

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	Prinsenhof
Adres	Gebroeders Marreytstraat 50, 8000 Brugge
Dossiernummer	508.137

INRICHTENDE MACHT

Naam	PAPENHOF
Juridische vorm	VZW
Adres	Alsebergsesteenweg 1037, 1180 Brussel

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 1/03/2023 (8:00-16:00)
Datum laatste vaststelling	02/03/2023

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 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	149
--------------------------	-----

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- een algemene opvolging.

EXTRA INFORMATIE

In de media werden verschillende beschuldigingen t.a.v. het WZC gepubliceerd. Volgens de directeur werden deze elementen intern onderzocht of is het intern onderzoek nog lopende.

De nieuwe directeur is er sinds een maand geleden. Volgens hem werden enkele maatregelen genomen om de interne werking te verbeteren zoals:

- in de voorbije periode werden er 2 medewerkers ontslagen omwille van vermoeden van ontvreemding van middelen.
- één medewerker wordt van korter bij opgevolgd.
- incidenten werden geanalyseerd en verbeteracties werden opgesteld.

Volgens hem worden er nu frequent personeelsvergaderingen gepland, waarin alle personeelsleden geïnformeerd worden en betrokken worden bij de verbeterprojecten die op de rails gezet worden.

De directeur gaf aan elke dag rond te gaan in het WZC om bereikbaar te zijn voor het personeel en bewoners en om tevens alles te kunnen opvolgen en bij te sturen.

Er zal ook gewerkt worden met een auditor van Orpea die het WZC volledig zal auditen, aldus de gesprekspartners.

De directeur benadrukte dat hij en de head administration een duo vormen en in alles zowel door het bestuur in België als in Frankrijk op alle vlakken worden gesteund.

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	77
Totaal bewoners CVK	0
Afwezigen	1
Andere	0
Totale bezetting *	78

* 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
12	21	21	11	13	0	0	78

Katz scores bewoners **CVK**

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

	Aantal
Totaal bewoners met Katz score	78
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	78

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	23
Niet-bejaarde bewoners	0
Zelfredzame partners	0

	Ja	Nee	NB	NVT
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd.	☒	☐	☐	☐
Er wordt door het zorgpersoneel van het WZC ook zorg verstrekt aan enkele bewoners van het ernaast gelegen GAW, waar 35 bewoners verblijven. Het gaat hier om volgende zorg: 4 bewoners toilet geven 2 bewoners medicatie geven 1 bewoner zelf aanbrengen 2 bewoners steunkousen aandoen 3 bewoners opvolgen omwille van psychische problematiek				

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: beveiligde afdeling Binnenhof, de leefruimten op de verdiepingen, de gemeenschappelijke toiletten en enkele wgl. op de verdiepingen alsook de bijkomende gemeenschappelijke badkamer op de tweede 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). Bijkomend werd nagegaan of het woonzorgcentrum voldoet aan de gewijzigde voorwaarden inzake de sanitaire cel (art. 55) en de kineruimte (art. 51, 25°).

ALGEMENE GEGEVENS

Regelgeving van toepassing

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

Wijzigingen infrastructuur sinds vorig inspectiebezoek

In 2022 kwamen er 32 wgl. extra bij die ook al erkend zijn. Samen met de bijhorende gemeenschappelijke ruimten zijn deze wgl. nog niet in gebruik. De volledige derde verdieping wordt zo niet gebruikt.

Er werden maatregelen genomen rond de verzakking aan de gemeenschappelijke toiletten bij de liften op het gelijkvloers.

De personeelsruimte op de derde verdieping werd verhuisd naar de voormalige bureau van de hoofdverpleegkundige.

Geplande wijzigingen

Volgende geplande wijzigingen aan de infrastructuur werden tijdens het inspectiebezoek aangehaald door de gesprekspartners:

- het plaatsen van zonnewering waar nodig
- het uitvoeren van schilderwerken, bv. op het gelijkvloers
- de ingebruikname van de derde verdieping als 'beveiligde afdeling light'.

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- GAW

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de individuele sanitaire cellen van de extra wgl. waren er nog geen spiegels opgehangen. Zo ontbrak nog een spiegel in wgl. 147, 329, 330,....

Vaststellingen

Bij alle bij steekproef uitgekozen wgl.(bijgekomen wgl.) was een aangepaste spiegel voorzien.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Er wordt onvoldoende basismeubilair ter beschikking gesteld. In de 32 extra wgl. ontbraken er nog bedden, zoals in K329, 330,

Vaststellingen

Bij alle bij steekproef uitgekozen wgl. waren aangepaste bedden voorzien.

Bij meerdere bedden diende het hoofd- en voeteinde nog gemonteerd te worden. Dit kon nog niet gebeuren omwille van ontbrekende onderdelen, aldus de directeur en zou tegen 31/03/2023 in orde zijn.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In een badkamer op de tweede verdieping ontbreekt nog een aangepast bad en een lavabo.

Vaststellingen

Deze situatie bleef ongewijzigd. De directeur gaf aan dat men zal zorgen voor een aangepast bad en een lavabo via een verhuis van deze zaken uit een ander WZC. Dit zou rond zijn tegen 31/03/2023.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

Aan de leefruimte in de beveiligde afdeling is geen rolstoeltoegankelijk gemeenschappelijk toilet voorzien, omdat nog geen deur aan het toilet naar het sas en geen deur aan de gemeenschappelijke badkamer naar het sas waren voorzien.

