

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	Dilhome
Adres	Baron R. de Vironlaan 101, 1700 Dilbeek
Dossiernummer	214.106

INRICHTENDE MACHT

Naam	ORELIA ZORG
Juridische vorm	NV
Adres	Selsaetenstraat 50 B, 2160 Wommelgem

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 17/08/2022 (9:45-16:00)
Datum laatste vaststelling	31/08/2022

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	woongelegenheden
WZC	woonzorgcentrum
WZD	woonzorgdecreet
ZK	zorgkundige(n)

SITUERING

Erkenningsgegevens WZC:

Capaciteit WZC-erkenning	94
Capaciteit bijkomende erkenning	62

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	90
Afwezig	
Andere	
Reële bezetting WZC *	90
Bezetting aangemeld herstelverblijf	
Totale bezetting **	90

* 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
11	23	17	11	28	0	0	0

PROFIEL BEWONERS

	Aantal			
Bewoners met dementiesyndroom	42			
	Ja	Nee	NB	NVT
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd. <i>Woonzorgdecreet art. 39,§2,6°</i>	☒	☐	☐	☐

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: steekproef van gemeenschappelijke delen en bewonerskamers in beide gebouwen.
- 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).
- Op het moment van de inspectie was het warmteactieplan door de Vlaamse Overheid geactiveerd daarom werd er extra aandacht besteed aan het nakijken van de zonnewering en de geklimatiseerde ruimte.

ALGEMENE GEGEVENS

Regelgeving van toepassing

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

Globale beschrijving van de infrastructuur

Het WZC bestaat uit:

- een kleiner ouder gebouw (gerenoveerd in 1996), gelegen aan de Appelmanslaan,
- een groot nieuwer gebouw (bouwvergunning voor 2009, werking opgestart in 2010), gelegen aan de Baron Vironlaan.

Tussen beide gebouwen is een afgesloten tuin.

Het oudere gebouw wordt gebruikt als beschermde afdeling voor de opvang van bewoners met dementie.

Het gebouw is op zich nog eens verdeeld in een niet-vernieuwde kant langs de straatzijde en een vernieuwde kant langs de tuinzijde. Daardoor zijn er ook nieuwere kamers (met vernieuwde ramen met sloten en rolstoeltoegankelijke badkamers) en oudere kamers (zonder ramen die op slot kunnen, zonder aparte badkamer of rolstoeltoegankelijke badkamer).

- In de kelderverdieping bevindt zich o.a. de gemeenschappelijke badkamer. Het toilet heeft hier maar 1 handgreep.

- Op het gelijkvloers zijn er een paar bewonerskamers, de verpleegpost, de gemeenschappelijke eet- en zitruimte en cafetaria. Er is gemeenschappelijk sanitair.

Een kamer op het gelijkvloers van het oudere gebouw heeft, naast een groot raam, ook een lichtkoker. Deze lichtkoker geeft in een iets donkerder deel van de kamer extra lichtinval, maar is net boven een bed. De lichtkoker kan niet afgesloten worden waardoor de kamer onvoldoende verduisterd kan worden.

- Op de eerste verdieping en tweede verdieping zijn er bewonerskamers.

De lift is geschikt voor een rolstoelgebruiker met begeleider.

Het nieuwere gebouw is gebouwd in L-vorm en telt 4 verdiepingen en een kelder.

- In de kelderverdieping bevinden zich o.a. de garage, technische lokalen en personeelslokalen, de kineruimte en gemeenschappelijk sanitair.

- Op het gelijkvloers zijn er bureaus, verpleegpost met ruimte voor medicatie en met onthaalbalie, hall met cafetaria, restaurant met daarachter de keuken, gemeenschappelijk sanitair waaronder ook een

rolstoeltoegankelijk toilet, living/zithoek met elektrische open haard , kapsalon, multifunctionele ruimte (voornamelijk voor activiteiten).

Naast deze laatste ruimte is er een kleine zijgang met 2 voormalige kamers kortverblijf. Deze eenpersoonskamers hebben nu een eigen sanitaire ruimte. Naast deze kamers is er 1 gemeenschappelijke badkamer (inloopdouche).

- Op de eerste en tweede verdieping zijn er telkens bewonerskamers, een gemeenschappelijke badkamer, bergingen en een gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet.

