

Zorg voor mensen met een vervuild huishouden

Knelpunten en oplossingsrichtingen voor de wijkverpleging

Renate Verkaik
Kim de Groot
Anke de Veer



NIVEL
Kennis voor betere zorg

v&vn

 **ZonMw**

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Dit project is uitgevoerd op verzoek van:



Dit project is mogelijk gemaakt door:



Januari 2021

ISBN 978-94-6122-661-7

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2021 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit project is uitgevoerd in het kader van het ZonMw-programma Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden 2019 - 2022: Wijkverpleging. Dit programma draagt bij aan de kwaliteit en de transparantie in de wijkverpleging door het verder ontwikkelen, implementeren en evalueren van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden. Daarnaast wordt het leren en verbeteren in de praktijk aan de hand van kwaliteitsstandaarden gestimuleerd. Dit met het doel bij te dragen aan de verbetering van de patiëntenzorg, ongewenste praktijkvariatie terug te dringen en het patiënten welzijn te bevorderen. Om dit te faciliteren worden vanuit het ZonMw-programma, in nauwe samenwerking met beroepsvereniging V&VN, diverse kwaliteitsstandaarden ontwikkeld. Kwaliteitsstandaarden helpen zorgprofessionals in hun besluitvorming over passende zorg en beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren.

V&VN had vanuit de achterban signalen opgevangen dat er een behoefte was aan (kwaliteit)producten die bijdragen aan goede zorg vanuit de wijkverpleging voor cliënten met een vervuild huishouden. Tegelijkertijd was het onduidelijk welke specifieke knelpunten spelen in de wijkverpleging bij cliënten met een vervuild huishouden. Daarnaast was onduidelijk op welke wijze deze knelpunten het best aangepakt kunnen worden. ZonMw heeft daarom aan het Nivel een onderzoeksubsidie gegeven om een knelpuntenanalyse uit te voeren. Dit rapport gaat over de uitkomsten van de knelpuntenanalyse en de adviezen die daaruit voortvloeien voor een vervolgtraject.

Veel dank gaat uit naar alle professionals en cliënten(vertegenwoordigers) die deelnamen aan de interviews en de focusgroepen. Ook danken we de leden van de projectgroep die de onderzoekers met adviezen en de toegang tot hun netwerk hebben bijgestaan: Marjon van Aalten (gemeente Utrecht), Ferenc Jonas (cliëntenvertegenwoordiger MIND), Karin den Boer (Antes Groep), Janneke Hendriksen en Anneke Francke (Nivel), Monique Hesselmanns (Thebe), Ellen Moonen (KBO-PCOB). Speciale dank aan Jolet Wiering (Icare), die ons van veel achtergrondinformatie heeft voorzien. We danken Linda Schoonmade (Vrije Universiteit Amsterdam) voor haar hulp bij de literatuursearch. Ook danken we het V&VN programmabureau Kwaliteitsstandaarden (Eefje Verhoof en Amy den Haan) en de V&VN Adviescommissie voor hun hulp en feedback op het rapport .

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding en achtergronden	7
1.2 Doel- en vraagstellingen	8
1.3 Leeswijzer	9
2 Verkenning literatuur	10
2.1 Aanpak van de literatuurverkenning	10
2.2 Knelpunten beschreven in bestaand onderzoek	11
2.3 Factoren van invloed op knelpunten	12
2.4 Wat valt op in de literatuurverkenning?	12
3 Knelpunten en kennishiaten bij de zorg en ondersteuning	14
3.1 Introductie	14
3.2 Ervaren knelpunten	14
3.3 Factoren van invloed op de knelpunten	20
4 Oplossingsrichtingen	23
4.1 Introductie	23
4.2 Herkenning knelpunten	23
4.3 Genoemde oplossingsrichtingen	24
5 Conclusies en adviezen	31
5.1 Conclusies per onderzoeksvraag	31
5.2 Adviezen	33
5.3 Rollen van V&VN en andere partijen	35
Literatuur	37
Bijlage A Methoden literatuurverkenning	39
Bijlage B Methoden interviews	46
Bijlage C Methoden focusgroepen	51
Bijlage D Voorbeelden van bestaande hulpmiddelen	54
Bijlage E Voorbeelden van bestaande procedures	56

Samenvatting

Zorgverleners in de wijkverpleging 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, 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 wijkverpleging over vervuilde huishoudens, mogelijke oorzaken (waaronder psychische beelden) en zorgmijding. Verdere knelpunten bij de wijkverpleging 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 wijkverpleging bij de cliënt wil doen; een taakgerichte werkhouding; de vele emoties die de situatie oproept bij de wijkverpleging.

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 wijkverpleging. Daarnaast stellen zij de volgende oplossingen voor: betere samenwerking rondom een cliënt; snellere samenwerking van de wijkverpleging met andere partijen; handvatten, kaders, hulpmiddelen en ondersteuning voor de wijkverpleging; de juiste benadering door de wijkverpleging; 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:

1. Betere ketenzorgafspraken op regionaal niveau
2. Betere samenwerking rondom een cliënt
3. Meer basiskennis en vaardigheden bij wijkverpleging om snel hulp in te kunnen schakelen
4. Een aandachtsvelder/expertiseteam en ondersteunende middelen binnen organisaties voor wijkverpleging
5. Per cliënt met een vervuild huishouden één wijkverpleegkundige 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 en VNG om de multidisciplinaire samenwerking op het gebied van vervuilde huishoudens landelijk op te pakken. In de tweede plaats kan V&VN organisaties in de wijkverpleging ondersteunen door een voorbeeld-procedure *Zorg en ondersteuning in vervuilde huishoudens* te ontwikkelen en beschikbaar te stellen. In de voorbeeld-procedure 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 wijkverpleging 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.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergronden

In een achterbanraadpleging van V&VN bleek dat er kennishiaten en andere knelpunten spelen in de zorg en ondersteuning van cliënten met vervuilde huishoudens. Zorg verlenen aan cliënten met vervuilde huishoudens wordt ingewikkeld gevonden door verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging. Er zijn bijvoorbeeld signalen dat zorgverleners in de wijkverpleging zich zorgen maken over de veiligheid voor de eigen gezondheid en die van de cliënt bij zorgverlening in een vervuilde woonomgeving. Ook zijn er signalen dat onduidelijk is in welke situaties persoonlijke beschermende maatregelen als schorten, sloffen of mondneusmaskers van toepassing zijn en of de zorgverlening in een vervuild huishouden geweigerd kan worden (ZonMw subsidie-oproep, 2019). In dit onderzoek brengen we de knelpunten en de mogelijke oplossingen voor deze knelpunten systematisch in kaart. In het bijzonder gaan we na of de ontwikkeling van een richtlijn een oplossing is.

Een vervuild huishouden

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 wijkverpleging lastig zijn de benodigde zorg te bieden.

Mogelijke redenen voor een vervuild huishouden

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. Bij zeer sterk vervuilde huishoudens kunnen er verschillende (vaak interacterende) oorzaken en problemen zijn. Een vervuild huis is vaak een topje van diepliggende problemen. Een vervuild huishouden komt relatief vaak voor bij kwetsbare ouderen. Het kan een teken zijn van beginnende dementie. Ook blijkt het vaker voor te komen bij mensen met een verstandelijke beperking, een lagere sociaal economische status of alcoholafhankelijkheid (Day e.a., 2016; Lee e.a., 2017; Schafer e.a., 2018). Daarnaast spelen sociale isolatie en eenzaamheid een rol (Buster e.a., 2013).

Bij een vervuild huishouden is er vaak ook sprake van een psychiatrische aandoening, zoals schizofrenie en depressie. Door verwardheid, inactiviteit of onverschilligheid kan de persoon het huishouden verwaarlozen. 'Hoarding', een problematische verzamelzucht en een psychiatrische diagnose (DSM-5), is ook een veel voorkomende oorzaak van een vervuild huishouden. Bij hoarding is sprake van een pathologische moeite om spullen zoals kranten weg te doen, in een zodanige mate dat woonruimtes niet of nauwelijks meer te gebruiken zijn (www.hulpgids.nl). Soms zijn huizen (vrijwel) onbewoonbaar door de grote hoeveelheid spullen, waardoor er een grotere kans is op vervuiling.

Er zijn geen landelijke prevalentiecijfers van vervuilde huishoudens in Nederland. Toch zijn er aanwijzingen dat vervuilde huishoudens relatief vaak voorkomen: uit een analyse van wijkverpleegkundige diagnoses bij 120 cliënten bleek bij bijna een vijfde van de cliënten (18%)

sprake te zijn van de NANDA-International diagnose “verminderd huishoudvermogen” (Rosendal e.a., 2016), waarbij een vervuild huishouden een reëel risico is.

Na de grote hervorming van de langdurige zorg signaleerden verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging een verandering in de samenstelling van hun cliëntenpopulatie (Francke e.a., 2017; de Groot e.a. 2016). Naast een toename van kwetsbare ouderen, zagen zij vooral een toename in complexe problematiek (Francke e.a., 2017). Gezien deze stijging van cliënten, zal waarschijnlijk ook het aantal cliënten met vervuilde huishoudens gestegen zijn.

Zorg en ondersteuning voor cliënten met een vervuild huishouden

Soms is de wijkverpleging de eerste zorgverlener die de cliënt met een vervuild huishouden ziet. Daardoor heeft de wijkverpleging een signalerende rol en zal moeten beslissen wat de vervolgstappen zijn. Vanwege de vaak complexe achterliggende problematiek zijn er soms al veel verschillende disciplines betrokken bij de cliënt met een vervuild huishouden, waarvan de wijkverpleging bij aanvang niet op de hoogte is. Dit zijn zorgverleners, zoals professionals uit de GGZ. Ook professionals uit het sociale domein zijn vaak al bekend met een cliënt met een vervuild huishouden, zoals het sociale wijkteam, de politie en de woningbouwvereniging. Zorg aan cliënten met een vervuild huishouden betekent daarom ook vaak samenwerken en afstemmen. Het kan daarbij extra ingewikkeld zijn als het sociale domein per gemeente anders georganiseerd is. Uit onderzoek blijkt dat professionals in de wijkverpleging samenwerken met professionals in het sociale domein zoals woningbouwverenigingen, gemeenten of sociale wijkteams lastig vonden (de Veer e.a., 2017).

1.2 Doel- en vraagstellingen

Het doel van het hier voorgestelde onderzoek is inzicht geven in de ervaren knelpunten in het (wijk)verpleegkundig en verzorgend handelen bij cliënten met een vervuild huishouden. Op basis van het inzicht in de knelpunten zullen we concrete adviezen formuleren aan de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) over wat verpleegkundige en verzorgende professionals nodig hebben voor het verminderen van knelpunten in de zorg en ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden. In het bijzonder wordt bij de adviezen nagegaan of de wijkverpleging geholpen is met een richtlijn en, zo ja, wat de uitgangsvragen dan zijn.

De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

1. Welke organisatorische, zorginhoudelijke of andere knelpunten en/of kennishiaten spelen bij de zorg en ondersteuning door verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren bij cliënten met vervuilde huishoudens? In het bijzonder: welke knelpunten zijn gerelateerd aan de wijkverpleging?
2. Welke factoren spelen een rol bij de aard en ernst van de ervaren knelpunten of kennishiaten?
3. Hoe kunnen (wijk)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden in de wijkverpleging ondersteund worden bij deze knelpunten?

1.3 Leeswijzer

Het onderzoek naar de knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen is uitgevoerd aan de hand van een verkenning van de internationale wetenschappelijke literatuur en grijze literatuur, interviews en focusgroepen met cliënten(vertegenwoordigers), professionals uit de wijkverpleging en andere professionals die betrokken zijn bij cliënten met een vervuild huishouden. Hoofdstuk 2 beschrijft de resultaten van de literatuurverkenning. In hoofdstuk 3 en 4 staan respectievelijk de resultaten van de interviews en focusgroepen beschreven. Hoofdstuk 5 bevat de conclusies en de daaruit volgende adviezen. In de bijlagen is een uitgebreide methodologische verantwoording opgenomen. Ook bevatten de bijlagen voorbeelden van bestaande instrumenten (bijlage D) en procedures (bijlage E).

2 Verkenning literatuur

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de literatuurverkenning naar knelpunten in de verpleging en verzorging van cliënten met een vervuild huishouden.

2.1 Aanpak van de literatuurverkenning

De literatuurverkenning gaat in op de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke organisatorische, zorginhoudelijke of andere knelpunten en/of kennishiaten spelen bij de zorg en ondersteuning door verzorgenden en verpleegkundigen bij cliënten met vervuilde huishoudens? In het bijzonder: welke knelpunten zijn gerelateerd aan de wijkverpleging?

2. Welke factoren spelen een rol bij de aard en ernst van de ervaren knelpunten of kennishiaten?

Relevante internationale publicaties zijn gezocht in de databases PubMed, PsycINFO, EMBASE, CINAHL, Web of Science, Scopus en IBSS. Daarnaast zijn websites van organisaties doorzocht op relevant onderzoek en kwaliteitsstandaarden (o.a. V&VN, Trimbos instituut, Vilans (KICK-protocollen), Zorginstituut Nederland (Zorginzicht.nl). De inclusiecriteria voor de wetenschappelijke publicaties waarnaar gezocht is, zijn:

- betreft een publicatie over knelpunten in de zorg en ondersteuning van mensen met een vervuild huishouden, en
- beschrijft knelpunten gerelateerd aan rollen/taken van verpleegkundige en/of verzorgende professionals, en
- de publicatie beschrijft een empirisch kwalitatief, kwantitatief of mixed-method onderzoek of een systematische literatuurstudie, en
- is gepubliceerd in of na 2010, en
- is gepubliceerd in het Engels of Nederlands.

De eerste doorzoeking van de databases resulteerde in 216 unieke potentieel relevante literatuurreferenties. Na bestudering van titels en samenvattingen van die referenties werden 32 studies geselecteerd die leken te voldoen aan de inclusiecriteria. Twijfels werden door twee onderzoekers besproken (RV en AdV) en bij blijvende twijfel behouden in de selectie. Na beoordeling door de twee onderzoekers van de volledige teksten vielen nog eens 27 referenties af omdat ze niet voldeden aan alle inclusiecriteria. De meeste (19 van 27) referenties vielen af omdat er geen verslag werd gedaan van een empirisch onderzoek. Er bleven uiteindelijk vijf relevante empirische studies over. Het zoeken via de websites van Nederlandse instituten en databanken leverde geen nieuwe empirische onderzoeken en kwaliteitsstandaarden op.

Meer informatie over de zoekstrategieën en het 'flow diagram' van de selectiefasen staat in Bijlage A.

Kenmerken van de geïncludeerde studies

Van de vijf geïncludeerde studies komen er twee uit de Verenigde Staten (Koenig, 2013; O'Connell Johnson, 2015), twee uit Ierland (Day e.a., 2013, 2015), en één uit Israël (Band-Winterstein, 2018). Vier studies betroffen kwalitatieve onderzoeken (semigestructureerde interviews) en één een vragenlijstonderzoek (Day e.a., 2015). In vier studies werden de ervaringen van professionals onderzocht. Eén studie betrof de ervaringen van cliënten (Day e.a., 2013).

Vier studies gingen over zelfverwaarlozing ('self neglect') en één over hoarding (Koenig, 2013). Vier studies richtten zich speciaal op ouderen.

Voor een overzichtstabel van de methoden en uitkomsten (voor zover relevant voor de onderzoeksvragen) van de vijf geïncludeerde studies, zie Tabel A.1 in Bijlage A.

2.2 Knelpunten beschreven in bestaand onderzoek

Organisatorische knelpunten

De twee studies in de Verenigde Staten rapporteren organisatorische knelpunten. Drie knelpunten komen daaruit naar voren.

Allereerste knelpunt is het **gebrek aan (samenwerking tussen) verschillende voorzieningen**.

Benodigde voorzieningen ("medical social work") die kunnen helpen zijn niet toegankelijk of hebben lange wachttijden (O'Connell Johnson e.a., 2015). Voor cliënten waar een mentale component een rol speelt, zoals bij hoarding problematiek, is de GGZ onvoldoende beschikbaar (Koenig e.a., 2013). Ten tweede belemmeren **wetgeving en beleid** de zorg voor mensen met een vervuild huis. Er zijn bijvoorbeeld geen mogelijkheden voor het afdwingen van hulp of de financiering van een in vervuiling gespecialiseerd team (O'Connell Johnson e.a., 2015; Koenig e.a., 2013).

Zorginhoudelijke knelpunten

Vier studies bevatten zorginhoudelijke knelpunten. Vier knelpunten komen daaruit naar voren.

Het eerste knelpunt is dat het binnenkomen in een vervuild huishouden **sterke emoties** bij zorgverleners oproept van onder andere weerzin, afschuw, verdriet waardoor zij het lastig vinden de benodigde zorg te verlenen (Band-Winterstein, 2018; O'Connell Johnson e.a., 2015). Interventies zijn vaak ineffectief, wat kan leiden tot frustratie.

Het tweede knelpunt is dat zorgverleners de **benodigde zorghandelingen niet kunnen doen** omdat cliënten met een vervuild huishouden geen bemoeienis willen (O'Connell Johnson e.a., 2015). Vaak leven deze cliënten in afzondering en hebben weinig sociale contacten. Het is belangrijk om eerst een vertrouwensband op te bouwen maar daarvoor ontbreekt vaak de tijd (Koenig e.a., 2013).

Het derde knelpunt zijn de **dilemma's** die de situatie bij de zorgverlener oproept. Een voorbeeld van zo'n dilemma betreft de keuze tussen het recht van de cliënt om te leven zoals hij/zij wil versus de wens van de zorgverlener om te helpen en de benodigde zorg te geven (Band-Winterstein, 2018).

Ook kan er een dilemma zijn tussen het recht van de cliënt om te leven zoals hij/zij wil versus de bescherming van de cliënt en de veiligheid van de situatie (Koenig e.a., 2013). Uit het onderzoek onder ouderen die zichzelf verwaarlozen geven de ouderen aan dat zorgverleners hun leefstijl niet altijd respecteren (Day e.a., 2013).

Ten slotte bestaan er **verschillende visies** op de vervuiling en meest gewenste aanpak. De verschillende betrokken zorgverleners hebben daardoor geen eenduidige aanpak voor elke cliënt (Koenig e.a., 2013).

Kennishiaten

Drie studies rapporteren hiaten in kennis. Een vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen en sociaal werkenden laat zien dat de eigen ervaring met de doelgroep de belangrijkste bron van kennis is (Day e.a., 2015). De meeste zorgverleners (61%) verkrijgt kennis over zelfverwaarlozing tijdens hun zorg voor deze cliënten. Andere bronnen van kennis zijn literatuur (24%), media (19%).

De kennishiaten die genoemd worden betreffen de volgende onderwerpen:

- het **beleid** betreffende de hulp bij zelfverwaarlozing (Day e.a., 2015);
- de **wettelijke verantwoordelijkheden** in geval van zelfverwaarlozing (Day e.a., 2015)
- kennis over **zelfverwaarlozing**, dat kan optreden zonder onderliggende diagnose. Zorgverleners wijten zelfverwaarlozing te vaak aan ongediagnostiseerde psychologische problemen als dementie, depressie of psychiatrische ziekte (O'Connell Johnson e.a., 2015);
- zorgverleners vinden het **moeilijk de problematiek te beschrijven** voor digitale overdracht (O'Connell Johnson e.a., 2015);
- de **rollen en verantwoordelijkheden** van de verschillende professionals bij dit type problematiek (Koenig e.a., 2013).

