DEPARTEMENT
WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie
Koning Albert II-laan 35 bus 31
1030 BRUSSEL
T 02 553 34 34
F 02 553 34 35
contact@zorginspectie.be

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	mevrouw Rodrfguez à 50%, de heer Nieuwlandt à 50%, niet bevraagd
ERKENNINGSGEGEVENS	
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-2015-MAPU-0301
Datum	13/04/2015
Inspecteur	[redacted]
Inspectie reden	periodieke opvolging

VERSLAG	
Nummer	V-2015-[redacted]-0023
Datum	13/05/2015

INSPECTIEBEZOEK	
Soort	Onaangekondigd bezoek op 12/05/2015{8:50-14:30} Onaangekondigd bezoek op 3/06/2015{5:50-6:10}

Gesprekspartners	de heer Nieuwlandt, [redacted] verantwoordelijke verscheidene personeelsleden uit de verpleging en de verzorging

SITUERING INSPECTIEBEZOEK

Na de inspectie van 15/4/2014 {zie inspectieverslagen V-2014-[redacted]-0027 en V-2014-[redacted]-0024} heeft het Agentschap Zorg en Gezondheid de instelling verzocht een remediëringsplan voor te leggen.
Het remediëringsplan werd ingediend op 9 maart 2015 en bevat een overzicht van de uitgevoerde en geplande verbeteringsacties. De bedoeling van de inspectie van 12/5/2015 was na te gaan of en in welke mate de verbeteringsacties uitgevoerd zijn.
Op 3/6/2015 werd nog een nachtinspectie uitgevoerd waarin werd nagegaan wat de kwalificatie en taakinvulling was van de nachtverantwoordelijke.

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}.
BVR 09/05/2014, houdende de regels voor de erkenning van meerdere vestigingen van een WCZ, een CVK of een RVT als één WZC, één CVK of één RVT.

LEESWIJZER

De opdracht van Zorginspectie bestaat erin om ten behoeve van het Agentschap 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
BVR 24/07/2009, art. 10, 10/3

Toelichting
- Om het aantal bewoners met dementie te bepalen werden de bewoners die een D of CD scoren en de bewoners die een 3 of 4 scoren op de items oriëntatie in tijd en plaats samengeteld.

Bezettingsgegevens
Reële bezetting: 38

Validiteitscores

Totaal WZC

O	A	B	C	CD	A-dement	D
0	6	0	0	5	0	0

Totaal RVT

B	C	CD	CC
18	3	4	0

Aantal afwezigen: 2
Aantal bewoners met dementiesyndroom: 23
Aantal bewoners ten laste van het OCMW: 8
Aantal niet-bejaarde bewoners: 10

Totale bezetting, inclusief kort- en herstelverblijf: 38

Naleving woonzorgdecreet: niet conform
- De erkende capaciteit wordt overschreden. Bewoner [redacted] had zijn opzeg gegeven [redacted]. In zijn plaats kon bewoner [redacted] opgenomen worden [redacted]. [redacted] bleef echter, [redacted], in de instelling wonen. Toch werd [redacted] opgenomen. De hospitalisatie ondertussen van bewoner [redacted] {[redacted]}, verandert daar niets aan - arts. 53,§1 en 59 van het Woonzorgdecreet.
- Meer dan 10 % van de opgenomen bewoners is minder dan 65 jaar. Het betreft in totaal 10 bewoners of 26% van het totaal. Sinds de laatste inspectie van april 2014 werden opnieuw drie bewoners van minder dan 65 opgenomen. Er is voor hen geen verslag ter beschikking waarin wordt toegelicht waarom er voor hen geen andere opvang is gevonden. {BVR 24/07/2019, art. 10}.

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,t en B,2,a,b,c,d,e,f
SMK 1.11 en SMK 5.7

Toelichting

Globale beschrijving van het gebouw en uitrusting:
Het gebouw is gelegen in de deelgemeente Maleizen.
Gelijkvloers:
inkom, bureau directie, gemeenschappelijke badkamers, gemeenschappelijke toiletten, personeelstoilet, rookruimte, eet- en zitruimte voor zorgbehoevende bewoners, kamers, tuin achteraan, terras vooraan, parking vooraan.
Eerste verdieping:
kamers, gemeenschappelijke badkamer, gemeenschappelijke toiletten.
Tweede verdieping:
polyvalente ruimte met gedeelte restaurant {voor niet-zorgbehoevende bewoners} en gedeelte voor gemeenschappelijke activiteiten, twee gemeenschappelijke toiletten, lokaal voor de animator/ergotherapeut, verpleegpost, lokaal voor medicatie, lokaal voor administratie, kinezaal, appartement voor inwonend personeel. Op deze verdieping zijn dus geen kamers.
Kelder: wasserij, kleedkamers, utility, ruimte voor reservekledij, twee kamers voor inwonend personeel, kamer nachtverantwoordelijke, stookplaats, keuken, berging voeding.

