

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	Sint-Rafaël - Residentie Sara
Adres	Monniksbosstraat 11, 1770 Liedekerke
Dossiernummer	238.102

INRICHTENDE MACHT

Naam	ZORG-SAAM ZUSTERS KINDSHEID JESU
Juridische vorm	VZW
Adres	Onze Lieve Vrouwstraat 23, 9041 Gent

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 24/08/2022 (9:25-12:05) Aangekondigd bezoek op 25/08/2022 (16:30-17:00)
Datum laatste vaststelling	25/08/2022

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

SITUERING

Erkenningsgegevens WZC:

Capaciteit WZC-erkenning	97
Capaciteit bijkomende erkenning	69
WZC erkend met toepassing van art. 48 van het woonzorgdecreet	
Totale erkende capaciteit van alle vestigingen van het WZC	230

Andere erkenningen en toelatingen:

Capaciteit CVK erkenning	4
Toestemming/aangemeld voor het verblijf van zelfredzame partners. Aantal wgl =	2

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- de algemene opvolging van een nieuwe voorziening; het betreft een derde inspectiebezoek.

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	92
Afwezig	3
Andere	
Reële bezetting WZC *	95
Capaciteit erkend kortverblijf	4
Bezetting aangemeld herstelverblijf	
Totale bezetting **	99

* 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
1	7	22	12	49	0	4	0

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	68
Niet-bejaarde bewoners	0
Zelfredzame partners	2
Bewoners in erkend kortverblijf	4

	Ja	Nee	NB	NVT
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd. <i>Woonzorgdecreet art. 39,§2,6°</i>	☒	☐	☐	☐
De voorziening verkreeg toestemming voor de opname van zelfredzame partners (of de wgl. werden aangemeld voor 31/12/2019). <i>Woonzorgdecreet art. 47,§4</i>	☒	☐	☐	☐
Met de zelfredzame bewoners werd een overeenkomst afgesloten waarin de financiële regeling, de rechten en plichten van bewoner en voorziening, de regeling bij vermindering van de zelfredzaamheid en na het overlijden van de zorgbehoevende partner, worden vastgelegd.	☐	☐	☒	☐

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: een steekproef van gemeenschappelijke leefruimtes, gemeenschappelijk sanitair en bewonerskamers op het gelijkvloers, de 1e en 2e verdieping.
- 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 de dag van het inspectiebezoek was de waarschuwingsfase van het Vlaamse warmteactieplan opnieuw actief.

Naast de tekorten uit de voorgaande inspectie werden ook de infrastructuuraspecten die rechtstreeks te maken hebben met het thema warmteactieplan beoordeeld.

ALGEMENE GEGEVENS

Regelgeving van toepassing

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

Wijzigingen infrastructuur sinds vorig inspectiebezoek

geen

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- CVK
- GAW

Globale beschrijving van de infrastructuur

Het betreft een nieuwbouw die midden 2019 in gebruik werd genomen als tweede vestiging (gelegen op 2,5 kilometer van de eerste vestiging Sint-Rafaël).

Het gebouw heeft 3 verdiepingen en een kelder.

Op het gelijkvloers bevinden zich onder andere: de inkomhal met zithoek, een onthaalbalie, burelen, een open trap naar het 1e verdiep, een kapsalon, een stille ruimte, een onthaalzone voor leveringen, 2 studio's voor inwonende mantelzorgers en hun partner, afdeling Munt en Mirte, technische ruimtes.

Op de 1e verdieping: de cafetaria met bijhorend terras, gemeenschappelijke toiletten, afdeling Koriander en Marjolein, technische ruimtes.

Op de 2e verdieping: de kineruimte, een rookruimte, een personeelsruimte, een vergaderlokaal, burelen, afdeling Tijn en Lavendel, technische ruimtes.

In de kelderverdieping: kleedkamers voor het personeel, een professionele keuken, een serverlokaal, een waslokaal, opslag- en technische ruimtes.

Rond het gebouw bevindt zich een tuin en een parking met overdekte fietsenstalling.

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.	☒	☐	☐	☐
Er is een systeem met buitenscreens voorzien aan de verschillende zijden van het gebouw, behalve aan de noordkant.				

