Woonzorgcentrum

Inspectiepunt	
Naam	RESIDENTIE YASMINA
Adres	Langeweg 36, 3090 Overijse
Telefoon	02 687 35 11
E-mail	wim.nieuwlandt@warsnv.be
Dossiernummer	248.110
Directeur	[redacted]/mevrouw Rodrfguez/de heer Nieuwlandt

[redacted] werkt halftijds in de instelling/.mevrouw Rodrfguez is dagelijks verantwoordelijke à 0,33 FTE en de heer Nieuwlandt is twee dagen per week in het WZC.

Erkenningsgevens	
WZC erkenning	37 wgl.
RVT erkenning	25 wgl. t.e.m.

Inrichtende macht	
Naam	RESIDENTIE YASMINA
Juridische vorm	NV
Adres	Terhulpensesteenweg 475, 3090 Overijse
E-mail	wim.nieuwlandt@warsnv.be

Opdracht	
Nummer	O-2013-DADE-0027
Datum	10/12/2013
Inspecteurs	[redacted]
Inspectie reden	Opvolging

Verslag	
Nummer	V-2014-[redacted]-0027
Datum	29/04/2014

Inspectiebezoek	
Soort	Onaangekondigd bezoek op 15/04/2014(8:55-15:40)
Gesprekspartners	mevrouw Concepción-Rodrfguez, directeur de heer Nieuwlandt, [redacted] verantwoordelijke [redacted], hoofdverpleegkundige [redacted], animator [redacted], kinesist [redacted], directeur

Situering inspectiebezoek

Het betreft een opvolgingsinspectie.
Dit verslag wordt best gelezen samen met het inspectieverslag V-2014-[redacted]-0024 (klachtenonderzoek dat dezelfde dag plaats vond).

Toegepaste wetgeving

Het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009;
Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen
Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en bijlagen;
Besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 betreffende de procedures voor de woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers.
Besluit van de Vlaamse Regering van 18/02/1997 tot vaststelling van de procedure voor de erkenning en de sluiting van rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen en samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten, hierna "het procedurebesluit RVT" genaamd.

M.B. van 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg in de rusthuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf, serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening.
M.B. 9 december 2009 tot bepaling van de kwalificaties van de personen die in aanmerking komen voor de tewerkstelling als deskundige in animatie en activatie
M.B. van 9 december 2009 tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden aangerekend in de rusthuizen.
Koninklijk Besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van rust- en verzorgingstehuizen. Iedere verwijzing naar "RVT-norm" verwijst naar de normen, opgenomen als Bijlage 1 van dit KB (gewijzigd).

Leeswijzer

De opdracht van Zorginspectie bestaat erin om ten behoeve van hetAgentschap Zorg en Gezondheid een objectief beeld te geven over de mate waarin de voorziening zich conformeert aan de gestelde voorwaarden. Het Agentschap Zorg en Gezondheid is bevoegd voor de erkenning van de ouderenvoorzieningen en de finale beoordeling van het dossier komt dit agentschap als toezichthouder toe. Zo kan het bijvoorbeeld over bijkomende stukken/gegevens uit het dossier beschikken die mogelijk een ander licht werpen op de vaststellingen van de inspecteur.

Niet alle elementen uit de regelgeving komen aan bod tijdens deze inspectie. Dit betekent niet dat aan die elementen uit de regelgeving niet moet worden voldaan, ze komen mogelijk bij een volgende inspectie aan bod.
In het verslag wordt verwezen naar de verschillende WZC en RVT-voorwaarden, SMK's en elementen/procedures uit het kwaliteitshandboek, zoals van toepassing.
Specifiek vindt u per item volgende elementen:

- toelichting: deze rubriek wordt facultatief door de inspecteur ingevuld, en kan bijkomende relevante informatie bevatten m.b.t. de werking van de voorziening of m.b.t. de bewijsvoering;
- indien de erkenningsvoorwaarden /SMK's of elementen uit het kwaliteitshandboek voldoen, wordt éénmaal vermeld: 'Naleving regelgeving: conform';
- naleving voorwaarden, SMK's en kwaliteitshandboek: indien er tekorten worden vastgesteld worden deze hier vermeld: erkenningsvoorwaarden WZC - RVT, naleving SMK of kwaliteitshandboek;
- aandachtspunten: deze punten mogen niet gelezen worden als een overtreding/afwijking op de bovenvermelde voorwaarden en kunnen dus ook op basis van deze regelgeving niet afgedwongen worden op het moment van de inspectie. De inspectie vraagt hiervoor aandacht in functie van de gebruiker en de optimale werking van de voorziening.