- Op de derde verdieping zijn er 2 grote tweepersoonskamers en 1 zeer grote eenpersoonskamer (42 m²). In dit gebouw zijn de kamers volledig uitgerust met inbouwkast met koelkast, elektrisch hoog/laagbed, nachtkastje, tafel, stoel, zetel.

De sanitaire cel heeft een wand die volledig kan geopend worden naar de kamer. Er is een inloopdouche, rolstoeltoegankelijke lavabo en hangtoilet. Het licht gaat automatisch aan in de sanitaire cel.

De bewoners hebben een afstandsbediening voor de bediening van het bed, de zonnewering en het oproepsysteem. Er is aansluiting mogelijk op telefoon, radio en TV en internet.

Er zijn 2 liften voor liggend vervoer.

ZONNEWERING EN GEKLIMATISEERDE LEEFRUIMTE

*WZC voorwaarde art. 45,8° (alle WZC), art. 47/1,§8,12° (WZC na 2017)
en art. 48/3,14°,c (indien BE)*

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is een systeem van zonnewering voorzien.	☒	☐	☐	☐
De zonnewering laat zicht op de buitenwereld toe.	☒	☐	☐	☐
De zonnewering voorkomt oververhitting van de bewoners.	☒	☐	☐	☐
De zonnewering voorkomt verblinding van de bewoners(WZC na 2009).	☐	☐	☐	☒
De zonnewering werd overal waar nodig geïnstalleerd.	☐	☒ TK	☐	☐
Er is aangepaste zonnewering (buitenscreens) in het nieuwere gebouw.				
In het oudere gebouw is er geen systeem van zonnewering. Op 2 kamers zijn er rolluiken aan de ramen, maar dit kan niet als aangepaste zonnewering beschouwd worden. Op een aantal plaatsen is men bezig met het plaatsen van een folie.				

	Ja	Nee	NB	NVT
In geval van een hittegolf is een geklimatiseerde ruimte beschikbaar die voldoende groot is voor alle bewoners van wie de verblijfsruimten de vereiste temperatuur niet halen. <i>WZC voorwaarde art. 47/1,§8,11° (WZC na 2017), art. 48/3,14°,b (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
Zowel in het oudere gebouw als in het nieuwere gebouw is er airco in de gemeenschappelijke zitruimten. Concrete temperaturen: zie item hitteplan in praktijk.				

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Bijkomende woongelegenheden werden zonder voorafgaande vergunning en erkenning in gebruik worden genomen - art. 53§1 en 59 van het woonzorgdecreet.

De vorige uitbater had, op de zolderverdieping van het oudere gebouw, niet erkende kamers ingericht als bewonerskamers en 1 ervan was, tijdens de vorige inspectie, in gebruik.

Vaststellingen

De zolderverdieping is niet meer in gebruik. De kamers zijn niet meer als dusdanig ingericht.

Door het niet meer in gebruik zijn van de zolderverdieping vervallen ook de andere tekorten die destijds, specifiek voor die kamers, werden vastgesteld.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de gemeenschappelijke badkamer op het gelijkvloers van het nieuwere gebouw ontbreekt een oproepsysteem.

Vaststellingen

Er werd een oproeppunt geplaatst.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In het oudere gebouw (= beveiligde afdeling) zijn er kamers waarvan de ramen niet kunnen beveiligd worden.

Vaststellingen

Volgens de gesprekspartner werden er slotjes met ketting bijgeplaatst.
De kamers uit de steekproef waren voorzien van een slot.

Bijkomende opmerking: zie aspect veiligheid bij de module Observaties rondgang.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In het oudere gebouw is op kamer 103 het zicht enigszins beperkt, het glasoppervlak van het raam begint op een hoogte van 98 cm i.p.v. maximaal 85 cm.

Vaststellingen

De situatie is onveranderd.

Besluit

Dit tekort is niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niet alle kamers beschikken over een aparte sanitaire cel, aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker met minstens een toilet en een wastafel (per bewoner).

In het oudere gebouw zijn er 2 eenpersoonskamer (001, 101) niet uitgerust met een volwaardige badkamer maar hebben een toilet en lavabo op de kamer zonder vaste afscheiding (enkel gordijn).

Op sommige andere oudere kamers is de badkamer onvoldoende rolstoeltoegankelijk.