	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. WZC voorwaarde art. 47/1,§8,11° (WZC na 2017), art. 48/3,14°,b (indien BE)	☒	☐	☐	☐
De ruime cafetaria is voorzien van airconditioning. Tijdens het inspectiebezoek werd vastgesteld dat de temperatuur in de leefruimtes, bewonerskamers en gangen lager lag dan de buitentemperatuur. Een aantal bewoners bevestigden dat hun kamer voldoende koel bleef tijdens de warme zomerdagen.				

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de gemeenschappelijke badkamers is niet overal een tweede handgreep naast het toilet voorzien.

In de gemeenschappelijke toiletten nabij de cafetaria ontbreekt een handgreep (minimum 1 vereist).

Vaststellingen

In de gemeenschappelijke badkamers werd een tweede handgreep geïnstalleerd naast het toilet (geremedieerd).

In de gemeenschappelijke dames- en herentoiletten nabij de cafetaria ontbreekt nog steeds een handgreep (nog niet geremedieerd).

Besluit

Het tekort blijft bestaan.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de inkomhal bevindt zich een brede niet-beveiligde trap (traphallen worden beschouwd als risicovol voor valincidenten en dit voor alle bewoners van een WZC).

Vaststellingen

Er werd bovenaan de open trap een glazen poortje geïnstalleerd. Onderaan is de trap nog steeds open.

Besluit

Het tekort blijft bestaan.

Naleving regelgeving (niet conform)

- 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 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).

PERSONEEL

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden juli en augustus 2022.
- De voorziening beschikt over een mobiel team van verpleeg- en zorgkundigen die wekelijks ingepland worden in functie van de afwezigheden die er op dat moment zijn in beide vestigingen. De verdeling van de arbeidstijd is op voorhand niet gekend (en niet verrekend in de tabel) maar deze wordt op jaarbasis ingeschat op 50-50 over de 2 vestigingen.

Functie	Effectief* 99 wgl	Vereist* WZC 99 wgl	Vereist* BE 69 wgl	Vereist* combinatie WZC-BE- erkenning
Totaal verpleging	17,29	6,60	11,50	13,50
Hoofdvpk/ teamverantw	2,79	-	2,00	2,00
waarvan vpk	2,79	-	1,00	1,00
Zorgkundigen	21,53	9,90	11,50	14,50
Ergo	2,58	-	2,30	2,30
Kine	1,68	-		
Logo		-		
Animatie	1,39	2,00	-	2,00
Reactivering	0,23	-	0,23	0,23
Andere:				
Administratieve medewerkers	1,00	-	-	-
directeur wonen en zorg	0,50	-	-	-
diëtist	0,60	-	-	-
technische dienst	2,00	-	-	-
pastoraal werker	0,68	-	-	-
stafmedewerkers	1,03	-	-	-
coördinator vrijwilligerswerking	0,25	-	-	-

Personeelsvereisten voor de WZC erkend met toepassing van art. 48 van het Woonzorgdecreet

Functie	Effectief*	Vereist* 230 wgl
Overkoepelende directie	1,00	1,00
Aanspreekpunt bezochte vestiging	Ja	Ja
Keuken- en onderhoudspersoneel	28,15	15,33

* 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 de diëtisten.
- Het tekort aan personeel inzake animatie wordt gecompenseerd door het surplus inzake ergo-, logo- of kinesithérapie.

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 de bevraging van medewerkers van de afdeling Koriander en Marjolein en de afdeling Munt en Mirte.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevroegd. 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).

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het klaarzetten van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd.

Vaststellingen

Niet extern aangeleverde medicatie (restmedicatie klaargezet door de verpleegkundige) wordt niet geregistreerd.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt niet consequent geregistreerd.

Vaststellingen

De toegediende eenheden insuline bij overschrijding van de grenswaarde voor de glycemie waren consequent geregistreerd in de maand voorafgaand aan het inspectiebezoek.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Men heeft geen systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening (vb. oogdruppels, neusdruppels) op te volgen.

Vaststellingen

Volgens de gesprekspartner wordt de openingsdatum op het flesje genoteerd. Dit was het geval bij de betreffende geneesmiddelen in de medicatiekar van het gedeelte Marjolein.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt niet opgevolgd.

Vaststellingen

Er was een registratieblad aanwezig bij de koelkast in de verpleegpost van afdeling Koriander en Marjolein, maar het blad was reeds meerdere maanden niet ingevuld.

Volgens de gesprekspartners overweegt men om een systeem in te voeren zodat dit digitaal kan opgevolgd worden.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

Er zijn geen schriftelijke afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt.