Soort rusthuis:
- ■ woonzorgcentrum voor 85
- ☐ woonzorgcentrum na 85
- ☐ woonzorgcentrum na 2009

Recente wijzigingen:
-het lek boven het plafond van de keuken werd gedicht en het plafond werd herschilderd
-er werd in het huis meer decoratie aangebracht.

Werden in het inspectieverslag van april 2014 vermeld en werden ondertussen opgelost:

-stof op de bovenkant van kasten in de kamers
-verf van de keukenvloer bladdert af
-zitruimte verdieping 2: kapotte zetels.

Werden in het inspectieverslag van april 2014 vermeld en blijven onveranderd:

-er is geurhinder in kamer 15 omdat het afvoerputje in de badkamer niet werkt
-in kamer 15 en in verscheidene andere kamers staan versleten houten bedden
-in de hoek van kamer 15 zit een stopcontact los uit de muur hetgeen gevaar inhoudt voor ongevallen
-in de gemeenschappelijke badkamers zijn een aantal tegels kapot
-de toiletbrillen in het gemeenschappelijk sanitair zijn versleten
-her en der in het huis is een gebrek aan structureel onderhoud merkbaar: loskomend behang, kapotte vloertegels, versleten meubilair
-de douchekop op het gelijkvloers kan niet aan de glijstang worden bevestigd
-de rookruimte heeft geen luchtverversingssysteem
-er zijn geen aangepaste baden noch badliften
-er is geen aangepaste zonnewering
-de kamers laten geen flexibele opstelling van het meubilair toe
-niet vanuit elk bed kan de verlichting worden bediend
-de ramen en de trappenhuizen zijn niet beveiligd

-er is geen individueel sanitair per kamer, met uitzondering van 4 kamers
-de kineruimte is onvoldoende uitgerust
-er is geen verzorgings- en onderzoekslokaal
-de gemeenschappelijke toiletten zijn niet rolstoeltoegankelijk.

Werden bij deze inspectie vastgesteld:
-in kamer 15 is een stuk van een binnenvensterbank afgebroken ter hoogte van de deur naar het toilet, hetgeen gevaar inhoudt voor ongevallen.

Geplande wijzigingen:
In zijn remediëringsplan stelt de instelling dat er een volledige verbouwing plaats zal vinden. Er zou actueel met de gemeentelijk ambtenaar van Stedenbouw (waar evenwel nog géén aanvraag tot stedenbouwkundige vergunning binnen is) gediscussieerd worden op de geplande dakkapellen op verdieping 2 al of niet moeten aanzien worden als een volledige derde verdieping, wat op deze plek stedenbouwkundig niet is toegelaten.
In een telefonische toelichting aan de inspectie stelt de architect dat de verbouwing idealiter zou beginnen in oktober-november 2015. Van zodra hij het akkoord heeft van Stedenbouw kan hij bij de gemeente Overijse zijn definitieve plannen indienen.

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, maar het trappenhuis en de ramen niet.

Gemeenschappelijke badkamers:
Er zijn drie gemeenschappelijke badkamers.
Op het gelijkvloers is er een badkamer met een vast bad. Deze badkamer wordt niet meer gebruikt.