Vaststellingen

Het betreft vaststellingen in het oudere gebouw.

Kamer 101 is niet meer in gebruik, maar doet dienst als opslagruimte.

Kamer 001 is wel in gebruik. In deze kleine kamer staat een toilet en lavabo, die enkel via een gordijn afgescheiden kan worden van de rest van de kamer.

Er zijn kamers met een heel kleine badkamer die niet rolstoeltoegankelijk is. Er zijn ook kamers waar er een kast onder de lavabo staat waardoor deze niet onderrijdbaar is met een rolstoel.

Er zijn sanitaire cellen met een douche met opstap.

Besluit

Dit tekort is niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de individuele sanitaire cellen is er slechts 1 handgreep aan het toilet, ook bv. bij bewoners die rolstoelgebruiker zijn. Niet in alle gemeenschappelijke badkamers zijn er 2 handgrepen aan het toilet.

Vaststellingen

De situatie is onveranderd.

Besluit

Dit tekort is niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Er is geen rookruimte.

Vaststellingen

Bewoners kunnen roken aan de garage (paar stoelen aan de garagepoort). Deze plaats is echter geen volwaardig ingerichte rookruimte.

Besluit

Dit tekort is niet geremedieerd.

Bijkomend tekort

Beschrijving

De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de trappenhal en lift op de beschermde afdeling is onvoldoende beveiligd.

Vaststellingen

Het betreft vaststellingen in het oudere gebouw (= beschermde afdeling): De trap naar de zolderverdieping geeft uit in de gang met bewonerskamers. De deur van deze trappengang is niet beveiligd. De lift heeft een cijferslot op het gelijkvloers, maar op de verdiepingen niet. Hierdoor kunnen bewoners vanop de verdiepingen naar andere verdiepingen waaronder de kelderverdieping met daar technische ruimten die mogelijks geen veilige omgeving zijn voor verwarde bewoners. In dit gebouw is er op de verdieping een smalle loopbrug tussen twee delen van het gebouw. De reling heeft horizontale baren. Dit houdt een mogelijk gevaar in als bewoners daar zouden overleunen.

Bijkomend tekort**Beschrijving**

De breedte van de gangen voldoet niet aan de voorwaarden.

Vaststellingen

In het oudere gebouw zijn de meeste gangen niet breed genoeg opdat 2 rolstoelgebruikers mekaar kunnen kruisen.

Er is ook een smalle loopbrug tussen 2 delen (79 cm tussen de baren).

Bijkomend tekort**Beschrijving**

De spiegels zijn niet overal aangepast aan rolstoelgebruikers.

Vaststellingen

Niet in elk gemeenschappelijk sanitair hangt er een spiegel of is de spiegel niet aangepast voor een rolstoelgebruiker.

In een aantal individuele sanitaire cellen is de spiegel niet aangepast voor een rolstoelgebruiker.

Bijkomend tekort**Beschrijving**

De voorziening is niet volledig rolstoeltoegankelijk en het niveauverschil wordt niet duidelijk gesignaleerd.

Vaststellingen

Op de derde verdieping van het nieuwere gebouw is er een grote kamer met een groot terras.

Om het terras te betreden is er een hoge trede, die ook niet duidelijk gesignaleerd staat.

Naleving regelgeving (niet conform)

