.

* = op basis van systematische literatuursearch

○ = op basis van grijze literatuur

▼ = op basis van focusgroepen

⊕ = op basis van input werkgroep

Oorzaken en risicofactoren

In de grijze literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen een vervuild huishouden (squalor), een verzamelstoornis (hoarding disorder), zelfverwaarlozing (self-neglect) en diogenes syndroom.

***○⊕** Neem kennis van de mogelijke oorzaken en risicofactoren van vervuilde huishoudens en zelfverwaarlozing:

- Bij een vervuild huishouden zijn dit: een psychiatrische aandoening, middelenmisbruik (zoals alcohol en/of drugs) en/of een verstandelijke beperking, de ziekte van Alzheimer, niet-aangeboren hersenletsel, een vasculaire cognitieve aandoening, fronto-temporale dementie, en/of een lichamelijke beperking. Andere factoren die een rol kunnen spelen zijn het verlies van een partner, verwaarlozing of mishandeling, rolverdeling (komt meer voor bij mannen), en het ooit hebben gehad van een vervuild huishouden.
- Bij zelfverwaarlozing zijn dit: man zijn, lage sociaaleconomische situatie, cognitieve en lichamelijke beperkingen, depressie, alleen wonen en het hebben van een klein sociaal netwerk.

Signaleren

***⊕** Gevalideerde instrumenten voor de (vroeg) signalering en het vaststellen van de mate van vervuiling of verzamelen ontbreken vooralsnog. Vanuit de goede ervaringen in de

praktijk worden enkele hulpmiddelen en handvatten in deze handreiking (toch) beschikbaar gemaakt.

- + Om de mate van vervuiling en de daarop volgende manier van handelen te bepalen (zelf aan de slag, melden of direct opschalen) kan gebruik worden gemaakt van de Screening Woonhygiënische Problematiek van de gemeente Utrecht (zie pag. 22).
- + Bij het (vermoeden van) een verzamelstoornis kan onder meer de Clutter Image Rating gebruikt worden als hulpmiddel (zie pag. 23).
- + De Screening Woonhygiënische Problematiek en de Clutter Image Rating kunnen ook gebruikt worden voor onderlinge professionele communicatie en communicatie met cliënten. Hierbij moet het vinden van een oplossing voor het zorgprobleem van de cliënt het uitgangspunt zijn. Het gesprek met de cliënt en het in beeld brengen van diens situatie, dient als ingang.

Veilige zorg

- ▼+ Voer de [Arbocheck Verpleging en Verzorging](#) en [Arbocatalogus VVT](#) uit om te bepalen of er bij een cliënt veilig, gezond en hygiënisch gewerkt kan worden. Deze Arborichtlijnen kunnen worden ingezet als handvat om het gesprek met de cliënt aan te gaan en/of om een cliënt in beweging te krijgen.
- + Maak vroegtijdig afspraken met andere (specialistische) hulpverleners over welke handelingen wel en niet kunnen worden verricht en over de rolverdeling tussen hulpverleners.

Stappen bij vervuild huishouden

- + Doorloop de volgende stappen om af te wegen of ingrijpen bij cliënten in een vervuild huishouden gerechtvaardigd is:
 - ✓ Stap 1.
Onderzoek het signaal. Breng de situatie en mogelijke risico's in kaart. Gebruik hierbij een basaal screeningsinstrument zoals de *Screening Woonhygiënische Problematiek* van de gemeente Utrecht (zie 2. Signaleren).
 - ✓ Stap 2.
Bespreek de situatie met de cliënt. Leg uit dat je je zorgen maakt over zijn of haar gezondheid en veiligheid en dat je het nodig vindt om iets aan de situatie te doen. Leg ook uit dat het voor jou als hulpverlener moeilijk is om in deze situatie te werken.
 - ✓ Stap 3.
Zoek zo snel mogelijk hulp bij behoefte aan advies of ondersteuning. Dit kan bijvoorbeeld een collega/aandachtsfunctionaris uit een ander team zijn, iemand van de GGD of de GGZ. Informeer de cliënt hierover.
 - ✓ Stap 4.
Analyseer de situatie met de cliënt en bespreek mogelijke oplossingen. Probeer met de cliënt tot een compromis te komen en ga dat uitproberen. Spreek met de cliënt af

dat als er geen verandering komt, je genoodzaakt bent om actie te ondernemen. Leg deze afspraak vast in een (informeel) document, opname telefoon etc.

✓ **Stap 5.**

Maak een afweging van de situatie als de cliënt niet wil meewerken. 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).

Betrekken cliënten en naasten



Om cliënten en naasten te betrekken bij het proces, is een juiste bejegening cruciaal. Concrete adviezen zijn:

- Toon oprechte interesse, respect en betrokkenheid voor de eigenheid van de cliënt. Zet in op een vertrouwensrelatie met de cliënt en heb geduld als het niet meteen lukt om de cliënt te betrekken; Wees je bewust van cultuurverschillen, overweeg bij taalbarrières de inzet van een tolk;
- Oordeel niet in de omgang met cliënten en naasten, benoem alleen wat je ziet;
- Betrek cliënten en naasten zoveel mogelijk bij alle stappen die je zet;
- Wees open en transparant in wat je doet, in wat je zegt en bespreek om welke redenen je keuzes maakt;
- Informeer of de cliënt het goed vindt dat er bij een volgend huisbezoek een gespecialiseerd hulpverlener, GGD medewerker of ervaringsdeskundige aanwezig is;
- Probeer bij het opruimen of schoonmaken om niet alles in één keer aan te pakken maar het op te delen in kleinere onderdelen;
- Geef de cliënt zoveel mogelijk de regie over het schoonmaken en opruimen van de spullen door de stappen en doelen voor de cliënt zoveel mogelijk te concretiseren (bijv. lijstje schoonmaakspullen opstellen) en samen een begin te maken met het schoonmaken en opruimen;
- Wees je bewust van de schaamte en (zelf)stigma bij de cliënt. Besef dat cliënten veel emotionele waarde kunnen hechten aan de verzamelde spullen, hoewel die op het eerste gezicht misschien niet zo bijzonder lijken te zijn. Ervarende deskundigen kunnen een belangrijke steun en/of voorbeeld zijn voor de cliënt.
-

Samenwerking professionals



Stem de eigen werkzaamheden af met collega's en andere professionals, deel kennis/informatie met elkaar (korte lijstjes), neem gezamenlijke verantwoordelijkheid, en overleg (multidisciplinair) over visie en werkzaamheden. De betrokken organisaties moeten dit faciliteren.



Meld problemen in de zorg tijdig (anoniem op cliëntniveau) en betrek anderen bij lastige casussen.

- ▼+ **Maak samenwerkingsafspraken met andere professionals over: signaleren; rolverdeling (flowchart); mandaat; regie, overdracht en doorverwijzing; nazorg, vinger-aan-de-pols en terugvalpreventie; en informatie-uitwisseling.**

- ▼+ **Spreek verwachtingen uit naar elkaar: wat kan de ander bijdragen en wanneer kan de ander ingrijpen en wanneer niet?**

Inleiding

Aanleiding

Het NIVEL heeft in 2021 een knelpuntenanalyse uitgevoerd naar vervuilde huishoudens en het werk van verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging (Verkaik, 2021). Daaruit blijkt dat er knelpunten zijn rondom zorginhoudelijke vraagstukken, gebrek aan kennis en organisatorische vraagstukken. Onder een vervuild huishouden wordt verstaan een woning met problematische hygiëne. Dit levert o.a. infectiegevaar op voor de betreffende bewoner zelf, maar ook voor betrokken (zorg)professionals. Ook kan er gevaar zijn voor buurtbewoners, bijvoorbeeld bij een brandgevaarlijke situatie. Als de veiligheid in gevaar is, moet er worden ingegrepen. Maar ook als er niet direct een veiligheidsdreiging is, kan het voor de zorgverleners lastig zijn de benodigde zorg te bieden. Zij vinden de zorg en ondersteuning van cliënten in een vervuild huishouden ingewikkeld.

Soms ontstaat een vervuild huishouden doordat de bewoner tijdelijk niet in staat is zorg te dragen voor het huishouden, bijvoorbeeld wegens ziekte of verlies van een dierbare. In zo'n geval is de vervuiling vaak beperkt en relatief eenvoudig met extra ondersteuning op te lossen (Verkaik e.a., 2021).

Bij een vervuild huishouden kan er ook sprake zijn van een psychiatrische aandoening, zoals een psychotische aandoening of depressie. Door verwardheid, inactiviteit of onverschilligheid kan de persoon het huishouden verwaarlozen. Hoarding of verzamelstoornis is ook een veel voorkomende oorzaak van een vervuild huishouden. Bij een verzamelstoornis is sprake van een pathologische moeite om spullen weg te doen, in een zodanige mate dat woonruimten niet of nauwelijks meer te gebruiken zijn. Soms zijn huizen (vrijwel) onbewoonbaar door de grote hoeveelheid spullen, Dat is moeilijk schoon te maken en te houden, waardoor er een grotere kans is op vervuiling. Ook de woonveiligheid komt in het gedrang, o.a. door het risico op gezondheidsklachten, val- en brandgevaar, stankoverlast, aantrekken van ongedierte, etc. waardoor er een grotere kans is op vervuiling.

Doel

Het doel van dit project is het ontwikkelen van een handreiking voor verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die ambulante zorg verlenen aan mensen met een vervuild huishouden. De handreiking rust verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden toe met handvatten, kennis en vaardigheden om het zorginhoudelijk handelen te onderbouwen.

Op basis van de knelpuntenanalyse (Verkaik e.a., 2021) zijn de volgende vragen geformuleerd:

- 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?

- 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?
- 3a. Welke typen (verpleegkundige) handelingen kunnen verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten wel of niet verrichten in een bepaalde situatie ? 3b. Hoe kunnen zij bepalen of de zorg veilig genoeg is voor henzelf en cliënten?
- 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?
- 5a. Wat is nodig om de samenwerking tussen verpleegkundigen/verzorgenden/verpleegkundig specialisten onderling (binnen het team, de organisatie) en met andere professionals te verbeteren?
5b. Over welke onderwerpen moeten zij samenwerkingsafspraken maken met andere professionals en organisaties (bijv. rolverdeling, regie, informatieoverdracht)?

Doelgroep

Beoogde gebruikers

Beoogde gebruikers zijn verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die ambulante zorg verlenen aan mensen met een vervuild huishouden. Zij zijn werkzaam in diverse settings, zoals bijvoorbeeld wijkteams, thuiszorgteams, ambulante en acute ggz of verslavingszorg, GGD/vangnet- en adviesteam, extramurale verpleeghuiszorg, bemoeizorgteams, huisartsenpraktijken. De handreiking rust deze professionals toe met handvatten, kennis en vaardigheden om het zorginhoudelijk handelen te onderbouwen en vorm te geven.

Doelpopulatie

Doelpopulatie zijn mensen met een vervuild huishouden, dat wil zeggen een woning met problematische hygiëne en/of problematische verzameldrang.

Omgeving

Bij de beantwoording van de vragen sluiten we aan bij reeds ontwikkelde kwaliteitsstandaarden, zoals de richtlijn Zorgmijding in de eerste lijn en de zorgstandaard Dementie. Ook maken we gebruik van protocollen, handreikingen, beschrijvingen aanpak, zoals: Handboek Amsterdamse Aanpak Ernstige Woningvervuiling, 2019; Protocol 'problematische woonhygiëne Groningen'. GGD Groningen, 2017; Protocol Hygiënische woonproblemen. Gemeente Leeuwarden, 2014; Handreiking en stroomschema Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg. GGD GHOR, KNMG en GGZ Nederland, 2014; Arbeidshygiënische strategie Biologische Agentia. A+O VVT, 2019; Cursus Aanpak vervuiling en hoarding van de RINO groep; Leermodule 'omgaan met zelfverwaarlozing en autonomie' Nurse Academy Ouderen- en thuiszorg, 2015.

