

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG WOONZORGCENTRUM

INSPECTIEPUNT

Naam	Zonnewende
Adres	Boomsesteenweg 15, 2630 Aartselaar
Dossiernummer	101.102

INRICHTENDE MACHT

Naam	KORIAN
Juridische vorm	VZW
Adres	Satenrozen 1 B, 2550 Kontich

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 21/01/2022 (10:00-17:15)
Datum laatste vaststelling	23/02/2022

INLEIDING

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- voorzieningen die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund of gesubsidieerd worden.
- personen met een handicap die een financiële tegemoetkoming ontvangen in de vorm van een persoonlijk budget.

U vindt alle verdere informatie over onze organisatie op www.zorginspectie.be.

Zorginspectie en Zorg en Gezondheid

De Vlaamse Overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Voor woonzorgcentra rapporteert Zorginspectie aan Zorg en Gezondheid, dat het dossier verder opvolgt.

Methodiek

De inspecties vinden plaats in de voorziening.

Zorginspectie wil kunnen vaststellen hoe de dagdagelijkse werking in een woonzorgcentrum verloopt. De inspecties worden daarom in principe niet aangekondigd.

De meeste inspecties vinden plaats overdag, op weekdays, maar kunnen -indien relevant- ook op minder gebruikelijke momenten zoals 's avonds, 's nachts en tijdens het weekend plaatsvinden.

Tijdens de inspectiebezoeken gaat Zorginspectie voornamelijk na of de voorwaarden aanwezig zijn om kwaliteit van zorg en veiligheid te garanderen. Het toezicht van Zorginspectie is gericht op het concreet aftoetsen van de regelgeving (zie verder) en dit op structuur-, proces- en resultaatsniveau.

De inspecteur hanteert een gestructureerd en intern afgestemd inspectie-instrument. Niet alle items komen tijdens elk inspectiebezoek aan bod. De keuze van de bevroegde items wordt bepaald door de finaliteit van het inspectiebezoek en door wat er zich tijdens het inspectiebezoek aandient.

Afhankelijk van de bevroegde items baseert de inspecteur zich voor zijn vaststellingen op verschillende bronnen zoals:

- observaties
- bevraging van medewerkers en verantwoordelijken
- inzage in documenten
- bevraging van bewoners en/of familieleden.

Verslag

Inhoud inspectieverslag

Het inspectieverslag is een weergave van de vaststellingen van de inspecteur tijdens het inspectiebezoek.

In het verslag wordt een objectief beeld gegeven over de mate waarin de geïnspecteerde voorziening voldoet aan de gestelde erkenningsvoorwaarden, kwaliteitseisen,...

Zorginspectie is niet bevoegd om de correctheid van medische instructies en de correcte uitvoering van verpleegtechnische, paramedische en zorgkundige handelingen te beoordelen. Zorginspectie gaat evenmin na of alle voorwaarden van de regelgeving m.b.t. de gezondheidsberoepen werden nageleefd.

Opbouw van het verslag

Per geïnspecteerde (deel-) module staan volgende elementen in het verslag:

- een toelichting met de vaststellingen van de inspecteur
- naleving regelgeving: conform of niet-conform (tekort)
- aandachtspunten

De aandachtspunten in het verslag hebben een dubbele functie:

- de aandacht vestigen op elementen die de kwaliteit van leven en de veiligheid van de bewoners kunnen verbeteren
- extra informatie verschaffen over de beoordeling.

Privacy

Zorginspectie houdt bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Verslagen bevatten persoonsgegevens en mogen daarom slechts in beperkte mate verspreid worden. Met dergelijke verslagen dient zorgvuldig te worden omgegaan. Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via: openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be.

Meer informatie over de toepasselijke regels vindt u op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Reactiemogelijkheid

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het woonzorgcentrum (en in voorkomend geval de klachtindiener) het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag.

Op basis van de reactie kan het ontwerpverslag, na intern overleg, door de inspecteur aangepast worden.

Indien er geen reactie werd ingediend of de reactie geen aanleiding gaf tot wijzigingen, wordt het ontwerpverslag meteen ook het definitieve verslag.

Definitief verslag

Het definitieve verslag wordt overgemaakt aan Zorg en Gezondheid dat instaat voor de verdere opvolging van het dossier.

Regelgeving

De regelgeving die van toepassing is op de woonzorgcentra is terug te vinden op de website van Zorg en Gezondheid: www.zorg-en-gezondheid.be/ouderenzorg.

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Sinds 01 januari 2020 zijn het nieuwe Woonzorgdecreet van 15 februari 2019 en het uitvoeringsbesluit van 28 juni 2019 met bijlages van kracht. De erkenningsvoorwaarden voor de woonzorgcentra zijn terug te vinden in bijlage 11.

De woonzorgcentra die op 31 december 2019 erkend of voorafgaand vergund waren krijgen tijd tot 31 december 2022 om te voldoen aan de voorwaarden van bijlage 11, hoofdstuk 3 en 5. Tot die tijd blijven zij erkend met toepassing van de erkenningsvoorwaarden die van toepassing zijn op 31 december 2019 (BVR 24 juli 2009, bijlage XII).

Wanneer in het voorliggende verslag verwezen wordt naar de WZC voorwaarden, worden hiermee de voorwaarden van bijlage XII bedoeld. In die gevallen waar reeds de voorwaarden van bijlage 11 van toepassing zijn, wordt dit expliciet vermeld.

Gebruikte afkortingen

AP	aandachtspunt
BE	bijkomende erkenning
BVR	Besluit van de Vlaamse Regering
CDV	centrum voor dagverzorging
CVK	centrum voor kortverblijf
GAW	groep van assistentiewoningen
HVP	hoofdverpleegkundige(n)
NAH	niet aangeboren hersenletsel
NB	niet beoordeeld
NVT	niet van toepassing
SMK	sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
TK	tekort
VP	verpleegkundige(n)
VTE	voltijds equivalent
WGL	woongelegenhe(i)d(en)
WZC	woonzorgcentrum
WZD	woonzorgdecreet
ZK	zorgkundige(n)

SITUERING

Erkenningsgegevens WZC:

Capaciteit WZC-erkenning	173
Capaciteit bijkomende erkenning	85

Andere erkenningen en toelatingen:

Capaciteit CVK erkenning	3
--------------------------	---

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- een algemene opvolging.