- De zonnewering werd niet overal waar nodig geïnstalleerd - WZC voorwaarde art. 45,8° (alle WZC), art. 47/1,§8,12° (WZC na 2017) en art. 48/3,14°,c (indien BE).
- De hoogte van de raamdorpels in de bewonerskamers laat geen ongehinderd zicht op de buitenwereld toe (het glasoppervlak van het raam begint niet maximaal op een hoogte van 85 cm) - WZC voorwaarde art. 48,13°,c (WZC voor 2009), art. 47,13° (WZC na 2009), art. 47/1, §8,4° (WZC na 2017), art. 48/3,15° (indien BE).
- Niet alle kamers beschikken over een aparte sanitaire cel, aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker met minstens een toilet en een wastafel (per bewoner) - WZC voorwaarde art. 48,1° en 2° (WZC voor 2009), art. 47,2° en 3° (WZC na 2009), art. 48/3, 6° en 8° (indien BE).
- De spiegels in de individuele sanitaire cellen zijn niet overal aangepast aan rolstoelgebruikers - WZC voorwaarde art. 48, 1° en 2° (WZC voor 2009), art. 47,2° en 3° (WZC na 2009), art. 47/2 (WZC na 2017).
- De spiegels in de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten zijn niet overal aangepast aan rolstoelgebruikers - WZC voorwaarden art. 48,7° (WZC voor 2009), art. 47,7° (WZC na 2009), art. 47/2 (WZC na 2017).
- In de individuele sanitaire cellen werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien - WZC voorwaarde art. 45,10° (alle WZC), art. 47/1,§8,1° en art. 47/2 (WZC na 2017), art. 48/3,4° (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: trappenhal en de lift op de beschermde afdeling zijn onvoldoende 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).
- 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).
- In het gebouw van het WZC is er geen volwaardige rookruimte met aangepaste ventilatievoorziening die vlot bereikbaar is voor de bewoners - WZC voorwaarde art. 7 (alle WZC) en art. 47/1, §4,3° (WZC na 2017).
- De voorziening is niet volledig rolstoeltoegankelijk - SMK 5.7 (alle WZC), WZC voorwaarde art. 47/1, §1,5° (WZC na 2017), art. 48/3,6° (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).

PERSONEEL

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst en de uurroosters voor de maand juli en augustus 2022.

Functie	Effectief* 90 wgl	Vereist* WZC 90 wgl	Vereist* BE 62 wgl	Vereist* combinatie WZC-BE- erkenning
Directie	1	1,00	-	1,00
Totaal verpleging	11,20	6,00	10,33	12,20
Hoofdvpk/ teamverantw	2	-	2,00	2,00
waarvan vpk	2	-	1,00	1,00
Zorgkundigen	19,61	9,00	10,33	13,13
Ergo	1,59	-	2,07	2,07
Kine	2,13	-		
Logo		-		
Animatie	2	2,00	-	2,00
Reactivering	0,21	-	0,21	0,21
Onderhoud/keuken	9,53	6,00	-	6,00
Andere:				
onthaalmedewerker/ administratie	0,79	-	-	-

* 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 functie van reactivering wordt opgenomen door een ergotherapeut.
- Er is een tekort van 1 vte verpleegkundigen. Dit tekort vervalt na toepassing van de "substitutieregel" (BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 62, 5° en 6°). Deze regel stelt dat, indien de verpleegkundige 24u-permanentie gewaarborgd is voor het WZC, 1 VTE verpleegkundige (of 1,5 vte indien minstens 7 vte verpleegkundigen in dienst) per 30 bewoners met bijkomende erkenning kan vervangen worden door een ander personeelslid met een gezondheidsberoep.
- De onthaalmedewerker/administratie is maatschappelijk werker.

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.
- 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>	☒	☐	☐	☐

Aantal gecontroleerde dossiers = 5

	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>	3/5	2/5 TK	0/5	0/5
De dosis en/of het interval stonden niet altijd duidelijk weergegeven.				

	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 = 5</i>	3/5	2/5 TK	0/5	0/5
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 = 5</i>	5/5	0/5	0/5	0/5
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 = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
In het nieuwere gebouw wordt de medicatie 's nachts klaargezet door de verpleegkundige op dienst. In het andere gebouw staat er 's nachts een zorgkundige op dienst. Het gebeurt in praktijk soms dat de zorgkundige de medicatie klaarzet en de verpleegkundige met ochtenddienst dan de medicatie nog nakijkt. Aangezien klaarzetten van medicatie een verpleegkundige handeling is, kan de zorgkundige in het systeem deze taak dan ook niet aftekenen.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 5

	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>	5/5	0/5	0/5	0/5

	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 vervaldata 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>	☒	☐	☐	☐
De meeste medicatie wordt door de apotheker via IMV (Individuele medicatievoorbereiding) aangeleverd en ook de restmedicatie stond op een duidelijke wijze klaar (in blister of met duidelijke identificatie). Maandelijks wordt de medicatie door een verpleegkundige nagekeken. Er werd geen vervallen medicatie aangetroffen.				

Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 1

	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

<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>	1/1	0/1	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>	☒	☐	☐	☐

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 = 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 = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
Er is geen wastafel in de verpleegpost in het oudere gebouw. Er is een wastafel in een ingebouwde kast in de gang. Voor de verpleegpost in het nieuwere gebouw werd, tijdens deze inspectie, niet nagegaan of er een wastafel was.				