Publicatiedatum en herziening

Uiterlijk in 2029 bepaalt het bestuur van V&VN in samenspraak met betrokken partijen of de zorgstandaard nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten. V&VN is als eigenaar van deze standaard de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van de standaard. Andere beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen of gebruikers delen deze verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen.

Disclaimer

De opvattingen van de financierende instantie ZonMw hebben geen invloed gehad op de inhoud van de handreiking.



Vraag 1

Oorzaken en risicofactoren

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

November 2024

Inleiding

Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten hebben moeite om oorzaken en risicofactoren voor een vervuild huishouden te herkennen. Voor cliënten is dit nadelig omdat zorg hierdoor uitblijft en hun problemen hierdoor nog hoger kunnen oplopen.

Dit leidde tot de formulering van de volgende 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 disorder), 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, (psycho)geriatrie en/of somatische aandoeningen aan ten grondslag kunnen liggen. Het diogenes syndroom is een containerbegrip dat verschillende diagnoses kan bevatten. Het gaat om een combinatie van zelfverwaarlozing, verzameldrang en een vervuild huishouden, vaak in combinatie met een opvallend gebrek aan ziektebesef en -inzicht.

Doel en doelgroep

Beoogde gebruikers

Beoogde gebruikers zijn verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die ambulante zorg verlenen aan mensen met een vervuild huishouden. Zij kunnen werkzaam zijn in diverse settings, zoals wijkteams, thuiszorgteams, ambulante en acute ggz of verslavingszorg, GGD/vangnet- en adviesteam, extramurale verpleeghuiszorg, bemoeizorgteams of huisartsenpraktijken.

Populatie

Doelpopulatie zijn mensen met een vervuild huishouden, dat wil zeggen een woning met problematische hygiëne, en/of problematische verzameldrang.

Adviezen

VOOR VERPLEEGKUNDIGEN, VERZORGENDEN, VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen een vervuild huishouden (squalor), een verzamelstoornis (hoarding), zelfverwaarlozing (self-neglect) en diogenes syndroom.

- *O+** Neem kennis van de mogelijke oorzaken en risicofactoren van vervuilde huishoudens en zelfverwaarlozing:
- Bij een vervuild huishouden zijn dit: een psychiatrische aandoening, middelenmisbruik (zoals alcohol en/of drugs) en/of een verstandelijke beperking, de ziekte van Alzheimer, niet-aangeboren hersenletsel, een vasculaire cognitieve aandoening, fronto-temporale dementie, en/of een lichamelijke beperking. Andere factoren die een rol kunnen spelen zijn het verlies van een partner, verwaarlozing of mishandeling, rolverdeling (komt meer voor bij mannen), en het ooit hebben gehad van een vervuild huishouden.
 - Bij zelfverwaarlozing zijn dit: man zijn, lage sociaaleconomische status, cognitieve en lichamelijke beperkingen, depressie, alleen wonen en het hebben van een klein sociaal netwerk.

VOOR MANAGERS EN BELEIDSMAKERS

- O+** Stel kennis over mogelijke oorzaken en risicofactoren van vervuilde huishoudens laagdrempelig beschikbaar aan verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten door middel van een folder of website. Belangrijk hierbij is dat de toon respectvol en niet veroordelend is en dat praktische handvatten worden geboden voor wat een professional kan doen en waar consultaties kunnen plaatsvinden.
- O+** Stimuleer het onder de aandacht brengen van het thema vervuilde huishoudens, bijvoorbeeld door het te bespreken binnen teamoverleggen en door het verspreiden van deze handreiking.

* = op basis van systematische literatuursearch

O = op basis van grijze literatuur

▼ = op basis van focusgroepen

+ = op basis van input werkgroep

Overwegingen

Kwaliteit van bewijs

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 geïncludeerde 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 (voor de uitkomsten zie bijlage 6). De review van Yu (2021) 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 correlatief 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.

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Uit de studies blijkt dat risicofactoren voor zelfverwaarlozing bij ouderen 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 (Yu2021). Verder blijkt dat er een sterke relatie wordt ervaren tussen een oudere leeftijd en zelfverwaarlozing (Band-Winterstein2016). De vermindering van de gezondheid, zoals cognitieve achteruitgang en depressie, wordt als oorzaak gezien van het verwaarlozen. Verder blijkt dat onveilige hechting leidt tot een verhoogde mate van psychopathologie in het algemeen, en een risicofactor kan zijn voor het ontwikkelen van een verzamelstoornis (Chia2021).

Clëntenperspectief

De cliëntvertegenwoordigers uit de werkgroep geven aan dat psychische problemen en een rommelige of vervuilde omgeving elkaar versterken. Volgens hen is er sprake van een vicieuze cirkel: mensen die chaos in hun hoofd ervaren, hebben vaak ook chaos in hun (leef) omgeving wat weer meer chaos in het hoofd geeft, et cetera. Bij deze mensen is vaak sprake van een kleine draagkracht om te handelen, gecombineerd met een grote tolerantie voor chaos. Hierdoor nemen ze geen tijd om dingen te ordenen of op te ruimen. Zij 'beschermen' als het ware de chaotische situatie in de woning door weinig mensen thuis te ontvangen.. Dit voorkomt dat er opmerkingen worden gemaakt over de ongeorganiseerde/ vervuilde woning. De persoon in kwestie ervaart hierdoor minder prikkels om de woning op te ruimen, wat weer kan leiden tot meer chaos.



Volgens de werkgroep gaat het om een spectrum van problemen dat varieert van een rommelige kamer tot een sterk vervuild huishouden. Het hangt af van de mogelijkheden en de tolerantie van chaos of de persoon in kwestie de situatie als een probleem ervaart. Wat voor de een onleefbaar lijkt, kan voor de ander goed leefbaar zijn. Dat maakt het lastig om te bepalen wanneer het nodig is om er iets aan te doen.

Verder benoemen de cliëntvertegenwoordigers uit de werkgroep dat schaamte een grote rol speelt bij vervuilde huishoudens. Daarom willen mensen liever niet dat er professionals bij hen over de vloer komen. Het inzetten van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen zou de drempel kunnen verlagen, omdat dit contact meer op gelijkwaardig niveau is.

Professioneel perspectief

Volgens de werkgroep is het belangrijk om zowel somatische als psychiatrische/(psycho)geriatrie diagnostiek te doen wanneer je in aanraking komt met een patiënt met vervuiling, hoarding en zelfverwaarlozing, aangezien deze comorbiditeit hoog is.

De werkgroep geeft aan dat het voor verpleegkundigen en verzorgenden belangrijk is om holistisch te kijken, naar problemen in de breedte. Dus de behandeling moet zich niet richten op een aspect, maar op alle aspecten (holistische behandeling). Vervuiling maakt deel uit van een breed aspect van ziek zijn en daar is ondersteuning bij nodig, bijvoorbeeld in de vorm van woonbegeleiding maar ook behandeling van de cognitieve vaardigheden. Ook moet gekeken worden naar alles wat er aan de problemen ten grondslag ligt. Een samenhangende aanpak van problemen houdt ook in dat tijdig contact wordt gezocht met andere professionals.

De werkgroep merkt op dat je als professional feitelijk mag benoemen wat je zintuigelijk waarneemt. Je mag de woning of de cliënt echter niet veroordelen. Voor een vertrouwensband met de cliënt is een respectvolle bejegening een belangrijk voorwaarde.

Organisatie van zorg

De werkgroep geeft aan dat het bij hulpverlening aan mensen met vervuilde huishoudens van belang is dat een multidisciplinair team betrokken is met indien relevant een huisarts, (ouderen)psychiater, specialist ouderengeneeskunde en bijvoorbeeld GGD om goede diagnostiek te kunnen doen, risico taxatie, voorlichting en de juiste behandelingen te kunnen bieden. Als er nog geen multidisciplinair team is, zal de organisatie die de problemen signaleert het eerste multidisciplinaire overleg plannen en de betrokken partijen hiervoor uitnodigen. Tijdens het eerste overleg worden vervolgens afspraken gemaakt voor vervolg overleggen en evaluatiemomenten. Afhankelijk van iemands achtergrond (verzorgende, verpleegkundige of verpleegkundig specialist) kunnen onderdelen van diagnostiek en behandeling worden overgedragen.

Volgens de werkgroep is het belangrijk dat specifieke kennis aanwezig is binnen het team over wat er gedaan kan worden bij deze problematiek. Zo is kennis nodig over dwang en drang bij mensen die zorg mijden. Ook is het noodzakelijk om verschillende perspectieven bij elkaar te brengen, met bijvoorbeeld ook woningbouwcorporaties, politie en/of huisarts. Onderzoek of

andere zorgorganisaties al betrokken zijn. Afstemming over wie wat doet is essentieel: wie neemt hierin het voortouw, wie heeft de regie?

Een steunend netwerk is van groot belang. Het betrekken van familie/naasten moet zorgvuldig worden afgewogen, in afstemming met de client. De client kan voor ondersteuning worden bijgestaan door neutrale vrijwilligers en/of ervaringsdeskundigen.

Maatschappelijk perspectief

De werkgroep geeft aan dat de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) aan de basis ligt van alle zorgverlening. Bij het behandelen van casussen waarbij sprake is van zelfverwaarlozing moeten professionals bekend zijn met het nationale en lokale beleid en de relevante wetgeving op het gebied van zelfverwaarlozing, zoals de Wet zorg en dwang (<https://www.dwangindezorg.nl/wzd>) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (<https://wvggz-kct.nl>). Belangrijk is dat ze weten waar deze kennis te vinden is.

De werkgroep merkt op dat vervuilde huishoudens ook risico's voor mensen in de omgeving met zich mee brengen. Zij doen vaak de melding. Belangrijk hierbij is dat de omgeving oog heeft voor de onderliggende problemen bij mensen met vervuilde huishoudens (en omgekeerd), zodat meer wederzijds begrip kan ontstaan en een melding niet altijd nodig is.

Conclusies

Hieronder beschrijven we de conclusies die getrokken kunnen worden uit de wetenschappelijke en grijze literatuur (zie bijlage 6). Er dient rekening mee gehouden te worden dat de twee reviews (Yu2021 en Chia2021) van zeer lage kwaliteit waren en het onderliggend onderzoek bias kan bevatten vanwege het gebruikte onderzoeksdesign. En dat grijze literatuur ook bias kan bevatten. De kwalitatieve studie van Band-Winterstein2016 is een kwalitatief goed uitgevoerde studie, waarbij ook hier voorzichtigheid betracht moet worden met de interpretatie omdat het hier maar om één studie gaat.

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat mogelijke risicofactoren voor zelfverwaarlozing bij ouderen 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 (Yu2021). Verder blijkt dat er een sterke relatie wordt ervaren tussen een oudere leeftijd en zelfverwaarlozing (Band-Winterstein2016). De vermindering van de gezondheid, zoals cognitieve achteruitgang en depressie, wordt als oorzaak gezien van het verwaarlozen. Verder blijkt dat onveilige hechting leidt tot een verhoogde mate van psychopathologie in het algemeen, en een risicofactor kan zijn voor het ontwikkelen van een verzamelstoornis (Chia2021).

