

Vlaamse woonzorgcentra: een stand van zaken na 3 jaar inspectiewerk.

Erkennings- en opvolgingsinspecties 2009-2011

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
1.1	Regelgeving	6
1.2	De rol van Zorginspectie	7
1.3	De rol van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.....	8
1.4	De inspectieronde 2009-2011	9
1.5	De inspectiemethodiek.....	10
1.6	De opmaak van het beleidsrapport	11
1.7	Enkele cijfergegevens	14
2	Profiel en aantal bewoners	16
2.1	Inleiding	16
2.2	Globale vaststellingen	16
2.3	Detailanalyse.....	18
2.4	Totaal aantal bewoners en hun zorgprofiel.....	18
2.4.1	Totaal aantal bewoners.....	19
2.4.2	Bewoners in een ROB-statuut	19
2.4.3	Bewoners in een RVT-statuut	20
2.4.4	Totaal aantal bewoners volgens zorgprofiel	21
2.5	Registratie van 'andere gegevens'.....	22
2.6	Profielen en schaalgrootte, erkenningsvorm en beheersvorm	22
2.7	Conclusies en aanbevelingen	24
2.7.1	Conclusies.....	24
2.7.2	Aanbevelingen	25
3	Infrastructuur.....	26
3.1	Inleiding	26
3.2	Globale vaststellingen	28
3.3	Detailanalyse.....	32
3.4	Informatieve gegevens.....	33
3.5	Conclusies en aanbevelingen	36
3.5.1	Conclusies.....	36
3.5.2	Aanbevelingen	37
4	Logistiek	38
4.1	Inleiding	38
4.2	Globale vaststellingen	38
4.3	Detailanalyse.....	40
4.4	Conclusies en aanbevelingen	42
4.4.1	Conclusies.....	42
4.4.2	Aanbevelingen	42
5	Voeding	43
5.1	Inleiding	43
5.2	Globale vaststellingen	44
5.3	Detailanalyse.....	46
5.4	Conclusies en aanbevelingen	47
5.4.1	Conclusies.....	47
5.4.2	Aanbevelingen	47
6	Personeelsformatie.....	48

6.1	Inleiding	48
6.2	Globale vaststellingen	49
6.3	Detailanalyse.....	51
6.4	Bijkomende analyse verpleegkundig en verzorgend personeel	52
6.5	Conclusies en aanbevelingen	58
6.5.1	Conclusies.....	58
6.5.2	Aanbevelingen	59
7	Zorgverlening: zorgpraktijk en zorgdossiers.....	60
7.1	Inleiding	60
7.2	Globale vaststellingen	61
7.2.1	Erkenningsnormen	61
7.2.2	Kwaliteitshandboek	64
7.2.3	Minimale kwaliteitseisen.....	64
7.3	Detailanalyse.....	66
7.4	Conclusies en aanbevelingen	69
7.4.1	Conclusies.....	69
7.4.2	Aanbevelingen	69
8	Continuïteit van de zorgverlening	71
8.1	Inleiding	71
8.2	Globale vaststellingen	72
8.3	Detailanalyse.....	73
8.4	Conclusies en aanbevelingen	74
8.4.1	Conclusies.....	74
8.4.2	Aanbevelingen	74
9	Preventiebeleid.....	75
9.1	Inleiding	75
9.2	Globale vaststellingen	76
9.3	Detailanalyse.....	78
9.4	Conclusies en aanbevelingen	79
9.4.1	Conclusies.....	79
9.4.2	Aanbevelingen	79
10	Opname- en ontslagbeleid	80
10.1	Inleiding	80
10.2	Globale vaststellingen	80
10.3	Detailanalyse.....	82
10.4	Conclusies en aanbevelingen	83
10.4.1	Conclusies.....	83
10.4.2	Aanbevelingen	83
11	Opnamedossiers	84
11.1	Inleiding	84
11.2	Globale vaststellingen	84
11.3	Detailanalyse.....	85
11.4	Conclusies en aanbevelingen	86
11.4.1	Conclusies.....	86
11.4.2	Aanbevelingen	86
12	Informatieverstrekking	87
12.1	Inleiding	87

12.2	Globale vaststellingen	88
12.3	Detailanalyse.....	90
12.4	Conclusies en aanbevelingen	91
12.4.1	Conclusies.....	91
12.4.2	Aanbevelingen	91
13	Doorverwijzing	92
13.1	Inleiding	92
13.2	Globale vaststellingen	92
13.3	Detailanalyse.....	94
13.4	Conclusies en aanbevelingen	96
13.4.1	Conclusies.....	96
13.4.2	Aanbevelingen	96
14	Inspraak	97
14.1	Inleiding	97
14.2	Globale vaststellingen	98
14.3	Detailanalyse.....	100
14.4	Conclusies en aanbevelingen	102
14.4.1	Conclusies.....	102
14.4.2	Aanbevelingen	102
15	Klachtenbehandeling en klachtenanalyse.....	103
15.1	Inleiding	103
15.2	Klachtenbehandeling.....	103
15.2.1	Globale vaststellingen	103
15.2.2	Detailanalyse.....	107
15.2.3	Conclusies en aanbevelingen	109
15.3	Klachtenanalyse.....	109
15.3.1	Globale vaststellingen	109
15.3.2	Detailanalyse.....	111
15.3.3	Conclusies en aanbevelingen	112
16	Facturatie en geldbeheer.....	113
16.1	Inleiding	113
16.2	Globale vaststellingen	114
16.3	Detailanalyse.....	116
16.4	Conclusies en aanbevelingen	117
16.4.1	Conclusies.....	117
16.4.2	Aanbevelingen	117
17	Evaluatie van de dienstverlening	119
17.1	Inleiding	119
17.2	Globale vaststellingen	119
17.3	Detailanalyse.....	121
17.4	Conclusies en aanbevelingen	122
17.4.1	Conclusies.....	122
17.4.2	Aanbevelingen	123
18	Kwaliteitsplanning	124
18.1	Inleiding	124
18.2	Globale vaststellingen	124
18.3	Detailanalyse.....	125

18.4	Conclusies en aanbevelingen	126
18.4.1	Conclusies	126
18.4.2	Aanbevelingen	126
19	Centra voor niet-aangeboren hersenletsel.....	128
19.1	Inleiding	128
19.2	Globale vaststellingen	129
19.2.1	Profiel van de bewoners.....	129
19.2.2	Infrastructuur	129
19.2.3	Personeel	129
19.2.4	Bijscholing	130
19.2.5	Intern overleg	130
19.2.6	Extern overleg en documentenfiche	130
19.3	Conclusies en aanbevelingen	130
19.3.1	Conclusies.....	130
19.3.2	Aanbevelingen	130
20	Algemene conclusie	131
20.1	Populatie	131
20.2	Zorgverlening	132
20.3	Personeelsomkadering	133
20.4	Infrastructuur	134
20.5	Kwaliteitsbeleid	135
20.6	Andere opvallende vaststellingen	135

1 Inleiding

Dit rapport werd opgesteld op basis van de inspecties in rusthuizen en woonzorgcentra¹ uitgevoerd in de periode 2009-2011.

In deze inleiding volgt een toelichting m.b.t. de toegepaste regelgeving, de rol van Zorginspectie, de inspectieronde 2009-2011, de inspectiemethodiek en de opmaak van het beleidsrapport. Als bijlage zijn cijfergegevens opgenomen m.b.t. in dit rapport opgenomen voorzieningen.

1.1 Regelgeving

De basis voor deze inspecties bestond uit verschillende regelgevingen:

- De decreten inzake voorzieningen voor bejaarden gecoördineerd op 18 december 1991² en het Besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 1985 tot vaststelling van de normen waaraan een woonzorgcentrum moet voldoen³.

Het ouderendecreet en het uitvoeringsbesluit werden in de loop der jaren een aantal keren aangepast. De recentste wijzigingen gebeurden in 2007 met de toevoeging van regelgeving inzake de samenstelling van dagprijzen en in 2009 met de wijziging van de infrastructuurnormen.

Het ouderendecreet bepaalt dat er erkenningsplicht is voor de woonzorgcentra en dat de erkenningen telkens voor bepaalde duur worden verleend.

- Het woonzorgdecreet van 13 maart 2009, en het daaraan gekoppeld uitvoeringsbesluit⁴ van 24 juli 2009 betreffende de programmatie en erkenningsvoorwaarden⁵ en subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en mantelzorgers. Dit decreet vervangt geleidelijk het ouderendecreet.

Ook in het woonzorgdecreet is er erkenningsplicht voorzien voor de woonzorgcentra, maar het woonzorgdecreet voert het principe van erkenningen voor onbepaalde duur in. Daarnaast werd in het stambesluit en in de bijlage met erkenningsvoorwaarden een aantal wijzigingen in vergelijking met de regelgeving van het ouderendecreet doorgevoerd.

De vervanging van het ouderendecreet door het woonzorgdecreet wordt geregeld in de overgangsbepalingen van het woonzorgdecreet. Concreet betekent dit dat vanaf 1 januari 2010 nieuwe woonzorgcentra aan de bepalingen van het woonzorgdecreet en het stambesluit dienden te voldoen. De op 1 januari 2010 bestaande woonzorgcentra moeten aan die bepalingen voldoen op het ogenblik dat hun erkenning voor bepaalde duur, op basis van het ouderendecreet, afloopt. De overgangsperiode wordt beperkt tot 31 december 2014.

De overgangsregeling van ouderendecreet naar woonzorgdecreet had voor de inspecties in de periode 2009-2011 tot gevolg dat er, afhankelijk van de situatie van de voorziening, twee verschillende regelgevingen moesten worden gehanteerd.

- Het decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen en uitvoeringsbesluiten en daaraan gekoppeld het Ministerieel Besluit van 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg in de rusthuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf, serviceflats en woningcomplexen met dienstverlening.
Dit decreet en besluiten legden bijkomende verplichtingen inzake kwaliteitszorg op aan de voorzieningen. Voorzieningen werden verplicht een kwaliteitshandboek (KHB)⁶ met een aantal

¹ Met het woonzorgdecreet van 13 maart 2009 werd de term rusthuis vervangen door de term woonzorgcentrum. In het rapport wordt verder de term woonzorgcentrum gehanteerd, ongeacht het feit of de voorziening onder de regelgeving van het ouderendecreet of het woonzorgdecreet valt

² In het rapport wordt dit decreet verder als ouderendecreet benoemd

³ De normen zijn opgenomen in bijlage B van dit Besluit

⁴ Dit besluit wordt verder in het rapport aangeduid als het Stambesluit

⁵ De erkenningsvoorwaarden voor de woonzorgcentra zijn opgenomen in bijlage XII bij dit Besluit.

⁶ In de tabellen en grafieken wordt het kwaliteitshandboek verder met de afkorting KHB aangeduid.

elementen en procedures bij te houden, werden jaarlijks verplicht een kwaliteitsplanning te maken en moesten een aantal sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen (SMK)⁷ naleven.

- Het K.B. van 21 december 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van rust- en verzorgingstehuis (RVT)⁸, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels (gewijzigd bij K.B. van 4 juni 2008). Dit federaal K.B. regelt de bijzondere erkenning die aan bepaalde woonzorgcentra wordt verleend, gebaseerd op een verhoogd zorgprofiel binnen de voorziening. Deze erkenning wordt toegekend voor een gedeelte van de woongelegenheden, waarvoor een verhoogde tegemoetkoming vanuit het RIZIV wordt verleend. Ook dit besluit werd regelmatig aangepast, rekening houdend met evoluties inzake zorg. De laatste aanpassing dateert van 2008. Dit K.B. regelt ook de erkenning van centra voor niet aangeboren hersenletsels (CNAH)⁹. Dit is een bijkomende erkenning voor woonzorgcentra met een RVT-erkenning, die op basis hiervan personen met niet aangeboren hersenletsels (NAH)¹⁰ mogen opvangen en moeten voldoen aan enkele bijkomende erkenningsnormen. Ook al is de regelgeving m.b.t. de RVT- en CNAH-erkenning federale materie, het verlenen van de erkenning en het toezicht op de naleving van de normen behoren tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

1.2 De rol van Zorginspectie

De woonzorgcentra vallen binnen de Vlaamse overheid onder de bevoegdheid van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Er zijn binnen dit beleidsdomein twee agentschappen die de erkenning en erkenningsvoorwaarden van de woonzorgcentra opvolgen: Zorginspectie en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Zorginspectie werd opgericht in 2006 naar aanleiding van de bestuurlijke reorganisatie van de Vlaamse overheid. Het agentschap was een samensmelting van vier afzonderlijke inspectiediensten. Zorginspectie ziet er op toe dat diverse sectorale regelgevingen voor het beleidsdomein WVG worden nageleefd (cf. oprichtingsbesluit van 26 maart 2004).

Bij de reorganisatie in 2006 werd bewust gekozen om de inspectiefunctie strikt te scheiden van de erkennings- en subsidiëeringsfunctie. Zorginspectie voert inspecties uit en rapporteert over deze inspecties aan de functioneel bevoegde entiteit. Voor de woonzorgcentra is dit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid beslist autonoom over erkenning, vergunning, en subsidiëring. Ook de beslissing om aan een voorziening een afwijking te verlenen m.b.t. een erkenningsvoorwaarde behoort tot de bevoegdheid van dit agentschap.