Vaststellingen

De gemeenschappelijke badkamer en het gemeenschappelijke toilet werden voorzien van een deur naar het sas toe.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

De spiegels in alle bezochte gemeenschappelijke toiletten en badkamers op het gelijkvloers, de eerste en tweede verdieping waren nog niet aangepast aan rolstoelgebruikers omdat deze te hoog hingen.

Vaststellingen

In alle bezochte gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten was een spiegel voorzien die aangepast kon worden voor rolstoelgebruikers.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

De voorziening is niet volledig rolstoeltoegankelijk.

In enkele extra wgl. met vensterdeur naar een terras, is een drempel voorzien van meer dan 2 cm, zoals in wgl. 329 (4,5 cm) en 246 (6,5 cm) en 127 (4,5 cm). Deze niveauverschillen waren niet ondervangen, waardoor de terrassen niet rolstoeltoegankelijk zijn.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd sinds vorig inspectiebezoek. De directeur gaf aan hiervoor een afwijking te zullen aanvragen bij Zorg en Gezondheid.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

Er zijn niveauverschillen die niet duidelijk wordenesignaleerd. In enkele extra wgl. met vensterdeur naar een terras, is een drempel voorzien van meer dan 2 cm, zoals in wgl. 329 (4,5 cm) en 246 (6,5 cm). Deze niveauverschillen waren nietesignaleerd. Dit is ook het geval in sommige wgl. waar het drempeltje kleiner is dan 2 cm.

Vaststellingen

In alle bezochte wgl. waar een niveauverschil was, werd dit niveauverschilesignaleerd via een sticker op het raam.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De zonnewering werd niet overal waar nodig geïnstalleerd. Er ontbreekt zonnewering in de leef-/zitruimten (hier de westelijk gerichte ramen op de verdiepingen en de oostelijk gerichte ramen aan de eetruimte in de beveiligde afdeling) op de verdiepingen.

Vaststellingen

Er werd een nieuwe proefopstelling van type zonnewering voorzien aan een raam in de leefruimte op de eerste verdieping. De directeur gaf aan dat, na goedkeuring door Zorginspectie, men dit type van zonnewering zou plaatsen aan alle ramen waar de zonnewering waar nodig nog ontbreekt. Dit zou volgens het remediëringsplan tegen 31/03/2023 in orde worden gebracht.

Zorginspectie stelt vast dat bij een winterse, maar zeer zonnige dag, de gevoelstemperatuur hoog is in de leefruimten op de verdiepingen en wgl. op de derde verdieping met zuid-westelijk gerichte ramen. Ook in de gang van het GAW waar zuidelijk gerichte ramen zijn, is de gevoelstemperatuur hoog.

Gezien de weersomstandigheden (zonnig maar koud) kan niet vastgesteld worden of de zonnewering oververhitting zal tegengaan.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De zonnewering laat geen zicht op de buitenwereld toe

Vaststellingen

De nieuwe proefopstelling van zonnewering aan de leefruimte op de eerste verdieping werd getoond aan Zorginspectie. Deze nieuwe zonnewering laat het zicht op de buitenwereld toe.

Echter ook de zonnewering welke bij vorig inspectiebezoek als proefopstelling werd getoond, was nog voorzien. Deze zonnewering werd beoordeeld als een zonnewering die het zicht op de buitenwereld niet toelaat. De directeur gaf aan deze zonneweringen te zullen vervangen door het nieuwe type zonnewering. Dit zou volgens het remediëringsplan tegen 31/03/2023 in orde worden gebracht.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

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

Bij één schuifdeur was het aangebrachte slotje kapot (afgebroken) en kon de deur daarom niet beveiligd worden.

Bij wgl. 246, waar de vensterdeur op het terras uitkwam werd nog geen slotje aangebracht.

Vaststellingen

Bij alle bij steekproef uitgekozen wlg. waar een schuifraam was, was dit raam voorzien van een slotje.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Een noodoproep werkt niet

Vaststellingen

In de leefruimte op de eerste verdieping bleek bij een testoproep dat het noodoproeppunt niet werkt. Volgens de directeur zou dit tegen het eind van de week volgend op het inspectiebezoek moeten in orde gezet zijn.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden. De bijkomende gemeenschappelijke badkamer op de tweede verdieping moet nog voorzien worden van een aangepast bad en een lavabo - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 6° (WZC voor 2009), art. 53, 7° (WZC na 2009), art. 54, 3de lid, 7° en 8° (WZC na 2017).
- De voorziening is niet volledig rolstoeltoegankelijk. n enkele bijkomende wgl. met vensterdeur naar een terras, is een drempel voorzien van meer dan 2 cm, zoals in wgl. 329 (4,5 cm) en 246 (6,5 cm). Deze niveauverschillen waren niet ondervangen, waardoor de terrassen niet rolstoeltoegankelijk zijn. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 26°.
- De zonnewering werd niet overal waar nodig geïnstalleerd. Er ontbreken nog zonneweringen aan de leefruimten - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 16° en art. 54, 8ste lid, 5°.
- De zonnewering laat geen zicht op de buitenwereld toe. Er hangen in de leefruimte van de eerste verdieping nog zonnewering van het type dat het toezicht op de buitenwereld niet mogelijk is (eerste proefopstelling) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 16° en art. 54, 8ste lid, 5°.
- Niet overal in de gemeenschappelijke ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar. In de leefruimte op de eerste verdieping bleek bij een testoproep dat het noodoproeppunt niet werkt. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van personeelslijst en de uurroosters voor de maanden februari en maart 2023.
- Vaststellingen op basis van documenten m.b.t. de tewerkstelling van interim-medewerkers voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug (30/01/2023 - 28/02/2023).