Profiel en aantal bewoners

Woonzorgdecreet: 37, 40, 53§1 en 59

Toelichting
Bezettingsgegevens
Reële bezetting: 34

Validiteitscores

Totaal WZC

O	A	B	C	CD	A-dement	D
0	4	0	2	3	0	0

Totaal RVT

B	C	CD	CC
17	3	4	0

Aantal afwezigen: 1
Aantal bewoners met dementiesyndroom: 22
Aantal bewoners ten laste van het OCMW: 10
Aantal niet-bejaarde bewoners: 10

Totale bezetting, inclusief kort- en herstelverblijf: 34

Naleving woonzorgdecreet: conform

Aandachtspunten
- Het aantal niet-bejaarde bewoners bedraagt 29% van het totaal.

Infrastructuur

WZC voorwaarden toepasselijk op alle woonzorgcentra: bijlage XII Art. 21, 45. 2°, 45. 3°, 45. 1°, 45. 5°, 45. 6°, 45. 7°, 45. 8° 45. 9°, 45. 10°, 45. 11°, 45. 12° en 45. 13°.
WZC voorwaarden toepasselijk op woonzorgcentra met afgeleverde bouwvergunning voor 1/01/2009: bijlage XII Art. 48, 48.1° a),b) en c), 48.2° a),b),c),d) en e), 48.3° a),b),c) en d), 48.4°a),b) en c), 48.5°a),b) en c), 48.6° a),b) en c), 48.7°a),b) en c), 48.8°, 48.9°a),b) en c), 48.9°a),b) en c), 48.10°a),b) en c), 48.11°, 48.12°, 48.13°, 48.14° en 48.15°.
RVT normen B,1,c,d,e,h,f,g,j,k,l,m,n,o,p,q,r,s en B,2,a,b,c,d,e,f
SMK 1.11 en SMK 5.7

Toelichting

- Volgende gedeelten werden bezocht bij de inspectie: de gemeenschappelijke delen en een steekproef aan kamers.

Globale beschrijving van het gebouw en uitrusting:

Het gebouw is gelegen in de deelgemeente Maleizen.
Gelijkvloers: inkom, bureau, douche, gemeenschappelijke toiletten, personeelstoilet, kamers, rookruimte, eet- en zitruimte voor zorgbehoevenden, badkamer met vast bad, badkamer met inloopdouche, tuin, terras, parking.
De deur van de rookruimte moet blijven openstaan. Hierdoor is er geurhinder in de gang en zelfs in sommige kamers. Eén bewoner klaagde hierover bij de inspecteurs.
Eerste verdieping: kamers, badkamer met inloopdouche, gemeenschappelijke toiletten.
Tweede verdieping: polyvalente ruimte met twee toiletten, restaurant voor valide ouderen, lokaal administratie, lokaal animator, verpleegpost/dokterskabinet, medicatieruimte, lokaal kine, appartement voor inwonend personeel.

Kelder: wasserij, kleedruimten, utility, ruimte reservekledij, twee kamers voor inwonend personeel, kamer nachtverantwoordelijke, stookplaats, keuken, beging, lokaal droge voeding.

Soort rusthuis

1 X woonzorgcentrum voor 85
O woonzorgcentrum na 85
O woonzorgcentrum na 2009

Recente wijzigingen:

Geen sinds het laatste inspectiebezoek.

Geplande wijzigingen:

Voor de volledige herconditionering van het gebouw zouden er nu toch weer concretere plannen zijn, in die mate dat de architect nog in de loop van 2014 het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zou contacteren om de plannen voor te leggen.

Andere ouderen-, thuiszorg en gezondheidsvoorzieningen op dezelfde campus:

Geen.

Indeling gebouw:

Soort	Aantal		Totaal
Eénpersoonskamers	30	x1 =	30
Echtparenkamers		x2 =	0
Tweepersoonskamers	4	x2 =	8
Driepersoonskamers		x3 =	0
Vierpersoonskamers		x4 =	0
Afzonderingskamers	1	x1 =	1
Kortverblijfkamers		x1 =	0
			39

Aantal afdelingen: 1

Aantal kamers
- met aparte sanitaire cel 4
- zonder aparte sanitaire cel 31

Het woonzorgcentrum telt twee of meer bouwlagen en beschikt over:
1 lift(en) voor liggend vervoer

Opvang bewoners met dementiesyndroom:
dementerende bewoners zijn verspreid over het gebouw. De voordeur is beveiligd met een codeslot, maar de ramen, de schuifdeuren naar buiten en de trappenhuizen hebben geen beveiliging.

