

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	Zonnesteen
Adres	Leopoldstraat 33, 1980 Zemst
Dossiernummer	265.108

INRICHTENDE MACHT

Naam	ANIMA Vlaanderen
Juridische vorm	n.v.
Adres	Zandvoortstraat 27, 2800 Mechelen

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 14/03/2023 (9:00-13:00)
Datum laatste vaststelling	15/03/2023

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 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	88
--------------------------	----

Andere erkenningen en toelatingen:

Capaciteit CVK erkenning	5
--------------------------	---

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- een algemene opvolging.

De algemene opvolginspectie werd vervroegd naar aanleiding van een klacht ingediend bij de Woonzorglijn.

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	81
Totaal bewoners CVK	4
Afwezigen	4
Andere	0
Totale bezetting *	89

* 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
11	2	37	9	25	1	0	85

Katz scores bewoners **CVK**

O	A	B	C	CD	D	TOTAAL
0	2	1	1	0	0	4

	Aantal
Totaal bewoners met Katz score	89
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	89

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	47
Niet-bejaarde bewoners	0
Zelfredzame partners	0

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

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: gemeenschappelijke ruimtes op de twee afdelingen en enkele woongelegenheden.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. 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

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- CVK
- GAW

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN

In het kader van de nieuwe regelgeving werd de kineruimte en de rolstoeltoegankelijkheid van de sanitaire cellen (twee handgrepen aan het toilet, spiegel aangepast voor rolstoelgebruikers, onderrijdbare wastafel en 1,5 draaicirkel) in de bewonerskamer nagekeken.

De kineruimte is in orde.

Er zijn geen twee handgrepen aan het toilet in elke sanitaire cel.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Bijkomend tekort

Beschrijving

Niet in alle sanitaire zijn er twee handgrepen aan het toilet.

Vaststellingen

Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat in een aantal kamers (o.a. kamer 107, kamer 13,) er slechts één handgreep aan het toilet is i.p.v. twee.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Het oproepsysteem is niet bereikbaar.

Vaststellingen

Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat het oproepsysteem in de gemeenschappelijke badkamer op de benedenverdieping niet bereikbaar is. De bewoner kan, al zittend op het toilet, niet aan de oproepknop.

Bijkomend tekort**Beschrijving**

Niet alle traphallen zijn beveiligd.

Vaststellingen

Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat de traphal op de benedenverdieping niet beveiligd is. Alle andere traphallen zijn wel beveiligd.

Naleving regelgeving (niet conform)

- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: er werden geen handgrepen aan beide kanten van het toilet voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 1° en 2° (WZC voor 2009), art. 53, 2° en 3° (WZC na 2009), art. 54, 2de lid, 1° en 2° (WZC na 2017) en art. 55.
- Niet overal in de gemeenschappelijke toiletten en bij het toilet in de gemeenschappelijke badkamers is een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 2°.
- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de traphallen zijn niet beveiligd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 54, 6de lid, 3° (WZC na 2017).

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 jobstudenten 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) **	12,14	12,46
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	1,80	2,00
waarvan verpleegkundige(n)	1,80	1,00
Zorgkundige(n)	18,87	14,55
Medewerker(s) reactivering ***		3,20
Ergotherapeut(e)(n)	3,40	
Kinesitherapeut(e)(n)	1,24	
Andere		
Medewerker(s) levenseindezorg		0,24
Begeleider(s) wonen en leven	2,32	2,00
Keuken- en onderhoudspersoneel	10,84	5,93
Maatschappelijk werker(s)	1,00	-
Administratieve medewerker(s)	1,00	-
Logistieke medewerker(s)	2,20	-
Kwaliteits-coördinator(en)		-
medewerkers cafetaria	1,08	-

* 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 directeursfunctie wordt tijdelijk ingevuld door een medewerker van de inrichtende macht die overkoepelend werkt voor een 9-tal voorzieningen. Deze directeur ad interim is ongeveer halftijds aanwezig in de voorziening. Er loopt een sollicitatieprocedure voor een nieuwe directeur en men hoopt dat hierover duidelijkheid zal zijn op het einde van de maand maart 2023.

Een hoofdverpleegkundige zorgt samen met de directeur ad interim, ondertussen mee voor de continuïteit.

