

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	Warmhof
Adres	Begijnewater 1, 9990 Maldegem
Dossiernummer	436.102

INRICHTENDE MACHT

Naam	ZORGBEDRIJF MEETJESLAND
Juridische vorm	Ver.OCMW
Adres	Sleidinge-Dorp 43, 9940 Evergem

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 11/04/2023 (8:00-14:00)
Datum laatste vaststelling	13/04/2023

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	120
--------------------------	-----

Andere erkenningen en toelatingen:

Capaciteit CVK erkenning	4
--------------------------	---

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- een algemene opvolging.

PROFIEL EN AANTAL BEWONERS

Toelichting

- Vaststellingen op basis van de bewonerslijst op datum van het inspectiebezoek en observaties tijdens de rondgang in de voorziening.
- Om het aantal bewoners met het dementiesyndroom te bepalen, werden de bewoners die op de Katz-schaal een D of CD scoren en de bewoners die een 3 of 4 scoren op de items oriëntatie in tijd en ruimte, samengeteld.

BEZETTINGSGEGEVENS

	Aantal
Totaal bewoners WZC	119
Totaal bewoners CVK	3
Afwezigen	1
Andere	0
Totale bezetting *	123

* 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
1	10	39	19	38	13	0	120

Katz scores bewoners **CVK**

O	A	B	C	CD	D	TOTAAL
0	0	1	2	0	0	3

	Aantal
Totaal bewoners met Katz score	123
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	123

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	60
Niet-bejaarde bewoners	2

	Ja	Nee	NB	NVT
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd.	☒	☐	☐	☐
Indien meer dan 10% van de bewoners jonger zijn dan 65 jaar beschikt men over een verslag dat werd opgemaakt door een multidisciplinair team. Uit dit verslag moet blijken dat er voor de gebruiker in zijn woonomgeving geen gepaste opvang beschikbaar is en dat de opname in het WZC beantwoordt aan de zorg- en ondersteuningsdoelen van de gebruiker in kwestie. Het multidisciplinair team moet minstens bestaan uit een maatschappelijk assistent en een behandelend arts.	☐	☐	☐	☒

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: de eerste 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

Er werd een rokersruimte voorzien op de eerste verdieping in een volledig met glas overdekt terras.
Er werden deurpompen aangebracht aan de deuren van de wgl..

Geplande wijzigingen

Geen.

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- CVK
- GAW
- CDV
- LDC

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN

Er werd vastgesteld dat het woonzorgcentrum voldoet aan de gewijzigde voorwaarden de kineruimte (art. 51, 25°).

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Bijkomend tekort

Beschrijving

In de gemeenschappelijke badkamers en toiletten werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien.

Vaststellingen

In het niet-rolstoelaangepast toilet van de afdeling groen was geen armsteun voorzien en ontbrak zo één armsteun.

Bijkomend tekort

Beschrijving

De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: er werden geen handgrepen aan beide kanten van het toilet voorzien.

Vaststellingen

In de individuele sanitaire cellen is maar één armsteun voorzien in de bezochte wgl.. Hierdoor ontbrak telkens één armsteun.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Niet overal in de gemeenschappelijke ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar.

Vaststellingen

In de rookruimte op de eerste verdieping is een bel voorzien, maar op een testoproep geplaatst door Zorginspectie kwam geen enkele reactie. De gesprekspartner gaf aan niet te weten of de bel wel aangesloten is.

Bijkomend tekort

Beschrijving

De zonnewering werd niet overal waar nodig geïnstalleerd.

Vaststellingen

De rookruimte op de eerste verdieping is volledig in glas. Het zorgpersoneel noemt het 'de serre' o.m. omdat het er in de zomer warm kan worden. In deze ruimte is geen zonnewering voorzien.