2.3 Factoren van invloed op knelpunten

Factoren van invloed op knelpunten

De studies beschrijven factoren die de knelpunten beïnvloeden. Deze liggen op het niveau van de cliënten en de zorgverleners.

Genoemde factoren op cliëntniveau zijn:

- **leeftijd**: oudere cliënten hebben een grotere kans op zelfverwaarlozing (Band-Winterstein, 2018);
- **moeilijke jeugd gehad** (Day e.a., 2013);
- **komen nauwelijks buitenshuis** (Day e.a., 2013);
- **geen sociaal netwerk** (Day e.a., 2013);
- **accepterende houding**: cliënten vonden zich niet kwetsbaar en waren tevreden met leefomstandigheden (Day e.a., 2013);
- **sobere leefstijl**: daardoor bijvoorbeeld verwarming uitlaten, schoonmaak weigeren (Day e.a., 2013).

Genoemde factoren op het niveau van de zorgverlener zijn (Day e.a., 2015):

- **geslacht**: mannelijke zorgverleners hadden meer kennis dan vrouwelijke;
- **opleiding**: hoger opgeleide zorgverleners hadden meer kennis dan lager opgeleide zorgverleners;
- **hoeveelheid ervaring met doelgroep**: zorgverleners met jaarlijks minimaal 3 zichzelf verwaarlozende cliënten hebben meer kennis dan andere zorgverleners.

2.4 Wat valt op in de literatuurverkenning?

Opvallend is het gebrek aan empirisch onderzoek naar vervuilde huishoudens in relatie tot verpleging en verzorging. De meeste studies betrokken het thema zelfverwaarlozing, wat een breder begrip is dan een vervuild huishouden. De geïncludeerde studies hadden veelal tot doel om de ervaringen van de professionals met deze cliënten te beschrijven. Daarbij zijn vooral zorginhoudelijk knelpunten gevonden.

In één onderzoek was al een vorm van organisatie gerealiseerd om betere zorg te bieden voor cliënten die hoorden (Koenig e.a., 2015). Opvallend is dat ook bij deze teams nog knelpunten gemeld worden.

Opmerkelijk is verder dat geen van die studies in Nederland is uitgevoerd. Daarom is het zeer relevant dat in het volgende hoofdstuk ingegaan wordt op de ervaren knelpunten in Nederland.

3 Knelpunten en kennishiaten bij de zorg en ondersteuning

3.1 Introductie

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de kwalitatieve interviews. De interviews zijn gehouden met in totaal 23 personen: **vijf cliënten(vertegenwoordigers)**, **acht (wijk)verpleegkundigen** werkzaam in de wijkverpleging en tien **professionals uit zorg, welzijn en wonen**. Deze professionals waren o.a. een huisarts, verpleegkundigen werkzaam in de GGZ, thuisbegeleiders, sociaal verpleegkundigen werkzaam bij een GGD, medewerkers van woningcorporaties. Zij werken verspreid over Nederland en zowel in plattelandsregio's als in sterk verstedelijkte gebieden. De interviews gingen in op de ervaren knelpunten en kennishiaten bij de zorg en ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden, in het bijzonder voor de wijkverpleging. Ook werd in de interviews ingegaan op de factoren die samenhangen met de ervaren knelpunten en kennishiaten en werd alvast vooruit geblikt op mogelijke oplossingsrichtingen. Voor elk van de drie groepen geïnterviewden werd een aparte topiclijst gebruikt. De interviews vonden grotendeels telefonisch plaats in verband met de coronapandemie. Van de interviews werd een audio-opname gemaakt, die letterlijk werd uitgeschreven en daarna geanalyseerd. Meer informatie over de methoden van de interviews en de analyses is te vinden in Bijlage B.

De resultaten beschreven in dit hoofdstuk adresseren de eerste twee onderzoeksvragen:

- 1. Welke organisatorische, zorginhoudelijke of andere knelpunten en kennishiaten spelen bij de zorg en ondersteuning door verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren bij cliënten met vervuilde huishoudens? In het bijzonder: welke knelpunten zijn gerelateerd aan de wijkverpleging?*
- 2. Welke factoren spelen een rol bij de aard en ernst van de ervaren knelpunten en kennishiaten?*

3.2 Ervaren knelpunten

De knelpunten die in de interviews genoemd werden zijn in te delen in *organisatorische en zorginhoudelijke knelpunten* en *kennishiaten*. Zo worden ze in de volgende paragrafen ook weergegeven. De organisatorische knelpunten zijn daarnaast te onderscheiden in *algemene knelpunten* in de zorg en begeleiding van mensen met een vervuild huishouden en *knelpunten specifiek voor de wijkverpleging*. Kader 3.1 geeft een overzicht van de knelpunten.

Kader 3.1: Knelpunten die uit de interviews naar voren kwamen

Organisatorische knelpunten

Algemene knelpunten

- Weinig samenwerking tussen organisaties
- Belemmeringen vanuit het zorgstelsel

Knelpunten specifiek voor de wijkverpleging

- Weinig samenwerking vanuit organisaties voor wijkverpleging met andere organisaties in zorg, welzijn en wonen

Zorginhoudelijke knelpunten

- Terughoudendheid in het inschakelen van (professionals uit) andere organisaties
- Onduidelijkheid over juiste werkwijze in een vervuild huishouden
- Werk van de wijkverpleging is niet goed uitvoerbaar
- Taakgericht werken door de wijkverpleging
- Situatie roept veel emoties op bij de wijkverpleging

Kennishiaten

- Ontbrekende kennis en vaardigheden bij de wijkverpleging over vervuilde huishoudens, mogelijke oorzaken (waaronder psychiatrische beelden) en zorgmijding

3.2.1 Organisatorische knelpunten

Algemene knelpunten

Weinig samenwerking tussen organisaties

Het grootste knelpunt in de zorg voor cliënten met een vervuild huishouden ligt volgens de geïnterviewde niet specifiek bij de wijkverpleging, maar bij de beperkte samenwerking tussen de verschillende organisaties in zorg, welzijn en wonen in het algemeen. Een vervuild huishouden is veelal het resultaat van complexe problematiek, die op meer domeinen speelt. Er is dan sprake van (terugkerende) psychische, psychiatrische, lichamelijk en/of cognitieve problematiek, het sociale netwerk is vaak beperkt, er kunnen financiële problemen zijn en cliënten kunnen zorg mijden. Cliënten waar de wijkverpleging voor het eerst komt zijn soms ook al wel bekend bij andere organisaties. Samenwerking tussen organisaties in zorg, welzijn en wonen, met verschillende kennis en mogelijkheden, is daarom cruciaal. Daar gaat het volgens geïnterviewde juist mis, omdat organisaties geen samenwerkingsafspraken hebben, elkaar niet kennen en niet of de hoogte zijn van elkaars mogelijke rol bij cliënten met een vervuild huishouden.

Er is een gebrek aan samenhang in de hulpverlening. Het zijn allemaal eilandjes zeg maar. En je ziet ook dat huisartsen er helemaal niet mee om kunnen gaan. Omdat ze ook vaak de weg niet weten naar de juiste hulpverlening of de specialisatie. (professional wijkverpleging)

De GGD of gemeente kan een gespecialiseerd team op het gebied van woningvervuiling hebben met onder andere sociaal verpleegkundigen met veel kennis en regel mogelijkheden. Andere professionals kunnen dit team inschakelen, maar ook buurtbewoners van mensen met een vervuild huishouden. Deze rol van de GGD of gemeente is echter niet bekend. Ook weten wijkverpleging, GGZ, woningcorporaties en sociale wijkteams elkaar vaak niet te vinden.

Als dit wel gebeurt, dan is het volgens de geïnterviewde vaak afhankelijk van specifieke mensen die bij de organisaties werken, die affiniteit hebben met en kennis van de doelgroep en elkaar daarom kennen. Wanneer deze personen bij een organisatie vertrekken, dan is er vaak geen opvolger. Het onderliggende probleem is volgens geïnterviewde dat er geen ketenafspraken zijn in de regio tussen de betrokken partijen: GGD, GGZ, wijkverpleging, huisarts, sociale wijkteams, gemeente, politie, brandweer en woningcorporaties.

Belemmeringen vanuit het zorgstelsel

De cliënten(vertegenwoordigers) en professionals noemen ook knelpunten die te maken hebben met het zorgstelsel en de wijze waarop in Nederland zorg, welzijn en wonen is geregeld. In de eerste plaats wordt de ambulantisering en extramuralisering van de zorg genoemd: mensen blijven zo veel mogelijk en zo lang mogelijk thuis wonen. Dit betekent dat ouderen en mensen met psychische of psychiatrische problematiek langer dan voorheen een eigen huishouden voeren, wat het aantal vervuilde huishoudens doet toenemen.

We hebben natuurlijk een ontzettende ambulantisering doorgemaakt. Mensen moesten allemaal de wijken in, waardoor er heel veel mensen zijn komen wonen die, nou ja, een ontzettend gebrek hebben aan woonvaardigheden. Waarvan je denkt, van joh, die waren eigenlijk veel beter af in een beschermde woonvorm. (sociaal verpleegkundige gemeente)

Ook is volgens de geïnterviewde de zorg versnipperd, bijvoorbeeld door de scheiding van huishoudelijke hulp gefinancierd door de gemeenten (Wmo) en zorg van de wijkverpleging vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw). Dit is bij mensen met een vervuild huishouden lastig, omdat de wijkverpleging zelf meestal geen huishoudelijke hulp of thuisbegeleiding kan indiceren. Een ander organisatorisch knelpunt is dat er op dit moment minder specifieke hulp is voor mensen die zorg mijden is dan een paar jaar geleden, aldus de geïnterviewde. Mensen met een vervuild huishouden zijn vaak zorg mijdend, bijvoorbeeld uit onmacht om tot handelen over te gaan of uit schaamte. Ook zijn er regionale en lokale verschillen in voorzieningen, bijvoorbeeld in of de gemeente bijdraagt aan de financiering van de schoonmaak van zwaar vervuilde woningen.

Knelpunten specifiek voor de wijkverpleging

Weinig samenwerking vanuit organisaties voor wijkverpleging met andere organisaties in zorg, welzijn en wonen

Als we kijken naar knelpunten specifiek voor organisaties voor wijkverpleging, dan is er bij verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging onbekendheid over de sociale kaart in hun regio. Zij zijn bijvoorbeeld niet bekend met de mogelijkheid om de gemeente of de GGD te betrekken bij de beoordeling en de hulp voor mensen met een vervuild huishouden. Ook wordt aangegeven dat het lastig is om de GGZ bij een cliënt te betrekken of om snel via de Wmo huishoudelijke hulp te kunnen regelen.

Ja, daar loopt de wijkverpleging volgens mij ook heel erg tegenaan van, hoe krijg je cliënten dan toch in beeld bij de GGZ. Maar daar gaat sowieso heel veel tijd altijd overheen, want ja dan moet je de intake doen, en er zijn wachtlijsten en zo. En als er dan intussen toch thuiszorgorganisaties naar binnen moeten, omdat er lichamelijke zorg geboden moet worden, dan sta je er alleen voor. En dan kom je voor hele complexe psychiatrische problematiek te staan. (psychiatrisch verpleegkundige GGZ)

Ook problemen in de afstemming met het ziekenhuis of de huisarts worden genoemd: ziekenhuizen accepteren cliënten soms niet vanwege lichamelijke vervuiling en sturen ze dan weer naar huis, zonder afstemming met de wijkverpleging.

Of een ziekenhuis ontslaat zonder overleg met de wijkverpleging een cliënt, terwijl ze weten dat goede wijkverpleging thuis in de vervuilde woning niet mogelijk is. Ook huisartsen geven volgens de geïnterviewde regelmatig aan dat als een cliënt er zelf voor kiest om in een vervuild huis te leven, dit een eigen keuze is. Dit terwijl er dan wel sprake is van een gevaarlijke situatie voor de cliënt en zijn of haar omgeving.

3.2.2 Zorginhoudelijke knelpunten

Terughoudendheid in het inschakelen van (professionals uit) andere organisaties

Als we kijken naar zorginhoudelijke knelpunten, dan zien we in de eerste plaats dat de wijkverpleging terughoudend is in het inschakelen van professionals uit de eigen organisatie of daarbuiten. Dit heeft ermee te maken dat mensen met een vervuild huishouden veelal liever geen nieuwe, onbekende gezichten in huis hebben. Dit stelt zorgverleners voor dilemma's. De wijkverpleging is dan bang om het vertrouwen van cliënten, dat ze vaak zorgvuldig hebben opgebouwd, te breken. Soms zitten ze ook in 'het systeem' van een cliënt:

Zorgverleners zijn soms jaren in beeld bij iemand, dus daar zit ook heel erg een vertrouwensband. Ze doen dan ook soms wat meer dan hun takenpakket. En dan zijn ze bang om het vertrouwen van de cliënt te verliezen, omdat de cliënt niet wil dat ze de hulp van iemand anders inschakelen. Ze zijn, zeg maar, in het systeem van de cliënt gekomen en kunnen niet meer professioneel overzicht houden. (sociaal verpleegkundige, GGD)

De terughoudendheid komt ook omdat verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging volgens geïnterviewde vaak niet precies weten of en wanneer ze andere professionals mogen benaderen en welke informatie ze dan mogen delen. Zorgverleners denken dan dat het delen van informatie met professionals buiten de eigen organisatie in strijd is met de privacywetgeving.

Onduidelijkheid over juiste werkwijze in een vervuild huishouden

Een tweede zorginhoudelijk knelpunt is dat het voor de wijkverpleging niet helder is wat de juiste werkwijze in een vervuild huishouden is. Het is moeilijk om een inschatting te maken of en hoeveel risico of gevaar een vervuild huishouden daadwerkelijk oplevert. Bij aanvang van de zorg vult een wijkverpleegkundige een Arbo check in om te kijken wat er nodig is voor een gezonde werkomgeving en veilige situatie voor de cliënt. Deze Arbo check geeft de wijkverpleging echter onvoldoende houvast om te beslissen of de woning veilig genoeg is om zorg te bieden.

Vaak ontbreken er binnen organisaties voor wijkverpleging hygiënekaders of protocollen die een zorgteam kan gebruiken bij het bepalen of de zorg veilig genoeg is voor de zorgverleners en de cliënt. Ook staat er niet in wanneer en hoe zorg geweigerd kan worden en wat dan de vervolgstappen zijn (bijvoorbeeld melden bij de huisarts of GGD). Bestaande hygiëneprotocollen gaan veelal over hoe de wijkverpleging hygiënisch handelingen uitvoert zonder in te gaan op een vervuilde omgeving. Ook blijkt het lastig dat er binnen en tussen teams verschillende normen en waarden kunnen zijn van wat precies een vervuild huishouden is en wanneer je er nog wel of niet kan werken. De een vindt veel stof of sigarettenrook problematisch, de ander niet. Wanneer ze wel aan het werk gaan in de vervuilde woning dan vinden verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging het lastig om te bepalen hoe ze dit dan doen. Sommigen gaan bijvoorbeeld op een plasticzak zitten, of laten hun jas

en tas in de auto liggen. Anderen gaan eerst thuis douchen, voordat ze naar de volgende cliënt gaan of plannen de cliënt aan het eind van de dienst.

Werk van de wijkverpleging is niet goed uitvoerbaar

Een derde zorginhoudelijk knelpunt, dat samenhangt met het vorige, is dat het werk voor de wijkverpleging in een vervuild huishouden volgens geïnterviewden vaak niet goed uitvoerbaar is. Dit hangt enerzijds samen met het niet veilig en hygiënisch voldoende zorg kunnen verlenen, zoals het verlenen van wondzorg in een huis waar veel stof, vuil en/of ongedierte aanwezig is. Of iemand helpen douchen, als de douche niet of nauwelijks bereikbaar is, deze heel vies is en er geen schone handdoeken zijn.

En het is denk ik ook nog wel even het stukje, of je inderdaad ook hygiënisch met je materialen kunt werken. Dat is ook nog wel een dingetje: in hoeverre dat dan ook veilig is voor de klant. Want er wordt best wel veel specialistische zorg geleverd. En ook wel zorg waarbij je echt hygiënisch moet kunnen werken. En dan lukt het meestal wel om ergens een schoon werkveld te creëren, maar in zo'n heel vervuild huishouden vind ik dat toch lastig. En vind ik dat ook wel ergens enigszins toch een soort van risico voor de klant zelf. Dan denk ik ja... Bijvoorbeeld, als je met infusen werkt, of het toedienen van chemotherapie thuis, of toch met allerlei infusen die tot in je hart zitten. Weet je, dan denk ik: ja, dat is toch een hoog risico op infectie, als dat toch in zo'n vervuild huishouden allemaal moet gebeuren. (wondconsulent)

Anderzijds hangt het niet goed kunnen uitvoeren van het werk samen met de extra tijd die nodig is bij mensen met een vervuild huishouden. Een enkelvoudige indicatie, voor bijvoorbeeld medicatietoediening, is bij iemand met een vervuild huishouden volgens geïnterviewde niet voldoende. Het kost meer tijd om de zorg te verlenen, omdat eerst het vertrouwen van de cliënt gewonnen moet worden. Daarnaast is het nodig om achter de achtergrond van de vervuilingproblematiek te komen, zodat daar actie op ondernomen kan worden. Hier dient dan wel extra tijd voor geïndiceerd te zijn, wat niet altijd het geval is.

Taakgericht werken door de wijkverpleging

Een vierde zorginhoudelijk knelpunt is volgens de geïnterviewde de taakgerichte werkhouding die verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging kunnen hebben. Daarmee bedoelen zij dat de zorgverlener gericht is op het volbrengen van de geïndiceerde zorg en ondersteuning. Een taakgerichte werkhouding kan bij mensen met een vervuild huishouden op gespannen voet staan met een persoonsgerichte houding, die gericht is op de cliënt en zijn of haar behoeften. De taakgerichte werkhouding zou onder andere blijken uit het indirect en veroordelend ter sprake brengen van vervuiling en het betuttelen van cliënten.

Maar wat we weleens merken is dat het niet goed gegaan is binnen de reguliere thuiszorg, omdat ze dan bijvoorbeeld binnen komen en dan moeten ze gelijk een hoog-laagbed hebben. En het kleedje moet weg, want anders rolt het bed te zwaar. Ja, ze krijgen gelijk een heel riedeltje van de vuilniszakken moeten weg en die prullenbak is niet goed, dat doucheputje ook niet. Als mensen toch een bepaalde stoornis hebben, dan is het vaak veel te veel en dan gaan ze gillen of schelden. Rot op uit mijn huis! Waar bemoei jij je mee? En dan smijten ze de deur dicht. (verpleegkundige OGGZ)

Ook kijkt de wijkverpleging volgens geïnterviewde vaak naar wat ze niet kunnen doen in een vervuilde woning, in plaats van naar hoe dingen wel kunnen.