De voorziening werkt met verschillende jobstudenten.

Voor de referentieperiode werden bij logistieke medewerkers 1,41 vte jobstudenten geteld.

Bij zorgkundigen werden 1,48 vte aan jobstudenten meegeteld (jobstudenten met visum).

Het tekort aan medewerkers levenseindezorg wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.

Substitutieregel

	Aantal
Tekort verpleegkundigen	0,32
Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie *	0,32
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een medewerker met een diploma zoals vermeld in art. 45, §2, 8°	0,32
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een zorgkundige	
Resterend tekort uitgedrukt in vte verpleegkundigen na toepassing van de substitutieregels	0,00

- * Overeenkomstig art. 45, §3 (BVR 28/06/2019, bijlage 11) mag - indien de verpleegkundige permanentie wordt gerealiseerd - maximaal 20% (30% indien er minstens 7 vte verpleegkundigen worden tewerkgesteld) 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, mogen verpleegkundigen vervangen worden door zorgkundigen ten belope van 1,2 vte zorgkundigen voor 1 vte verpleegkundigen.“

Het tekort aan verpleegkundigen kan gecompenseerd worden door het surplus aan medewerkers reactivering.

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	12,14	17,39
Interim personeel	0,00	0,00
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	1,48
	12,14	18,87

* 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 0,20 vte – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, 62, 7°.

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 bijkomende registraties inzake 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.	☒	☐	☐	☐
Bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie worden duidelijk vermeld op de medicatiefiche.				
De medewerkers gebruiken een tablet bij het toedienen van de medicatie zodat de medicatiefiche, tijdens het toedienen, kan geconsulteerd worden.				

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.	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Op één medicatiefiche ontbreekt het interval voor toediening bij medicatie 'indien nodig'.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd. Aantal gecontroleerde dossiers = 3	3/3	0/3	0/3	0/3
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd. Aantal gecontroleerde dossiers = 3	3/3	0/3	0/3	0/3
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd. Aantal gecontroleerde dossiers = 2	0/2	2/2 TK	0/2	0/2
Op de dag van de inspectie waren er twee bewoners met een variabel schema aan voor het toedienen van insuline. Voor deze bewoners kon worden vastgesteld dat het aantal toegediende eenheden insuline niet consequent geregistreerd werd.				

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
De medicatie wordt wekelijks via een robotsysteem door de apotheker in zakjes aangeleverd. De resterende medicatie wordt door een verpleegkundige klaargezet. In de nabije toekomst zal er, volgens de gesprekspartner, overgeschakeld worden naar een apotheker die zelf het 'beheer van de medicatiefiche' zal doen (het WZC moet alleen de wijzigingen doorgeven) en die dagelijks medicatie zal leveren.				

	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.	☒	☐	☐	☐
Resterende medicatie (medicatie die niet in de zakjes van de apotheker zit) zit in een potje zonder gegevens. Deze medicatie is niet identificeerbaar tot vlak voor toediening. Op medicatie die beperkt houdbaar is, wordt de openingsdatum vermeld. Alle oogdruppels worden na een maand vervangen, sommige oogdruppels kunnen echter langer gebruikt worden.				

Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	1/1	0/1	0/1	0/1

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)

- Op de medicatiefiche ontbreken de nodige gegevens m.b.t. de "medicatie indien nodig" (de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
- 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.

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 = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- badkamers <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 4</i>	4/4	0/4	0/4	0/4
- verpleegpost <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- personeelstoilet <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2

Aantal gecontroleerde wastafels = 10

	Ja	Nee	NB	NVT
Bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost beschikt men over:				
- vloeibare zeep	10/10	0/10	0/10	0/10
- dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	10/10	0/10	0/10	0/10
- instructies handhygiëne	10/10	0/10	0/10	0/10
- aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	10/10	0/10	0/10	0/10

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is handalcohol beschikbaar:				
- bij elke bewonerskamer	☒	☐	☐	☐
- in elke verpleegpost	☒	☐	☐	☐
- in alle gemeenschappelijke leefruimtes	☒	☐	☐	☐

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	10/10	0/10	0/10	0/10

Naleving regelgeving (niet conform)

- Bij het gebruik van wegwerphandschoenen houdt men niet altijd rekening met de voorwaarden inzake handhygiëne - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid. Een medewerker gaf aan dat ze regelmatig de wegwerphandschoenen ontsmet en wegwerphandschoenen worden niet na het onderhoud van elke kamer vervangen.