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) **	13,96	8,44
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	1,00	1,00
waarvan verpleegkundige(n)	1,00	1,00
Zorgkundige(n)	12,73	9,55
Medewerker(s) reactivering ***		1,90
Ergotherapeut(e)(n)	0,50	
Kinesitherapeut(e)(n)	0,80	
Andere		
Medewerker(s) levenseindezorg	0,79	0,15
Begeleider(s) wonen en leven	1,50	2,25
Keuken- en onderhoudspersoneel	9,50	5,20
Maatschappelijk werker(s)		-
Administratieve medewerker(s)		-
Logistieke medewerker(s)	0,60	-
Kwaliteits-coördinator(en)		-
Teamleader administration	1,00	-
zaalassistenten	3,50	-

* 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 medewerker levenseindezorg wordt opgenomen door een psychologe. Het surplus van de jobtime compenseert het tekort aan medewerkers reactivering.

Het tekort aan begeleiders wonen en leven wordt voor 0,04 vte gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering. Er blijft een tekort van 0,71 vte.

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	8,00	12,70
Interim personeel	5,96	0,03
Zelfstandige verpleegkundigen of zorgkundigen	0,00	0,00
Personeel in loondienst bij een andere voorziening	0,00	0,00
Personeel tewerkgesteld in het kader van projectsourcing of projectstaffing	0,00	0,00
Jobstudenten	0,00	0,00
	13,96	12,73

* 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)

- 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

- 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.
- Vaststellingen op basis van het nazicht van de procedure medicatiebedeling en de procedure verdovende medicatie.

	Ja	Nee	NB	NVT
In het woonzorgleefplan 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).	☒	☐	☐	☐
Deze informatie kan op het moment van toedienen van de medicatie geconsulteerd worden.	☐	☒ TK	☐	☐
De medicatiefiche kan normaal via een tablet geraadpleegd worden, die gemonteerd staat op de medicatiekar. Tijdens de inspectie op de eerste verdieping bleek echter dat één tablet onvoldoende was opgeladen om gebruikt te kunnen worden en dat bij een tweede er zich een wifi-probleem voordeed zodat ook daarmee de medicatiefiches niet konden geraadpleegd worden. Dit probleem heeft zich volgens het bevraagde personeel al meerdere keren voorgedaan. De directie is op de hoogte van dit probleem en voorziet een aanpassing aan het wifi-netwerk, maar kon daar nog geen termijn geven waarop het euvel verholpen zal zijn. Er is een map met alle medicatiefiches voorzien in de grote verpleegpost op het gelijkvloers. Deze map lag niet op de medicatiekar en bovendien werd bij de steekproef vastgesteld dat deze afgedrukte medicatiefiches niet actueel waren (bv. januari 2023 waarbij zich al een wijziging voordeed bij de voorgeschreven medicatie).				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Op de medicatiefiche wordt voor "medicatie indien nodig" de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening vermeld.	3/3	0/3	0/3	0/3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 4</i>	3/4	1/4 TK	0/4	0/4
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 4</i>	3/4	1/4 TK	0/4	0/4
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 1</i>	0/1	1/1 TK	0/1	0/1
Bij één medicatiefiche waren er enkele hiaten in de aftekening van zowel het klaarzetten als het toedienen van de medicatie. De gesprekspartners verklaarden dat er slechts één bewoner is waar er een bijspuitschema wordt gehanteerd. Bij de registratie van de toegediende eenheden insuline waren meerdere hiaten te zien.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De klaargezette medicatie stemt overeen met de medicatiefiche. (geen tegenindicaties)	3/3	0/3	0/3	0/3

	Ja	Nee	NB	NVT
Medicatie die vooraf wordt klaargezet blijft identificeerbaar tot op het moment van toedienen.	☐	☒ TK	☐	☐
Tijdens het nazicht van een steekproef van de medicatie werd enkel medicatie aangetroffen met een vervaldatum die nog niet verstreken was.	☒	☐	☐	☐
Men hanteert een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening (vb. oogdruppels, neusdruppels) op te volgen.	☒	☐	☐	☐
Bij één bewoner diende een halve eenheid van een medicament te worden toegediend. Dit medicament was niet meer geblisterd, noch voorzien van enige identificatie en dit bij de klaargezette medicatie voor de dag van en de dag na het inspectiebezoek.				

Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 2

	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	0/2	2/2 TK	0/2	0/2
Bij zowel de medicatiepletter als bij de medicatiesnijder in de grote verpleegpost op het gelijkvloers waren sporen van medicatie te zien.				

Aantal gecontroleerde koelkasten= 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt opgevolgd.	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.	☒	☐	☐	☐

Naleving regelgeving (niet conform)

- De informatie over de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie kan op het moment van het toedienen van de medicatie niet geconsulteerd worden. Er stelde zich een probleem bij het wifinetwerk waardoor tablets op de medicatiekar niet konden geraadpleegd worden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
- Het klaarzetten van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
- Het toedienen van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
- 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.
- Medicatie die vooraf wordt klaargezet, is niet identificeerbaar tot op het moment van toedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
- De medicatiepletter(s) bevat(ten) medicatieresten - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.