Maar je kan ook denken van, oké, dit kan ik niet. Maar laat ik in ieder geval verder gaan met wat ik wel kan. Maar heel vaak is het heel snel van dit kan niet, punt. (wijkverpleegkundige)

Situatie roept veel emoties op bij de wijkverpleging

Een laatste zorginhoudelijk knelpunt is dat een vervuild huishouden vaak veel emoties oproept bij de wijkverpleging, zoals 'angst' en 'jezelf vies voelen'.

Echt opgehoopt vuil, opgehoopt stof, vet. En ik weet dat ik toen naar de keuken moest om een stoffer en blik te pakken, en toen ben ik tegen een vliegopvangsysteem, zo'n vieze slurf, zo'n plakding opgelopen. Wat ook nog eens helemaal onder de vliegen zat, die heb ik toen in mijn haar gekregen. En toen raakte ik in paniek. En toen weet ik dat de cliënt zei: "oh, is niet erg meisje." Maar ik had gelukkig nog mijn handschoenen aan, dus ik heb dat eruit getrokken met geweld, omdat ik het zo walgelijk vond. Ik vond het echt walgelijk. Maar dat soort dingen, zo vies dat je niks wilt aanraken, dat zie ik regelmatig. (wijkverpleegkundige)

Ook spelen er gevoelens van machteloosheid: verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging maken zich zorgen over de cliënt en zijn of haar situatie, maar weten niet wat ze eraan kunnen doen.

Ook maken zorgverleners zich zorgen over hun eigen gezondheid, maar weten ze niet of hun eigen gezondheid ook daadwerkelijk bedreigd wordt of niet. Dit vinden ze moeilijk. Vervuiling dringt zich ook zo op dat de wijkverpleging vooral de vervuiling ziet en niet de cliënt: de vervuiling is overweldigend.

3.2.3 Kennishiaten

Ontbrekende kennis en vaardigheden bij de wijkverpleging over vervuilde huishoudens, mogelijke oorzaken (waaronder psychiatrische beelden) en zorgmijding

Als het gaat om kennis dan zijn de geïnterviewde het erover eens dat het de wijkverpleging ontbreekt aan kennis over de mogelijke achterliggende problematiek van cliënten met een vervuild huishouden. Dit heeft te maken met de veelal complexe, meervoudige problematiek, die soms al jaren speelt en zijn oorsprong heeft in de jeugd van cliënten. Het kan bijvoorbeeld gaan om psychiatrische problematiek, maar ook om verslaving, rouw, schulden of combinaties van verschillende problemen.

En ik denk dat daar een knelpunt zit in gewoon kennis van mensen met psychiatrische problematiek en vaak ook chronische problematiek of verslavingsproblematiek of zo, hè. Ja, dat is toch problematiek die niet zo makkelijk overgaat of op te lossen is. Dan gaat het om gebrek aan deskundigheid, denk ik. Of aan gewoon, ja, ieder zijn eigen vak, natuurlijk. En dat merk je dan. (thuisbegeleider)

De geïnterviewde geven ook aan dat het door een gebrek aan kennis lastig is om te weten wanneer de wijkverpleging professionals uit andere organisaties moet inschakelen. Dit heeft ook te maken met het knelpunt over de geringe samenwerking met andere organisaties. Maar ook als er binnen een gemeente een team is dat hulp verleent aan mensen met een vervuild huishouden dan kennen de verzorgenden en verpleegkundigen uit de wijkverpleging dit niet. De verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging hebben over het algemeen weinig kennis over in welke gevallen ze wie kunnen raadplegen.

Een ander kennishiaat betreft de kennis over de mogelijkheden die er zijn om binnen de grenzen van de privacywetgeving (AVG, WGBO) een cliënt met een vervuild huishouden met professionals in andere organisaties te bespreken.

Verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging vinden het soms ook lastig de gevoelens die de zorg in een vervuild huishouden bespreekbaar te maken in hun team. Een gebrek aan kennis zorgt er volgens de geïnterviewde voor dat zij zich schamen om hun gevoelens in het team te bespreken. Ook zorgt het er mede voor dat er binnen een team stigmatiserend over cliënten gesproken wordt.

Ook ontbreekt het verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging veelal aan kennis en vaardigheden om de situaties op een goede, passende manier (empathisch en zonder oordeel) met cliënten met een vervuild huishouden te bespreken.

3.3 Factoren van invloed op de knelpunten

We hebben de professionals uit de wijkverpleging, cliënten(vertegenwoordigers) en de professionals uit zorg, welzijn en wonen in de interviews ook gevraagd welke factoren een rol spelen bij de aard en ernst van de ervaren knelpunten en kennishiaten. Hieruit kwamen vier hoofdgroepen van factoren naar voren: (1) factoren gelegen in de organisatie voor wijkverpleging; (2) factoren gelegen bij het team of de professional in de wijkverpleging; (3) cliëntgebonden factoren; (4) factoren gelegen in de regio.

3.3.1 Factoren gelegen in de organisatie voor wijkverpleging

De geïnterviewde zijn het erover eens dat er geen grote verschillen zijn tussen organisaties van wijkverpleging als het gaat om de zorg en ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden. Eigenlijk is het volgens hen voor zorgverleners in alle organisaties lastig. Zij noemden wel de volgende organisatorische factoren:

- **personeelsverloop:** wanneer er een hoog personeelsverloop is, dan verdwijnt de kennis en vaardigheden die zorgverleners met de zorg en ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden hebben opgebouwd.
- **mensen met een vervuild huishouden zorg weigeren:** sommige organisaties weigeren zorg aan mensen met een vervuild huishouden te bieden. Als een organisatie op voorhand weet dat er wijkverpleging gevraagd wordt in een ernstig vervuild huishouden dan weigeren zij hulp. Deze cliënten worden dan als “een hete aardappel” naar elkaar doorgeschoven. Dit is belemmerend voor de samenwerking tussen organisaties en vergroot ook het risico dat cliënten niet gemeld worden bij bijvoorbeeld de GGD.
- **aanwezigheid van procedures rondom vervuilde huishoudens:** sommige organisaties hebben procedures voor de zorg en ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden. Wanneer deze goed geïmplementeerd zijn, dan helpt dit de zorgverleners in positieve zin. Zorgverleners weten dan bijvoorbeeld welke stappen ze kunnen zetten en bij wie ze terecht kunnen.
- **de ruimte die de wijkverpleging krijgt om de zorg flexibel in te vullen:** het helpt verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging wanneer zij van hun organisatie de ruimte krijgen om flexibel met situaties om te gaan. Bijvoorbeeld door de cliënt te kunnen laten douchen bij de huisartsenpraktijk.

3.3.2 Factoren gelegen bij de wijkverpleging

De geïnterviewde zijn het erover eens dat de aard en ernst van de gevonden knelpunten vooral samenhangen met kenmerken van individuele verzorgenden en verpleegkundigen en teams in de wijkverpleging. De volgende factoren voor de wijkverpleging komen uit de interviews naar voren:

- **stabiliteit van het team:** een team dat niet goed samenwerkt en/of een hoog verloop heeft, kan cliënten met een vervuild huishouden minder goed ondersteunen. Teamleden kunnen elkaar dan ook niet goed ondersteunen en ervaren meer knelpunten.
- **affiniteit met doelgroep:** volgens geïnterviewde is dit de factor die de aard en ernst van de ervaren knelpunten het meest beïnvloedt. Verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging die affiniteit hebben met mensen met een vervuild huishouden en het als 'uitdaging' zien om hen te helpen, ervaren minder knelpunten dan degenen zonder affiniteit.
- **een 'klik' hebben:** wanneer er een 'klik' is tussen een zorgverlener en een cliënt, dan zijn er ook minder ervaren knelpunten of zijn deze minder heftig.
- **cliënten stigmatiseren:** een team kan (door gebrek aan kennis en vaardigheden) cliënten met een vervuild huishouden stigmatiseren. Dit belemmert een persoonsgerichte benadering van de cliënt en versterkt de ervaren knelpunten.
- **eigen normen en waarden:** de normen en waarden van individuele zorgverleners over wat schoon en vuil is lopen sterk uiteen. Dit kan de inschatting of een woning vervuild is beïnvloeden en daarmee de aanpak van de zorg voor een cliënt. Het kan ook tot gevolg hebben dat sommige zorgverleners wel en ander geen zorg willen verlenen bij een cliënt.

3.3.3 Cliëntgebonden factoren

Ook spelen cliëntgebonden factoren een belangrijke rol bij de aard en ernst van de genoemde knelpunten. De volgende factoren komen uit de interviews naar voren:

- **de achterliggende problematiek:** een vervuild huishouden kan vele oorzaken hebben. Een van de psychiatrische beelden, waarbij er sprake is van een vervuild huishouden, is 'hoarding'. Hierbij lijden mensen aan verzameldwang en zij vullen hun huis vaak tot de nok toe met oude kranten, plastic zakken, etc. Hoarding kan voor brandgevaarlijke situaties zorgen. Geïnterviewden geven aan dat mensen met een hoarding stoornis lastig te bewegen zijn om hun huishouden op te ruimen en dat de problematiek veelal weer snel terugkeert. Andere oorzaken van een vervuild huishouden zijn bijvoorbeeld psychiatrische problematiek (bijv. schizofrenie, ADHD, autisme, depressie), rouw na het overlijden van een dierbare, verslavingsproblematiek, een lichte verstandelijke beperking of ouderdom met bijkomende lichamelijke of cognitieve problemen door bijvoorbeeld dementie. De mate en ernst van de vervuiling hangt mede samen met de aanwezige oorzaken.
- **het geslacht van de cliënt:** mannen hebben vaker een vervuild huishouden dan vrouwen. Dit kan er bijvoorbeeld mee te maken hebben dat bepaalde psychiatrische ziektebeelden vaker voorkomen bij mannen (o.a. schizofrenie en ADHD). Het kan ook te maken hebben met de oorspronkelijke rolverdeling tussen mannen en vrouwen, waarbij de vrouw vaker de huishoudelijke taken op zich neemt. Ook komt het voor dat een zoon zijn leven lang bij zijn moeder heeft gewoond. Wanneer de vrouw dan wegvalt, bijvoorbeeld door overlijden, kan er vervuiling ontstaan.
- **mate van medewerking, hulp aanvaarden:** veel mensen met een vervuild huishouden zijn zorg mijdend. Ze willen (in de eerste instantie) liever geen bemoeienis of hulp. Ook schamen ze zich voor hun situatie en laten daarom liever geen nieuwe mensen of hulpverleners toe. De mate waarin mensen willen meewerken aan het oplossen van de vervuiling is onder andere afhankelijk van de manier waarop zij benaderd worden door hulpverleners en of zij een vertrouwensband kunnen opbouwen.

- **omvang van het sociale netwerk:** de meeste mensen met een vervuild huishouden wonen alleen en/of hebben een beperkt sociaal netwerk. Wanneer iemand alleen woont en een klein netwerk heeft, dan is het voor zorgverleners veelal lastig om meer over de achtergrond van een cliënt te weten te komen. Ook kan het informele netwerk dan niet gevraagd worden om de cliënt te helpen om het huis schoon te maken of houden.
- **de financiële situatie:** ook de financiële positie van een cliënt beïnvloedt in hoeverre hij of zij kan meewerken aan het (laten) schoonmaken van de woning. Als cliënten het financieel niet breed hebben, dan belemmert dat het laten schoonmaken van de woning.

3.3.4 Regionale factoren

Regionale factoren spelen eveneens een rol bij de aard en de ernst van de genoemde factoren:

- **omvang van de gemeente:** grote gemeenten hebben vaak een grotere GGD met een speciaal team dat zich bezig houdt met vervuiling. Kleinere gemeenten vallen vaak onder een GGD van een grotere gemeente.
- **stedelijkheid:** enerzijds woont men in sterk verstedelijkte gebieden weliswaar dichter op elkaar maar, zo geven geïnterviewden aan, maar is de sociale controle kleiner. Ernstige psychiatrische problematiek komt volgens geïnterviewden ook vaker voor in sterk verstedelijkte gebieden. In dorpen is de sociale controle groter en wordt eerder aan de bel getrokken, waardoor de vervuiling vaak minder grote proporties aanneemt. Op het platteland wordt aan de andere kant weer minder melding gedaan van woning vervuiling, omdat mensen verder van elkaar af wonen.
- **aantal aanwezige sociale wijkteams:** als er veel verschillende sociale wijkteams in een gemeente zijn, dan is samenwerking lastiger dan wanneer dit er weinig zijn.
- **aantal gemeenten in werkgebied van de wijkverpleging:** de wijkverpleging in meer landelijke gebieden hebben doorgaans met meerdere gemeenten te maken. Beleid en organisatie wat betreft zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en de rol van de GGD kunnen verschillen per gemeente. Dit kan het maken van afspraken tussen organisaties belemmeren. Bij meer gemeenten is het ook lastiger om een goed beeld te hebben van de sociale kaart, want deze is voor iedere gemeente anders.
- **aantal organisaties voor wijkverpleging binnen een gemeente:** hoe meer organisaties voor wijkverpleging er binnen een gemeente wijkverpleging bieden aan cliënten met een vervuild huishouden hoe lastiger het is om samen te werken met andere organisaties, zoals de GGD, GGZ en gemeenten.

4 Oplossingsrichtingen

4.1 Introductie

Om de knelpunten uit de literatuurverkenning en interviews te toetsen en om verdere input te krijgen voor de oplossingsrichtingen voor de knelpunten, zijn focusgroepen georganiseerd. Deze focusgroepen waren van belang om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden:

Hoe kunnen (wijk)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden in de wijkverpleging ondersteund worden bij de gesignaleerde knelpunten?

We hielden vier focusgroepen: twee met professionals uit de wijkverpleging en twee met een brede groep professionals uit zorg, welzijn en wonen. Aan elke focusgroep namen drie tot zes mensen deel. Vanwege de maatregelen rondom het coronavirus vonden de focusgroepen plaats via videobellen. Met vier cliënten(vertegenwoordigers) werden individuele telefonische interviews gehouden over de oplossingsrichtingen. Er werd gekozen voor individuele interviews, omdat een bijeenkomst op locatie vanwege de landelijke coronamaatregelen niet was toegestaan en niet alle cliënten(vertegenwoordigers) instaat waren om een groepsgesprek via videobellen bij te wonen. De, in het totaal twintig, deelnemers aan de focusgroepen en interviews waren gericht geworven via het eigen professionele netwerk van de onderzoekers, de projectadviseurs en via V&VN. In totaal namen zeven professionals uit de wijkverpleging deel en negen professionals in de brede groep uit zorg, welzijn en wonen. Zij waren - verspreid over het land - werkzaam binnen o.a. de GGD, GGZ, een ziekenhuis en een woningcorporatie of in de wijkverpleging. De meesten hadden een achtergrond als verpleegkundige of verpleegkundig specialist.

Tijdens de focusgroepen werden door de onderzoekers de knelpunten uit de literatuurverkenning en de interviews gedeeld met de deelnemers. Zij werden vervolgens gevraagd om daarop te reflecteren en hun oplossingsrichtingen te bespreken. De onderzoekers maakten verslagen van de focusgroepen en de individuele interviews met cliënten(vertegenwoordigers), die zij daarna analyseerden. Bijlage C geeft een uitgebreide beschrijving van de toegepaste methoden.

4.2 Herkenning knelpunten

In de focusgroepen werd in de eerste plaats een presentatie gegeven van de gevonden knelpunten, zoals beschreven in hoofdstuk 3 van dit rapport. Vervolgens werd de vraag gesteld of deelnemers de knelpunten herkenden en of zij nog aanvullingen hadden. De knelpunten werden zowel in de focusgroepen met de brede groep professionals als in de focusgroepen met professionals uit de wijkverpleging goed herkend. De professionals hadden geen aanvullingen op de gevonden knelpunten. Wel gaven alle deelnemers aan dat een groot knelpunt 'weinig samenwerking tussen professionele organisaties' is. Organisaties weten elkaar niet te vinden. Een ander centraal knelpunt is de 'ontbrekende kennis en vaardigheden bij de wijkverpleging over vervuilde huishoudens, mogelijke oorzaken (waaronder psychiatrische beelden), zorgmijding en communicatievaardigheden'. Gebrek aan kennis en vaardigheden is belangrijk, omdat het onderliggend is aan andere knelpunten, bijvoorbeeld het 'taakgericht werken van de wijkverpleging', het 'terughoudend zijn om andere professionals in te schakelen' en 'onduidelijkheid over de juiste aanpak'.

4.3 Genoemde oplossingsrichtingen

Op basis van de discussies in de focusgroepen met professionals en de individuele interviews met cliënten(vertegenwoordigers), konden zeven oplossingsrichtingen worden geformuleerd. Kader 4.1 geeft een overzicht van alle oplossingsrichtingen. Daarna worden de oplossingsrichtingen toegelicht. Deze worden geïllustreerd aan de hand van citaten, afkomstig uit de getranscribeerde interviews met professionals en cliënten(vertegenwoordigers) die gehouden werden over de knelpunten (zie hoofdstuk 3) en waarin ook al vooruitgeblikt werd op de oplossingsrichtingen.

Kader 4.1: Oplossingsrichtingen die uit de focusgroepen en interviews naar voren kwamen

- Betere ketenzorgafspraken op regionaal niveau
- Betere samenwerking rondom een cliënt
- Snellere samenwerking van de wijkverpleging met andere partijen
- Handvatten, kaders, hulpmiddelen, ondersteuning voor de wijkverpleging
- Juiste benadering problematiek door de wijkverpleging
- Vergroten kennis en vaardigheden wijkverpleging
- Uitbreiden indicatiestelling zorg in een vervuild huishouden

Betere ketenzorg afspraken op regionaal niveau

Zoals beschreven in paragraaf 4.2, is voor deelnemers aan de focusgroepen ‘weinig samenwerking tussen professionele organisaties’ een groot knelpunt. Als belangrijke oplossingsrichting hiervoor noemen zij dat er betere **ketenzorgafspraken** zouden moeten worden gemaakt. Dit werkt volgens deelnemers het beste als deze afspraken worden gemaakt op **regionaal niveau**. Hierin zouden alle **relevante partijen** vertegenwoordigd moeten zijn. Dit zijn in ieder geval: **GGD, gemeente, GGZ, sociaal wijkteam, thuiszorg voor huishoudelijke hulp, huisartsen, ziekenhuizen, woningcorporaties, politie, brandweer**.

Per organisatie moet vervolgens bekeken worden welke rol zij spelen bij een cliënt met een vervuild huishouden. In Nederland is een aantal voorbeelden beschikbaar van ketensamenwerking rondom vervuilde huishoudens, bijvoorbeeld in Amsterdam, in de regio Haaglanden en rondom Oosterhout (Noord-Brabant). Zaken die bij deze ketenzorgafspraken (‘convenanten’) geregeld worden zijn onder andere de inrichting van een **centraal meldpunt** voor vervuilde huishoudens en de **financiering** van het inzetten van **schoonmaakteams**. Ook kan worden vastgelegd wat de **rol van de gemeente** is indien een cliënt niet mee wil of kan werken. In kader 4.2 staat meer informatie over de zogenaamde Amsterdamse aanpak en de ketenzorgafspraken.