Uit de grijze literatuur blijkt dat mogelijke oorzaken en risicofactoren van een vervuild huishouden zijn: een vasculaire cognitieve aandoening, ziekte van Alzheimer, fronto-temporale dementie, niet-aangeboren hersenletsel, middelenmisbruik (zoals alcohol en/of drugs en/of medicijnen), een psychiatrische aandoening en/of verstandelijke beperking en/of fysieke beperking. Andere factoren die een rol kunnen spelen zijn het verlies van een partner, verwaarlozing of mishandeling, rolpatroon. Het komt meer voor bij mannen en bij mensen die eerder een vervuild huishouden hebben gehad. Mogelijke oorzaken en risicofactoren voor zelfverwaarlozing zijn: een mannelijk geslacht, lage sociaaleconomische status, cognitieve en fysieke beperkingen, depressie, alleen wonen en een klein sociaal netwerk.



Vraag 2

Signaleren vervuild huishouden

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

November 2024

Inleiding

Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten missen concrete handvatten om een vervuild huishouden te signaleren en de mate van vervuiling vast te stellen. Hierbij gaat het niet alleen om de bejegening en contact leggen, maar ook om de keuze van geschikte interventies of methodieken.

Dit leidde tot formulering van de volgende 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?

Adviezen

- *+** Gevalideerde instrumenten voor de (vroeg) signalering en het vaststellen van de mate van vervuiling of verzamelen ontbreken vooralsnog. Vanuit de goede ervaringen in de praktijk worden enkele hulpmiddelen en handvatten in deze handreiking (toch) beschikbaar gemaakt.
- O+** Om de mate van vervuiling en de daarop volgende manier van handelen te bepalen (zelf aan de slag, melden of direct opschalen) kan gebruik worden gemaakt van de Screening Woonhygiënische Problematiek van de gemeente Utrecht.

Screening Woonhygiënische Problematiek (WHP)¹

In deze leidraad zijn drie gradaties kenmerken van de woning en de bewoner geordend in de 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 '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 '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.

¹ Buurtteams is de benaming van de sociale wijkteams in de stad Utrecht. De buurt- of wijkteams bestaan uit verschillende hulpverleners met specialistische kennis en/of ervaringsdeskundigen. Dit kunnen ook (wijk)verpleegkundige(n) (specialisten/verzorgenden) zijn. Dit screeningsinstrument is geschreven door de sociaal verpleegkundigen van de afdeling Volksgezondheid Gemeente Utrecht (Team WHP) die zich bezighouden met mensen in vervuilde huishoudens. De bedoeling van dit instrument is om de buurtteams een leidraad te geven wanneer ze bij een vervuild huishouden de problematiek zelf kunnen oplossen en wanneer ze contact kunnen opnemen met het Team WHP).

Screening Woonhygienische Problematiek (WHP) -Gemeente Utrecht**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 uitziet (bruine toiletpot, 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)?*

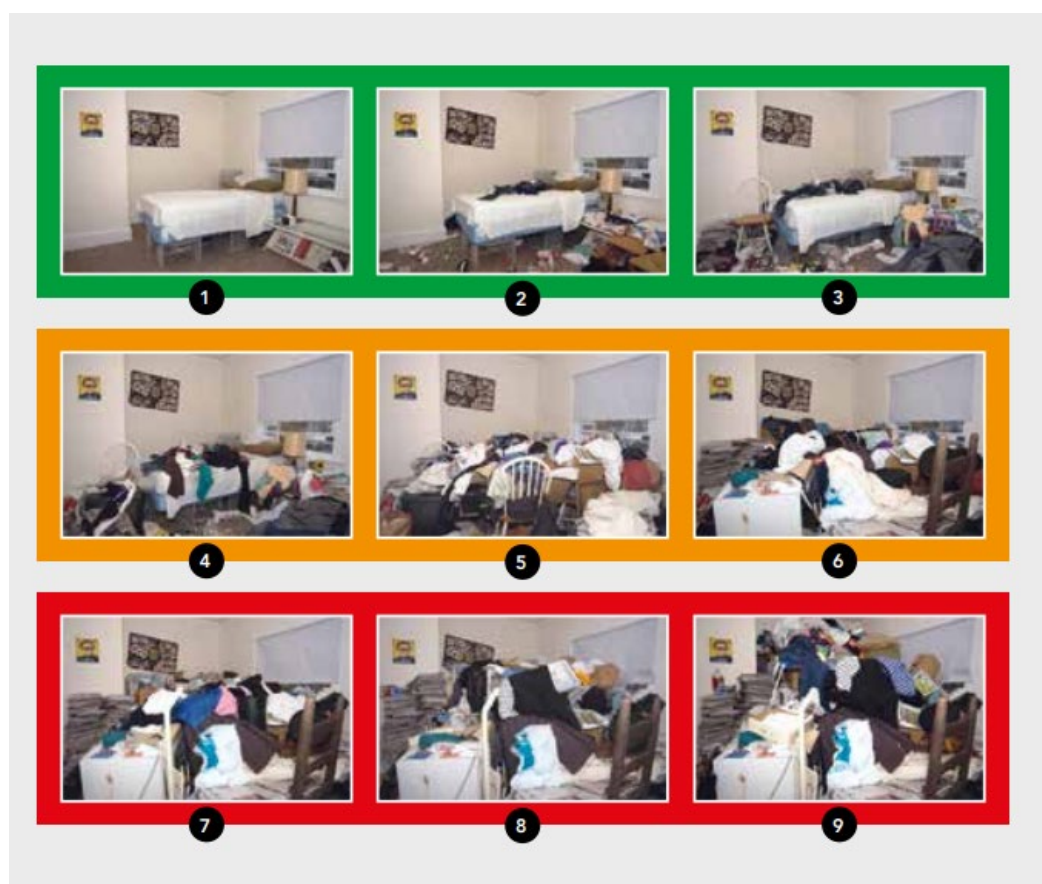
- Indien er sprake is van een ernstig vervuilde woning: veel afval in de woning, troep op de grond. Ernstig vervuilde keuken en sanitair (zwart aanrecht/fornuis, bedorven voeding, vliegen, muizen of ander ongedierte, onfrisse geur). Slaapkamer niet gelucht, veel troep in en om het bed. Bed al langere 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!

- + Bij het (vermoeden van) een verzamelstoornis kan onder meer de Clutter Image Rating gebruikt worden als hulpmiddel.

Clutter Image Rating

Clutter Image Rating (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 verzamelwang. Zo zijn er zijn ook mensen met verzamelwang die gestructureerd zijn en een schoon huis hebben.

- + De Screening Woonhygiënische Problematiek en de Clutter Image Rating kunnen ook gebruikt worden voor onderlinge professionele communicatie en communicatie met cliënten. Hierbij moet het vinden van een oplossing voor het zorgprobleem van de cliënt het uitgangspunt zijn. Het gesprek met de cliënt en het in beeld brengen van diens situatie, dient als ingang.

* = op basis van systematische literatuursearch

○ = op basis van grijze literatuur

▼ = op basis van focusgroepen

⊕ = op basis van input werkgroep

Overwegingen

Kwaliteit van bewijs

Uit de systematische literatuursearch zijn geen studies naar voren gekomen die voldeden aan de inclusiecriteria.

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

De werkgroep geeft aan dat het melden van vervuiling bij een andere organisatie ten koste kan gaan van de vertrouwensband met de cliënt. De professional laveert tussen haar zorgplicht enerzijds en bescherming van de privacy en schaamte van de cliënt anderzijds. Gebruik van instrumenten om de mate van vervuiling in te schatten, kunnen helpen bij het objectiveren van de situatie, waardoor er minder op basis van persoonlijke normen en waarden wordt gehandeld. De instrumenten kunnen helpen om de professional te beschermen tegen risico's. Bij al te strikte (interpretatie van de) normen, zou de professional in teveel situaties geen zorg kunnen/mogen verlenen. Het gebruik van instrumenten en op basis hiervan geen zorg verlenen mag nooit leiden tot niet melden en niets doen.

Cliëntenperspectief

Volgens de werkgroep is het van belang dat altijd naar de gezondheid van de cliënt wordt gekeken. Dit kan worden losgekoppeld van de situatie in het huis. Bij de doelgroep is vaak sprake van een medisch en/of psychiatrisch probleem. Daarnaast hebben we te maken met cliënten die zorg mijden, zelf geen hulp zoeken en zich actief verzetten tegen hulp. Dit maakt het creëren en hebben van een vertrouwensband enorm belangrijk is. De cliënt moet altijd zoveel als mogelijk worden betrokken. Ook is van belang dat de professional zich aanpast aan het tempo van de cliënt (mits verantwoord). Het is daarbij helpend om (kleine) stappen in de goede richting te herkennen, te erkennen en positief te waarderen. En hierbij optimaal aan te sluiten bij eigen doelen en het perspectief van de cliënt: wat wil hij/zij bereiken.

Professioneel perspectief

De werkgroep benoemt dat voor de signalering gebruik kan worden gemaakt van een eenvoudige schaal als hulpmiddel. Het hulpmiddel kun je gebruiken om te overleggen met je collega's en de GGD. Het hulpmiddel kan toegepast worden door alle Verpleegkundigen en Verzorgenden die achter de voordeur komen. De reeds bestaande Clutter Image Rating Scale (CIRS) en de Hoarding Rating Scale (HRS-I) zijn voor de signalering door verzorgenden en thuiszorgmedewerkers te complex om in de praktijk te kunnen toepassen. Deze instrumenten zijn vooral geschikt voor professionals die veel met woonproblematiek te maken krijgen en kunnen hen mogelijk helpen bij het objectiveren en het aangaan van het gesprek tussen hulpverleners onderling en met de cliënt en eventueel diens naasten. Bij beoordeling van de situatie is het van belang breed te blijven kijken: dus niet alleen naar de (vervuiling van de) woning, maar weeg ook de context mee.

Let daarbij onder andere op een (plotselinge of graduele) verandering in de staat van het huishouden. Daarbij hoort een inschatting van de zelfredzaamheid van de cliënt en van de bereidheid van de cliënt om mee te werken.

De werkgroep benoemt verder dat ondersteuning in geval van een vervuild huishouden vaak een lang proces is, waarbij er soms tijdelijk vanuit een suboptimale situatie gewerkt moet worden (zoals een tijdelijk mobiel hygiënisch werkstation). Flexibiliteit van de professional (t.a.v. regels en protocollen) is dan gewenst, waarbij de tijdelijkheid van de situatie wel benadrukt moet worden. Leg dit bij voorkeur vast. In een dergelijke situatie is melden ook belangrijk, omdat er een oplossing moet komen voor de lange termijn.

Middelenbeslag

Volgens de werkgroep mogen financiële beperkingen van de cliënt nooit op voorhand een beletsel zijn om hulp te zoeken/vragen of te melden. Verder zijn in Nederland mensen (bijv. sommige groepen migranten en daklozen) uitgesloten van maatschappelijke voorzieningen. Bij hen is bespreking in multidisciplinair overleg en/of opschaling naar GGD/vangnet noodzakelijk.

Organisatie van zorg

De werkgroep geeft aan dat het gebruik van hulpmiddelen kan worden ingepast in een afwegingskader, zoals dat bij de Meldcode voor Huiselijk geweld geldt. Binnen organisaties is het van belang dat de eigen grenzen helder zijn en dat men weet wanneer externe expertise nodig is, zodat er tijdig wordt opgeschaald. Omdat de zorg lokaal verschillend is georganiseerd, is het van belang het afwegingskader te vertalen naar de lokale situatie (sociale kaart).