PROFIEL EN AANTAL BEWONERS

Toelichting

- Vaststellingen op basis van de bewonerslijst op datum van het inspectiebezoek en observaties tijdens de rondgang in de voorziening.
- Om het aantal bewoners met het dementiesyndroom te bepalen, werden de bewoners die op de Katz-schaal een D of CD scoren en de bewoners die een 3 of 4 scoren op de items oriëntatie in tijd en ruimte, samengeteld.

BEZETTINGSGEGEVENS

	Aantal
Totaal bewoners WZC aanwezig	139
Afwezig	1
Andere	
Reële bezetting WZC *	140
Capaciteit erkend kortverblijf	3
Bezetting aangemeld herstelverblijf	
Totale bezetting **	143

* Reële bezetting WZC = Totaal aantal aanwezige bewoners WZC + aantal afwezig + aantal andere

** Totale bezetting = Reële bezetting WZC + erkende capaciteit CVK + bezetting aangemeld herstelverblijf (indien dezelfde personeelsequipe voor het aangemeld herstelverblijf als voor het WZC). De totale bezetting geldt als basis voor de personeelsberekening.

KATZ SCORES

Katz-scores bewoners WZC

O	A	B	C	CD	A-dement	D	CC
20	19	43	23	32	0	5	0

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	58
Niet-bejaarde bewoners	5
Bewoners in erkend kortverblijf	2

	Ja	Nee	NB	NVT
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd. <i>Woonzorgdecreet art. 39,§2,6°</i>	☒	☐	☐	☐
Indien meer dan 10% van de bewoners jonger zijn dan 65 jaar beschikt men over een verslag dat werd opgemaakt door een multidisciplinair team. Uit dit verslag moet blijken dat er voor de gebruiker in zijn woonomgeving geen gepaste opvang beschikbaar is en dat de opname in het WZC beantwoordt aan de zorg- en ondersteuningsdoelen van de gebruiker in kwestie. Het multidisciplinair team moet minstens bestaan uit een maatschappelijk assistent en een behandelend arts. <i>BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 58,§1</i>	☐	☐	☐	☒

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt).
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: alle gemeenschappelijke ruimten en badkamers, een steekproef van kamers en gemeenschappelijke toiletten.

ALGEMENE GEGEVENS

Regelgeving van toepassing

- ☒ woonzorgcentrum voor 2009
- ☒ woonzorgcentrum na 2009, voor 2017
- ☐ woonzorgcentrum na 2017

Wijzigingen infrastructuur sinds vorig inspectiebezoek

Een aantal tweepersoonskamers zijn ontdubbeld, en worden nu door één persoon bewoond. Er zijn nu nog 17 tweepersoonskamers en 152 éénpersoonskamers.

Geplande wijzigingen

Eén gang van dienst 400 wordt momenteel gerenoveerd; hier worden geen bewoners gehuisvest tijdens de werken.

De gesprekspartner deelt mee dat er plannen zijn om jaarlijks één badkamer te renoveren.

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- CVK
- GAW
- Andere...

Toelichting...

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het aantal bewoners dat gehuisvest is op een tweepersoonskamer is hoger dan 20% van het totaal aantal bewoners.

Vaststellingen

Een aantal tweepersoonskamers zijn ontdubbeld, en worden nu door één persoon bewoond. Er zijn nu nog 17 tweepersoonskamers en 152 éénpersoonskamers.

De gesprekspartner meldt dat er nu enkel nog koppels op tweepersoonskamers verblijven. Dd. inspectie verbleven 18 bewoners in een tweepersoonskamer.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De sanitaire cel in de kamers van vleugel A en B zijn nog niet allemaal rolstoeltoegankelijk. In de gerenoveerde kamers werd een schuifdeur geplaatst en is de sanitaire cel nu volledig toegankelijk voor rolstoelgebruikers.

Vaststellingen

Ondertussen werd er in alle kamers een schuifdeur aan de sanitaire cel geplaatst.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De gemeenschappelijke eet- en leefruimten zijn niet zodanig ingericht dat alle bewoners van een leefgroep comfortabel kunnen zitten.

Vaststellingen

In de afdelingen 100, 200, 300 en 400 is er t.h.v. de traphal een kleine leefruimte. Hierin staan telkens enkele tafels met stoelen en een viertal zetels.

Op afdeling 500 is een grote leefruimte met meerdere tafels en stoelen en 5 zetels.

Dit is niet voldoende voor alle bewoners.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden. Er is op elke afdeling 1 badkamer (= 5 badkamers). Er zijn slechts 3 aangepaste badkamers (met rolstoeltoegankelijk toilet).

Vaststellingen

Per begonnen schijf van 30 bewoners moet er ten minste één gemeenschappelijke badkamer beschikbaar zijn met een aangepaste bad- of douchegelegenheid en een toilet.

Eén badkamer (op afdeling 200) wordt niet gebruikt als badkamer, enkel als opslagruimte.

Deze staat vol met een linnenkar en incontinentiemateriaal. Er is geen toilet en de spiegel is niet aangepast.

Er zijn 4 badkamers in gebruik volgens de gesprekspartner.

De badkamer op afdeling 100 heeft een hoog-laagbad; maar er zijn geen armsteunen aan het niet-rolstoeltoegankelijke toilet. Er is ook geen oproepknop aan het toilet.

De badkamer op de afdeling 300 wordt weinig gebruikt. Er zijn in deze badkamer verschillende gebreken: het bad lekt als dit omhoog wordt gezet, aan het toilet is maar 1 armsteun, er is geen oproepknop.

De badkamer op de afdeling 400, wordt volgens de gesprekspartner ook weinig gebruikt, daar zijn verschillende gebreken: toiletpot gebroken, slijtage in de badkuip, geen alarmknop aan het toilet, geen wastafel.