Vaststellingen

Op het standaard registratieblad zijn de grenswaarden aangegeven alsook de te ondernemen actie bij afwijkingen.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Het klaarzetten van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd - WZC voorwaarde art. 25,1° en art. 48/6 (indien BE).
- De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt onvoldoende opgevolgd - WZC voorwaarde art. 21.

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK**Toelichting**

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

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten**Vastgesteld tekort****Beschrijving**

Niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost beschikt men over de nodige materialen.

Vaststellingen

Er werden 4 wastafels gecontroleerd tijdens de rondgang. Bij elke wastafel was vloeibare zeep, een dispenser met papieren handdoekjes, instructies handhygiëne en een aangepaste vuilbak aanwezig.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niet alle medewerkers passen de algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne in de praktijk toe.

Vaststellingen

Tijdens de rondgang werden 15 medewerkers op de afdelingen geobserveerd, 1 van hen droeg een ring, een andere droeg een polshorloge, nog een andere droeg een haarlint rond de pols.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Niet alle medewerkers passen de algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne in de praktijk toe - WZC voorwaarde art. 20 en art. 48/21 (indien BE).

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 Marjolein.
- 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).

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het zorgdossier bevat onvoldoende informatie m.b.t. de medische anamnese, huidige diagnose en allergieën.

Vaststellingen

Bij een steekproef van 4 zorgdossiers was deze informatie aanwezig in het elektronisch zorgdossier.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het zorgdossier bevat onvoldoende gegevens inzake sociale anamnese.

Vaststellingen

Bij een steekproef van 4 zorgdossiers was deze informatie bij 2 bewoners uitgebreid ingevuld, bij 1 bewoner (recente opname) diende de familie nog op familiegesprek te komen waar deze zaken aan bod komen (niet beoordeeld), en bij 1 bewoner (die reeds een tijd in de voorziening verblijft) was quasi geen informatie ingevuld.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De uitvoering van de zorginstructies wordt niet consequent geregistreerd.

Vaststellingen

In een steekproef op basis van 5 zorgdossiers waren de instructies van 1 zorgmoment in 1 dossier een aantal dagen vóór de inspectiedatum niet afgetekend.

De toegediende eenheden insuline bij bewoners met een variabel schema worden manueel geregistreerd, zonder echter een paraaf of handtekening van de medewerker die de insuline heeft gegeven. Binnen de organisatie moet geweten zijn door wie een zorghandeling werd uitgevoerd.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De wondzorgfiche vermeldt niet altijd de startdatum, de beschrijving van de wonde, de aard en de frequentie van de behandeling.

Vaststellingen

In een steekproef van 2 zorgdossiers (waarvan 1 bewoner met 1 wonde en de andere bewoner met 3 wonden) was deze informatie aanwezig.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Naleving regelgeving(niet conform)

- In het zorgdossier ontbreekt informatie m.b.t. de sociale anamnese (loopbaan, hobby's en interesses en samenstelling gezin/belangrijke levensgebeurtenissen) - WZC voorwaarde art. 25,4° en art. 48/6 (indien BE).
- Het uitvoeren van de instructies op het zorgplan wordt niet consequent geregistreerd – WZC voorwaarde art. 25,4° en art. 48/6 (indien BE).

AFSTEMMING VAN DE ZORG

Toelichting

- Vaststellingen op basis van de bevraging van de medewerkers en van het nazicht van de verslaggeving van het intern overleg.

	Ja	Nee	NB	NVT
De voorziening organiseert op gestructureerde wijze intern overleg omtrent de individuele hulp- en dienstverlening. <i>SMK 5.2 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Het systeem garandeert dat alle bewoners aan bod kunnen komen. <i>SMK 5.2 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Het resultaat van de bespreking wordt toegevoegd aan het zorgdossier. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
Volgende disciplines geven een input:				
- verpleegkundigen	☒	☐	☐	☐
- zorgkundigen	☒	☐	☐	☐
- kinesitherapeut(en)	☒	☐	☐	☐
- ergotherapeut(en)	☒	☐	☐	☐
- animatiedeskundige(n).	☒	☐	☐	☐
Volgens de gesprekspartners wordt er maandelijks per afdeling een interdisciplinair overleg georganiseerd waarbij alle teamleden (zorgpersoneel, paramedici en animatoren) aanwezig zijn, met uitzondering van 1 medewerker die de permanentie waarneemt. In het gehanteerde sjabloon komen naast de zorggerelateerde zaken ook de wensen van de bewoners en/of hun familie aan bod. Volgens de gesprekspartners komt iedere bewoner minstens 1 keer per jaar aan bod. Indien uit de dagelijkse briefing blijkt dat er enige onzekerheid is over bv. een vrijheidsbeperkende maatregel, wordt het interdisciplinair overleg vroeger ingepland. Er werd aangetoond dat deze verslagen in het elektronisch zorgdossier opgenomen worden en dat deze niet ouder zijn dan 12 maanden.				

