

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

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

INSPECTIEVERSLAG ERNSTIGE GEBEURTENIS

INSPECTIEPUNT

Naam:	Residentie Ofelia
Adres	Nijvelsebaan 86
Dossier/erkenningsnr	248.106

INRICHTENDE MACHT

Naam	Residentie Ofelia
Juridische vorm	NV
Adres	Terhulpansesteenweg 475 3090 Overijse

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	onaangekondigde inspectie op 13/12/2022 (9:45u. – 14:00u.)
Datum laatste vaststelling	13/12/2022
Verslagnummer	V-2022- XXXXXXXXXX -0022
Inspecteur(s)	XXXXXXXXXX
Gesprekspartner(s)	Mevr. Concepcion Rodriguez, directeur XXXXXXXXXX , dagelijks verantwoordelijke XXXXXXXXXX , hoofdverpleegkundige

1 LEESWIJZER

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- organisaties die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- concrete beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

Hoe werkt Zorginspectie?

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen.

Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Meer informatie is te vinden op onze website: www.zorginspectie.be.

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag.

Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via: openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be of via het online invulformulier op de website.

Methodiek

De inspecties vinden plaats in de voorziening.

De meeste inspecties vinden plaats overdag, op weekdays, maar kunnen -indien relevant- ook op 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: tekorten of inbreuken op de regelgeving;
- aandachtspunten.

In de aandachtspunten wordt de aandacht gevestigd op elementen die de kwaliteit van leven en/ of de veiligheid van de gebruikers kunnen verbeteren maar die niet opgenomen zijn in de regelgeving.

Reactiemogelijkheid

De voorziening en -indien van toepassing- de klachtindiener krijgen de mogelijkheid om te reageren op onjuistheden in het ontwerpverslag. Op basis van de reactie kan het ontwerpverslag aangepast worden. Op dat moment wordt het ontwerpverslag een definitief verslag. Het definitief verslag wordt bezorgd aan de voorziening, aan Zorg en Gezondheid en -indien van toepassing- de klachtindiener. Zorg en Gezondheid staat in voor de verdere opvolging van het dossier.

Toegepaste regelgeving

De regelgeving die van toepassing is op de voorzieningen is terug te vinden op de website van Zorg en Gezondheid:

- ouderenzorg : www.zorg-en-gezondheid.be/ouderenzorg
- thuiszorg: www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg

Gebruikte afkortingen

AW	assistentiewoning
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)
NAH	niet aangeboren hersenletsels
SAW	sociale assistentiewoningen
SFG	serviceflatgebouw
SMK	sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
VP	verpleegkundige(n)
VTE	voltijds equivalent
WA	woonassistent
WCD	woningcomplex met dienstverlening
WZD	woonzorgdecreet
ZK	zorgkundige(n)

2 SITUERING EN DOEL INSPECTIEBEZOEK

Op 21 november 2022 voerde Zorginspectie een onaangekondigde inspectie uit omwille van een klacht die was ingediend op 14 oktober 2022 bij de Woonzorglijn. Tijdens dit onderzoek waarbij een klachtelement was dat de arts niet opgeroepen werd indien nodig, werden documenten aangeleverd aan Zorginspectie. Tussen deze documenten zat een e-mail van een huisarts waarin deze voorziening verzocht wordt om dringend instructies die hij enige tijd geleden gegeven had, uit te voeren. Het betrof het aanpassen van medicatie en het aanvragen van onderzoeken in een laboratorium of bij een specialist.

Naar aanleiding van deze e-mail is Zorginspectie ter plaatse gegaan op 13 december 2022 om de situatie omtrent deze e-mail te onderzoeken en na te gaan welke stappen het woonzorgcentrum heeft genomen m.b.t. deze aangehaalde feiten.

De focus van dit onderzoek op 13 december 2022 lag op het opvolgen van instructies van deze huisarts en medicatieveiligheid en dit bij de betrokken bewonersdossiers.