Tevens op het gelijkvloers is er nog een badkamer met een inloopdouche, een lavabo en een toilet.
Op de eerste verdieping is er een badkamer met inloopdouche, lavabo en toilet.
Er zijn geen aangepaste baden en geen badliften.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Er is onvoldoende ventilatie in volgende lokalen: kamer 15. Er is een probleem met het afvoerputje in de sanitaire ruimte van deze kamer, waardoor er geurhinder ontstaat - 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.
- 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, er zit een stopcontact los in kamer 15, er is een afgebroken scherpe vensterbankrand in kamer 15 - WZC voorwaarde art. 21 en RVT norm B,2,a
- Er is met uitzondering van 4 kamers geen aparte toiletruimte per kamer met tenminste een lavabo en toilet. Vanaf 2010 moet er per kamer een aparte toiletruimte zijn met tenminste een lavabo en toilet - RVT norm B,1,i
- Er is geen uitgeruste zaal voor kine: er is een behandelingstafel en een onstabiele oefenfiets. Zie beschrijving bij zorgpraktijk - RVT norm B,1,c
- Er is geen verzorgings- en onderzoekslokaal. Het betreft een beperkte ruimte waar de medische dossiers staan en het personeel de zorgdossiers invult. Deze ruimte is niet uitgerust als onderzoekslokaal. - RVT norm B,1,r
- De sanitaire cellen in de kamers zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker - WZC voorwaarde art. 48, 1°,b of voorwaarde art. 48, 2°, b en RVT norm B,1,g
- Er zijn onvoldoende aangepaste baden: er zijn 3 badkamers waarvan er één de facto niet meer wordt gebruikt en waarvan er 0 aangepast zijn. De twee inloopdouches kunnen enkel nog worden gebruikt door mobiele bewoners gezien er geen tilliften zijn, noch doucherolstoelen, nog douchebrancards. - WZC voorwaarde art. 47, 10° en RVT norm B,2,f
- Er is onvoldoende ventilatie in volgende lokalen: de rookruimte. Om te ventileren zet men de deur naar de gang open, wat in het gebouw, in de nabijheid van de rookruimte, geurhinder geeft - WZC voorwaarde art. 45, 6° en RVT normen B,1,m en B,1,q
- Er zijn niveauverschillen, waardoor de toegankelijkheid wordt bemoeilijkt. Dit is met name het geval in kamer 20, waar de vloer zeer sterk helt aan de lavabo - WZC voorwaarde art. 45, 9° en RVT norm B,1,e
- Op elke verdieping dient minimum één gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet beschikbaar te zijn - WZC voorwaarde art. 48, 7°,a en RVT norm B,1,n

Naleving SMK: niet conform

- Niet alle WZC-voorwaarden worden nageleefd - SMK 5.7.

Aandachtspunten

- 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 Agentschap Zorg & Gezondheid en met Zorginspectie.

FACILITAIRE DIENSTVERLENING

DEELMODULE LOGISTIEK

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

Toelichting
- Nadat bij de inspectie van april 2014 werd vastgesteld dat het onderhoud onvoldoende was, kon de inspectie nu vaststellen dat het onderhoud toereikend was.
  De instelling heeft twee voltijdse onderhoudskrachten.

Naleving erkenningsvoorwaarden:	conform
Naleving SMK:	niet bevraagd
Kwaliteitshandboek:	niet bevraagd

PERSONEEL

DEELMODULE PERSONEELSFORMATIE

WZC voorwaarden: bijlage XII art. 38.1°, 2°, 3°, 4°, 39 en 42
RVT normen: B,3,c,d
BVR 09/05/2014, art. 2
Kwaliteitshandboek: middelen, personeel

Toelichting
- Verpleegkundige [redacted]. ([redacted]) werkt nu halftijds en zou [redacted] voltijds werken.

Ten opzichte van het personeelsoverzicht dat werd opgegeven in het remediëringsplan van 9 maart 2015 zijn nog volgende wijzigingen aangebracht:
-zorgkundige [redacted] werkt niet langer voltijds zoals opgegeven in het remediëringsplan, maar halftijds
-zorgkundige [redacted]. stond voltijds op de personeelslijst van het remedëringsplan en wordt nu niet meer opgegeven
-er is sinds 1/4/2015 voor het eerst een ergotherapeute aangeworven. Zij werkt 2/5 in dit woonzorgcentrum en 3/5 in woonzorgcentrum Ofelia van dezelfde uitbater, eveneens te Overijse.

Functie	Effectief 38 wgl	Vereist WZC 38 wgl	Vereist RVT 25 wgl	Vereist combinatie WZC-RVT-erkenning

Directeur	1	1,00	-	1,00
Totaal verpleging	9	2,53	4,17	4,97
Waarvan hoofdverpl.	1	-	1,00	1,00
Verzorging	3,5	3,80	4,17	5,37
Ergo	0,4	-	0,83	0,83
Kine	1	-		
Logo	0	-		
Animatie	0,8	1,00	-	1,00
Reactivering	0	-	0,08	0,08
Onderhoud/ keuken	2,5	2,53	-	2,53
Andere:				
- coördinerend hoofdverpleegkundige	Niet bevraagd	-	Nee	-

Bijkomende personeelsnormen voor WZC met RVT erkenning

Functie	Effectief 38 wgl	Vereist RVT 25 wgl
Verzorgend personeel met een diploma van zorgkundige	3,80	4,17

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Er is onvoldoende personeel voor reactivering (palliatieve zorg): er is een tekort van 0,08 vte. Er is geen palliatieve werking (geen palliatieve équipe, geen palliatief dossier) - RVT norm B,3,c

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

DEELMODULE PERSONEELSDOSSIERS

WZC voorwaarde: bijlage XII Art. 43

Toelichting

- Er werden door de inspectie personeelsdossiers opgevraagd van 6 personeelsleden die bij de inspectie van april 2014 nog niet in dienst waren. Alle benodigde documenten (arbeidsovereenkomst, diploma waar nodig, inschrijving RIZIV waar nodig en uittreksel uit het strafregister) waren ter beschikking.