De reorganisatie van 2006 had ook tot gevolg dat de basisregelgeving¹¹ en de regelgeving m.b.t. de RVT-erkenning voortaan door één agentschap, met name Zorginspectie, werden geïnspecteerd.

Naast de rapportering over individuele voorzieningen heeft Zorginspectie ook de taak om een globaal beeld te schetsen van de sectoren op basis van de inspectievaststellingen. Dit rapport over de

⁷ In de tabellen en grafieken worden de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen verder met de afkorting SMK aangeduid.

⁸ In het rapport wordt verder de afkorting RVT gebruikt.

⁹ In het rapport wordt verder de afkorting CNAH gebruikt.

¹⁰ In het rapport wordt verder de afkorting NAH gebruikt.

¹¹ Met de term basisregelgeving wordt verder in dit rapport hetzij het ouderendecreet met uitvoeringsbesluit, hetzij het woonzorgdecreet met uitvoeringsbesluit bedoeld.

woonzorgcentra kadert in deze opdracht. We koppelen hieraan de bedenking tot onze inspecties zich niet zozeer focussen op de normale, goede werking van voorzieningen maar eerder aandacht schenken aan mogelijke knelpunten binnen de werking.

1.3 De rol van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

Het Agentschap Zorg en Gezondheid is bevoegd voor de planning en erkenning van woonzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen, serviceflats (de toekomstige assistentiewoningen), centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra. Het Agentschap Zorg en Gezondheid verleent ook de subsidies voor animatie in de woonzorgcentra, en de Vlaamse werkingssubsidies voor de dagcentra en centra kortverblijf. De Woonzorglijn valt eveneens onder de bevoegdheid van dit agentschap.

Zorginspectie bezorgt de definitieve versie van de inspectieverslagen, na een laatste mogelijkheid voor de voorziening om veranderingen in het verslag te vragen, systematisch aan het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid evalueert vervolgens de erkenningsstatus van de respectieve ouderenvoorzieningen. Bij deze evaluatie kan ook rekening gehouden worden met de informatie die is binnengekomen via klachten bij de Woonzorglijn.

Afhankelijk van de aard en de ernst van de vastgestelde non-conformiteiten, onderneemt het Agentschap Zorg en Gezondheid bepaalde acties. Deze opvolging kan verschillende vormen aannemen. Vaak wordt aan de voorziening gevraagd om binnen een bepaalde termijn een remediëringsplan te bezorgen waaruit moet blijken op welke manier en binnen welke tijdsspanne de voorziening de vastgestelde tekorten zal oplossen. De engagementen die de voorziening op zich neemt, worden schriftelijk, via overleg of via een onaangekondigde opvolgingsinspectie door Zorginspectie opgevolgd.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid volgt het verbeteringstraject dus van nabij. In sommige dossiers leidt dat tot vrijwillige overname of tot vernieuwing van de uitbating.

Wanneer volhard wordt in ernstige tekortkomingen, kan een negatieve procedure opgestart worden: een schorsing van de (RVT-)erkenning of de intrekking van de erkenning met de sluiting van de voorziening tot gevolg. Dergelijke procedures, die gelukkig slechts sporadisch moeten worden opgestart, verlopen in nauwe samenwerking tussen Zorginspectie en het Agentschap Zorg en Gezondheid. Ook het lokale bestuur wordt tijdig van de nakende sluiting op de hoogte gesteld zodat maatregelen met het oog op de continuïteit van zorg kunnen genomen worden.

Als uit een inspectieverslag blijkt dat er een tekort op de voorwaarde voor animatie en activatie is, vraagt het Agentschap Zorg en Gezondheid het volledige dossier op voor het werkingsjaar waarop het verslag betrekking heeft. Een negatieve analyse van het dossier kan leiden tot een volledige terugvordering van de al uitbetaalde voorschotten.

1.4 De inspectieronde 2009-2011

Vóór 2009 werden de woonzorgcentra meestal geïnspecteerd met de focus vanuit één van de regelgevingen: hetzij de normering van het ouderendecreet, hetzij het kwaliteitsdecreet, hetzij de RVT-regelgeving. Dit had ook tot gevolg dat afzonderlijke verslagen werden gemaakt, afhankelijk van de toegepaste regelgeving.

Vanaf 2009 werd gestart met een geïntegreerd inspectiemodel, waarbij het inspectie-instrument werd opgedeeld in thematische modules, waar telkens de normen en vereisten uit de verschillende regelgevingen aan gekoppeld werden.

Door de hoeveelheid van regelgeving werd een keuze gemaakt om niet bij elke inspectie alle modules te bevragen. Sommige modules worden als basismodule beschouwd, met de bedoeling om die bij elke erkennings- of algemene opvolgingsinspectie te bevragen, de andere modules worden eventueel als jaarlijkse focus opgenomen. De te bevragen modules worden ook aangepast naargelang de aard van de opdracht en naargelang de individuele voorziening. De inspecteur kan afwijken van de vooropgestelde modules en kan bijkomende items bevragen op basis van de vaststellingen tijdens het inspectiebezoek zelf, op basis van vaststellingen bij vorige bezoeken of omwille van de aard van de inspectie.

Het overzicht van de vooropgestelde basismodules en focussen voor de periode 2009-2011:

Jaar	focus	basismodules
2009	Inspraak Klachtenbehandeling Klachtenanalyse Evaluatie dienstverlening Kwaliteitsplanning	Profiel en aantal bewoners Infrastructuur Logistiek Personeelsformatie
2010	Voeding Preventiebeleid Opname- en ontslagbeleid Facturatie - geldbeheer	Zorgpraktijk en Zorgdossiers Zorgcontinuïteit Bejegening (tijdens rondgang)
2011	Kwaliteitsplanning Zorgpraktijk en zorgdossier: extra aandacht voor fixatie en medicatiebeheer	

Bij de verslaggeving van deze inspecties wordt gebruik gemaakt van een ICT-toepassing. De data en cijfers opgenomen in dit rapport zijn gegenereerd via deze ICT-toepassing.

Niet alle in de periode 2009-2011 uitgevoerde inspecties in de woonzorgcentra werden in dit rapport verwerkt:

- bij een aantal inspecties zoals klachten, bouwdoossiers of andere specifieke opdrachten wordt de verslaggeving niet via de ICT-toepassing gemaakt en zijn er geen systematisch te verwerken gegevens m.b.t. de naleving van regelgeving beschikbaar;
- een aantal voorzieningen kreeg tijdens deze periode meer dan één inspectie. In die gevallen werden enkel de gegevens van het meest recente of het meest volledige verslag in het rapport opgenomen.

De in dit rapport opgenomen inspectiegegevens zijn gebaseerd op verschillende soorten inspecties:

- periodieke opvolgingsinspecties en inspecties verlenging van erkenning.

In principe wordt in elke voorziening om de drie jaar een periodieke opvolgingsinspectie uitgevoerd.

Indien in een voorziening een inspectie verlenging van erkenning moet uitgevoerd worden, wordt deze inspectie als periodieke opvolging beschouwd. Bij deze inspecties worden in principe alle basismodules en de afgesproken focus voor dat kalenderjaar bekeken.

- erkenning nieuwe voorziening, vervangingsnieuwbouw, en capaciteitsuitbreiding.

Vermits het over ingebruikname van nieuwe gebouwen of gedeelten van gebouwen gaat wordt meestal een beperkter aantal modules geïnspecteerd.

- eerste erkenning RVT.

Bij deze inspecties worden in eerste instantie de modules bekeken waar de RVT-regelgeving aan bod komt.

- opvolgingsinspecties op vraag van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Bij deze inspecties worden de te inspecteren modules meestal aangepast aan de individuele situatie van de voorziening.

Zoals hiervoor reeds opgemerkt was de wettelijke basis voor beoordeling verschillend. Een gedeelte van de in het rapport opgenomen voorzieningen werden geïnspecteerd op basis van het ouderendecreet, een gedeelte op basis van het woonzorgdecreet.

Een bijkomend onderscheid tussen de voorzieningen wordt bepaald door de RVT-erkenning. Bij voorzieningen met een RVT-erkenning is er bijkomende regelgeving van toepassing op basis van het K.B. van 21 december 2004.

Tenslotte zijn er nog RVT-voorzieningen met een CNAH-erkenning. Bij deze voorzieningen zijn nog enkele bijkomende erkenningsnormen van toepassing op basis van het K.B. van 21 december 2004.

1.5 De inspectiemethodiek

De gehanteerde inspectiemethodiek bestaat in eerste instantie uit toezicht op de naleving van de regelgeving. Door de gehanteerde werkwijze komen niet alle elementen uit de regelgeving in alle inspecties aan bod.

Elke module of deelmodule in het inspectieverslag bevat volgende elementen:

- Een toelichting: deze rubriek wordt facultatief door de inspecteur ingevuld en kan bijkomende informatie bevatten m.b.t. de werking van de voorziening of m.b.t. de bewijsvoering. Bij sommige modules wordt standaard een aantal vaste gegevens ingevuld bij de toelichting.
- De beoordeling van de naleving van de regelgeving. Inspectieverslagen focussen zich niet zozeer op de normale, goede werking maar op eventuele knelpunten of risico's. Wat goed is of voldoet aan de regelgeving is niet of slechts beperkt terug te vinden in de verslaggeving.
- Eventuele aandachtspunten: dit zijn punten die op basis van de regelgeving niet kunnen afgedwongen worden maar waarvoor de inspectie aandacht vraagt in functie van de gebruiker en de optimale werking van de voorziening.

De opvolgingsinspecties en inspecties verlenging van erkenning worden onaangekondigd uitgevoerd. Het is de bedoeling om op die manier een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de dagelijkse werking van de voorziening. Specifieke opdrachten, zoals inspecties voor erkenning van een vervangingsnieuwbouw, voor een erkenning van een nieuwe voorziening en een erkenning van een capaciteitsuitbreiding kunnen ook aangekondigd uitgevoerd worden. Het grootste deel van de informatie verwerkt in het rapport is gebaseerd op onaangekondigde bezoeken.

Na het inspectiebezoek is er altijd een terugkoppeling naar de voorziening. Het verslag wordt opgestuurd naar de voorziening en de voorziening heeft de mogelijkheid om een reactie in te dienen, om eventuele fouten in het verslag aan te duiden. De inspecteur past eventueel het verslag aan op basis van die reactienota.

1.6 De opmaak van het beleidsrapport

De inspectieverslagen waarvan de resultaten in dit rapport verwerkt zijn, worden gemaakt d.m.v. een informaticatoepassing. Dit maakt een globale dataverwerking mogelijk.

Omdat niet alle modules van het inspectiemodel telkens bevestigd worden, werd voor de opmaak van dit rapport de keuze gemaakt om de gegevens te verwerken van modules die vrij systematisch werden bevestigd en waarvan bijgevolg voldoende data beschikbaar zijn.

In de praktijk betekent dit dat enkel de basismodules en de jaarlijkse focussen, die bij periodieke opvolgingsinspecties en inspecties verlenging van erkenning werden bekeken, opgenomen werden in dit rapport. Indien een module geïnspecteerd werd als jaarlijkse focus wordt dit in de inleiding van het betreffende hoofdstuk vermeld.

Er werd een uitzondering gemaakt voor de module "bejegening". Deze module behoort tot de basismodules maar wordt conform de afspraken in beperkte mate bekeken bij inspecties. De bevestiging is meestal beperkt tot de vaststelling van eventuele tekorten op basis van de rondgang. Een systematische bevestiging van de regelgeving die onder deze module valt is in de periode 2009-2011 niet gebeurd, wat maakt dat er onvoldoende relevante data ter beschikking zijn.

De resultaten per module zijn telkens in een hoofdstuk van het rapport opgenomen. De resultaten m.b.t. de specifieke erkenningsnormen voor voorzieningen met een bijkomende CNAH-erkenning zijn verwerkt in een afzonderlijk hoofdstuk.

Door de verscheidenheid van opdrachten en het onderscheid tussen basismodules en jaarlijks wijzigende focusmodules zijn de beschikbare data per module verschillend. Een aantal modules, zoals profiel en aantal bewoners, personeelsformatie, zorgpraktijk en zorgdossiers werd in een vrij groot aantal voorzieningen geïnspecteerd. Een aantal modules werd gedurende een jaar als focus opgenomen en daardoor is het aantal gegevens in het rapport kleiner.

Per hoofdstuk zijn telkens volgende elementen opgenomen:

- een inleiding met situering en verwijzing naar de regelgeving die van toepassing is voor die module
- de globale vaststellingen over de naleving van de regelgeving
- de detailanalyse met opsplitsing van de resultaten naar schaalgrootte, erkenningsvorm en beheersvorm
- eventueel bijkomende, informatieve data
- conclusies en aanbevelingen.

De regelgeving die van toepassing is wordt telkens in de inleiding per hoofdstuk vermeld, met uitzondering van één minimale kwaliteitseis, omdat die van toepassing is bij alle procedures uit het kwaliteitshandboek. De SMK 4.2 bepaalt dat elke voorziening de kernprocessen inzake hulp- en dienstverlening moet ontwikkelen en op een systematische manier omschrijven.

De resultaten m.b.t. de naleving van de regelgeving worden bij de globale vaststellingen weergegeven voor de totaliteit van de bevestigde voorzieningen. Hierbij wordt, indien van toepassing, onderscheid gemaakt tussen de verschillende aspecten van de regelgeving: de naleving van de normen uit de basisregelgeving (ouderendecreet of woonzorgdecreet) of RVT-regelgeving; de naleving van de voorwaarden inzake het kwaliteitshandboek (KHB) en de naleving van de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen (SMK).