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:				
- de gemeenschappelijke toiletten <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 5</i>	5/5	0/5	0/5	0/5
- badkamers <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
- verpleegpost <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- personeelstoilet <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 0</i>	0/0	0/0	0/0	0/0

Aantal gecontroleerde wastafels = 8

	Ja	Nee	NB	NVT
Bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost beschikt men over:				
- vloeibare zeep	8/8	0/8	0/8	0/8
- dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	8/8	0/8	0/8	0/8
- instructies handhygiëne	7/8	1/8 TK	0/8	0/8
- aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	6/8	2/8 TK	0/8	0/8
Aan één wastafel waren er geen instructies uitgehangen. Op twee plaatsen was de vuilnisbak niet aangepast.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is handalcohol beschikbaar:				
- bij elke bewonerskamer	☒	☐	☐	☐
- in elke verpleegpost	☒	☐	☐	☐
- in alle gemeenschappelijke leefruimtes	☐	☒ TK	☐	☐
Er was geen handalcohol voorzien in de gemeenschappelijke leefruimte op de eerste en de tweede verdieping.				

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	9/10	1/10 TK	0/10	0/10
Een zorgmedewerker droeg een ring.				

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Bijkomend tekort

Beschrijving

Bij het gebruik van wegwerphandschoenen houdt men niet altijd rekening met de voorwaarden inzake handhygiëne.

Vaststellingen

Een zorgmedewerker op eerste verdieping liep van wgl. naar wgl. met dezelfde wegwerphandschoenen aan en ontsmette later de handen niet na het uitdoen van deze wegwerphandschoenen.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Er is geen handalcohol beschikbaar in de gemeenschappelijke leefruimtes. Er was geen handalcohol voorzien in de gemeenschappelijke leefruimte op de eerste en tweede verdieping - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
- Bij het gebruik van wegwerphandschoenen houdt men niet altijd rekening met de voorwaarden inzake handhygiëne.
Een zorgkundige op eerste verdieping liep van kamer naar kamer met dezelfde wegwerphandschoenen aan en ontsmette de handen niet na het uitdoen van deze wegwerphandschoenen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.

HULP- EN DIENSTVERLENING

WOONZORGLEEFPLAN

Toelichting

- Het woonzorgleefplan is een belangrijk instrument om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen. De voorziening kiest zelf hoe dit woonzorgleefplan er concreet uit ziet en hoe en waar de informatie samengebracht wordt. Minimaal dient het woonzorgleefplan 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 woonzorgleefplan is opgebouwd en gebruikt wordt op de werkvloer. De focus van de bevraging ligt op het nagaan of het woonzorgleefplan 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 woonzorgleefplan voldoet aan alle voorwaarden van de regelgeving m.b.t de gezondheidszorgberoepen.
- Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. De samenstelling van de steekproef kan variëren afhankelijk van het bevroegde element.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang, bevraging van personeelsleden en toetsing van een steekproef van de zorgdossiers en andere registraties m.b.t. de zorg op gelijkvloers, eerste en tweede verdieping.

Medische- en sociale anamnese*Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3*

	Ja	Nee	NB	NVT
Het woonzorgleefplan bevat informatie m.b.t. de medische anamnese, huidige diagnose en allergieën.	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
Het woonzorgleefplan bevat de sociale anamnese met o.a. informatie over: • loopbaan • hobby's en interesses • samenstelling gezin/belangrijke levensgebeurtenissen.	2/3	1/3 TK	0/3	0/3

Zorg- en ondersteuningsplan

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorg- en ondersteuningsplan wordt opgemaakt per zorgmoment.	☒	☐	☐	☐

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorg- en ondersteuningsplan bevat - indien nodig - voor alle zorgmomenten actuele instructies m.b.t. wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, continëntie en eten (geen tegenindicaties).	3/3	0/3	0/3	0/3

Ja Nee NB NVT

Het zorg- en ondersteuningsplan bevat -indien nodig- actuele instructies (geen tegenindicaties) m.b.t.:				
- baddag <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 4</i>	3/4	1/4 TK	0/4	0/4
- uit te voeren wondzorg <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- te meten parameters (op instructie van de arts) <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Tijdens de rondgang werd een bewoner gezien waar bedsponden werden gebruikt, doch deze vrijheidsbeperkende maatregel werd niet voorzien in het zorg- en ondersteuningsplan.				
Bij een bewoonster met baardgroei werd door zorgpersoneel aangegeven dat scheren noodzakelijk was. In de individuele sanitaire cel van de bewoonster was daartoe materiaal voorzien. Nochtans was het scheren niet voorzien in het zorg- en ondersteuningsplan.				

Ja Nee NB NVT

De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg.	☐	☒ TK	☐	☐
De zorg- en ondersteuningsplannen worden normaal geconsulteerd op de tablet die bevestigd is op de verzorgingskar. Er was een tablet op de eerste verdieping die niet opgeladen was en zo niet kon gebruikt worden om het zorg- en ondersteuningsplan te raadplegen. Op de eerste verdieping werd ook vastgesteld dat zich problemen voordeden met het wifi-netwerk waardoor geen gebruik gemaakt kon worden van de tablets voor het raadplegen van de zorg- en ondersteuningsplannen.				