Naleving erkenningsvoorwaarden: conform

HULP- EN DIENSTVERLENING

DEELMODULE ZORGVERLENING

Zorgpraktijk en zorgdossiers

WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 7, 21, 25, 1°, 2°, 3°, 4° en 5°
RVT normen: B,2,a B,3,a B,10,e
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 een steekproef van zorgdossiers en inzage van andere documenten zoals overdrachtenboek
- 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.
Op welke dag de bewoner in bad gaat ontbreekt ook.
Het zorgdossier werd volgens het remediëringsplan herwerkt. Voor het zorgplan betekent dit dat er volgende rubrieken werden toegevoegd: 'pathologie', 'Katz-score' en 'opmerkingen'. Vaak zijn deze rubrieken niet ingevuld.

Identiteitsgegevens en gegevens van te contacteren personen staan niet in het zorgdossier, maar worden in een andere map in het bureau bijgehouden.
Persoonlijke kenmerken en levensloop (sociale anamnese) worden niet systematisch bevraagd.
Individuele behoeften of wensen worden niet of maar zeer summier weergegeven.
Voor de bewoners wordt er geen maaltijdfiche opgemaakt. Volgens het personeel kent men de bewoners voldoende en is dit niet nodig. Uit de opnamedocumenten blijkt dat men bij aanvang ook zeer weinig bevraagt.
Dat er voor bepaalde bewoners verdikkingsmiddel bij dranktoediening moet gebruikt worden (dozen staan in kamers en in de keuken) staat nergens als instructie. Een verpleegkundige geeft aan dat een bewoner zeker moet rechtzitten om slikproblemen te vermijden, maar van slikproblemen wordt in het zorgdossier geen melding gemaakt.

Observaties worden genoteerd in het overdrachtenboek of in het zorgdossier. Door belangrijke observaties en instructies in het overdrachtenboek te zetten maar niet in het zorgdossier gaat er belangrijke informatie snel verloren en is er geen overzicht meer.

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. Er zou een stoel met balans zijn maar deze zou al maanden in herstelling zijn.

Sinds de vorige inspectie werd glycemiewaarde als parameter toegevoegd. Instructies wanneer en hoe vaak deze moet gemeten worden, staan niet duidelijk op het parameterblad. Er waren ook hiaten in de registratie (meer dan bij de vorige inspectie).
Een staand order wat te doen bij afwijkende waarden en de definitie van wat afwijkend is, ontbreekt nog steeds.

De wondzorgfiche is dezelfde als bij de vorige inspectie. Op deze fiche ontbreken telkens een duidelijke omschrijving van de wonde en de evaluatie. De instructie van frequentie en tijdstip van behandeling ontbreekt.
Er wordt niet steeds geregistreerd of deze zorg werd uitgevoerd. Niet voor elke wonde wordt een wondzorgfiche opgemaakt en wordt de situatie opgevolgd.
Er is geen procedure wondzorg.

Medische anamnese, huidige diagnose en pathologie, vaccinaties en allergieën zijn niet steeds weergegeven. Deze gegevens worden in de medische map bijgehouden waar ook de communicatie met de arts en documenten zoals labo-uitslagen, ziekenhuisrapporten en dergelijke in bijgehouden worden.
Voor een bewoner die op 25/04/2015 werd opgenomen was er op de datum van de eerste inspectie nog niets weergegeven in de medische map. Er zaten nog een paar documenten van de vorige bewoner van die kamer in de map.
Er werd nog geen liasonfiche opgemaakt en er zijn geen richtlijnen welke informatie moet meegegeven worden als een bewoner naar het ziekenhuis moet.
Als bewoners terugkomen uit het ziekenhuis gebeurt er weinig met de verstrekte informatie. De medicatiefiche wordt aangepast maar extra aandachtspunten worden niet geformuleerd, bv. na blaasinfectie en deshydratatie.

Voor een bewoner die reeds meermaals gevallen was, kan men niet aantonen dat de situatie extra bekeken of geëvalueerd werd.

