

## DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

### Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

[contact.zorginspectie@vlaanderen.be](mailto:contact.zorginspectie@vlaanderen.be)

[www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be)

## INSPECTIEVERSLAG: GROEP VAN ASSISTENTIEWONINGEN


### INRICHTENDE MACHT

Naam	HAPPY old PEOPLE
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	BV
Ondernemingsnummer	0883790853
Adres	Baron Ruzettelaan 74, 8310 Brugge

### INSPECTIEPUNT

Naam	Senior Hotel Flandria
Adres	Baron Ruzettelaan 74, 8310 Brugge
Dossiernummer	508.212

### INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	17/04/2023
Verslagnummer	ZI-2023-00399
Inspecteurs	

### INSPECTIEBEZOEK

#### Senior Hotel Flandria

Onaangekondigde inspectie op 13/04/2023 (09:00-12:00)

Gesprekspartner Vanden Cantoore Christoph, directeur

## INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Erkenningsgegevens en situering inspectiebezoek	6
• Gebruikers	7
• Infrastructuur	9
o Beschrijving infrastructuur	9
o Erkenningsvoorwaarden infrastructuur bvr 17/07/1985	9
• Hulp en dienstverlening	10
• Facturatie	12

# 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](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Meer informatie is te vinden op onze website: [www.zorginspectie.be](http://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](mailto: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;
- 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](http://www.zorg-en-gezondheid.be/ouderenzorg)
- thuiszorg: [www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg](http://www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg)

### **Gebruikte afkortingen**

AP	aandachtspunt
AW	assistentiewoning
BE	bijkomende erkenning
CVH	centrum voor herstelverblijf
CVK	centrum voor kortverblijf
CDV	centrum voor dagverzorging
CDO	centrum voor dagopvang
CRA	coördinerend en raadgevend arts
DG	dienst gezinszorgdienst
GAW	groep van assistentiewoningen
HVP	hoofdverpleegkundige(n)
IB	inbreuk
LDC	lokaal dienstencentrum
NAH	niet aangeboren hersenletsels
NB	niet beoordeeld
NTB	niet te beoordelen
NVT	niet van toepassing
SAW	sociale assistentiewoningen
SFG	serviceflatgebouw
SMK	sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
VP	verpleegkundige(n)
VTE	voltijds equivalent
WA	woonassistent
WCD	woningcomplex met dienstverlening
WZD	woonzorgdecreet
ZK	zorgkundige(n)

## ERKENNINGSGEGEVENS EN SITUERING INSPECTIEBEZOEK

### SITUERING INSPECTIEBEZOEK

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van

- eerder vastgestelde inbreuken; tijdens dit inspectiebezoek wordt de remediëring van deze inbreuk(en) nagegaan, alsook worden de huidige bewoners- en personeelsbezetting in kaart gebracht en wordt nagegaan of de continuïteit van de hulp- en dienstverlening wordt gegarandeerd.
- de opvolging van een concrete beschermende maatregel

Bij een onaangekondigd inspectiebezoek op 25/11/2022 n.a.v een klacht bij de Woonzorglijn werden zes beschermende maatregelen opgelegd voor de duur van zeven dagen door Zorginspectie. Deze beschermende maatregelen werden op 05/12/2022 door Zorg en Gezondheid gewijzigd en met onmiddellijke ingang werden volgende beschermende maatregelen opgelegd:

- 1) voor alle in de GAW aanwezige bewoners moet een arts (bij voorkeur de behandelende arts) inschatten of zij in de huidige situatie de juiste/voldoende zorg krijgen en of zij voldoende zelfredzaam zijn om zelfstandig in de voorziening te blijven.
- 2) alle bewoners waarvoor de zelfredzaamheid als onvoldoende wordt ingeschat en waarbij zorghandelingen worden toegepast waarvoor een permanent toezicht noodzakelijk is, worden overgeplaatst naar een meer passende zorgvoorziening binnen de drie maanden, met uitzondering van de bewoners met een palliatief statuut.
- 3) gedurende minstens drie maanden moet de nachtpermanentie gegarandeerd worden en moet er steeds een verpleegkundige onmiddellijk oproepbaar zijn.
- 4) alle bewoners moeten op elk moment een noodoproep kunnen plaatsen
- 5) alle potentieel gevaarlijke producten (onderhouds- en verzorgingsproducten, medicatie, ...) moeten buiten het bereik van dementerende bewoners bewaard worden.
- 6) de ramen van wooneenheden van dementerende bewoners moeten beveiligd zijn en afgesloten worden als er geen toezicht is.
- 7) bij afwezigheid van een onthaal moet het toezicht op alle in- en uitgangen van de voorziening gewaarborgd worden.