Amsterdamse aanpak

Bron: www.amsterdam.nl/woningvervuiling

Doel: Ernstig vervuilde woningen zo snel mogelijk (brand)veilig en hygiënisch maken - waar mogelijk onder regie van de bewoner – en overlast voor omwonenden stoppen.

Het is gebaseerd op een brede samenwerking tussen diverse organisaties die te maken hebben met deze problematiek.

Onderdelen van de Amsterdamse aanpak zijn onder andere:

- **Stedelijk Overleg Ernstige Woningvervuiling en Hoarding**, onder leiding van de GGD. Betrokkenen zijn o.a. gemeente Amsterdam, GGD, GGZ, zorgaanbieders, woningcorporaties, Meldpunten Zorg en Woonoverlast, brandweer, politie.
- **Handboek Ernstige Woningvervuiling**. Dit Handboek beschrijft de werkprocessen voor de aanpak van ernstige woningvervuiling. Kern van de Amsterdamse aanpak is de bewoner te motiveren de woning vrijwillig op te ruimen. Er is aandacht voor juiste ondersteuning, preventie, vroegsignalering en nazorg. De werkprocessen van de GGD, de Meldpunten Zorg en Woonoverlast, de woningcorporaties/verhuurders, de zorgaanbieders, brandweer, politie en andere betrokken organisaties zijn in de aanpak op elkaar afgestemd, met helderheid over termijnen, rollen en verantwoordelijkheden. De rol van de wijkverpleging wordt niet expliciet besproken. De huisarts heeft vooral een rol bij preventie, tijdig signaleren en tijdig melden, en bij het verwijzen naar de GGZ.
- **Overeenkomst Veilig Verzamelen**. 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 Verzamelenovereenkomst, met doelen en termijnen. Elke 3 maanden evalueren betrokkenen de voortgang.
- **Evaluatieformulier Veilig Verzamelen**. Formulier om gemaakte afspraken te evalueren.
- **Meldpunt Zorg en Woonoverlast** van de Gemeente Amsterdam
Het meldpunt werkt samen met de GGD, politie, woningcorporaties, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en verslavingszorg. Doelgroep: iedereen
- **Convenant Meldpunten Zorg en Woonoverlast**. Het Meldpunt Zorg en Woonoverlast is een samenwerkingsverband tussen de gemeente Amsterdam, GGD, Rve* Inkomen, Rve Participatie, Rve Onderwijs, Jeugd en Zorg, de Politie, woningcorporaties en hulpverlenende instanties, zoals GGZ InGeest, MEE Amstel en Zaan, Arkin, het Leger des Heils, Cordaan en de maatschappelijke dienstverleners.

*Rve= Resultaat verantwoordelijke eenheid

Deelnemers aan de focusgroepen geven ook aan dat de **GGD een centrale rol** kan spelen voor de wijkverpleging: de GGD zou de wijkverpleging kunnen ontzorgen met hun kennis en vaardigheden over cliënten met een vervuild huishouden. Aangegeven wordt dat de wijkverpleging vaak zelf onvoldoende in aanraking komt met vervuilde huishoudens om zelf uitgebreide expertise te hebben. De wijkverpleging zou moeten weten dat ze de GGD **snel** kunnen benaderen.

Aandachtspunten die deelnemers aan de focusgroepen noemen bij het maken van ketenzorgafspraken zijn, dat het niet eenvoudig is om deze afspraken te maken en dat het veel tijd kost, maar dat het wel kan lukken. Ook geven zij aan dat het vaak eenvoudiger is om in **stedelijke**

gebieden ketenafspraken te maken dan in meer **landelijke gebieden**, onder andere doordat in het laatste geval meer eigen woningbezit is, wat het lastiger maakt om in de grijpen. Ook zijn er in landelijke gebieden vaak meer verschillende gemeenten betrokken en komen vervuilde huishoudens minder vaak voor.

In kleine gemeenten zal het minder vaak voorkomen. Dat is gewoon zo. Dus dan is het ook lastig om daar iets in te ontwikkelen. En dan moet vaak het wiel worden uitgevonden. Wij werken ook samen met onze regiogemeenten, die kunnen ons inhuren als zij een complexe casus hebben. Omdat zij soms maar een of hooguit vier woningvervuilingsituaties hebben per jaar in plaats van wij rond de 200. Dus dan is het voor hen ook heel lastig om een goed referentiekader te ontwikkelen. Het duurde bij mij ook een jaar zeker voordat ik een goed referentiekader had ontwikkeld. Je moet gewoon heel veel soorten vervuilde woningen zien om te weten wat je op een gegeven moment allemaal moet doen en hoe je het moet aanpakken. (sociaal verpleegkundige, gemeente)

Betere samenwerking rondom een cliënt

Samenhangend met de eerste oplossingsrichting komt een tweede oplossingsrichting uit de focusgroepen en interviews naar voren, namelijk een **betere samenwerking rondom individuele personen** met een vervuild huishouden. Alle verschillende disciplines die bij een cliënt betrokken (zouden moeten) zijn, zouden met elkaar moeten afstemmen over onder meer de (on)veiligheid van de situatie, de achterliggende problematiek en de mogelijke oplossingen en bijpassende hulp, ook om herhaling van de situatie te voorkomen.

Hiervoor is het nodig dat één professional de **centrale regie** rondom een persoon met een vervuild huishouden voert. Welke professional deze rol vervult is volgens deelnemers aan de focusgroepen afhankelijk van de specifieke situatie van een cliënt. Soms kan de wijkverpleging de regie voeren (bijv. bij ouderen met lichamelijke problemen), in andere gevallen is deze rol meer passend bij de GGZ (bijv. bij hoarding) of de GGD of gemeente (bijv. als een cliënt geen hulp wil).

Een manier waarop zorgverleners elkaar kunnen ontmoeten is via het **sociale wijkteam**. Politie en woningcorporaties hebben vaak al wel nauw contact met de sociale wijkteams, de wijkverpleging en de GGZ zouden hier ook bij aan moeten kunnen sluiten.

Het sociale wijkteam is onze sleutel daarin en, als het echt ernstige vervuiling is en er echt meerdere problematieken zijn, dan is het zelfs een regieteam. En dan is de casusregisseur van het regieteam mijn sleutel tot de zorgkant en de wijkverpleegkundigen, die vallen onder de zorg. (woonconsulent, woningcorporatie)

Snellere samenwerking van de wijkverpleging met andere partijen

De cliënten(vertegenwoordigers) en professionals benadrukken de belangrijke rol van de wijkverpleging om problemen rondom een vervuild huishouden te **signaleren** en om **snel hulp van andere professionals** in te schakelen. De wijkverpleging komt volgens hen vaak bij een cliënt binnen als de vervuiling al lang speelt. Afwachten of er opgeruimd wordt heeft daardoor veelal weinig zin. De uitspraak 'Durf te handelen' in een van de focusgroepen illustreert deze oplossingsrichting. De professionals geven wel aan de wijkverpleging meer basiskennis en vaardigheden van vervuilde huishoudens zou moeten hebben om een vervuild huishouden goed te kunnen signaleren (zie oplossingsrichting 6).

De wijkverpleging zou snel contact op moeten nemen met een **centraal meldpunt** of met de **GGD of gemeente** in de regio. Zij hebben vaak speciale teams met kennis en vaardigheden rondom vervuilde huishoudens. Ze kunnen daar een cliënt anoniem bespreken of iemand van de GGD meevragen op huisbezoek. Een ervaren GGD medewerker kan vaak goed inschatten wat er aan de hand is en welke vervolgstappen genomen kunnen worden. Een voordeel hiervan kan ook zijn, dat in het uiterste

geval de professional van de GGD de noodzaak tot schoonmaak of extra hulp kan aandragen en dat de vertrouwensband van de cliënt met de wijkverpleging blijft bestaan.

Bij het vermoeden van een woningvervuiling kunnen ze al contact opnemen. Als zij denken dat dat aan de hand is, dan kunnen ze me altijd om advies vragen. En dat gebeurt ook wel, en dan ga ik gewoon een keer mee op huisbezoek. Om te kijken van, wat is hier nu nodig? (sociaal verpleegkundige, gemeente)

Handvatten, kaders, hulpmiddelen, ondersteuning voor de wijkverpleging

In de focusgroepen werden verschillende ondersteuningsvormen voor de wijkverpleging genoemd. De professionals uit zowel de wijkverpleging als uit de brede groep van zorg, welzijn en wonen waren het er over eens, dat er in ieder geval **geen richtlijn** ontwikkeld moet worden. “De complexiteit van de casussen vereist individueel maatwerk” en “Situaties zijn zo divers, daar is geen richtlijn tegen opgewassen” zijn illustrerende uitspraken hierbij. Er zijn diverse zaken die wel zouden kunnen helpen.

In de eerste plaats zou een organisatie voor wijkverpleging een **aandachtsvelder** moeten instellen, bij wie zorgverleners terecht kunnen als ze tegen een vervuild huishouden aanlopen of daarover twijfelen. Deze aandachtsvelder weet dan ook wie je uit de keten kan benaderen als het gaat om vervuilde huishoudens en kan eventueel meegaan op huisbezoek om de situatie te beoordelen. Deze rol kan ook vervuld worden door een **expertteam** binnen de organisatie. Dit is haalbaar bij de grote organisaties met veel cliënten. Kleinere organisaties voor wijkverpleging die slechts incidenteel te maken krijgen met een cliënt met een vervuild huishouden kunnen kiezen voor samenwerking met een grotere organisatie waar een aandachtsvelder of expertteam is.

Een tweede handvat dat professionals noemen is een **procedure** vanuit een organisatie voor wijkverpleging, waarin beschreven staat wat je kan doen in het geval van een vervuild huishouden. Door de deelnemers aan de focusgroepen werden twee voorbeelden van interne procedures rondom zorg in een vervuild huishouden gedeeld. Bijlage E geeft deze voorbeeld-procedures weer.

Als mogelijke onderdelen van procedures bij zorg in een vervuild huishouden worden ook de volgende handvatten genoemd:

- een **criterialijst** met bijvoorbeeld de vraag: kan ik mijn werk doen, zoals bedoeld?
- een duidelijk overzicht van de partners in geval van vervuiling (**sociale kaart** en **stroomdiagram**)
- een **signaleringskaart** met bijvoorbeeld **fotokaders** met gradaties van vervuiling ter voorbereiding van overleg met GGD

De professionals merken verder op, dat elk handvat of elke vorm van ondersteuning **gedragen moet worden door de eigen organisatie**. Werkgevers zouden duidelijk stelling moeten nemen, wanneer het leveren van zorg in een situatie niet verantwoordelijk is en daarbij de verzorgenden en verpleegkundigen moeten ondersteunen.

Toen had ik echt wel zoiets van goh, daar ga ik gewoon niet meer in. En daar werd ik wel in gesteund door mijn leidinggevende. Ja, dus dat vond ik fijn, ja. (wijkverpleegkundige)

Een mogelijke oplossing zou zijn om hierover afspraken te maken met de GGD en hen hiervoor tijdig te kunnen consulteren.

Een derde groep hulpmiddelen bestaat uit **netwerk ondersteunende hulpmiddelen** en helpt bij de samenwerking met andere professionals en naasten en kan door de wijkverpleging, maar ook door andere organisaties, ingezet worden:

- Een organisatie-overstijgende **app** waar verschillende disciplines contact met elkaar kunnen hebben rondom een cliënt.
- Een zogenaamd **stekkerdoos-/meterkastoverzicht** per cliënt. Een helder overzicht per cliënt, waarin staat welke professionals en naasten er allemaal betrokken zijn.
- Een **mantelscan** of **sociogram** om het netwerk van cliënt in kaart te brengen en erbij te betrekken.

Op de vierde plaats wordt het belang van **klinische lessen** als ondersteuningsvorm genoemd. Deze klinische lessen zouden verzorgd kunnen worden door bijvoorbeeld de GGD, de GGZ of de brandweer. Daarmee worden verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging geschoold in wat ze kunnen aantreffen, waar ze op kunnen letten om de ernst van de situatie in te schatten, en wat ze kunnen doen. Tegelijkertijd komen zij in contact met professionals uit andere organisaties, wat de drempel verlaagt om hen in de toekomst te consulteren (zie ook oplossingsrichting 6).

Juiste benadering problematiek door de wijkverpleging

Als het gaat om de juiste benadering van cliënten met een vervuild huishouden door de wijkverpleging, dan zijn deze in te delen in **organisatorische** en **zorginhoudelijke** oplossingen. Organisatorisch wordt er vooral gesproken over de benadering door het zorgteam en de rollen van de verschillende teamleden daarbij. In de eerste plaats is het belangrijk om voldoende **vertrouwen binnen een team** te creëren om de vervuiling met elkaar te durven bespreken. Dit kan onder andere door het team meer kennis over vervuilde huishoudens te geven (zie hiervoor verder oplossingsrichting 6).

In de tweede plaats merken de professionals uit de focusgroepen op, dat het belangrijk is om **alle teamleden bij de zorg te betrekken**. Nu komt het voor dat de zorg voor cliënten met een vervuild huishouden bij een of twee teamleden terecht komt, die meer ervaring hebben en/of deze zorg als een uitdaging zien. Een manier waarop dit volgens de professionals uit de focusgroepen kan, is door ervaren teamleden degenen met weinig of geen ervaring mee te laten nemen naar een vervuild huishouden. Zij kunnen hen dan aan de hand van die casus informeren en motiveren. Tegelijkertijd laat het ervaren teamlid zien hoe je met de cliënt kunt omgaan. Eventueel kan ondersteuning van een ervaren teamlid uit een ander team gevraagd worden, of van de GGD of GGZ, als een team zelf nog weinig ervaring met vervuilde huishoudens heeft.

Een derde advies is om **één ervaren zorgcoördinator** vanuit het team gesprekken met een cliënt met een vervuild huishouden te laten voeren en de afspraken over opruimen en schoonmaken met de cliënt te laten maken. De andere teamleden hoeven dan niet met de cliënt in discussie te gaan over wat en hoe zaken gedaan worden.

*Spreek met de cliënt duidelijk af wat **voorwaarden zijn voor zorg** (bijv. opruimen, schoonmaken, luchten, beesten weg) en zorg dat het hele team zich houdt aan deze werkafspraken. (wijkverpleegkundige)*

Een vierde organisatorische oplossing voor de juiste aanpak is om in te zetten op **vaste gezichten** en een **klik** met de cliënt. Nieuwe hulpverleners moeten zoveel mogelijk geïntroduceerd worden door een vertrouwde hulpverlener, bij voorkeur de casemanager/regiehouder (zie oplossingsrichting 2) of **zorgcoördinator** die er al komt en die de cliënt vertrouwt.

De zorginhoudelijke adviezen haken in de eerste plaats ook in op dit laatste punt, namelijk dat bij een eerste contact met een cliënt eerst zijn of haar **vertrouwen** gewonnen moet worden. Om het vertrouwen te winnen is het belangrijk om **geen oordeel** te hebben over de situatie, **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 (op een later moment) wel benoemd worden, maar zonder oordeel hierover te geven. Tegelijkertijd kan de wijkverpleging aangeven te willen meedenken over **mogelijke oplossingen** voor de vervuiling.

Omdat de vervuiling meestal niet van de ene op de andere dag opgelost is, zou de wijkverpleging ook **out-of-the-box** moeten **denken**. Bijvoorbeeld door te overwegen of douchen in het buurtcentrum mogelijk is of het verlenen van wondzorg in de huisartspraktijk.

Bij de juiste aanpak geven de deelnemers van de focusgroepen ook aan, dat zorgverlening voor **'hoorders'** het meest lastig is, omdat zij vanuit hun stoornis geen spullen willen wegdoen. Bij andere achterliggende oorzaken hebben mensen met een vervuild huishouden er volgens hen (uiteindelijk) meestal minder problemen mee dat het huis opgeruimd wordt. Enige drang kan ook een opluchting zijn voor een cliënt dat zijn of haar situatie verandert. In het geval van hoarding is het advies van de professionals om direct contact op te nemen met de GGD, gemeente of GGZ.

Vergroten kennis en vaardigheden wijkverpleging

De professionals zijn het erover eens dat de problematiek van vervuilde huishoudens **te complex** is en **te weinig voorkomend** om verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging hierin volledig (bij) te scholen. Dit sluit ook aan bij de andere oplossingsrichtingen, waarin het belang van samenwerking met o.a. de GGD en GGZ centraal staat. Deze partijen beschikken over de benodigde expertise. Wel zouden verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging **meer basiskennis** en **vaardigheden** m.b.t. mensen met een vervuild huishouden moeten hebben. Daarbij gaat het volgens de professionals over de mogelijke achterliggende problematiek, goed hulpverlenerschap, de juiste benaderingswijze en relevante wet- en regelgeving rondom privacy. Daarbij noemen professionals in de focusgroepen de volgende doelstellingen voor het vergroten van de basiskennis en vaardigheden:

- Beter signaleren van vervuilde huishoudens;
- Extra tijd indiceren (zie ook oplossingsrichting 7);
- Snel andere professionals inschakelen;
- Persoonsgericht kunnen handelen bij vervuilde huishoudens;
- Mogelijke vervuiling in het zorgteam durven bespreken.

Voorbeelden die de professionals noemen om de extra kennis en vaardigheden aan te bieden zijn enerzijds aandacht in de **basisopleiding** van zorgprofessionals en anderzijds in de vorm van **klinische lessen** door o.a. GGD, GGZ, aandachtsvelders of expertteams voor zorgverleners en **bijscholing** voor de aandachtsvelders of de leden van het expertteam.

In de veiligheidsregio is ook echt vanuit de brandweer voorlichting gegeven, aan de thuiszorgverpleegkundigen. Van hé , maar moet je nou op letten met de brandveiligheid, en wat is belangrijk daarbij. (sociaal verpleegkundige, GGD)

Uitbreiden indicatiestelling zorg in een vervuild huishouden

De professionals zijn het erover eens dat het nodig is om **extra tijd** te **indiceren**, wanneer er sprake is van een vervuild huishouden. Extra tijd is enerzijds nodig om de **cliënt te leren kennen** en zijn of haar **vertrouwen te winnen**. De zorg zelf kost volgens de professionals en cliënten (vertegenwoordigers) vaak ook meer tijd, bijvoorbeeld omdat een **cliënt niet meewerkt** of om een **plek te zoeken** of te **creëren** om de zorg te kunnen verlenen.