3 OVERZICHT INSPECTIE-WERKZAAMHEDEN

De vaststellingen, gedaan tijdens dit inspectiebezoek, zijn gebaseerd op:

- gesprekken met de hoofdverpleegkundige, de dagelijks verantwoordelijke en de directie;
- de individuele zorgdossiers van de betrokken bewoners;
- de medische dossiers en de communicatie met de arts hierin van betrokken bewoners;
- de medicatiefiches van betrokken bewoners;
- een agenda waarin medische afspraken worden bijgehouden voor alle bewoners;
- de klaargezette medicatie;
- de bijlage aan de e-mail, verstuurd door de arts m.b.t. de feiten;
- procedure 'medicatiebedeling'.

4 VASTSTELLINGEN

4.1 SITUERING VOORZIENING

Het woonzorgcentrum heeft een erkenning voor 41 woongelegenheden, waarvan 29 met bijkomende erkenning. Tijdens de laatste inspectie van 21 november 2022 verbleven er 34 bewoners.

4.2 RELAAS VAN HET INCIDENT

Tijdens de klachtinspectie van 21 november 2022 worden er documenten aan Zorginspectie overhandigd waarin een e-mail van een huisarts zit d.d. [REDACTED], gericht aan de residentie. Hierin haalt deze arts instructies aan waar volgens de arts, geen gevolg aan gegeven is.

Aan deze e-mail is nog een bijlage toegevoegd met instructies. De bijlage aan deze e-mail werd opgevraagd tijdens de inspectie.

Het betreft 3 bewonersdossiers:

- 1^{ste} dossier: de huisarts verwijst naar een overzicht van medicatie aanpassingen die dienden te gebeuren bij deze bewoner. Bepaalde aanpassingen dienden reeds maanden geleden gebeurd te zijn, maar zijn volgens de huisarts nog niet gerealiseerd. De huisarts vraagt directe en effectieve aanpassing.
- 2^{de} dossier: dit is volgens de huisarts dringender dan het vorige dossier. De huisarts schrijft dat het medicijn '[REDACTED]' reeds maanden geleden opgestart diende te zijn, maar niet vindbaar is in de medicatielijst. Ook bloedonderzoeken bevestigen volgens de huisarts dat dit medicijn niet toegediend is.
Er is eveneens een stoelgangsstaal aangevraagd maar niet in orde gebracht.
Voor deze bewoner was er een [REDACTED] nazicht voorzien in december 2021-januari 2022, maar deze afspraak bleek niet doorgegaan te zijn. De huisarts vraagt om dit opnieuw in te plannen.
- De huisarts verwijst ook naar een bewonersdossier dat niet in orde zou zijn in de map van de bewoner.

De huisarts concludeert in zijn e-mail d.d. [REDACTED] dat er opdrachten gegeven worden via de papieren dossiers, die frequent niet nagevolgd worden. Deze huisarts vraagt om deze zaken in orde te brengen.

4.3 COMMUNICATIE MET ARTSEN

In eerste instantie werd het systeem bevraagd. Vervolgens werd dit getoetst aan de praktijk, namelijk met de betrokken bewonersdossiers en de medicatiefiches van de betrokken bewoners.

Op het gelijkvloers in het woonzorgcentrum is een dokterslokaal waarin alle medische dossiers in een kast staan en waar een bureau ter beschikking is voor de artsen. Dit lokaal is volgens de gesprekspartners gedurende de dag open zodat artsen hierbinnen kunnen en de dossiers voor hen toegankelijk zijn. De deur wordt 's morgens geopend en om 17u. gesloten volgens de gesprekspartners. De medische dossiers van de bewoners zitten in een kast die op slot kan maar niet op slot gedaan wordt. Hierdoor hebben onbevoegden toegang tot het lokaal waar zich de medische dossiers bevinden en kan de privacy van de bewoners niet gegarandeerd worden.