Naleving regelgeving (niet conform)

- In de gemeenschappelijke badkamers en toiletten werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien. In het niet-rolstoelaangepast toilet van de afdeling groen was geen armsteun voorzien en ontbrak zo één armsteun - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: er werden geen handgrepen aan beide kanten van het toilet voorzien in alle bezochte wgl - 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 ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar. In de rookruimte op de eerste verdieping is een bel voorzien, maar op een testoproep geplaatst door Zorginspectie kwam geen enkele reactie. De gesprekspartner gaf aan niet te weten of de bel wel aangesloten is - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
- De zonnewering werd niet overal waar nodig geïnstalleerd, zoals in de rookruimte op de eerste verdieping - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 16° en art. 54, 8ste lid, 5°.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van personeelslijst en de uurroosters voor de maanden maart en april 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) **	24,33	17,43
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	3,60	3,00
waarvan verpleegkundige(n)	3,60	1,00
Zorgkundige(n)	33,53	22,36
Medewerker(s) reactivering ***		5,41
Ergotherapeut(e)(n)	1,80	
Kinesitherapeut(e)(n)	2,00	
Andere	2,90	
Medewerker(s) levenseindezorg	0,33	0,33
Begeleider(s) wonen en leven	4,10	2,25
Keuken- en onderhoudspersoneel	26,91	8,20
Maatschappelijk werker(s)	0,60	-
Administratieve medewerker(s)	2,30	-
Logistieke medewerker(s)	0,81	-
Kwaliteits-coördinator(en)	0,80	-
kapster	0,59	-
cafetariamedewerkers	3,94	-

* 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 is psychologe van opleiding.

Er is ook nog een verpleegkundige (0,80 vte) die overkoepelend wordt ingezet voor de verschillende WZC's van Zorgbedrijf Meetjesland. Deze verpleegkundige werd niet opgenomen in bovenstaande tabel. Deze verpleegkundige was ook niet terug te vinden op de uurroosters.

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	24,33	33,25
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	0,28
	24,33	33,53

- * 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 (conform)

VEILIGHEID

MEDICATIEVEILIGHEID

Toelichting

- Medicatiebeheer en -bedeling zijn een complex gegeven waarbij het WZC een veelheid aan richtlijnen dient te respecteren. Zorginspectie kan niet alle aspecten in één bevraging aan bod laten komen. Onderstaande items zijn relevant maar niet allesomvattend.
- Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. Elementen die niet dossiergebonden zijn en eerder betrekking hebben op een algemene werkwijze worden op voorzienings- of afdelingsniveau beoordeeld.
- Vaststellingen op basis van het nazicht van: een steekproef van de zorgdossiers, het medicatieopslag- en bedelingssysteem, klaargezette medicatie via steekproef.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens rondgang.
- Vaststellingen op basis van de bevraging van medewerkers.
- Vaststellingen op basis van bijkomende registraties inzake medicatie.

	Ja	Nee	NB	NVT
In het 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.	☒	☐	☐	☐

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 = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
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
Er waren meerdere momenten waarop het toedienen van de medicatie niet werd afgetekend, zonder dat daarvoor een verklaring was terug te vinden in het woonzorgleefplan. De gesprekspartner verklaarde dat men vermoedelijk vergat deze medicatie af te tekenen voor toedienen. In het WZC is er volgens verschillende gesprekspartners slechts één bewoner met een bijspuitschema. Het aantal toegediende eenheden insuline wordt echter niet genoteerd voor deze bewoner.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De klaargezette medicatie stemt overeen met de medicatiefiche. (geen tegenindicaties)	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Bij één bij steekproef uitgekozen bewoner was één medicament niet ter beschikking tijdens de medicatiebedeling. De gesprekspartner verklaarde dat dit moest bijbesteld worden.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Medicatie die vooraf wordt klaargezet blijft identificeerbaar tot op het moment van toedienen.	☒	☐	☐	☐
Tijdens het nazicht van een steekproef van de medicatie werd enkel medicatie aangetroffen met een vervaldatum die nog niet verstreken was.	☐	☒ TK	☐	☐
Men hanteert een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening (vb. oogdruppels, neusdruppels) op te volgen.	☒	☐	☐	☐
In de koelkast werden 2 medicamenten aangetroffen waarvan de vervaldatum overschreden was.				

Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	0/1	1/1 TK	0/1	0/1
Tijdens de bedeling van de ochtendmedicatie was te zien hoe het zorgpersoneelslid tussen het pletten van de medicatie voor verschillende bewoners, de pletter niet reinigde, waardoor er medicatieresten bleven aan kleven.				

