

ZORGINSPECTIE

Zorginspectie
T 02 553 34 34
contact.zorginspectie@vlaanderen.be
www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

INRICHTENDE MACHT

Naam	ORELIA ZORG
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	NV
Ondernemingsnummer	0810196557
Adres	Selsaetenstraat 50 B, 2160 Wommelgem

INSPECTIEPUNT

Naam	Ter Velm
HCO-nummer	16824
Adres	Halingenstraat 76, 3806 Sint-Truiden
Dossiernummer	338.111

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	08/10/2024
Verlagnummer	ZI-2024-03261

INSPECTIEBEZOEK

Ter Velm
Onaangekondigde inspectie op 27/09/2024 (09:30-12:40)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	8
o Personeelsformatie	8
• Infrastructuur	10
• Handhygiëne	14
o Handhygiëne in de praktijk	14
• Medicatieveiligheid	16
• Hulp- en dienstverlening	18
o Woonzorgleefplan	18
o Afstemming van de zorg	21
o Bijkomende vaststellingen m.b.t. de zorgpraktijk	22
o Continuïteit zorgverlening	23
o Opvolgen reactietijd beloproepen	24
• Observaties tijdens rondgang	25
• Inspraak	27
o Gebruikersraad	27

LEESWIJZER

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg 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 inspectieverlagen 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 inspectieverlag.

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 minder-gebruikelijke 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 bevroegde items wordt bepaald door de finaliteit van het inspectiebezoek en door wat er zich tijdens het inspectiebezoek aandient.

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

- observaties;
- bevraging van medewerkers en verantwoordelijken;
- inzage in documenten;
- bevraging 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: nieuwe, bestaande of weggewerkte inbreuken
- 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 www.departementwvg.be/zorginspectie/woonzorgcentra.

Gebruikte afkortingen

AP	aandachtspunt
AW	assistentiewoning
BE	bijkomende erkenning
BVR	Besluit Vlaamse Regering
CVH	centrum voor herstelverblijf
CVK	centrum voor kortverblijf
CDV	centrum voor dagverzorging
CDO	centrum voor dagopvang
CRA	coördinerend en raadgevend arts
DG	dienst gezinszorg
GAW	groep van assistentiewoningen
HVP	hoofdverpleegkundige(n)
IB	inbreuk
LDC	lokaal dienstencentrum
NAH	niet aangeboren hersenletsels
NB	niet beoordeeld
NTB	niet te beoordelen
NVT	niet van toepassing
SAW	sociale assistentiewoningen
SFG	serviceflatgebouw
SMK	sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
WA	woonassistent
VP	verpleegkundige(n)
VS	Vlaamse sociale bescherming
VTE	voltijds equivalent
WCD	woningcomplex met dienstverlening
WGL	woongelegenheid
WZC	Woonzorgcentrum
WZD	woonzorgdecreet
WZL-plan	woonzorgleefplan
ZO-plan	zorg- en ondersteuningsplan

SITUERING

Erkenningsgegevens WZC

Capaciteit WZC-erkenning	126
--------------------------	-----

Andere erkenningen en toelatingen

Capaciteit CVK- erkenning	6
---------------------------	---

Inspectiebezoek

De inspectie vond plaats naar aanleiding van:

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

Directie WZC

Naam:

Ine Leenen

PROFIEL EN AANTAL BEWONERS

- Vaststellingen op basis van de bewonerslijst op datum van het inspectiebezoek.
- 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 aantal bewoners WZC	99
Totaal aantal bewoners CVK	6
Afwezigen	3
Andere	0
Totale bezetting (*)	108

(*) Totale bezetting = aantal opgenomen bewoners in het WZC en het CVK + het aantal afwezige bewoners + het aantal andere gebruikers waarvoor geen aparte personeelsequipe ingezet wordt.

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

	Ja	Nee	NB
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Katz scores

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

O	A	B	C	CD	D	CC
10	18	31	7	36	0	0

Totaal aantal WZC = 102

Katz scores bewoners CVK

O	A	B	C	CD	D
0	3	3	0	0	0

Totaal aantal CVK = 6

Totaal aantal bewoners met Katz score	108
Aantal bewoners zonder Katz score	
Totale bezetting	108

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	60
Bewoners jonger dan 65 jaar	5

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
 - de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden augustus en september 2024
 - documenten m.b.t. de tewerkstelling van jobstudenten, interims en zelfstandige medewerkers 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)**	10,78	13,76
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	3,00	3,00
waarvan verpleegkundige(n)	3,00	1,00
Zorgkundigen	30,78	16,12
Medewerker(s) reactivering***	/	3,42
Kinesitherapeut(e)(n)	2,25	
Ergotherapeut(e)(n)	1,80	
Logopedist(e)(n)	0,00	
Andere	0,50	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,00	0,26
Begeleider(s) wonen en leven	2,34	2,00
Medewerkers keuken en onderhoud	10,00	7,20
Andere		
Administratieve medewerker(s)	1,00	/
Logistieke medewerker(s)	5,11	/

(*) Effectief en vereist personeel in functie van het aantal bewoners en de Katz scores.

(**) Aantal vte verpleegkundigen inclusief het aantal vte hoofdverpleegkundigen.

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

- Stagiairs en personeelsleden die langdurig afwezig zijn, worden niet meegerekend in bovenstaande tabel.
- Het tekort aan begeleiders levenseindezorg wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.