Binnen elke module kan het aantal bevestigde voorzieningen verschillend zijn voor deze drie aspecten omdat bij de inspecties niet altijd alle aspecten van een module werden bevestigd.

In elk hoofdstuk wordt bij de globale vaststellingen ook een beeld gegeven van de belangrijkste redenen waarom voorzieningen bepaalde elementen uit de regelgeving niet naleven (niet conform

scoren t.a.v. de regelgeving)¹². In de verslaggeving worden de redenen ingebracht via keuzelijsten. Voor frequent voorkomende redenen zijn standaard keuzelijsten voorzien. Voor uitzonderlijke redenen kan de inspecteur gebruik maken van een blanco keuzelijst. Bij de lezing van deze cijfers moet altijd rekening gehouden worden met het feit dat in eenzelfde verslag meerdere normen die onder die module vallen als niet conform kunnen gescoord worden en dat ook voor dezelfde norm soms meerdere redenen voor een niet-conforme score kunnen worden opgegeven. Bovendien zijn niet alle redenen “niet conform” in een standaard keuzelijst opgenomen en kunnen inspecteurs gebruik maken van blanco keuzelijsten om de reden van een non-conformiteit aan te duiden.

Indien het totaalpercentage van de redenen “niet conform” hoger ligt dan het totaalpercentage “niet conform” in de globale overzichtstabel¹³, dan ligt dat aan het feit dat er binnen één inspectieverslag meerdere redenen voor de score “niet conform” gebruikt werden. Dit kan zowel veroorzaakt zijn door het feit dat er in dezelfde voorziening meerdere tekorten werden vastgesteld t.a.v. dezelfde norm, als dat er meerdere tekorten in dezelfde voorziening werden vastgesteld t.a.v. verschillende normen die onder deze module vallen.

Indien het totaalpercentage van de redenen “niet conform” lager ligt dan het totaalpercentage in de globale overzichtstabel dan ligt dat aan het gebruik van blanco keuzelijsten. De gegevens van de blanco keuzelijsten zijn niet in dit rapport verwerkt, omdat die enkel uitzonderlijk gebruikt worden en bijgevolg onvoldoende relevante informatie voor dit rapport opleveren. De in de blanco keuzelijst opgenomen reden is uiteraard wel van belang in de communicatie naar de individuele voorziening.

De resultaten worden in de detailanalyse per hoofdstuk opgesplitst volgens schaalgrootte, erkenningsvorm en beheersvorm.

Bij de opsplitsing volgens schaalgrootte worden de voorzieningen opgedeeld in drie categorieën:

- voorzieningen met een erkende capaciteit kleiner of gelijk aan 60 wooneenheden;
- voorzieningen met een erkende capaciteit van 61 tot 120 wooneenheden;
- voorzieningen met een erkende capaciteit groter dan 120 wooneenheden.

Bij de opsplitsing volgens erkeningsvorm wordt een onderscheid gemaakt tussen voorzieningen met een bijzondere RVT-erkenning en voorzieningen met enkel een basiserkenning.

Bij de opsplitsing volgens beheersvorm wordt het onderscheid gemaakt tussen voorzieningen uit de openbare sector, VZW-voorzieningen en voorzieningen uit de privésector. De voorzieningen die onder de openbare sector vallen zijn vooral woonzorgcentra die uitgebaat worden door een OCMW, maar ook andere vormen van uitbatingsvormen volgens publiek recht zijn mogelijk. De VZW-voorzieningen zijn enkel de voorzieningen met specifieke rechtspersoonlijkheid “Vereniging zonder Winstoogmerk”. Onder de privésector horen diverse uitbatingsvormen thuis: BVBA, NV, zelfstandige uitbating, enz... De opsplitsing is gebaseerd op de rechtspersoonlijkheid die de voorziening uitbaat en aan wie de erkenning wordt verleend. In de praktijk is een deel van de VZW-voorzieningen ingebed in een ruimere commerciële context. Dit gegeven wordt niet geregistreerd in de inspectieverslagen en ook binnen het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zijn hierover geen sluitende gegevens ter beschikking. Momenteel zijn er ook geen duidelijke criteria vastgelegd om dit onderscheid te maken. In het rapport komt dit onderscheid bijgevolg ook niet aan bod.

Bij het vergelijken van de cijfergegevens per hoofdstuk wordt aangegeven of er al dan niet verschillen zijn volgens schaalgrootte, erkenningsvorm en beheersvorm.

In sommige hoofdstukken, zoals bij “profiel en aantal bewoners” en bij “infrastructuur” zijn ook de resultaten van informatieve gegevens verwerkt. Dit gebeurt indien die gegevens binnen het inspectie-instrument op een systematische manier worden bevraagd en indien die gegevens relevante informatie opleveren.

¹² In het rapport wordt het niet naleven van regelgeving verder als “niet conform scoren” benoemd.

¹³ De globale overzichtstabel is de eerste tabel per hoofdstuk waarin de globale cijfers m.b.t. de naleving van de verschillende aspecten van de regelgeving worden vermeld.

Per hoofdstuk worden conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

De cijfers en gegevens uit dit rapport mogen echter niet gelezen worden als het resultaat van een wetenschappelijk onderzoek. De resultaten die op basis van de inspectiedata verkregen worden moeten enigszins worden gerelativeerd:

- De beschikbare gegevens werden verkregen over een tijdsspanne van drie jaar. De foto die van (een deel van) de sector genomen wordt, is dus geen momentopname die identiek is voor alle voorzieningen. De voorzieningen en de sector in zijn totaliteit zijn trouwens voortdurend in evolutie wat maakt dat de data en cijfers die in dit rapport verwerkt zijn ook continu kunnen wijzigen en in sommige gevallen misschien al achterhaald zijn.
- Niet alle erkende woonzorgcentra werden in de periode 2009-2011 geïnspecteerd en bij de geïnspecteerde voorzieningen werden niet alle in het rapport besproken modules bevraagd. De steekproef van bevraagde voorzieningen varieert sterk, afhankelijk van de bevraagde module en van het deelaspect van regelgeving binnen een module. De vaststellingen en conclusies die in het rapport opgenomen zijn hebben daarom enkel betrekking op de bevraagde voorzieningen. Deze vaststellingen en conclusies doortrekken naar de volledige sector kan zeker niet bij de hoofdstukken waar de steekproef van bevraagde voorzieningen te beperkt is. Voor de hoofdstukken waar de steekproef van bevraagde voorzieningen vrij groot is, is de kans dat de conclusies ook gelden voor de totale sector uiteraard groter.
- Het feit dat sommige voorzieningen nog onder toepassing van het ouderendecreet en andere onder toepassing van het woonzorgdecreet vallen maakt een eenduidige vergelijking op bepaalde punten niet altijd mogelijk.
- Het inspectie-instrument wordt in eerste instantie gebruikt om de naleving van de erkenningsvoorwaarden in een individuele voorziening op te volgen. Vanuit die context is dit een flexibel instrument, waarbij de bevraging aangepast kan worden aan de voorziening en de opdracht. Concreet betekent dit dat de regelgeving op een bepaald punt in de ene voorziening soms grondiger kan bevraagd worden dan in een andere voorziening.

Dit rapport, op basis van drie jaar inspecties in de woonzorgcentra, geeft een aantal belangrijke tendensen weer. Het geeft zowel een beeld over de naleving van de regelgeving als over bepaalde informatieve elementen m.b.t. profiel van bewoners, infrastructuur, enz. Het rapport geeft op basis hiervan de mogelijkheid om een aantal belangrijke knelpunten aan te duiden.

Dit rapport kan enkel in zijn totaliteit gelezen en geïnterpreteerd worden. Een selectieve weergave van de cijfers of resultaten doet afbreuk aan het globale beeld dat we via dit rapport willen weergeven.

1.7 Enkele cijfergegevens

Inspecties in WZC, uitgevoerd in de periode 2009-2011:

totaal aantal inspecties uitgevoerd in woonzorgcentra	1706
aantal voorzieningen, waarvan inspectiegegevens opgenomen zijn in het beleidsrapport	717

Aantal erkende voorzieningen op 31/12/2011:

	ROB/WZC	RVT	totaal
aantal erkende voorzieningen op 31/12/2011	88	662	750

	Openbaar	Privé	VZW	totaal
aantal erkende voorzieningen op 31/12/2011	225	131	394	750

Aantal voorzieningen, waarvan de inspectiegegevens opgenomen zijn in dit rapport: 717 of 95% van de totale sector

Indeling geïnspecteerde voorzieningen volgens erkenningsvorm		
ROB/WZC	RVT	totaal
124*	593	717

* Het aantal voorzieningen met enkel een ROB/WZC-erkenning is in deze tabel groter dan het aantal ROB/WZC-voorzieningen op 31/12/2011.

De verklaring hiervoor ligt in het feit dat aan een aantal ROB/WZC-voorzieningen sinds het inspectiebezoek een bijkomende RVT-erkenning werd verleend en in het feit dat een aantal nieuwe voorzieningen bij de eerste inspectie nog geen RVT-erkenning hadden.

Indeling geïnspecteerde voorzieningen volgens beheersvorm			
Openbaar	Privé	VZW	totaal
211	135*	371	717

* Het aantal privévoorzieningen is in deze tabel groter dan het aantal erkende privévoorzieningen op 31/12/2011.

De werking van een aantal geïnspecteerde voorzieningen werd vóór 31/12/2011 stopgezet of werd overgedragen naar een andere rechtspersoonlijkheid.

Indeling geïnspecteerde voorzieningen volgens schaalgrootte			
<60	61 tot 120	>120	totaal
226*	335	156	717

* Hiervan zijn er 24 voorzieningen die zich uitsluitend richten op de opvang van valide bewoners.

aantal geïnspecteerde voorzieningen volgens toegepaste regelgeving		
ouderendecreet	woonzorgdecreet	totaal
315	402	717

aantal voorzieningen met bijzondere erkenning CNAH	14
---	----

aantal onaangekondigde inspecties	658
aantal aangekondigde inspecties	59
totaal	717

2 Profiel en aantal bewoners

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we een zicht krijgen op het zorgprofiel en het aantal bewoners in de woonzorgcentra.

Tijdens een inspectie worden verschillende gegevens opgevraagd: de reële bezetting, het aantal tijdelijke afwezigen, het zorgprofiel van de bewoners, hun leeftijd, aantal personen met dementie, aantal personen ten laste van het OCMW en indien van toepassing het aantal gebruikers in kortverblijf en herstelverblijf.

Het zorgprofiel geeft een indicatie over de zorgzwaarte van de bewoners die in de voorziening wonen. Het aantal bewoners vormt het uitgangspunt voor de berekening van de personeelsnorm en geeft een idee over de bezettingsgraad.

In het ouderendecreet worden drie elementen aangegeven:

- de definitie van een rusthuis: “één of meer gebouwen die functioneel een voorziening voor collectief verblijf vormen waar aan ouderen die er op duurzame wijze verblijven, huisvesting wordt gegeven alsmede geheel of gedeeltelijk, de gebruikelijke gezins- en huishoudelijk verzorging”,
- de leeftijdsgrens van 60 jaar voor opname,
- de voorwaarde tot wijzigen van de capaciteit. Hiervoor is een voorafgaande vergunning en erkenning nodig.

Ook in het woonzorgdecreet wordt de definitie van een woonzorgcentrum omschreven: “een woonzorgcentrum is een voorziening die bestaat uit één of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder, die er permanent verblijven, in een thuisvervangend milieu huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden”.

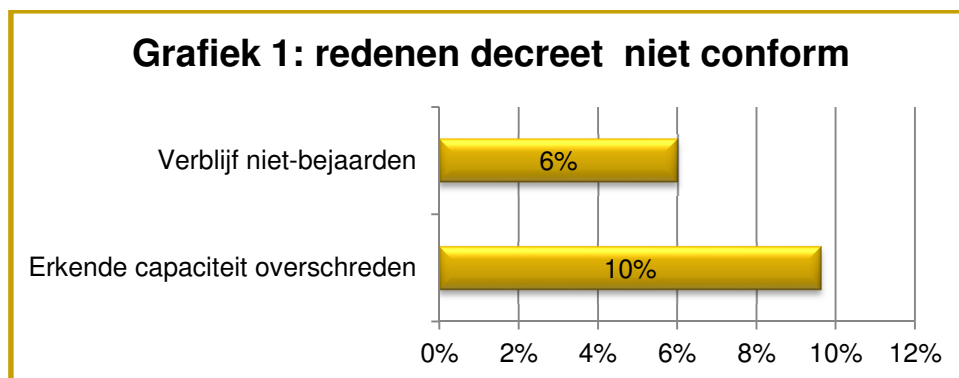
De voorwaarde tot capaciteitswijziging met voorafgaande vergunning blijft van toepassing bij het woonzorgdecreet. De leeftijdsgrens, als voorwaarde tot opname, wordt wel verhoogd van 60 jaar naar 65 jaar. Als overgangsmaatregel worden, bij de overgang van ouderen- naar woonzorgdecreet, de bewoners tussen de 60 en 65 jaar als bejaard beschouwd.

2.2 Globale vaststellingen

Het profiel en aantal bewoners werd in 712 voorzieningen bevraagd (tabel 1). 84% hiervan beantwoordt aan de voorwaarden van de basisregelgeving. De basisregelgeving omvat de bepalingen in het ouderen- én het woonzorgdecreet. Bij 16 % werden tekorten vastgesteld.