Gemeenschappelijke badkamers:
er zijn drie gemeenschappelijke badkamers:
-op het gelijkvloers twee badkamers: één met inloopdouche en één met een vast bad (deze laatste wordt de facto niet gebruikt)
-op de eerste verdieping een badkamer met inloopdouche.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform
- Er worden in het gebouw te weinig huiselijke en gezellige accenten gelegd: versleten meubilair, oude ijzeren nachtkastjes, de eetzaal voor dementerende bewoners zonder enige opsmuk, verder

omschrijving zie ook verslag nr. V-2014-[redacted]-24 - WZC voorwaarde art. 45, 1° en RVT norm B,1,c
- Het onderhoud van het gebouw is onvoldoende: zie hierover verslag nr. V-2014-[redacted]-24 - WZC voorwaarde art. 45, 2°
- Het gebouw heeft vochtproblemen: er sijpelt vocht door het plafond van de ruimte voor droge voeding. Zie hierover verslag nr. V-2014-[redacted]-24 - WZC voorwaarde art. 45, 3°
- Er is onvoldoende ventilatie in volgende lokalen: kamer 15. Er is een probleem met de afvoer in de sanitaire ruimte van deze kamer.
  Er is geen afzuigsysteem in de rookruimte waardoor er geurhinder is in de gang en zelfs in sommige kamers - WZC voorwaarde art. 45, 6° en RVT normen B,1,m en B,1,q
- Er is geen aangepaste zonnewering. Aangepaste zonnewering waarbij het zicht naar buiten zo weinig mogelijk wordt gehinderd, moet, waar nodig, aangebracht worden - WZC voorwaarde art. 45, 8° en RVT norm B,1,m/2.
- Niet alle kamers laten een flexibele opstelling van het meubilair toe - WZC voorwaarde art. 48, 11°
- De verlichting kan niet in alle kamers vanuit het bed worden bediend - WZC voorwaarde art. 45, 13° en RVT norm B,1,l
- De voorziening dient de nodige maatregelen te nemen om de veiligheid van de bewoner, rekening houdend met zijn toestand te optimaliseren: de ramen en de trappenhuizen zijn niet beveiligd - WZC voorwaarde art. 21 en RVT norm B,2,a
- Er is geen aparte toiletruimte per kamer met tenminste een lavabo en toilet. Slechts 4 kamers hebben een eigen toilet. Vanaf 2010 moest er per kamer een aparte toiletruimte zijn met tenminste een lavabo en toilet - RVT norm B,1,i
- De voorziening beschikt niet over de noodzakelijke middelen om kine mogelijk te maken: zie beschrijving bij deelmodule zorgpraktijk - RVT norm B,1,c
- Er is geen uitgerust verzorgings- en onderzoekslokaal. Het dokterskabinet doet ook dienst als plaats waar het zorgpersoneel de zorgdossiers aanvult. Deze ruimte is niet uitgerust als onderzoekslokaal - RVT norm B,1,r
- Volgende lokalen zijn onvoldoende rolstoeltoegankelijk: de gemeenschappelijke toiletten - RVT norm B,1,g
- Er zijn onvoldoende aangepaste baden. Er zijn 3 badgelegenheden waarvan 0 aangepast zijn. Het ligbad op het gelijkvloers is op geen enkele wijze aangepast. De twee inloopdouches kunnen enkel gebruikt worden door nog enigszins mobiele bewoners gezien er geen tilliften zijn, geen aangepaste rolstoelen die onder de douche kunnen gebruikt worden, noch een douchebrancard - WZC voorwaarde art. 48, 10°,b en RVT norm B,2,f.

Naleving SMK: niet conform
- Niet alle WZC-voorwaarden worden nageleefd - SMK 5.7

Aandachtspunten
- Er is geen kapsalon
- De spiegels zijn niet overal aangepast aan rolstoelgebruikers
- Nachtemmers en bedpannen moeten op een hygiënische en efficiënte manier gereinigd en ontsmet worden.
- Vanaf 1 januari 2019 dient er een rolstoeltoegankelijk toilet bij elke zit- en eetruimte te zijn - WZC voorwaarde art. 48, 7°,b
- Vanaf 1 januari 2019 moet de breedte van de gangen die voor de bewoners toegankelijk zijn, toelaten dat twee rolstoelen elkaar gemakkelijk kunnen kruisen - WZC voorwaarde art. 48, 15°
- De plannen tot het verbouwen van het woonzorgcentrum dienen vooraf te worden besproken met het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid en met Zorginspectie.
- Een activiteitenruimte in de kelder heeft geen natuurlijke lichtinval of zicht op de buitenwereld.