Nou ja, om dingen voor elkaar te krijgen als iemand niet wil. Want die heb ik nog steeds voor ogen die cliënt, die niet wil. Die in een situatie zit en niet weet hoe ie het moet doen. Er ligt altijd wat onder, dat ze daar achter moeten zien te komen wat de oorzaak daarvan is, en als wijkverpleging zien wat hierbij nodig is. Zit er een trauma onder, om maar wat te zeggen. Nou, dan heb je toch wel de GGZ nodig. Nou, dan moeten ze wel weten dat die er bijgehaald moet worden. En dat kost soms tijd om iets op te bouwen met iemand, tot de kern door te dringen, dat wat er nodig is. Maar misschien is er ook wel, ik noem maar wat, gewoon een tuinman nodig. Hè, dat iemand heel blij is dat de tuin weer op orde is, en dat dat rust geeft, dat hij weer normaal uitzicht heeft. Ik noem maar iets heel anders, banaals, maar ja, dat vind ik wel een rol van de wijkverpleging, om te achterhalen van, wat maakt dat hij in huis het allemaal niet lukt. (sociaal verpleegkundige, GGD)

Anderzijds is er ook tijd nodig om te **overleggen** binnen het **team**, binnen de **organisatie** voor wijkverpleging en met **andere partijen** (o.a. GGD, GGZ, woningcorporatie, sociale wijkteam). De wijkverpleging moet ook **om tafel kunnen zitten** met andere partijen voor overleg over ondersteuning van een cliënt.

Volgens de professionals uit de wijkverpleging zijn er al wel voldoende mogelijkheden om de extra tijd te indiceren. Dat is volgens hen ook vaak goed te verantwoorden, bijvoorbeeld met een verwijzing naar **zelfzorgtekort**. Hiervoor is het ook wel weer nodig dat de wijkverpleging beschikt over voldoende **basiskennis** over vervuilde huishoudens (zie oplossingsrichting 6).

Een andere oplossing vanuit de cliënten(vertegenwoordigers) is om de wijkverpleging ook de mogelijkheid te geven om zelf **Wmo-zorg** te **indiceren**. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om **huishoudelijke hulp** of **thuisbegeleiding**. Hiermee zou deze hulp sneller ingezet kunnen worden. Nu gaat er vaak veel tijd overheen om dit te regelen.

5 Conclusies en adviezen

In dit afrondende hoofdstuk vatten we eerst de belangrijkste resultaten van de knelpuntenanalyse samen per onderzoeksvraag. Daarna volgen adviezen die voortvloeien uit de resultaten en de rol die V&VN daarbij kan vervullen.

5.1 Conclusies per onderzoeksvraag

1. Welke organisatorische, zorginhoudelijke of andere knelpunten en/of kennishiaten spelen bij de zorg en ondersteuning door verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren bij cliënten met vervuilde huishoudens? In het bijzonder: welke knelpunten zijn gerelateerd aan de wijkverpleging?

Deze vraag hebben we beantwoord aan de hand van de bestaande (inter-)nationale wetenschappelijke literatuur en individuele interviews met cliënten(vertegenwoordigers), wijkverpleegkundigen en een brede groep professionals die bij mensen met een vervuild huishouden betrokken zijn. De knelpunten die we vonden in de literatuur vielen samen met een deel van de knelpunten die we in de interviews vonden. Daarnaast leverden de interviews nog aanvullende knelpunten op.

Er spelen zowel organisatorische als zorginhoudelijke knelpunten bij de algehele zorg en wijkverpleging voor mensen met een vervuild huishouden. Organisatorische knelpunten liggen enerzijds bij de zorg voor cliënten met een vervuild huishouden in het algemeen, zoals verleend door bijvoorbeeld de GGD, gemeenten, GGZ. Deze algemene knelpunten zijn ook van invloed op de zorg van de wijkverpleging voor mensen met een vervuild huishouden. Anderzijds zijn er organisatorische knelpunten benoemd die specifiek voor de wijkverpleging gelden. Ook signaleerden we kennishiaten bij de wijkverpleging als het gaat om zorg voor mensen met een vervuild huishouden. Kader 5.1 geeft een overzicht van de gevonden knelpunten en kennishiaten in het huidige onderzoek.

Kader 5.1: Ervaren knelpunten en kennishiaten

Organisatorische knelpunten

Algemene knelpunten

- Weinig samenwerking tussen organisaties
- Belemmeringen vanuit het zorgstelsel

Knelpunten specifiek voor de wijkverpleging

- Weinig samenwerking vanuit organisaties voor wijkverpleging met andere organisaties in zorg, welzijn en wonen

Zorginhoudelijke knelpunten

- Terughoudendheid in het inschakelen van (professionals uit) andere organisaties
- Onduidelijkheid over juiste werkwijze in een vervuild huishouden
- Werk van de wijkverpleging is niet goed uitvoerbaar
- Taakgericht werken door de wijkverpleging
- Situatie roept veel emoties op bij de wijkverpleging

Kennishiaten

- Ontbrekende kennis en vaardigheden bij de wijkverpleging over vervuilde huishoudens, mogelijke oorzaken (waaronder psychiatrische beelden) en zorgmijding

2. Welke factoren spelen een rol bij de aard en ernst van de ervaren knelpunten of kennishiaten?

In de wetenschappelijke literatuur en in de individuele interviews zijn we ook op zoek gegaan naar factoren die een rol spelen bij de aard en ernst van de ervaren knelpunten en kennishiaten. Deze zijn in te delen in factoren die samenhangen met de cliënt, factoren die samenhangen met de zorgorganisatie (organisatie voor wijkverpleging), factoren die samenhangen met de professional in de wijkverpleging en factoren die samenhangen met de regio. Kader 5.2 geeft een overzicht van de factoren.

Kader 5.2: factoren die de aard en ernst van knelpunten en kennishiaten beïnvloeden

Factoren gelegen in de organisatie voor wijkverpleging

- personeelsverloop
- mensen met een vervuild huishouden zorg weigeren
- aanwezigheid van procedures rondom vervuilde huishoudens
- de ruimte die de wijkverpleging krijgt om de zorg flexibel in te vullen

Factoren gelegen bij de wijkverpleging

- stabiliteit van het team
- affiniteit met doelgroep
- een 'klik' hebben
- cliënten stigmatiseren
- eigen normen en waarden
- geslacht*
- opleiding*
- hoeveelheid ervaring met doelgroep*

Cliëntgebonden factoren

- de achterliggende problematiek*
- het geslacht van de cliënt
- mate van medewerking, hulp aanvaarden
- omvang van het sociale netwerk
- de financiële situatie
- leeftijd van de cliënt*
- leefstijl van de cliënt*

Factoren gelegen in de regio

- omvang van de gemeente
- stedelijkheid
- aantal aanwezige sociale wijkteams
- aantal gemeenten in werkgebied van de wijkverpleging
- aantal organisaties voor wijkverpleging binnen een gemeente

*factoren die (mede) naar voren komen in de literatuurstudie

3. Hoe kunnen (wijk)verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden in de wijkverpleging ondersteund worden bij deze knelpunten?

In focusgroepen met professionals uit de wijkverpleging en met een brede groep professionals die betrokken zijn bij mensen met een vervuild huishouden, zochten we naar oplossingsrichtingen voor de gevonden knelpunten. Deze vulden we aan met de resultaten van individuele interviews die we over de mogelijke oplossingen hielden met cliënten(vertegenwoordigers). De verschillende groepen professionals en cliënten(vertegenwoordigers) waren daarover eensgezind. De genoemde mogelijke oplossingen zijn te vatten in zeven oplossingsrichtingen, weergegeven in kader 5.3.

Kader 5.3: oplossingsrichtingen voor ervaren knelpunten en kennishiaten

Oplossingsrichtingen

1. Betere ketenzorgafspraken op regionaal niveau
2. Betere samenwerking rondom een cliënt
3. Snellere samenwerking van de wijkverpleging met andere organisaties
4. Handvatten, kaders, hulpmiddelen, ondersteuning voor de wijkverpleging
5. Juiste benadering problematiek door de wijkverpleging
6. Vergroten kennis en vaardigheden wijkverpleging
7. Uitbreiden indicatiestelling zorg in een vervuild huishouden

In hoofdstuk 4 worden de oplossingsrichtingen uitgebreid beschreven. Op basis van de oplossingsrichtingen en hun uitgebreide beschrijvingen heeft de projectgroep adviezen geformuleerd om de (wijkverpleegkundige) zorg voor mensen met een vervuild huishouden te verbeteren. Deze adviezen staan in paragraaf 5.2 beschreven. Per advies geven we de aan op welke partijen het advies gericht is. In paragraaf 5.3 geven we vervolgens aan welke rol V&VN kan spelen om de zorg van de wijkverpleging voor mensen met een vervuild huishouden te verbeteren.

5.2 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 situaties is daarvoor te groot. Op basis van de knelpuntenanalyse heeft de projectgroep een vijftal andere adviezen geformuleerd. Deze staan hieronder beschreven.

Betere ketenzorg afspraken op regionaal niveau

Kenmerkend aan zorg voor mensen met een vervuild huishouden is, dat deze vaak complex, langer durend en multidisciplinair is. De context van de vervuiling en de achterliggende problematiek vraagt om expertise en samenwerking tussen alle domeinen van zorg, welzijn en wonen. Hoe deze samenwerking eruit ziet en gefinancierd wordt, dient regionaal te worden afgestemd. Hiermee voorkom je dat de samenwerking tussen organisaties afhankelijk is van de min of meer toevallige contacten tussen personen die bij deze organisaties werken. In ketenzorgafspraken zouden (minimaal) de volgende partijen betrokken moeten zijn: Gemeenten (GGD, politie, brandweer), woningcorporaties, GGZ, huisartsen en thuiszorgorganisaties. In Nederland is een aantal goede voorbeelden van dit soort ketenzorg bekend, bijvoorbeeld in Amsterdam (zie ook de Amsterdamse aanpak in kader 4.2) en in de regio's rond Rijswijk (Haaglanden) en Oosterhout (Noord-Brabant).

Vooral de GGD's hebben hierin vaak een centrale positie en vervullen een expertrol. De afspraken die in deze regio's gemaakt zijn, kunnen als blauwdruk genomen worden voor andere regio's.

Betere samenwerking rondom een cliënt

Als het gaat om de samenwerking **rondom individuele cliënten**, dan vindt dit idealiter plaats binnen de **lokale sociale wijkteams**. In het ideale geval ontmoeten hier alle hulpverleners en directe naasten elkaar die bij een individuele cliënt met een vervuild huishouden betrokken zijn. Op dit moment is de wijkverpleging daar niet altijd bij betrokken, evenals de GGZ. De samenwerking kan ook op een andere manier, buiten de sociale wijkteams georganiseerd worden, als dit beter bij de lokale situatie past. Het is in ieder geval belangrijk, dat er bij elke individuele cliënt een **centrale regievoerder** is, die tijdig (extra) passende hulp kan regelen. Wie de regievoerder is, is afhankelijk van de specifieke situatie en achtergrond van een cliënt. Soms kan de wijkverpleging regievoerder zijn, in andere situaties past deze rol beter bij de GGD of bij de GGZ. Ook cliënten en naasten geven aan het fijn te vinden om een centrale contactpersoon te hebben, die met hen het overzicht houdt. Wanneer er naasten betrokken zijn bij een cliënt, dan is het van belang om hen zo veel als mogelijk en passend bij de zorg te betrekken.

Meer basiskennis en vaardigheden bij wijkverpleging om snel hulp in te kunnen schakelen

Wanneer de wijkverpleging voor het eerst bij een persoon met een vervuild huishouden komt, dan zou deze zorgverlener **snel de hulp** en expertise van anderen in moeten kunnen **schakelen**. Om dit te kunnen doen is een aantal zaken nodig. In de eerste plaats hebben individuele verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging meer **basiskennis** en **vaardigheden** nodig, om situaties van vervuiling te kunnen herkennen en deze goed te kunnen benaderen. De basiskennis betreft onder andere kennis over de mogelijke oorzaken van vervuiling nodig. Het gaat ook om kennis over de **privacywetgeving** en de mogelijkheden daarbinnen. Voor extra kennis en vaardigheden zouden bijvoorbeeld **klinische lessen, cursussen en e-learning aangeboden kunnen worden** door V&VN, lokale GGD's, GGZ of de brandweer. Basiskennis en vaardigheden zijn ook nodig om binnen het wijkverpleegkundig team de problematiek van vervuiling en de **emoties** die daarbij komen kijken, te durven bespreken en cliënten met een vervuild huishouden **niet te stigmatiseren**. De verzamelde informatie over factoren die van invloed zijn op de ervaren knelpunten (**cliëntgebonden factoren** en **factoren gelegen bij de wijkverpleging**) kunnen ook gebruikt worden om individuele zorgverleners en zorgteams meer kennis en inzicht in de juiste benadering van cliënten met een vervuild huishouden te geven. Wanneer een zorgteam vervuiling signaleert zou ze dan snel contact op moeten kunnen opnemen met een **aandachtsvelder** of **expertisegroep** binnen de organisatie voor wijkverpleging (zie advies 4).

Een aandachtsvelder/expertisegroep en ondersteunende middelen binnen organisaties voor wijkverpleging

Deze **aandachtsvelder** of **expertisegroep** heeft ruime kennis over de zorg en mogelijke problematiek van mensen met een vervuild huishouden en weet de juiste wegen te bewandelen richting de GGD. Sommige organisaties hebben al een aandachtsvelder of expertisegroep. Vaak hebben zij al contact met de regionale GGD. Het zijn veelal verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten met affiniteit en ervaring met de doelgroep. V&VN zou ook een training kunnen aanbieden voor deze aandachtsvelders. Er zijn al bestaande trainingen die mogelijk geschikt zijn (zie bijlage D voor een bestaande training van de RINO groep). Een organisatie kan een eigen aandachtsvelder of expertisegroep hebben, of iemand binnen een andere organisatie zoeken die hiervoor door de zorgteams te benaderen is. Het is van belang dat deze aandachtsvelder of expertisegroep duidelijk zichtbaar is binnen de organisatie voor wijkverpleging, laagdrempelig is en **ondersteund wordt door het management**. Als het gaat om **afstemming met de GGD**, dan is het belangrijk dat de organisatie

voor wijkverpleging samen met de GGD duidelijke **kaders** afspreekt, wanneer wijkverpleegkundige zorg nog wel mogelijk is en wanneer niet en wat dan de vervolgstappen zijn. Hiervoor zou gezamenlijk een **procedure** met een stroomschema gemaakt kunnen worden, waarin beschreven staat wie, wat, wanneer doet. Wij adviseren V&VN om een **voorbeeld-procedure** te ontwikkelen. Voorbeelden hiervan zijn voorhanden (zie bijlage E). Idealiter wordt de procedure op regionaalniveau verder ingevuld op basis van ketenzorgafspraken. Als er (nog) geen ketenzorgafspraken zijn, dan is het advies aan de organisaties voor wijkverpleging om contact op te nemen met de regionale GGD en te kijken hoe de procedure kan worden ingevuld en geïmplementeerd. Ook de **Richtlijn Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn** en de bijbehorende **handreiking voor wijkverpleegkundigen Samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn**, die op dit moment ontwikkeld worden (Trimbos-Instituut, in ontwikkeling) kunnen handvatten bieden.

Per cliënt met een vervuild huishouden één zorgcoördinator

Binnen een zorgteam zou verder één **zorgcoördinator** of vaste persoon gesprekken met een cliënt moeten hebben over de vervuiling en daarover afspraken moeten maken. Deze persoon moet onder meer getraind zijn in motiverende gespreksvoering (d.i. een cliëntgerichte methode om ervoor te zorgen dat een cliënt intrinsiek gemotiveerd raakt tot verandering). De andere teamleden hoeven dan niet meer met een cliënt erover in gesprek (discussie) over wat en hoe zaken gedaan worden. Spreek met een cliënt duidelijk af wat voorwaarden zijn voor zorg (bijv. opruimen, schoonmaken, luchten, beesten weg) en zorg dat hele team zich houdt aan deze **werkafspraken**. Het is belangrijk om in de situatie van een vervuild huishouden **voldoende tijd te indiceren**.

5.3 Rollen van V&VN en andere partijen

Aanleiding voor de huidige knelpuntenanalyse rondom de zorg voor mensen met een vervuild huishouden, waren signalen die V&VN ontving vanuit de wijkverpleging. In een achterbanraadpleging bleek dat er kennishiaten en andere knelpunten zijn en dat zorg verlenen aan cliënten met vervuilde huishoudens ingewikkeld gevonden wordt. Deze knelpuntenanalyse bevestigt dit en laat zien waar de knelpunten en kennishiaten liggen en wat mogelijke oplossingsrichtingen zijn. De projectgroep heeft op basis hiervan adviezen in paragraaf 5.2 geformuleerd. Deze adviezen zijn breder dan het handelen van verzorgenden en verpleegkundigen in de wijkverpleging of dan de verzorgende en verpleegkundige professies.

Twee oplossingsrichtingen om de zorg voor mensen met een vervuild huishouden te verbeteren zijn betere samenwerking tussen betrokken organisaties en rondom individuele cliënten. Op regionaal niveau moeten hiervoor ketenzorgafspraken worden gemaakt. De VNG en GGD GHOR zijn partijen die een belangrijke rol kunnen spelen om deze afspraken op regionaal niveau te stimuleren en te ondersteunen. V&VN kan hierover met hen in gesprek gaan. De uitkomsten van het huidige onderzoek kunnen daarbij gebruikt worden.

De wijkverpleging kan een belangrijke rol spelen bij het signaleren van een vervuild huishouden: de wijkverpleging komt soms als eerste of als enige professional achter de voordeur. Wel moet zij daarvoor de juiste **basiskennis en vaardigheden** rondom mensen met een vervuild huishouden hebben. Onder meer om de cliënt goed te kunnen benaderen, de juiste indicatie te stellen en om snel andere professionals in te kunnen schakelen, bijvoorbeeld bij de GGD of gemeente. V&VN zou een belangrijke rol kunnen spelen bij op laten nemen van deze basiskennis en vaardigheden in de **opleiding en (bij-)scholing** van verzorgenden en verpleegkundigen. V&VN kan ook (bestaande) klinische lessen, scholing/e-learning aanbieden aan verzorgenden en verpleegkundigen. Ook kan

V&VN informatie uit het onderzoek op een toegankelijke manier voor zorgverleners en teams in de wijkverpleging bundelen en op een toegankelijke wijze presenteren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de cliënt- en zorgteamgebonden factoren, die van invloed zijn op de zorgverlening aan cliënten met een vervuild huishouden.

De complexiteit en het multidisciplinaire karakter van de zorg voor mensen met een vervuild huishouden en de regionale verschillen die daarop van invloed zijn zorgt er ook voor dat een multidisciplinaire richtlijn of een richtlijn speciaal voor de wijkverpleging geen oplossing biedt. Als we kijken naar handvatten die de zorg voor de wijkverpleging kunnen ondersteunen, dan zou V&VN een belangrijke rol kunnen spelen bij het doorontwikkelen en verspreiden van een **voorbeeld-procedure** voor organisaties binnen de wijkverpleging. We hebben het over doorontwikkelen, omdat dergelijke procedures al wel bestaan (zie bijlage E). Hierin staan onder meer signaleringskaarten, stroomschema's en contactpersonen die in het geval van een vervuild huishouden benaderd kunnen worden. V&VN kan een **voorbeeld-procedure** ontwikkelen en beschikbaar stellen, dat elke organisatie voor haar eigen situatie kan invullen en implementeren.