Tabel 1: profiel en aantal bewoners		
	totaal	%
naleving basisregelgeving conform geen opmerkingen over de bewoners die in het woonzorgcentrum wonen	600	84%
naleving basisregelgeving niet conform opmerkingen over de bewoners: verblijf niet-bejaarden en erkende capaciteit overschreden	112	16%
naleving basisregelgeving totaal	712	100%

De tekorten t.a.v. de basisregelgeving zijn (grafiek 1): het overschrijden van de capaciteit (10%) en het verblijf van niet-bejaarden in de voorziening (6%). Voor ouderen onder de 60 jaar (ouderendecreet) of 65 jaar (woonzorgdecreet) moet het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid een afwijking toestaan.



Woonzorgcentra voor valide bewoners.

Woonzorgcentra die enkel lichamelijk en/of valide ouderen opnemen hebben een maximum capaciteit van 24 woongelegenheden. In de bijlage bij het uitvoeringsbesluit van de basisregelgeving wordt aangegeven dat de voorziening dit duidelijk moet vermelden in de interne afsprakennota, op elke briefwisseling en op alle officiële documenten. Aan de hoofdingang moet goed zichtbaar worden aangegeven: “woonzorgcentrum voor valide bejaarden”.

Tabel 2 geeft weer dat er 24 voorzieningen voor valide ouderen werden geïnspecteerd. Hiervan scoorden 79% conform en 21% niet conform. De tekorten hebben te maken met het niet duidelijk aangeven dat de voorziening enkel bestemd is voor valide ouderen.

Tabel 2: module profiel en aantal (valide) bewoners		
	totaal	%
naleving norm WZC valide bewoners conform geen opmerkingen over de bestemming van het woonzorgcentrum	19	79%
naleving norm WZC valide bewoners niet conform er wordt niet aangegeven dat het woonzorgcentrum enkel bestemd is voor valide ouderen	5	21%
naleving norm WZC valide bewoners totaal	24	100%

Uit de gegevens van de inspecties blijkt dat er in 29% van de bevroegde voorzieningen (in 7 woonzorgcentra) zorgbehoevende bewoners wonen hoewel deze voorzieningen bedoeld zijn voor valide bewoners.

2.3 Detailanalyse

De opsplitsing van het naleven van de basisregelgeving volgens schaalgrootte van de voorzieningen wordt voorgesteld in tabel 3. We zien dat er weinig verschil is tussen de kleine (15% niet conform), middelgrote (16% niet conform) en grote voorzieningen (17%).

Tabel 3: profiel en aantal bewoners volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving basisregelgeving conform	188	85%	282	84%	130	83%	600	84%
naleving basisregelgeving niet conform	33	15%	53	16%	26	17%	112	16%
naleving basisregelgeving totaal	221	100%	335	100%	156	100%	712	100%

Bij een opsplitsing van de resultaten i.v.m. het naleven van de basisregelgeving volgens erkenningvorm merken we dat er geen duidelijk verschil is tussen voorzieningen met of zonder RVT-erkenning (tabel 4).

Tabel 4: profiel en aantal bewoners volgens erkenningsvorm							
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%	
naleving basisregelgeving conform	103	83,7%	497	84,4%	600	84,3%	
naleving basisregelgeving niet conform	20	16,3%	92	15,6%	112	15,7%	
naleving basisregelgeving totaal	123	100%	589	100%	712	100%	

Bij de opsplitsing van het naleven van de basisregelgeving volgens beheersvorm (tabel 5) zien we een duidelijk verschil: de voorzieningen uit de privésector scoren meer niet conform (22%) dan de voorzieningen van de VZW-sector (18%) en de openbare sector (8%). De VZW-sector scoort ook meer niet conform dan de openbare sector.

Het grootste tekort heeft hier te maken met het overschrijden van de capaciteit.

Tabel 5: profiel en aantal bewoners volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving basisregelgeving conform	193	92%	105	78%	302	82%	600	84%
naleving basisregelgeving niet conform	16	8%	29	22%	67	18%	112	16%
naleving basisregelgeving totaal	209	100%	134	100%	369	100%	712	100%

2.4 Totaal aantal bewoners en hun zorgprofiel.

Naast de beoordeling van de regelgeving worden er nog heel wat andere gegevens geregistreerd:

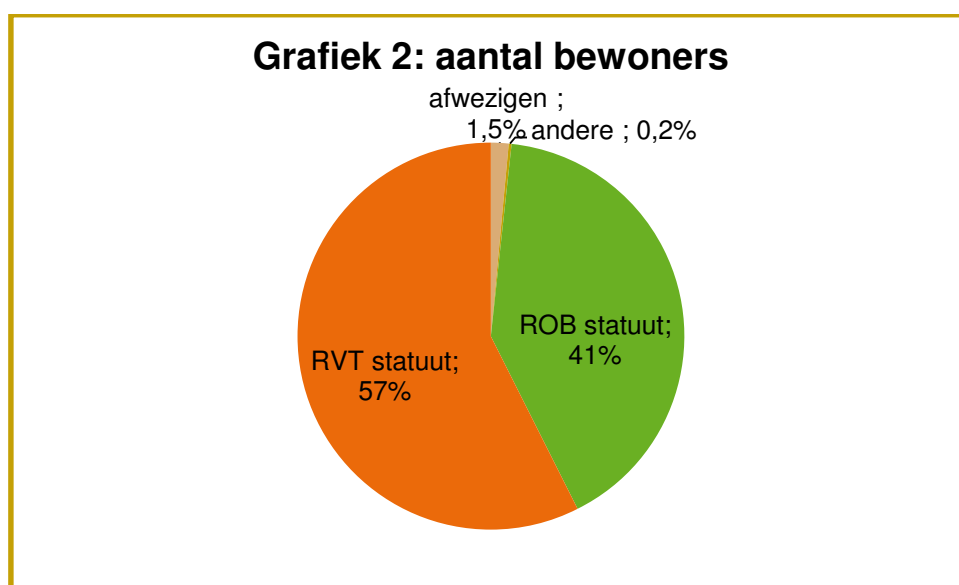
- 'andere' bewoners: deze bewoners wonen in het woonzorgcentrum en ontvangen daar de nodige zorgen van dezelfde personeelsequipe. Voor de RIZIV-financiering worden zij niet als bewoners van het WZC opgegeven. Het gaat hierbij vooral om ex-psychiatrische patiënten,
- aantal bewoners met dementiesyndroom,
- aantal bewoners ten laste van het OCMW,
- aantal niet-bejaarde bewoners,
- er worden ook nog gegevens opgevraagd i.v.m. aantal gebruikers kortverblijf en herstellverblijf maar deze gegevens worden niet in dit rapport verwerkt.

2.4.1 Totaal aantal bewoners

In grafiek 2 wordt het totaal aantal bewoners weergegeven, geregistreerd in alle bevroagde voorzieningen. De cijfers zijn een weergave van een momentopname op de dag van de inspectie. Het totaal is de som van de bewoners in een ROB-statuut, in een RVT-statuut, afwezigen en andere bewoners.

In totaal wonen er 61.615 bewoners in de geïnspecteerde voorzieningen (vastgesteld over een verloop van 3 jaar):

- 1,5% is afwezig omwille van vb. een ziekenhuisopname,
- 0,2% zijn 'andere' bewoners (vooral ex-psychiatrische patiënten),
- 41% van de bewoners worden opgenomen binnen een ROB-statuut
- 57% binnen een RVT-statuut.



De afkorting 'ROB' staat voor 'rustoorden voor bejaarden', de afkorting 'RVT' staat voor 'rust- en verzorgingstehuis. Het verschil tussen een ROB en een RVT is gekoppeld aan het zorgforfait.

De overheid betaalt een hoger zorgforfait (bijdrage) voor een RVT-woongelegenheden. Dit betekent dat het woonzorgcentrum meer personeel kan/moet inzetten voor de verzorging en de verpleging van de bewoners. Het is echter niet zo dat, wanneer een woonzorgcentrum niet over RVT-bedden beschikt, er geen zwaar zorgbehoevende bewoners kunnen wonen (m.u.v. WZC uitsluitend bestemd voor valide ouderen).

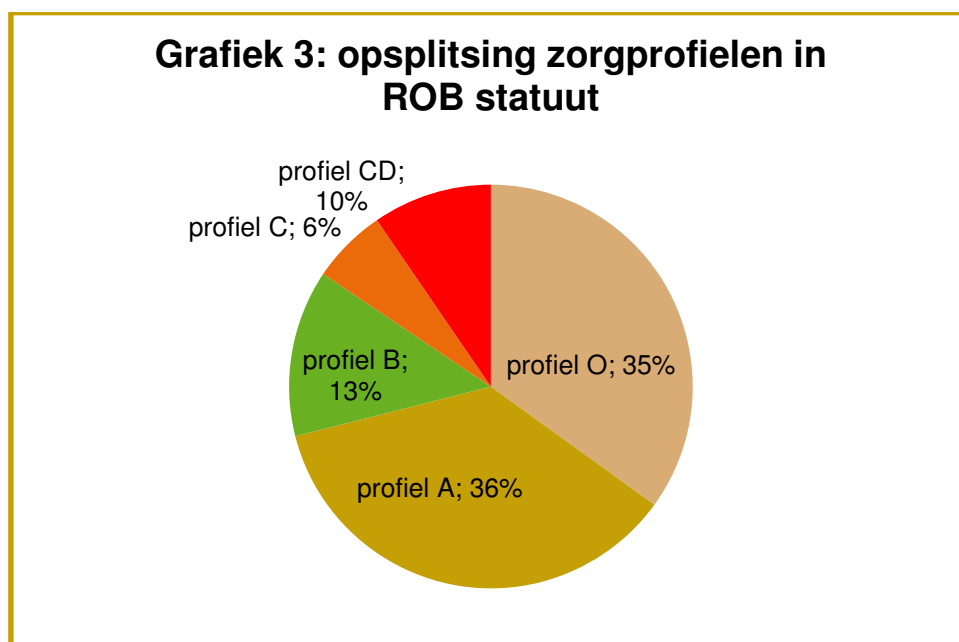
2.4.2 Bewoners in een ROB-statuut

De bewoners opgenomen binnen een ROB-statuut hebben de volgende zorgprofielen O, A, B, C, CD (grafiek 3). De profielen O en A zijn het meest vertegenwoordigd: respectievelijk 35% en 36%, profiel B 13%, profiel C 6% en profiel CD 10%.

Een zorgprofiel is gebaseerd op de resultaten van de Katz-schaal. Deze schaal meet de zorgbehoefte i.v.m. Activiteiten Dagelijks Leven (ADL). De score heeft betrekking op 6 verschillende elementen:

- Zich wassen
- Zich kleden
- Zich verplaatsen
- Toiletbezoek (met of zonder hulp)
- Incontinentie
- Eten
- Oriëntatie in tijd en ruimte.

Een bewoner met een profiel O is het minst zorgbehoevend. Profielen A, B en C geven een toenemende mate van zorgbehoefte weer. Bewoners met een CD profiel zijn zorgbehoevend en hebben problemen op het vlak van oriëntatie in tijd en ruimte (dementie).

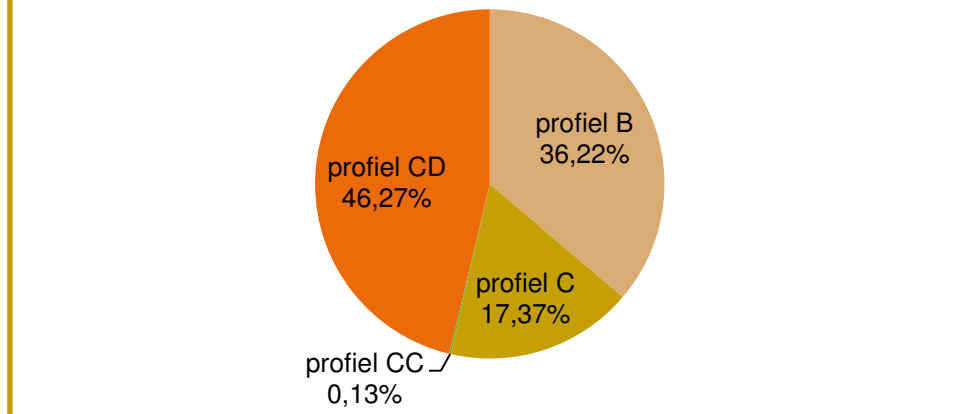


2.4.3 Bewoners in een RVT-statuut

In grafiek 4 wordt het aantal bewoners in een RVT-statuut voorgesteld. Bewoners met een O en A score komen niet voor bij een RVT-profiel. De zorgzwaarte van de bewoners in een RVT-erkenning is groter.

Het zorgprofielen van de bewoners in een RVT-statuut zijn op te splitsen in: 36,22% B, 17,37% C, 46,27% CD en 0,13% CC. De bewoners met dit laatste profiel zijn bewoners met een niet aangeboren hersenletsel (NAH). Er zijn slechts 14 voorzieningen die een erkenning hebben om bewoners met NAH op te vangen. Deze gegevens worden in een apart hoofdstuk besproken.