In het dokterslokaal staat geen pc ter beschikking. De artsen hebben enkel toegang tot papieren dossiers. Zorgmedewerkers hebben ook geen pc ter beschikking maar raadplegen de zorgplannen op hun smartphone en tekenen hierop de instructies af.

Er is geen uniform systeem m.b.t. de communicatie (en het geven van medische instructies) tussen huisartsen en verpleegkundigen. Volgens gesprekspartner verloopt de communicatie met de betrokken huisarts voornamelijk via e-mail. Communicatie met andere (huis)artsen gebeurt op papier in het medisch dossier. Communicatie is ook mogelijk wanneer de (huis)arts op patiënten bezoek komt. Voor de CRA is dit elke donderdag om 10u. De betrokken huisarts komt 1 à 2 keer per maand en indien nodig, aldus de gesprekspartner.

Indien de artsen via e-mail communiceren, geeft de dagelijks verantwoordelijke in principe deze communicatie ter kennis aan de verpleegkundigen en doen de verpleegkundigen onmiddellijk het nodige, licht de gesprekspartner toe.

Daarnaast, zijn er verschillende systemen en plaatsen waar informatie m.b.t. medische instructies genoteerd worden. Zo worden externe consultaties met specialisten/artsen genoteerd in een papieren agenda door de dagelijks verantwoordelijke. Deze ligt op het bureau bij de dagelijkse verantwoordelijke.

Communicatie m.b.t. onderzoeksstalen worden genoteerd op een whiteboard, dat in het medicatielokaal hangt.

De directie geeft tijdens het gesprek met Zorginspectie aan niet op de hoogte te zijn van deze e-mail.

De e-mail werd volgens gesprekspartners niet beantwoord door het woonzorgcentrum. Zij konden geen schriftelijk antwoord voorleggen aan Zorginspectie.

Een tweede dagelijkse verantwoordelijke, die normaal instaat voor de communicatie met de artsen, is op het moment van inspectie afwezig. Zij antwoordt indien nodig ook op de e-mails van de artsen.

De hoofdverpleegkundige zegt ook mondeling te communiceren met de huisarts, indien de huisarts naar het woonzorgcentrum komt.

De directie stelt, na de klachtinspectie van 21 november 2022 aan de artsen gevraagd te hebben om meer informatie in de bewonersdossiers te noteren en beter te communiceren en om indien nodig, de verpleegkundige te betrekken.

De communicatie van de artsen, die door Zorginspectie gezien werd, is in de Nederlandse taal geschreven. De gesprekken door Zorginspectie met de gesprekspartners op de werkvloer, verliep in de Franse taal. Er werd hierbij vastgesteld dat de hoofdverpleegkundige de Nederlandse taal onvoldoende begrijpt en ook de geschreven instructies door de huisarts onvoldoende begrijpt (er zijn niet altijd verpleegkundigen die voldoende Nederlands spreken).

Gesprekspartners lichten toe dat zij communiceren in een Whatsapp groep over de bewoners. Bv. teruggekomen van het ziekenhuis, etc. Hierin worden ook foto's geplaatst van bewoners. Dit gebeurt met

privénummers op de privé smartphones van de medewerkers. Zorginspectie wees gesprekspartners erop dat dit geen veilig systeem is om te communiceren en dat de individuele zorgdossiers daartoe dienen. Daarbij kan de privacy van de bewoners niet gegarandeerd worden en hebben artsen geen toegang tot deze informatie.

4.4 MEDICATIE-INCIDENTEN

Tijdens de inspectie vroeg Zorginspectie hoe men omgaat met medicatie-incidenten. De gesprekspartners stelden dat er in het woonzorgcentrum geen medicatie-incidenten gebeuren of gebeurd zijn. Zij toonden bijgevolg geen registraties hiervan. Er is geen individuele registratie, noch een centrale registratie van medicatie-incidenten.

Door Zorginspectie werd de procedure medicatiefouten opgevraagd.