<i>Aantal gecontroleerde wastafels = 6</i>	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	6/6	0/6	0/6	0/6
- dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	6/6	0/6	0/6	0/6
- instructies handhygiëne	4/6	2/6 TK	0/6	0/6
- aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	1/6	5/6 TK	0/6	0/6
In een gemeenschappelijke badkamer en in een gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet hingen er geen instructies op over het wassen van de handen.				

De vuilbakjes hebben een deksel dat met de hand moet bediend worden.

	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	☐	☒ TK	☐	☐
- in elke verpleegpost	☒	☐	☐	☐
- in alle gemeenschappelijke leefruimtes	☐	☐	☒	☐
In het nieuwere gebouw staan er losse flessen handalcoholgel op de leuning. Dit echter ook niet bij elke kamer waardoor de zorgverlener soms een paar kamers moet voorbij gaan alvorens men de handalcoholgel kan gebruiken.				
In het oudere gebouw (beschermd afdeling) staan er geen flessen handalcohol aan de kamers. Hier staat er per verdieping handalcoholgel in een kast, volgens de gesprekspartner omwille van de bewoners. Dit betekent dat ook hier de zorgverleners niet onmiddellijk aan de kamers toegang hebben tot handalcoholgel.				

Medewerkers

Aantal geobserveerde medewerkers = 10

	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>	10/10	0/10	0/10	0/10

Naleving regelgeving (niet conform)

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

HITTEPLAN

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van het hitteplan.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in de voorziening.
- Vaststellingen op basis van de bevraging van personeel en bewoners.

Hitteplan

	Ja	Nee	NB	NVT
Men beschikt over een hitteplan. <i>WZC voorwaarde art. 24(alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Het hitteplan is systematisch omschreven en bevat de hierna vermelde elementen: • voorwaarden voor in werking treden van het hitteplan (min. vanaf binnentemperatuur van 29°C) • omschrijving maatregelen in geval van hittegolf. <i>WZC voorwaarde art. 24 en SMK 4.2 (alle WZC)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
De maatregelen in het hitteplan hebben minstens betrekking op: • vochttoediening • comfort • temperatuurbeheersing.	☐	☒ AP	☐	☐
Het betreft een summiere procedure. De binnentemperaturen (voor de inwerkingtreding) staan niet expliciet vermeld. Voor de concrete maatregelen verwijst men in de procedure naar het bijbehorende werkvoorschrift. Maar dat werkvoorschrift was niet voor handen in de voorziening. De directeur vroeg dit document op bij de algemene kwaliteitscoördinator, maar die was met vakantie. Deze richtlijnen moeten ter uitvoering gebracht worden in de voorziening dus dient men ter plaatse over dit document te beschikken.				

Hitteplan in de praktijk

	Ja	Nee	NB	NVT
De voorziening kan aantonen dat er verschillende maatregelen, op verschillende domeinen (minimaal m.b.t. vochttoediening, comfort en temperatuurbeheersing) worden genomen om de gevolgen van de hitte voor de bewoners te beperken. <i>WZC voorwaarde art. 24 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De voorziening kan aantonen dat de temperatuur systematisch wordt opgevolgd.	☐	☒ AP	☐	☐
Op de dag van de inspectie was het een bewolkte dag met rond 15u00 een buitentemperatuur van 23,1°C. In het nieuwere gebouw was de temperatuur goed beheersbaar met in de gemeenschappelijke ruimte op het gelijkvloers een binnentemperatuur van 23,7°C. In het oudere gebouw was de warmte van de afgelopen dagen wel binnengedrongen. Zo was het op een bewonerskamer 26,7°C, in de gang 27,7°C en in de verpleegpost 28,2°C. In de gemeenschappelijke leefruimtes met airco was het 24,6°C en 25,°C. De medewerkers waren op de hoogte dat het warmteactieplan van kracht was. Via airco's , zonnewering, gesloten vensters en gordijnen tracht men de temperatuur te beheersen. Er zijn extra drankrondes en bv. activiteiten worden aangepast. Er kon niet aangetoond worden dat de opvolging van de binnentemperaturen systematisch gebeurt.				