Facilitaire dienstverlening

Deelmodule Logistiek

WZC voorwaarden: bijlage XII Art 23, 28, 45.2° en 45.4°
SMK 4.2
Kwaliteitshandboek: procedure schoonmaak

Toelichting

- Op het ogenblik van het inspectiebezoek heerst in het woonzorgcentrum een algemeen en ernstig gebrek aan hygiëne. Zie hierover het inspectieverslag V-2014-[redacted]-0024. Zie ook het tekort aan onderhoudspersoneel.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Er is onvoldoende hygiëne: zie hierover het inspectieverslag V-2014-[redacted]-0024 - WZC voorwaarde art. 45,2°
- Restafval en GFT in de keuken worden niet in gesloten afvalemmers bewaard - WZC voorwaarde art. 45,4°

Naleving SMK: niet bevraagd

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

Deelmodule Voeding

WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 24, 27.1°, 2°, 3° en 4°
SMK 4.2
Kwaliteitshandboek: procedure bereiding van voeding

Toelichting
- Het menu dat uithing, gaf niet correct weer wat er werd aangeboden. Er werden op de dag van de inspectie andere groenten geserveerd. Personeel wist hiervan niets tot het moment van de maaltijdlevering. De bewoners hebben vooraf niet de mogelijkheid gekregen een alternatief te vragen.
  Volgens de bewoners komt dit wel vaker voor.

  Maaltijdbedeling:
  Tijdens de middagmaaltijd is er voldoende personeel om bewoners te helpen. Er zijn bewoners die gemixte voeding nodig hebben. De dag van de inspectie snijdt het personeel het gehakt op het bord van de bewoner. Volgens het personeel is het niet nodig om dit soort vlees te mixen. Toch blijft het vlees in betrekkelijk grote stukken.
  Er is in de keuken een lijst met welke voeding bewoners wensen en welke diëten moeten gevolgd worden maar daarop staat enkel het ontbijt. Deze lijst is niet actueel.

Uren maaltijden:

Ontbijt:	08u00 - 09u00 (door nachtdienst bereid)
Middagmaaltijd:	12u00 (gebracht vanuit een ander WZC)
Avondmaaltijd:	18u00 (door verzorgende met namiddagdienst bereid)

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform
- Het menu wordt niet ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld. Het menu hangt wel uit (voor de ganse week) maar aanpassingen worden er niet op vermeld en de bewoners worden niet tijdig op de hoogte gebracht - WZC voorwaarde art. 27, 3°
- De maaltijd wordt niet altijd toegediend zoals de gezondheidstoestand van de bewoner dit vereist (gemixte voeding) - WZC voorwaarde art. 27, 2°

Naleving SMK: niet bevraagd

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

Aandachtspunten
- De voorziening dient er voor te zorgen dat er altijd een strikte scheiding is tussen de activiteiten maaltijdbereiding enerzijds en zorgverlening aan bewoners anderzijds (HACCP-reglementering).

Personeel

Deelmodule Personeelsformatie

ROB normen 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3, 4.1.4 en 4.2
RVT norm B,3,e
Kwaliteitshandboek: middelen, personeel

Toelichting

- Vaststellingen op basis van: personeelslijst, uurrooster, 3 personeelsdossiers.

Functie	Effectief 34 wgl	Vereist WZC 34 wgl	Vereist RVT 25 wgl	Vereist combinatie WZC-RVT-erkenning
Directeur	1	1,00	-	1,00
Totaal verpleging	7	2,27	4,17	4,83
Waarvan hoofdverpl.	1	-	1,00	1,00
Verzorging	4,50	3,40	4,17	5,17
Ergo	0	-	0,83	0,83
Kine	0,92	-		
Logo	0	-		
Animatie	0,8	1,00	-	1,00
Reactivering	0,08	-	0,08	0,08
Onderhoud/ keuken	1,5	2,27	-	2,27
Andere:				
-hoofd bewonerszorg	0	-	-	-
-maatschappelijk werker	0	-	-	-
-administratieve medewerkers	0	-	-	-
-logistieke medewerkers	0	-	-	-
-kwaliteits-coördinator	0	-	-	-

-het tekort aan zorgkundigen wordt gecompenseerd door het surplus aan verpleegkundigen
- er is nog een klusjesman waarop men beroep kan doen maar deze heeft geen vaste uren in dit WZC maar wordt opgeroepen indien nodig.

Er werd vastgesteld dat de voorgelegde uurrooster niet is aangepast aan de reële personeelsbezetting (zie inspectieverslag V-2014-[redacted]-0024).

De hoofdverpleegkundige, de verpleegkundigen en de verzorgenden die op het ogenblik van de inspectie aanwezig zijn spreken geen Nederlands. De animator en de kinesist zijn tweetalig.
Er is ook zorgpersoneel dat het Frans niet als moedertaal heeft en waarbij de communicatie moeizaam verloopt.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Er is onvoldoende keuken- en onderhoudspersoneel: er is een tekort van 0,77 vte - WZC voorwaarde art. 38, 3°.
- Er is onvoldoende ergo: er is een tekort van 0,27 vte - RVT norm B,3,e; de paramedici moeten voor minstens 1/3 van de voor 25 RVT-bewoners noodzakelijke FTE bestaan uit minstens 1/3 kine, minstens 1/3 ergo en voor het overige 1/3 uit kine, ergo of logo.
- Er zijn onvoldoende deskundigen in de animatie/activatie: er is een tekort van 0,20 vte - WZC voorwaarde art. 38, 4°. Het kleine overschot aan vte kinesist kan dit tekort niet opvangen en in de werktijd (zie ook aandachtspunt) is geen ruimte over voor animatie.