Registraties

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 5

	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt consequent geregistreerd.	3/5	2/5 TK	0/5	0/5
In één zorgdossier waren een drietal zorghandelingen niet afgetekend voor uitgevoerd. In het woonzorgleefplan was niet terug te vinden waarom deze handelingen niet werden uitgevoerd. Bij een bewoner waar Dauerbinde moesten aangedaan worden, werd vastgesteld dat deze niet waren aangedaan. In het woonzorgleefplan was niet terug te vinden waarom dit niet werd uitgevoerd. Toch was de zorghandeling afgetekend voor uitgevoerd.				

Aantal gecontroleerde parameters = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd.	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
Bij twee bewoners waar de glycemiewaarde op vraag van de arts moest worden opgevolgd waren bij een steekproef een 10-tal waarden niet ingevuld.				

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen.	3/3	0/3	0/3	0/3

Observaties

	Ja	Nee	NB	NVT
Volgende disciplines noteren observaties m.b.t. de toestand van de bewoner in het woonzorgleefplan:				
- verpleegkundigen	☒	☐	☐	☐
- zorgkundigen	☒	☐	☐	☐
- medewerkers reactivering	☒	☐	☐	☐
- begeleiders wonen en leven	☒	☐	☐	☐

Praktijk fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 4

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoner en/of familie werd(en) betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	3/4	1/4 TK	0/4	0/4
Bij een bewoner waar bedsponden werden gebruikt, kon niet aangetoond worden dat dit met de familie/bewoner werd besproken.				

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 4

	Ja	Nee	NB	NVT
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	3/4	1/4 AP	0/4	0/4
Bij een bewoner waar bedsponden werden gebruikt, kon niet aangetoond worden dat dit met de arts werd besproken.				

Wondzorg

	Ja	Nee	NB	NVT
In geval van wondzorg wordt er voor elke wonde een wondzorgfiche opgemaakt (geen tegenindicaties).	3/3	0/3	0/3	0/3
<i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>				
De wondzorgfiche vermeldt:				
<i>Aantal gecontroleerde wondzorgfiches = 6</i>				
- startdatum	6/6	0/6	0/6	0/6
- beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	6/6	0/6	0/6	0/6
- aard van de behandeling	6/6	0/6	0/6	0/6
- frequentie van de behandeling.	6/6	0/6	0/6	0/6

Aantal gecontroleerde wondzorgfiches= 6

	Ja	Nee	NB	NVT
De evolutie van de wonde is af te leiden uit de observaties in het woonzorgleefplan.	6/6	0/6	0/6	0/6

Naleving regelgeving(niet conform)

- Het woonzorgleefplan bevat geen informatie m.b.t. de medische voorgeschiedenis, huidige diagnose en allergieën. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 3°.
- In het woonzorgleefplan ontbreekt informatie m.b.t. de sociale anamnese (loopbaan, hobby's, interesses, samenstelling gezin en belangrijke levensgebeurtenissen) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de specifieke zorgen. In het zorg- en ondersteuningsplan van een bewoonster die geschoren wordt voor baardgroei, ontbreekt dit - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen niet geconsulteerd worden tijdens de zorg - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30.
- Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art 29, 2°.
- De waarden van de parameters, worden niet volgens de instructies van de arts geregistreerd. Voor meerdere meetmomenten bij 2 bewoners ontbraken de noteringen van de glycemiewaarden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art. 29, 2°.
- Men kan niet aantonen dat de bewoner en/of familie betrokken werd(en) bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 31.

Aandachtspunten

- Het is aan te bevelen om ook de arts te betrekken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).

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 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. Verder werden ook het overzicht van de wachttijden bij beloproepen die aan het Agentschap Zorg- en Gezondheid werden bezorgd ingekeken, alsook de later aan Zorginspectie toegestuurde beloproepen voor de periode van 25/2/2023 t.e.m. 28/02/2023.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Men kan niet aantonen dat zorginstructies altijd in de praktijk worden uitgevoerd.

Vaststellingen

Een bewoner die Dauerbinde aan moest worden gedaan, had deze niet aan.

Bij een bewoner die insulineafhankelijk is kan niet aangetoond worden dat het bijspuitschema wordt gevolgd en wordt het schema ook niet gevolgd zodat er een verkeerde hoeveelheid wordt bijgespoten.

Een bewoner die volgens het zorg- en ondersteuningsplan met de tillift diende verplaatst worden, kon niet met de tillift worden verplaatst omdat de tillift niet was opgeladen.

Zorginspectie stelde vast dat medicatie op de ontbijtplateau wordt gelegd en dat ook bij bewoners waar toezicht moet worden uitgeoefend dit toezicht niet steeds gebeurt. Zorginspectie stelde vast dat de logistieke medewerkers attent zijn bij het afruimen voor achterblijvende medicatie.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Men kan niet aantonen dat de bewoners altijd de nodige hulp krijgen.

Vaststellingen

In enkele krantenartikelen van 23 en 24 februari 2023 kwam naar voren dat er lange wachttijden waren bij beloproepen. Dit kwam ook bij 3 van de bevraagde bewoners naar voren en uit de gebruikersraden.

De voorziening stelt voorop om beloproepen binnen de 5' te beantwoorden.

Ook de noodoproepen van de GAW komen in het WZC terecht, dit waren er voor januari 37 en voor het deel van februari 20 oproepen.

De gesprekspartners bevestigen dat er langere wachttijden kunnen ontstaan, maar wijzen er ook op dat er soms (nieuwe) medewerkers zijn die vergeten om zich af te melden als ze de noodoproep behandeld hebben.

