

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	Residentie Rodenbach
Adres	A. Rodenbachstraat 97, 9470 Denderleeuw
Dossiernummer	409.102

INRICHTENDE MACHT

Naam	GRAVENKASTEEL
Juridische vorm	VZW
Adres	Lippelodorp(LIP) 4, 2890 Puurs-Sint-Amands

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 7/02/2023 (8:45-11:15) Aangekondigd bezoek op 10/02/2023 (9:30-9:45)
Datum laatste vaststelling	10/02/2023

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:

- organisaties die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

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.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- concrete beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

Hoe werkt Zorginspectie?

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.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen.

Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Meer informatie is te vinden op onze website: www.zorginspectie.be.

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt 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. Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via: openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be of via het online invulformulier op de website.

Methodiek

De inspecties vinden plaats in de voorziening.

De meeste inspecties vinden plaats overdag, op weekdays, maar kunnen -indien relevant- ook op mindergebruikelijke momenten zoals 's avonds, 's nachts en tijdens het weekend plaatsvinden. De inspecties kunnen zowel aangekondigd als niet aangekondigd 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 en dit op structuur-, proces- en resultaatsniveau.

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.

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

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

- observaties;
- bevraging van medewerkers en verantwoordelijken;
- inzage in documenten;
- bevraging gebruikers.

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 en de kwaliteitseisen.

Opbouw van het verslag

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

- een toelichting met de vaststellingen van de inspecteur;
- naleving regelgeving;
- aandachtspunten.
-

In de aandachtspunten wordt de aandacht gevestigd op elementen die de kwaliteit van leven en/ of de veiligheid van de gebruikers kunnen verbeteren maar die niet opgenomen zijn in de regelgeving.

Reactiemogelijkheid

De voorziening en -indien van toepassing- de klachtindiener krijgen de mogelijkheid om te reageren op onjuistheden in het **ontwerpverslag**. Op basis van de reactie kan het ontwerpverslag aangepast worden. Op dat moment wordt het ontwerpverslag een definitief verslag. Het **definitief verslag** wordt bezorgd aan de voorziening, aan Zorg en Gezondheid en -indien van toepassing- de klachtindiener. Zorg en Gezondheid staat in voor de verdere opvolging van het dossier.

Toegepaste regelgeving

De regelgeving die van toepassing is op de voorzieningen is terug te vinden op de website van Zorg en Gezondheid:

- ouderenzorg: www.zorg-en-gezondheid.be/ouderenzorg
- thuiszorg: www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg

Vanaf 31/12/2022 moeten alle WZC beantwoorden aan de erkenningsvoorwaarden, vermeld in bijlage 11 van het BVR van 28/06/2019 betreffende programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. Zorginspectie verwijst vanaf dat moment naar deze erkenningsvoorwaarden, ook bij tekorten die reeds onder de voorheen geldende regelgeving (bijlage XII van het BVR van 24/07/2009) werden vastgesteld. Voor een overzicht van en een vergelijking tussen de erkenningsvoorwaarden van beide bijlagen, zie <https://www.departementwvg.be/zorginspectie/woonzorgcentra>

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 hersenletsels
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	69
--------------------------	----

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- eerder vastgestelde tekorten. Tijdens dit inspectiebezoek wordt de remediëring van deze tekorten nagegaan, alsook worden de huidige bewoners- en personeelsbezetting in kaart gebracht en wordt nagegaan of de continuïteit van hulp- en dienstverlening gegarandeerd wordt.

De voorziening staat sinds 12/04/2022 onder verhoogd toezicht.

Op 19/12/2022 gaf Zorg en Gezondheid formeel haar voornemen tot schorsing van de erkenning van de voorziening te kennen.

Tijdens dit inspectiebezoek ging de aandacht uit naar de uitvoering van de remediëring die de voorziening overmaakte aan Zorg en Gezondheid.

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	67
Totaal bewoners CVK	
Afwezigen	1
Andere	
Totale bezetting *	68

* Aantal opgenomen bewoners in het WZC en het CVK + het aantal afwezige bewoners + het aantal andere gebruikers waarvoor geen aparte personeelsequipe ingezet wordt.