Substitutieregel

	Aantal vte
Tekort verpleegkundigen	2,98
Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie (*)	4,13
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een medewerker met een diploma zoals vermeld in art. 45, §2, 8°	0,87
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een zorgkundige	2,11
Resterend tekort verpleegkundigen na toepassing van de substitutieregel.	0,00

(*) De voorziening maakt gebruik van de substitutieregel (BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §2, 9°). Deze regel stelt dat, indien de verpleegkundige 24u-permanentie gewaarborgd is, 20 % van het vereiste aantal vte verpleegkundigen (of 30 % indien minstens 7 vte verpleegkundigen in dienst) kan vervangen worden door een ander personeelslid met een kwalificatie opgesomd in art. 45, §2, 8°. Bij gebrek aan deze personeelsleden, mogen verpleegkundigen vervangen worden door zorgkundigen ten belope van 1,2 vte zorgkundige voor 1 vte verpleegkundige.

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.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
De inzet van de medewerkers met ander statuut werd door de voorziening aangetoond en werd mee opgenomen in bovenstaand overzicht van de personeelsformatie.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Verpleegkundigen (*)	Zorgkundigen (*)
Personeel in loondienst of statutair personeel	9,76	29,26
Interim personeel	0,02	0,42
Zelfstandige verpleegkundigen / zorgkundigen	1,00	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	1,10
TOTAAL	10,78	30,78

(*)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.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

INFRASTRUCTUUR

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: verschillende gemeenschappelijke ruimtes en kamers op het gelijkvloers en de eerste verdieping van elke afdeling en de verbindingsgangen op niveau -1.

BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

Regelgeving van toepassing:

- WZC na 2009, voor 2017

Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- CVK

De appartementen, die op het moment van de inspectie niet erkend zijn als assistentiewoningen en niet onder beheer van de inrichtende macht zijn, bevinden zich op de verdiepingen boven de afdelingen van het woonzorgcentrum.

De inrichtende macht zou volgens de gesprekspartners in de toekomst deze appartementen in eigen beheer willen gaan uitbaten.

BEWONERSKAMERS

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Niet weggewerkt

- 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.
 - Vaststellingen 02/03/2023: in de individuele sanitaire cellen is er slechts één handgreep. De in het verleden geplaatste tweede handgreep op de schuifdeur van deze individuele sanitaire cel is geen passende oplossing.
 - Vaststellingen 24/10/2023: er werd vastgesteld dat er ontbrekende handgrepen waren bij de gecontroleerde toiletten in individuele sanitaire cellen.
 - Vaststellingen 19/01/2024: er werd vastgesteld dat er slechts één handgreep was in de gecontroleerde individuele sanitaire cellen.
 - Vaststellingen 27/09/2024: er werd vastgesteld dat er slechts één handgreep was in de gecontroleerde individuele sanitaire cellen. De gesprekspartners gaven aan dat er steunen voor de handgrepen in bestelling zijn, omdat er op de huidige wanden geen handgrepen kunnen worden bijgeplaatst.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

GEMEENSCHAPPELIJK SANITAIR

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- Het aantal rolstoeltoegankelijke gemeenschappelijke toiletten voldoet niet aan de erkenningsvoorwaarden: er zijn geen rolstoeltoegankelijke gemeenschappelijke toiletten voorzien bij

elke zit- en eetruimte - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 3°.

- o Vaststellingen 24/10/2023: omdat bepaalde voormalige gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten als berging worden gebruikt zijn andere gemeenschappelijke toiletten op de gangen van de afdeling toegankelijk voor bewoners. Deze toiletten zijn te klein voor rolstoelgebruikers, hebben geen of slechts één handgreep en hebben niet altijd een oproepsysteem. Er zijn bijgevolg niet overal gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten nabij de leefruimtes.
- o Vaststellingen 19/01/2024: er waren niet overal gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten nabij de leefruimtes.
- o Vaststellingen 27/09/2024: er zijn wijzigingen aangebracht waardoor er weer rolstoeltoegankelijke toiletten nabij elke leefruimte waren.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

LEUNINGEN EN HANDGREPEN

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Niet weggewerkt

- In de gemeenschappelijke badkamers en toiletten werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
 - o Vaststellingen 02/03/2023: in de gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten was er slechts één handgreep.
 - o Vaststellingen 24/10/2023: omdat bepaalde voormalige gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten als berging worden gebruikt zijn andere gemeenschappelijke toiletten op de gangen van de afdeling toegankelijk voor bewoners. Deze toiletten zijn te klein voor rolstoelgebruikers, hebben geen of slechts één handgreep.
 - o Vaststellingen 19/01/2024: in de gecontroleerde gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten was er slechts één handgreep.
 - o Vaststellingen 27/09/2024: niet overal waren er twee handgrepen. De gesprekspartners gaven aan dat men bezig was om overal waar nodig een tweede handgreep te plaatsen.