Op 06/02/2023 ging daarop een eerste opvolgingsinspectie door. De huidige inspectie betreft een tweede opvolgingsinspectie na het opleggen van de beschermende maatregelen.

### ERKENNINGSGEGEVENS

De voorziening is erkend voor 108 assistentiewoningen.

## GEBRUIKERS

- Vaststellingen op basis van:
  - toelichting directeur
  - rondgang
  - overzicht evaluatiegesprekken van bewoners met hogere zorgnoden en/of MMSE -18 (15 bewoners, MDO of ander overleg)
  - overzicht bewoners met MMSE -18
  - overzicht bewoners met fixatiemaatregelen

## AANTAL GEBRUIKERS

Aantal bewoonde assistentiewoningen	99
Aantal gebruikers	100

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

## PROFIEL GEBRUIKERS

	Ja	Nee	NB
De zelfredzaamheid van de gebruikers wordt opgevolgd.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De directeur lichtte bij het vorig inspectiebezoek op 06/02/2023 reeds toe dat men het opnamebeleid aan het wijzigen is naar lichtere zorgprofielen. Bij een vraag tot opname gaat de directeur en/of hoofdverpleegkundige nu zelf ter plekke bij de kandidaat - bewoner om een inschatting naar zorgzwaarte te kunnen maken. De criteria die daarvoor worden gehanteerd zijn deze die ook werden opgemaakt i.f.v MDO - overleg, zoals opgenomen in vorig inspectieverslag van 06/02/2023. Bij twijfel weigert men opname, wat al één keer is gebeurd. Deze bijsturing van het opnamebeleid kadert in een ruimere heroriëntatiebeweging die ook wordt doorgetrokken naar GAW Berkenhof, waar de directeur van Senior Hotel Flandria nu ook de directeursfunctie heeft opgenomen.

Als antwoord op maatregel 1 bezorgde de voorziening attesten van huisartsen met hun verklaring dat de zelfredzaamheid van hun patiënt voldoende is om verder in de GAW te verblijven. Bij de vorige inspectie van 06/02/2023 konden 88 dergelijke attesten worden voorgelegd. Bij de huidige inspectie werd dit aangevuld met vijf bijkomende attesten, met een totaal van 93 attesten op 100 bewoners. De nog ontbrekende attesten verklaart de directeur doordat die huisartsen deze patiënten nog niet hebben bezocht in de voorbije periode en niet bereid zijn om langs te komen, louter voor het ondertekenen van dergelijk attest.

Om te voldoen aan beschermende maatregel 2 heeft de voorziening nagegaan voor welke bewoners een multidisciplinair overleg (MDO) nodig is. Dit was reeds het geval bij de vorige inspectie van 06/02/2023, toen waren er reeds voor acht bewoners MDO - gesprekken doorgegaan. Dit werd verdergezet, met een totaal van [REDACTED] bewoners waarvoor een MDO of andere vorm van evaluatie aangewezen bleek (de bewoners met palliatief statuut buiten beschouwing gelaten). Hiervan werd een overzichtslijst bezorgd. [REDACTED]

[REDACTED]. Voor alle andere bewoners van de overzichtslijst is er overleg doorgegaan tussen directie, thuisverplegingsdienst, familie, bewoner en huisarts (indien die laatste wenst aan te sluiten).

De MDO - verslagen werden voorgelegd. Voor [REDACTED] bewoners werd ingeschat dat de bewoner kan blijven, al dan niet mits ondersteuning van een mantelzorger ([REDACTED]). Voor sommige van die bewoners werd er preventief toch al aangemeld bij WZC. Daarnaast zijn er ook nog enkele andere bewoners

waarbij de inschatting werd gemaakt dat een doorverwijzing naar een WZC nu reeds aangewezen is. In het totaal gaat het om [redacted] bewoners die werden aangemeld voor een WZC, ofwel preventief, ofwel voor opname zo snel mogelijk ([redacted]). De aanmeldingsfiches van deze bewoners werden eveneens voorgelegd.

Op de overzichtslijst van bewoners met fixatiemaatregelen, die ook reeds werd bezorgd aan Zorg en Gezondheid, stonden [redacted] bewoners vermeld, [redacted] hier buiten beschouwing gelaten.