Een van de belangrijkste factoren in de ondersteuning van zorgteams en individuele zorgverleners blijkt echter de **ondersteuning vanuit de eigen organisatie** van te zijn. Daarvoor is het belangrijk dat organisaties voor wijkverpleging een visie hebben op de zorg voor cliënten met een vervuild huishouden en hier beleid op maken. Dit kunnen zij o.a. doen door binnen de organisatie een **aandachtsvelder** of een **expertteam** in te stellen. V&VN zou het belang van het instellen van aandachtsvelders of expertiseteams onder de aandacht kunnen brengen bij organisaties voor wijkverpleging. Ook zou V&VN samen met brancheorganisaties een **training voor deze aandachtsvelders en expertteams** kunnen aanbieden en faciliteren. Er is een bestaande training vanuit de RINO groep (zie bijlage D). Ook de invulling en implementatie van het hierboven genoemde **procedure** kan gebruikt worden om organisaties voor wijkverpleging te stimuleren om een aandachtsvelder of expertteam op het gebied van een vervuild huishouden in te stellen.

Literatuur

Band-Winterstein, T. (2018). Nurses' Encounters With Older Adults Engaged in Self-Neglectful Behaviors in the Community: A Qualitative Study. *J Appl Gerontol* 37(8): 965-989.

Buster, M., Kiers, C., Das, K. (2013). *Woninglijken, een probleem van de grote stad?* Amsterdam: GGD Amsterdam.

Day, M. R., et al. (2013). Perceptions and Views of Self-Neglect: A Client-Centered Perspective. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 25(1): 76-94.

Day, M. R. and G. McCarthy (2015). A national cross-sectional study of community nurses and social workers knowledge of self-neglect. *Age Ageing* 44(4): 717-720.

Day, M.R., Mulcahy, H., Leahy-Warren, P. (2016). Prevalence of self-neglect in the caseloads of public health nurses. *Br J Community Nurs*. 2016 Jan;21(1):31-5. doi: 10.12968/bjcn.2016.21.1.31.

Francke, A.L., Rijken, P.M., Groot, K. de, Veer, A.J.E. de, Verkleij, K.A.M., Boeije, H.R. (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging: ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals*. Utrecht: NIVEL.

Groot K de, Veer A de, Francke A. (2016). Verpleegkundigen in de thuiszorg houden zich goed staande in de veranderende zorg. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen experts*, nr. 4, 32-33.

ICD. 2019. Clutter–Hoarding Scale®: A Residential Observational Tool.

<https://www.challengingdisorganization.org/assets/ICDPublications/C-HS/ICD%20C-HS%202019%20Full%20Version.pdf>

Johnson, Y. O. (2015). Home care nurses' experiences with and perceptions of elder self-neglect. *Home Healthc Now* 33(1): 31-37.

Koenig, T. L., et al. (2013). Multidisciplinary Team Perspectives on Older Adult Hoarding and Mental Illness. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 25(1): 56-75.

Rosendal H, Sattoe J. (2016). Verpleegkundige diagnoses in de wijk. *TVZ* 2016;1, pg. 34-37.

Schafer, M.H., Upenieks, L., MacNeil, A. (2018). Disorderly Households, Self-Presentation, and Mortality: Evidence From a National Study of Older Adults. *Res Aging*. 2018 Sep;40(8):762-790. doi: 10.1177/0164027517741347.

Trimbos-Instituut. *Richtlijn Signaleren en omgaan met zorg-mijding in de eerste lijn*. (IN ONTWIKKELING)

Trimbos-Instituut. *Samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn. Handreiking voor wijkverpleegkundigen*. (IN ONTWIKKELING)

Veer A de, Dieteren C, de Groot K. (2017). Cliëntgebonden samenwerking over organisatiegrenzen heen: verpleegkundige voelt zich onvoldoende competent. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 127 (2017) 04, p. 32-33.

ZonMw Subsidieoproep. (2019). Ontwikkeling kwaliteitsstandaarden V&V: knelpuntenanalyse Vervuilde Huishoudens, 6 november 2019.

Bijlage A Methoden literatuurverkenning

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van relevante literatuur op het gebied van knelpunten en/of kennishiaten bij wijkverpleegkundige zorg voor cliënten met een vervuild huishouden. Deze bijlage geeft meer inzicht in de gebruikte methoden.

Zoekmethode

De onderzoekers zochten in de zeven databases naar wetenschappelijke publicaties over zorginhoudelijke of organisatorische knelpunten en/of kennishiaten bij 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. 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.

Gebruikte zoekstrategieën		
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*[tiab] OR hoarding[tiab] OR	2,890

	OR 'diogenes syndrome':ab,ti,kw OR squalor*:ab,ti,kw	
#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

Cinahl (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 (self-neglect* 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>Indexes=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

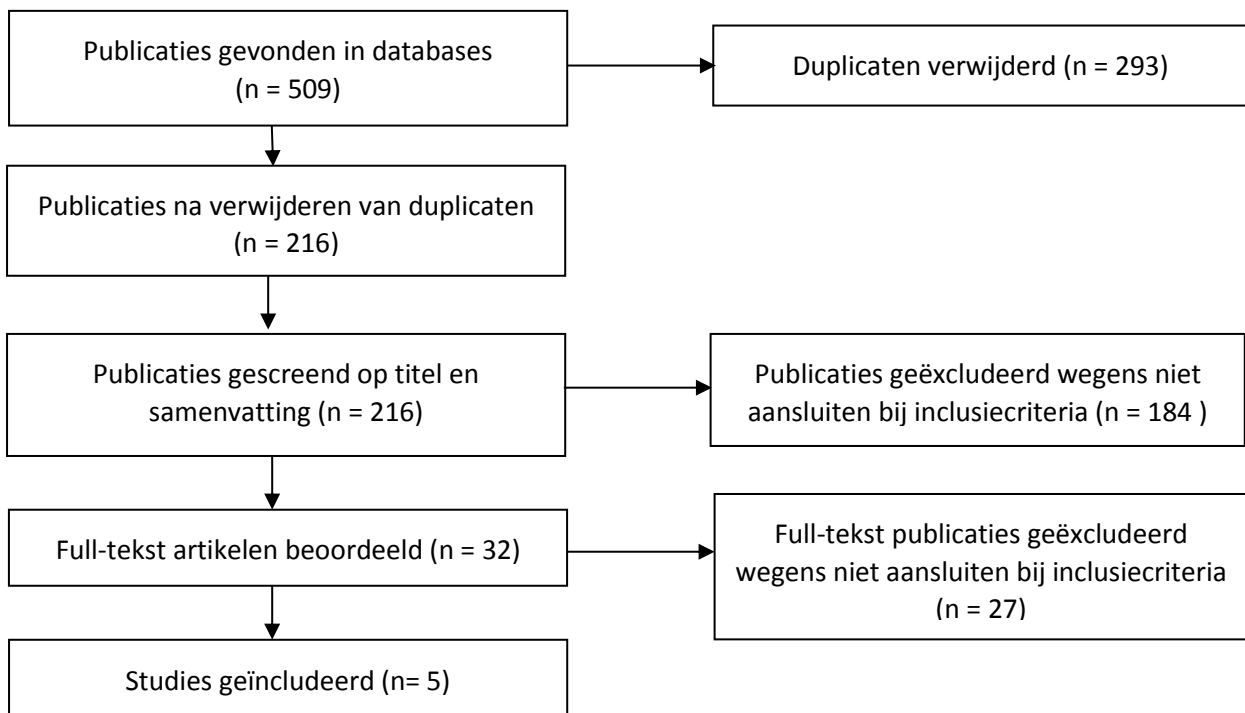
Search	Query	Results
S4	S1 AND S2 AND limiters 2010-2020	3
S3	S1 AND S2	5
S2	su((self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*)) OR ab((self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*)) OR ti((self-neglect* OR hoarding OR "diogenes syndrome" OR squalor*))	659
S1	su ((nurs* 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

De 216 referenties werden door één onderzoeker (RV) eerst globaal beoordeeld op titel en samenvatting. Een tweede onafhankelijk werkende onderzoeker (AdV) beoordeelde tevens de titels en samenvattingen van de referenties. Hieruit volgde 32 publicaties die in aanmerking kwamen voor 'volledige tekst' beoordeling, omdat zij leken te voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

- betreft een publicatie over knelpunten in de zorg en ondersteuning van mensen met een vervuild huishouden
- de knelpunten worden gerelateerd aan rollen/taken van verpleegkundige en/of verzorgende professionals, en
- de publicatie beschrijft een empirisch kwalitatief, kwantitatief of mixed-method onderzoek of een systematische literatuurstudie, en
- is gepubliceerd in of na 2010, en
- is gepubliceerd in het Engels of Nederlands

Op basis van de beoordeling aan de hand van de inclusiecriteria van de volledige teksten van die publicaties, vielen er nog 27 publicaties af. Zie figuur A.1 voor de verschillende stappen en resultaten van het selectieproces. Het zoeken via de websites van Nederlandse instituten en databanken leverde geen nieuwe empirische onderzoeken en kwaliteitsstandaarden op.

Figuur A.1 Flow diagram



Overzichtstabel

Tabel A.1 Schematisch overzicht van methoden en resultaten van de geïncludeerde studies

Auteurs/titel/jaar	Setting en land van onderzoek	Soort studie en doel van studie	Soort professionals of cliënten in onderzoek	Gevonden knelpunten in de zorg en ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden	Factoren van invloed op knelpunten
Band-Winterstein, T. Nurses' encounters with older adults engaged in self-neglectful behaviors in the community: a qualitative study, 2018.	Israël, werving via zorgcentra zoals ziekenhuizen aangesloten bij de ziekenfondsen (Health Management Organizations (HMOs))	Semi-gestructureerde interviews (n=22) Inzicht in de ervaringen van verpleegkundigen met ouderen die zichzelf verwaarlozen.	Verpleegkundigen die dagelijks werken met zich verwaarlozende ouderen in de wijk. Verpleegkundigen hebben minimaal 2 jaar ervaring in de ouderenzorg	<u>Zorginhoudelijk</u> - Roept een brede range aan, vaak sterke, emoties op bij verpleegkundigen, waardoor zij het lastig vinden de benodigde zorg te verlenen ('struggle for treatment'). - door verpleegkundigen ervaren dilemma tussen het recht van de cliënt om te leven zoals hij/zij wil versus de wens om te helpen en de benodigde zorg te geven.	Cliëntniveau: - leeftijd: oudere cliënten hebben een grotere kans op zelfverwaarlozing
Day, MR e.a. Perceptions and views of self-neglect: a client-centered perspective, 2013.	Ierland, in een regio met bijna 130.000 inwoners.	Semi-gestructureerde diepte-interviews (n=8) Inzicht in de leefomstandigheden van ouderen die zich volgens verpleegkundigen verwaarlozen.	Ouderen die zichzelf verwaarlozen. ("the inability (intentional or unintentional) to maintain socially and culturally accepted standards of self care with the potential for serious consequences to the health and well being of the self-neglecters and perhaps even to their community.")	<u>Zorginhoudelijk</u> Zorgbieders respecteren niet altijd de door cliënten gekozen leefstijl.	Cliëntniveau: - moeilijke jeugd - komen nauwelijks buitenshuis - geen sociaal netwerk - acceptierend: cliënten vonden zich niet kwetsbaar en waren tevreden met leefomstandigheden - sobere leefstijl

<p>Day, MR e.a. A national cross sectional study of community nurses and social workers knowledge of self-neglect, 2015.</p>	<p>Ierland, Dublin en 2 andere regio's</p>	<p>Schriftelijke vragenlijst (n=339)</p> <p>Inzicht in de kennis van verpleegkundigen en sociaal werkers over zelfverwaarlozing en de bronnen van deze kennis.</p>	<p>Verpleegkundigen (n=305) en sociaal werkers (n=34) die in de wijk werken.</p>	<p><u>Kennishiaten</u> 48% kende het beleid bij zelfverwaarlozing en 38% de wettelijke regels ('legal responsibility').</p>	<p>Zorgverlenerniveau: Meer kennis bij: - mannen (versus vrouwen) - hoger opgeleidenen (versus lager opgeleidenen) - zorgverleners met jaarlijks >= 3 cliënten die zich verwaarlozen .</p>
<p>O'Connell Johnson, Y. Home care nurses' experiences with and perceptions of elder self-neglect, 2015.</p>	<p>Verenigde Staten, in zuid-oost regio.</p>	<p>Semi-gestructureerde diepte-interviews (n=16)</p> <p>Doel: Inzicht in hoe verpleegkundigen zelfverwaarlozing bij ouderen ervaren en in wat doen bij deze cliënten.</p>	<p>Verpleegkundigen met ervaring met ouderen & zelfverwaarlozing, volgens een eigen gekozen omschrijving van zelfverwaarlozing en minimaal twee jaar ervaring in het werken in de wijk.</p>	<p><u>Organisatorisch</u> - de verschillende services zijn niet toegankelijk voor deze groep cliënten of hebben lange wachttijden - barrières in wetgeving en beleid (o.a. geen gedwongen hulp)</p> <p><u>Zorginhoudelijk</u> - cliënt ziet het probleem niet en weert bemoeienis van zorgverleners af ('armor'). - cliënt leeft in afzondering ('seclusion') - cliënt past zich niet aan, werkt niet mee ('nonconformity') - situatie roept veel emoties bij verpleegkundigen (afschuw, verdriet, frustratie) en onzekerheid over beste handelwijze. Interventies zijn vaak ineffectief wat leidt tot meer frustratie. ('nurses' responses')</p> <p><u>Kennishiaten</u> - verpleegkundigen wijten zelfverwaarlozing aan ongediagnostiseerde psychologische problemen als dementie, depressie of psychiatrische ziekte ('psychological derivation'). - verpleegkundigen vinden het moeilijk de problematiek te beschrijven voor digitale overdracht. Verbale overdracht is vaak niet mogelijk.</p>	

<p>Koenig, TL, e.a. Multidisciplinary Team Perspectives on Older Adult Hoarding and Mental Illness, 2013.</p>	<p>Verenigde Staten, Kansas</p>	<p>Semi-gestructureerde diepte-interviews (n=15)</p> <p>Doel: Inzicht in de rol van multidisciplinaire hoarding teams bij cliënten die hoarden.</p>	<p>Leden van vier verschillende hoarding teams, waaronder verpleegkundigen in de wijk.</p>	<p><u>Organisatorisch</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - samenwerking met ggz bij de aanpak van hoarding is cruciaal vanwege de mentale component van hoarding. - Knelpunten bij samenwerking met de ggz zijn (a) De indicaties van de ggz zijn veelal te krap om daarbinnen genoeg overleg te hebben de teams is de wijk (b) ggz interventies vragen sowieso veel tijd (c) gebrek aan ggz professionals die bereid zijn om zorg thuis te bieden. - een hoarding team moet financieel ondersteund worden ('funding') <p><u>Zorginhoudelijk</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Belangrijk is de opbouw van een vertrouwensband, maar daarvoor ontbreekt vaak de tijd. - dilemma in de zorg is de spanning tussen zelfbeschikking / autonomie versus bescherming van de cliënt / veiligheid. De cliënt heeft recht zorg te weigeren. - verschillende disciplines kunnen en andere kijk hebben op de meest gewenste aanpak. Zij moeten streven naar een eenduidige aanpak voor elke cliënt. <p><u>Kennishiaten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - alle betrokken professionals moeten elkaars rollen / verantwoordelijkheden en mogelijkheden kennen 	
---	---------------------------------	---	--	--	--

Bijlage B Methoden interviews

Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de interviews, die in juni t/m september 2020 gehouden zijn over de ervaren knelpunten en kennishiaten bij zorg en ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden. Ook werd in de interviews gesproken over factoren die de aard en ernst van de ervaren knelpunten beïnvloeden en werd vooruit geblikt op de mogelijke oplossingsrichtingen voor de genoemde knelpunten. Deze bijlage beschrijft wie de deelnemers aan de interviews waren, de uitvoering van de interviews en de uitgevoerde analyses.

Deelnemers

Bij de werving van deelnemers werd gezocht naar deelname van cliënten(vertegenwoordigers), zorgverleners uit de wijkverpleging en zo veel mogelijk verschillende professionele disciplines die bij de zorg voor mensen met een vervuild huishouden betrokken zijn. Bij de werving werd erop gelet dat deelnemers afkomstig waren uit verschillende regio's van Nederland en uit zowel stedelijke als meer landelijke gebieden. Werving van de deelnemers vond plaats via de netwerken van de projectgroep en via een oproep van V&VN onder haar leden. We hebben ook gezocht naar verzorgenden, maar zij hebben niet op onze oproepen gereageerd. Verzorgenden zijn in het onderzoek door de wijkverpleegkundigen gerepresenteerd doordat wijkverpleegkundigen namens de teamleden spraken. In de interviews is gevraagd naar knelpunten gezien vanuit de zorgteams. De interviews zijn gehouden met in totaal 23 personen: vijf cliënten(vertegenwoordigers), acht (wijk)verpleegkundigen werkzaam in de wijkverpleging en tien professionals uit zorg, welzijn en wonen. Tabel B.1 geeft een overzicht van de deelnemers.

Tabel B.1: achtergrond deelnemers interviews

	Achtergrond geïnterviewde	Provincie	Verstedelijking*
Cliënten (vertegenwoordigers) (n=5)	- 2 cliënten - 1 naaste - 2 ouderenadviseurs	Noord-Brabant (n=2), Noord-Holland (n=2), Zuid-Holland	dorp (n=4), groot stedelijk (n=1)
Professionals wijkverpleging (n=8)	- 1 wondconsulent - 5 wijkverpleegkundigen - 1 wijkverpleegkundige/POH - 1 wijkverpleegkundige OGGZ	Drenthe, Gelderland (n=3), Noord-Brabant, Utrecht (n=3)	dorp (n=3), stad (n=2), groot stedelijk (n=3)
Professionals welzijn, zorg (breed), wonen (n=10)	- 2 sociaal verpleegkundigen bij een gemeente - 2 sociaal verpleegkundigen bij een GGD - 2 psychiatrisch verpleegkundigen in de GGZ - 1 thuisbegeleider - 1 huisarts - 1 adviseur woningcorporatie - 1 maatschappelijk werker	Drenthe, Friesland, Gelderland (n=2), Utrecht (n=2), Noord-Holland, Noord-Brabant, Zeeland, Zuid-Holland	dorp (n=4), stad (n=2), groot stedelijk (n=4)

*Grootstedelijk= Amsterdam, Rotterdam, Den Haag of Utrecht

Uitvoering

De interviews waren veelal telefonisch of via beeldbellen. Vier interviews waren face-to-face, waaronder de interviews met twee cliënten, een wijkverpleegkundige en een huisarts. Het interview werd gehouden aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst. Voor elke groep geïnterviewde (cliënten/naasten; wijkverpleging; professionals welzijn, zorg en wonen) was er in een afzonderlijk topiclijst opgesteld. Deze staan op de volgende pagina's van deze bijlage. De topiclijsten vormden de leidraad van de interviews. De interviews duurden tussen de 45 en 60 minuten. Van elk interview werd met toestemming van de geïnterviewde een audio-opname gemaakt, die letterlijk getranscribeerd werd.