- Niet overal in de gangen werden aan beide zijden leuning(en) aangebracht - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
 - o Vaststellingen 02/03/2023: in de gang naar het kantoor van de directeur, die ook toegang geeft tot het onthaal en de leefruimte naast het onthaal zijn er geen leuning(en) terwijl dit overal waar bewoners kunnen komen aan beide zijden moet worden voorzien, ook waar er raampartijen zijn of door deuren onderbroken muren. Op het gelijkvloers in afdeling Bigarreau ontbrak een leuning richting kamer 1. In de ondergrondse gang die de afdelingen met elkaar verbindt, waar ook bewoners komen, zijn er geen leuning(en) aan beide zijde van de gangen.
 - o Vaststellingen 19/01/2024: de situatie is ongewijzigd.
 - o Vaststellingen 27/09/2024: er werden leuning(en) bijgeplaatst aan beide zijden van de gang waar onder andere het kantoor van de directeur ligt, op de afdelingen en gedeeltelijk op niveau -1. De gesprekspartners gaven aan dat er nog leuning(en) zullen worden bijgeplaatst ter hoogte van het kapsalon en in de verbindingsgang op niveau -1 naar o.a. de gemeenschappelijke leefruimte en afdeling Conférence.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VEILIGE INFRASTRUCTUUR I.F.V. DWAALGEDRAG EN VALINCIDENTEN

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Niet weggewerkt

- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de toegangen kunnen niet beveiligd worden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 51, 24°.
 - Vaststellingen 24/10/2023: er werd vastgesteld dat er op verschillende plaatsen een niet afgesloten toegang is tot de bewonersafdelingen door personen die zich in de andere woonvormen op dezelfde site bevinden. Indien men op de bovenste verdiepingen van de gebouwen (vb de verdieping boven de WZC-afdeling Biggareau in hetzelfde gebouw) de trap of lift neemt naar de gangen in de verdiepingen eronder komt men op het einde van deze gangen via een deur zonder code rechtstreeks in de leefruimte van de bewoners terecht. Aan de kant van de bewoners is er een code die deze gang en traphal gesloten houdt. Dit is een toegang tot het WZC die ten allen tijde kan worden gebruikt door bewoners en bezoekers van de andere woonvormen wat een veiligheidsrisico is.
 - Vaststellingen 19/01/2024: er waren niet afgesloten toegangen tot de bewonersafdelingen van het woonzorgcentrum, voor personen die zich in andere woonvormen op dezelfde site bevonden. Men kon bijvoorbeeld vanuit de woonvormen die gelegen zijn boven het eerste verdiep van afdeling Conference, zonder beveiliging rechtstreeks binnen gaan in de leefruimte van afdeling Conference. Het gaat hier over niet-erkende woonvormen met verschillende mogelijke types bewoners zoals senioren, gezinnen met kinderen, seizoensarbeiders, ...
 - Vaststellingen 27/09/2024: de appartementen op de verdiepingen boven de afdelingen worden volgens de gesprekspartners niet meer gebruikt om seizoensarbeiders te huisvesten, maar eerder voor de huisvesting van ouderen met een beperkte zorggraad en enkele gezinnen. De gesprekspartners schatten dat er in de ongeveer 120 appartementen een 30-tal bewoners verblijven. Er wordt aangehaald dat het oproepsysteem nog steeds gelinkt is aan het woonzorgcentrum. Er is geen spreek- luisterverbinding en er wordt volgens de gesprekspartners enkel aan crisishulp gedaan wanneer er een noodoproep wordt geplaatst. Eventuele zorg voor de bewoners van deze appartementen wordt door deze bewoners zelf geregeld via externe hulp- en zorgverleners. Er zijn vanuit de verdiepingen van deze appartementen niet afgesloten toegangen tot de bewonersafdelingen van het woonzorgcentrum. In het verslag van de familieraad van 11 april 2024 werd aangehaald dat men "het onveilig vindt dat de deuren open blijven en deze nooit gesloten worden". Uit het verslag van de laatste familieraad in september 2024 bleek dat men een oplossing zoekt, maar dat die nog niet is gevonden.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

- In deze voorziening (omgevingsvergunning van vóór 2017) zijn niet alle traphallen beveiligd. Van de voorziening wordt verwacht dat men de leefkansen en risico's die deze niet beveiligde traphallen bieden, met de bewoner bespreekt. Eventuele maatregelen om het gebruik van de trappenhal te beperken, zijn afgestemd met de bewoner, en zijn erop gericht de leefwereld van de bewoner zo groot mogelijk te houden. Over de genomen maatregelen wordt consequent gerapporteerd in het woonzorgleefplan. (Toelichtingsnota WZC, CVK).
 - Vaststellingen 02/03/2023: de stalen brandtrap in de omheinde buitentuin van de afdeling Bigarreau is niet beveiligd. Er werd vastgesteld dat de traphal op het gelijkvloers in de afdeling Conference, waartoe toegang is via de lift vanuit de leefruimte waar aan animatie wordt gedaan, niet beveiligd was. Er wordt volgens de directeur overwogen om deze tuin een andere

invulling te geven, maar er zijn nog geen officiële (architectonische) wijzigingen vastgelegd t.g.v. de overdracht van Triamant naar Orelia.

- o Vaststellingen 24/10/2023: de situatie was ongewijgd en er werden bijkomende elementen vastgesteld zoals een deur van een leefruimte (die toegang gaf tot een traphal) die niet meer sloot waardoor men genoodzaakt was om een kast ervoor te zetten.
- o Vaststellingen 19/01/2024: de situatie was ongewijzigd.
- o Vaststellingen 27/09/2024: nog niet alle deuren waren hersteld en dicht op het moment van de inspectie.