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 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.

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.	3/3	0/3	0/3	0/3
Het woonzorgleefplan bevat de sociale anamnese met o.a. informatie over: • loopbaan • hobby's en interesses • samenstelling gezin/belangrijke levensgebeurtenissen.	3/3	0/3	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, continentie 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 = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- uit te voeren wondzorg <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- te meten parameters (op instructie van de arts) <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 4</i>	4/4	0/4	0/4	0/4

	Ja	Nee	NB	NVT
De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg.	☒	☐	☐	☐
De zorgplannen kunnen geconsulteerd worden op tablets.				

Registraties

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt consequent geregistreerd.	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
Voor drie zorg- en ondersteuningsplannen werd voor verschillende dagen vastgesteld dat er hiaten zijn in het aftekenen van de uitgevoerde zorgen.				

Aantal gecontroleerde parameters = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd.	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
In één dossier worden de glycemiewaarden niet consequent geregistreerd.				

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 4

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen.	3/4	1/4 TK	0/4	0/4
In één dossier werd een bewoner in de maanden januari en februari 2023 niet gewogen.				

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 = 3

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

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

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

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 = 3</i>				
- startdatum	3/3	0/3	0/3	0/3
- beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	3/3	0/3	0/3	0/3
- aard van de behandeling	3/3	0/3	0/3	0/3
- frequentie van de behandeling.	3/3	0/3	0/3	0/3

Aantal gecontroleerde wondzorgfiches= 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De evolutie van de wonde is af te leiden uit de observaties in het woonzorgleefplan.	3/3	0/3	0/3	0/3

Naleving regelgeving(niet conform)

- 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 - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art. 29, 2°.
- De bewoners worden niet minstens maandelijks gewogen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN M.B.T. DE ZORG PRAKTIJK

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.

Naleving regelgeving(geen tegenindicaties)

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst op datum van het 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.	☒	☐	☐	☐
Tijdens de nacht zijn er minstens 2 zorgmedewerkers (soms 3) waarvan minstens één verpleegkundige.				
Tussen de nachtdienst en de vroege/late dienst is er een overlapping van 15 minuten zodat briefing mogelijk is.				

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.	☐	☒ TK	☐	☐
Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat een medewerker een bewoner rechtstaand eten gaf.				

	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.	☒	☐	☐	☐

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB	NVT
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	☒	☐	☐	☐
Wekelijks is er een alternatief voorzien voor het middageten. Op de dag van de inspectie was er witloof met een hamburger maar een dag op voorhand konden bewoners aangeven dat ze spaghetti bolognaise verkozen.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Er wordt een huiselijke en rustige sfeer gecreëerd tijdens de maaltijd.	☒	☐	☐	☐

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).	☒	☐	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
De gebouwen en de lokalen worden regelmatig onderhouden:				
- dagelijks onderhoud	☒	☐	☐	☐
- structureel onderhoud.	☒	☐	☐	☐

VEILIGHEID

	Ja	Nee	NB	NVT
Men neemt de nodige maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen, rekening houdend met hun toestand:				
- medicatie en verzorgingsproducten worden veilig bewaard	☒	☐	☐	☐
- onderhoudsproducten worden veilig bewaard.	☒	☐	☐	☐

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)

- De bewoners worden onvoldoende respectvol bejegend - Woonzorgdecreet 15/02/2019, art. 4, §1, 2°.

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	☒	☐	☐	☐
De verslagen van de 4 laatste gebruikersraden werden voorgelegd (13 maart 2023, 19 december 2022, 19 september 2022, 21 juni 2022). Volgens de gesprekspartner mogen familieleden aanwezig zijn op de gebruikersraden maar het is niet duidelijk of ze ook effectief worden uitgenodigd. Er worden ook familieraden (zie hieronder) georganiseerd.				

- * 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	☒	☐	☐	☐
De verslagen van twee familieraden werden tijdens de inspectie voorgelegd (19 september 2022 en 19 december 2022). Twee familieraden werden afgelast omwille van uitbraken van COVID-19.				

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

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)