In de badkamer op de afdeling 500 (nieuwe gebouw) is een toilet met twee armsteunen, een hoog-laagbad, een douche en een wastafel. De oproepknop aan het toilet is moeilijk bereikbaar vanuit zitpositie op het toilet.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

Er is nog niet in alle kamers waar nodig, zonwering aangebracht.

Vaststellingen

Er werd zonnewering aangebracht in alle kamers waar nodig.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

De traphallen in de oude vleugels zijn gelegen in het midden van het gebouw en zijn volledig open.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd. De gesprekspartner meldt dat vanuit de groep Korian onderzocht wordt hoe de trappen beveiligd kunnen worden.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

Er ontbreekt een tweede steun in de sanitaire cellen in de kamers (ook in de nieuwe vleugel).

Vaststellingen

In alle bezochte bewonerskamers waren twee handgrepen aan de toiletten in de sanitaire cellen.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

Er ontbreken steunen in de rolstoeltoegankelijke toiletten in de gemeenschappelijke badkamers. Er ontbreekt een steun in de toiletten aan de cafetaria.

Vaststellingen

Dit is nog steeds het geval op de badkamers (zie de beschrijving hoger in dit verslag). Bij de niet rolstoeltoegankelijke toiletten bij de cafetaria en op afdeling 500 is er geen handgreep.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Bijkomend tekort**Beschrijving**

De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de ramen kunnen niet overal beveiligd worden.

Vaststellingen

In afdeling 100 (gelijkvloers) werd vastgesteld dat er geen beveiliging mogelijk was van de ramen in de bewonerskamers. De ramen kunnen volledig geopend worden. In de raamopening steekt een hor, maar deze biedt onvoldoende beveiliging. In de afdeling 200 (verdieping) werd in verschillende kamers vastgesteld dat de ramen wel beveiligd konden worden. Ook op afdeling 400 was deze mogelijkheid er.

Bijkomend tekort**Beschrijving**

Er zijn niveauverschillen die niet duidelijk worden gesignaleerd.

Vaststellingen

Er zijn verschillende niveauverschillen die gevaar kunnen opleveren voor bewoners maar die niet duidelijk worden gesignaleerd: enkele treden en hellingen aan de overgangen van de inkomhal naar een afdeling en tussen de verschillende afdelingen, alsook een drempel aan de deur van de kleine leefruimten naar de tuin.

Bijkomend tekort**Beschrijving**

De breedte van de gangen voldoet niet aan de voorwaarden.

Vaststellingen

De gangen zijn niet overal voldoende breed zodat twee rolstoelen kunnen kruisen: de gang van afdeling 100 naar de cafetaria is te smal, evenals een gang met helling aan de overgang tussen de oude (200 en 400) en de nieuwe (500) afdelingen.

Bijkomend tekort**Beschrijving**

Niet overal in de gemeenschappelijke ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar.

Vaststellingen

Aan de zit- en leefruimten in de afdelingen en in de rookruimte is geen oproepknop voorzien.

Bijkomend tekort**Beschrijving**

Het aantal rolstoeltoegankelijke gemeenschappelijke toiletten voldoet niet aan de erkenningsvoorwaarden: er zijn geen gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten voorzien bij elke zit- en eetruimte.

Vaststellingen

Aan de zitruimte in de afdeling 100 is geen gemeenschappelijk toilet.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Niet overal in de gemeenschappelijke sanitaire ruimtes is er een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner.

Vaststellingen

In de badkamers op de afdelingen 100, 300 en 400 is er geen oproepknop aan het toilet.

In de badkamer op de afdeling 500 is de oproepknop moeilijk bereikbaar vanuit zitpositie op het toilet.

Naleving regelgeving (niet conform)

- De gemeenschappelijke eet- en leefruimten zijn niet zodanig ingericht dat alle bewoners van een leefgroep comfortabel kunnen zitten - WZC voorwaarde artikel 48,6°,b (WZC voor 2009), artikel 47,6° (WZC na 2009), art. 47/1,§3,2° en art. 47/1,§7,2° (WZC na 2017), art. 48/3,3°,a (indien BE).
- Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepaste bad- en/of douchegelegenheden en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden - WZC voorwaarde art. 48,10° (WZC voor 2009), art. 47,10° (WZC na 2009), art. 47/1,§3,7° en 8° (WZC na 2017).
- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de traphallen zijn niet beveiligd - WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC), art. 47/1, §6,4° en art. 47/1 §7,13°, (WZC na 2017) en art. 48/4,1° (indien BE).
- In de badkamers en gemeenschappelijke toiletten werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien - WZC voorwaarden art. 45,10° (alle WZC), art. 47/1,§8,1° en art. 47/2 (WZC na 2017), art. 48/3,4° (indien BE).
- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de ramen kunnen niet beveiligd worden - WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC), art. 47/1, §6,4° en art. 47/1 §7,13°, (WZC na 2017) en art. 48/4,1° (indien BE).
- Er zijn niveauverschillen die niet duidelijk worden gesignaleerd - WZC voorwaarde art. 45,9° (alle WZC), art. 47/1,§6,2° (WZC na 2017), art. 48/3,5° (indien BE).
- De breedte van de gangen voldoet niet aan de voorwaarden - WZC voorwaarde art. 48,15° (WZC voor 2009), art. 47,15° (WZC na 2009), art. 47/1,§6,3° (WZC na 2017).
- Niet overal in de gemeenschappelijke ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar - WZC voorwaarde art. 45,12° (alle WZC), art. 47/1,§7,11° (WZC na 2017), art. 48/3,19° (indien BE).
- Niet overal in de gemeenschappelijke sanitaire ruimtes is er een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner - WZC voorwaarden art. 45,12° (alle WZC), art. 47/1,§7,11° (WZC na 2017), art. 48/3,19° (indien BE).
- Het aantal rolstoeltoegankelijke gemeenschappelijke toiletten voldoet niet aan de erkenningsvoorwaarden: er zijn geen gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten voorzien bij elke zit- en eetruimte - WZC voorwaarde art. 48,7° (WZC voor 2009), art. 47,7° (WZC na 2009), art. 47/1,§3,5° en 6° (WZC na 2017).