OPROEPSYSTEEM

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- 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. 51,20°.
 - o Vaststellingen 24/10/2023: omdat bepaalde voormalige gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten als berging worden gebruikt zijn andere gemeenschappelijke toiletten op de gangen van de afdeling toegankelijk voor bewoners. Deze toiletten zijn te klein voor rolstoelgebruikers, hebben geen of slechts één handgreep en hebben niet altijd een oproepsysteem.
 - o Vaststellingen 19/01/2024: niet alle gecontroleerde gemeenschappelijke toiletten hadden een oproepsysteem.
 - o Vaststellingen 27/09/2024: alle gecontroleerde gemeenschappelijke toiletten hadden een oproepsysteem.
- Niet in alle bewonerskamers is er een oproepsysteem beschikbaar dat bereikbaar is vanuit het bed en vanuit de zetel - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
 - o Vaststellingen 24/10/2023: er werd vastgesteld dat er oproepsystemen zijn die niet bereikbaar zijn op kamers omdat ze zich achter het hoofdeinde van het bed bevinden.
 - o Vaststellingen 27/09/2024: in alle gecontroleerde bewonerskamers was het oproepsysteem beschikbaar en bereikbaar vanuit het bed en de zetel.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

HANDHYGIËNE

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

Wastafels en producten

- Vaststellingen op basis van de observaties tijdens de rondgang.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze deelmodule niet volledig bevestigd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.
- Handhygiëne is de meest doeltreffende algemene maatregel ter preventie van zorginfecties en de verspreiding van (multiresistente) micro-organismen (o.a. bacteriën, virussen en schimmels). Handen kunnen enkel op een efficiënte manier gewassen en ontsmet worden indien aan onderstaande basisvoorwaarden inzake handhygiëne is voldaan.

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- Niet overal in de gemeenschappelijke badkamers is een wastafel voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - Vaststellingen 02/03/2023: er werd vastgesteld dat de gemeenschappelijke badkamer op de eerste verdieping van afdeling Bigarreau geen wastafel had. Deze bevond zich in het gemeenschappelijk toilet in de aparte ruimte net voor de badkamer.
 - Vaststellingen 24/10/2023: de situatie was ongewijzigd.
 - Vaststellingen 19/01/2024: de situatie is ongewijzigd en er werden bijkomende vaststellingen gedaan. De gemeenschappelijke badkamers op verdiep 0 en verdiep 1 van afdeling Reinette hadden geen wastafel.
 - Vaststellingen 27/09/2024: er werden aan de gemeenschappelijke badkamers rolstoeltoegankelijke toiletten voorzien die twee apart afsluitbare deuren hadden. Eén deur van dit toilet geeft toegang tot de badkamer en één deur tot de leefruimte. Op deze manier is het toilet gemeenschappelijk gebruikt voor zowel de badkamer als de leefruimte. Aan elk gecontroleerde gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet was een wastafel voorzien.
- Er is niet bij elke bewonerskamer handalcohol beschikbaar voor het zorgpersoneel - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - Vaststellingen 24/10/2023: er ontbraken handalcoholgelverdelers aan de bewonerskamers.
 - Vaststellingen 19/01/2024: er ontbraken handalcoholgelverdelers aan de bewonerskamers.
 - Vaststellingen 27/09/2024: er waren handalcoholgelverdelers in de sanitaire cellen van de bewonerskamers en een aantal op de gangen.
- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de personeelstoiletten vloeibare zeep voorzien – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - Vaststellingen 24/10/2023: op het gemeenschappelijk toilet op de ondergrondse verdieping ontbrak de zeep in de zeepdispenser.
 - Vaststellingen 19/01/2024: op het gemeenschappelijk toilet op de ondergrondse verdieping, ter hoogte van de polyvalente zaal, ontbrak de zeep in de zeepdispenser van het mannentoilet.
 - Vaststellingen 27/09/2024: op het gemeenschappelijk toiletten op de ondergrondse verdieping alsook aan de overige gecontroleerde wastafels waren de zeepdispensers gevuld.

Niet weggewerkt

- Er is geen wastafel voorzien in de verpleegpost(en) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - Vaststellingen 02/03/2023: de verpleegpost op de eerste verdieping van afdeling Bigarreau had geen wastafel.
 - Vaststellingen 19/01/2024: de situatie is ongewijzigd.
 - Vaststellingen 27/09/2024: de situatie is ongewijzigd.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

MEDICATIEVEILIGHEID

- 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:
 - een steekproef van de woonzorgleefplannen
 - een steekproef van de medicatiefiches
 - bijkomende registraties inzake medicatie
 - observaties tijdens de rondgang

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- 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.
 - Vaststellingen 24/10/2023: de externe medewerkers hebben volgens de gesprekspartner toegang tot de digitale woonzorgleefplannen via een gezamenlijke login. Er kan bijgevolg niet worden nagegaan welke externe medewerker een taak heeft geregistreerd, medicatie heeft klaargezet of toegediend of een observatie heeft genoteerd.
 - Vaststellingen 19/01/2024: bij nazicht van drie woonzorgleefplannen waren er over meerdere dagen hiaten in het registreren van klaarzetten van medicatie.
 - Vaststellingen 27/09/2024: bij nazicht van drie woonzorgleefplannen werd voor meerdere dagen het klaarzetten van medicatie consequent geregistreerd.