Medicatie:
De medicatie werd voor 7 dagen klaargezet (bij de vorige inspectie voor 5 dagen). De klaargezette medicatie wordt nu wel zo veel mogelijk in de blister bewaard.
De medicatiefiche bevat niet steeds de indicatie voor toediening, de intervaltijd, de maximale dosis ingeval van medicatie 'zo nodig'.
Er staat geen instructie over of de medicatie al dan niet geplet moet worden. Al dan niet extra toezicht staat nu wel vermeld op de fiche.
In de voorziening maakt men gebruik van 2 medicatiefiches: 1 in het zorgdossier en 1 in de medicatiemap die men in praktijk gebruikt voor het klaarzetten en bedelen van de medicatie. Deze fiches zijn niet steeds gelijklopend qua informatie.
De medicatiefiche wordt niet altijd afgetekend voor klaarzetten en toediening.
Uit een steekproef bleek dat de klaargezette medicatie overeenkwam met de medicatiefiche.
De medicatiefiches waren bij verandering van medicatie niet steeds aangevuld.
Zo moest een bewoner nadat deze was gehospitaliseerd nog 2 dagen Ciproxine® krijgen (staat op ontslagformulier ziekenhuis). Dit werd niet op de medicatiefiche gezet. Het is dan ook niet duidelijk of deze bewoner die medicatie kreeg toegediend.
Voor een andere bewoner staat Amefrazol® niet op de medicatiefiche.

Op de medicatiekar was de medicatie niet altijd toewijsbaar, bv. Contramal® zonder naam of kamernummer.

Voor een bewoner die alle medicatie zelf nam, kon een attest van de behandelende arts voorgelegd worden. Voor een bewoner die gedeeltelijk de medicatie zelf innam, kon dergelijk attest niet voorgelegd worden.

De medicatie staat in 2 lokalen. Het lokaal met de medicatie die in de koelkast wordt bewaard, was gedurende de ganse inspectie niet afgesloten.
Hier worden ook de gebruikte naalden gedeponeerd in een niet-afgesloten container.
Tijdens de vorige inspectie werd vastgesteld dat de koelkast om medicatie in te bewaren niet goed afsloot en dat het water uit het vriesvak van de koelkast op verpakkingen van medicatie terecht kwam.
Men maakt nog steeds gebruik van dezelfde oude koelkast. Nu was er geen water meer dat lekte maar

er lagen nog wel verpakkingen van medicatie die duidelijk nat waren geweest.
Er was veel medicatie in deze koelkast en men gebruikte voormalige voedingsdozen om de medicatie in te bewaren. In één zo'n doos (voormalig gebruikt als verpakking van rozegarnalen) was er zware schimmel.
De temperatuur van de koelkast wordt niet gemeten.
Het medicamant Konakion® 10 mg/ml lag in de koelkast, met als vervaldatum 03/2014.

In tegenstelling tot wat er staat in het remediëringsplan is er nog maar weinig gebeurd betreffende het beheer van medicatie. Een procedure rond medicatie is nog niet uitgewerkt.

Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat de wondzorgkar, met daarop allerlei wondzorgmateriaal (waaronder ook de scalpels van Swann-Morton® mesjes) en producten (zoals Iso-Betadine) voor lange tijd onbeheerd werd achtergelaten. Dit geldt ook voor de onderhoudskar.

Animatie/ergo:

In het zorgdossier zit een blad waarop men de deelname aan de activiteiten en observaties kan noteren.
De toestand van de bewoner wordt niet omschreven. Er worden geen doelstellingen geformuleerd.
Uit de registratie van de deelname kan geen gericht actief animatie- noch ergoaanbod afgeleid worden.

Kine:

Permanentie, verdeling uren:

Eén vte aanstelling verdeeld over 1 kinesist. 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 nog steeds geen werkafspraken gemaakt.		

Taken binnen het WZC:

	Ja	Nee
Het verstrekken van individuele kinesitherapeutische handelingen aan RVT-gerechtigden	X	
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, turnen - 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 (zou volgens de uitbater een andere zijn dan bij de vorige inspectie) een zeer oude niet bruikbare hometrainer. Bij de vorige inspectie had een bewoner zelf het materiaal aangekocht voor lymfedrainage van zijn benen. Dit wordt nog steeds gebruikt. Er werd voor hem geen materiaal aangekocht.		

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		
De huidige voorschriften geven maar beperkt instructies.			

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.
Dit zou de laatste maanden niet meer het geval zijn omdat er buiten de RVT-bewoners er geen bewoners zijn die kinesitherapie nodig hebben.

Fixatie:

Fixatie werd tijdens deze inspectie niet bevraagd omdat er bij de rondgang geen bewoners gefixeerd waren.