Analyses

De transcripten van de interviews werden kwalitatief geanalyseerd volgens de principes van thematische analyse (Braun & Clarke, 2006). Hiertoe werden alle transcripten ingelezen in MaxQda, een software programma voor kwalitatieve analyses. Alle tekstfragmenten, die over knelpunten, beïnvloedende factoren of oplossingsrichtingen gingen, werden in MaxQda gecodeerd. Dit hield in dat twee onderzoekers (RV, AdV) aan de fragmenten codes toekenden, die inhoudelijk naar de thema's van de knelpunten verwezen. Hierbij bleven de onderzoekers zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke bewoordingen uit de interviews. De onderzoekers stemden tussentijds en na afloop de codes en thema's onderling af, totdat zij overeenstemming bereikten.

Topiclijst individuele interviews cliënten/naasten

Korte inleiding: we voeren dit onderzoek uit, omdat sommige mensen van de wijkverpleging het lastig vinden om zorg te kunnen geven als huizen niet helemaal schoon en opgeruimd zijn. We willen in dit onderzoek graag horen hoe verschillende mensen daar tegenaan kijken.

1. Achtergrond van de geïnterviewde

- Kunt u wat meer vertellen over uzelf/uw naaste? (leeftijd; woonsituatie; regio; stad/platteland)
- Hoe vindt u zelf dat uw woning/de woning van uw naaste eruit ziet?
- Is de situatie in de woning altijd al zoals deze nu is of is het iets van de laatste maanden? (Is het een chronische situatie of ontstaan door recente beperkingen?)

- Welke zorg krijgt u/uw naaste van de wijkverpleegkundige/-verzorgende? Hoe vaak?
- Kunt u wat meer vertellen over uw ervaringen met de zorg die u/uw naaste thuis krijgt van de wijkverpleegkundige of verzorgende?

2. Vindt u/uw naaste het wel eens lastig dat de wijkverpleging/-verzorging bij u/uw naaste thuis komt? Zo ja, waarom?

3. Als u/uw naaste het lastig vindt dat de wijkverpleging/-verzorging bij u/uw naaste thuis komt, waar heeft dit dan mee te maken?

- Kunt u zich voorstellen dat de wijkverpleegkundige het lastig vindt om in de woning de zorg te geven?
- Hoe vindt u het als de wijkverpleegkundige opmerkingen maakt over hoe de woning eruit ziet?
- Heeft de wijkverpleging wel eens geweigerd u/uw naaste zorg te verlenen in verband met de situatie in de woning?

4. Wat zou de wijkverpleging/-verzorging voor u/uw naaste prettiger maken? Wat is daarvoor nodig?

5. Welke hulp heeft u/uw naaste zelf nodig als het gaat om het schoonhouden van het huis of het veilig verzamelen van spullen? Zo ja, wat voor soort hulp zou u/uw naaste willen krijgen en van wie? Wat zou de wijkverpleging hierin kunnen betekenen?

- Hoe zou u het vinden als de wijkverpleegkundige hulp gaat zoeken bij bijvoorbeeld de GGD i.v.m. uw woning?
- Durft u/uw naaste andere mensen in uw woning te laten, naast de wijkverpleging? (Is er sprake van schaamte?)

Topiclijst individuele interviews professionals in de wijkverpleging

Korte inleiding: we voeren dit onderzoek uit, omdat sommige mensen van de wijkverpleging het lastig vinden om zorg te kunnen geven als huizen niet schoon en/of opgeruimd zijn. We willen in dit onderzoek graag horen hoe verschillende mensen (cliënten/naasten; wijkverpleging; andere professionals) daar tegenaan kijken en samen naar mogelijke oplossingen zoeken.

1. Achtergrond van de geïnterviewde

- Wat is uw functie?
- Voor wat voor organisatie werkt u?
- Kunt u wat vertellen over de cliëntenpopulatie bij wie u overwegend thuis komt? (sociaaleconomische klasse; landelijke of stedelijke omgeving)
- Kunt u wat meer vertellen over uw ervaringen met cliënten met een vervuild huishouden? (Hoe vaak komt u ze tegen? Welk type vervuiling? Waarom komt u bij deze cliënten (zorgvraag)?)

- Wanneer is er volgens u sprake van een vervuild huishouden?
- Heeft u wel eens geweigerd zorg te verlenen vanwege de vervuiling?

2. Tegen welke knelpunten loopt u aan als het gaat om zorgverlening in de wijkverpleging in een vervuild huishouden? (denk aan: zorginhoudelijke en organisatorische zaken, eigen competenties, bezorgdheid over eigen gezondheid, etc.)

- Vindt u het lastig dit onderwerp bespreekbaar te maken met de cliënt?
- Hoe staat de organisatie waar u voor werkt hierin (denk aan arbo-normen)?
- Leidt de zorg aan patiënten in vervuilde woningen wel eens tot discussie met collega's? Bijv. de een vindt het werkbaar en de ander niet. Verschil in normen en waarden over wat vervuiling is.
- Vindt u het lastig om de situatie te melden bij bijvoorbeeld de GGD?
- Heeft u wel eens een situatie gemeld bij de GGD? Ook tegen de zin in van de patiënt?
- Bent u wel eens over uw grenzen heen gegaan m.b.t. het leveren van zorg in een vervuilde situatie?
- Heeft u wel eens samen gewerkt met de GGD, Sociaal wijkteam of anderen in een vervuilde situatie? En heeft dit voor u wat opgeleverd? En voor de patiënt?

3. Welke factoren spelen een rol bij de genoemde knelpunten als u kijkt naar:

- de cliënt (o.a. lage ses, onderliggende gezondheidsproblematiek)
- het systeem rondom de cliënt (o.a. alleenwonend, sociaal netwerk)
- uzelf als zorgverlener (o.a. weinig kennis, leeftijd)
- de zorgorganisatie (o.a. afwezigheid protocol, beschikbare training, overleg met collega's)
- samenwerking met andere lokale/regionale organisaties (o.a. GGD, woningbouw, sociale wijkteams)

4. Wat is er nodig om de wijkverpleging voor deze cliënten te vergemakkelijken?

5. Welke zorg hebben cliënten volgens u nodig als het gaat om het vervuilde huishouden? Van wie? Wat zou de wijkverpleging hierin kunnen betekenen?

Topiclijst individuele interviews professionals zorg, welzijn, wonen

Korte inleiding: we voeren dit onderzoek uit, omdat sommige mensen van de wijkverpleging het lastig vinden om zorg te kunnen geven als huizen niet schoon en/of opgeruimd zijn. We willen in dit onderzoek graag horen hoe verschillende mensen (cliënten/naasten; wijkverpleging; andere professionals) daar tegenaan kijken en samen naar mogelijke oplossingen zoeken.

1. Achtergrond van de geïnterviewde

- Wat is uw functie?
- Voor wat voor organisatie werkt u?
- Kunt u wat vertellen over de cliëntenpopulatie bij wie u overwegend thuis komt? (sociaaleconomische klasse; landelijke of stedelijke omgeving)
- Kunt u wat meer vertellen over uw ervaringen met de ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden? (o.a. Hoe vaak komt u het tegen? Welk type vervuiling? Waarom komt u bij deze cliënten (ondersteuningsvraag)?)

2. Welke knelpunten ziet u als het gaat om de zorgverlening aan cliënten met een vervuild huishouden? Zijn er specifieke punten als het gaat om de wijkverpleging? Taken van de wijkverpleging zijn bijvoorbeeld o.a. wondzorg, het klaarzetten en/of toedienen van medicijnen, stomazorg, wassen en coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement).

- Kunt u zich voorstellen dat wijkverpleegkundigen soms weigeren zorg te verlenen wegens de vervuiling?
- Heeft u wel eens discussie gehad met wijkverpleging over deze kwestie? Bijvoorbeeld als wijkverpleging het te vuil vindt en u vindt het wel meevallen.
- Vindt u het terecht als wijkverpleging geen zorg wil verlenen in een vervuild huis?

3. Welke factoren spelen een rol bij de genoemde knelpunten in de zorgverlening als u kijkt naar:

- de cliënt (o.a. lage ses, onderliggende gezondheidsproblematiek)
 - het systeem rondom de cliënt (o.a. alleenwonend, sociaal netwerk)
 - de professional (o.a. weinig kennis, leeftijd)
 - de zorgorganisatie (o.a. afwezigheid protocol, beschikbare training, overleg met collega's)
 - samenwerking tussen de zorgorganisatie en andere lokale/regionale organisaties (o.a. GGD, woningbouw, sociale wijkteams, huisarts)
- Merkt u handelingsverlegenheid bij wijkverpleegkundigen om vervuilde situaties te melden bij bijv. de GGD?
 - Merkt u verschil tussen de reacties van wijkverpleegkundigen? (bijvoorbeeld dat de een wel zorg verleent en de ander in dezelfde situatie niet)

4. Wat is er nodig om de zorgverlening voor deze cliënten te vergemakkelijken? In het bijzonder de zorg die gegeven wordt door de wijkverpleging.

5. Hoe kan de ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden in het algemeen verbeterd worden? Door wie? Wat zou de wijkverpleging hierin kunnen betekenen?

- Vindt u dat de wijkverpleging een instantie als de GGD moet inschakelen?
- Denkt u dat de wijkverpleging een goede netwerkpartner kan zijn om de problematiek van de vervuilde woning aan te pakken?

Bijlage C Methoden focusgroepen

Hoofdstuk vier beschrijft de resultaten van de focusgroepen, die we in oktober en november 2020 hielden over de oplossingsrichtingen voor de gevonden knelpunten bij de zorg en ondersteuning van cliënten met een vervuild huishouden. Deze bijlage beschrijft wie de deelnemers aan de focusgroepen waren, de uitvoering van de focusgroepen en de uitgevoerde analyses.

Deelnemers

We hielden vier focusgroepen: twee met professionals uit de wijkverpleging en twee met een brede groep professionals uit zorg, welzijn en wonen. Het doel was om aan elke focusgroep minimaal drie en maximaal zes mensen deel te laten nemen, afgestemd op de wijze waarop de focusgroepen plaats vonden, namelijk via videobellen. Een deel van de deelnemers aan de focusgroepen had ook al deelgenomen aan de interviews. De werving van de deelnemers vond grotendeels tegelijkertijd plaats met de werving van deelnemers voor de interviews. Dit gebeurde via de netwerken van de projectgroep en via een oproep van V&VN onder haar leden. Hierbij werd erop gelet, zoals beschreven in bijlage B, dat deelnemers afkomstig waren uit verschillende regio's van Nederland en uit zowel stedelijke als meer landelijke gebieden.

Aanvullend aan de focusgroepen werden met vier cliënten(vertegenwoordigers) individuele interviews gehouden over de oplossingsrichtingen. Er werd gekozen voor individuele interviews, omdat een bijeenkomst op locatie vanwege de landelijke coronamaatregelen niet was toegestaan en niet alle cliënten(vertegenwoordigers) instaat waren om een groepsgesprek via videobellen bij te wonen. Alle deelnemers hadden eerder ook een interview gegeven over de ervaren knelpunten.

Tabel C.1 geeft een overzicht van de deelnemers aan de focusgroepen en de individuele interviews. We hebben ook gezocht naar verzorgenden, maar zij hebben niet op onze oproepen gereageerd. Verzorgenden zijn in het onderzoek door de wijkverpleegkundigen gerepresenteerd doordat wijkverpleegkundigen namens de teamleden spraken. In de focusgroepen is gevraagd naar oplossingsrichtingen gezien vanuit de zorgteams.

Tabel C.1: achtergrond deelnemers focusgroepen en interviews

	Achtergrond deelnemers	Provincie	Verstedelijking*
Cliënt (vertegenwoordigers) (n=4)	<u>Individuele interviews:</u> - 1 cliënt - 1 naaste - 2 ouderenadviseurs	Den Haag, Noord-Brabant, Noord-Holland (n=2)	dorp (n=3), groot stedelijk
Professionals wijkverpleging (n=7)	<u>Focusgroep 1:</u> - 3 wijkverpleegkundigen - 1 wondconsulent <u>Focusgroep 2:</u> - 3 wijkverpleegkundigen	Drenthe Gelderland (n=2), Utrecht Gelderland (n=2), Noord-Brabant	dorp, stad (n=2), groot stedelijk dorp (n=3)
Professionals welzijn, zorg (breed), wonen (n=9)	<u>Focusgroep 1:</u> - 1 sociaal verpleegkundigen bij een gemeente - 1 sociaal verpleegkundige bij een GGD - 1 thuisbegeleider - 1 verpleegkundig specialist GGZ <u>Focusgroep 2:</u> - 2 verpleegkundig specialisten GGZ - 1 sociaal verpleegkundige bij een GGD - 1 psychiatrisch verpleegkundige in de GGZ - 1 woonconsulent woningcorporatie	Noord-Brabant, Utrecht, Zuid-Holland, Zuid-Holland Friesland, Noord-Holland, Utrecht, Zuid-Holland (n=2)	dorp, stad (n=2), groot stedelijk dorp, groot stedelijk (n=4)

*Grootstedelijk= Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht

Uitvoering

Focusgroepen

De focusgroepen vonden plaats via videobellen, duurden twee uur en werden geleid door twee onderzoekers (RV en AdV). Tijdens de focusgroepen presenteerden de onderzoekers de knelpunten uit de literatuurverkenning en de interviews. Ook werden de oplossingsrichtingen van de deelnemers uit de interviews gepresenteerd. De deelnemers aan de focusgroepen werden vervolgens gevraagd om op de gevonden knelpunten en oplossingsrichtingen te reflecteren en hun eigen oplossingsrichtingen te delen en te bediscussiëren. Aan het eind van de focusgroep herhaalden de onderzoekers de genoemde oplossingsrichtingen en vroegen de deelnemers hierop nog aanvullingen of correcties te doen. De onderzoekers maakten verslagen van de focusgroepen voor nadere analyse. Kader C.1 geeft het programma van de focusgroepen.

Kader C.1: programma van de focusgroepen

Programma:

1. Voorstelronde
2. Het onderzoek in het kort
3. Presentatie knelpunten uit interviews en literatuur.
 - Zijn ze herkenbaar?
 - Welke knelpunten in de wijkverpleging zijn het meest urgent?
4. Presentatie oplossingsrichtingen uit interviews.
 - Zijn dit dé oplossingsrichtingen of zijn er nog andere?
 - Welke oplossingsrichtingen zijn het meest beloftevol en hebben prioriteit?
 - Zijn er al goede voorbeelden?
5. Samenvatting van de uitkomsten en vervolg

Interviews met cliënten(vertegenwoordigers) over oplossingsrichtingen

De interviews met cliënten(vertegenwoordigers) over de oplossingsrichtingen duurden tussen de 30 en 45 minuten en vonden telefonisch plaats of via videobellen. De interviews werden gehouden aan de hand van vooraf opgestelde vragen, die aanhaakten op de genoemde knelpunten in de eerdere individuele interviews (zie hoofdstuk 3). De vragen staan in kader C.2. De onderzoekers maakten aantekeningen van de interviews voor nadere analyse.

Kader C.2: interviewvragen over oplossingsrichtingen aan cliënten en naasten

1. Als een wijkverpleegkundige 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?
2. Zou u willen dat de wijkverpleegkundige meer tijd voor u/uw naaste had als ze bij u is? Zo ja, waarom lijkt u dat belangrijk? Zo nee, waarom Niet?
3. Zou u willen dat de wijkverpleegkundige meer zou overleggen of samenwerken met andere zorgverleners met wie u/uw naaste contact heeft? Bijvoorbeeld met de huisarts, de hulp in de huishouding of ook met de woningcorporatie of anderen. Kan u dit toelichten?
4. Zou u willen dat de wijkverpleging meer hulp zou kunnen regelen? Bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, hulp van de woningcorporatie, hulp bij het regelen van geldzaken, psychische hulp?

Analyses

De verslagen van de focusgroepen en de interviews werden kwalitatief geanalyseerd volgens de principes van thematische analyse (Braun & Clarke, 2006). Dit hield in dit geval in, dat de onderzoekers (RV, AdV) de oplossingsrichtingen uit de verslagen indeelden in inhoudelijke thema's. Vervolgens maakten ze uitgebreide beschrijvingen van de oplossingsrichtingen onder deze thema's. Daarbij bleven ze zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke bewoordingen uit de focusgroepen en de interviews. De onderzoekers stemden tussentijds en na afloop de thema's en de beschrijving van de oplossingsrichtingen onderling af totdat zij overeenstemming bereikten.

Bijlage D Voorbeelden van bestaande hulpmiddelen

1. Handboek Amsterdamse Aanpak Ernstige Woningvervuiling, 2019.

Najaar 2018 hebben 75 vertegenwoordigers van de Amsterdamse zorgaanbieders, woningcorporaties, GGD, Meldpunten, VTH-Stadsdelen, politie, brandweer en ervaringsdeskundigen samen de Aanpak Ernstige Woningvervuiling opgesteld.

Actuele informatie, toolkit en hand-outs zijn terug te vinden op www.amsterdam.nl/woningvervuiling

2. Protocol 'problematische woninghygiëne Groningen'. GGD Groningen, 2017

Dit protocol beschrijft hoe de zorg en hulpverlening verloopt, waarbij uitgegaan wordt van 3 fasen van vervuiling. Bij elke fase wordt aangegeven wie de regie heeft bij de aanpak van de vervuiling. <https://ggd.groningen.nl/app/uploads/2018/05/Protocol-Problematische-woonhygie%CC%88ne.pdf>

3. Protocol Hygiënische woonproblemen. Gemeente Leeuwarden, 2014.

Dit protocol beschrijft voor 4 scenario's van vervuiling de samenwerking en de rolverdeling en geeft aanknopingspunten voor de manier van optreden.

<https://www.veiligheidshuisfryslan.nl/sites/default/files/downloads/handleiding%20hyg%20woonoverlast%20def.pdf>

4. Handreiking en stroomschema Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg. GGD GHOR, KNMG en GGZ Nederland, 2014.

Bij cliënten met een vervuild huishouden is er regelmatig sprake van zorgmijding en kan bemoeizorg nodig zijn. De privacywetgeving wordt door zorgverleners hierbij gezien als belemmering voor het uitwisselen van gegevens. Deze handreiking en het stroomschema zijn ontwikkeld door GGD GHOR, KNMG en GGZ Nederland en is bedoeld als handvaten in dergelijke lastige situaties. De handreiking is van toepassing op de gegevensuitwisseling voorafgaand aan en gedurende het bemoeizorgtraject.

<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/gegevensuitwisseling-in-de-bemoeizorg.htm>

5. Richtlijn Zorgmijding en Handreiking Samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn. Handreiking voor wijkverpleegkundigen

Trimbos instituut. Verwachte publicatiedatum: voorjaar 2021

<https://www.trimbos.nl/aanbod/diensten/centrum-voor-kwaliteitsstandaarden>

6. Arbeidshygiënische strategie Biologische Agentia. A+O VVT, 2019.

De strategie is te downloaden op Arboportaal.nl en geeft werkgevers een stappenplan voor de preventie van risico's van blootstelling aan biologische agentia, gerelateerd aan de Arbowetgeving. Het bevat ook een aparte bijlage 'Toepassen arbeidshygiënische strategie bij extramuraal werken'.