Niet weggewerkt

- 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.
 - Vaststellingen 24/10/2023: de externe medewerkers hebben volgens de gesprekspartner toegang tot de digitale woonzorgleefplannen via een gezamenlijke login. Er kan bijgevolg niet worden nagegaan welk externe medewerker een taak heeft geregistreerd, medicatie heeft klaargezet of toegediend of een observatie heeft genoteerd.
 - Vaststellingen 19/01/2024: een zelfstandige verpleegkundige verklaarde dat ze geen login heeft en dat ze de toegediende medicatie dus niet kon registreren. De medicatie die ze op de dag van de inspectie had toegediend, waaronder insuline, had ze door een zorgkundige laten registreren voor toediening. Bij nazicht van drie woonzorgleefplannen waren er over meerdere dagen ook hiaten in het registreren van toedienen van medicatie.
 - Vaststellingen 29/04/2024: de gecontroleerde externe medewerkers hadden ondertussen een vaste login, maar er waren meerdere hiaten bij het registreren voor toediening van medicatie waaronder Paracetamol, Pantorpazole, Period-aid, Quetiapine, ...
 - Vaststellingen 27/09/2024: bij nazicht van drie woonzorgleefplannen waren er op de gecontroleerde dagen hiaten in het registreren voor toediening van medicatie.

Niet beoordeeld

- 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.
 - Vaststellingen 02/03/2023: bij een bewoner met een variabel schema voor het toedienen van insuline werd vastgesteld dat er hiaten waren in de registratie van de gemeten glycemie waarde en het aantal toegediende eenheden. Er werd deels in het elektronisch woonzorgleefplan genoteerd en deels in een diabetesdagboek. De gesprekspartners gaven aan dat een overschakeling naar een volledig elektronische registratie van gemeten glycemiewaarde en van toegediende eenheden insuline (ook wanneer het basisschema wordt gevolgd) is gepland.
 - Vaststellingen 08/08/2023: bij de registratie van de toegediende eenheden insuline bij deze bewoners met een variabel schema voor het toedienen van insuline werden hiaten vastgesteld.
 - Vaststellingen 19/01/2024: van twee bewoners werd de overeenkomst tussen het te volgen variabele schema insuline en de geregistreerde toegediende insuline gecontroleerd. In beide dossiers waren er hiaten in het registreren van de toegediende eenheden insuline.
 - Vaststellingen 27/09/2024: de gesprekspartners gaven aan dat er, op het moment van inspectie, geen bewoners aanwezig waren waarbij een variabel schema voor het toedienen van insuline van toepassing was.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

HULP- EN DIENSTVERLENING

WOONZORGLEEFPLAN

- 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 uitziet 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 bijgehouden en geactualiseerd wordt 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 federale 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
 - het nazicht van een steekproef van de woonzorgleefplannen en andere registraties m.b.t. de zorg.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze deelmodule niet volledig bevroegd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

Medische- en sociale anamnese

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- Het woonzorgleefplan bevat geen informatie m.b.t. de medische voorgeschiedenis, huidige diagnose en allergieën - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 3°.
 - Vaststellingen 02/03/2023: in 2 van de 3 gecontroleerde dossiers was de medische anamnese niet in orde. De gesprekspartners lieten weten dat er gestart was met het bijwerken van de gegevens, maar dat nog niet alle woonzorgleefplannen bijgewerkt waren.
 - Vaststellingen 19/01/2024: in 3 van de 4 gecontroleerde woonzorgleefplannen was de medische anamnese niet in orde. Bij één bewoner was er geen informatie beschikbaar, bij een andere dateerde de laatste informatie van 2013 en bij een derde was er beperkte informatie die verspreid was over meerdere documenten en dus niet vlot raadpleegbaar.
 - Vaststellingen 27/09/2024: in 3 van de 3 gecontroleerde woonzorgleefplannen was er een medische anamnese met de nodige informatie.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Zorg- en ondersteuningsplan

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de uit te voeren wondzorg - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - Vaststellingen 24/10/2023: bij 2 van de 4 gecontroleerde wondzorgfiches, die van toepassing waren bij 3 bewoners, was er geen instructie voor het verzorgen van deze wonde opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan.
 - Vaststellingen 19/01/2024: : bij 2 van de 4 gecontroleerde wondzorgfiches was er geen instructie voor het verzorgen van deze wonde opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan, aangezien er geen prestatie was gekoppeld aan de wondzorgfiche.
 - Vaststellingen 27/09/2024: bij 3 van de 3 gecontroleerde wondzorgfiches was er een instructie voor het verzorgen van deze wonde opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan aangezien er een prestatie was gekoppeld aan de wondzorgfiche.
- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de te meten parameters - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - Vaststellingen 02/03/2023: voor bewoners met te meten parameters gaven de gesprekspartners aan dat er met een aparte lijst wordt gewerkt (voor een beter overzicht voor de verpleging). Deze aparte lijst wordt niet opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan. De gesprekspartners gaven aan dit systeem te zullen herzien en deze instructies in het zorg- en ondersteuningsplan op te nemen.
 - Vaststellingen 19/01/2024: de gesprekspartners gaven aan dat er geen bewoners in het WZC waren waarbij de parameters in opdracht van de arts op vaste momenten dienden te worden gemeten.
 - Vaststellingen 27/09/2024: er werd bij 2 van de 2 gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen vastgesteld dat het meten van parameters was opgenomen in de zorg- en ondersteuningsplannen. De gesprekspartners gaven aan dat er slechts bij 2 bewoners parameters dienden te worden gemeten (i.c. bloeddruk en glycemie).