Een aantal personeelsleden uit de zorg is alleen Franstalig. Men kan dan de Nederlandstalige instructies in het zorgdossier niet lezen. De meeste instructies worden dan ook in het overdrachtenboek enkel in het Frans genoteerd, evenals de observaties.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Verzorgingsproducten, onderhoudsproducten en medicatie worden onbeheerd achtergelaten - WZC voorwaarde 21 en RVT norm B,2,a
- De medicatie in de koelkast wordt niet op de juiste wijze gestockeerd (schimmel en in sommige verpakkingen sporen van vocht) waardoor de werking van de medicatie in het gedrang komt en zelfs mogelijk een gevaar inhouden bij inname. Er werd vervallen medicatie aangetroffen. In kamer 15 werd een van binnen beschimmeld urinaal aangetroffen. - WZC voorwaarde art. 25, 1° en RVT norm B,2,a
- In het zorgdossier ontbreken de volgende gegevens: persoonlijke kenmerken en levensloop - WZC

voorwaarde art. 25, 4° en RVT norm B,3,a (indien RVT erkenning).

- In het zorgdossier ontbreken de volgende gegevens: individuele behoeften of wensen - WZC voorwaarde art. 25, 4° en RVT norm B,3,a (indien RVT erkenning).
- In het zorgdossier ontbreken de volgende gegevens: medische anamnese, huidige diagnose en pathologie, vaccinaties en allergieën - WZC voorwaarde art. 25,4° en RVT norm B,3,a (indien RVT erkenning).
- Men beschikt niet over een liaisonfiche met noodzakelijke gegevens in geval van nood of hospitalisatie - RVT norm B,3,a.
- Het zorg- en begeleidingsplan is onvolledig, een aantal instructies betreffende de zorg ontbreken (vb. detailzorg, wanneer glycemiewaarden nemen) - WZC voorwaarde art. 25,4° en RVT norm B,3,a (indien RVT erkenning).
- Het uitvoeren van de zorg wordt niet consequent geregistreerd en afgetekend - WZC voorwaarde art. 25,4° en RVT norm B,3,a (indien RVT erkenning).
- Men beschikt niet over een volledige en geactualiseerde wondzorgfiche - WZC voorwaarde art. 25,4° en RVT norm B,3,b (indien RVT erkenning).
- Het zorgdossier bevat onvoldoende opvolging betreffende: kine - SMK 2.2. en WZC voorwaarde 25, 4° en RVT norm B,3,a (indien RVT erkenning).
- Het zorgdossier bevat onvoldoende opvolging betreffende: ergo - SMK 2.2. en WZC voorwaarde 25, 4° en RVT norm B,3,a (indien RVT erkenning).
- In het zorgdossier ontbreken de actuele afspraken rond vrijetijdsbesteding en sociale activiteiten - WZC voorwaarde art. 25,4° en RVT norm B,3,a (indien RVT erkenning).
- Men kan onvoldoende aantonen dat de bewoner de nodige hulp krijgt bij de dagelijkse verzorging (o.a. wondzorg, medicatie niet op medicatiefiche)- WZC voorwaarde art. 25,1° en RVT norm B,2,a (indien RVT erkenning).

Naleving SMK: niet conform

- Het WZC beschikt niet over een procedure voor medicatie - SMK 2.2 en SMK 4.2
- Men kan onvoldoende aantonen dat de bewoner en/of zijn familie instemmen met het zorg- en begeleidingsplan en dat het zorgplan wordt opgesteld in samenspraak - SMK 2.2.

Kwaliteitshandboek: niet conform

- Er is geen deelprocedure/werkvoorschrift voor wondzorg - MB 10/12/2001
- In de procedure voor planning en organisatie van begeleiding, verzorging en verpleging in het kwaliteitshandboek: item medicatiebeheer ontbreekt - MB 10/12/2001

Aandachtspunten

- Het is aangewezen alle gegevens per bewoner te centraliseren in één multidisciplinair zorgdossier.
- 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.
- Indien bewoners zelf hun medicatie beheren en gebruiken zonder toezicht van de verpleegkundigen moet men op de medicatiefiche of in het verzorgingsdossier opnemen dat "de bewoner bekwaam is eigen medicatie te beheren", en dit moet men laten aftekenen door de huisarts.
- Fouten in kader van de medicatiebedeling worden niet bijgehouden (bv via FONA-registratie)
- De continuïteit van de kinebehandelingen is niet structureel geregeld in geval van afwezigheid van de kinesist.

- De continuïteit van de zorg komt in gevaar als personeelsleden niet duidelijk met mekaar kunnen communiceren.

Continuïteit zorgverlening

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

Toelichting

- Het WZC werd 's nachts bezocht op 3/6/2015. Een eerste keer werd er aangebeld van 5:21 u tot 5:31 u, maar er werd niet opengedaan. Een bewoner die op dat uur wakker was, verklaarde vanuit het raam van zijn kamer op verdieping 1 dat er geen nachtpermanentie was. Een tweede keer werd er aangebeld om 5:55 uur en werd er opengedaan door de nachtverpleegkundige, die zegde dat ze de eerste bellen niet gehoord had. Ze ontkende dat ze bij het eerste bezoek, een halfuur eerder, niet aan het werk zou zijn geweest.