PERSONEEL

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden december 2021 en januari 2022.

Functie	Effectief* 143 wgl	Vereist* WZC 143 wgl	Vereist* BE 85 wgl	Vereist* combinatie WZC-BE- erkenning
Directie	1,00	1,00	-	1,00
Totaal verpleging	13,16	9,53	14,17	18,03
Hoofdvpk/ teamverantw	3,80	-	3,00	3,00
Zorgkundigen	27,54	14,30	14,17	19,97
Ergo	1,20	-	2,83	2,83
Kine	2,37	-		
Logo		-		
Animatie	2,80	2,50	-	2,50
Reactivering		-	0,28	0,28
Onderhoud/keuken	17,41	9,53	-	9,53
Andere:				
Administratieve medewerkers	3,00	-	-	-
Logistieke medewerkers	3,23	-	-	-

* Effectief en vereist personeel in functie van het aantal bezette en/of erkende woongelegenheden (wgl.), uitgedrukt in voltijds equivalent (vte).

Toelichting

- Stagiairs, jobstudenten en personeel dat langdurig afwezig is, werden niet meegerekend in bovenstaande tabel.
- De voorziening heeft meer paramedici of andere functies in dienst dan vereist voor de bijkomende regelgeving. Dit surplus wordt in aanmerking genomen voor de invulling van de bijkomende functie van reactivering.
- Interim-personeel wordt enkel aanvaard ter vervanging van het tijdelijk wegvallen van vast personeel (bij ziekte, vakantie, ...) en in afwachting van een aanwerving. Interim-personeel wordt niet aanvaard als permanente oplossing en werd daarom in bovenstaande tabel niet meegeteld. Voor de beoordeling van de continuïteit van de hulp- en dienstverlening (zie verder in het verslag) werd wel rekening gehouden met het interim-personeel.

Er was inzet van personeel met kortdurende contracten via interim-bureaus in 18 nachten in de maanden december 2021 en januari 2022 tot de datum van inspectie.

Interim-personeel dat structureel en via een langlopend contract wordt ingezet (projectverpleegkundige) wordt wel meegeteld.

- Het hoofd bewonerszorg (1 vte) werd meegerekend als hoofdverpleegkundige.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Er is onvoldoende verplegend personeel: er is een tekort van 4,87 vte - WZC voorwaarde art. 48/8,1° (indien BE).

VEILIGHEID

MEDICATIEVEILIGHEID

Toelichting

- Medicatiebeheer en -bedeling zijn een complex gegeven waarbij het WZC een veelheid aan richtlijnen dient te respecteren. Zorginspectie kan niet alle aspecten in één bevraging aan bod laten komen. Onderstaande items zijn relevant maar niet allesomvattend.
- Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. Elementen die niet dossiergebonden zijn en eerder betrekking hebben op een algemene werkwijze worden op voorzienings- of afdelingsniveau beoordeeld.
- Vaststellingen op basis van het nazicht van: een steekproef van de zorgdossiers, het medicatieopslag- en bedelingssysteem, klaargezette medicatie via steekproef.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens rondgang.
- Vaststellingen op basis van de bevraging van medewerkers.
- Vaststellingen op basis van bijkomende registraties inzake medicatie.

	Ja	Nee	NB	NVT
In het zorgdossier zijn de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie terug te vinden (vb. onder toezicht, eigen beheer, pletten, nuchter, afwijkend tijdstip,...) (geen tegenindicaties). <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
Deze informatie kan op het moment van toedienen van de medicatie geconsulteerd worden. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
In de medicatiefiches en op de medicatiecassettes is vermeld of medicatie onder toezicht moet worden gegeven, of deze geplet moet worden of nuchter moet worden gegeven (om 6.30u).				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Op de medicatiefiche wordt voor "medicatie indien nodig" de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening vermeld. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
Van 2 geneesmiddelen die indien nodig moeten worden gegeven, werd op de medicatiefiche het interval niet vermeld. Van 1 geneesmiddel werden de precieze uren vermeld waarop een bepaalde hoeveelheid moest worden toegediend.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
De registratie van het klaarzetten en het toedienen van de medicatie vertoont hiaten. Er was volgens de gesprekspartners 1 dossier met wisselschema insuline. In het dag- en nachtboek werden de glycemiewaarden geregistreerd, alsook de toegediende eenheden insuline. Alle andere bewoners met diabetes hadden volgens de gesprekspartner een vast schema.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De klaargezette medicatie stemt overeen met de medicatiefiche. (geen tegenindicaties) <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/4,1° (indien BE)</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
In 1 cassette stond een ander geneesmiddel dan was vermeld op de medicatiefiche; het geneesmiddel dat in de cassette zat, moest volgens de fiche stopgezet zijn op 18/1, maar was nog geleverd door de apotheek in de multidose. Een ander geneesmiddel voor diezelfde bewoner, stond niet bij de klaargezette medicatie en was volgens de gesprekspartners niet geleverd door de apotheek.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Medicatie die vooraf wordt klaargezet blijft identificeerbaar tot op het moment van toedienen. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Men hanteert een systeem om de vervaldatum van geneesmiddelen op te volgen. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
Men hanteert een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening (vb. oogdruppels, neusdruppels) op te volgen. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
De gesprekspartner geeft aan dat de medicatie om de 6 maanden gecontroleerd wordt op vervaldatum. De laatste controle vond plaats op 5 augustus 2021. Er werd vervallen medicatie teruggevonden op de afdeling 300 in de koelkast en in de voorraadkast. Op flesjes van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening wordt een label geplakt met de openingsdatum. Op 1 flesje wordt geen openingsdatum teruggevonden. Een puffer werd geopend op 15/6/2021 en een flesje oogdruppels werd geopend op 8/7/2021. Nog twee andere flesjes vermelden een openingsdatum in september 2021.				

Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
De medicatiepletter in de verpleegpost op de afdeling 100 was zuiver. In de verpleegpost op de afdeling 300 bevonden zich twee medicatiepletters in de zorgkar; één ervan was zuiver, de andere bevatte medicatieresten.				

Aantal gecontroleerde koelkasten= 2

	Ja	Nee	NB	NVT
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt opgevolgd. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	1/2	1/2 TK	0/2	0/2
Er zijn schriftelijke afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De temperatuur in de koelkast in de verpleegpost aan afdeling 100 werd pas vanaf 10/1 ingevuld. Van de koelkast op afdeling 300 werd de temperatuur dagelijks genoteerd deze maand.				

Naleving regelgeving (niet conform)

- Zie de tekorten (TK) hierboven in de toelichting.

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in de voorziening.

Handhygiëne is de meest doeltreffende algemene maatregel ter preventie van zorginfecties en de verspreiding van (multiresistente) micro-organismen (onder andere bacteriën, virussen en schimmels). Handen kunnen enkel op een efficiënte manier gewassen en ontsmet worden indien aan onderstaande basisvoorwaarden inzake handhygiëne is voldaan.

Materialen en producten

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is een wastafel beschikbaar in: <i>WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)</i>				
- de gemeenschappelijke toiletten <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- badkamers <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 5</i>	4/5	1/5 TK	0/5	0/5
- verpleegpost <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 3</i>	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
- personeelstoilet <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 0</i>	0/0	0/0	0/0	0/0
In de gemeenschappelijke badkamer van afdeling 400 was geen wastafel.				
In de verpleegposten op de afdelingen 100, 300 en 500 was geen wastafel.				

Aantal gecontroleerde wastafels = 7

	Ja	Nee	NB	NVT
Bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost beschikt men over: <i>WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)</i>				
- vloeibare zeep	7/7	0/7	0/7	0/7
- dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	6/7	1/7 TK	0/7	0/7
- instructies handhygiëne	4/7	3/7 TK	0/7	0/7
- aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	6/7	1/7 TK	0/7	0/7
Aan 3 wastafels in het gemeenschappelijk sanitair werden geen instructies handhygiëne opgehangen. In de badkamer op afdeling 300 hing geen dispenser met handdoekjes en was er geen vuilbak.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is handalcohol beschikbaar: <i>WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)</i>				
- bij elke bewonerskamer	☒	☐	☐	☐
- in elke verpleegpost	☒	☐	☐	☐
- in alle gemeenschappelijke leefruimtes	☐	☒ TK	☐	☐
Er is geen handalcohol beschikbaar in de kleine leefruimte aan afdeling 100 en 300. In de andere leefruimten en de cafetaria, aan de verpleegposten en aan de bewonerskamers is telkens wel handalcohol voorzien. In de cafetaria staat een CO2 meter. Aan bezoekers wordt een Covidsafepas gevraagd.				

Medewerkers

Aantal geobserveerde medewerkers = 13

	Ja	Nee	NB	NVT
De algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne worden in de praktijk door de medewerkers nageleefd: • geen armbanden, ringen, uurwerken ter hoogte van de handen en polsen/voorarmen • verzorgde en kortgeknipte nagels • geen nagellak of kunstnagels (inclusief gel- en harsnagels) • werkkledij met korte mouwen <i>WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)</i>	12/13	1/13 TK	0/13	0/13
Eén medewerker droeg armbandjes.				

Gebruik mondneusmaskers

Alle medewerkers die contact hebben met bewoners moeten vanaf het betreden van het WZC een chirurgisch mondneusmasker dragen.

Mondneusmaskers dienen correct gedragen te worden. Ze dienen neus en mond te bedekken en er mag slechts één mondneusmasker tegelijkertijd gedragen worden.

FFP2-maskers met ventiel bieden geen bescherming voor anderen. Zo'n masker beschermt enkel de drager van het masker.

Aantal geobserveerde medewerkers = 13

	Ja	Nee	NB	NVT
De medewerkers die rechtstreeks contact hebben met bewoners dragen het mondneusmasker op een correcte wijze: • een chirurgisch of FFP2 masker • het masker bedekt mond en neus • het masker wordt niet gecombineerd met een ander mondneusmasker <i>WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)</i>	11/13	2/13 TK	0/13	0/13
2 medewerkers droegen niet continu een mondneusmasker.				

Naleving regelgeving (niet conform)

- Zie de tekorten (TK) hierboven in de toelichting.

HULP- EN DIENSTVERLENING

ZORGDOSSIERS

Toelichting

- Het zorgdossier is een belangrijk instrument om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen. De voorziening kiest zelf hoe dit zorgdossier er concreet uit ziet en hoe en waar de informatie samengebracht wordt. Minimaal dient het zorgdossier volgende elementen te bevatten: alle informatie over de toestand, noden en wensen van de bewoner, de concrete afspraken over welke zorg door wie moet worden uitgevoerd, de registraties van de uitgevoerde zorg en de interdisciplinaire afstemming van de zorg. Zorginspectie gaat na hoe het zorgdossier is opgebouwd en gebruikt wordt op de werkvloer. De focus van de bevraging ligt op het nagaan of het zorgdossier consequent wordt bijgehouden en geactualiseerd met het oog op de garantie dat de juiste zorg aan de juiste bewoner wordt geboden. Niet alle elementen kunnen in één bevraging aan bod komen. Er werd daarom een selectie gemaakt van een aantal criteria die ter plaatse worden afgetoetst. Deze selectie is relevant maar niet allesomvattend. Hierbij wordt niet beoordeeld of het zorgdossier voldoet aan alle voorwaarden van de regelgeving m.b.t. de gezondheidszorgberoepen.
- Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. De samenstelling van de steekproef kan variëren afhankelijk van het bevroegde element.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang, bevraging van personeelsleden en toetsing van een steekproef van de zorgdossiers en andere registraties m.b.t. de zorg op de afdeling 300.