Naleving regelgeving(conform)

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst en het uurrooster voor de afgelopen en de huidige maand.

	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 voorziening beschikt over een gezamenlijke nachtploeg voor de 2 vestigingen. In de maand juli 2022 waren er telkens 2 zorgmedewerkers (waarvan minstens 1 verpleegkundige) aanwezig tijdens de nacht in residentie Sara.				
Er is geen overlapping in de uurroosters van de laatsdienst met de nachtdienst.				

Naleving regelgeving(conform)

Aandachtspunten

- Zie het aandachtspunt hierboven in de toelichting.

VOEDING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van het menu.
- Vaststellingen op basis van het nazicht van de vragenlijst bij opname van een nieuwe bewoner.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de maaltijd.
- Vaststellingen op basis van de interne keukenlijsten en bevraging van de keukenverantwoordelijke.

	Ja	Nee	NB	NVT
De voorziening brengt de dieetvoorschriften, allergieën, de voorkeuren en mogelijkheden van de bewoners m.b.t. de maaltijden in kaart. <i>WZC voorwaarde art. 25,5° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Deze informatie kan door de medewerkers geconsulteerd worden tijdens het maaltijdgebeuren. <i>WZC voorwaarde art. 25,5° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Bij opname wordt een uitgebreide vragenlijst overlopen m.b.t. de wensen en noden van de bewoner inzake voeding (grootte van de porties, voorkeur wit of bruin brood, voorkeur voor beleg, dieetvoorschriften, zaken die de bewoner niet lust,...). Ook wordt bevraagd of de bewoner zelfstandig kan eten of begeleiding nodig heeft. De ergotherapeuten gaan na welke hulpmiddelen de bewoner nodig heeft bij het maaltijdgebeuren (aangepaste beker, bord met hoge rand, ...). Het betreffende materiaal is aanwezig in de afdelingskeukens waar ook de afwas van dit materiaal				

gebeurt.

De keukenlijsten bestaan uit overzichten per afdeling waar voor iedere bewoner via codes en kleuren o.a. aangegeven wordt:

- of de bewoner gewoon eet, of gemalen of gemixte voeding nodig heeft
- of hij/zij een zoutarm dieet volgt, diabetesvoeding nodig heeft of een maag- en darmsparend dieet volgt
- of de bewoner slikproblemen heeft (textuur wordt aangepast zodat de voeding met een rietje kan worden opgezogen)
- voorkeuren zoals met of zonder saus
- alternatief indien de bewoner de geplande maaltijd niet lust.

Er werd vastgesteld dat het personeel deze lijsten raadpleegt tijdens het uitscheppen en bedelen van de maaltijden op de afdeling.

De voorziening beschikt over 2 diëtisten. Volgens de gesprekspartner zijn deze oproepbaar van zodra er alarmsignalen zijn op basis van de maandelijkse wegingen.

Naleving regelgeving(conform)

ANIMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang.
- Vaststellingen op basis van de bevraging van de medewerkers van de afdeling Koriander en Marjolein.
- Vaststellingen op basis van het nazicht van de animatiekalender, verslag van het ergoteam en andere registraties m.b.t. de animatie.

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is een animatieaanbod dat zich richt op de verschillende doelgroepen in het WZC (geen tegenindicaties). <i>SMK 1.7 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Er zijn geactualiseerde registraties omtrent de mogelijkheden, wensen en deelname aan activiteiten van de bewoners. Deze registraties worden gebruikt om het aanbod en het bereik van de activiteiten bij te sturen. <i>SMK 1.7 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐

Volgens de gesprekspartner wordt de nadruk gelegd op de kleinschaligheid en op de uitnodigende sfeer bij de organisatie van activiteiten. Een wekelijkse activiteitenkalender hangt uit per afdeling. Op de dag van het inspectiebezoek was er als ochtendactiviteit een verzorgd ontbijt voorzien (in buffetvorm) en in de namiddag beleeftelevisie (activiteit aan de hand van een groot interactief beeldscherm).

