

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	De Plataan
Adres	Meensesteenweg 74, 8870 Izegem
Dossiernummer	523.101

INRICHTENDE MACHT

Naam	ZORG IZEGEM
Juridische vorm	Ver.OCMW
Adres	Kokelareststraat 2, 8870 Izegem

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 24/05/2022 (10:00-14:00)
Datum laatste vaststelling	09/06/2022

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	woongegelegenhe(i)d(en)
WZC	woonzorgcentrum
WZD	woonzorgdecreet
ZK	zorgkundige(n)

SITUERING

Erkenningsgegevens WZC:

Capaciteit WZC-erkenning	180
Capaciteit bijkomende erkenning	119

Andere erkenningen en toelatingen:

Capaciteit CVK erkenning	2
--------------------------	---

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.

BEZETTINGSGEGEVENEN

	Aantal
Totaal bewoners WZC aanwezig	173
Afwezig	5
Andere	2
2 bewoners in voorlopige opname score NO	
Reële bezetting WZC *	180
Capaciteit erkend kortverblijf	2
Bezetting aangemeld herstelverblijf	
Totale bezetting **	182

* Reële bezetting WZC = Totaal aantal aanwezige bewoners WZC + aantal afwezigen + 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
15	14	77	32	39	0	1	0

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	84
Niet-bejaarde bewoners	8
Zelfredzame partners	0
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.

BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 58,§1

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: er werd een rondgang gemaakt doorheen de afdeling 'Picasso'.
- 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).

ALGEMENE GEGEVENS

Regelgeving van toepassing

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

Wijzigingen infrastructuur sinds vorig inspectiebezoek

Wifi werd volledig vernieuwd in de voorziening.

Er werd een nieuwe centrale keuken geplaatst in 2016.

Er werd overal ledverlichting geïnstalleerd en zonnepanelen op het dak in 2021.

De hoofdleidingen van het sanitair warm water werden vernieuwd i.k.v. legionellabeheersing (2021)

Er werden toestellen voor klimaatbehandeling geïnstalleerd op 4 van de 5 afdelingen (2021)

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- CVK
- GAW
- DVC

INDELING GEBOUW

Kamertype	Aantal	Totaal
Eenpersoonkamers	182	x1 = 182
Kortverblijfkamers	2	x1 = 2
		184

	Ja	Nee	NB	NVT
Het maximum aantal bewoners dat verblijft op een	☒	☐	☐	☐

tweepersoonskamer wordt gerespecteerd.

WZC voorwaarde art. 48,5° (WZC voor 2009), art. 47,4° (WZC na 2009),
art. 47/1,§2,5° (WZC na 2017)

Aantal afdelingen	5
-------------------	---

Afdeling	Aantal
Van Gogh	36
Ensor	36
Matisse	36
Delvaux	38
Picasso	38

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de gemeenschappelijke badkamers en de gemeenschappelijke, niet rolstoeltoegankelijke toiletten is telkens slechts 1 handgreep voorzien.

Vaststellingen

Uit de rondgang blijkt dat deze situatie nog niet werd gewijzigd.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Bijkomend tekort

Beschrijving

De traphallen en toegangen zijn niet beveiligd in het kader van valpreventie.

Vaststellingen

De(zij) traphallen op de afdeling zijn beveiligd met een codeslot. De hoofdingang van de afdeling die verbinding maakt met de traphal naar het gelijkvloers en het atrium aan de hoofdingang, waar de cafetaria is gelegen, is niet beveiligd. Op het moment van de inspectie staat de dubbele deur open (met magneetknop). Deze deur kan niet afgesloten worden.

Bijkomend tekort

Beschrijving

In de gemeenschappelijke badkamer op afdeling Picasso is geen spiegel voor bewoners in rolstoel voorzien.

Bijkomend tekort

Beschrijving

In de individuele sanitaire cellen is telkens maar 1 handgreep aanwezig naast het toilet.

Besluit

Ook in WZC met infrastructuur voor 2015 moeten nu twee armsteunen aanwezig in de individuele sanitaire cellen tenzij in het zorgdossier wordt aangetoond dat de betrokken bewoner geen nood heeft aan een tweede steun. Dit is nog mogelijk tot einde 2022. Vanaf

31/12/2022 moeten alle WZC voldoen aan de bijlage 11, art. 55, en moeten er dus overal 2 armsteunen voorzien worden.

Naleving regelgeving (niet conform)

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

PERSONEEL

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst en de uurroosters voor de maand april en mei 2022.