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)

- 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.
- De klaargezette medicatie stemt niet overeen met de medicatiefiche - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e.
- De vervaldatum van geneesmiddelen worden onvoldoende opgevolgd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
- De medicatiepletter bevat medicatieresten. Dit was op de afdeling rood het geval - 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>	4/5	1/5 TK	0/5	0/5
- badkamers <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- verpleegpost <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
- personeelstoilet <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
In het niet-rolstoelaangepast toilet voor bewoners van de afdeling rood was geen wastafel aanwezig.				

Aantal gecontroleerde wastafels = 8

	Ja	Nee	NB	NVT
Bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost beschikt men over:				
- vloeibare zeep	6/8	2/8 TK	0/8	0/8
- dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	6/8	2/8 TK	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	3/8 TK	0/8	0/8
In de gemeenschappelijke badkamers en op de verpleegpost (medicatiekamer) ontbrak vloeibare zeep. In de gemeenschappelijke badkamers ontbraken ook telkens een dispenser met papieren wegwerphanddoeken. In de verpleegpost ontbrak de instructie handhygiëne. In één gemeenschappelijk toilet stond een vuilnisbak met een tuimeldeksel dat men met de handen moet bedienen. In gemeenschappelijke bewonerstoiletten waaronder ook de rolstoelaangepaste toiletten wordt een vuilnisbak voorzien die men met de knie moet bedienen. Voor minder mobiele bewoners lukt dit niet zonder de handen te gebruiken.				

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

Medewerkers

Aantal geobserveerde medewerkers = 14

	Ja	Nee	NB	NVT
De algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne worden in de praktijk door de medewerkers nageleefd:	14/14	0/14	0/14	0/14
• 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				

Naleving regelgeving (niet conform)

- Niet overal in de gemeenschappelijke toiletten is een wastafel voorzien. In het niet-rolstoelaangepast toilet voor bewoners van de afdeling rood was geen wastafel aanwezig - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost vloeibare zeep voorzien. Dit was het geval in de verpleegpost en de gemeenschappelijke badkamers – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost een dispenser met papieren wegwerphanddoekjes voorzien, zoals bv. de verpleegpost – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
- Er hangen niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost instructies uit m.b.t. een correcte handhygiëne - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost een aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen) voorzien. Dit was het geval in gemeenschappelijke bewonerstoiletten op de eerste verdieping - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, 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 de afdelingen rood en groen op de eerste verdieping en voor de parameters (waaronder glycemiewaarde) op het gelijkvloers.

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.	2/3	1/3 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 = 3</i>	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
- 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 = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
Bij een bewoner ontbrak het gebruik van de bedsponden en de voorzettafel als vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij een andere bewoner de voorzettafel. Bij een bewoner ontbrak het opzetten van de bril en het gebruik van een positioneringskussen. Bij een andere bewoner ontbrak het opzetten van de bril. Het betrof telkens zwaar zorgbehoevende bewoners die volledig moesten aangekleed worden en tevens verward zijn en zo volledig afhankelijk zijn van de zorg van het zorgpersoneel.				

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

Registraties

<i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	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
Er zitten hiaten in het aftekenen van de uitgevoerde zorg. Dit situeert zich voornamelijk in de namiddag en de avond, maar ook soms bij de ochtendzorg. Het betrof telkens essentiële handelingen, waar geen verklaring in het woonzorgleefplan terug te vinden was..				

<i>Aantal gecontroleerde parameters = 3</i>	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd.	3/3	0/3	0/3	0/3

<i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen.	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
Er zitten meerdere hiaten bij het noteren van het gewicht van de 3 bij steekproef uitgekozen bewoners. Het ging telkens om de maand maart 2023 en de periode tussen februari 2022 en december 2022.				

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

<i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoner en/of familie werd(en) betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	2/3	1/3 TK	0/3	0/3

<i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	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). <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 2</i>	3/2	0/2	0/2	0/2
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	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
- frequentie van de behandeling.	1/3	2/3 TK	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.	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Bij één wonde was voor een periode van begin maart 2023 tot het inspectiebezoek, enkel één observatie van de wonde bij aanvang terug te vinden.				

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 - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- 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 bewoners worden niet minstens maandelijks gewogen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, 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.
- De wondzorgfiche vermeldt geen behandelingswijze - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- De wondzorgfiche vermeldt geen frequentie van de behandeling - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- De evolutie van de wonde kan onvoldoende afgeleid worden uit de observaties in het woonzorgleefplan - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°, h.