In de procedure 'Medicatiebedeling' is voorzien dat bij fouten er melding gebeurt aan de 'verantwoordelijke op dienst die de nodige actie onderneemt'. Melding gebeurt door middel van het document 'vaststelling van één of meerdere fouten bij klaargezette medicatie'. In de procedure is bepaald dat de verantwoordelijke dit registreert in het zorgdossier en eventueel verdere acties onderneemt en dat men dit noteert op het observatieblad en het communicatieblad met de arts. In deze procedure is geen centrale registratie en analyse met oog op verbeteracties voorzien.

4.5 ONDERZOEK DOSSIERS

Zorginspectie is niet bevoegd om de correctheid van de medische instructies te beoordelen. Wel kan worden beoordeeld of de medische instructies tot zorgafspraken in de voorziening hebben geleid en of deze werden uitgevoerd. Zorginspectie gaat evenmin na of alle voorwaarden van de regelgeving m.b.t. de gezondheidsberoepen werden nageleefd en/of de verpleegtechnische- en zorgkundige handelingen op correcte wijze werden uitgevoerd.

Zorginspectie deed volgende vaststellingen m.b.t. de bovenvermelde dossiers van bewoners.

- 1^{ste} bewoner:

Uit de communicatie van de huisarts blijkt dat [REDACTED] opgestart zou zijn zonder zijn medeweten. Deze bewoner nam dit medicijn sinds [REDACTED]. Dit blijkt uit nazicht van de medicatiefiche van deze bewoner. Deze medicatiefiche werd ondertekend door de diezelfde huisarts die schrijft dat dit zonder zijn medeweten is opgestart. Volgens de gesprekspartner was dit medicijn in het verleden opgestart op instructie van [REDACTED].

De huisarts heeft gevraagd op [REDACTED], via het communicatieblad, om [REDACTED] af te bouwen met schema ("afbouw met 1 tablet per week. [REDACTED]: 2 tabletten daags, [REDACTED]: 1 tablet daags, [REDACTED]: stop"). In [REDACTED] stond dit medicijn nog op de medicatiefiche met 3 tabletten per dag, met ondertekening door diezelfde huisarts.

Die huisarts vraagt ook in de bijlage aan de e-mail d.d. [REDACTED] om [REDACTED] te stoppen: dit werd niet gestopt op de medicatiefiche. Ook deze medicatiefiche werd ondertekend door diezelfde huisarts. De toediening van deze medicatie werd nog niet stopgezet.

De huisarts schrijft ook dat '██████████' niet vindbaar is op de medicatiefiche. Volgens de gesprekspartner heeft de huisarts dit schriftelijk toegevoegd aan de medicatiefiche (dit was handgeschreven toegevoegd).

Volgens de gesprekspartners past de huisarts zelf de medicatiefiches aan en begrijpen zij daardoor niet waarom hij aanhaalt dat de aanpassingen al maanden geleden moesten gebeurd zijn.

Alle toedieningsmomenten voor deze bewoner werden afgetekend voor de gecontroleerde periode.

Alleen is het niet duidelijk welk medicijn toegediend werd, aangezien er voor alle medicijnen per toedieningsmoment in 1 keer wordt afgetekend.

Bij nazicht van de medicatiefiche van ██████████ blijkt dat er een medicijn '██████████' genoteerd staat op het toedieningsmoment om 8u i.p.v. bij het avondmaal zoals in de bijlage van een e-mail van de huisarts staat als instructie. Hierin staat ook ██████████ ██████████ bij de actieve medicatie indien nodig. Deze ontbreekt op de medicatiefiche. Men beschikt niet over een volledige en geactualiseerde medicatiefiche per bewoner: de medicatie 'indien nodig' ontbreekt.

Bij de medicatie 'indien nodig' op de medicatiefiche ontbreekt voor het medicijn '██████████' de indicatie.

Voor deze bewoner werden de observaties gecontroleerd om na te gaan hoe de toestand van de bewoner evolueerde. De laatste observatie dateerde van ██████████.