Grafiek 4: opsplitsing zorgprofielen in RVT statuut

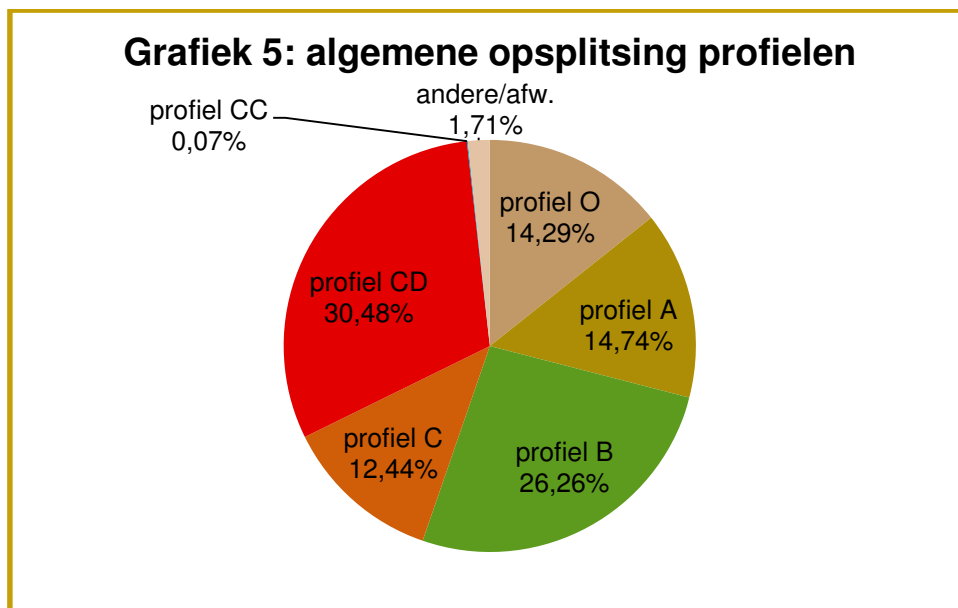


2.4.4 Totaal aantal bewoners volgens zorgprofiel

In grafiek 3 en 4 werden de zorgprofielen voorgesteld opgenomen in een ROB-statuut en RVT-statuut.

Hieronder (in tabel 6 en grafiek 5) wordt een globale voorstelling gegeven. In de bevroagde voorzieningen (los van ROB- of RVT-statuut) komen de verschillende profielen in de volgende verhouding voor:

Tabel 6: globale voorstelling		
	aantal	percentage
profiel O	8.807	14,29%
profiel A	9.084	14,74%
profiel B	16.178	26,26%
profiel C	7.666	12,44%
profiel CD	18.778	30,48%
profiel CC	46	0,07%
andere/afwezigen	1.056	1,71%



2.5 Registratie van ‘andere gegevens’

De bijkomende gegevens uit de inspectieverslagen worden weergegeven in tabel 7:

- 45% van het totaal aantal bewoners die op het moment van de inspectie in een voorziening woonden, zijn bewoners met het dementiesyndroom. Het gaat hierbij niet alleen om bewoners met een CD-profiel maar ook bewoners met andere zorgprofielen kunnen dementerend zijn. In het inspectieverslag wordt opgenomen hoeveel bewoners een 3 en/of 4 scoren op oriëntatie in tijd en ruimte van de Katzschaal,
- 8 % van de bewoners wordt financieel ondersteund door het OCMW en
- 2% van de bewoners is jonger dan 60/65 jaar.

Bewoners met dementie wegen zwaar door in de populatie van de voorzieningen en vragen extra zorg, veiligheidsmaatregelen en permanentie.

Tabel 7: bewoners met dementie, gesteund door OCMW, < 60/65 jaar		
	totaal	%
totaal aantal bewoners	61.615	100%
bewoners met dementie	27.939	45%
bewoners ondersteund door OCMW	4.933	8%
bewoners jonger dan 60/65 jaar	1.066	2%

2.6 Profielen en schaalgrootte, erkenningsvorm en beheersvorm

In tabel 8 worden de verschillende profielen van de bewoners weergegeven volgens de schaalgrootte van de voorzieningen. De tabel geeft de verhoudingen weer van de aanwezigheid van de verschillende profielen in de voorzieningen.

Van het totaal aantal bewoners verblijft er 13% in de kleine voorzieningen, 46% in de middelgrote, en 40% in de grote voorzieningen.

Op basis van de schaalgrootte zijn er verschillen tussen de verschillende voorzieningen wat de aanwezigheid van de verschillende profielen betreft. Er zijn meer O en A profielen (O: 17% t.o.v. 13% en 15%; A: 18% t.o.v. 14%) en minder CD profielen (24% t.o.v. 31% en 32%) in de kleine voorzieningen.

Tabel 8: profielen volgens schaalgrootte								
	≤60	%	61 - 120	%	>120	%	totaal	%
totaal aantal bewoners	8.317	13%	28.404	46%	24.894	40%	61.615	100%
profiel O	1.387	17%	3.675	13%	3.745	15%	8.807	14%
profiel A	1.532	18%	3.967	14%	3.585	14%	9.084	15%
profiel B	2.287	27%	7.758	27%	6.133	25%	16.178	26%
profiel C	961	12%	3.566	13%	3.139	13%	7.666	12%
profiel CD	1.977	24%	8.939	31%	7.862	32%	18.778	30%
profiel CC	6	0,1%	8	0,03%	32	0,13%	46	0,07%
andere	27	0,3%	65	0,2%	55	0,2%	147	0,2%
afwezig	140	2%	426	1,5%	343	1,4%	909	1,5%

In tabel 9 worden de profielen voorgesteld volgens erkenningvorm. Uit de tabel kan men afleiden dat er verschillen zijn: in voorzieningen zonder RVT-erkenning wonen ook bewoners met een zwaarder zorgprofiel (B: 24%, C: 10%, CD: 16%).

Hoewel deze voorzieningen geen beroep kunnen doen op het hogere zorgforfait, worden ze wel in deze voorzieningen opgenomen of blijven ze, ondanks het evolueren naar een zwaarder zorgprofiel, in de voorziening wonen. De regelgeving stimuleert voorzieningen om bewoners in de vertrouwde omgeving van het woonzorgcentrum te houden ondanks zwaardere zorgen.

Enkel in uitzonderlijke situaties wordt een verhuis aangeraden of verhuizen er bewoners uit een woonzorgcentrum enkel bestemd voor valide ouderen naar een andere voorziening omwille van toename van de zorg.

Daarnaast zien we dat de minder zwaar behoevende bewoners ook aanwezig zijn in de voorzieningen met een RVT-erkenning (O: 14%, A 14%).

Tabel 9: profielen volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
totaal aantal bewoners	4.138	7%	57.477	93%	61.615	100%
profiel O	1.027	25%	7.780	14%	8.807	14%
profiel A	899	22%	8.185	14%	9.084	15%
profiel B	1.012	24%	15.166	26%	16.178	26%
profiel C	405	10%	7.261	13%	7.666	12%
profiel CD	664	16%	18.114	32%	18.778	30%
profiel CC	0	0%	46	0,08%	46	0,07%
andere	51	1,2%	96	0,2%	147	0,2%
afwezig	80	2%	829	1,4%	909	1,5%

In tabel 10 kunnen we de opsplitsing van de bevroegde voorzieningen volgens de beheersvorm zien. Ook hier zien we verschillen in de aanwezigheid van de verschillende profielen in de verschillende voorzieningen.

Wanneer profiel A en O samen worden bekeken dan komen ze het meest voor in de privésector en de openbare sector (33%) t.o.v. 25% in de VZW-sector.

Tabel 10: profielen volgens beheersvorm								
	openbaar	%	privé	%	VZW	%	totaal	%
totaal aantal bewoners	21.728	35%	8.555	14%	31.332	51%	61.615	100%
profiel O	3.838	18%	1.206	14%	3.763	12%	8.807	14%
profiel A	3.265	15%	1.645	19%	4.174	13%	9.084	15%
profiel B	5.456	25%	2.455	29%	8.267	26%	16.178	26%
profiel C	2.658	12%	956	11%	4.052	13%	7.666	12%
profiel CD	6.168	28%	2.086	24%	10.524	34%	18.778	30%
profiel CC	4	0,02%	0	0%	42	0,13%	46	0,07%
andere	15	0,07%	60	0,7%	72	0,23%	147	0,24%
afwezig	324	1,49%	147	1,72%	438	1,4%	909	1,48%

2.7 Conclusies en aanbevelingen

2.7.1 Conclusies

Een groot aantal van de bevroegde voorzieningen scoort conform i.v.m. naleving van de basisregelgeving. Hierbij zijn er weinig verschillen bij de opsplitsing van de voorzieningen volgens schaalgrootte en erkenningsvorm. De voorzieningen in de privésector en de VZW-sector scoren meer niet conform, dit heeft vooral te maken met het overschrijden van de erkende capaciteit.

Algemeen kan gesteld worden dat voorzieningen zonder RVT-erkenning toch bewoners met een zwaarder zorgprofiel opnemen en blijven bewoners met toenemende zorg in die voorzieningen. De regelgeving stimuleert dit ook vanuit de zorg voor stabiliteit voor de bewoner. Dit verklaart dus waarom er een groot percentage bewoners met B, C en CD profiel ook bij voorzieningen zonder een RVT-erkenning aanwezig zijn. Een groot deel van deze bewoners met een zwaarder zorgprofiel komen niet in aanmerking voor het RVT-zorgforfait.

Globaal gezien zijn bewoners met profiel B en CD het meest in de voorzieningen aanwezig.

Opvallend is ook het groot aantal bewoners met het dementiesyndroom (45%).

Niettegenstaande de woonzorgcentra voor valide ouderen niet erkend zijn om zorgbehoevende ouderen op te nemen en niet over een geschikt personeelsbestand beschikken, nemen ook zij zorgbehoevende ouderen op of blijven deze ouderen vaak in deze voorzieningen ondanks toenemende zorgen.

2.7.2 Aanbevelingen

- ✓ Opvallend is het groot aantal bewoners met dementie in de woonzorgcentra. In de wetgeving is er geen specifieke regelgeving opgenomen i.v.m. de zorg voor deze bewoners. Het is aan te raden om na te denken over specifieke kwaliteitseisen voor opvang van bewoners met dementie en dit te vertalen in een specifiek beleid.

3 Infrastructuur

3.1 Inleiding

Het aanbieden van een comfortabele, huiselijke en veilige woonomgeving voor de bewoner en het zorgen voor een infrastructuur, die functionele zorg zo optimaal mogelijk maakt, behoort tot de basistaken van een woonzorgcentrum.

Het is dan ook logisch dat in de basisregelgeving (ouderendecreet en woonzorgdecreet) verschillende normen of erkenningsvoorwaarden opgenomen zijn i.v.m. infrastructuur.

Die normen/erkeningsvoorwaarden hebben betrekking op verschillende facetten: het algemeen onderhoud en de functionaliteit van het gebouw, de oppervlakte en inrichting van de kamers, de beschikbaarheid van gemeenschappelijke ruimten, sanitair en badkamers, het oproepsysteem, de veiligheid, de huiselijkheid enz.

Door het feit dat de visie op infrastructuur en werking van een woonzorgcentrum en de vereisten op het vlak van functionaliteit en comfort voortdurend in evolutie zijn, is de basisregelgeving ook mee geëvolueerd. De belangrijkste aanpassing van de regelgeving m.b.t. infrastructuur gebeurde bij de wijziging van het ouderendecreet in 2009. Die gewijzigde bepalingen werden integraal overgenomen in het woonzorgdecreet.

De regelgeving houdt rekening met het feit dat niet alle voorzieningen onmiddellijk aan de nieuwste, hedendaagse vereisten kunnen beantwoorden en voorziet overgangsregelingen.

Bijgevolg worden de voorzieningen volgens de regelgeving opgedeeld in drie groepen, afhankelijk van het bouwjaar of het jaar waarin de bouwvergunning werd verleend. Sommige normen/erkeningsvoorwaarden zijn dan ook verschillend voor die drie groepen:

- woonzorgcentra gebouwd vóór 1985
- woonzorgcentra gebouwd tussen 1985 en 2009
- woonzorgcentra gebouwd na 2009.

Voor de woonzorgcentra gebouwd vóór 1985 zijn er op bepaalde punten normen/erkeningsvoorwaarden die minder streng zijn: oppervlakte van de kamer, beschikbaarheid van sanitair op de kamer, en aantal meerpersoonskamers. Er is voor deze punten een overgangsregeling voorzien waardoor die woonzorgcentra pas vanaf 1 januari 2019 aan hogere eisen moeten voldoen.

Daarnaast zijn er een aantal specifieke normen op het vlak van kameroppervlakte, sanitair op de kamer, enz. voor voorzieningen die gebouwd zijn tussen 1985 en 2009. Ook bij voorzieningen die na 2009 gebouwd werden maar waarvan de bouwvergunning vóór 1 januari 2009 werd afgeleverd zijn die normen van toepassing. Het grootste deel van de voorzieningen valt momenteel nog onder deze regelgeving.

Op bepaalde punten worden zowel voor de voorzieningen van vóór 1985 als de voorzieningen die gebouwd zijn tussen 1985 en 2009 strengere regels opgelegd vanaf 1 januari 2014 of 1 januari 2019. De strengste normen zijn van toepassing op voorzieningen die gebouwd werden na 1 januari 2009. Enkel bij deze laatste groep van voorzieningen beantwoordt de infrastructuur in feite volledig aan de hedendaagse eisen inzake comfort en functionaliteit.