De 2 bewoners die langere wachttijden melden, melden tevens dat het voorvalt dat een zorgpersoneelslid de noodoproep afmeldt zonder te vragen naar het waarom van de oproep, laat staan een zorghandeling uit te voeren.

Naleving regelgeving(niet conform)

- Men kan niet aantonen dat zorginstructies altijd in de praktijk worden uitgevoerd. Een bewoner die Dauerbinde aan moest worden gedaan, had deze niet aan. Bij een bewoner die insulineafhankelijk kan niet aangetoond worden dat het bijspuitschema wordt gevolgd en wordt het schema ook niet gevolgd zodat er een verkeerde hoeveelheid wordt bijgespoten.
 - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2° en 3°.
- Men kan niet aantonen dat de bewoners altijd de nodige hulp krijgen bij de dagelijkse verzorging. Langere wachttijden bij beloproepen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst dd. inspectiebezoek en het uurrooster voor de afgelopen 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.	☒	☐	☐	☐
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 directie verduidelijkte dat de uurroosters voor een periode van 3 maanden worden opgemaakt en een periode voordat de maand begint, worden 'vastgeklikt'. Iedere wijziging die dan nog wordt aangebracht is te zien op het scherm en dient steeds gecertificeerd te worden. Hierdoor zijn alle wijzigingen traceerbaar aldus de gesprekspartners.

Voor een vroegdienst (van 06.45 u tot 15.06 u): op elk van de drie verdiepingen staat men normaliter met 2 zorgkundigen en één verpleegkundige, aldus het bevestigd personeel. Daarnaast zijn er 2 logistieke medewerkers in huis doorheen de dag.

Voor een laatdienst (van 13 u tot 21 u) is de minimumbezetting 3 zorgkundigen en 1 verpleegkundige.

De nachtdienst (van 20.45 tot 07.00 u) wordt steeds uitgevoerd door 1 zorgkundige en 1 verpleegkundige. Tussen de shiften is er een kwartier overdracht voorzien.

Zorginspectie stelt vast dat deze vooropgestelde personeelsinzet, zelfs met inschakeling van interim-medewerkers, niet steeds wordt behaald. Doch nooit kwam de verpleegkundige permanentie in het gedrang.

Uit bevraging van het zorgpersoneel komt naar voor dat men normaal maximaal 12 à 13 bewoners moet verzorgen bij de ochtendzorg. Bij enkele bevestigde bewoners komt naar voren dat zij ervaren dat personeel alles vlug doet en soms ook bepaalde zorgen niet uitvoeren.

Uit het verslag van de gebruikersraad van 07/10/2022 en van 30/05/2022 komen opmerkingen van bewoners die van mening waren dat er 's avonds te weinig personeel was om alle zorgen uit te voeren, dat het personeel overspannen was en met name in de avond onvriendelijk was. Dit tegenover een verder wel algemene tevredenheid over het personeel.

Uit de verschillende verslagen van de laatste vier gebruikersraden komen opmerkingen dat er het gevoel is dat de zorg snel moet gaan (soms weinig tijd voor de residenten, bewoner die aangaf soms niet goed gewassen te worden omdat het snel moet gaan), hoewel er ook bewoners positief zijn over de zorg (en bv. aangeven zoals gevraagd elke dag een douche te krijgen).

Naleving regelgeving(conform)

VOEDING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de maaltijd.
- Vaststellingen op basis van het nazicht van het menu.
- Vaststellingen op basis van de bevraging van personeel en bewoners.

	Ja	Nee	NB	NVT
De voorziening brengt de dieetvoorschriften, allergieën, de voorkeuren en mogelijkheden van de bewoners m.b.t. de maaltijden in kaart.	☒	☐	☐	☐
Deze informatie kan door de medewerkers geconsulteerd worden tijdens het maaltijdgebeuren.	☒	☐	☐	☐
Bij opname, zo leggen de gesprekspartners uit, wordt voor drie dagen een 'opvolgingsfiche voeding' bijgehouden om de eetgewoonten, eventuele bijzonderheden, porties, e.d.m. in kaart te brengen van de nieuwe bewoner. Bij observatie van het maaltijdgebeuren werd vastgesteld dat voor één bewoner waar dit noodzakelijk werd geacht om de voeding op te volgen, ook het geval was. In het restaurant hing aan de doorgeeftoog van de keuken (discreet) een lijst aan de zijkant van de toog met daarop de specificaties rond aanbiedingswijze voor verschillende bewoners (gesneden, volledige mix, vlees gemixt, enz.) en dit voor de bewoners van de open afdelingen, apart voor de bewoners van de beveiligde afdeling. Uit gesprek met de zaalmedewerkers, die een vaste equipe vormen, blijkt dat zij de voorkeuren van de bewoners uit het hoofd kennen. Indien nodig kan er echter op de lijst worden nagekeken. Ook kan het zorgpersoneel, dat helpt bij de maaltijden, op hun tablet in het zorgdossier de bijzonderheden rond voeding nakijken (bv. ook allergieën), zo verklaren de gesprekspartners.				

Naleving regelgeving(conform)

PALLIATIEVE ZORGVERLENING

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 de toetsing van een steekproef van de zorgdossiers en andere registraties m.b.t. de zorg op de eerste en de tweede verdieping.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het zorgdossier bevat geen informatie m.b.t. de toekomstige zorgen.