	Aantal
Aantal gebruikers (bv. bewoners aangemeld herstelverblijf) waarvoor er volgens de gesprekspartners een aparte personeelsequipe is	0

KATZ SCORES

Katz scores bewoners **WZC** (en andere gebruikers waarvoor geen aparte personeelsequipe ingezet wordt)

O	A	B	C	CD	D	CC	TOTAAL
6	15	29	3	15	0	0	68

Katz scores bewoners **CVK**

O	A	B	C	CD	D	TOTAAL
0	0	0	0	0	0	0

	Aantal
Totaal bewoners met Katz score	68
Aantal bewoners zonder Katz score	
Totale bezetting	68

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	42
Niet-bejaarde bewoners	8

	Ja	Nee	NB	NVT
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd.	☒	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☒	☐

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt). Bijkomend werd nagegaan of het woonzorgcentrum voldoet aan de gewijzigde voorwaarden inzake de sanitaire cel (art. 55) en de kineruimte (art. 51, 25°).
- Voor volgende erkenningsvoorwaarden van bijlage XII bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 werd de afwijking verlengd door Zorg en Gezondheid t.e.m. eind juni 2024 op voorwaarde dat er geen nieuwe bewoners worden gehuisvest in de woongelegenheden die niet voldoen aan de erkenningsvoorwaarden zoals vervat in de artikels 48, 1° en 2°:
 - art. 48, 1° en 2° (alle eenpersoonskamers dienen een netto vloeroppervlakte te hebben van tenminste 12 m² en dienen te beschikken over een aparte, ingerichte sanitaire cel die aangepast is aan de behoeften van een rolstoelgebruiker; alle tweepersoonskamers dienen een netto vloeroppervlakte te hebben van tenminste 20 m² en dienen te beschikken over een aparte, ingerichte sanitaire cel die aangepast is aan de behoeften van een rolstoelgebruiker met minstens een toilet en 2 wastafels).
Kamer 201A is kleiner dan 12 m² en de sanitaire cellen van 23 woongelegenheden zijn klein en niet rolstoeltoegankelijk. Kamers 253 A en 253 B maken gebruik van 1 gemeenschappelijke sanitaire cel met een toilet en 1 wastafel en vormen een tweepersoonskamer waar enkel koppels verblijven.
 - art. 48, 10° b (per 30 bewoners moet voorzien zijn in een gemeenschappelijke badkamer met aangepaste bad- of douchegelegenheid).
De voorziening beschikt slechts over 2 gemeenschappelijke badkamers voor 69 woongelegenheden.
 - art. 48, 13°, c (maximaal toegelaten hoogte van 85 cm voor de raamdorpels).
De raamdorpel in kamer 256 begint op 95 cm, de bewoner heeft zittend geen ongehinderd zicht op de buitenwereld.

Voor volgende erkenningsvoorwaarde van bijlage XII bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 werd een eerste afwijking verleend door Zorg en Gezondheid tot en met eind juni 2024: art. 48, 15° (de gangen die voor de bewoners toegankelijk zijn, dienen voldoende breed te zijn zodat 2 rolstoelen elkaar gemakkelijk kunnen kruisen).

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: het hoofd- en het bijgebouw met een steekproef van bewonerskamers en

gemeenschappelijke ruimten.

ALGEMENE GEGEVENS

Regelgeving van toepassing

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

Geplande wijzigingen

De voorziening wil een volledige vervangingsnieuwbouw realiseren op de voormalige site van de VDAB in Denderleeuw. Meerdere administratieve procedures dienen nog doorlopen te worden. Het is voor de gesprekspartners moeilijk om een timing te geven. Men schat dat het RUP tegen april 2024 definitief zal zijn. Kort nadien zal men dan de bouwaanvraag indienen.

Globale beschrijving van de infrastructuur

Het hoofdgebouw bestaat uit twee delen die op elkaar aansluiten maar verschillen van bouwjaar (voor- en achterbouw). Er is een derde deel (buitenblok) dat los staat van het hoofdgebouw.

De achterbouw is het recentste gedeelte en bestaat uit een gelijkvloers en een verdieping. Op beide niveaus zijn er, naast de bewonerskamers, telkens een leefruimte, gemeenschappelijk sanitair en een badkamer. De afdeling op de eerste verdieping is de beveiligde afdeling. In de achterbouw is er verder nog een verpleegpost en een kapsalon.