Uit de communicatie van de huisarts, op het communicatieblad, bleek dat de huisarts een ██████████ vraagt voor de bewoner. Hieromtrent werd geen enkele observatie in het individueel zorgdossier genoteerd.

- 2^{de} bewoner:

Uit eerdere communicatie van de huisarts, op het communicatieblad in het medisch dossier: blijkt dat de huisarts vraagt op ██████████ of ██████████ is ingenomen.

In ██████████ stond ██████████ niet op de medicatiefiche. Uit verder nazicht blijkt dat ook in ██████████ er geen ██████████ op de medicatiefiche stond. Op de medicatiefiche van ██████████ staat '██████████' handgeschreven toegevoegd met ondertekening van de medicatiefiche door de huisarts. Volgens de gesprekspartner is het de huisarts die deze toevoeging genoteerd heeft op de medicatiefiche.

Op de medicatiefiche staat ██████████ wel met als startdatum ██████████.

Echter, in een brief van dezelfde huisarts als van de e-mail van ██████████ wordt '██████████' niet opgesomd tussen de chronische medicatie voor deze bewoner, noch bij de medicatie 'indien nodig'.

Uit het medisch dossier bleek dat de betrokken bewoner op ██████████ in ██████████ verbleef voor ██████████. Hierbij vroeg de dokter van ██████████ om verschillende medicijnen stop te zetten waaronder ██████████, hoewel dit volgens de medicatiefiches niet gegeven werd en wel vanaf ██████████ op de medicatiefiche stond.

Volgens de gecontroleerde medicatiefiches werd ██████████ in ██████████ nog gegeven.

Op het communicatieblad in het medisch dossier schreef de huisarts op ██████████ 'pauze ██████████ + labo ██████████'. Op de medicatiefiche van ██████████ bleek dat het medicijn ██████████ stopgezet werd, maar er stond hierbij geen einddatum (geen datum van stopzetting). Het is niet duidelijk wanneer de medicatie stopgezet werd. Men beschikt niet over een volledige en geactualiseerde medicatiefiche per bewoner: de stopdatum ontbreekt.

Zorginspectie vroeg of er nog voorschriften van de huisarts en andere artsen konden voorgelegd worden. De gesprekspartners lichtten toe dat deze rechtstreeks naar de apotheek worden doorgestuurd of dat deze automatisch elektronisch verstuurd worden.

Zorginspectie controleerde of de medicatie die op de medicatiefiches stond werd toegediend. Het aftekenen van het toedienen gebeurt op de achterkant van de medicatiefiche. Op deze achterkant wordt een paraf gezet als de medicatie is klaargezet door diegenen die de medicatie klaarzetten en wordt er afgetekend per toedieningsmoment per bewoner voor alle medicatie. Het is niet duidelijk of bv. [REDACTED] al dan niet is toegediend en vanaf wanneer ([REDACTED] of [REDACTED]). Op [REDACTED] waren er voor de betrokken bewoner 2 toedieningsmomenten niet afgetekend. Het toedienen van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd. Zorginspectie vroeg of er afgetekend werd voor het toedienen van de medicatie in Intocare (elektronisch zorgdossier) maar dit wordt niet gedaan.

Zorginspectie peilde naar het systeem om onderzoeksstalen te laten nemen. Gesprekspartners lichtten toe dat indien er een staal genomen moet worden bij een bewoner, dit door het zorgpersoneel op het bord in het medicatielokaal (in de kelderverdieping) wordt genoteerd op een kalender. Dit wordt niet in de individuele zorgdossiers genoteerd, noch op het individueel zorgplan. Volgens de gesprekspartners staan parameters die genomen moeten worden op instructie van de arts normaal wel in het zorgplan. Er is, volgens de gesprekspartner, op het moment van de inspectie één bewoner waarbij bloeddruk op instructie van de arts geregistreerd moet worden. Dit stond niet op het individueel zorgplan van deze bewoner. Het zorgplan bevat niet – indien nodig – de actuele instructies m.b.t. de te meten parameters (op instructie van de arts). Voor deze bewoner, waarbij de bloeddruk op instructie van de arts gemeten moet worden, hangt de fiche met de registraties uit op de bewonerskamer: de privacy van de bewoner wordt niet gegarandeerd.