Conclusies

Hieronder beschrijven we de conclusies die getrokken kunnen worden uit de literatuursearch, grijze literatuur en de focusgroep (zie bijlage 6).

Uit de grijze literatuur en de focusgroep met professionals blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden en verpleegkundig specialisten bij het (vroeg)signaleren en het vaststellen van de mate van vervuiling in de praktijk vooral letten op de volgende aspecten: hoe lang is er niet schoongemaakt, de aanwezigheid van afval, de aanwezigheid van ongedierte, stank, overlast bij omwonenden en de verzameling van goederen.

Uit de systematische literatuursearch blijkt dat er geen gevalideerde instrumenten zijn om de mate van verzameldrang en/of vervuiling te bepalen.

Uit de grijze literatuur blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden in de praktijk diverse handvatten en hulpmiddelen gebruiken bij het bepalen van de mate van verzameldrang en/of vervuiling, zoals de Screening Woonhygiënische Problematiek van de gemeente Utrecht (zie 2. Signaleren) en de Leefomstandigheden beoordelingsschaal (*Handboek Amsterdamse Aanpak Ernstige Woningvervuiling, 2019, bijlage 1*). Daarnaast zijn er enkele Engelstalige hulpmiddelen, waaronder de Clutter Image Rating Scale (CIRS), de Hoarding Rating Scale (HRS-I), en de Multi-disciplinary Hoarding Risk Assessment (HOMES) (zie bijlage 6 - Verantwoording vraag 2).



Vraag 3

Veilige zorg

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

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

November 2024

Inleiding

Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten ervaren dilemma's rond welke handelingen zij wel of niet kunnen doen in een bepaalde situatie. Hierbij speelt de inschatting of de situatie voldoende veilig is voor henzelf, voor de cliënt (en zijn/haar omgeving) een belangrijke rol.

Dit leidde tot de formulering van de volgende vraag:

3a. Welke typen (verpleegkundige) handelingen kunnen verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten wel of niet verrichten in een bepaalde situatie? 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. In een vervuilde omgeving vraagt het juist gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en het toepassen van handhygiëne extra aandacht. Daarnaast gaat het om taken als coaching, begeleiding, communicatie et cetera.

Adviezen

- ▼+ Voer de [Arbocheck Verpleging en Verzorging](#) en [Arbocatalogus VVT](#) uit om te bepalen of er bij een cliënt veilig, gezond en hygiënisch gewerkt kan worden. Deze Arborichtlijnen kunnen worden ingezet als handvat om het gesprek met de cliënt aan te gaan en/of om een cliënt in beweging te krijgen.
- + Vraag advies aan de deskundige infectiepreventie of afdeling infectieziekten van de GGD over het juist gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en het toepassen van handhygiëne.
- ▼ Volg het advies van de [Hygiëneadviezen thuiszorg | RIVM](#)
- + Bespreek preventieve maatregelen als er huisdieren aanwezig zijn. Hiermee kan een vlooiën- en/of tekenplaag worden voorkomen.
- + Maak vroegtijdig afspraken met andere (specialistische) hulpverleners over welke handelingen wel en niet kunnen worden verricht en over de rolverdeling tussen hulpverleners, bijvoorbeeld huishoudelijke ondersteuning, Veilig Thuis, Dierenbescherming, etc.

* = op basis van systematische literatuursearch

○ = op basis van grijze literatuur

▼ = op basis van focusgroepen

+ = op basis van input werkgroep

Overwegingen

Kwaliteit van bewijs

Omdat de geïncludeerde studie van De Veer e.a. (2022) een kwalitatieve studie is, was het niet mogelijk om de kwaliteit van bewijs door middel van GRADE vast te stellen. Wel is de studie (De Veer e.a., 2022) met de CASP beoordeeld op het risico voor bias (voor de uitkomsten zie bijlage 6). Deze beoordeling is goed, wat betekent dat de kans op bias zo laag mogelijk is gehouden.

Balans gewenste en ongewenste effecten

De werkgroep geeft aan dat als een verpleegkundige, verzorgende of verpleegkundig specialist een beslissing neemt die ingaat tegen de wil van de cliënt, de relatie met de cliënt verstoord kan raken. Dit kan ertoe leiden dat de cliënt de hulp beëindigt en/of geheel uit beeld verdwijnt. In het uiterste geval kan een uithuisplaatsing of gedwongen opname nodig zijn.

Clëntenperspectief

Volgens de werkgroep is het uitgangspunt om zoveel mogelijk samen met de cliënt (en eventuele naasten) te beslissen: het is belangrijk om de zorg zoveel mogelijk samen met de cliënt te doen.

Professioneel perspectief

De werkgroep geeft aan dat de Arbocheck, de richtlijn Fysieke belasting en de Hygiëneadviezen thuiszorg van de RIVM verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten soms houvast kunnen bieden, maar soms ook voor een dilemma kunnen stellen. Zij ervaren een dilemma tussen enerzijds de te verrichte handelingen niet kunnen of mogen uitvoeren volgens de Arborichtlijnen, en anderzijds vanuit de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) de verplichting om altijd te handelen als goed hulpverlener. Daarom kunnen de Arborichtlijnen het beste worden ingezet als handvat om het gesprek met de cliënt aan te gaan en/of om een cliënt in beweging te krijgen.

Hulpverlener en cliënt zijn gehouden aan de arbeidsvoorwaarden, zoals vastgelegd in de zorgovereenkomst. Dit betekent dat als de veiligheid (voor de hulpverlener) niet op orde is, in het uiterste geval de zorg geweigerd moet worden. Dit verplicht echter wel tot (directe) andere actie en opschalen via andere hulpverleningskanalen waarbij primair het initiatief ligt bij de hulpverlener/instantie die aangeeft de gevraagde zorg niet te kunnen leveren. Zorgvuldige documentatie en afstemming is hierbij vereist.

Volgens de werkgroep zouden verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten zich tijdig bewust moeten zijn van hun professionele grenzen op het moment dat de omstandigheden niet voldoende zijn. Hierdoor zoeken zij in een eerder stadium andere (professionele) hulp, bijv. van de deskundige infectiepreventie of afdeling infectieziekten van de

GGD. In classificatiesystemen als **NANDA** en **OMAHA** is het inschakelen van specialistische hulp ook nog onderbelicht.

Organisatie van zorg

De werkgroep benoemt dat bij de samenwerking met andere (professionele) hulp het van belang is om alle afspraken over het methodische proces vast te leggen. Ook is het belangrijk dat er binnen het zorgteam en in de organisatie een veilige cultuur is, zodat verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten hun twijfels en onzekerheid durven te laten zien. Ten slotte moet de zorg geborgd worden door bijvoorbeeld de huisarts, andere disciplines en naasten laagdrempelig te consulteren en waar nodig in te schakelen. Dit zou in een stappenplan met sociale kaart vastgelegd kunnen worden.

Uit de studie (De Veer e.a., 2022) komt naar voren dat elke organisatie 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 en criteria in wanneer het bieden van zorg geweigerd kan worden. Ook kan gedacht worden aan een tool die samenwerking tussen de betrokken medewerkers ondersteunt.

Conclusies

Hieronder beschrijven we de conclusies die getrokken kunnen worden uit de wetenschappelijke en grijze literatuur en de focusgroep (zie bijlage 6). Er dient rekening mee gehouden te worden dat grijze literatuur bias kan bevatten. De kwalitatieve studie van De Veer e.a., 2022 is een kwalitatief goed uitgevoerde studie, waarbij ook hier voorzichtig moet zijn met de interpretatie omdat het hier maar om één studie gaat.

Uit de wetenschappelijke literatuur (De Veer e.a., 2022) komt als mogelijke oplossing naar voren dat elke organisatie 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 en criteria in wanneer het bieden van zorg geweigerd kan worden. Ook kan gedacht worden aan een tool die samenwerking tussen de betrokken medewerkers ondersteunt.

Grijze literatuur: 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, hygiënisch en gezond kunnen worden uitgevoerd. De richtlijn 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.

Uit de focusgroep met professionals blijkt dat de meeste organisaties eigen protocollen en richtlijnen rondom hygiëne en veiligheid hanteren. Dat betreft meestal richtlijnen over waar een werkomgeving aan moet voldoen, zoals de Arbocheck en de richtlijn Fysieke belasting en de Hygiëneadviezen thuiszorg van de RIVM. 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.



Vraag 4

Stappen bij een vervuild huishouden

Uitgangsvraag 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?

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

November 2024

Inleiding

Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten komen regelmatig in situaties met een vervuild huishouden die om actie vragen, maar waarbij de cliënt geen probleem ervaart. Zij vragen zich af wanneer handelen gerechtvaardigd is en wanneer niet. Ten onrechte handelen kan hen worden aangerekend, maar ten onrechte niet handelen ook. Er is hierbij vaak sprake van een visieverschil tussen professionals onderling, maar ook met cliënten en/of hun naasten.

Dit leidde tot de formulering van de volgende vraag:

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?

Adviezen

0+ Doorloop de volgende stappen om af te wegen of ingrijpen bij cliënten in een vervuild huishouden gerechtvaardigd is:

✓ **Stap 1:**

Onderzoek het signaal. Breng de situatie en mogelijke risico's in kaart. Gebruik hierbij een basaal screeningsinstrument zoals de *Screening Woonhygiënische Problematiek* van de gemeente Utrecht (zie 2. Signaleren).

✓ **Stap 2:**

Bespreek de situatie met de cliënt (en/of naasten). Leg uit dat je je zorgen maakt over zijn of haar gezondheid en veiligheid en dat je het nodig vindt om iets aan de situatie te doen. Leg ook uit dat het voor jou als hulpverlener moeilijk is om in deze situatie te werken.

✓ **Stap 3:**

Zoek zo snel mogelijk hulp bij behoefte aan advies of ondersteuning. Dit kan bijvoorbeeld een collega/aandachtsfunctionaris uit een ander team zijn, iemand van de GGD of de GGZ. Informeer de cliënt hierover.

✓ **Stap 4:**

Analyseer de situatie met de cliënt en bespreek mogelijke oplossingen. Probeer met de cliënt tot een compromis te komen en ga dat uitproberen. Spreek met de cliënt af dat als er geen verandering komt, je genoodzaakt bent om actie te ondernemen. Leg deze afspraak vast in een (informeel) document, opname telefoon etc.

✓ **Stap 5:**

Maak een afweging van de situatie als de cliënt niet wil meewerken. 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).

+ Stel een sociale kaart of wegwijzer op met daarin opgenomen alle relevante organisaties (en contactgegevens) in de regio. Maak inzichtelijk hoe tussen de verschillende partijen kan worden geschakeld en hoe in de breedte maar ook verticaal kan worden opgeschaald.