De voorbouw bestaat uit 4 bouwlagen met kamers op de 4 niveaus. De voorbouw en de achterbouw zijn verbonden door een lange gang. Op het gelijkvloers liggen de cafetaria, keuken, rookruimte, animatielokaal, gemeenschappelijk sanitair, kinelokaal en een vergaderruimte.

Links van de voorbouw staat nog een afzonderlijk bijgebouw (voorheen SFG) waarvan nog 3 bewonerskamers in gebruik zijn. Dit deel is van het hoofdgebouw gescheiden door de vroegere oprit en de bewoners moeten een aantal meters in de openlucht stappen om het hoofdgebouw te bereiken.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De voorziening is niet volledig rolstoeltoegankelijk.

Vaststellingen

Er zijn meerdere niveauverschillen, o.a. op de 1e en 2e verdieping van de voorbouw is er in de gang een gedeelte met trappen naar 2 bewonerskamers, in de achterbouw is er op de 1e verdieping een hoge trede tussen de leefruimte en het terras,...

De gesprekspartners geven aan dat de betreffende kamers in de voorbouw uitsluitend bewoond worden door mobiele bewoners. Dit werd nagegaan op basis van de Katzscore van de betreffende bewoners en dit werd ook bevestigd door 1 van deze bewoners. De betreffende trappen bestaan uit 3 treden (die duidelijk gesignaleerd zijn) en zijn te kort om met een hellend vlak ondervangen te worden.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niet in alle gangen zijn leuning aan beide zijden.

Vaststellingen

In de voorbouw werden de nodige leuning bijgeplaatst op de verschillende verdiepingen. Bij het 1e inspectiebezoek was dit nog niet gebeurd in het bijgebouw (dat volgens de gesprekspartners buiten gebruik zal worden gesteld maar waar op het moment van het inspectiebezoek nog 3 bewoners verblijven).

Daags na de inspectie gaven de gesprekspartners aan dat men direct begonnen was met de installatie. Tijdens een 2e inspectiebezoek 3 dagen later werd vastgesteld er ook in dit gebouw leuning aan beide zijden van de gang aanwezig zijn.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het oproepsysteem wordt niet altijd in het bereik van de bewoner gebracht.

Vaststellingen

Bij het vorige inspectiebezoek was in 1 van de tweepersoonskamers een oproepsysteem ontkoppeld waardoor 1 van de bewoners geen oproep kon plaatsen. Tijdens het huidige inspectiebezoek was het betreffende oproepsysteem aangesloten.

Tijdens de rondgang werd ook vastgesteld dat het personeel het oproepsysteem binnen het bereik had gebracht van de mindermobiele of bedlegerige bewoners.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Naleving regelgeving (niet conform)

- De voorziening is niet volledig rolstoeltoegankelijk - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 26°.
- Niet overal in de gangen werden aan beide zijden leuning aangebracht - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van personeelslijst en de uurroosters voor de maanden januari en februari 2023.
- Vaststellingen op basis van documenten m.b.t. de tewerkstelling van interim- en zelfstandig personeel voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug.

Algemene erkenningsvoorwaarden (BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45) en bijkomende erkenningsvoorwaarden indien erkenning NAH (KB 21/09/2004, bijlage 3, NAH bijlage 3, D, a)

Functie	Totaal aantal vte medewerkers *	Vereist aantal vte WZC *
Directie	1,00	1,00
Verpleegkundige(n) **	8,92	8,48
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	1,50	2,00
waarvan verpleegkundige(n)	1,50	1,00
Zorgkundige(n)	11,82	9,52
Medewerker(s) reactivering ***		1,87
Ergotherapeut(e)(n)	1,00	
Kinesitherapeut(e)(n)	1,00	
Andere		
Medewerker(s) levenseindezorg		0,16
Begeleider(s) wonen en leven	0,79	1,50
Keuken- en onderhoudspersoneel	6,26	4,53
Maatschappelijk werker(s)		-
Administratieve medewerker(s)	0,50	-
Logistieke medewerker(s)	0,34	-
Kwaliteits-coördinator(en)		-
Adjunct-directeur	1,00	-

* Effectief en vereist personeel in functie van het aantal bewoners en de Katz scores of in functie van het aantal erkende wgl. (voor begeleiders wonen en leven).