Vervolgens controleerde Zorginspectie de observaties om de toestand van de betrokken bewoner (waarop de e-mail van de huisarts betrekking had) na te gaan. Zorginspectie stelde vast dat er bijna geen observaties genoteerd werden in het individueel zorgdossier. Enkel op [REDACTED] werd er een observatie genoteerd met betrekking tot de bloeddruk die laag was (10/60). De gesprekspartner verklaarde dat er geen veranderingen waren in de toestand van deze bewoner. Daarom worden er volgens hem weinig observaties genoteerd.

Betreffende het [REDACTED] nazicht van december 2021 – januari 2022, waarnaar de huisarts verwijst in zijn e-mail, licht de gesprekspartner toe dat de huisarts toen geen [REDACTED] nazicht heeft gevraagd.

De agenda waarin deze afspraken worden genoteerd door de dagelijks verantwoordelijke, werd nagekeken voor het jaar 2022. Er werd geen enkele afspraak m.b.t. het [REDACTED] nazicht teruggevonden voor de bewoner. Indien een afspraak geannuleerd wordt, wordt dit ook in de agenda genoteerd. Ook dit was niet terug te vinden.

Volgens de dagelijks verantwoordelijke is de afspraak mogelijk niet doorgegaan omwille van Covid-19. In de agenda stond wel de afspraak in [REDACTED] op [REDACTED] ingeschreven voor de betrokken bewoner. Op [REDACTED] heeft de bewoner wel een [REDACTED] nazicht gehad en is er een [REDACTED], zo blijkt uit [REDACTED] van [REDACTED]. Ook werd een [REDACTED] onderzoek voorgesteld aan de bewoner, maar de bewoner weigerde dit.

De gesprekspartner licht toe dat de familie van de bewoner de afspraken van de bewoner nauwgezet bijhoudt en hieraan herinnert.

- 3^{de} bewoner:

De huisarts geeft in zijn e-mail aan van [REDACTED] dat het dossier niet in orde is van deze bewoner. De dagelijks verantwoordelijke zegt niet te begrijpen wat hij bedoelt.

Uit het communicatieblad in het medisch dossier blijkt dat de huisarts op [REDACTED] vraagt om het dossier in orde te zetten met tabbladen. Deze tabbladen ontbreken. In de andere medische dossiers zijn wel tabbladen aanwezig.

In het dossier van betrokken bewoner zit een communicatieblad van de huisarts en medische verslagen.

Voor deze bewoner werd gecontroleerd of de instructies van de huisarts gevolgd werden. De medicatiefiches waren aangepast aan de instructies.

Zorginspectie stelt vast dat de huisarts vroeg op [REDACTED] om bij [REDACTED] contact op te nemen. De [REDACTED] van deze bewoner worden eveneens op een blad genoteerd dat in de kamer van de bewoner hangt. In [REDACTED] werden deze waarden op dit blad 3x/dag genoteerd. Elektronisch wordt dit niet geregistreerd. Deze huisarts schreef als instructie op [REDACTED] om 2 eenheden bij te geven indien [REDACTED] van de bewoner [REDACTED] was dan [REDACTED].

Deze instructie stond wel op de medicatiefiche van de bewoner maar werd door de huisarts doorstreept, aldus de gesprekspartner. De huisarts heeft de medicatiefiche ondertekend.

Op de laatste medicatiefiche is deze instructie verwijderd. Volgens de gesprekspartners heeft de [REDACTED] gezegd dat er geen eenheden moeten worden bijgegeven. Deze instructie van de [REDACTED] kon niet worden aangetoond. De gesprekspartner zou nog een stavingsstuk opzoeken en dit aan Zorginspectie bezorgen. Dit document werd niet overgemaakt.