▼+ Om cliënten en naasten te betrekken bij het proces, is een juiste bejegening cruciaal. Concrete adviezen zijn:

✓ Toon oprechte interesse, respect en betrokkenheid voor de eigenheid van de cliënt. Zet in op een vertrouwensrelatie met de cliënt en heb geduld als het niet meteen lukt om de cliënt te betrekken;

✓ Wees je bewust van cultuurverschillen, overweeg bij taalbarrières de inzet van een tolk;

✓

- ✓ Oordeel niet in de omgang met cliënten en naasten, benoem alleen wat waarneembaar is;
- ✓ Betrek cliënten en naasten bij de mogelijke gezondheids- of veiligheidsrisico's die zich voordoen;
- ✓ Wees open en transparant in wat je doet, in wat je zegt en bespreek welke keuzes je maakt en om welke redenen je keuzes maakt;
- ✓ Informeer of de cliënt het goed vindt dat er bij een volgend huisbezoek een gespecialiseerd hulpverlener of ervaringsdeskundige aanwezig is;
- ✓ Probeer bij het opruimen of schoonmaken om niet alles in één keer aan te pakken maar het op te delen in kleinere onderdelen;
- ✓ Geef de cliënt zoveel mogelijk de regie over het schoonmaken en opruimen van de spullen door de stappen en doelen voor de cliënt zoveel mogelijk te concretiseren (bijv. lijstje schoonmaakspullen samenstellen) en samen een begin te maken met het schoonmaken en opruimen;
- ✓ Wees je bewust van de schaamte en stigma bij de cliënt. Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke steun en/of voorbeeld zijn voor de cliënt.

* = op basis van systematische literatuursearch

○ = op basis van grijze literatuur

▼ = op basis van focusgroepen

⊕ = op basis van input werkgroep

Overwegingen

Kwaliteit van het bewijs

De systematische literatuursearch heeft geen bruikbare wetenschappelijke studies opgeleverd.

Balans gewenste en ongewenste effecten

De werkgroep geeft aan dat om verpleegkundige handelingen te kunnen verrichten op een wijze die voldoet aan de [Arborichtlijnen](#) rondom hygiëne, het wenselijk is dat de vervuiling van de woning wordt aangepakt. Belangrijk is om de cliënt te inspireren hulp bij het opruimen te accepteren, dan wel de cliënt te motiveren om met de vervuiling aan de slag te gaan. De geboden ondersteuning moet zo gepast mogelijk plaatsvinden. Daarvoor is het nodig om het vertrouwen van de cliënt te winnen. Vaak heeft dit tijd nodig. Rigoureuze of overhaaste stappen (schoonmaak of opruimen, inschakelen andere professionals) hebben als risico dat het leidt tot wantrouwen of weerstand bij de cliënt en/ of het vermijden van hulpverlening.

Cliëntenperspectief

Volgens de cliëntvertegenwoordigers uit de werkgroep is het belangrijk dat hulpverleners in de omgang met cliënten niet oordelen maar alleen benoemen wat waarneembaar is én dat zij de cliënt bij de mogelijke gezondheids- of veiligheidsrisico's betrekken. Ook van belang 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 welke keuzes je maakt en om welke redenen je keuzes maakt. Belangrijk is dat de hulpverlener present en waardevrij is. Verder benoemen de cliëntvertegenwoordigers uit de werkgroep dat bij cliënten vaak sprake is van schaamte en stigma. Dit kan een belemmering zijn om schoonmaakspullen aan te schaffen, omdat de cliënt in de war kan raken bij de aanschaf van spullen. Het benoemen van concrete producten om aan te schaffen (boodschappenlijstje/app) kan hierbij behulpzaam zijn.

Professioneel perspectief

Volgens de werkgroep kunnen bestaande werkprocedures en protocollen handvatten bieden bij de afweging of ingrijpen bij cliënten in een vervuild huishouden gerechtvaardigd is. De stappenplannen uit de [Richtlijn Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn](#), de [Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg](#), de [Handreiking privacy en gegevensdeling wijk-GGD'eren](#) de [Meldcode huiselijk geweld](#) kunnen hierin helpend zijn. Aanvullend kan nog de stap zitten dat de professional met de cliënt mogelijke alternatieven bespreekt. Vervolgens proberen zij samen tot een compromis te komen en gaan dat uitproberen. De professional spreekt met de cliënt af dat als er geen verandering komt, hij of zij genoodzaakt is om actie te gaan ondernemen (bijv. melding richting GGD, verslavingszorg, RIBW et cetera). Dat is de stok achter de deur. Bij voorkeur wordt deze afspraak vastgelegd (informeel document,

geluidsopname telefoon etc.). Bij vervuilde huishoudens zijn verschillende soorten professionals betrokken. Dit betekent dat de stappen die moeten worden doorlopen kunnen verschillen per professional.

Verder geeft de werkgroep aan dat een sociale kaart of wegwijzer met relevante organisaties (en contactgegevens) in de regio inzichtelijk kan maken hoe tussen de verschillende partijen kan worden geschakeld en hoe in de breedte maar ook verticaal kan worden opgeschaald.

Middelenbeslag

De werkgroep geeft aan dat verpleegkundigen en verzorgenden er rekening mee dienen te houden dat de cliënt vaak geen geld heeft om spullen te vervangen of schoonmaakmiddelen te kopen. Bij de gemeente zijn vaak wel mogelijkheden om hier geld voor aan te vragen (bijzondere bijstand) maar dit is vaak beperkt. Het is wenselijk dat binnen het multidisciplinaire team deze expertise wel aanwezig is. Het is belangrijk dat dit bekend is bij de verpleegkundige en verzorgende en dat hij/zij de cliënt wijst op deze mogelijkheden. Vaak is er ook wel opslag van tweedehandsspullen waar gebruik van kan worden gemaakt.

Organisatie van zorg

Volgens de werkgroep is het van belang dat verpleegkundigen en verzorgenden in een vroeg stadium contact opnemen met de huisarts en de aanpak met elkaar afstemmen en eventuele dilemma's met elkaar bespreken.

Conclusies

Hieronder beschrijven we de conclusies die getrokken kunnen worden uit de grijze literatuur en de focusgroep (zie bijlage 6).

Grijze literatuur: 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.
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.
4. Bespreek de situatie met naasten en/of omgeving van de cliënt: om deze stap te kunnen zetten, is toestemming² nodig van de cliënt³. 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, doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.

Uit de focusgroep gesprekken met cliënten en naasten komen de volgende adviezen naar voren voor verpleegkundigen en verzorgenden in de omgang met cliënten en naasten met een vervuilde woning:

- Toon oprechte interesse, respect en betrokkenheid voor de eigenheid van de cliënt. Zet in op het 'verleiden' van de cliënt en heb geduld als het niet meteen lukt om de cliënt te betrekken;
- Oordeel niet in de omgang met cliënten en naasten, benoem alleen wat waarneembaar is;
- Betrek cliënten en naasten bij de mogelijke gezondheids- of veiligheidsrisico's die zich voordoen;
- Wees open en transparant in wat je doet, in wat je zegt en bespreek welke keuzes je maakt en om welke redenen je keuzes maakt;

² Als een cliënt geen toestemming geeft voor het bespreken van de situatie met naasten en/of de omgeving moet een aantal extra zorgvuldigheidseisen worden doorlopen (Frederiks en Dörenberg, 2015). Alle stappen (1-6) die hierna worden genoemd moeten worden gevolgd: 1. Je hebt alles in het werk gesteld om toestemming te krijgen; 2. Niet doorbreken van de geheimhoudingsplicht levert ernstige schade op voor de cliënt of voor een ander; 3. Handhaven van de geheimhoudingsplicht leidt tot gewetensnood; 4. Er is geen alternatief; 5. Met doorbreking van je geheimhoudingsplicht kun je de schade daadwerkelijk voorkomen; 6. Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.

³ Indien er een vermoeden is van wilsonbekwaamheid, dient een deskundig arts ingeschakeld te worden. Iedereen is wilsbekwaam, tenzij een deskundige arts heeft vastgesteld dat iemand voor een bepaalde beslissing wilsonbekwaam is. Op het Kennisplein gehandicaptenzorg staat een [stappenplan voor wilsbekwaamheid](#).

- Informeer of de cliënt het goed vindt dat er bij een volgend huisbezoek een hulpverlener of ervaringsdeskundige aanwezig is;
- Probeer bij het opruimen of schoonmaken om niet alles in een keer aan te pakken maar het op te delen in kleinere onderdelen;
- Geef de cliënt zoveel mogelijk de regie over het schoonmaken en opruimen van de spullen door de stappen en doelen voor de cliënt zoveel mogelijk te concretiseren (bijv. lijstje schoonmaakspullen) en samen een begin te maken met het schoonmaken en opruimen;
- Wees je bewust van de schaamte en stigma bij de cliënt. Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke steun zijn voor de cliënt en/of dienen als rolmodel/ hoopvol voorbeeld.



Vraag 5

Samenwerking professionals

- 5a. Wat is nodig om de samenwerking tussen verpleegkundigen/verzorgenden/ verpleegkundig specialisten onderling (binnen het team, de organisatie) en met andere professionals te verbeteren?
- 5b. Over welke onderwerpen moeten zij samenwerkingsafspraken maken met andere professionals en organisaties (bijv. rolverdeling, regie, informatieoverdracht)?

November 2024

Inleiding

Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten zijn vaak terughoudend om professionals uit andere organisaties in te schakelen, onder andere omdat ze denken dat het delen van informatie met professionals buiten de eigen organisatie in strijd is met de privacywetgeving. Ook is er in de praktijk weinig samenwerking tussen professionals vanuit verschillende organisaties en is onduidelijk wie de centrale regie rondom een persoon met een vervuild huishouden voert.

Dit leidde tot de formulering van de volgende vraag:

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

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

Adviezen

- *○▼+** Stem de eigen werkzaamheden af met collega's en andere professionals, deel kennis/informatie met elkaar (korte lijntjes), neem gezamenlijke verantwoordelijkheid, en overleg (multidisciplinair) over visie en werkzaamheden. De betrokken organisaties moeten dit faciliteren.
- ▼+** Meld problemen in de zorg tijdig (anoniem op cliëntniveau) en betrek anderen bij lastige casussen.
- ▼+** Maak samenwerkingsafspraken met andere professionals over signaleren; rolverdeling (flowchart); mandaat; regie, overdracht en doorverwijzing; nazorg, vinger-aan-de-pols en terugvalpreventie; en informatie-uitwisseling.
- ▼+** Spreek verwachtingen uit naar elkaar: wat kan de ander bijdragen en wanneer kan de ander ingrijpen en wanneer niet?

* = op basis van systematische literatuursearch

○ = op basis van grijze literatuur

▼ = op basis van focusgroepen

+ = op basis van input werkgroep

Overwegingen

Kwaliteit van het bewijs

Omdat de geïncludeerde studies (Band-Winterstein2016, Wendt e.a.2022) kwalitatief van aard zijn, was het niet mogelijk om de kwaliteit van bewijs door middel van GRADE vast te stellen. Wel zijn de geïncludeerde studies met de CASP beoordeeld op het risico voor bias (voor de uitkomsten zie bijlage 6). Voor beide studies is de beoordeling goed, wat betekent dat de kans op bias zo laag mogelijk is gehouden.

Balans gewenste en ongewenste effecten

De werkgroep geeft aan dat ingrijpen bij vervuiling of hoarding disorder soms noodzakelijk is vanwege de veiligheid van de bewoner, professionals en/of burens. Als verpleegkundige resteert soms geen andere optie dan de vervuiling te melden bij een andere organisatie en/of andere professionals in te schakelen. Dit kan ten koste gaan van de vertrouwensband met de cliënt, maar het kan de relatie met de cliënt juist ook versterken of verbeteren.

Volgens de werkgroep kan onduidelijkheid bij de ketenpartners over wie waarvoor verantwoordelijk is, leiden tot handelingsverlegenheid bij de professionals. Risico daarvan is dat de cliënt niet de zorg krijgt die nodig is.