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

Aandachtspunten
- De voorziening heeft meer paramedici of andere functies in dienst dan vereist voor de RVT regelgeving mbt kine, ergo of logo. Zij worden ten belope van het vereiste aantal vte opgenomen in de tabel voor de functie van reactivering. De concrete invulling van deze functie zal bij latere inspecties van de deelmodule "palliatieve zorg" nader bekeken worden.
- De kinesist voert ook behandelingen uit aan niet RVT-gerechtigde bewoners. De voorziening rekent deze behandelingen aan. Op het ogenblik van de inspectie voert zij geen behandelingen uit. Als dit wel het geval is, komt de verplichte personeelsbezetting in het gedrang want de kinesist voert dan taken uit binnen haar minimaal vereiste arbeidstijd RVT.
- Het ontbreken van Nederlandstalig personeel brengt de continuïteit van zorg in gevaar (zie verder bij module zorgpraktijk).

Deelmodule Personeelsdossiers

WZC voorwaarde: bijlage XII Art. 43

Toelichting
- Er werden drie personeelsdossiers opgevraagd van 3 recent in dienst gekomen personeelsleden. In geen van deze 3 dossiers was een uittreksel uit het strafregister voorhanden.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform
- Het uittreksel uit het strafregister ontbreekt in volgende personeelsdossiers: O,D en P (allen verpleegkundigen) - WZC voorwaarde art. 43. Het is de verantwoordelijkheid van de voorziening om bij elke aanwerving te beschikken over een uittreksel uit het strafregister, dat aan de erkenningsvoorwaarde voldoet.

Hulp- en dienstverlening

Deelmodule Zorgverlening

Zorgpraktijk en zorgdossiers

WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 21, 25, 1°, 2°, 3°, 4° en 5°
RVT normen B,2,a, B,3,a, B,3,b, B,3,c en B,3,d
SMK 2.2, 5.4 en 4.2
Kwaliteitshandboek: procedure voor planning en organisatie begeleiding, verzorging en verpleging

Toelichting
- Vaststellingen op basis van toetsing van meerdere zorgdossiers
- Vaststellingen op basis van de rondgang

Zorgdossier: elektronisch: NEE
papieren versie: JA

Het zorgplan is zeer summier opgemaakt en bevat slecht instructies voor 3 zorgmomenten (ochtend, namiddag en avond). Detailzorg en aandachtspunten ontbreken. Voor een bewoner gefixeerd met lendengordel was hierover niets weergegeven op het zorgplan noch op andere documenten in het zorgdossier. Er waren wel weinig bewoners gefixeerd.
In het observatieboek staat voor een bewoner dat er men deze bewoner dringend extra drinken moet geven (wegens urine-infectie en vastgestelde deshydratatie). Deze belangrijke instructie wordt niet op het zorgplan gezet en gaat hierdoor verloren in de veelheid van observaties.
De persoonlijke kenmerken en levensloop worden door de animator bevraagd maar slechts summier weergegeven. Voor een opname [redacted] waren er nog geen gegevens ingevuld. Ook de persoonlijke wensen waren meermaals niet ingevuld.
De instructies betreffende voeding (gewoon, gesneden, gemixt) staan niet altijd genoteerd, zijn soms niet up-to-date.
Uit de registratie is niet duidelijk af te leiden of er al dan niet allergieën zijn.

Er is een parameterblad voor gewicht, bloeddruk, pols, temperatuur, _ . Bedoeling is dat minimaal maandelijks het gewicht wordt opgevolgd. Voor een aantal bewoners gebeurt dit echter niet zo systematisch. De voorziening heeft ook enkel een gewone persoonsweegschaal ter beschikking. Minder mobiele bewoners kan men niet wegen.

Indien er wonden moeten verzorgd worden, maakt men een wondzorgfiche op. Bij een bewoner met opname [redacted] wordt de wondzorgfiche pas opgemaakt op [redacted], dit terwijl de bewoner met wonden in het WZC wordt opgenomen. Deze bewoner heeft meerdere wonden maar er wordt op de wondzorgfiche slecht 1 wonde vermeld. Bij een bewoner is er gedurende de laatste 7 dagen niets genoteerd of afgetekend terwijl deze bewoner wel wondzorg moet krijgen.
Het verplegend en verzorgend personeel kan de instructies in het zorgdossier niet lezen. Het zorgdossier is in het Nederlands opgesteld maar het personeel spreekt enkel Frans. Veel instructies worden nog eens opgeschreven in het Frans op briefjes, via de observatiebladen of andere documenten, maar vooral worden instructies mondeling gegeven.
Dit biedt geen zekerheid naar juistheid en continuïteit.