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van personeelslijst en de uurroosters voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug.

	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.	☒	☐	☐	☐
Tussen de verschillende shifts is 15 minuten overlapping voorzien.				

Naleving regelgeving(conform)

OBSERVATIES RONDGANG

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang op de beveiligde afdelingen rood en groen.

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	☐	☐
In de gemeenschappelijke rolstoelaangepaste toiletten ligt het incontinentiemateriaal op een schap en dit volledig zichtbaar.				

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB	NVT
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	☒	☐	☐	☐

	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.	☐	☒ TK	☐	☐
Er wordt op de eerste verdieping gewerkt met een nachtlampje op het nachtkastje. Het valt voor dat de schakelaar zo gedraaid is dat deze aan de andere kan dan deze van het bed hangt, zodat deze schakelaar buiten bereik is van de bewoner. De gesprekspartner verklaarde dat het ging om bewoners die het licht niet meer kunnen bedienen. Bij minstens één bewoner wordt dit echter niet vermeld in het woonzorgleefplan.				

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	☐	☐
In de rookruimte op de eerste verdieping is geen verwarming voorzien.				

	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	☐	☒ TK	☐	☐
- onderhoudsproducten worden veilig bewaard.	☐	☒ TK	☐	☐
In de gang aan de wgl. van een bewoner van de afdeling groen lag de medicatie van 7 en 8u onbeheerd op de brievenbus. In een niet afgesloten gemeenschappelijke badkamer stond een wondzorgkar en de deur van een berging waar onderhoudsproducten worden bewaard stond de ganse voormiddag open. Er stonden onderhoudsmiddelen op het aanrecht in de leefruimte van de groene afdeling terwijl daar niet altijd medewerkers aanwezig waren in de voormiddag (bv. tijdens de overdracht).				

INFORMATIE VOOR BEWONERS

	Ja	Nee	NB	NVT
Het menu wordt ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld.	☐	☒ TK	☐	☐
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	☒	☐	☐	☐
Tot ongeveer 10u hing het menu uit t.e.m. 9 april. Het zorgpersoneel zei spontaan aan de aanwezige bewoners dat er nog geen afdruk van het menu was, zoals de dag voordien. Het menu van 10 en 11 april was bijgevolg niet bekendgemaakt de dag voordien.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- Het incontinentiemateriaal wordt onvoldoende discreet opgeborgen - Woonzorgdecreet 15/02/2019, art. 4, §1, 2°.
- De bewoner kan vanuit het bed het licht niet bedienen op meerdere wgl. op de eerste verdieping - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 21°.
- Niet in alle lokalen is de verwarming, ventilatie en verlichting aangepast aan de bestemming van het lokaal. Er is geen verwarming in de rookruimte op de eerste verdieping - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 12°, 13°, 14° en 27°.
- Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: medicatie en verzorgingsproducten worden niet veilig bewaard. De ochtendmedicatie van een bewoner op de eerste verdieping wordt bewaard op een brievenbus aan de wgl.. Een wondzorgkar staat onbeheerd in een gemeenschappelijke badkamer op de eerste verdieping waarvan de deur open staat - 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. In de leefruimte groen staan

onderhoudsproducten op het aanrecht waar niet steeds personeel aanwezig is. Op de eerste verdieping staat de deur van bergingen waar onderhoudsproducten worden bewaard gans de voormiddag open. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.

- TOEVOEGEN Het menu wordt niet minstens één dag op voorhand aan de bewoners meegedeeld - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 32, 5°.

INSPRAAK/KLACHTEN

INSPRAAK

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de verslagen van de laatste 4 gebruikersraden.

	Ja	Nee	NB	NVT *
Er is een gebruikersraad die minstens 1 x per trimester samen komt	☐	☒ TK	☐	☐
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	☒	☐	☐	☐
Voor het derde trimester 2022 kon geen verslag van een gebruikersraad worden voorgelegd.				

* 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(niet conform)

- De gebruikersraad vergadert niet minstens één keer per trimester - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §1.

DOCUMENTENFICHE

DOCUMENTEN INSPECTIE

Toelichting

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

Naleving regelgeving(conform)