Niet weggewerkt

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, continëntie en eten voor alle zorgmomenten - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - Vaststellingen 24/10/2023: bij 1 van de 5 gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen werd de nood aan hulp bij het verplaatsen met een rolstoel niet vermeld en bij een andere bewoner werd niet vermeld dat de bewoner gestimuleerd moest worden bij het eten.
 - Vaststellingen 19/01/2024: bij 1 van de 4 gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen werd de nood aan hulp bij het verplaatsen met een rolstoel niet vermeld.
 - Vaststellingen 27/09/2024: bij 2 van de 4 gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen werd de nood aan hulp bij het verplaatsen met een rolstoel niet vermeld.
- 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°.

- Vaststellingen 02/03/2023: bij een bewoner in een gekantelde rolstoel en een andere bewoner die was gefixeerd met een Zweedse gordel werden deze vrijheidsbeperkende maatregelen niet in het zorg- en ondersteuningsplan opgenomen.
 - Vaststellingen 24/10/2023: in 1 van de 5 gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen werd het plaatsen van een voorzettafel aan de rolstoel niet opgenomen als vrijheidsbeperkende maatregel en bij één bewoner werd een fixatieriem niet opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan.
 - Vaststellingen 19/01/2024: in 1 van de 5 gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen werd het kantelen van een rolstoel niet opgenomen als vrijheidsbeperkende maatregel.
 - Vaststellingen 27/09/2024: in 2 van de 4 gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen werd een vrijheidsbeperkende maatregel niet opgenomen (i.c. het kantelen van een rolstoel, het aanbrengen van een lendengordel)
- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de specifieke zorgen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - Vaststellingen 24/10/2023: er werd bij 3 van de 5 gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen vastgesteld dat specifieke zorgen zoals het aanbrengen van steunkousen niet werden opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan.
 - Vaststellingen 19/01/2024: er werd bij 1 van de 3 gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen vastgesteld dat de specifieke zorgen van het opzetten van een bril bij een bewoner, die dit niet meer zelfstandig kan, niet werden opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan.
 - Vaststellingen 27/09/2024: in 1 van de 3 gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen werd het gebruik van een alternerende matras niet opgenomen in het zorg- en ondersteuningsplan.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Wondzorg

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- De wondzorgfiche vermeldt geen behandelingswijze - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - Vaststellingen 24/10/2023: bij 2 wondzorgfiches werd de aard van de behandeling niet opgenomen in de wondzorgfiche.
 - Vaststellingen 19/01/2024: bij 2 van de 4 gecontroleerde wondzorgfiches werd de aard van de behandeling niet opgenomen in de wondzorgfiche.
 - Vaststellingen 27/09/2024: bij 3 van de 3 gecontroleerde wondzorgfiches werd de aard van de behandeling opgenomen in de wondzorgfiche.

- 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.
 - Vaststellingen 24/10/2023: bij geen van de gecontroleerde 4 wonden kon men de evolutie van de wonde afleiden uit de observaties.
 - Vaststellingen 19/01/2024: bij 2 van de gecontroleerde 4 wonden kon men de evolutie van de wonde niet afleiden uit de observaties.

- Vaststellingen 27/09/2024: bij 3 van de 3 gecontroleerde wondzorgfiches kon de evolutie van de wonden afgeleid worden uit observaties en/of foto's van de wonden in de wondzorgfiche.
- De wondzorgfiche vermeldt geen frequentie van de behandeling - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - Vaststellingen 24/10/2023: bij 2 wondzorgfiches werd de frequentie van de behandeling niet opgenomen in de wondzorgfiche.
 - Vaststellingen 19/01/2024: bij 2 van de 4 gecontroleerde wondzorgfiches werd de frequentie van de behandeling niet opgenomen in de wondzorgfiche.
 - Vaststellingen 27/09/2024: bij 3 van de 3 gecontroleerde wondzorgfiches werd de frequentie van de behandeling opgenomen.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

AFSTEMMING VAN DE ZORG

- Vaststellingen op basis van:
 - de verslaggeving van het intern overleg.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze deelmodule niet volledig bevroegd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- De voorziening organiseert niet op gestructureerde wijze interdisciplinair overleg omtrent de individuele zorg en ondersteuning - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 31.
 - Vaststellingen 29/04/2024: de niet gemaakte afspraken voor ziekenvervoer, bemerkingen in de bewonersraden over slechte communicatie, de vastgestelde gebrekkige kennis van de software die gebruikt wordt voor het uitwisselen van interne informatie en het nog verder te organiseren interdisciplinair overleg zijn indicaties voor een gebrek aan gestructureerd interdisciplinair overleg omtrent de individuele zorg en ondersteuning.
 - Vaststellingen 27/09/2024: enkele maanden geleden werd volgens de gesprekspartners een project voor meer interdisciplinair overleg gestart waarbij er o.a. maandelijks 6 bewoners worden besproken tijdens een Multidisciplinair Overlegmoment (MDO). Dit is lopende hoewel het in de zomer iets minder vaak is gebeurd. Daarbij worden arts en familie vooraf uitgenodigd, alsook de teamleader en de hoofdverpleegkundige. De inhoud van dit overleg omvat onder meer het overlopen van de medicatiefiches, het zorg- en ondersteuningsplan en de DNR-code. Hiervan wordt een verslag gemaakt waarvan indien nodig een samenvatting in het zorg- en ondersteuningsplan komt via het dagboek, aldus de gesprekspartners. Er is daarnaast verhoogde aandacht voor opleiding van de medewerkers voor het gebruik van de software voor het geven en registreren van zorginstructies. Er wordt volgens de gesprekspartners een kalender gebruikt om ziekenhuisvervoer tijdig en beter te regelen.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN M.B.T. DE ZORGPRAKTIJK