Kwalificatie nachtdienst	Uren	Taken
verpleegkundige	20:30 -07:30	3 X toeren, oproepen beantwoorden, boterhammen smeren voor het ontbijt

Taken CRA:
niet bevraagd

Naleving erkenningsvoorwaarden: conform

Preventiebeleid

WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 20.
RVT normen: B,10,c B,10,d

Toelichting

- Enkel de praktijk betreffende handhygiëne werd bekeken tijdens deze inspectie. In tegenstelling tot vorige inspectie waren er nu wel voldoende alcoholgelflacons en wegwerphandschoenen aanwezig. Bij de nachtinspectie van 3/6/2015 droeg de nachtverpleegkundige wegwerphandschoenen. Het onderhoudspersoneel droeg echter om de kamers te poetsen, tijdens de eerste inspectie gewone huishoudelijke handschoenen voor meermaals gebruik i.p.v. wegwerphandschoenen.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Het personeel past de algemene geldende voorwaarde voor een goede handhygiëne niet toe - WZC voorwaarde art. 20.
  In de verpleegpost (waar de koelkast staat) is er een lavabo maar geen zeep of wegwerphanddoeken.

Palliatieve zorgverlening

RVT normen: B,10,g B,10,h
SMK 2.2 en 4.2
Kwaliteitshandboek: procedure palliatieve zorg.

Toelichting

- Dit item werd bevraagd omdat er voor een bewoner, waarvan het personeel zelf zegt dat het een palliatieve patiënt betreft, geen palliatief dossier werd aangelegd. Het zorgplan en zorgdossier is even summier als voor de andere bewoners.
  Er is geen palliatief referentiepersoon aangesteld en er gebeurt niets specifieks.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- De voorziening voert onvoldoende een palliatieve zorgcultuur in en sensibiliseert het personeel onvoldoende en/of geeft onvoldoende vorming wat betreft palliatieve zorg - RVT norm B,10,h
- Het rust- en verzorgingstehuis nodigt de bewoners niet uit om in een open en ongedwongen sfeer hun eventuele wensen aangaande toekomstige zorgen en behandelingen kenbaar te maken - RVT norm,B,10,g
- Het zorg- en begeleidingsplan bevat onvoldoende persoonlijke gegevens: de wensen betreffende toekomstige zorgen ontbreken - RVT norm B,3,a.

Naleving SMK: niet conform

- Er is geen procedure inzake palliatieve zorg - SMK 2.2.

Kwaliteitshandboek: niet conform

- In de procedure voor planning en organisatie van begeleiding, verzorging en verpleging in het kwaliteitshandboek ontbreekt palliatieve zorg - MB 10/12/2001

BEJEGENING BEWONERS

Stambesluit Art. 8. §1 en §3
WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 7, 9, 25. 6°
RVT normen: B,3,a B,3,i B,3,k B,4,d B,4,e B,10,e
SMK 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 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
- De afgedrukte versie van het verslag van één gebruikersraad is 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.

  Personeel schenkt onvoldoende aandacht aan het comfort van de bewoners. Zo wordt een bewoner in een rolstoel zonder voetsteunen vervoerd en slepen haar voeten over de grond. Volgens het personeel heeft deze persoon geen aangepaste rolstoel.

  Personeelsleden die de maaltijdbegeleiding verzorgen doen dit grotendeels rechtstaand en men staat zelfs een aantal keer àchter de bewoner.
  Bewoners (ook dementerende bewoners) krijgen na de soep onmiddellijk 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. Bij dementerende bewoners nam men het dessert na het binnenkomen van de inspecteurs in de eetruimte bij de meeste bewoners weg.

Naleving stambesluit: niet bevraagd

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet bevraagd

Naleving SMK: niet conform

- Door niet alle documenten, in casu de verslagen van de gebruikersraad, in het Nederlands aan te bieden, is er onvoldoende respect voor de Nederlandstalige bewoners en krijgen zij niet de vereiste informatie - SMK 1.3 en SMK 1.5.
  Indien bewoners moeten worden geholpen met het eten, dient dit zittend op een stoel te gebeuren, met oogcontact en in een één-op-éénrelatie - SMK 1.3 en SMK 1.5.

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

INSPRAAK / KLACHTEN

DEELMODULE INSPRAAK

WZC voorwaarden: bijlage XII Art.26 §1
RVT normen: B,5,a, B,5,b B,5,c
SMK 1.5 en 4.2
Kwaliteitshandboek: procedure collectieve inspraak.