Naleving regelgeving (niet conform)

- Zie het tekort (TK) hierboven in de toelichting.

Aandachtspunten

- Zie de aandachtspunten 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 beide afdelingen.

Medische- en sociale anamnese

Aantal gecontroleerde dossiers = 6

	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>	6/6	0/6	0/6	0/6
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>	3/6	3/6 TK	0/6	0/6
Voor 2 bewoners uit de steekproef was er geen informatie betreffende de sociale anamnese. Voor een andere bewoner was deze informatie veel te summier en was er geen informatie over loopbaan en over de gezinssamenstelling/levensgebeurtenissen.				

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>	☒	☐	☐	☐

<i>Aantal gecontroleerde dossiers = 6</i>	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>	6/6	0/6	0/6	0/6

	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 = 6</i>	6/6	0/6	0/6	0/6
- 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 = 4</i>	2/4	2/4 TK	0/4	0/4
- te meten parameters (op instructie van de arts) <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 4</i>	3/4	1/4 TK	0/4	0/4
Voor 1 bewoner stonden de vrijheidsbeperkende maatregelen (verpleegdekken en onrusthekken) niet op het zorgplan. Voor een andere bewoner ontbrak de instructies over de Dauerbinde. De wondzorg stond niet bij het standaardoverzicht van het zorgplan maar verschijnt via een andere weg op de zorgplanning, welke moet uitgevoerd en afgetekend worden. Voor 2 bewoners ontbrak de instructie wondzorg. Verdere toelichting: zie specifieke rubriek wondzorg.				

	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	☐	☐
Via de tablets kan men de zorgplanning raadplegen. Aftekenen gebeurt via de computers. Echter jobstudenten die volgens de planning zelfstandig bewoners verzorgen hebben geen toegang tot het zorgdossier. Zij krijgen een summiere planning. Als medewerkers zelfstandig taken uitvoeren, moet men de volledige instructies met de eventuele aandachtspunten kunnen raadplegen.				

Registraties

<i>Aantal gecontroleerde dossiers = 6</i>	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>	4/6	2/6 TK	0/6	0/6
Bij de zorgkundige taken werden een aantal hiaten vastgesteld. Volgens één van de gesprekspartners is dit ook mede te wijten aan studenten die de zorg niet kunnen aftekenen omdat ze geen toegang tot het elektronisch zorgdossier hebben.				

Aantal gecontroleerde parameters = 2

	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>	2/2	0/2	0/2	0/2
In de steekproef betrof het glycemiewaarden die systematisch moesten gemeten worden. In één dossier stonden deze waarden allemaal in het zorgdossier. In het andere dossier waren er hiaten, maar kon, via de registratie in het toestel, aangetoond worden dat de meting gebeurd was. In kader van een goede opvolging worden deze waarden ook best in het overzicht opgenomen.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 6

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC)</i>	6/6	0/6	0/6	0/6

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).	☒	☐	☐	☐
Alle disciplines noteren observaties. De kinesisten, ergotherapeuten en animatoren linken hun observaties niet altijd aan het globale dagboek waardoor hun bevindingen, die ook voor het ganse team nuttig kunnen zijn, niet altijd onmiddellijk zichtbaar worden voor de andere zorgmedewerkers.				

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.	☐	☒ TK	☐	☐
De overhandigde procedure (update 31/05/2022) omschrijft het beleid maar biedt onvoldoende concrete richtlijnen. Zo is 'Elke vorm van vrijheidsbeperking wordt aanzien als een fixatiemaatregel' zonder bijkomende toelichting wat verstaan wordt onder vrijheidsbeperking te vaag. De procedure voorziet geen concrete periodiciteit voor de evaluatie:				

Op zeer regelmatige basis wordt deze maatregel in interdisciplinair overleg geëvalueerd en bijgestuurd; ...

Elke maatregel dient adequaat te worden opgevolgd onder leiding van de hoofdverpleegkundige. In de evaluatie moet omschreven worden of - en waarom- de maatregel nog geldig is, hoe de bewoner deze ondergaat en wat eventuele negatieve gevolgen zijn.