Ook de data van pastorale activiteiten hangen uit (bv. misvieringen) op de afdelingen. In de namiddag zijn er op weekdays ook relaxatiebaden mogelijk.

Er is ook een aanbod voor bewoners met dementie: in de beginfase van dementie zijn dit volgens de gesprekspartner voornamelijk sociale en intellectueel stimulerende activiteiten, in een latere fase eerder zintuiglijk gerichte activiteiten zoals een relaxatiebad of een massage.

Naast de activiteiten wenst men ook een huiselijke sfeer te creëren: de leefruimtes en gangen zijn aangenaam aangekleed met o.a. fotokaders, kamerplanten die de bewoners die dat wensen mogen verzorgen, een terras met kweekbakken voor groenten,...

Het gezamenlijk ergoteam van campus Sint-Rafaël en campus Sara hebben op regelmatige basis

overleg om nieuwe activiteiten te plannen (bv. grotere events zoals een tuinfeest) en om de voorbije activiteiten te evalueren. Ook de vrijwilligers worden nauw betrokken bij de organisatie van de verschillende activiteiten.

Naleving regelgeving(conform)

INSPRAAK/KLACHTEN

INSPRAAK

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de verslagen van de gebruikersraad.

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is een gebruikersraad die minstens 1 x per trimester samen komt . <i>WZC voorwaarde art. 26 en art. 48/15 (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
De gebruikersraad is samengesteld uit bewoners en familieleden of mantelzorgers. <i>WZC voorwaarde art. 26 en art. 48/15,1° (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
Van de vergaderingen van de gebruikersraad wordt een verslag opgemaakt dat aan alle bewoners en hun familie of mantelzorgers bezorgd wordt. <i>WZC voorwaarde art. 26 en art. 48/15,4° (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
Voor de afdeling Tijn en Lavendel wordt 3-maandelijks een gebruikersraad georganiseerd, voor de andere 2 (beschermde) afdelingen wordt een familieraad georganiseerd. De uitnodiging voor de gebruikers- en familieraden gebeurt via de interne rolkrant, op papier met een inschrijvingsstrook en via sociale media. De familieraad voor het tweede kwartaal werd niet georganiseerd zoals een gewone familieraad, maar betrof een kick-off moment in kader van het woonleefbeleid.				

Naleving regelgeving(conform)

KLACHTENPROCEDURE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de klachtenprocedure.

De procedure is van toepassing voor beide campussen.

	Ja	Nee	NB	NVT
Men beschikt over een klachtenprocedure. <i>MB 10/12/2001 en SMK 1.13</i>	☒	☐	☐	☐
De procedure werd systematisch uitgewerkt en bevat de volgende elementen: • aanduiden klachtenbehandelaar • klachtenbehandelaar verzamelt de klachten en suggesties • klachten kunnen mondeling en schriftelijk ingediend worden • termijn feedback • gevolg dat aan de klacht wordt gegeven wordt rechtstreeks aan de indiener meegedeeld. <i>SMK 4.2</i>	☒	☐	☐	☐
Volgens de procedure zijn alle medewerkers verantwoordelijk voor de geschreven weergave van klachten die aan hen mondeling worden aangegeven. De diensthoofden zijn verantwoordelijk voor de melding aan de directie van mondeling en/of schriftelijk geformuleerde klachten. De dienstverantwoordelijken (probleemeigenaar) staan in voor de opvolging van een ontvankelijke klacht en rapporteren hierover schriftelijk bij de directie. De directie gaat na of de klacht wordt opgevolgd en behandeld. Een aangeduide stafmedewerker brengt de klachten onder in het klachtenregister. De termijn voor feedback aan de aanbrenger van de klacht bedraagt 30 dagen. De voorziening heeft naast de klachtenprocedure ook een extra systeem van 'signaalkaarten' met de bedoeling de dialoog tussen bewoners, familie en directie te vergemakkelijken.				

Naleving regelgeving(conform)

DOCUMENTENFICHE

DOCUMENTEN INSPECTIE

Toelichting

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

Naleving regelgeving(conform)