Er verblijven dus nog enkele bewoners met een hogere zorgzwaarte. Deze staan aangemeld om met prioriteit over te gaan naar een WZC.

De bestaande inbreuk blijft aldus behouden: De voorziening voldoet niet aan BVR 28/06/2019, bijlage 10, art. 1,1 °: niet alle bewoners voldoen aan de definitie voor verblijf in een assistentiewoning "een individueel aangepaste woning of wooneenheid waarin de bewoner zelfstandig verblijft en beroep kan doen op zorg."

Sinds de vorige inspectie van 06/02/2023 bezorgde de voorziening aan Zorg en Gezondheid een geactualiseerde lijst van bewoners met een MMSE <18/30. [redacted]. Van deze lijst bezocht inspectie 10 bewoners, naast 2 bezoeken aan bewoners buiten deze lijst.

De 10 bewoners werden bezocht om na te gaan of werd voldaan aan beschermende maatregelen 4, 5 en 6 (respectievelijk noodoproep binnen bereik, gevaarlijke producten, ramen afsluitbaar). Over maatregel 4 meer onder het luik hulp - en dienstverlening.

Wat beschermende maatregel 5 betreft, werd bij één bewoner [redacted] aangetroffen op de wastafel, binnen het bereik van de bewoner. Bij een andere bewoner, [redacted], werd [redacted] aangetroffen. [redacted].

In de bezochte kamers waren de ramen beveiligd zodat ze slechts beperkt open kunnen. Er was ook telkens drinken binnen het bereik van de bewoner.

Eén inbreuk m.b.t de veiligheid blijft behouden. De groep van assistentiewoningen voldoet niet aan BVR 28/06/2019, bijlage 10, art. 7: de beheersinstantie neemt de nodige maatregelen om de veiligheid van de bewoner te waarborgen (gevaarlijke producten binnen het bereik van de bewoner).

Het aantal AW dat wordt bewoond door gebruikers jonger dan 65 jaar bedraagt maximum 25% van het totaal aantal erkende AW.



#### **Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen inbreuken vastgesteld.



# INFRASTRUCTUUR

## BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

### Regelgeving van toepassing

Op de infrastructuur is volgende regelgeving van toepassing: BVR 17/07/1985

## ERKENNINGSVOORWAARDEN INFRASTRUCTUUR BVR 17/07/1985

- Vaststellingen op basis van:
  - o rondgang
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van het aandachtspunt dat werd vastgesteld tijdens voorgaand inspectiebezoek, werd nagegaan. De spiegel in het rolstoeltoegankelijk toilet hing bij het vorige inspectiebezoek te laag. De spiegel werd nu op een aangepaste hoogte gehangen voor rolstoelgebruikers. Het aandachtspunt werd geremedieerd.

## HULP EN DIENSTVERLENING

### NOODOPROEPSYSTEEM EN CRISISZORG

- Vaststellingen op basis van:
  - rondgang
  - bevraging bewoners
  - overzicht wachttijden beloproepen
  - toelichting directeur
- Tijdens de rondgang bij de bewoners met een MMSE <18/30 werd vastgesteld dat alle bewoners beschikten over een mobiel oproepsysteem. Bij de vorige inspectie van 06/02/2023 werd nog één (niet valide) bewoner aangetroffen die niet in het bereik was van een beloproep. Deze inbreuk werd aldus geremedieerd.

Echter stelden de inspecteurs tijdens de rondgang vast dat bij een andere bewoner een beloproep lang op zich liet wachten (33'). De bewoner in kwestie riep om hulp (maar had nog niet zelf op de mobiele oproepknop rond de pols gedrukt), waarop de inspecteurs de assistentiewoning betraden [REDACTED]

[REDACTED] vroeg inspectie aan de bewoner om op de knop te duwen om hulp te vragen.

Ook andere bewoners meldden aan inspectie dat het soms lang wachten is op hulp na het plaatsen van een oproep.

De directie licht toe dat de interne norm tussen de 10 en 15 minuten bedraagt, afhankelijk van het tijdstip van de dag. De wachttijden van de beloproepen werden er op nagekeken tussen 01 en 13 april. Er werden 938 beloproepen geplaatst met een gemiddelde wachttijd van 18 minuten.