Op dit ogenblik wordt het programma Geracc gebruikt voor de elektronische zorgdossiers. Er wordt dit jaar nog een overstap gepland naar het programma Into Care, dat kan gebruikt worden in combinatie met tablets die door het zorgpersoneel kunnen meegenomen worden tijdens de zorg.

Medische- en sociale anamnese

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorgdossier bevat informatie m.b.t. de medische anamnese, huidige diagnose en allergieën. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
Het zorgdossier bevat de sociale anamnese met o.a. informatie over: • loopbaan • hobby's en interesses • samenstelling gezin/belangrijke levensgebeurtenissen. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
In de drie dossiers van de steekproef werd telkens een medische anamnese teruggevonden met de medische voorgeschiedenis en de huidige diagnoses, aan de hand van een duidelijk overzicht van de aandoeningen.				
Ook werd telkens een sociale anamnese teruggevonden, met psychosociale gegevens, familierelaties, beleving t.o.v. de opname, interesses, levensbeschouwing, opleiding, beroep, eet- en slaapgewoonten, taal.				

Zorgplan

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorgplan wordt opgemaakt per zorgmoment. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorgplan bevat - indien nodig - voor alle zorgmomenten actuele instructies m.b.t. wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, continëntie en eten (geen tegenindicaties). <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorgplan bevat -indien nodig- actuele instructies (geen tegenindicaties) m.b.t.: <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>				
- baddag <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
- uit te voeren wondzorg <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
- te meten parameters (op instructie van de arts) <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Op één zorgplan stonden niet de actuele instructies m.b.t. fixatie: er stond één bedsponde vermeld, terwijl er op dit moment twee worden omhoog gezet. Hetzelfde zorgplan vermeldde wondzorg terwijl dit niet meer aan de orde was voor betrokken bewoner. Er werden volgende te meten parameters vermeld in de gecontroleerde zorgplannen: dagelijks bloeddruk meten, glycemie meten. Er werden volgende specifieke zorgen vermeld in de gecontroleerde zorgplannen: afspraken met de familie rond roken; huidverzorging; hoe omgaan met wassen van een bewoner die geen bad of douche wenst; voedingsplan met verschillende keuzemogelijkheden, proteïnedranken en voeding op de kamer laten als extra. In één gecontroleerd zorgplan werd een tandprothese vermeld, terwijl de bewoner deze niet droeg.				

	Ja	Nee	NB	NVT
De zorgplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
Het prestatieschema wordt afgedrukt en meegenomen op de zorgkar.				

Registraties

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorgplan wordt consequent geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
Er zijn hiaten in het aftekenen van de uitgevoerde zorg, zowel tijdens de ochtendzorg als de avondzorg. De gesprekspartner deelt mee dat de zorgen gegroepeerd moeten worden afgetekend op de computer in de verpleegpost na het uitvoeren van de zorg aan alle bewoners. Dit gebeurt niet consequent.				

Aantal gecontroleerde parameters = 4

	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/4,1° (indien BE)</i>	1/4	3/4 TK	0/4	0/4
In een dossier waar de bloeddruk van de bewoner dagelijks gemeten moest worden, werden in de maanden oktober, november en december 2021 respectievelijk twee, twee en één registraties hieromtrent teruggevonden. In een dossier waarbij drie maal per dag de glycemie gemeten moest worden, bleek uit een steekproef dat dit in december zelden gebeurde. De week voorafgaand aan het inspectiebezoek waren wel 3 waarden per dag geregistreerd. Bij een andere bewoner werden maximaal 2 glycemiewaarden opgetekend op de dagen dat er vier metingen hadden moeten plaatsvinden. In een vierde dossier werd de glycemie dagelijks gemeten en geregistreerd zoals voorgeschreven door de arts.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
Bij een bewoner met een hoog gewicht werd om de 14 dagen het gewicht genomen en overlegd met de diëtiste. Bij een bewoner met een zeer laag gewicht werd eveneens om de 14 dagen het gewicht genomen; er werd bij de observaties vermeld dat deze bewoner beter eet als ze aan een buffet zelf kan kiezen, dat ze de hele dag in kleine beetjes eet en dat haar eten niet mag afgeruimd worden zodat ze nadien nog kan eten. Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat deze bewoner inderdaad aan de maaltijdkar in de gang bij haar kamer verschillende keuzes kreeg, en een andere keuze maakte dan het menu vooropstelde. Bij een derde bewoner werd het gewicht ook om de 14 dagen geregistreerd, maar dit vertoonde grote schommelingen; na nazicht bleek dat de bewoner soms wel, soms niet met rolstoel gewogen wordt.				

Observaties

	Ja	Nee	NB	NVT
Volgende disciplines noteren observaties m.b.t. de toestand van de bewoner in het zorgdossier: <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>				
- verpleegkundigen	☒	☐	☐	☐
- zorgkundigen	☒	☐	☐	☐
- kinesitherapeut(en)	☒	☐	☐	☐
- ergotherapeut(en)	☒	☐	☐	☐
- animatiedeskundige(n).	☒	☐	☐	☐

Procedure fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen

	Ja	Nee	NB	NVT
Men heeft een procedure fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen die minstens de volgende elementen bevat: <i>SMK 4.2 (alle WZC) en WZC voorwaarde 48/22 (indien BE)</i>				
- definitie fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen (conform de definitie binnen het Vlaams indicatoren project WZC)	☒	☐	☐	☐
- te doorlopen stappen in het besluitvormingsproces waaronder het onderzoeken van oorzaken en het overwegen van alternatieven	☒	☐	☐	☐
- overleg met bewoner en/of familie	☒	☐	☐	☐
- wijze en periodiciteit van de evaluatie.	☒	☐	☐	☐
De procedure voorziet de periodiciteit voor de evaluatie als volgt: Eerste evaluatie: 1 dag na opstart fixatie. Tweede evaluatie: 1 week na opstart fixatie. Derde evaluatie: 1 maand na opstart evaluatie. Nadien maandelijks evaluatie (exclusief bedhekken, hiervoor is er jaarlijkse evaluatie).				