Functie	Effectief* 182 wgl	Vereist* WZC 182 wgl	Vereist* BE 119 wgl	Vereist* combinatie WZC-BE- erkenning
Directie	1,00	1,00	-	1,00
Totaal verpleging	25,50	12,13	19,83	24,03
Hoofdvpk/ teamverantw	4,90	-	4,00	4,00
waarvan vpk	4,90	-	1,00	1,00
Zorgkundigen	42,95	18,20	19,83	26,13
Ergo	5,40	-	3,97	3,97
Kine	1,60	-		
Logo	0,16	-		
Animatie	3,50	2,75	-	2,75
Reactivering	0	-	0,40	0,40
Onderhoud/keuken	28,50	12,13	-	12,13
Andere:				
Maatschappelijk werker	1,00	-	-	-
Administratieve medewerkers	3,25	-	-	-
Logistieke medewerkers	0,75	-	-	-
Kwaliteits- coördinator	0,80	-	-	-
medewerkers cafetaria	1,00	-	-	-

* 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.

Naleving regelgeving (conform)

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.

	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>	☒	☐	☐	☐
De map met de afgedrukte medicatiefiches wordt meegenomen op de medicatiekar tijdens de bedeling van de medicatie.				

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>	3/3	0/3	0/3	0/3

	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 = 4</i>	3/4	1/4 TK	0/4	0/4
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	4/4	3/4 TK	0/4	0/4

<i>Aantal gecontroleerde dossiers = 4</i>				
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 = 0</i>	0/0	0/0	0/0	0/0
De medicatie wordt klaargezet door de apotheek. Siropen, druppels maar ook antibiotica of andere tijdelijke medicatie kunnen eventueel nog klaargezet worden in de voorziening. Het klaarzetten wordt niet geregistreerd in de voorziening. Uit het nazicht blijkt dat er regelmatig hiaten zijn in de registratie voor toediening.				

<i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	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
Eén van de nagekeken fiches blijkt ondertussen al gewijzigd. In de controlemap zit nog altijd de gedateerde fiche.				

	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>	☒	☐	☐	☐
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>	☒	☐	☐	☐
Een van de uit te voeren taken die gemiddeld om de drie maanden wordt uitgevoerd is de controle van vervallen medicatie. Op de geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening wordt de vervaldatum geschreven.				

<i>Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 1</i>	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
Er wordt zeer weinig medicatie geplet.				

<i>Aantal gecontroleerde koelkasten= 1</i>	Ja	Nee	NB	NVT
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt opgevolgd. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	0/1	1/1 TK	0/1	0/1
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>	☐	☒ TK	☐	☐
De temperatuur wordt niet opgevolgd op de afdeling. Volgens de hoofdverpleegkundige gebeurt dit wel maandelijks door de apotheek. Er zijn geen afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin de medicatie wordt bewaard.				

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 = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- badkamers <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- verpleegpost <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 1</i>	0/1	1/1 TK	0/1	0/1
- personeelstoilet <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 0</i>	0/0	0/0	0/0	0/0

Aantal gecontroleerde wastafels = 4

	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	4/4	0/4	0/4	0/4
- dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	4/4	0/4	0/4	0/4
- instructies handhygiëne	4/4	0/4	0/4	0/4
- aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	4/4	0/4	0/4	0/4

	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	☒	☐	☐	☐

Medewerkers

Aantal geobserveerde medewerkers = 8

	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)	6/8	2/8 TK	0/8	0/8

• werkkledij met korte mouwen WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)				
Tijdens de rondgang en in de cafetaria werd opgemerkt dat 2 zorgmedewerkers (in uniform) respectievelijk een ring of een polshorloge droegen.				

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 = 3	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 WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)	3/3	0/3	0/3	0/3

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 bevraagde 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 afdeling x.

Medische- en sociale anamnese

Aantal gecontroleerde dossiers = 2	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>	2/2	0/2	0/2	0/2
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>	0/2	2/2 TK	0/2	0/2
Deze is niet opgenomen in het elektronisch zorgdossier, de medische anamnese is wel te consulteren in het papieren zorgdossier in de verpleegpost. Er kon geen sociale anamnese voorgelegd worden tijdens de inspectie, deze informatie is niet opgenomen in het elektronisch of papieren zorgdossier en bijgevolg ook niet vrij te consulteren voor de zorgmedewerkers. Volgens de hoofdverpleegkundige is er vermoedelijk wel een sociale anamnese in het sociaal dossier van de maatschappelijk werker. Allergieën staan genoteerd op de medicatiefiche.				

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, continentie 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 = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- uit te voeren wondzorg <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
- te meten parameters (op instructie van de arts) <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2

	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>	☐	☒ TK	☐	☐
Momenteel is niet meer mogelijk om de zorgplannen te consulteren, af te tekenen of observaties in te voeren tijdens de zorg.				

Registraties

Aantal gecontroleerde dossiers = 6

	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>	1/6	5/6 TK	0/6	0/6
Uit het nazicht blijken diverse hiaten in de registraties van de uitvoering van de zorg.				