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
Voor de bewoner wiens vrijheidsbeperkende maatregelen (verpleegdekken en onrusthekken) niet op het zorgplan stonden, was er wel een document opgemaakt dat door familie en arts was ondertekend. Ook voor de andere bewoners uit de steekproef was het document vrijheidsbeperkende maatregel ingevuld en ondertekend.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	3/3	0/3	0/3	0/3

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
Het elektronisch zorgdossier geeft automatisch aan wanneer de maatregel terug moet geëvalueerd worden en dit gebeurt dan door de hoofdverpleegkundige.				

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 = 4	2/4	2/4 TK	0/4	0/4
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)	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
- aard van de behandeling	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
- frequentie van de behandeling.	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
Voor 4 bewoners met in totaal 5 wonden werd bevraagd of er een wondzorgfiche was opgemaakt. Voor 2 bewoners met een wonde was er geen fiche opgemaakt. Volgens de gesprekspartner				

maakt men voor gecompliceerde wonden een wondzorgfiche maar maakt men niet voor elke wonde een wondzorgfiche op. Met als gevolg dat er voor een aantal wonden ook geen duidelijke zorginstructie wordt gegeven.

Bij de 3 wondzorgfiches die nagekeken werden, was slechts 1 fiche volledig. De gesprekspartner geeft aan dat er recentelijk met een nieuw programma wordt gewerkt en dat daardoor nog niet iedereen er makkelijk mee kan werken.

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>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Voor 2 wonden valt de evolutie af te leiden uit de specifieke evaluatie en/of via de observaties in het dagboek. Maar dit gaf wel wat zoekwerk en gegevens konden dan ook weinig gestructureerd aangeleverd worden. Voor 1 bewoner was de evolutie van de wonde niet duidelijk. Volgens de interne procedure wondzorg: 'dient de wonde dagelijks te worden geëvalueerd en bij bedenkingen en/of opmerkingen, dient dit steeds opschreven te worden in het dagboek en moet het gelinkt worden aan de wondzorgmodule. 1 keer per week wordt de wondzorg door de referentieverpleegkundige wondzorg en/of hoofdverpleegkundige bekeken en geëvalueerd'. Volgens diezelfde procedure wondzorg mag een zorgkundige bepaalde wondzorgzorg verrichten: 'Wondzorg wordt door de verpleegkundige uitgevoerd. Na mondelinge briefing en op vraag van de verpleegkundige kan een (niet gecompliceerde) wondzorg door een zorgkundige uitgevoerd worden. De eerstvolgende dag wordt de wondzorg dan door de verpleegkundige gedaan.' Beoordeling van dit item: zie rubriek: Bijkomende vaststellingen m.b.t. zorgpraktijk - gekwalificeerd personeel.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- Zie de tekorten (TK) 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 beide afdelingen.
- Voor de beoordeling van de vereiste kwalificaties van het personeel baseert Zorginspectie zich op bijlage 1 van het koninklijk besluit van 18/06/1990 dat de lijst bevat van de technische verpleegkundige verstrekkingen die door de beoefenaars van de verpleegkunde mogen worden verricht en op het KB van 12/01/2006 dat de lijst bevat van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen.

Vaststellingen

Men kan niet aantonen dat:

- de zorgtaken uitgevoerd worden door gekwalificeerd personeel

Op de dag van de inspectie voerde een jobstudent, die nog geen visum had als zorgkundige, zelfstandig zorgtaken uit. Dit bleek uit de taakverdeling, de verklaringen en het ontbreken van registraties op die momenten.

Een zorgkundige zet soms 's nachts de medicatie klaar. Ook al wordt dit de volgende dag door een verpleegkundige gecontroleerd, is dit een verpleegkundige handeling die niet door een zorgkundige mag uitgevoerd worden.

In de procedure wondzorg staat dat bepaalde wondzorg door zorgkundigen mag uitgevoerd worden. Wondzorg is echter een verpleegkundige handeling die niet aan een zorgkundige mag toevertrouwd worden.

Naleving regelgeving(niet conform)

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

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst en het uurrooster voor de afgelopen en de huidige maand.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang.
- Vaststellingen op basis van de bevraging van enkele personeelsleden.