Praktijk fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoner en/of familie werd(en) betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en). <i>WZC voorwaarde art. 25,5° en SMK 2.2 (alle WZC)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
Uit de gecontroleerde zorgdossiers waarin de ondertekende fixatieformulieren worden bewaard, blijkt dat familie werd betrokken bij beslissingen omtrent bedsponden.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	2/3	1/3 AP	0/3	0/3
In één dossier ontbrak de handtekening van de arts op het fixatieformulier. In twee dossiers kon wel worden aangetoond dat de arts akkoord was met de fixatiemaatregelen.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen worden aantoonbaar periodiek geëvalueerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 en art. 48/22 (indien BE)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
Uit de registraties in de drie gecontroleerde dossiers bleek dat de fixatiemaatregelen maandelijks geëvalueerd werden.				

Wondzorg

	Ja	Nee	NB	NVT
In geval van wondzorg wordt er voor elke wonde een wondzorgfiche opgemaakt (geen tegenindicaties). <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> Aantal gecontroleerde dossiers = 2	3/2	0/2	0/2	0/2
De wondzorgfiche vermeldt: <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> Aantal gecontroleerde wondzorgfiches = 3				
- startdatum	3/3	0/3	0/3	0/3
- beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
- aard van de behandeling	3/3	0/3	0/3	0/3
- frequentie van de behandeling.	3/3	0/3	0/3	0/3
Er was voor elke wonde in de steekproefdossiers een fiche opgemaakt. De plaats en de soort wonde werden wel vermeld, maar niet de grootte en de diepte.				

Aantal gecontroleerde wondzorgfiches = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De evolutie van de wonde is af te leiden uit de observaties in het zorgdossier. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
Er werden sporadisch observaties genoteerd in het dagboek hoe de wonde erbij staat, maar geen consequente opvolging van de wonde en de wondzorg waaruit de evolutie zou kunnen afgeleid worden.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- Zie de tekorten (TK) hierboven in de toelichting.

Aandachtspunten

- Zie het aandachtspunt (AP) hierboven in de toelichting.

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN M.B.T. DE ZORGPRAKTIJK

Toelichting

- Zorginspectie besteedt tijdens de rondgang ook aandacht aan verschillende andere, meer algemene, aspecten van wonen en zorg die niet in de andere modules aan bod komen. Deze aspecten zijn zodanig algemeen en complex dat er op basis van een momentopname geen algemene positieve beoordeling over de totaliteit kan gegeven worden (vb. bewoners krijgen de dagelijkse zorg, zorginstructies worden uitgevoerd,...). Enkel indien er aanwijzingen zijn dat de zorg lacunes vertoont, vermeldt Zorginspectie in deze module de vaststellingen. Er worden geen uitspraken gedaan over de totaliteit van de zorgpraktijk.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang, bevraging van personeelsleden en toetsing van een steekproef van de zorgdossiers en andere registraties m.b.t. de zorg op afdeling 300.

Naleving regelgeving(geen tegenindicaties)

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst, het uurrooster voor de afgelopen en de huidige maand, overzichten inzet interimkrachten en /mailverkeer met interimkantoren.

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is 24u/24u verpleegkundige permanentie. <i>WZC voorwaarde art. 48/9,2° (indien BE)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
Tijdens de nacht is er voldoende personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden (minimaal 1 zorgmedewerker/60 bewoners). <i>WZC voorwaarde art. 40</i>	☐	☒ TK	☐	☐
Er is een actieve nachtdienst. <i>WZC voorwaarde art. 40</i>	☒	☐	☐	☐
In de uurroosters wordt structureel overlapping voorzien tussen de verschillende diensten in functie van de informatieoverdracht.	☒	☐	☐	☐
Er was geen verpleegkundige aanwezig op 29 december 2021 en 21 januari 2022 van 20.15 tot 21.00u.				
Op 17 december 2021 en 13 en 15 januari 2022 waren er 2 i.p.v. 3 zorgmedewerkers gedurende de nacht.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- Zie de tekorten (TK) hierboven in de toelichting.

OBSERVATIES RONDGANG

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang.

BEJEGENING

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners zijn goed gepositioneerd. <i>SMK 1.3 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De bewoners zien er uiterlijk verzorgd uit. <i>SMK 1.3 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De bewoners worden respectvol bejegend. <i>SMK 1.3 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
De privacy van de bewoner wordt gerespecteerd (vb. er hangt geen persoonlijke info over de bewoner uit op plaatsen waar bezoekers of andere bewoners dit kunnen lezen, geen inkijk, afscheiding tussen 2 bedden, dossiers worden veilig bewaard...).	☐	☒	☐	☐
<i>WZC voorwaarde art. 46 en SMK 1.2 (alle WZC), art 48, 2°, d (WZC voor 2009), art 47,5° (WZC na 2009), en 47/1,§1,4° en 47/1,§2,4° (WZC na 2017)</i>		TK		
Indien incontinentiemateriaal in de individuele sanitaire cellen of in de gemeenschappelijke toiletten en badkamers wordt opgeborgen, gebeurt dit discreet. <i>SMK 1.3 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Er werd info over verzorging van de bewoner aangetroffen in een sanitaire cel van de kamer. In de badkamer op afdeling 500 is er inkijk mogelijk langs het raam naast het bad. Er werd geen incontinentiemateriaal open aangetroffen op bewonerskamers, sanitaire cellen of gemeenschappelijke sanitaire ruimtes. Op al deze plaatsen was dit discreet opgeborgen.				