Tijdens het paasweekend (zaterdag 9/04, zondag 10/04, maandag 11/04) was de gemiddelde wachttijd 16 minuten, aldus de directie. Hierbij zijn ook enkele uitschieters (de langste wachttijd was 1h54 min vs. de kortste van 18 sec.). De directeur maakt hierbij de kanttekening dat het om de 13de oproep op die dag ging van éénzelfde bewoner. Samen met de verpleegkundige van dienst tijdens dit weekend heeft de directeur de beloproepen geanalyseerd. Het gaat volgens hun analyse om 14 effectieve noodoproepen op 232 oproepen. De bewoners gebruiken de noodoproep dus ook voor standaard vragen tot assistentie (zoals het raam openen, helpen de pyjama aandoen, enz.). De meerderheid van de oproepen (55%) zou vanuit een vijftal assistentiewoningen komen.

De informatie m.b.t de wachttijden tijdens het paasweekend werd door de directeur in een word - document nabezorgd omdat het systeem tijdens de inspectie was vastgelopen. Het is ook niet technisch mogelijk (daarvoor deed de directeur navraag) om bestanden noch printscreens uit het registratiesysteem door te mailen.

De interne afspraak is dat de oproepen van patiënten van de verschillende externe thuisverplegingsdiensten (Schillewaert, De Krokus, Armonea@home, een zelfstandige thuisverplegingsdienst) worden behandeld door die thuisverpleegkundigen tijdens de uren van hun aanwezigheid. Buiten deze uren bedient Armonea@home alle oproepen. In het desbetreffend geval waar inspectie bij een bewoner tussenkwam, betrof het een patiënt van een externe thuisverplegingsdienst maar was het uiteindelijk een medewerker van Armonea@home die bij de bewoner kwam kijken.

#### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er is niet altijd een medewerker van de GAW of van een externe partner ter beschikking om onmiddellijk elke noodoproep van een bewoner te beantwoorden (BVR 28/06/2019, bijlage 10, art. 26 en 34).

## FACULTATIEVE DIENSTVERLENING

- Vaststellingen op basis van:
  - registraties Allsoft - systeem
  - lijst bewoners met fixatiemaatregel
  - uurrooster Armonea@home - medewerkers april
  - actuele lijst van verpleegkundige oproepbare permanentie
- In het remediëeringsplan meldt men dat wondzorg enkel uitgevoerd wordt door thuisverpleegkundigen, die daarvoor registreren in het Allsoft - systeem. Voor een bewoner met wondzorg werd dit voor enkele momenten nagekeken en kon inspectie vaststellen dat deze zorg werd uitgevoerd door een verpleegkundige.

De overzichtslijst van bewoners met fixatiemaatregelen werd bezorgd aan Zorg en Gezondheid en besproken tijdens de inspectie. De fixatiemaatregelen werden sinds vorig inspectiebezoek verder afgebouwd. [REDACTED]

Het betreft dus nog één bewoner die fixatiemaatregelen heeft ([REDACTED]), waarbij het mogelijk is dat bij afwezigheid van een verpleegkundige het een zorgkundige is die deze handelingen uitvoert. Gedurende de nacht is er verpleegkundige permanentie voorzien die oproepbaar is indien het een zorgkundige is die nachtdienst doet.

De bestaande inbreuk is nog niet geremedieerd: de groep van assistentiewoningen voldoet niet aan de SMK 5.4: het personeel moet gekwalificeerd zijn voor de taken die ze uitvoeren.

### **Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen inbreuken vastgesteld.

## FACTURATIE

### FACTURATIE BIJ OVERLIJDEN

- Vaststellingen op basis van:
  - toelichting directeur

	Ja	Nee	NB
De termijn waarover de nabestaanden beschikken om de assistentiewoning te ontruimen, bedraagt vijf dagen en wordt enkel in aantoonbaar onderling overleg aangepast.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens de inspectie van 25/11/2022 werd ook de facturatie bekeken. In de opnameovereenkomst staat het correct vermeld dat de termijn van vijf dagen in onderling overleg kan verlengd worden. In de praktijk was dit onderling overleg echter niet aantoonbaar. De directeur licht toe dat de afspraken daaromtrent enkel mondeling worden gemaakt. Dit is op heden nog steeds het geval. <u>Dit tekort werd nog niet geremedieerd.</u>			
Als binnen deze termijn de assistentiewoning opnieuw bewoond wordt, wordt de dagprijs alleen aangerekend tot de dag die voorafgaat aan die nieuwe bewoning.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

#### **Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen inbreuken vastgesteld.