<https://www.arbocatalogusvvt.nl/wp-content/uploads/2020/06/ba2019-11-arbeidshygiënische-strategie-biol-agentia.pdf>

7. Clutter Image Rating Scale. Frost Fro, 2004.

Aan de hand van foto's wordt de mate van vervuiling in een ruimte vastgelegd.

<https://www.cgakit.com/ho-1-cir-scale>

8. Cursus Aanpak vervuiling en hoarding. RINO groep, 2020.

De RINO groep verzorgt een cursus over vervuiling en hoarding gericht op verpleegkundigen (mbo-en hbo opgeleid), Sociaal pedagogisch hulpverleners, Maatschappelijk werkers en praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH). Deze cursus kan op verzoek incompany in een organisatie gegeven worden.

<https://www.rinogroep.nl/opleiding/5326/aanpak-vervuiling-en-hoarding.html>

9. Leermodule 'omgaan met zelfverwaarlozing en autonomie' Nurse Academy Ouderen- en thuiszorg, 2015.

Dit artikel verkent de diagnostische criteria van zelfverwaarlozing en werkt een methode uit om tot een moreel besluit te komen dat aansluit bij het perspectief van de cliënt en diens volledige context.

https://www.nurseacademyot.nl/leermodules/leermodules_artikel/t/omgaan_met_zelfverwaarlozing_en_autonomie

Bijlage E Voorbeelden van bestaande procedures

Deze bijlage geeft twee voorbeelden van bestaande procedures van organisaties voor wijkverpleging rondom cliënten met een vervuild huishouden. Voorbeeld 1 is afkomstig van Careyn en voorbeeld 2 van ZZG Zorggroep. Zij gaven toestemming voor het opnemen van de procedures in het rapport.

Procedure vervuilde situaties bij de cliënt – voorbeeld 1

Doel van de procedure:

Reguleren van zorglevering bij vervuilde cliëntsituaties in relatie tot de Arbocheck en het Protocol zorgweigering.

Toepassingsgebied:

Alle medewerkers van <zorgorganisatie>.

Definities:

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 <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
<p>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</p>	Zorgcoördinator/ EV	Arbocheck
<p>Bepaling van de mate van vervuiling: <i>Dit gebeurt aan de hand van een checklist</i></p>	Zorgcoördinator/ EV	Checklist vervulde situaties
<p>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 vervulde</i> (0-7 punten) of een <i>ernstig vervulde</i> (8 of meer punten) situatie per ruimte gaat.</p>	Zorgcoördinator/ EV	Checklist vervulde situaties
<p>Te nemen stappen bij: licht vervulde woning: De zorgcoördinator maakt met de cliënt afspraken over de aanpak van de licht vervulde situatie in de woning. Deze afspraken worden schriftelijk vastgelegd en zo mogelijk door de cliënt ondertekend. Ook termijn en handhaving worden vastgelegd.</p>	Zorgcoördinator/ EV en cliënt	Checklist vervulde situaties
<p>Te nemen stappen bij: ernstig vervulde woning</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 zorgweigering. • Afspraken worden schriftelijk vastgelegd en zo mogelijk door de cliënt ondertekend. Ook termijn en handhaving worden vastgelegd. 	Intaker en cliënt	Checklist vervulde Situaties, Protocol zorgweigering
<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 zorgweigering.</p>	Medewerker en zorgcoördinator/ EV	Checklist vervulde Situaties, Protocol zorgweigering
<p>Geschillen: De cliënt kan bij geschil gebruik maken van de reguliere klachtenprocedure.</p>		Klachtenproce- dure cliënt

Documenten/formulieren

- Checklist vervuilde situaties
- Protocol zorgweigering
- Arbocheck <zorgorganisatie>
- Klachtenprocedure cliënt

CHECKLIST VERVUILDE WOONSITUATIES

Instructie: per ruimte de punten omcirkelen en optellen per ruimte. Dit invullen bij sub totaal. Op pagina 5 eindtelling maken en beoordeling geven. Per ruimte afspraken maken met de cliënt, indien mogelijk deze de ingevulde checklist voor akkoord laten tekenen.

1	Hal/Gang/entree	PUNTEN	AFSPRAKEN
0	<i>Op de grond:</i>		
	(stapels) kranten	1	
	(opgehoopt) huisvuil	1	
	(stinkend) wasgoed	1	
0	<i>Op grond/muren/plafond/meubels/kasten:</i>		
	Schimmel	3	
	Urine/ontlasting (van mens/dier)	3	
	Vet	3	
	Etens-/drinkresten	3	
0	<i>In ruimte:</i>		
	(verschrikkelijke) stank	2	
	Geen/weinig zicht door (sigaretten) rook	2	
0	Overig:	1	
	subtotaal: lichte vervuiling: 1-7 ; ernstige vervuiling: >7		

2	WOONKAMER	PUNTEN	AFSPRAKEN
0	<i>Op de grond:</i>		
	(stapels) kranten	1	
	(opgehoopt) huisvuil	1	
	(stinkend) wasgoed	1	
0	<i>Op grond/muren/plafond/meubels/kasten:</i>		
	Schimmel	3	
	Urine/ontlasting (van mens/dier)	3	
	Vet	3	
	Etens-/drinkresten	3	
0	<i>In ruimte:</i>		
	(verschrikkelijke) stank	2	
	Geen/weinig zicht door (sigaretten) rook	2	
0	Overig:	1	
	subtotaal: lichte vervuiling: 1-7 ; ernstige vervuiling: >7		

3	TOILETRUIMTE	PUNTEN	AFSPRAKEN
0	<i>Op de grond:</i>		

	(stapels) kranten	1	
	(opgehoopt) huisvuil	1	
	(stinkend) wasgoed (met motten)	1	
0	<i>Op grond/muren/plafond/meubels/kasten:</i>		
	Schimmel	3	
	Urine/ontlasting (van mens/dier)	3	
	Vet	3	
	Etens-/drinkresten	3	
0	<i>In ruimte:</i>		
	(verschrikkelijke) stank	2	
	Geen/weinig zicht door (sigaretten) rook	2	
0	Overig:	1	
	Subtotaal: lichte vervuiling: 1-7 ; ernstige vervuiling: >7		

4	(BIJ) KEUKEN	PUNTEN	AFSPRAKEN
0	<i>Op de grond:</i>		
	(stapels) kranten	1	
	(opgehoopt) huisvuil	1	
	(stinkend) wasgoed	1	
0	<i>Op grond/muren/plafond/meubels/kasten:</i>		
	Schimmel	3	
	Urine/ontlasting (van mens/dier)	3	
	Vet	3	
	Etens-/drinkresten	3	
0	<i>Beschimmeld(e) Vet(te):</i>		
	Koelkast/vriezer	3	
	Servies	1	
	Pannen	1	
	Kookplaat	2	
	Oven/magnetron/frituur	2	
	Aanrecht	2	
0	<i>In ruimte:</i>		
	(verschrikkelijke) stank	2	
	Geen/weinig zicht door (sigaretten) rook	2	
0	Overig:		
	Subtotaal: lichte vervuiling: 1-7 ; ernstige vervuiling: >7		

5	BADKAMER	PUNTEN	AFSPRAKEN
0	<i>Op de grond:</i>		
	(stapels) kranten	1	
	(opgehoopt) huisvuil	1	
	(stinkend) wasgoed (met motten)	1	
0	<i>Op grond/muren/plafond/meubels/kasten:</i>		
	Schimmel	3	
	Urine/ontlasting (van mens/dier)	3	
	Vet	3	
	Etens-/drinkresten	3	
0	<i>In ruimte:</i>		
	(verschrikkelijke) stank	2	
	Geen/weinig zicht door (sigaretten) rook	2	
	Afzuiging vuil/verstopt	2	
	Wasmand vuil/stinkend	2	
	Medicijnkast/-la (onverpakte medicijnen)	2	
	Afvoer verstopt	2	
0	Overig:	1	
		
	...		
	subtotaal: lichte vervuiling: 1-7 ; ernstige vervuiling: >7		

6	SLAAPKAMER	PUNTEN	AFSPRAKEN
0	<i>Op de grond:</i>		
	(stapels) kranten	1	
	(opgehoopt) huisvuil	1	
	(stinkend) wasgoed	1	
0	<i>Op grond/muren/plafond/meubels/kasten:</i>		
	Schimmel	3	
	Urine/ontlasting (van mens/dier)	3	
	Vet	3	
	Etens-/drinkresten	3	
0	<i>In ruimte:</i>		
	(verschrikkelijke) stank	2	
	Geen/weinig zicht door (sigaretten) rook	2	
0	Overig:	1	
		
		
	subtotaal: lichte vervuiling: 1-7 ; ernstige vervuiling: >7		

7	BERGING/GAnGKAST	PUNTEN	AFSPRAKEN
0	<i>Op de grond:</i>		
	(stapels) kranten	1	
	(opgehoopt) huisvuil	1	
	(stinkend) wasgoed	1	
0	<i>Op grond/muren/plafond/meubels/kasten:</i>		
	Schimmel	3	
	Urine/ontlasting (van mens/dier)	3	
	Vet	3	
	Etens-/drinkresten	3	
0	<i>In ruimte:</i>		
	(verschrikkelijke) stank	2	
	Geen/weinig zicht door (sigaretten) rook	2	
0	Overig:	1	
		
	Subtotaal: lichte vervuiling: 1-7; ernstige vervuiling: >7		

8	ANDERE RUIMTE 1	PUNTEN	AFSPRAKEN
		
0	<i>Op de grond:</i>		
	(stapels) kranten	1	
	(opgehoopt) huisvuil	1	
	(stinkend) wasgoed	1	
0	<i>Op grond/muren/plafond/meubels/kasten:</i>		
	Schimmel	3	
	Urine/ontlasting (van mens/dier)	3	
	Vet	3	
	Etens-/drinkresten	3	
0	<i>In ruimte:</i>		
	(verschrikkelijke) stank	2	
	Geen/weinig zicht door (sigaretten) rook	2	
0	Overig:	1	
		
		
	Subtotaal: lichte vervuiling: 1-7; ernstige vervuiling: >7		

9	ANDERE RUIMTE 2	PUNTEN	AFSPRAKEN
0	<i>Op de grond:</i>		
	(stapels) kranten	1	
	(opgehoopt) huisvuil	1	
	(stinkend) wasgoed (met motten)	1	
0	<i>Op grond/muren/plafond/meubels/kasten:</i>		
	Schimmel	3	
	Urine/ontlasting (van mens/dier)	3	
	Vet	3	
	Etens-/drinkresten	3	
0	In ruimte:		
	(verschrikkelijke) stank	2	
	Geen/weinig zicht door (sigaretten) rook	2	
0	Overig:	1	
	Subtotaal: geen-lichte vervuiling: 1-7; ernstige vervuiling: >7		

A: Totaal aantal ernstig vervuilde ruimtes: ...

B: Totaal licht vervuilde ruimtes: ...

C: Totaal niet vervuilde ruimtes: ...

Eindbeoordeling woning: A>B/C, dus ernstig vervuild ja/nee

B>C, dus licht vervuild ja/nee

LET OOK OP:

0	Ongedierte als vlooiën, kakkerlakken, muizen, ratten	Te verwijderen door:
0	Rondslingerende injectienaalden	Te verwijderen door:
0	Besmettingsgevaar ziekte voor verzorgende	Raadplegen GGD/huisarts
0	Medicijngebruik met risico voor verzorgende	Raadplegen GGD/huisarts

Indien een of meer van deze categorieën is aangekruist dienen stappen te worden ondernomen ongeacht de mate van vervuiling van de woning.

Plaats:

Datum:

Handtekening Zorgcoördinator/EV:

Handtekening cliënt:

Procedure vervuilde situaties bij de cliënt – voorbeeld 2

Inleiding

Medewerkers van <zorgorganisatie> kunnen in hun werk terecht komen in thuissituatie van verwaarlozing, vervuiling, en/of verzameling waardoor de gezondheid en veiligheid van zowel de cliënt als hulpverlener gevaar lopen. De cliënt is doorgaans niet in staat zelf deze situatie te verbeteren, veelal door psychiatrische of psychogeriatrische problematiek, fysieke klachten of een verstandelijke of zintuiglijke beperking.

Doel van de procedure

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 situatie.

Toepassingsgebied

Alle medewerkers, leerlingen en stagiaires van <zorgorganisatie>

Definities

- Meldpunt Bijzondere Zorg (MBZ): Het Meldpunt Bijzondere Zorg is onderdeel van de GGD en verantwoordelijk voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) in de gemeente <naam gemeente> en regiogemeenten. De dienstverlening is gericht op zorgwekkende zorgmijders, o.a. voor huishoudens die zorgen voor overlast en mensen die zichzelf of hun omgeving vervuilen.
- Verwaarlozing: Er is duidelijk sprake van achterstallig (huishoudelijk) werk aan de woning en/of tuin.
- Verzameling: Er is duidelijk sprake van (extreme) verzameling van goederen in de woning.
- Zorgwekkende vervuiling: Er is sprake van een flinke vervuiling/verwaarlozing van de woning.
- Ernstige vervuiling: Er is sprake van een ernstige vervuiling van de woning en bijbehorende terreinen.

Werkwijze

In de procedure is een aantal fasen te herkennen:

1. Signalering van de vervuilde situatie
2. Direct gevaar voor de cliënt, gezin of medewerker opheffen
3. Werken naar een gewenste situatie
4. (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 vervuilstadia:

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):

- 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 (bv. Huisarts) 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.

Overzicht Taken, Verantwoordelijkheden en Bevoegdheden

Medewerker <zorgorganisatie>:

- Signaleert vervuiling;
- Bepaalt in overleg met manager, of manager van de afdeling Thuisbegeleiding[1] of een medewerker MBZ aan de hand van stadia de mate van vervuiling. De bijgevoegde bijlage kan gehanteerd worden voor bepaling stadium.
- Bij cliënt die meewerkt:
 - o Overlegt met cliënt over de te nemen maatregelen om vervuiling op te lossen;
 - o Laat cliënt overleggen of overlegt zelf met WMO loket van desbetreffende gemeente over (extra) inzet huishoudelijke verzorging of schoonmaakbedrijf of vraagt manager HV[2] dit te doen
 - o Laat cliënt melden of meldt zelf defecten aan de woning bij woningcorporatie of klussenbedrijf.
- Bij een cliënt die niet bereid is om mee te werken in vervuilingstadium 1-2:
 - o Consulteert en vraagt advies aan MBZ (Meldpunt Bijzondere Zorg).
- Bij een cliënt die niet bereid is om mee te werken in vervuilingstadium 3-4:
 - o Informeert de cliënt over melden van situatie bij MBZ;
 - o Meldt situatie bij Meldpunt Bijzondere Zorg;
 - o Gaat samen met medewerker van Meldpunt Bijzondere Zorg op huisbezoek om onderzoek op te starten;
- Staakt of start, in overleg met leidinggevende, niet met de zorg wanneer er zich een onaanvaardbaar gevaarlijke situatie voor de medewerker zelf voordoet.
- Legt de gemaakte afspraken vast in het zorgplan.
- Maakt afspraken over nazorg met hulpverlener die als casemanager optreedt om herhaling van vervuiling te voorkomen.

Manager Huishoudelijke Verzorging/Thuisbegeleiding

- Overlegt, in samenspraak de cliënt of verzorging, met WMO loket van desbetreffende gemeente over (extra) inzet huishoudelijke verzorging of schoonmaakbedrijf;
- Brengt cliëntsituatie terug naar WMO loket wanneer WMO niet akkoord gaat met extra inzet HV.
- Zorgt voor extra HV inzet wanneer WMO loket wel akkoord gaat met extra inzet

Medewerker Meldpunt Bijzondere Zorg (GGD)

- Bij cliëntsituatie vervuilingstadium 1-2 niet bereid mee te werken:
 - o Beoordeelt cliëntsituatie na adviesvraag of consultatie door medewerker ZZG of manager HV.
 - o Brengt advies uit aan medewerker ZZG of manager HV.
- Bij cliëntsituatie vervuilingstadium 3-4:
 - o Gaat samen met melder op huisbezoek om onderzoek te starten.
 - o Onderzoekt cliëntsituatie.
 - o Stelt integraal behandelplan op met verschillende interventiemogelijkheden.
 - o Bij ernstige vervuiling dient de inzet van een schoonmaakbedrijf als eerste mogelijkheid onderzocht te worden alvorens huishoudelijke verzorging of thuisbegeleiding in te zetten.

Bijlage: Om stadium van vervuiling in en om het huis te kunnen inschatten

- **Stank**
 - o ruik je buiten de voordeur al dat er sprake is van vervuiling, wat merk je?
 - o ruikt het zoet/weeïg (bacteriële verontreiniging vaak)?
 - o ruik je een amoniaklucht bij bijvoorbeeld (veel) huisdieren die in huis plassen, of bewoner die mogelijk incontinent is?
 - o andere overmatige dierlucht?
- **Viezigheid**
 - o plakkerig, stoffig, spinnenwebben in welke mate tot vies zoveel mogelijk objectiveren:
 - stoffig, moest je hoesten, kreeg je lichamelijke reacties bij verblijf in de woning?
 - zijn er uitwerpselen van ongedierte, overmatig veel (vlees)vliegen, maden, e.d.?
 - zijn er muizen?
 - gaat het om natte en/of droge vervuiling: bv papier of bv bedorven etensresten of water dat niet wegloopt, verse uitwerpselen?
- **Mate van viezigheid**
 - o Is de geconstateerde vervuiling iets wat met extra poetsen is weg te werken, bijvoorbeeld een vol aanrecht, stofzuigen, gangbare schoonmaakmiddelen of is het diep verontreinigd, zoals bijvoorbeeld vloerkleed aangekoekt, muren besmeurd, dikke zwarte plaklagen?

- **Verzamelwoede**
 - o wat heb je aangetroffen? beschrijf het eens!
 - o bv papier, bruikbare spullen, of afval?
 - o veel van hetzelfde (verzamelingen) of heel divers?
 - o brandbaar materiaal of minder brandgevaarlijk?
 - o kun je gewoon lopen, gewone stappen maken, loop je door gangetjes, kun je nog zitten?
 - o Is er sprake van stapeling, wat kan je nog zien ? Kan je de muren andere kant van de kamer nog zien?
 - o kan er zonder probleem bereikbaarheid en viezigheid apparatuur zoals geisers e.d. vervangen en/of gerepareerd worden?

- **Brandgevaar**
 - o bij afsluiting gas/licht, wordt er gewerkt met kaarsjes, butagas? (gevaarlijk , vooral als dit in combinatie nog is met huisdieren en kinderen en een niet losstaand huis, MET SPOED OPPAKKEN)
 - o heeft de stapeling in elke kamer mogelijke gevolgen brandveiligheid (bij fornuis, t.v. nog aan/uit te zetten, bedradingen, etc.?)

[1] Vanwege de ruime ervaring van de afdeling Thuisbegeleiding in dit soort situaties, kan hen advies gevraagd worden. [2] Manager HV hoeft niet per se een manager van <zorgorganisatie> te zijn. Er kunnen ook andere HV aanbieders bij de cliënt actief zijn vandaar dat de term HV wordt gebruikt in plaats van Thuiservice