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB	NVT
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten. <i>WZC voorwaarde art. 27,2° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De maaltijden worden zo nodig gemalen, gemixt, geblixt, gesneden,... . <i>WZC voorwaarde art. 27,2° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Er worden naast het menu verschillende alternatieven aangeboden: vis, vlees, ei, verschillende groenten. Er werd vastgesteld dat voor een bewoner de maaltijd geblixt werd aangeboden.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Er wordt een huiselijke en rustige sfeer gecreëerd tijdens de maaltijd. <i>SMK 1.3 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Er zijn aangepaste hulpmiddelen beschikbaar voor het maaltijdgebeuren. <i>SMK 5.7 (alle WZC) en WZC voorwaarde art. 48/4,1° (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
Het ontbijt en het avondmaal wordt gegeten op de kamer. Wekelijks wordt er een verwenontbijt georganiseerd in een leefruimte op het gelijkvloers. Dit gebeurt voor elke afdeling op een andere dag. Voor het middagmaal gaan de bewoners die goed zelfstandig kunnen eten volgens de gesprekspartner meestal naar de cafetaria. Deze is ruim en ingericht met vele kleine tafels, waarop verschillende dranken staan en bloemen. Er wordt aan tafel bediend, rekening houdend met de keuze van de bewoners. Er heerst een gezellige sfeer tijdens het middagmaal. De bewoners die minder goed zelfstandig kunnen eten, krijgen hun middagmaal op de afdeling; zij kunnen de maaltijd gebruiken in kleine leefruimten of in hun kamer. Er werd vastgesteld dat zowel in deze leefruimten als in de kamers hulp werd geboden bij de maaltijd. Er zijn aangepaste hulpmiddelen beschikbaar op de afdelingen: bordranden, bekers. Er werd ook vastgesteld dat op de maaltijdkar in de afdelingen verschillende keuzemogelijkheden werden aangeboden (vlees, vis, ei, verschillende groenten) en warm gehouden in een bain marie. Op de afdelingen kunnen er kookactiviteiten worden aangeboden dankzij een verrijdbare keuken.				

BEWONERSKAMERS

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoner beschikt steeds over drinkbaar water. Het water moet beschikbaar gesteld worden in een voor de bewoner gemakkelijk te hanteren recipiënt dat -indien nodig- binnen handbereik gebracht wordt. <i>WZC voorwaarde art. 27, 4° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De bewoner kan vanuit het bed het licht bedienen. <i>WZC voorwaarde art. 45,13° (alle WZC) , art. 47/1,§7,7° (WZC na 2017), art. 48/3,11° (indien BE)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
In verschillende bezochte bewonerskamers kon de bewoner niet vanuit het bed aan het licht. De bewoners meldden dat zij 's nachts in het donker uit bed dienden te komen om zo het licht van de badkamer aan te doen. In sommige kamers kon het licht bediend worden aan het toestel met verlengsnoer waarop ook de oproepknop zich bevindt.				

VERWARMING, VENTILATIE, VERLICHTING EN ONDERHOUD

	Ja	Nee	NB	NVT
In alle lokalen is de verwarming, ventilatie en verlichting aangepast aan de bestemming van het lokaal (geen tegenindicaties). <i>WZC voorwaarde art. 45,5°,6°,7° (alle WZC), art. 47/1,§8,5°,6°,7°,10° (WZC na 2017), art. 48/3,11°, 12°, 13°,14° en 20° (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
De gebouwen en de lokalen worden regelmatig onderhouden: <i>WZC voorwaarde art. 45,2° en 3° (alle WZC) en art. 47/1,§1,2° en 3° (WZC na 2017)</i>				
- dagelijks onderhoud	☒	☐	☐	☐
- structureel onderhoud.	☐	☒ TK	☐	☐
Tijdens de rondgang kon vastgesteld worden dat het dagelijks onderhoud op de dag van het inspectiebezoek in orde was.				
Er is nog steeds een probleem bij het structureel onderhoud. Men is bezig met grote renovatiewerken in een gang, die nu niet bewoond wordt. Maar ook in de bewoonde gedeelten zijn veel ruimten waar gebreken zijn en/of werken begonnen zijn en nog niet afgewerkt werden: - het plafond werd opengemaakt, er liggen elektriciteits- en internetkabels bloot in het plafond en op de muur in een berging en personeelskeuken in de afdeling 100; het slot op de deur van deze ruimte is verwijderd; - het toilet is stukgebroken in de badkamer op afdeling 400; - het email van het bad in de badkamers van afdelingen 200 en 400 vertoont sporen van slijtage; - het bad in de badkamer op de afdeling 300 kan niet omhoog gezet worden want dan lekt het; dit hangt op een briefje in de badkuip; - in een aantal bewonerskamers en individuele sanitaire cellen werkt het licht niet naar behoren.				

VEILIGHEID

	Ja	Nee	NB	NVT
Men neemt de nodige maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen, rekening houdend met hun toestand: <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC), art. 48,8° (WZC voor 2009), art. 47,8° (WZC na 2009), art. 47/1,§4,1° (WZC na 2017) en art. 48/4,1° (indien BE)</i>				
- medicatie en verzorgingsproducten worden veilig bewaard	☒	☐	☐	☐
- onderhoudsproducten worden veilig bewaard.	☒	☐	☐	☐
De medicatie wordt bewaard in met codeslot afgesloten ruimten achter de verpleegposten. De verdoovende medicatie wordt bewaard in een kluis.				

INFORMATIE VOOR BEWONERS

	Ja	Nee	NB	NVT
Het menu wordt ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld. <i>WZC voorwaarde art. 27,3° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Het animatieprogramma wordt bekendgemaakt. <i>SMK 1.15 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De gegevens van de Woonzorglijn worden op een zichtbare plaats uitgehangen. <i>WZC voorwaarde art. 26§3 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Volgende zaken zijn geafficheerd: • dagprijzen • extra vergoedingen • regeling van de voorschotten ten gunste van derden <i>WZC voorwaarde art. 32 (alle WZC)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
Het menu en het animatieprogramma wordt geafficheerd in de cafetaria en in de gang van de afdelingen. De gegevens van de woonzorglijn en de dagprijzen worden geafficheerd in de inkomhal, maar niet de extra vergoedingen en de regeling van de voorschotten ten gunste van derden.				

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN

Naleving regelgeving(niet conform)

- Zie de tekorten (TK) hierboven in de toelichting.

DOCUMENTENFICHE

DOCUMENTEN INSPECTIE

Toelichting

- De onaangekondigde inspectie verliep in een constructieve sfeer. Alle gevraagde informatie werd ter beschikking gesteld.

Naleving regelgeving(conform)