- Zorginspectie besteedt tijdens de rondgang ook aandacht aan verschillende 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.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze deelmodule niet volledig bevestigd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- Men kan niet aantonen dat de bewoner de vrije keuze heeft tussen een bad en een douche - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°, b.
 - Vaststellingen 08/08/23: tijdens de rondgang in afdeling Reinette werd vastgesteld dat een ander bad in de gemeenschappelijke badkamer niet werd gebruikt omdat dit ook defect was. Ook hier zouden de bewoners volgens de gesprekspartners allemaal een douche of bedbad krijgen op de kamer in afwachting van de aangevraagde herstelling van dit bad. Er werd niet aangegeven door de gesprekspartners dat bewoners een keuze hadden om eventueel op een andere afdeling alsnog een bad te krijgen.
 - Vaststellingen 24/10/2023: de vrije keuze voor bad of douche kan op basis van de verklaringen van bewoners en medewerkers en het feit dat er per woning meestal maar op één van beide verdiepingen een badkamer gebruikt werd niet worden gegarandeerd.
 - Vaststellingen 19/01/2024: de situatie is ongewijzigd.
 - Vaststellingen 27/09/2024: er werden baden bijgeplaatst zodat op elke verdieping een gemeenschappelijke badkamer kan worden gebruikt en bewoners die een bad wensen niet meer naar een andere verdieping moeten worden gebracht. De gesprekspartners gaven aan dat bewoners de keuze hebben om een bad of douche te krijgen.
- Men kan niet aantonen dat zorginstructies altijd in de praktijk worden uitgevoerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2° en 3°.
 - Vaststellingen 29/04/2024: een ziekenhuisopname was niet goed geregeld en er kon niet worden aangetoond dat mondspoeling als nazorg na het ziekenhuisbezoek consequent werd uitgevoerd.
 - Vaststellingen 27/09/2024: de gesprekspartners gaven aan dat afspraken zoals ziekenhuisopnames en het vervoer ervan via een kalender in de software van het woonzorgleefplan worden gepland zodat er tijdig de nodige regelingen kunnen worden getroffen.

Niet weggewerkt

- Men kan niet aantonen dat tijdens de maaltijden voldoende hulp en bijstand wordt voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 32, 9°.
 - Vaststellingen 29/04/2024: er zijn o.b.v. de vaststellingen indicaties dat de hulp bij het eten niet altijd voldoende is.
 - Vaststellingen 27/09/2024:
 - de gesprekspartners gaven volgende bezetting door:
 - in de vroege shift zijn er 4 zorgkundigen, 1 verpleegkundige en 1 hoofdverpleegkundige aanwezig per afdeling van 35 bewoners (ongeveer 18 per

- verdieping).
- o in de late shift zijn er 3 zorgkundigen en 1 verpleegkundige en een hoofdverpleegkundige, beide laatste zijn overkoepelend en worden m.a.w. gedeeld door de drie afdelingen.
 - o stagiairs en vrijwilligers worden bovenop deze bezetting ingezet .
 - o jobstudenten kunnen vervangend worden ingezet voor een zorgkundige.
 - o er is een 'Smaakraad' opgericht met verschillende bewoners van elke afdeling.
 - o tijdens de rondgang waren er geen indicaties van onvoldoende hulp of bijstand bij maaltijden.
 - o er is verhoogde aandacht voor bemerkingen van bewoners en families rond het eten in de verslagen van de gebruikers- en familieraden.
 - o in de verslagen van de familieraden werd toegelicht dat er sinds enige tijd een andere werking is rond de hulp bij maaltijden met als doel meerdere medewerkers beschikbaar te hebben bij elk eetmoment.
 - o er waren bemerkingen in het verslag van een bewonersraad van september 2024 dat bewoners die hulp nodig hebben met eten ' vaak worden vergeten en niet geholpen', dat de nieuwe bezetting nog steeds 'nipt' is en dat er 'te weinig personeel is tijdens het ontbijt'.
 - o enkele bevraagde medewerkers gaven aan dat het ontbijt soms chaotischer is wanneer er geen 'huismoeders' zijn omdat zorgkundigen dan instaan voor voor de zorg, de boterhammen klaarmaken en de maaltijdbegeleiding. De gesprekspartners gaven daarop aan dat dit werd aangepakt door tot 8u30 te wassen, daarna het ontbijt collectief te organiseren en daarna verder te wassen. Bewoners krijgen de vrije keuze of ze al dan niet in kamerjas gaan ontbijten.
 - o ondanks de geleverde organisatorische inspanningen en communicatie hierrond, kon nog niet worden aangetoond dat tijdens elke maaltijd altijd voldoende hulp en bijstand wordt voorzien.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

- Vaststellingen op basis van:
 - o het nazicht van de personeelslijst
 - o het nazicht van het uurrooster 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.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens de nacht is er voldoende personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden (minimaal 1 zorgmedewerker per 60 bewoners).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Er is een actieve nachtdienst.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
In de uurroosters wordt structureel overlapping voorzien tussen de verschillende diensten in functie van de informatieoverdracht.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

OPVOLGEN REACTIETIJD BELOPROEPEN

- Vaststellingen op basis van:
 - toelichting door de gesprekspartner.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze deelmodule niet volledig bevroegd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

- De reactietijd na een beloproep wordt niet opgevolgd.
 - Vaststellingen 27/09/2024: er kon niet worden aangegeven hoeveel noodoproepen er van de appartementen in de andere woonvormen op de verdiepingen boven de afdelingen van het WZC werden gedaan. De gesprekspartners gaven aan dat de reactietijden op noodoproepen niet opgevolgd werden, noch voor deze appartementen, noch voor het WZC. Men was niet op de hoogte of dit technisch mogelijk was.