Clëntenperspectief

Clënten vinden het belangrijk dat zij in alle stappen worden meegenomen, aldus de werkgroep. Als het gaat om samenwerking met of informatie-uitwisseling tussen organisaties, is het belangrijk om de cliënt daar over te informeren en te vertellen wat de redenen zijn voor samenwerking. Instemming van de cliënt is hierbij gewenst, maar als ernstig nadeel dreigt voor de persoon zelf, de omgeving of de hulpverlener is instemming van de cliënt niet noodzakelijk.

Professioneel perspectief

De werkgroep benoemt dat er veel kennis aanwezig is, maar heel versnipperd. Belangrijk is dat professionals taakoverstijgend kunnen en denken en handelen.

Voor het delen van informatie met professionals buiten de eigen organisatie kunnen de volgende richtlijnen en handreikingen helpend zijn: de Handreiking privacy en gegevensdeling wijk-GGD'er, de Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg, de Richtlijn Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn, de Meldcode huiselijk geweld en de handreiking [Meldpunten-niet-acuut.-Handvatten-voor-gegevensverwerking_jan-2021.pdf](https://www.ggdghor.nl/files/Meldpunten-niet-acuut.-Handvatten-voor-gegevensverwerking_jan-2021.pdf) (ggdghor.nl).

Ook geeft de werkgroep aan dat gezamenlijke verantwoordelijkheid inhoudt dat je als professionals met elkaar afspreekt wie wat doet en of het nodig is om in te grijpen of niet. Ook verwachtingenmanagement is belangrijk: wat kan de ander bijdragen en wanneer kan de ander ingrijpen en wanneer niet?

Middelenbeslag

De werkgroep geeft aan dat schotten tussen financiering een belemmering zijn voor de samenwerking tussen de disciplines, al wordt in het [Integraal Zorgakkoord](#) samenwerking wel gestimuleerd.

De werkgroep benoemt dat het voor deze doelgroep vaak lastig is om een indicatie te krijgen voor WMO, WLZ et cetera. De hulp aan deze doelgroep zit vaak tussen alle geldstromen in. De inzet vanuit de GGD wordt gefinancierd vanuit de Wet Publieke gezondheid. Bemoezorg wordt gefinancierd vanuit Wmo (OGGZ). Crisisinterventie en behandeling vanuit de GGZ worden door de zorgverzekeraar gefinancierd waarbij een eigen bijdrage van de cliënt wordt gevraagd. Dit vormt een belemmering voor veel cliënten.

Organisatie van zorg

De werkgroep geeft aan dat in veel regio's nog geen ketenafspraken tussen de betrokken organisaties bestaan en er ook geen landelijk kader is voor hulp bij vervuilde huishoudens.

Volgens de werkgroep is het belangrijk dat er in de organisatie een aandachtsfunctionaris voor vervuiling en hoarding is. Ook zorgtafels, multidisciplinaire overleggen (MDO's) en dergelijke op casusniveau kunnen behulpzaam zijn.

Uit de studies van Band-Winterstein (2016) en Wendt (2022) blijkt dat een (multidisciplinair) overleg met de mogelijkheid om een open gesprek met elkaar aan te gaan over (het omgaan met) zelfverwaarlozing, van belang is voor verpleegkundigen die werken met zichzelf verwaarlozende ouderen.

Conclusies

Hieronder beschrijven we de conclusies die getrokken kunnen worden uit de wetenschappelijke literatuur, de grijze literatuur en de focusgroepen.

Uit de wetenschappelijke literatuur (Band-Winterstein2016; Wendt2022) blijkt dat een (multidisciplinair) overleg met de mogelijkheid om een open gesprek met elkaar aan te gaan over (het omgaan met) zelfverwaarlozing, van belang is voor verpleegkundigen die werken met zichzelf verwaarlozende ouderen.

Uit de grijze literatuur komen de volgende aandachtspunten voor samenwerking binnen organisaties naar voren: teamleden moeten elkaar steunen en out of the box denken, maak één ervaren teamlid aanspreekpunt voor de cliënt en de teamleden, zoek zo snel mogelijk hulp bij een (ervaren) collega over hoe het beste te handelen en/of bij behoefte aan ondersteuning. Aandachtspunten voor samenwerking met externen zijn: neem snel contact op met andere professionals (bijv. meldpunt GGD/gemeente), stem alle zorg voor de cliënt op elkaar af, maak ketenzorgafspraken op regionaal niveau.

Uit de focusgroep met professionals blijkt dat de volgende punten van belang zijn voor een goede samenwerking tussen de betrokken partijen: wederzijdse erkenning en waardering van elkaars expertise, korte lijntjes, 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, multidisciplinair overleg om tot een gezamenlijke visie te komen.



Bijlagen

November 2024

Bijlage 1

Algemene achtergrondgegevens

Ontwikkelaars en financier

Deze handreiking is ontwikkeld in opdracht van de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en gefinancierd door ZonMw. De handreiking is ontwikkeld door de werkgroep 'Handreiking vervuilde huishoudens' onder voorzitterschap van Trudi Peters, projectmanager GGD GHOR en adviseur Zorg en Veiligheid van de Vereniging Nederlandse Gemeenten. De werkgroep bestond uit verpleegkundigen, cliëntenvertegenwoordigers/ ervaringsdeskundigen, een psychiater, een huisarts (agendalid) en een inhoudelijk expert. Voorafgaand aan het ontwikkeltraject zijn kennismakingsgesprekken gevoerd met de kandidaat-leden voor de werkgroep om zicht te krijgen op hun expertise en om wederzijdse verwachtingen te bespreken. Naast de werkgroep is een adviesgroep samengesteld, die tijdens de commentaarfase is gevraagd schriftelijk te reageren op de conceptteksten.

De werkgroep is methodologisch en organisatorisch ondersteund door het projectteam van het Trimbos-instituut. Dit projectteam bestond uit een algemeen projectleider, een inhoudelijk projectleider, drie reviewers, een informatiespecialist en een projectassistent. De samenstelling van de werkgroep, adviesgroep en projectgroep is in bijlage 2 weergegeven.

Bijlage 2

Samenstelling werkgroep, adviesgroep, projectgroep

Werkgroep

Trudy Peters (voorzitter)	Projectmanager GGD GHOR Nederland, adviseur Zorg en Veiligheid VNG
Anneke Nusselder	V&VN, wijkverpleegkundige Buurtzorg
Marieke van Lankveld	V&VN, OGGZ medewerker/ verpleegkundige GGD
Hans van de Moosdijk	V&VN, sociaal psychiatrisch verpleegkundige GGZ Friesland, Spoed en IHT
Marjon van Aalten	V&VN, sociaal verpleegkundige gemeente Utrecht afd. Volksgezondheid
Pauline Dröge	V&VN vakgroep wijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundige Vierstroom
Adriane Bruinsma	V&VN, wijkverpleegkundige Icare Haren (tot juli 2023)
Mathijs van Meerkerk	MIND, ervaringsdeskundige
Richard Starmans (agenda- lid)	NHG, huisarts, straatdokter, hospicearts, kaderhuisarts ggz
Nienke Vullink	NVvP, psychiater Amsterdam UMC, afdeling Psychiatrie
Vera Brozius	Sociaal verpleegkundige OGGZ GGD Twente
Theo Euverman	Ervaringsdeskundige

Adviesgroep

Tijmen van Wiltenburg	Adviseur patiëntenbelang Patiëntenfederatie Nederland
Gea Kosters	Beleidsadviseur BPSW

Projectgroep

Nicole van Erp	Algemeen projectleider Trimbos-instituut
Ankie Lempens	Inhoudelijk projectleider Trimbos-instituut
Michel Planije	Onderzoeker Trimbos-instituut
Elena Vos	Reviewer Trimbos-instituut
Erika Papazoglou	Reviewer Trimbos-instituut
Rikie Deurenberg	Informatiespecialist, namens Trimbos-instituut
Joyce Huls	Projectassistent Trimbos-instituut

Belangenverklaring

Alle 'werkgroepleden/adviesgroepleden/projectgroepleden' hebben bij aanvang en bij de afronding van de kwaliteitsstandaard een belangenverklaring ingevuld. Hiermee geven de 'werkgroepleden/adviesgroepleden/projectgroepleden' aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de kwaliteitsstandaard. Potentiële conflicterende belangen zijn door middel van ondervraging van de leden opgespoord en besproken. De bevindingen zijn schriftelijke vastgelegd in de belangenverklaring en opvraagbaar via richtlijnen@venvn.nl.

Bijlage 3

Consultatie en autorisatie

Consultatie

In de consultatieronde (22 februari – 8 april 2024) is aan alle aan de werkgroep en adviesgroep deelnemende organisaties (V&VN, NHG, NVvP, MIND, BPSW, Patiëntenfederatie Nederland) gevraagd om commentaar te leveren op de concept handreiking. Het doel van de consultatieronde is om inhoudelijke feedback bij de achterban van de betrokken organisaties op te halen over de conceptrichtlijn en zodoende draagvlak te creëren. De organisaties kregen de concepthandreiking en een lege commentaartabel toegestuurd, waarin ze per module hun inhoudelijke vragen en feedback konden aangeven.

Deze commentaren zijn gebundeld in een algemene commentaartabel, waarin de werkgroep bij ieder commentaar heeft aangegeven of en hoe het commentaar is verwerkt in de handreiking. De gebundelde commentaartabel met de reacties van de werkgroep is bij de start van de autorisatiefase opgestuurd naar alle betrokken organisaties. De betrokken organisaties konden hier niet meer inhoudelijk op reageren.

Autorisatie

Alle deelnemende organisaties zijn in juli 2024 per e-mail uitgenodigd om de handreiking te accorderen. Autorisatie was mogelijk tot en met november 2024. Onderstaand zijn de verenigingen weergegeven die geautoriseerd hebben.

Vereniging	Reactie
V&VN afdeling Wijkverpleegkunde	Geautoriseerd
V&VN vakcommissie GGZ	Geautoriseerd
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Verklaring van geen bezwaar
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Geautoriseerd
MIND	Geautoriseerd
Patiëntenfederatie Nederland	Geautoriseerd

Bijlage 4

Clëntenperspectief

Vertegenwoordigers van cliënten- en familieorganisaties spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van deze handreiking. In de werkgroep hadden twee ervaringsdeskundigen zitting: een als vertegenwoordiger van MIND en een als extern expert. Aan de adviesgroep nam een vertegenwoordiger van Patiëntenfederatie Nederland deel.

Ook hebben drie cliënten en een naaste deelgenomen aan individuele gesprekken die zijn georganiseerd nadat de focusgroep bijeenkomst met cliënten en naasten niet door kon gaan vanwege te weinig aanmeldingen. 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?

Clënten 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 zijn voor eigenaren en woningcorporaties, als eindverantwoordelijken voor de staat van het pand.

Deze tips en adviezen komen terug in de aanbevelingen.