** Aantal vte verpleegkundigen inclusief het aantal vte hoofdverpleegkundigen,

*** Indien de voorziening een NAH erkenning heeft moet de voorziening minstens 2,5 vte (voor 30 bewoners NAH) personeelsleden voor reactivering in dienst hebben. Hiervan moet minimum 1 vte worden opgenomen door een kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist.

Stagiairs en personeel dat langdurig afwezig is, werden niet meegerekend in bovenstaande tabel.

De voorziening heeft meer paramedici in dienst dan vereist voor de reactiveringsfunctie. Dit surplus van 0,13 vte wordt in aanmerking genomen voor de gedeeltelijke invulling van de functie levenseindezorg. Er blijft een tekort

van 0,03 vte.

Substitutieregel

	Aantal
Tekort verpleegkundigen	0,00
Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie *	
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een medewerker met een andere kwalificatie *	
Resterend tekort uitgedrukt in vte verpleegkundigen na toepassing van de substitutieregel	0,00

* Overeenkomstig art. 45, §3 (BVR 28/06/2019, bijlage 11) mag - indien de verpleegkundige permanentie wordt gerealiseerd - maximaal 20 % van het vereiste aantal vte verpleegkundigen vervangen worden door een personeelslid met één van de kwalificaties vermeld in art. 45, §2, 8°. Bij gebrek aan personeelsleden die beschikken over één van deze kwalificaties, mag maximaal 20 % van de verpleegkundigen door zorgkundigen vervangen worden ten belope van 1,2 vte zorgkundigen voor 1 vte verpleegkundigen.

Personeelscategorieën

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de mate waarin de voorziening, voor verpleegkundigen en zorgkundigen, een beroep doet op enerzijds loontrekkend of statutair personeel en anderzijds medewerkers met een ander statuut.

	Ja	Nee
De voorziening doet (voor verpleegkundigen en zorgkundigen) beroep op medewerkers met een ander statuut.	☒	☐
De inzet van de medewerkers met ander statuut werd door de voorziening aangetoond en werd mee opgenomen in bovenstaand overzicht van de personeelsformatie.	☒	☐

	Verpleegkundigen *	Zorgkundigen *
Loontrekkend of statutair personeel	7,83	11,77
Interim personeel	0,10	
Zelfstandige verpleegkundigen of zorgkundigen	0,99	0,99
Verpleegkundig personeel in loondienst bij een andere voorziening		
Zorgpersoneel tewerkgesteld in het kader van projectsourcing of projectstaffing		
Jobstudenten		0,05
	8,92	11,82

* Voor medewerkers die structureel in de voorziening worden ingezet wordt het effectief aantal vte medewerkers op de dag van het inspectiebezoek weergegeven. Voor medewerkers die occasioneel worden ingeschakeld wordt het gemiddelde vermeld van de inzet tijdens de referentieperiode van 30 dagen voorafgaand aan het inspectiebezoek.

Naleving regelgeving (niet conform)

- De functie van hoofdverpleegkundige/teamverantwoordelijke wordt onvoldoende ingevuld: er is een tekort van 0,50 vte – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, 62, 7°.
- Er zijn onvoldoende medewerkers inzake levenseindezorg: er is een tekort van 0,03 vte – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §2.
- Er zijn onvoldoende begeleiders wonen en leven: er is een tekort van 0,71 vte - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §1, 3°.

VEILIGHEID

MEDICATIEVEILIGHEID

Toelichting

- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt).
- Vaststellingen op basis van het nazicht van: een steekproef van de zorgdossiers.
- Vaststellingen op basis van bijkomende registraties inzake medicatie.
- Vaststellingen op basis van de bevraging van medewerkers.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Bij 'medicatie indien nodig' zijn niet alle elementen vermeld (indicatie, dosis, maximum dosis per 24u en het interval tussen 2 toedieningen).