OBSERVATIES TIJDENS RONDGANG

- Vaststelling op basis van observaties tijdens de rondgang.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

BEJEGENING

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- Het incontinentiemateriaal wordt onvoldoende discreet opgeborgen - Woonzorgdecreet 15/02/2019, art. 4, §1, 2°.
 - Vaststellingen 19/01/2024: in de gemeenschappelijke badkamer op het gelijkvloerse verdiep van afdeling Reinette was het incontinentiemateriaal niet discreet opgeborgen.
 - Vaststellingen 27/09/2024: in de bezochte kamers en het gemeenschappelijk sanitair werd geen incontinentiemateriaal aangetroffen.
- De privacy van de bewoners wordt onvoldoende gerespecteerd – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 31, 2de lid, 2°, art. 51, 1°, 2° en 4°, art. 54, 4de lid (WZC na 2017).
 - Vaststellingen 24/10/2023: op de karren waren de woonzorgleefplannen van de bewoners zichtbaar op de digitale tablets zonder toegangsbeveiliging wat een inbreuk is op de privacy van de bewoners.
 - Vaststellingen 24/10/2023: er werd een niet gebruikte bewonerskamer ingericht als verpleegpost. Het toilet van deze verpleegpost werd voorzien als gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet. Een bewoner die op dit toilet zit bevindt zich bijgevolg in een verpleegpost waarbij de schuifdeur van dit toilet niet kan gesloten worden.
 - Vaststellingen 19/01/2024: de tablets met daarin de woonzorgleefplannen waren enkel toegankelijk via een persoonlijke login. Een gemeenschappelijk toilet bevond zich in een verpleegpost, waarbij een niet-sluitbare schuifdeur de enige scheiding was tussen bureelgedeelte en toiletruimte.
 - Vaststellingen 27/09/2024: er was geen gemeenschappelijk toilet in een verpleegpost (voormalige kamer) meer en er werden geen andere tegenindicaties vastgesteld.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VERWARMING, VERLICHTING EN ONDERHOUD

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Niet weggewerkt

- Het structurele onderhoud is onvoldoende - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 10°, 11° en art. 29, 1°, b.
 - Vaststellingen 08/08/2023: er werd door de gesprekspartners aangegeven dat een bad in de gemeenschappelijke badkamer op afdeling Conference enkele maanden defect is geweest en

sinds ongeveer een maand is hersteld. Tijdens de rondgang in afdeling ReINETTE werd vastgesteld dat een ander bad in de gemeenschappelijke badkamer niet werd gebruikt omdat dit ook defect was.

Het structureel onderhoud van de baden is ontoereikend aangezien er meerdere maanden geen herstelling gebeurde.

- o Vaststellingen 24/10/2023: er werd vastgesteld dat het structureel onderhoud onvoldoende was. Verschillende herstellingen waren nodig zoals defecte naamborden aan de kamers, lampen die niet tijdig worden vervangen, een deur van een leefruimte (die toegang gaf tot een traphal) die niet meer sloot waardoor men genoodzaakt was om een kast ervoor te zetten, flikkerende verlichting op de afdelingen, lampen in gemeenschappelijke toiletten die worden vervangen door rode lampen o.w.v. een gebrek aan gewone lampen,
- o Vaststellingen 19/01/2024: in een inkomhal die toegang geeft tot een afdeling, zaten rode lampen in de lichtarmaturen. Het slot van de vluchtdeur naar de stalen buitentrap was kapot op het eerste verdiep van afdeling Biggareau. Op het gelijkvloerse verdiep van afdeling Conference waren sommige stukken van de muren van de gang beschadigd, sommige stukken van de muren van de gang waren vuil. De naambordjes op de kamers werden hersteld of vervangen en er waren geen flikkerende lampen meer.
- o Vaststellingen 27/09/2024: sommige sloten van deuren waren nog niet hersteld. Een gedeelte onderaan een vaatwasmachine in een gemeenschappelijke eetruimte was defect. Er was een kapotte tegel op het gelijkvloers. Op meerdere plaatsen waren sommige stukken van de muren van de gang beschadigd en/of vuil.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

INSPRAAK

GEBRUIKERSRAAD

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
 - de verslagen van de gebruikersraad
 - de verslagen van de familieraad.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Niet beoordeeld

- De gebruikersraad vergadert niet minstens één keer per trimester - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §1.
 - Vaststellingen 29/04/2024: er was geen verslag van een bewonersraad in het eerste trimester van 2024 beschikbaar.
 - Vaststellingen 27/09/2024: gezien de laatste vier gecontroleerde trimesters sinds de recentste vorige inspectie overlappen met het trimester waarvoor een inbreuk werd vastgesteld, kon niet opnieuw worden beoordeeld of de gebruikersraad de laatste vier trimesters is doorgegaan.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.