De RVT-regelgeving is grotendeels gelijklopend aan de basisregelgeving. Veel RVT-normen zijn identiek aan de normen uit het ouderendecreet of woonzorgdecreet, maar de RVT-regelgeving voegt nog een aantal specifieke RVT-normen toe: o.m. de aanwezigheid van voldoende leefruimten, de beschikbaarheid van aangepast meubilair, de beschikbaarheid van verpleeglokalen, kinelokaal, enz..

In het kwaliteitsdecreet zijn twee minimale kwaliteitseisen opgenomen die betrekking hebben op infrastructuur:

- In samenspraak met de voorziening en de gebruikers worden de ruimten waar de gebruiker verblijft zo huiselijk mogelijk ingericht, met het oog op het creëren van een gevoel van geborgenheid en veiligheid.
Deze SMK is grotendeels overlappend met de erkenningsvoorwaarde die een huiselijke en gezellige inrichting van het gebouw oplegt.
- De voorziening voorziet in een accommodatie en de nodige hulpmiddelen, aangepast aan haar doelgroep en zorgt voor passend onderhoud ervan.
Deze minimale kwaliteitseis valt samen met de normen/erkenningsvoorwaarden m.b.t. infrastructuur. In de inspectieverslagen werd deze SMK als onvoldoende nageleefd gescoord indien er één of meer tekorten m.b.t. de erkenningsvoorwaarden werden vastgesteld.

Door de overlapping met de erkenningsvoorwaarden en door het feit dat de samenspraak bij de huiselijke inrichting van het gebouw niet systematisch werd bevraagd levert de score van beide SMK's geen bijkomende informatie op. De resultaten van de inspectie van deze SMK's werden dan ook niet in de verdere bespreking van het hoofdstuk infrastructuur opgenomen.

De inspectie van dit item werd uitgevoerd in 709 voorzieningen.

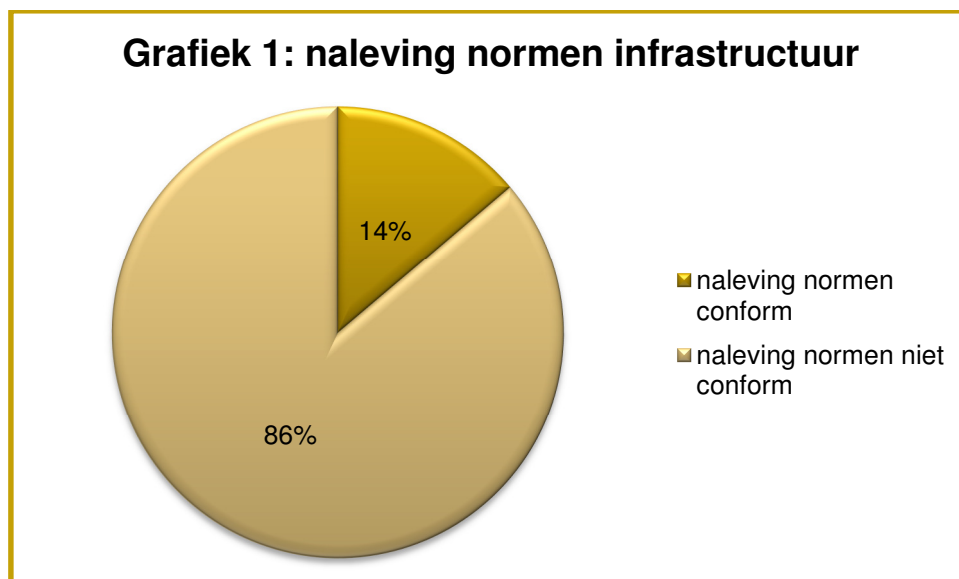
In principe werden bij de inspecties alle normen m.b.t. gebouw bekeken, met uitzondering van de regelgeving rond brandveiligheid. De beoordeling van de brandveiligheid behoort niet tot de bevoegdheid van Zorginspectie.

Bij de inspecties werden alle tekorten m.b.t. infrastructuur geregistreerd, ook in het geval er een tijdelijke afwijking werd verleend door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. In de individuele verslaggeving wordt dit telkens wel vermeld.

3.2 Globale vaststellingen

Grafiek 1 geeft een totaalbeeld weer van de verhouding tussen de voorzieningen die aan alle normering beantwoorden en de voorzieningen waar één of meerdere normen niet worden nageleefd.

Uit grafiek 1 blijkt dat er slechts in 14% van alle bevroegde voorzieningen geen enkel tekort is m.b.t. het gebouw en uitrusting. In 86% van de voorzieningen is er minstens één tekort m.b.t. infrastructuur vastgesteld en in veel gevallen gaat het om meerdere tekorten in eenzelfde voorziening.



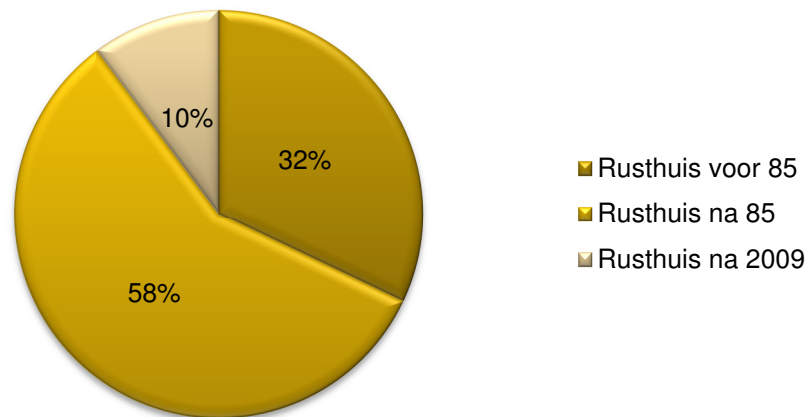
In grafiek 1 zijn alle voorzieningen met normtekorten opgenomen. Dit geeft wel een ongenueanceerd beeld. Dit betekent immers dat voorzieningen met een goede, eigentijdse infrastructuur, maar met een normtekort op één kleiner punt, in dezelfde groep zijn opgenomen als voorzieningen met een verouderde infrastructuur met verschillende, ernstige tekorten.

Het gaat hier zowel over de normen uit de basisregelgeving als over de RVT-normen. Sommige normen verschillen inhoudelijk, afhankelijk van het bouwjaar van de voorziening. Dit laatste impliceert dat twee voorzieningen met bv. een zelfde kameroppervlakte toch een verschillende score kunnen halen m.b.t. de oppervlakenorm omdat de voorzieningen door het verschillend bouwjaar onder toepassing van verschillende normen vallen. Ook binnen één voorziening kunnen gedeelten van het gebouw onder toepassing van verschillende normen vallen, omwille van het verschil in bouwjaar.

Uit de inspectiegegevens (cf. grafiek 2) blijkt volgende onderverdeling volgens bouwjaar:

- 32% van de gebouwen of gedeelten van gebouwen valt nog onder de regelgeving voor woonzorgcentra van vóór 1985;
- 58% van de gebouwen of gedeelten van gebouwen valt onder de regelgeving voor gebouwen tussen 1985 en 2009;
- 10% van de gebouwen of gedeelten van gebouwen valt onder de nieuwste regelgeving voor gebouwen na 2009.

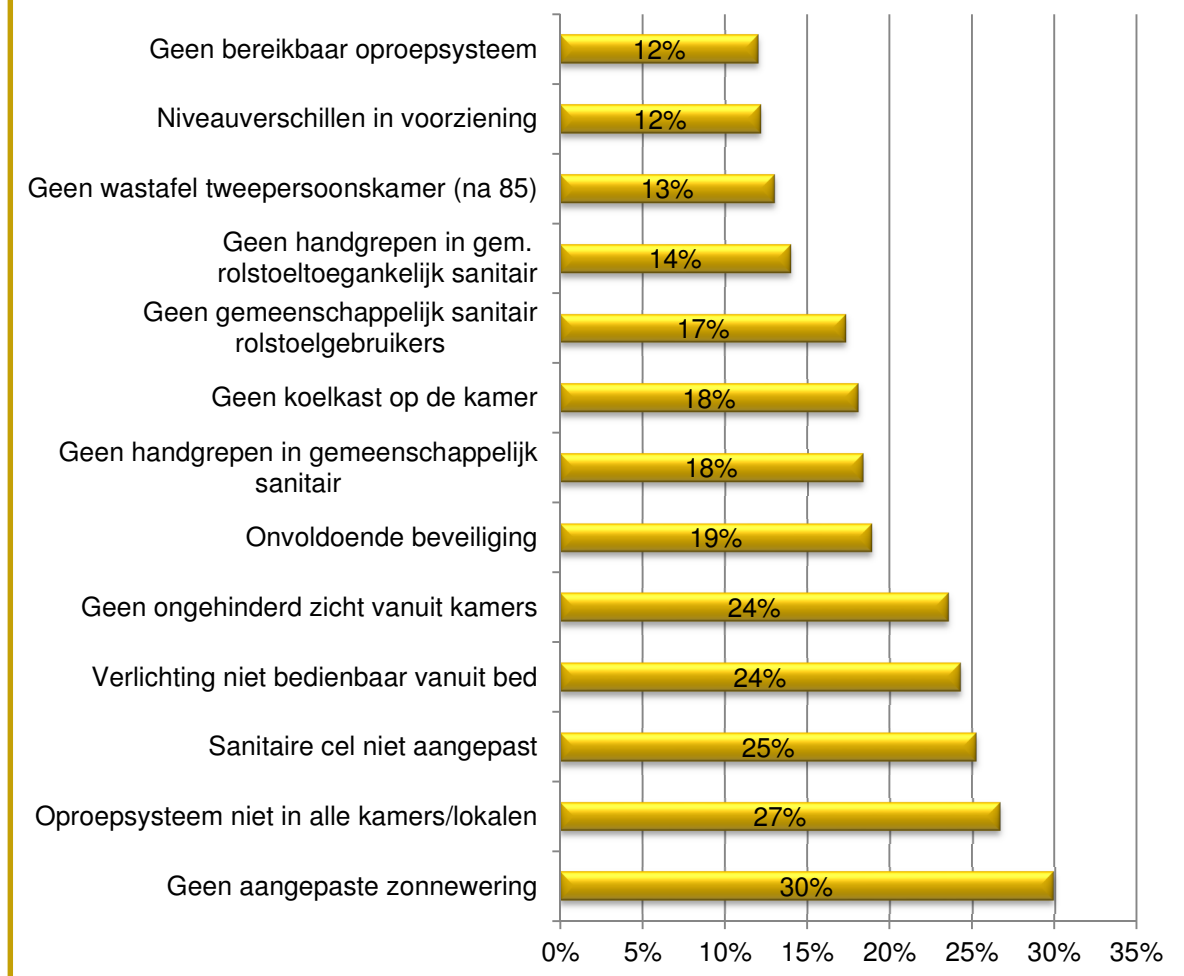
Grafiek 2: indeling gebouwen volgens bouwjaar



Om een beeld te vormen van de aard van de tekorten die werden vastgesteld volgen hierna twee grafieken met vermelding van de meest voorkomende tekorten:

- Grafiek 3 geeft een beeld van de meest voorkomende tekorten m.b.t. de normen uit de basisregelgeving.
- Grafiek 4 geeft de meest voorkomende tekorten m.b.t. bijkomende RVT-normen. Dit zijn specifieke RVT-normen die niet samen vallen met normen uit de basisregelgeving en bijgevolg supplementaire vereisten opleggen aan voorzieningen met een RVT-erkenning.

Grafiek 3: tekorten normen basisregelgeving



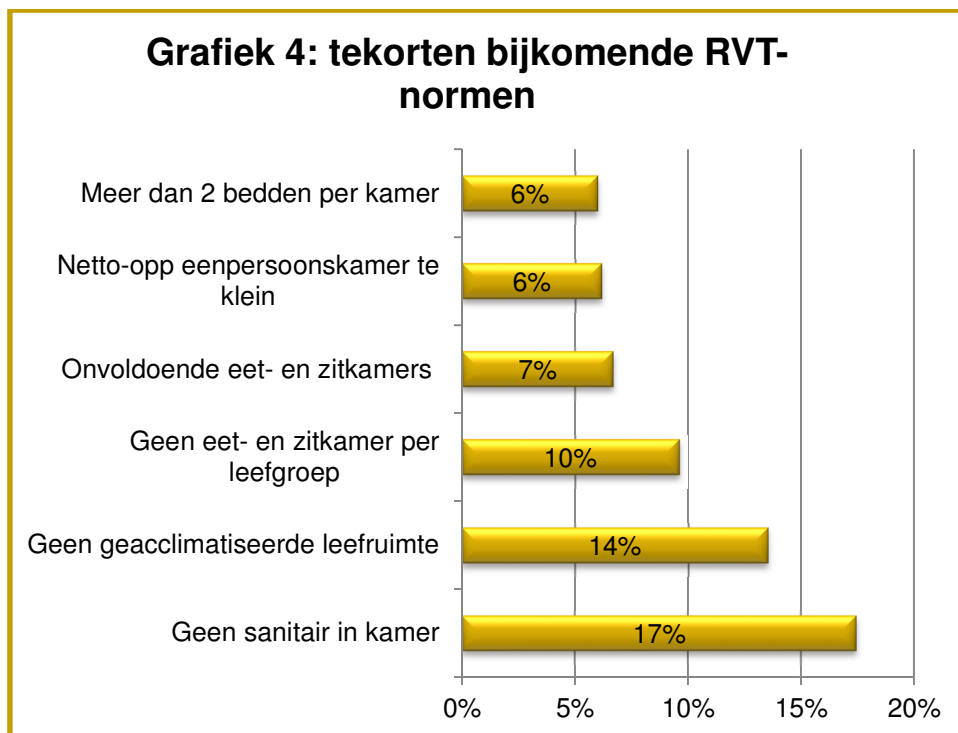
De meest voorkomende tekorten m.b.t. de normen uit de basisregelgeving (grafiek 3):

- In 30% van de voorzieningen is er geen zonnewering, of niet in alle lokalen waar vereist een zonnewering, of geen aangepaste zonnewering.
- In 27% van de voorzieningen ontbreekt het oproepsysteem in één of meerdere lokalen, waar dit wettelijk verplicht aanwezig moet zijn. Dit tekort kan zowel in een kamer, een gemeenschappelijk toilet, een badkamer of in een andere gemeenschappelijke ruimte vastgesteld zijn.
- In 25% van de voorzieningen is de sanitaire cel op de kamers of op een deel van de kamers niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker. Dit tekort kan veroorzaakt worden door de te kleine oppervlakte van de sanitaire cel, door de te smalle deurbreedte, door de wastafel die niet aangepast is voor rolstoelgebruikers, of door een combinatie van verschillende van deze elementen.
- In 24% van de voorzieningen is de verlichting op de kamers of op sommige kamers niet bedienbaar vanuit het bed.