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is 24u/24u verpleegkundige permanentie. <i>WZC voorwaarde art. 48/9,2° (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
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>	☒	☐	☐	☐
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.	☐	☒ AP	☐	☐
De nachtdienst wordt minimaal verzekerd door een zorgkundige en een verpleegkundige, waardoor er in elk gebouw een medewerker is. De nachtdienst is in de week van 20u36 tot 07u00 en in het weekend en op feestdagen is dit vaak van 20u00 tot 07u00. Op weekdays wordt er ook vaak bijkomend een zorgkundige ingezet van 19u30 tot 23u30. De ochtendienst begint ten vroegste om 06u36, maar voornamelijk op weekend en feestdagen vanaf 07u00. De laatsdienst is tot 21u00 maar in het weekend en feestdagen tot 20u00. In het weekend en op feestdagen is er daardoor niet altijd een structurele overlapping voor briefing tussen verschillende diensten voorzien. Tijdens de inspectie werd vastgesteld dat een zorgmedewerker de vragen van de inspecteur niet verstond en ook geen Nederlands sprak. Er zijn zorgmedewerkers die enkel in het Frans observaties noteren. Het betreft hierbij ook een verpleegkundige die nachtdienst doet. Het is niet duidelijk of deze medewerker voldoende				

Nederlands spreekt.

De voorziening moet bewaken dat medewerkers de zorginstructies en mekaars observaties kunnen begrijpen. Als een medewerker, die onvoldoende de Nederlandse taal machtig is, alleen op dienst zou staan, kan niet gegarandeerd worden dat de bewoners telkens een passend antwoord krijgen. Ook in geval van dringende situaties kan de dienstverlening omwille van communicatieproblemen mogelijks niet optimaal verlopen.

Naleving regelgeving(conform)

Aandachtspunten

- Zie het aandachtspunt hierboven in de toelichting.
- De continuïteit van de zorg kan gevaar lopen als anderstalige personeelsleden worden ingeschakeld op de werkvloer vooraleer ze de taal voldoende beheersen.

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>	☒	☐	☐	☐
Tijdens de rondgang kon vastgesteld worden dat personeel vriendelijk en behulpzaam met bewoners omging. Er was aandacht voor een goede positionering van zorgbehoevende bewoners.				

	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, geblijt, gesneden,... . <i>WZC voorwaarde art. 27,2° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Op het dagmenu stond lasagne, maar bewoners konden als alternatief kiezen voor preistoemp met eieren. Bewoners werden voor de maaltijdbedeling hierover nog eens bevraagd.				

	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>	☒	☐	☐	☐
Op de beschermde afdeling had het team serviezen uit grootmoederstijd verzameld om zo een huiselijke sfeer te creëren. Ook aangepaste hulpmiddelen waren aanwezig.				

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,\$8,5°,6°,7°,10° (WZC na 2017), art. 48/3,11° (indien BE)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
In het oudere gebouw is de lichtschakelaar niet altijd makkelijk bereikbaar vanuit bed en soms ook helemaal niet bereikbaar.				

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>	☐	☒ TK	☐	☐
In de gemeenschappelijke badkamer in de kelderverdieping van het oude gebouw is het ventilatierooster stuk en er is geen ventilatie merkbaar.				

	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.	☒	☐	☐	☐
Zowel de kamers als de gemeenschappelijke kamers waren proper.				
Het oudere gebouw geeft in bepaalde gemeenschappelijke delen en sommige kamers een sterk verouderde indruk.				

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.	☒	☐	☐	☐
- veilige infrastructuur	☐	☒ TK	☐	☐
Vaststellingen betreffende het oudere gebouw (= beschermde afdeling): De kamers, die toegang hebben tot een balkon, hebben een raamdeur die op het ogenblik van de inspectie openstonden. Volgens de gesprekspartners staan deze enkel open om de kamers te verluchten als de bewoners niet op de kamer zijn en kan men deze met een sleutel op slot doen. Op het ogenblik van de inspectie had men geen sleutel om deze raamdeuren dicht te doen. De balkons hebben een balustrade van minder dan 90 cm hoog. Daarbij komt dat de balustrade een opstap heeft waardoor, als men daarop staat, de reling van de balustrade nog lager is. Kabels (in opbouw en niet in een elektriciteitsgootje vastgemaakt) liggen soms los op de grond of zijn onvoldoende vastgemaakt aan de muur.				

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	☐	☐
Bij de dagprijs hing geen informatie uit over de extra vergoedingen en de regeling van de voorschotten ten gunste van derden.				

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.
Een aantal documenten werden achteraf via mail bezorgd.

Naleving regelgeving(conform)