Bijlage 5

Knelpunteninventarisatie

De knelpunteninventarisatie voor deze handreiking is uitgevoerd door het Nivel. De resultaten zijn beschreven in de publicatie 'Zorg voor mensen met een vervuild huishouden. Knelpunten en oplossingsrichtingen voor de wijkverpleging' van Verkaik, De Groot en De Veer, 2021. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

Samenvatting knelpunteninventarisatie

Zorgverleners vinden de zorg en ondersteuning van cliënten in een vervuild huishouden ingewikkeld. Deze knelpuntenanalyse laat zien tegen welke knelpunten zij precies aanlopen en wat hiervoor mogelijke oplossingen zijn. De knelpuntenanalyse werd uitgevoerd met subsidie binnen het ZonMw-programma Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden 2019-2022: Wijkverpleging op verzoek van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Gebrek aan samenwerking en ontbrekende kennis en vaardigheden

Een van de knelpunten in de zorg en ondersteuning van mensen met een vervuild huishouden is het gebrek aan samenwerking tussen organisaties in wonen, welzijn en zorg. Achter een vervuild huishouden gaat veelal een complexe, meervoudige problematiek schuil. Dit vereist een multidisciplinaire aanpak vanuit onder meer organisaties voor wijkverpleging, GGD, ambulante GGZ, woningcorporaties en gemeenten (o.a. sociale wijkteams). Deze organisaties weten elkaar echter niet goed te vinden en contacten zijn vaak afhankelijk van individuele professionals. Een ander belangrijk knelpunt is de ontbrekende kennis en vaardigheden bij de zorgverleners over vervuilde huishoudens, mogelijke oorzaken (waaronder psychische beelden) en zorgmijding. Verdere knelpunten bij de verpleging en verzorging zijn: terughoudendheid bij het inschakelen van (professionals uit) andere organisaties; onduidelijkheid over de juiste werkwijze in een vervuild huishouden; het niet goed kunnen uitvoeren van de werkzaamheden die de zorgverlener bij de cliënt wil doen; een taakgerichte werkhouding; de vele emoties die de situatie oproept bij de zorgverlener.

Oplossingen op verschillende vlakken

Oplossingen die professionals en cliëntenvertegenwoordigers aandragen zijn het maken van regionale ketenzorgafspraken met een centrale rol voor de GGD en het vergroten van de basiskennis en vaardigheden van de zorgverleners. Daarnaast stellen zij de volgende oplossingen voor: betere samenwerking rondom een cliënt; snellere samenwerking met andere partijen; handvatten, kaders, hulpmiddelen en ondersteuning voor de verpleging; de juiste benadering door de zorgverlener; uitbreiding van de indicatiestelling bij zorg in een vervuild huishouden.

Adviezen

Uit de knelpuntenanalyse komt duidelijk naar voren dat de ontwikkeling van een (multidisciplinaire) richtlijn voor de zorg en ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden geen goede oplossing zou zijn. De diversiteit en complexiteit van cliënten en regio's is daarvoor te groot. Op basis van de knelpuntenanalyse heeft de projectgroep een vijftal adviezen geformuleerd:

- Betere ketenzorgafspraken op regionaal niveau
- Betere samenwerking rondom een cliënt
- Meer basiskennis en vaardigheden bij zorgverleners om snel hulp in te kunnen schakelen
- Een aandachtsvelder/expertiseteam en ondersteunende middelen binnen organisaties voor verpleging en verzorging
- Per cliënt met een vervuild huishouden één verpleegkundige zorgcoördinator

Rol van V&VN

Beroepsvereniging V&VN kan daarbij verschillende rollen spelen. In de eerste plaats adviseert de projectgroep V&VN om samenwerking te zoeken met GGD GHOR Nederland en VNG om de multidisciplinaire samenwerking op het gebied van vervuilde huishoudens landelijk op te pakken. In de tweede plaats kan V&VN organisaties ondersteunen door een voorbeeld-procedure Zorg en ondersteuning in vervuilde huishoudens te ontwikkelen en beschikbaar te stellen. In de voorbeeldprocedure staan o.a. signaleringskaarten, stroomschema's en organisaties die in het geval van een vervuild huishouden benaderd kunnen worden. Organisaties kunnen dit voor hun eigen lokale situatie invullen. Een andere rol kan V&VN spelen bij het op (laten) nemen van basiskennis en vaardigheden op het gebied van vervuilde huishoudens in de opleiding en (bij-)scholing van verzorgenden en verpleegkundigen. Ook kan de beroepsvereniging samen met brancheorganisaties een training voor aandachtsvelders en expertteams op het gebied van zorg en ondersteuning in vervuilde huishoudens binnen de verpleging en verzorging aanbieden en faciliteren.

Over het onderzoek

Het onderzoek vond plaats van juni t/m december 2020. Het bestond uit een uitgebreide literatuurverkenning, individuele gestructureerde interviews en focusgroep gesprekken met cliënten(vertegenwoordigers), professionals uit de wijkverpleging en uit het brede veld van wonen, zorg en welzijn. Het onderzoek werd ondersteund door V&VN en een projectgroep met adviseurs vanuit Mind, KBO-PCOB, gemeente Utrecht, Antes Groep, Thebe, Icare en Nivel.

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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten Is het zeker dat de gewenste effecten de ongewenste voldoende overtreffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
3. Patiëntenperspectief Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van patiënten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
4. Professioneel perspectief Uniformiteit van en voldoende zekerheid over waarden en voorkeuren van professionals?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
5. Middelenbeslag Voldoende zekerheid dat de netto gunstige effecten de kosten waard zijn?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
6. Organisatie van zorg Uniformiteit van en voldoende zekerheid over de organisatie van zorg?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
7. Maatschappelijk perspectief Uniformiteit van en voldoende zekerheid over het maatschappelijke perspectief?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none">- 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: <ul style="list-style-type: none">- 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: <ul style="list-style-type: none">- 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 behandel mogelijkheden. 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 geïncludeerd.

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 geïncludeerde 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 correlatief 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 geïncludeerd, 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 verzameldwang. 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 ingeprente 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 Bratitotis2021

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 geassocieerd 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

individuen 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 opzichzelfstaand 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 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.

Bratiotis, 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)

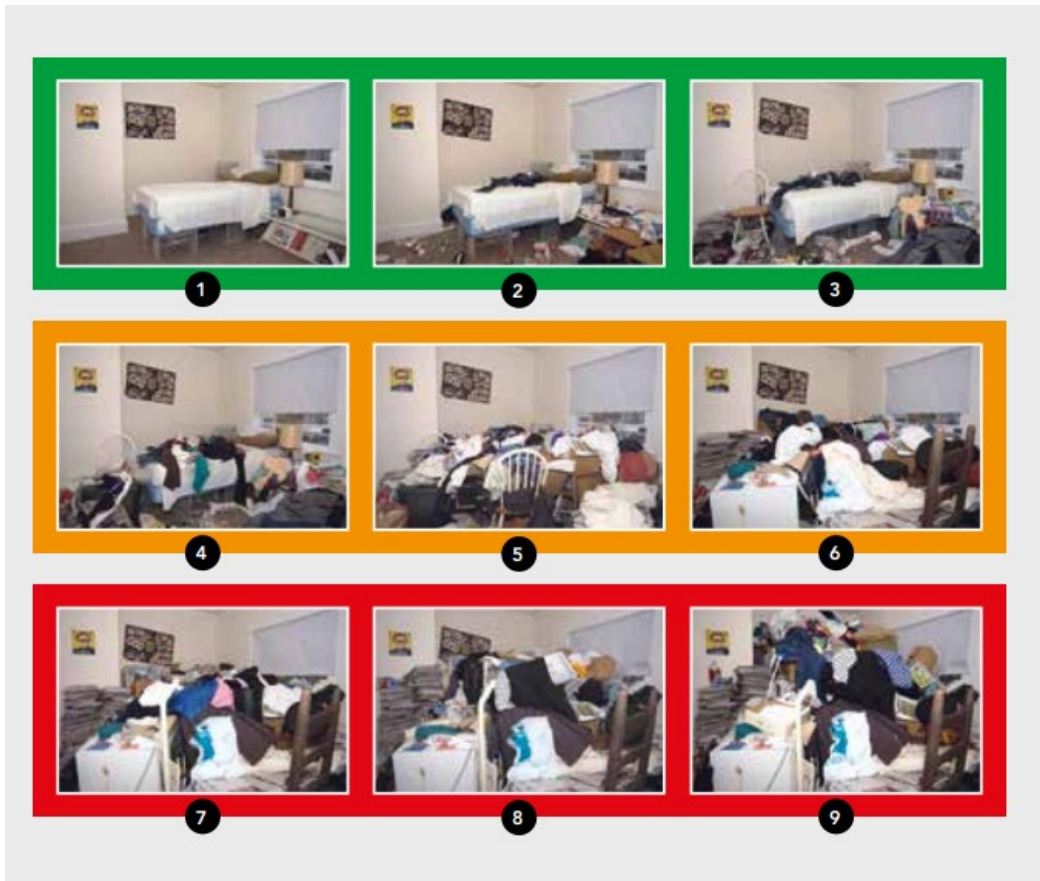
Stap 2: specifieke inhoud verzameldwang

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 afvoeren, 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 genoemd 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**

Verhoog 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. Afvoeren, 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. Afvoeren 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, zilversjies e.d.	Spullen belemmeren functioneren in belangrijkste ruimtes. Spullen beginnen in 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. Roollicht 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 vleermuizen, 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/gedrukt. 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	Extreme 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, vleermuizen, wasbieren en/of slangen. Hevige insectenplaag van bedwantsen, luizen, vlooiën, kakkerlakken, mieren, zilversjies e.d.	Belangrijkste 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 aanwezig 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 (Bratiotis 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(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

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

Notes: _____

Obstacles

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cannot move freely/safely in home | <input type="checkbox"/> Unstable piles/avalanche risk |
| <input type="checkbox"/> Inability for EMT to enter/gain access | <input type="checkbox"/> Egresses, exits or vents blocked or unusable |

Notes: _____

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Does not seem to understand seriousness of problem | <input type="checkbox"/> Defensive or angry | <input type="checkbox"/> Unaware, not alert, or confused |
| <input type="checkbox"/> Does not seem to accept likely consequence of problem | <input type="checkbox"/> Anxious or apprehensive | |

Notes: _____

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Threat to health or safety of child/minor | <input type="checkbox"/> Threat to health or safety of person with disability |
| <input type="checkbox"/> Threat to health or safety of older adult | <input type="checkbox"/> Threat to health or safety of animal |

Notes: _____

Structure & Safety

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

Notes: _____

© Bratiotis, 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

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Awareness of clutter |
| <input type="checkbox"/> Willingness to acknowledge clutter and risks to health, safety and ability to remain in home/impact on daily life |
| <input type="checkbox"/> Physical ability to clear clutter |
| <input type="checkbox"/> Psychological ability to tolerate intervention |
| <input type="checkbox"/> Willingness to accept intervention assistance |

Capacity Notes: _____

Post-Assessment Plan/Referral

Date: _____ Client Name: _____ Assessor: _____

© Bratiotis, 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 rigoureuze 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: Dermate 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. Vlooiën, 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 buren 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 buren 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

<p>Te nemen stappen bij: <i>ernstig vervuilde woning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 zorgweigerig. • Afspraken worden schriftelijk vastgelegd en zo mogelijk door de cliënt ondertekend. Ook termijn en handhaving worden vastgelegd. 	<p>Intaker en cliënt</p>	<p>Checklist vervuilde Situaties, Protocol zorgweigerig</p>
<p>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 zorgweigerig.</p>	<p>Medewerker en zorgcoördinator/ EV</p>	<p>Checklist vervuilde Situaties, Protocol zorgweigerig</p>
<p>Geschillen: De cliënt kan bij geschil gebruik maken van de reguliere klachtenprocedure.</p>		<p>Klachtenprocedure cliënt</p>

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 VERVUID 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 geïncludeerd (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 zintuigelijke 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 aanklaarten 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 geïncludeerd 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://nandanicnoc.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.dwanginzorg.nl/wzd>) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (<https://www.dwanginzorg.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 waarde vrij. "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). Bemoezorg 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) geïncludeerd.

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 overdrachtmoment 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.