Aantal gecontroleerde parameters = 1

	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>	1/1	0/1	0/1	0/1
De glycemiemeting (3 x per dag) werd gecontroleerd in één dossier. Uit het nazicht blijkt dat dit op twee plaatsen wordt genoteerd en afgetekend: 1x op papier en 1x in het elektronisch dossier. Dit laatste bleek onvolledig. Op papier waren wel alle waarden ingevuld voor de voorbije dagen.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 2

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC)</i>	1/2	1/2 TK	0/2	0/2
Uit de maandelijkse gewichtscurves bleek dat in 1 dossier er geen registratie was opgenomen voor de maand maart (de waarden voor de voorbije drie maanden werden gecontroleerd).				

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)	☐	☒ TK	☐	☐
- 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.	☒	☐	☐	☐
In de procedure ontbreekt een definitie. De evaluatie gebeurt volgens de procedure in het dagelijks overleg en het maandelijks				

interdisciplinair overleg.

Praktijk fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen

Aantal gecontroleerde dossiers = 1

	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>	1/1	0/1	0/1	0/1

Aantal gecontroleerde dossiers = 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	1/1	0/1	0/1	0/1

Aantal gecontroleerde dossiers = 2

	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>	2/2	0/2	0/2	0/2
Dit gebeurt in het multidisciplinair overleg (maandelijks voor een vijftal bewoners).				

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 = 1	1/1	0/1	0/1	0/1
De wondzorgfiche vermeldt: <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> Aantal gecontroleerde wondzorgfiches = 1				
- startdatum	1/1	0/1	0/1	0/1
- beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	1/1	0/1	0/1	0/1
- aard van de behandeling	1/1	0/1	0/1	0/1
- frequentie van de behandeling.	1/1	0/1	0/1	0/1

Aantal gecontroleerde wondzorgfiches = 1

	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>	0/1	1/1 TK	0/1	0/1
De observaties worden genoteerd in het dagboek waardoor de evolutie tussen de andere observaties staat.				

Naleving regelgeving(niet conform)

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

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN M.B.T. DE ZORGPRAKTIJK

Vaststellingen

Men kan niet aantonen dat:

- de zorgtaken uitgevoerd worden door gekwalificeerd personeel
Verpleegkundige taken zoals wondzorg, dauerbindes, klaarzetten van medicatie in de voorziening worden ook uitgevoerd door zorgkundigen.

Naleving regelgeving(niet conform)

- Men kan niet aantonen dat de zorgtaken uitgevoerd worden door gekwalificeerd personeel - SMK 5.4 (alle WZC) .

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

	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 werd vastgesteld dat volgens de uurroosters op woensdag 6 april geen verpleegkundige aanwezig was gedurende de nacht. Onder andere op zondag 10 april en dinsdag 12 april, werkte de verpleegkundige nachtdienst slechts tot 4.45 u. Tot de start van de verpleegkundige vroegdienst is dan geen verpleegkundige permanentie aanwezig in de voorziening (ten vroegste om 6.40 u). Per begonnen schijf van 60 bewoners dient 1 nachtdienst aanwezig te zijn. Bij een volledige, erkende bezetting zijn minimaal 4 nachtdiensten aanwezig. Op de campus is eveneens een GAW gebouw aanwezig, er werd niet bevraagd of de nachtdienst van het WZC hier de nachtpermanentie opneemt. Volgens de uurroosters van april en mei 2022 zijn tijdens de nacht 3 of vier nachtdiensten aanwezig. De nachtdiensten werken in principe van 20.45 u tot 6.45 u. Soms is er een verkorte nachtdienst van 20.45 u tot 4.45 u. Dit is meestal de vierde persoon maar uit het nazicht blijkt dat er soms slechts 2 nachtdiensten tot 6.45 u zijn en één of twee nachtdiensten tot 4.45 u (onder andere op 10 mei). Dit betekent dat er in de praktijk tussen 4.45 u en 6.45 u te weinig nachtpersoneel aanwezig is. Er wordt 's morgens en 's avonds in principe 5 minuten overlapping voorzien in de uurroosters voor informatieoverdracht.				

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>	☒	☐	☐	☐
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>	☒	☐	☐	☐

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB	NVT
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	☐	☐	☒	☐
De maaltijden worden zo nodig gemalen, gemixt, geblixt, gesneden,... <i>WZC voorwaarde art. 27,2° (alle WZC)</i>	☐	☐	☒	☐

	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>	☐	☐	☒	☐

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>	☒	☐	☐	☐

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.	☒	☐	☐	☐

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	☐	☒ TK	☐	☐
- onderhoudsproducten worden veilig bewaard.	☒	☐	☐	☐
Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat de wondzorgkar onbewaakt in de gemeenschappelijke badkamer stond met open deur.				

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>	☐	☐	☒	☐

Naleving regelgeving(niet conform)

- Zie het tekort (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)