Medicatie:
De medicatie werd voor 5 dagen klaargezet en is al bij het klaarzetten ontblisterd.
De medicatiefiche bevat niet de intervaltijd ingeval van medicatie 'zo nodig'. Er staan geen instructies over toediening (bv. geplet, extra toezicht).
De medicatiefiche wordt niet altijd afgetekend voor toediening, zo is het niet duidelijk of sommige inspuitingen werden gegeven.
Uit een steekproef bleek dat de klaargezette medicatie overeenkwam met de medicatiefiche. De medicatiefiches waren bij verandering van medicatie correct aangevuld.

De koelkast om medicatie in te bewaren in de verpleegpost sluit niet goed zodat zij niet koelt t.o.v. de omgevingstemperatuur. Het water uit het vriesvak van de koelkast droop naar binnen, waar het verpakkingen van medicatie doorweekte. Er lag een beschimmelde vod in de koelkast om het lek op te vangen.
In de voorraad werd Acetylcysteine © die vervallen was aangetroffen. Meerdere medicamenten staan niet op naam (Risperdal ©, Dipiperon ©, Medrol ©).

Glycemiewaarden waren goed opgevolgd. Echter een staand order wat te doen bij afwijkende waarden en de definitie van wat afwijkend is, ontbrak. Volgens de hoofdverpleegkundige is dat niet nodig.

Tijdens de rondgang werd er op de kamers van (ook dementerende) bewoners nog o.a. volgende producten teruggevonden: Voltaren-gel © , Hextril ©, Trazolan ©, ontsmettingsalcohol en Dettol.

Incontinentiemateriaal:
Er worden maar 2 soorten incontinentiemateriaal aangeboden: 1 soort verband en 1 soort broek in 2 maten: medium en large maar slecht 1 absorptieniveau (nacht) waardoor er geen rekening wordt gehouden met het comfort tijdens de dag.

Kine:

Permanentie, verdeling uren:

Eén vte aanstelling verdeeld over 1 kinesist. In de personeelstabel staat 0,92 vte kinesist weergegeven omdat 0,08 vte bij reactivering wordt ingevuld. De kinesist werkt op weekdagen van 10u00 tot 18u00.		
De continuïteit van zorg m.b.t. kine verzekerd?	Nee	
Als de kinesist in verlof is, is er geen structurele vervanging. Er is nog een kinesist werkzaam in een ander WZC van dezelfde uitbater maar er kan niet aangetoond worden dat behandelingen worden overgenomen. Er zijn geen werkafspraken.		

Taken binnen het WZC:

	Ja	Nee
Het verstrekken van individuele	X	

kinesitherapeutische handelingen aan RVT-gerechtigden		
Het verstrekken van individuele kinesitherapeutische handelingen aan niet RVT-gerechtigden	X (enkel bij dringende gevallen tot externe kine overneemt)	
Andere taken: - groepsactiviteiten in kader van animatie zoals wandelen, bingo - hulp in de leefgroep: transfers naar de gemeenschappelijke ruimten, maaltijdbegeleiding tijdens middag- en avondmaal		

Materiaal:

	Ja	Nee
Is er materiaal beschikbaar voor de kinesist?		X
Is er voldoende materiaal om de voorgeschreven kinebehandelingen uit te voeren?		X
- behandelingstafel - klein oefenmateriaal (bv. mousse balletjes)		X
De kineruimte is klein en niet gezellig en uitnodigend ingericht. Er staat naast een behandelingstafel een zeer oude niet bruikbare hometrainer. Een bewoner heeft zelf het materiaal aangekocht voor lymfedrainage van zijn benen.		

Dossier:

	Ja	Nee
Er is door de kinesist een omschrijving van de toestand van de bewoner opgemaakt.		X
In geval van individuele behandeling is er volgende registratie : -probleem/diagnose -omschrijving behandeling -frequentie -wanneer uitgevoerd -observaties -evaluatie	 X X 	 X X X X

Behandeling/praktijk:

	Ja	Nee	NVT
Is de behandeling in overeenstemming met het doktersvoorschrift		X	
In één van de nagekeken dossiers werd er in januari 2014 afgeweken van de behandeling die was voorgeschreven. Er kon niet aangetoond worden dat overleg was met de arts. Een behandeling (drainage) waarbij de bewoner elke dag moet behandeld worden, werd tijdens afwezigheid van de kinesist niet uitgevoerd. In december 2013 werden er 7 dagen na mekaar geen behandeling gegeven en in januari 2014 werd pas op 16 januari terug opgestart.			