Vaststellingen

Bij een steekproef van 3 medicatiefiches waren alle vereiste elementen ingevuld.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

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

Vaststellingen

Bij 2 bewoners met diabetes bleken in de maand januari 2023 meerdere verkeerde toedieningen van insuline gebeurd te zijn (zie ook verder bij bijkomende vaststellingen zorgpraktijk).

In het dossier van de eerste bewoner stemde de vereiste hoeveelheid Lantus op de digitale medicatiefiche (laatste aanpassing 31/03/2022) niet overeen met de laatste aanpassing van het papieren insulineschema door het ziekenhuis (23/11/2022). De bewoner kreeg op meerdere dagen in januari een verkeerde dosis insuline toegediend bij het slapengaan (6 eenheden in plaats van 5 eenheden).

De gesprekspartners komen samen met de inspecteur tot de conclusie dat de map op de verzorgingskar met de afgedrukte schema's niet door alle verpleegkundigen worden

geconsulteerd op het moment van de toediening van de insuline.

In het dossier van de tweede bewoner diende bij een gemeten glycemiewaarde 4 eenheden extra insuline toegediend te worden volgens het schema, terwijl er volgens de observaties 6 extra eenheden werden gegeven. De gesprekspartners kunnen hier geen verklaring voor geven.

Zorginspectie wijst er nogmaals op dat steeds het totaal aantal ingespoten eenheden moet genoteerd worden. Het is niet voldoende dat men enkel de “extra bijgespoten” eenheden noteert. Ook als enkel de basis wordt toegediend, moet het aantal eenheden geregistreerd worden.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.

HULP- EN DIENSTVERLENING

WOONZORGLEEFPLAN

Toelichting

- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt).
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang, bevraging van personeelsleden en toetsing van een steekproef van de zorgdossiers en andere registraties m.b.t. de zorg.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De waarden van de parameters worden niet consequent volgens de instructies van de arts geregistreerd.

Vaststellingen

Uit nazicht van de registraties van januari 2023 in de dossiers van 2 bewoners bij wie de glycemie 4 keer per dag dient gemeten worden, bleken meerdere dagen waarop slechts 3 metingen geregistreerd waren.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Naleving regelgeving(niet conform)

- De waarden van de parameters, worden niet volgens de instructies van de arts geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art. 29, 2°.

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN M.B.T. DE ZORGPRAKTIJK

Toelichting

- 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.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Zorginstructies worden in de praktijk niet uitgevoerd.

Vaststellingen

De toestand van bewoners met diabetes wordt onvoldoende opgevolgd:

- de dagelijkse glycemiemetingen wordt niet altijd uitgevoerd volgens de door de arts of ziekenhuis gevraagde frequentie waardoor afwijkende waarden mogelijk niet opgemerkt worden
- bij 2 bewoners die een variabel insulineschema dienen te volgen, blijkt dat er in januari 2023 een aantal verkeerde toedieningen van insuline zijn gebeurd (de toegediende eenheden stemden niet overeen met het voorgeschreven schema).

Besluit

Het tekort werd niet geredieerd.

Naleving regelgeving(niet conform)

- Men kan niet aantonen dat zorginstructies altijd in de praktijk worden uitgevoerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2° en 3°.

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

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

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is 24u/24u verpleegkundige permanentie.	☒	☐	☐	☐
Tijdens de nacht is er voldoende personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden (minimaal 1 zorgmedewerker/60 bewoners).	☒	☐	☐	☐
Er is een actieve nachtdienst.	☒	☐	☐	☐
In de uurroosters wordt structureel overlapping voorzien tussen de verschillende diensten in functie van de informatieoverdracht.	☒	☐	☐	☐
De nachtdienst bestaat uit 1 verpleegkundige en 1 zorgkundige. Men zet hiervoor ook interim en zelfstandig verpleegkundigen in. Er is een kwartier structurele overlapping tussen de verschillende diensten.				

Naleving regelgeving(conform)

OBSERVATIES RONDGANG

Toelichting

- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt).
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Medicatie en verzorgingsproducten worden niet veilig bewaard.

Vaststellingen

Tijdens de rondgang werd geen onbeheerde medicatie aangetroffen. Verzorgingsproducten met een mogelijk risico bij verkeerd gebruik door verwarde bewoners waren opgeborgen.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

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)