- In 24% van de voorzieningen heeft één of meerdere bewoners in de kamer geen ongehinderd zicht op de buitenwereld. Afhankelijk van de voorziening kan het gaan over één of enkele kamers, over de kamers van een volledige verdieping of afdeling of over alle kamers in het gebouw.
- In 19% van de voorzieningen is de beveiliging t.b.v. dementerende bewoners onvoldoende. Dit kan zowel gaan over het afsluiten van het gebouw, de gangen, traphallen, liften, en vensters, als over het onbeveiligd bewaren van producten of medicatie.
- In 18% van de voorzieningen ontbreken handgrepen in minstens één gemeenschappelijk toilet en in 14% van de voorzieningen in minstens één rolstoeltoegankelijk gemeenschappelijk toilet.
- In 18% van de voorzieningen ontbreekt de mogelijkheid om vanuit de voorziening, al dan niet tegen een meerprijs, een koelkast ter beschikking te stellen op de kamer.
- In 17% van de voorzieningen is er geen gemeenschappelijk sanitair voor rolstoelgebruikers of is dat sanitair niet aanwezig op elke verdieping die toegankelijk is voor bewoners.
- In 13% van de voorzieningen is er niet op alle tweepersoonskamers een wastafel per bewoner beschikbaar. Deze norm is enkel van toepassing voor gebouwen die na 1985 in gebruik werden genomen en het tekort werd bijgevolg enkel bij die categorie van gebouwen vastgesteld. Het tekort kan vastgesteld zijn in één of meerdere kamers van de voorziening.
- In 12% van de voorzieningen zijn er niveauverschillen in voor de bewoner toegankelijke ruimten.
- In 12% van de voorzieningen is het oproepsysteem in sommige kamers of andere lokalen onvoldoende bereikbaar voor de bewoner.

Niet in de grafiek opgenomen tekorten die nog vrij frequent vastgesteld werden: ontbreken van leuning in de gangen (9%), onvoldoende aangepaste baden (8%), onvoldoende rustmogelijkheden in gangen (7%), te veel bewoners op meerpersoonskamers (6%), weinig huiselijke inrichting (6%), onvoldoende ventilatie in sommige lokalen (6%), minimale intimiteit niet verzekerd in tweepersoonskamers (6%), oproepsysteem niet aangepast (6%), gebouw onvoldoende onderhouden (6%) en geen flexibele opstelling van het meubilair in de kamers mogelijk (6%).

In grafiek 4 zijn de meest voorkomende tekorten opgenomen m.b.t. RVT-normen die bijkomende eisen stellen in vergelijking met de basisregelgeving. De bijkomende eis kan ook veroorzaakt zijn door het feit dat de normering inzake kameroppervlakte en inzake aanwezigheid van een sanitaire cel op de kamer in sommige voorzieningen wettelijk nog niet vereist is volgens de basisregelgeving, maar wel volgens de RVT-regelgeving. Vanaf 1 januari 2010 moesten alle voorzieningen met RVT-erkenning immers op elke kamer een sanitaire cel hebben en voldoen aan de oppervlakenorm van 12 m² voor een eenpersoonskamer en 18 m² voor een tweepersoonskamer, terwijl dit volgens de basisregelgeving nog niet wettelijk vereist is bij woonzorgcentra van vóór 1985. Voor deze RVT-norm is de mogelijkheid voorzien om een afwijking te bekomen tot 1 januari 2015.



Zoals uit grafiek 4 blijkt zijn in 17% van de RVT-voorzieningen nog niet alle kamers uitgerust met een sanitaire cel en in 6% van de RVT-voorzieningen is de oppervlakte van de kamers of bij een deel van de kamers nog te klein. Deze tekorten hebben enkel betrekking op voorzieningen die gebouwd zijn vóór 1985 en dus nog niet volgens de basisregelgeving aan deze vereiste moeten beantwoorden. Bij RVT-voorzieningen, gebouwd na 1985, zijn de eventuele tekorten op die punten opgenomen in de algemene lijst van tekorten, aangezien de basisregelgeving in die gevallen ook niet nageleefd wordt (cf. grafiek 3).

Andere veel voorkomende tekorten m.b.t. deze specifieke RVT-normen:

- In 14% van de voorzieningen is er geen gemeenschappelijke leefruimte die bij hittegolf geklimatiseerd kan worden en die voldoende groot is om de bewoners op te vangen.
- In 10% van de voorzieningen is er geen eet- en zitkamer per leefgroep, terwijl er met aparte leefgroepen wordt gewerkt en in 7% van de voorzieningen zijn er in totaliteit onvoldoende eet- en zitkamers, los van een leefgroepenwerking.
- In 6% van de voorzieningen zijn er nog meerpersoonskamers met meer dan twee personen.

3.3 Detailanalyse

Bij opsplitsing van de resultaten volgens de schaalgrootte van de voorzieningen (tabel 1) stellen we vast dat het percentage van voorzieningen met tekorten duidelijk hoger ligt bij de kleinschalige voorzieningen. In 93% van die voorzieningen zijn er één of meerdere tekorten m.b.t. de normen inzake infrastructuur. Maar ook bij de middelgrote en grote voorzieningen is het percentage van voorzieningen met tekorten nog hoog: respectievelijk bij 84% en 80%.

Tabel 1: infrastructuur volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	15	7%	52	16%	31	20%	98	14%
naleving normen niet conform	209	93%	279	84%	123	80%	611	86%
naleving normen totaal	224	100%	331	100%	154	100%	709	100%

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens erkenningsvorm (tabel 2) stellen we vast dat het percentage van voorzieningen met tekorten iets hoger ligt bij voorzieningen zonder RVT-erkenning: in 90% van de voorzieningen zonder RVT-erkenning zijn er één of meerdere tekorten, terwijl dit in 85% van de voorzieningen met RVT-voorzieningen het geval is.

Tabel 2: infrastructuur volgens erkenningsvorm							
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%	
naleving normen conform	13	10%	85	15%	98	14%	
naleving normen niet conform	111	90%	500	85%	611	86%	
naleving normen totaal	124	100%	585	100%	709	100%	

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens beheersvorm (tabel 3) stellen we vast dat er beperkte verschillen zijn op basis van de beheersvorm. Het percentage voorzieningen met één of meerdere tekorten is in beperkte mate groter in de privésector (90%) dan in de VZW-sector (87%) en de openbare sector (83%).

Tabel 3 : infrastructuur volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	36	17%	13	10%	49	13%	98	14%
naleving normen niet conform	171	83%	121	90%	319	87%	611	86%
naleving normen totaal	207	100%	134	100%	368	100%	709	100%

3.4 Informatieve gegevens

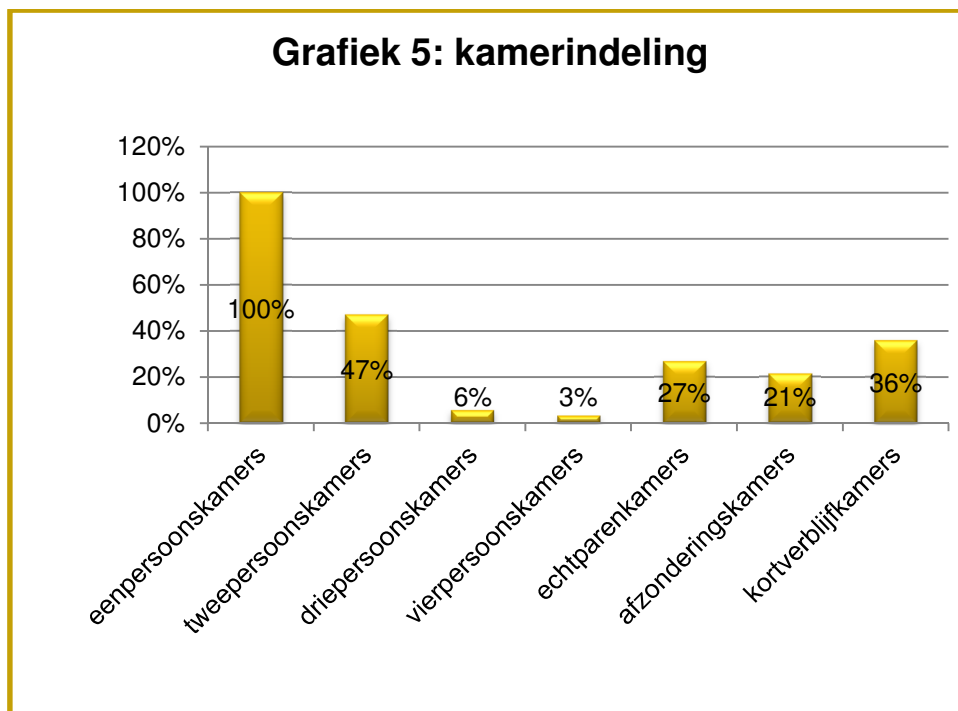
In de inspectieverslagen worden naast de beoordeling op basis van de regelgeving standaard een aantal informatieve gegevens opgenomen:

- De indeling van het gebouw met vermelding van het aantal kamers per type.
- Het aantal kamers met en zonder aparte sanitaire cel.
- De wijze van opvang van bewoners met dementie.

De belangrijkste data worden hierna weergegeven:

De indeling van het gebouw volgens kamertype:

Grafiek 5 geeft weer in hoeveel voorzieningen een bepaald type van kamer terug te vinden is.



Uit grafiek 5 kan worden afgeleid dat in alle voorzieningen eenpersoonskamers ter beschikking zijn. In 47% van de voorzieningen zijn er tweepersoonskamers en in 27% van de voorzieningen echtparenkamers.

Er is een evolutie naar afbouw van de driepersoonskamers en vierpersoonskamers. Deze evolutie wordt gestimuleerd door de RVT-regelgeving die een maximale bezetting van twee bewoners per kamer oplegt en door de basisregelgeving die voorziet dat in de voorzieningen die na 1985 gebouwd werden niet meer dan 20% van de bewoners op een meerpersoonskamer mag gehuisvest worden. De basisregelgeving voorziet bovendien vanaf 1 januari 2014 de afschaffing van de mogelijkheid om drie- en vierpersoonskamers te gebruiken. Tijdens de inspectieperiode waren er nog in 6% van de voorzieningen driepersoonskamers en in 3% vierpersoonskamers. Door de stelselmatige vervanging of renovatie van bestaande gebouwen zullen deze cijfers ondertussen verder dalen.

De afzonderingskamer werd bij de wijziging van de erkenningsnormen inzake infrastructuur in 2009 als verplichting afgeschaft. Tijdens de inspectieperiode waren er nog 21% van de voorzieningen die een afzonderingskamer ter beschikking hadden.

Het aantal voorzieningen met al of niet erkende kortverblijfkamers bedraagt 36%.

Tabel 4 geeft het totaal aantal beschikbare kamers per type kamer in de 709 geïnspecteerde voorzieningen weer. In de tabel zijn enkel de type kamers opgenomen die gebruikt worden voor permanent verblijf. In de tabel wordt daarnaast de theoretische opnamecapaciteit per type kamer weergegeven. De theoretische opnamecapaciteit kan in sommige voorzieningen hoger zijn dan de erkende capaciteit omdat niet alle meerpersoonskamers altijd gebruikt worden voor hun volledige capaciteit.