Externe kinesisten:
Er zijn momenteel geen bewoners die een behandeling krijgen van een externe kinesist. De interne kinesist neemt indien nodig de behandeling op en de voorziening factureert.

<u>Naleving erkenningsvoorwaarden:</u> niet conform

- Verzorgingsproducten, onderhoudsproducten en medicatie worden onbeheerd op kamers van verwarde bewoners achtergelaten - WZC voorwaarde 21 en RVT norm B,2,a
- De medicatie in de koelkast wordt niet op de juiste wijze gestockeerd (te warm en te vochtig) waardoor de werking van de medicatie in het gedrang komt en er zelfs mogelijk een gevaar inhouden bij inname. Er werd vervallen medicatie aangetroffen - WZC voorwaarde art. 25, 1° en RVT norm B,2,a

- Het zorg- en begeleidingplan bevat onvoldoende persoonlijke gegevens (persoonlijke kenmerken, levensloop, individuele behoeften of wensen) - WZC voorwaarde art.25, 4° en RVT norm B,3,b
- Het zorg- en begeleidingsplan bevat onvoldoende afspraken/instructies betreffende verpleging en verzorging (o.a. beperkt zorgplan, ontbrekende instructies, onvolledige wondzorgfiche en late opmaak, geen afspraken fixatiemaatregel)- WZC voorwaarde art. 25, 4° en RVT norm B,3,c
- De zorgtoediening wordt onvoldoende geregistreerd en afgetekend - WZC voorwaarde art. 25, 4° en RVT norm B,3,c
  De hiaten zijn van die aard dat er getwijfeld kan worden of de uitvoering wel effectief heeft plaats gevonden (bv. wondzorg, toediening inspuitingen)
- Aan de bewoners wordt onvoldoende aan de individuele noden aangepast incontinentiemateriaal ter beschikking gesteld - WZC voorwaarde 25, 3°
- De bewoner krijgt niet de noodzakelijke hulp: noodzakelijke kinebehandelingen worden meerdere dagen/weken onderbroken - WZC voorwaarde art. 25, 1° en RVT norm B,2,a
- Het verzorgingsdossier bevat onvoldoende opvolging betreffende: kine (geen diagnose/probleem, frequentie, observaties en evaluatie) en animatie - WZC voorwaarde 25, 4° en RVT norm B,3,c
- Er kan niet aangetoond worden dat de bewoner of zijn familie instemmen met het zorg- en begeleidingsplan - WZC voorwaarde art.25, 5°

Naleving SMK: niet conform

- De interne hulp wordt onvoldoende opgevolgd: de WZC voorwaarden worden niet nageleefd SMK 2.2.
- De samenspraak met de gebruiker kan niet aangetoond worden - SMK 2.2.

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

Aandachtspunten
- Het is aangewezen om staand orders (zie opvolging glycemiewaarden) uitdrukkelijk op te nemen hetzij op de medicatiefiche, hetzij in het medisch dossier.
- Het is aangewezen om geneesmiddelen identificeerbaar te laten tot het ogenblik van toediening.
- Het is aangewezen om de medicatie dagelijks klaar te zetten.
- Medicatie wordt niet altijd op naam van de bewoner bewaard.
- Er zijn geen richtlijnen voor het gebruik van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard bv. m.b.t. het meten van de temperatuur, de gewenste temperatuur, wat te doen bij afwijkende temperatuur.
- Er is geen controlesysteem om vervallen medicatie op te sporen.
- De continuïteit van de kinebehandelingen is niet structureel geregeld in geval van afwezigheid van de kinesist.

Continuïteit zorgverlening

WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 40.
RVT normen B,3,g en B,3,h

Toelichting

Kwalificatie nachtdienst	Uren	Taken
1 verpleegkundige	22u00 - 08u00	o.a. toeren, oproepen beantwoorden, ontbijt klaarzetten (medicatie klaarzetten gebeurt nu door dagdienst)

Taken CRA:
De taken van de CRA werden nog niet getoetst aan het op 10 april 2014 gewijzigde KB van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust-en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet- aangeboren hersenletsels. Deze wijzigingen zijn van toepassing met ingang van 20 april 2014.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Er is geen 24u verpleegkundige permanentie: tussen 20u45 en 22u00 is - op de dag van de inspectie - alleen een verzorgende aanwezig- RVT norm B,3,g

Preventiebeleid

WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 20.
RVT norm B,10,b/2 en h