Vaststellingen

Bij een steekproef van 3 woon- een leefplannen bleek steeds informatie ter beschikking te zijn m.b.t. de toekomstige zorgen.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Naleving regelgeving(conform)

OBSERVATIES RONDGANG

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang.

BEJEGENING

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners zijn goed gepositioneerd.	☒	☐	☐	☐
De bewoners zien er uiterlijk verzorgd uit.	☒	☐	☐	☐
De bewoners worden respectvol bejegend.	☒	☐	☐	☐

	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...).	☒	☐	☐	☐
Indien incontinentiemateriaal in de individuele sanitaire cellen of in de gemeenschappelijke toiletten en badkamers wordt opgeborgen, gebeurt dit discreet.	☐	☒ TK	☐	☐
Op vier plaatsen was het incontinentiemateriaal niet discreet weggeborgen. Op één plaats op de beveiligde afdeling was er incontinentiemateriaal achter een leuning in de gang gestopt. Op een bewonerskamer van de beveiligde afdeling was er bij nazicht in de namiddag bevuild incontinentiemateriaal in de sanitaire cel aanwezig. Bij twee bewoners op de eerste verdieping die zelf nog beslissen over de eigen zorg was incontinentiemateriaal te zien in de individuele sanitaire cel. Deze bewoners verklaarden liever niet te hebben dat dit incontinentiemateriaal daar zichtbaar wordt bewaard.				

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB	NVT
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	☒	☐	☐	☐
Er zijn alternatieven beschikbaar. Toch waren er onder 6 van de 10 bevraagde bewoners klachten over de kwaliteit van het eten. Ook uit de twee laatste verslagen van de gebruikersraden kwamen er klachten over het eten. De directeur erkende dit probleem en verklaarde dat er recent een nieuwe kok werd aangesteld en er de intentie is om de bewoners meer te betrekken bij de keuzes door de oprichting van een menucommissie.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Er wordt een huiselijke en rustige sfeer gecreëerd tijdens de maaltijd.	☒	☐	☐	☐
De bewoners kunnen het middagmaal nuttigen in het restaurant of op de kamer. De bewoners van de beveiligde afdeling eten samen in de leefruimte op de afdeling, al is er een klein groepje dat naar het restaurant gaat. Er is voor de bewoners die dit nodig hebben maaltijdondersteuning op de verschillende plaatsen.				

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.	☒	☐	☐	☐
De bewoner kan vanuit het bed het licht bedienen.	☒	☐	☐	☐

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).	☐	☒ TK	☐	☐
Op het einde van de gang op de eerste verdieping, ter hoogte van kamers 0112A en 0112B knippert de verlichting.				

	Ja	Nee	NB	NVT
De gebouwen en de lokalen worden regelmatig onderhouden:				
- dagelijks onderhoud	☐	☒ TK	☐	☐
- structureel onderhoud.	☐	☒ TK	☐	☐
De voorziening verhoogde de aandacht voor het dagelijks onderhoud. Het merendeel van de bezochte ruimten lag er behoorlijk onderhouden bij. Echter bij een viertal bij de bij steekproef uitgekozen wlg. was het dagelijks onderhoud voor verbetering vatbaar. Dit ging van een stoflaag op TV, vensterbank en nachttafel tot wgl. waar heel wat snippers op de grond lagen alsook etensresten tot bevuild incontinentiemateriaal en was de individuele sanitaire cel ook aan een poetsbeurt toe. Deze vaststellingen werden 's ochtends gedaan, maar ook in de namiddag waren deze wgl. nog niet onderhouden. De twee aanwezige onderhoudsmedewerkers werden bevraagd over de werkplanning. Het onderhoud van deze wgl. bleek ook niet te staan op hun werkplanning. Uit bevraging van bewoners komt naar voren dat er soms tot 3 dagen niet geïnspecteerd wordt bij hen, wat ook blijkt uit de gesprekken met de onderhoudsmedewerkers. Ook uit de verslagen van de gebruikersraden komen hierover klachten (badkamers niet altijd proper, ramen te weinig geïnspecteerd, kamers niet goed geïnspecteerd, stof wordt niet veel afgenomen, vuile gordijnen). De directie erkende het probleem en verduidelijkte dat men nog op zoek is naar bijkomend onderhoudspersoneel. Zorginspectie stelde vast dat hieromtrent vacatures open staan. De verzakking ter hoogte van de gemeenschappelijke toiletten bij de liften op het gelijkvloers werd aangepakt, zo kon Zorginspectie vaststellen. De vloerplinten dienen nog teruggeplaatst te worden na uitharding van een geïnjecteerde materie, aldus de directeur. Hierop zullen de muren ook geschilderd worden, aldus de gesprekspartner. De verf aan de individuele sanitaire cel van wlg. 0016 bladert af vermoedelijk door vochtproblemen. Een houten deurspijl van een wgl. op de beveiligde afdeling, die als berging dienst doet, was gebroken, los gekomen van het kader en stak uit.				