Tenslotte werd voor de drie betrokken bewoners gecontroleerd of de klaargezette medicatie overeenkomt met de medicatiefiches. Deze kwamen voor alle bewoners overeen. Voor één bewoner ontbrak er één medicijn, dat tijdens de inspectie zelf door de apotheek werd geleverd. Niet alle medicatie was nog identificeerbaar.

4.6 GEPLANDE ACTIES VAN DE VOORZIENING

De directie geeft aan om aan de huisarts te zullen vragen dat hij meer aandacht heeft voor de instructies en de medicatiefiches.

5 CONCLUSIE

Het medicatieproces in deze voorziening kent verschillende hiaten die niet zonder risico zijn.

- De communicatie met externen (o.a. artsen) maar ook intern verloopt via verschillende kanalen en het is niet altijd duidelijk welke informatie door wie reeds gekend/doorgegeven is.
- Men beschikt niet voor elke bewoner over een medicatiefiche die actueel is.
- De zorgplanning bevat niet altijd de actuele instructies.
- De zorgdossiers bevatten weinig observaties van de toestand van de bewoners.
- Het toedienen van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd.
- Medicatie blijft niet identificeerbaar tot bij toediening.
- De voorziening geeft aan dat er geen medicatie-incidenten gebeuren maar dit lijkt niet overeen te stemmen met de realiteit.
- Een centrale registratie van medicatie-incidenten met het oog op analyse om tot verbeteracties te komen, ontbreekt.

Ook het niet beheersen van de Nederlandse taal door de hoofdverpleegkundige, blijkt een probleem wat risico's meebrengt m.b.t. het correct uitvoeren van de zorginstructies.

Het gebruik van Whats-app zoals beschreven werd tijdens de inspectie, is in strijd met Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Volgende tekorten werden vastgesteld:

- Er zijn niet altijd verpleegkundigen die voldoende Nederlands spreken (SMK1.12).
- In de procedure medicatiebedeling, waarbij een deel gaat over medicatie-incidenten, is geen centrale registratie en analyse met oog op verbeteracties voorzien (SMK. 4.2).
- Het toedienen van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd: het is niet duidelijk of een geneesmiddel gegeven is of niet: WZC voorwaarde art. 25,1° en art. 48/6 (indien BE).
- Men beschikt niet over een volledige en geactualiseerde medicatiefiche per bewoner: de medicatie 'indien nodig' ontbreekt (WZC voorwaarde art. 25,4° en art.48/6 (indien BE).
- Bij de medicatie 'indien nodig' op de medicatiefiche ontbreekt voor het medicijn '██████████' de indicatie: WZC voorwaarde art.25, 4° en art. 48/6 (indien BE).
- De bewoners krijgen niet de nodige hulp bij de dagelijkse verzorging: er is onvoldoende opvolging van de gezondheidstoestand van de bewoner (WZC voorwaarde art. 25,1° en 2° en art.48/4,1° (indien BE).
- Men beschikt niet over een volledige en geactualiseerde medicatiefiche per bewoner: de stopdatum ontbreekt (WZC voorwaarde art. 25,4° en art.48/6 (indien BE).
- Het toedienen van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd: het is niet duidelijk of een geneesmiddel gegeven is of niet: WZC voorwaarde art. 25,1° en art. 48/6 (indien BE).
- Het zorgplan bevat niet – indien nodig – de actuele instructies m.b.t. de te meten parameters (op instructie van de arts) (WZC voorwaarde art.25,4° en art. 48/6 (indien BE).
- De privacy van de bewoner wordt niet gegarandeerd: WZC-voorwaarde art. 46 (alle WZC), art. 47,5° (WZC na 2009), art. 48,2°, d) (WZC voor 2009) en 47/1, §1,4° en 47/1, §2,4° (WZC na 2017) en SMK 1.2.).
- Medicatie die vooraf wordt klaargezet blijft identificeerbaar tot op het moment van toedienen (WZC voorwaarde art.21)