Toelichting

- De richtlijnen betreffende handhygiëne worden niet nageleefd.Na de specifieke inspectie waarbij handhygiëne werd bevraagd (zie verslag V-2013-[redacted]-0054 van 14/11/2013) zijn er geen veranderingen aangebracht. Verscheidene personeelsleden, zo onder meer ook de hoofdverpleegkundige, dragen ringen, horloges, armbanden, lange gelakte nagels _ De verpleegkundigen die de ochtendzorg waarnamen deden dit zonder dat ze handalcohol in de nabijheid hadden en zonder deze te gebruiken. Niet aan alle lavabo's in de gemeenschappelijke toiletten was er zeep ter beschikking en ook de papieren handdoekjes waren niet overal beschikbaar.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Het personeel past de algemene geldende voorwaarde voor een goede handhygiëne niet toe. Het nodige materiaal is niet aanwezig - WZC voorwaarde art. 20

Palliatieve zorgverlening

RVT norm B,10,d
SMK 2.2 en 4.2
Kwaliteitshandboek: procedure palliatieve zorg.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet bevraagd

Naleving SMK: niet bevraagd

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

Deelmodule Animatie / Activering

WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 22
RVT norm B,2,a
SMK 1.7, 2.2 en 4.2
Kwaliteitshandboek: procedure planning en organisatie, begeleiding, verzorging en verpleging

Toelichting

- Zie verslag V-2014-[redacted]-0024.

- Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- De animatie richt zich onvoldoende op de verschillende doelgroepen in het rusthuis. - RVT norm B,2,a
- Er wordt geen ergoprogramma opgesteld (er is geen ergotherapeut aangesteld) - RVT norm B,2,a

Naleving SMK: niet conform

- Het activiteitenaanbod is niet afgestemd op de individuele mogelijkheden en is onvoldoende gevarieerd SMK 1.7
- De levensgeschiedenis van de bewoner is onvoldoende gekend SMK 1.7

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

Bejegening bewoners

Stambesluit Art. 8. §1 en §3
WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 7, 9, 25. 6°
RVT normen B,4,d, B,3,j en B,4,e
SMK 1.1, 1.2, 1.3, 1.8, 3.1 en 4.2
Kwaliteitshandboek: opdrachtsverklaring, procedure verwerven en doorgeven van info.

Toelichting
- Vaststellingen op basis van de rondgang in de voorziening
- Niet alle boodschappen worden in het Nederlands weergegeven, bv. de berichten aan de bewoners in de lift zijn enkel in het Frans opgesteld. Bewoners worden gezien de taalkennis van het personeel niet altijd in hun moedertaal aangesproken. Er verblijven immers ook nog Nederlandstalige bewoners in het WZC.

  Een zorgbehoevende bewoonster ligt op haar bed te rusten met haar kleed opgetrokken zodat haar incontinentiemateriaal volledig zichtbaar is. Haar kamerdeur staat open. Personeel schenkt hier geen aandacht aan.
  De kledij van veel dementerende bewoners wordt centraal in de kelder bewaard. Deze kledij is niet gelabeld en ligt ook niet per persoon gestockeerd.

  Personeelsleden die de maaltijdbegeleiding verzorgen doen dit soms rechtstaand.
  Dementerende bewoners krijgen na de soep het dessert voorgeschoteld maar men verwacht dat deze bewoners pas na de warme maaltijd dit opeten. Voor sommige bewoners zorgt dit voor verwarring en lichte onrust.

Naleving stambesluit: niet bevraagd

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Sommige bewoners worden gefixeerd. Er moet rekening worden gehouden met een zo groot mogelijke individuele vrijheid . Fixeren kan enkel indien het wordt opgenomen in het zorgdossier, en conform de uitgeschreven procedure - WZC voorwaarde art. 7 en RVT norm B,4,d

Naleving SMK: niet conform

- Bij de kledij wordt onvoldoende rekening gehouden met de waardigheid van de bewoners (niet altijd persoonlijke kledij voor sommige bewoners, onvoldoende aandacht voor lichamelijke privacy van bewoners- SMK 1.3.

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

Facturatie / geldbeheer

WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 17, 18, 29, 30, 33, 34, 35 en 36
RVT normen B,6,c en B,8,a
SMK 4.2
Kwaliteitshandboek: procedure facturatie

Toelichting
- Tijdens de rondgang werd er bij deze inspectie vastgesteld dat er geen tandpasta of bruistabletten voor kunstgebit in de stock aanwezig waren. Deze producten worden aan de bewoner aangerekend terwijl deze net zoals standaardzeep, wc-papier en shampoo moeten in de dagprijs inbegrepen zijn. Facturatie werd verder niet gecontroleerd. Er wordt hiervoor verwezen naar het verslag van de inspectie op 13/11/2013 waar dit werd bevraagd (verslag V-2013-[redacted]-0054).

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Op de maandelijkse rekening worden extra vergoedingen aangerekend, die tot de minimale kostprijselementen van de dagprijs behoren: tandpasta en bruistabletten voor kunstgebit - WZC voorwaarde art. 30

Naleving SMK: niet bevraagd

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

[redacted],
inspecteur

[redacted],
inspecteur