VEILIGHEID

	Ja	Nee	NB	NVT
Men neemt de nodige maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen, rekening houdend met hun toestand:				
- medicatie en verzorgingsproducten worden veilig bewaard	☐	☒ TK	☐	☐
- onderhoudsproducten worden veilig bewaard.	☐	☒ TK	☐	☐
Op de beveiligde afdeling stond tijdens de rondgang de deur van een bewonerskamer die nu dienst doet als berging open. Daarin worden de verschillende karren verzameld. Op één van die karren werd Steradent aangetroffen en in de rekken waren ook onderhoudsproducten. Op twee bewonerskamers op de beveiligde afdeling waren er verzorgingsproducten in het bereik van de bewoners. Op twee andere nagekeken bewonerskamers op de beveiligde afdeling werden er geen producten aangetroffen. Op de eerste verdieping was er een dolende bewoner. De kamerdeuren van sommige bewoners die zelf medicatie mogen innemen, of waar verzorgingsproducten worden bewaard staan soms open of kunnen geopend worden. Minstens 2 bewoners bevestigen al een dolende bewoner over de vloer gehad te hebben. Bovendien stond de deur van een berging waar reinigingsproducten stonden, gewoon gans de voormiddag volledig open en bleef het licht er branden. De toegang tot de medicatieruimte is beveiligd met een code, die enkel wordt doorgegeven aan verpleegkundigen, aldus de zorgpersoneel en directie. De code wordt regelmatig gewijzigd. Er is steeds iemand telefonisch bereikbaar om desgevallend de code door te geven mocht een verpleegkundige dit nodig hebben. De verdovende medicatie wordt bewaard in een kluis in de medicatieruimte. Ook van deze kluis kennen enkel verpleegkundigen de code, volgens de gesprekspartners. Er wordt een schrift bijgehouden waarin het wegnemen van verdovende medicatie dient ingeschreven te worden zodat de stock steeds kan getraceerd worden.				

INFORMATIE VOOR BEWONERS

	Ja	Nee	NB	NVT
Het menu wordt ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld.	☒	☐	☐	☐
Het animatieprogramma wordt bekendgemaakt.	☒	☐	☐	☐
De gegevens van de Woonzorglijn worden op een zichtbare plaats uitgehangen.	☒	☐	☐	☐
Volgende zaken zijn geafficheerd: • dagprijzen • extra vergoedingen • regeling van de voorschotten ten gunste van derden	☒	☐	☐	☐

Naleving regelgeving(niet conform)

- Het incontinentiemateriaal wordt onvoldoende discreet opgeborgen - Woonzorgdecreet

15/02/2019, art. 4, §1, 2°.

- Niet In alle lokalen is de verwarming, ventilatie en verlichting aangepast aan de bestemming van het lokaal. Op het einde van de gang op de eerste verdieping, ter hoogte van kamers 0112A en 0112B knippert de verlichting - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 12°, 13°, 14° en 27°.
- Het dagelijkse onderhoud is onvoldoende - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 10°, 11° en art. 29, 1°, b.
- Het structurele onderhoud is onvoldoende. De verzakking werd aangepakt, maar de vloerplinten dienen nog teruggeplaatst te worden en de muren zullen ook geschilderd worden.
De verf aan de individuele sanitaire cel van wlg. 0016 bladert af vermoedelijk door vochtproblemen. Een houten deurspijl van een wgl. op de beveiligde afdeling, die als berging dienst doet, was gebroken, los gekomen van het kader en stak uit - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 10°, 11° en art. 29, 1°, b.
- Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: medicatie en verzorgingsproducten worden niet veilig bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 51, 4°.
- Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: onderhoudsproducten worden niet veilig bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.

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	☒	☐	☐	☐
Van de vergaderingen van de gebruikersraad wordt een verslag opgemaakt dat aan alle bewoners of hun vertegenwoordigers bezorgd wordt	☒	☐	☐	☐
Het woonzorgcentrum kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de gebruikersraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de gebruikersraad	☒	☐	☐	☐

* In de voorziening verblijven enkel bewoners met cognitieve problemen, de gebruikersraad wordt vervangen door een familieraad.

	Ja	Nee	NB	NVT **
Er is een familieraad die minstens 2 x per 6 maanden vergadert (1 x per trimester indien in WZC voor bewoners met cognitieve problemen de gebruikersraad vervangen wordt door de familieraad)	☐	☐	☐	☒
Van de vergaderingen van de familieraad wordt een verslag opgemaakt dat aan alle bewoners of hun vertegenwoordigers bezorgd wordt	☐	☐	☐	☒
Het woonzorgcentrum kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de familieraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de gebruikersraad	☐	☐	☐	☒

** Er wordt geen aparte familieraad georganiseerd, de familieleden worden uitgenodigd op de gebruikersraad.

Naleving regelgeving(conform)

DOCUMENTENFICHE

OVEREENKOMST MET CRA

Toelichting

- Vaststelling op basis van gesprek met medewerkers.

	Ja	Nee	NB	NVT
Er werd een CRA aangesteld.	☐	☒ TK	☐	☐
Met de CRA werd een ondernemingscontract afgesloten.	☐	☐	☐	☒
De in het ondernemingscontract afgesproken prestaties voldoen aan het verplichte minimum (2u20 per week per 30 bewoners).	☐	☐	☐	☒
De gesprekspartners gaven aan dat het niet lukt om kandidaten te vinden voor deze functie. Daarom werd de huisartsenkring van Brugge ingeschakeld. Aangezien er geen CRA is kon het ondernemingscontact niet beoordeeld worden.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- Er is geen coördinerende en raadgevende arts aangesteld - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 33/1.

DOCUMENTEN INSPECTIE

Toelichting

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

Naleving regelgeving(conform)