Toelichting

Gebruikersraad

- Frequentie: er zijn sinds de vorige inspectie 3 gebruikersraden geweest, met name op 17/6/2014, 2/12/2014 en 8/4/2015.
- Deelname: Er waren respectievelijk 11,14 en 22 deelnemers.
- Verslaggeving/publicatie: Het verslag van 17/6/2014 is in het Nederlands opgesteld door de animator. Het verslag van 2/12/2014 is in het Frans opgesteld door de hoofdverpleegkundige en vertaald in het Nederlands door de animator. Van het verslag van 8/4/2015 is alleen een Franse versie beschikbaar, opgesteld door de hoofdverpleegkundige. In de verslagen wordt aandacht geschonken aan de onderwerpen maaltijden, verpleging & verzorging, onderhoud, kine en animatie.
  Er wordt in de verslagen niet teruggekomen op aanpassingen, oplossingen, inzake de in het vorig verslag door de bewoners geuite wensen en bezorgdheden.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Het verslag van de gebruikersraad wordt niet steeds bekendgemaakt bij alle bewoners en/of familie - WZC voorwaarde art. 26 §1 en RVT norm B,5,c. Eén verslag werd enkel in het Frans ter beschikking gesteld.

Naleving SMK: niet bevraagd

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

FACTURATIE / GELDBEHEER

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

Toelichting

- De prijzen zijn van toepassing vanaf 1/02/2015. Ze zijn aan de bewoners meegedeeld op 1/01/2015. De uitbaters verklaren de nieuwe dagprijzen (indexering) te hebben meegedeeld aan het Agentschap Zorg en Gezondheid, maar geen antwoord te hebben ontvangen.

1p	meerdere prijzen (per persoon)	min: € 33,38 max: € 43,16
2p	meerdere prijzen (per persoon)	min: € 29,46 max: € 34,27

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Op de maandelijkse rekening ([redacted]) worden extra vergoedingen aangerekend die geacht worden inbegrepen te zijn in het RIZIV-forfait. Het betreft de volgende verzorgingsmaterialen: Stellastic® windels, Cicaplaie® wondverband, Stellaline® compressen. - WZC voorwaarde art. 30

Naleving SMK: niet bevraagd

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

MANAGEMENT

DEELMODULE KWALITEITSPLANNING

Art. 4 MB 2001
Stambesluit Art. 7. §2

Toelichting

- De kwaliteitsplanning voor het jaar 2015 werd opgevraagd. Ze bevat de volgende elementen:

  -aan nieuwe bewoners de facturatie toelichten (voorschotregeling)
  -meer toezicht houden op de zorgdossiers
  -meer in één geïntegreerd zorgdossier werken ipv informatie te verspreiden op verschillende plaatsen
  -het definiëren van de inbreng van de nieuwe ergotherapeut en ze inpassen in de zorgequipe
  -meer sociaal contact leggen met de bewoners
  -sneller technische problemen melden zodat de technicus ze kan oplossen
  -meer gebruik maken van de tuin en de terrassen
  -het geheel ingrijpend verbouwen
  -prioriteit geven aan Nederlands bij de aanwerving van personeel.

Naleving M.B.: niet conform

- De kwaliteitsplanning is te beperkt uitgewerkt: enkel een summiere beschrijving van de activiteiten/verbeterprojecten. Een kwaliteitsplanning moet per project minstens volgende aspecten beschrijven: doelstellingen van het project (wat), projecteigenaar (wie), stappenplan (wat en wanneer), middelen (hoe) en communicatie/rapportage (behaald ja/neen) - M.B. van 10/12/2001

DEELMODULE DOCUMENTEN TER BESCHIKKING VAN INSPECTIE TER PLAATSE

WZC voorwaarden: bijlage XII Art. 16, 31 en 37
RVT normen: B,8,b
Woonzorgdecreet Art. 72.
Kwaliteitshandboek: machtiging

Toelichting

- Opgevraagde documenten werden voorgelegd en gevraagde inlichtingen werden verstrekt. Niet alle voorgelegde documenten bevatten correcte informatie. Zo werd zowel in het remediëringsplan als bij de inspectie op 12/5/2015 een personeelslijst voorgelegd waarop zorgkundige [redacted]. als voltijds wordt opgegeven. In de praktijk werkt zorgkundige [redacted]. niet in de instelling, zoals door de verantwoordelijken bevestigd tijdens de inspectie van 19/5/2015 bij de instelling WZC Ofelia van dezelfde inrichtende macht, waar bedoeld personeelslid wél werkt.

Naleving erkenningsvoorwaarden: niet conform

- Aan de inspectie voorgelegde documenten dienen correcte informatie te bevatten - art. 72 van het Decreet.

Kwaliteitshandboek: niet bevraagd

[redacted] ,
inspecteur