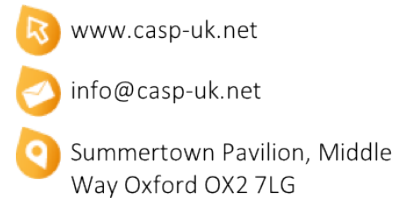
Veer, A. D., Aalten, M. V., Groot, K. D., & Verkaik, R. (2022). Aandachtspunten bij een vervuild huishouden.

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- 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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- 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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- 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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

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

1.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	HINT: Consider
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>	
No	<input type="checkbox"/>	

- 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	<input checked="" type="checkbox"/>	HINT: Consider
Can't Tell	<input type="checkbox"/>	
No	<input type="checkbox"/>	

- 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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- 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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- 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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- 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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- 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	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- 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? RCT	Partial Yes
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
<hr/>	
NRSI	0
<hr/>	
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
<hr/>	
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	No
<hr/>	
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Yes
<hr/>	
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
<hr/>	
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

Bijlage 7

Juridische betekenis

Bijlage 8

Implementatie

1. Inleiding

Onderdeel van de handreiking Vervuilde huishoudens is het opleveren van een implementatieplan. In dit implementatieplan worden handvatten gepresenteerd die managers en professionals helpen om deze richtlijn in de dagelijkse praktijk te implementeren. Ook wordt omschreven wat de praktijk verder nog nodig heeft om deze richtlijn goed te implementeren, rekening houdend met huidige belemmeringen.

Bij de ontwikkeling van deze handreiking heeft in overleg met V&VN geen praktijktoets plaatsgevonden. Daarom wordt in dit implementatieplan alleen beschreven welke ondersteunende activiteiten de implementatie van de handreiking Vervuilde huishoudens kunnen bevorderen.

2. Ondersteunende activiteiten

Bij ondersteunende activiteiten die nodig zijn om de implementatie van de handreiking vervuilde huishoudens te realiseren, gaat het om activiteiten op het terrein van financiering, voorlichting en scholing, en onderwijs en onderzoek.

Financiering

Activiteiten die in de handreiking benoemd worden om vervuilde huishoudens beter te kunnen signaleren en mensen beter te ondersteunen, bevinden zich op het raakvlak van zorg en sociaal domein. Dat is een van de redenen waarom de financiering van deze activiteiten vaak problematisch is. Goede afspraken over de financiering en het opheffen van de schotten zijn belangrijke voorwaarden om deze richtlijn breed te kunnen implementeren, zo blijkt uit de praktijktest. De huidige context van wet- en regelgeving vormt dan ook het kader voor de implementatie. Om meer helderheid over de context te kunnen bieden, moet voor alle betrokken partijen duidelijk zijn welke zorg onder welk domein valt, waar eventuele effecten en verbeteracties liggen en welke financierer welk deel voor zijn rekening neemt (Zvw, JW, WMO, Justitie).

Een Maatschappelijke Businesscase of Budget Impact Analyse kan hier meer duidelijkheid over geven. Een BIA brengt de verwachte verandering in (totale) uitgaven in kaart als gevolg van implementatie van nieuwe zorg (interventie, proces). Een Budget Impact Analyse richt zich op de vraag of de implementatie 'daadwerkelijk financierbaar' is. De meeste extra kosten gaan waarschijnlijk zitten in de extra tijdsinvestering van verpleegkundigen en verzorgen voor afstemming met collega's en experts binnen en buiten de eigen organisatie, het bereiken en het opbouwen van een vertrouwensband met de persoon in kwestie, en in samenwerking met mensen in de omgeving. Een Maatschappelijke Business Case is een gestructureerde kosten-baten afweging van een nieuwe organisatie(vorm) of nieuw project. In een Maatschappelijke Business Case komen het economische én het maatschappelijke nut samen. Hierbij worden de kosten afgezet tegen de te verwachten maatschappelijke baten.

Voorlichting en scholing

Gezien de breedte van het onderwerp vervuilde huishoudens is het verstandig om in te zetten op activiteiten rond voorlichting en scholing van de inhoud van de handreiking. We denken hierbij vooral aan regionale voorlichtingsbijeenkomsten voor verpleegkundigen en verzorgenden en andere beroepsgroepen (sociaal werkers, huisartsen e.d.) over samenwerking rond vervuilde huishoudens.

Ook zijn er tal van publicaties en websites die behulpzaam kunnen zijn bij het verspreiden van informatie en de communicatie naar zorgverleners om hun kennis en vaardigheden te vergroten. Hieronder volgt een korte opsomming van de belangrijkste handreikingen, factsheets en websites.

- Arbocheck Verpleging en Verzorging www.arbocatalogusvvt.nl
- Bemoeizorg in de zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. [Een handreiking voor begeleiders die dagelijks zorg en ondersteuning bieden aan cliënten](#). B. Frederiks & V. Dörenberg (2015). Amsterdam: VUmc.
- GGD GHOR Nederland (2021). [Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg](#).
- CCV (2023). [Handreiking privacy en gegevensdeling wijk-GGD'er](#)
- GGD Amsterdam (2019). Amsterdamse Aanpak Ernstige Woningvervuiling. [Verbeterde aanpak ernstige woningvervuiling in Amsterdam – Sociaal Domein](#)
- V&VN (2022) [Richtlijn en handreiking zorgmijding in de eerste lijn](#) Problematische verzamelaars. J. van Beers & K. Hoogduin (red.) (2012). Amsterdam: Boom
- [Keuzehulp Samen beslissen bij psychose](#)

Verder zijn er verschillende trainingen en cursussen ontwikkeld om de kennis en vaardigheden van patiënten, ervaringsdeskundigen en zorgverleners te vergroten. Hieronder volgt een opsomming van websites met informatie over deze cursussen en trainingen.

- RINO-groep organiseert onder andere cursussen Aanpak vervuiling en hoarding [Aanpak vervuiling en hoarding | RINO Groep Utrecht](#) en Outreachende aanpak achter de voordeur [Bij- en nascholing \(rinogroep.nl\)](#)
- Het NCMW organiseert bij- en nascholing Maatschappelijk Werk onder andere over outreachend werken [NCMW – Trainingen](#)
- De GGZ Ecademy biedt o.a. cursussen op het terrein van dwang en drang, onbegrepen gedrag, gegevensuitwisseling bemoeizorg en motiverende gespreksvoering [Leerproducten – productcatalogus voor ggz instellingen | GGZ Ecademy](#).

Onderwijs en onderzoek

Onderwijs: Relevante competenties voor verpleegkundigen en verzorgenden bij het signaleren en omgaan met vervuilde huishoudens dienen onderdeel te worden van bestaande mbo- en hbo-opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Ook is het van belang dat na- en bijscholingscursussen op dit terrein worden aangeboden, zodat ook inmiddels werkzame verpleegkundigen en verzorgenden zich op dit vlak kunnen bijscholen.

Voor het mbo-onderwijs heeft Vilans de kennisbundel [Zorgmijding, vervuiling, hoarding en angst](#) ontwikkeld. Deze kennisbundel kan verder worden uitgewerkt en geïmplementeerd worden in reguliere onderwijsprogramma's.

Onderzoek: Tijdens de ontwikkeling van deze handreiking is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die een antwoord kunnen geven op de uitgangsvragen. Hieruit is duidelijk geworden dat op het terrein van vervuilde huishoudens nog veel lacunes in de beschikbare kennis bestaan. Vervolgonderzoek is wenselijk om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op de vragen uit de praktijk. In bijlage 9 komen de onderwerpen voor verder onderzoek aan de orde.

Daarnaast kan een uitgebreid onderzoek naar de implementatie van deze handreiking binnen een aantal eerstelijns/ambulante voorzieningen zinvol zijn om meer zicht te krijgen op de belemmerende en bevorderende factoren en belangrijke randvoorwaarden voor implementatie. Meer duidelijkheid hierover kan het gebruik van de handreiking in de dagelijkse praktijk vergroten.

Bijlage 9

Onderwerpen voor verder onderzoek en ontwikkeling

Kennishiaten

Tijdens de ontwikkeling van deze handreiking is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die een antwoord kunnen geven op de geformuleerde vragen. Hieruit is duidelijk geworden dat op het terrein van vervuilde huishoudens nog veel lacunes in de beschikbare kennis bestaan. De werkgroep is van mening dat (vervolg)onderzoek wenselijk is, om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op de vragen uit de praktijk. De werkgroep constateert de volgende lacunes:

- Het is onbekend hoe mensen in een vervuild huishouden de hulp en ondersteuning van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden ervaren.
- Het is nog onduidelijk welke strategieën het meest geschikt zijn om contact te leggen en een goede samenwerkingsrelatie op te bouwen met mensen in een vervuild huishouden.
- Meer kennis is nodig over wat de wenselijke verdeling in verantwoordelijkheden en taken is tussen verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, verzorgenden en andere professionals in zorg en welzijn.
- Meer helderheid is gewenst over de (grenzen van) de verantwoordelijkheden van de verschillende professionals en de daarbij behorende financieringsstromen.
- Er is geen (epidemiologisch) beeld van de aard en omvang van mensen met een vervuild huishouden, hun achtergronden (waaronder somatische en psychiatrische aandoeningen), verloop en recidive en (voorspellende waarde van) risicofactoren.
- Onbekend is de klinische waarde van alle genoemde instrumenten zowel voor signaleren, diagnostiek als voor het vervolg.
- Er is meer inzicht nodig in het gespreksmotiverend effect van het gebruik van Arbocheck.

Wensen tot doorontwikkeling

- Met betrekking tot vroegsignalering van vervuilde huishoudens, zouden verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten tijdens de opleiding getraind moeten worden in het herkennen van risicofactoren.
- Praktische tools zoals een kaart met hulpteksten / voorbeeldzinnen of voorbeeld dialogen om verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, verzorgenden te ondersteunen in het gesprek met cliënten en naasten?
- Een onderzoek naar de implementatie van deze handreiking binnen een aantal ambulante en eerstelijnsvoorzieningen kan meer inzicht bieden in belemmerende en bevorderende factoren en belangrijke randvoorwaarden voor implementatie. Meer inzicht hierin kan het gebruik van de handreiking in de dagelijkse praktijk vergroten.

Bijlage 10

Literatuurlijst

Inleiding

A+O VVT (2019). [Arbeidshygiënische strategie Biologische Agentia](#).

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

Gemeente Leeuwarden (2014). Protocol Hygiënische woonproblemen.

GGD GHOR (2021). [Handreiking Gegevensuitwisseling bij bemoeizorg](#). GGD GHOR Nederland.

GGD Groningen (2017). [Protocol problematische woonhygiëne](#). Groningen: GGD Groningen.

Huijsman, R., Boomstra, R., Veerbeek, M., & Döpp, C. (2020). [Zorgstandaard Dementie 2020: Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers](#).

Nurse Academy Ouderen- en thuiszorg (2015). Leermodule 'omgaan met zelfverwaarlozing en autonomie'.

RINO groep. [Cursus Aanpak vervuiling en hoarding](#).

Trimbos-instituut (2022). [Richtlijn Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn](#). Utrecht: V&VN

Verkaik, R., Groot, K. de, Veer, A. de (2021). [Zorg voor mensen met een vervuild huishouden: knelpunten en oplossingsrichtingen voor de wijkverpleging](#). Utrecht: Nivel.

1. Oorzaken en risicofactoren

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

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.

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

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.

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.

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.

2. Signaleren

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

3. Veilige zorg

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>.

4. Stappen bij afwegingsproces

CCV (2023). Handreiking privacy en gegevensdeling wijk-GGD'er.

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 GHOR Nederland (2021). Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg.

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.

5. Samenwerking professionals

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 (2022). 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.