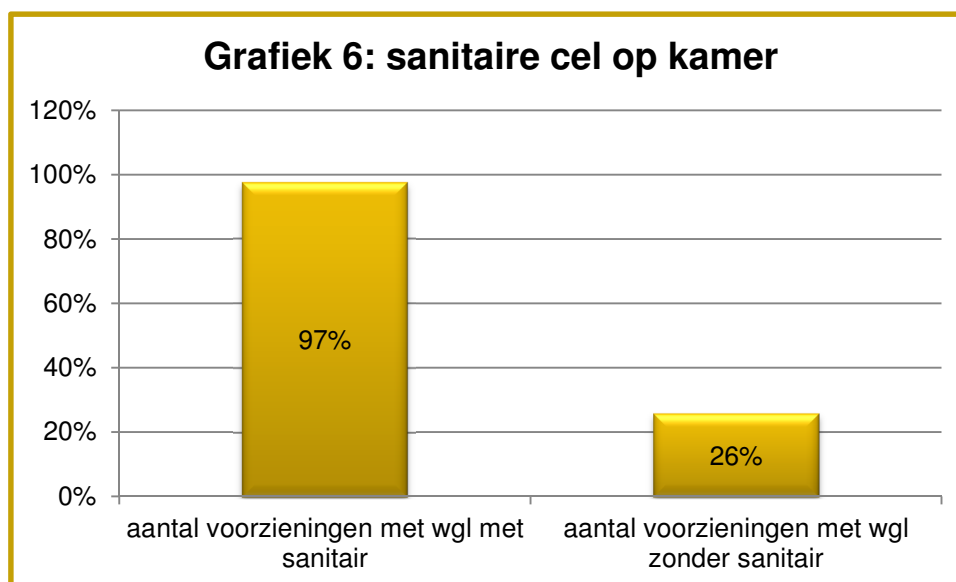
Tabel 4: aantal kamers en opnamecapaciteit per type kamer				
	totaal kamers	%	totaal woonegelegenheden	%
aantal eenpersoonskamers	52.531	91%	52.531	83%
aantal tweepersoonskamers	3.643	6,3%	7.286	12%
aantal driepersoonskamers	162	0,3%	486	1%
aantal vierpersoonskamers	100	0,2%	400	1%
aantal echtparenkamers	1.271	2,2%	2.542	4%
aantal kamers totaal	57.707	100%	63.245	100%

Het grootste deel (91%) van de beschikbare kamers bestaat uit eenpersoonskamers. 6% van de kamers zijn tweepersoonskamers en 2% echtparenkamers. Het aantal driepersoons- en vierpersoonskamers is beperkt: respectievelijk 0,3% en 0,2%. Omgerekend naar totale beschikbare capaciteit betekent dit 63.245 woonegelegenheden, waarvan minder dan 2% bestaan uit een drie- of vierpersoonskamer.

Het totaal aantal kortverblijfkamers bedraagt 1.160 voor alle geïnspecteerde voorzieningen. Dit betekent dat er per 100 woonegelegenheden voor permanent verblijf ongeveer 2 woonegelegenheden kortverblijf ter beschikking zijn.

Kamers met of zonder sanitaire cel

Grafiek 6 geeft weer in hoeveel percent van de voorzieningen kamers met sanitaire cel te vinden zijn en in hoeveel percent van de voorzieningen kamers zonder sanitaire cel.



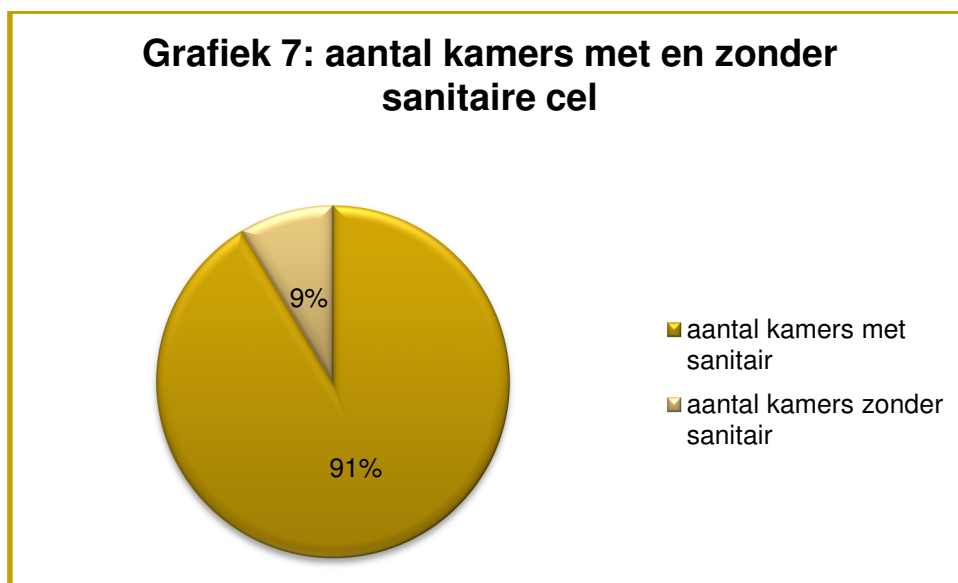
In 97% van de voorzieningen zijn er kamers met sanitaire cel te vinden. Dit kan zowel betekenen dat alle kamers van de voorzieningen over een eigen sanitaire cel beschikken als dat een gedeelte van de kamers een eigen sanitaire cel heeft. Dit cijfer impliceert dat er in 3% van de voorzieningen geen enkele kamer met sanitaire cel is.

In 26% van de voorzieningen zijn nog kamers zonder sanitaire cel terug te vinden. Dit kan zowel gaan

over alle kamers in een voorziening als over een gedeelte van de kamers. Aangezien er in 3% van de voorzieningen geen enkele kamer met eigen sanitaire cel is, gaat het in 23% van de voorzieningen over een gedeelte van de kamers.

Het percentage van voorzieningen die nog kamers hebben zonder sanitaire cel ligt hoger dan het aantal voorzieningen dat een tekort scoort op dit punt. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat de aanwezigheid van een sanitaire cel in de kamer volgens basisregelgeving op dit ogenblik nog niet in alle voorzieningen verplicht is.

Grafiek 7 geeft het percentage van het totaal aantal kamers met of zonder sanitaire cel in de geïnspecteerde voorzieningen. Hieruit blijkt dat 91% van de kamers over een eigen sanitaire cel beschikt en 9% niet.



3.5 Conclusies en aanbevelingen

3.5.1 Conclusies

Er zijn weinig voorzieningen die volledig conform de regelgeving inzake infrastructuur werken. De percentages met tekorten liggen vrij hoog.

Er zijn procentueel meer kleinschalige voorzieningen, meer voorzieningen zonder RVT-erkenning en meer voorzieningen uit de privésector met tekorten op het vlak van infrastructuur. De verschillen op basis van erkenningsvorm en beheersvorm zijn klein, op basis van de schaalgrootte zijn ze groter.

De meest voorkomende tekorten zijn: het ontbreken van aangepaste zonnewering, het oproepsysteem dat in bepaalde lokalen ontbreekt, de sanitaire cel in de kamers die onvoldoende rolstoeltoegankelijk is, de verlichting die niet vanuit bed kan worden bediend, de afwezigheid van ongehinderd zicht vanuit de kamers, het tekort aan beveiligingsmaatregelen op afdelingen voor bewoners met dementie, het ontbreken van handgrepen in gemeenschappelijk sanitair, het ontbreken van sanitair voor rolstoelgebruikers en het ontbreken van een koelkast op de kamer.

Opvallend is dat een groot aantal van de meest voorkomende tekorten normaliter kan opgelost worden zonder ingrijpende, structurele bouwwerken uit te voeren.

Voor een aantal tekorten, zoals de hoogte van de raamdorpels en de rolstoeltoegankelijkheid van de sanitaire cel op de kamers, is wel meestal een structurele aanpassing nodig door grondige verbouwwerken uit te voeren in het bestaande gebouw of via een vervangingsniewbouw.

Op basis van de lijst van tekorten kan geen eenduidige conclusie worden getrokken over het aantal voorzieningen waar op korte termijn een structurele ingreep noodzakelijk is. De normering is op bepaalde punten afgestemd op het bouwjaar van de voorziening, waardoor gebouwen die in feite niet meer aangepast zijn aan de hedendaagse eisen qua comfort en functionaliteit momenteel toch nog voor bepaalde punten conform de regelgeving kunnen scoren (vb. sanitaire cel op kamer, oppervlakte kamer).

Uit de data die in de verslagen opgenomen zijn kan hierover wel het volgende afgeleid worden:

- Minstens 6% van de voorzieningen heeft nog een aanbod van drie- en/of vierpersoonskamers dat in principe tegen ten laatste 1 januari 2014 volledig moet afgebouwd worden. In totaal gaat het over 1,4% van de totaal beschikbare capaciteit. Indien de afbouw van woonegelegenheden niet gecompenseerd wordt via een structurele maatregel (vb. nieuwbouw ter vervanging van de capaciteitsvermindering), betekent dit een vermindering van het totaal aantal beschikbare woonegelegenheden in Vlaanderen. Bovendien kan in die gevallen geen sprake meer zijn van het aanbieden van een eigentijdse infrastructuur. Structurele maatregelen zijn, gezien de vooropgestelde einddatum, dringend noodzakelijk.
- 9% van de beschikbare kamers heeft nog geen eigen sanitaire cel. In totaal heeft 26% van de voorzieningen nog één of meerdere kamers zonder sanitair. In 3% van de voorzieningen is er nog geen enkele kamer met sanitair. Ook in dit geval kan geen sprake meer zijn van eigentijdse infrastructuur en zijn de nodige maatregelen dringend.

Er kan wel aangenomen worden dat in een deel van deze voorzieningen bouwdoSSIERS voor verbouwing of vervangende nieuwbouw gepland of in uitvoering zijn.

3.5.2 Aanbevelingen

- ✓ Naast de beoordeling van de regelgeving probeert Zorginspectie standaard een aantal data m.b.t. infrastructuur bij te houden via de verslaggeving. Het is aangewezen om bij toekomstige aanpassingen van het inspectie-instrument de registratie van die gegevens aan te passen zodat nog meer nauwkeurige conclusies kunnen worden getrokken over de toestand van de infrastructuur in de woonzorgcentra.
- ✓ Aangezien sommige veel voorkomende tekorten niet altijd ingrijpende structurele aanpassingen van het gebouw vragen is het aangewezen dat de voorzieningen deze tekorten sneller oplossen.
- ✓ Sommige voorzieningen moeten tegen 2019 ingrijpende veranderingen doorvoeren. Hier moet dringend werk van gemaakt worden.
- ✓ Voorzieningen moeten zelf beter tekorten m.b.t. gebouw en uitrusting bewaken en opvolgen. Soms wordt te veel gewacht op de vaststellingen van inspectie vooraleer de nodige maatregelen te nemen.

4 Logistiek

4.1 Inleiding

Zowel in het ouderen- als het woonzorgdecreet worden een aantal normen bepaald op het vlak van hygiëne, bewaren van afval, bevuild linnen en welzijn van mensen en dieren bij het houden van huisdieren. Deze normen worden niet systematisch en expliciet bevraagd maar worden beoordeeld op basis van de rondgang in de voorziening. Indien er tijdens de rondgang problemen worden vastgesteld, worden deze in het verslag opgenomen.

Het kwaliteitsdecreet bepaalt dat er in het kwaliteitshandboek een procedure schoonmaak moet aanwezig zijn. In deze procedure wordt de planning en de organisatie van het onderhoud omschreven.

Bij de module logistiek is enkel de algemene minimale kwaliteitseis van toepassing nl. de procedure schoonmaak moet systematisch uitgeschreven zijn.

4.2 Globale vaststellingen

Uit tabel 1 blijkt dat niet bij elke inspectie elk aspect van de regelgeving werd bekeken en beoordeeld.

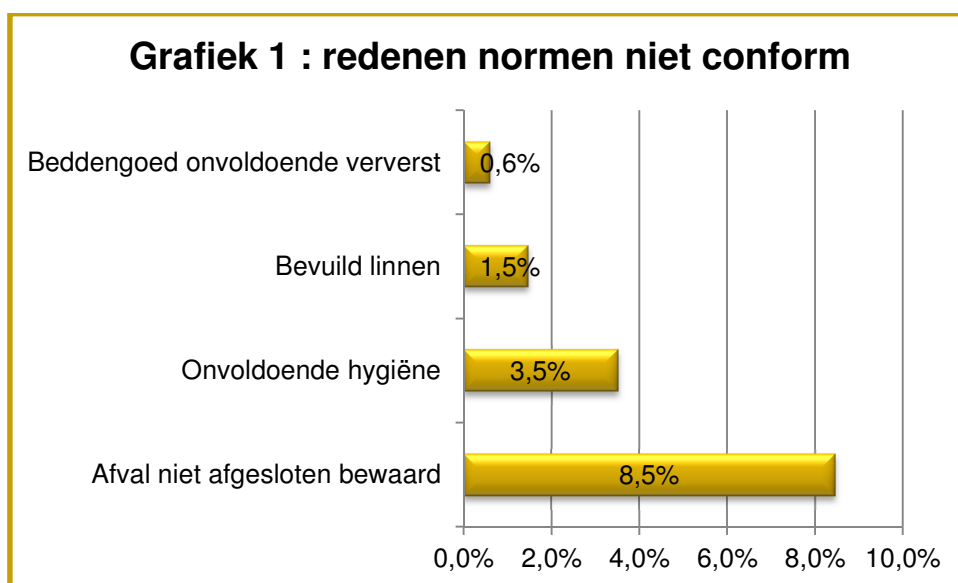
De erkenningsnormen werden 686 keren bevraagd, het kwaliteitshandboek en de SMK 194 keer.

Tabel 1: logistiek		
	totaal	%
naleving normen conform geen opmerkingen over hygiëne, bewaren van afval, bevuild linnen en welzijn van mensen en dieren bij het houden van huisdieren	602	88%
naleving normen niet conform opmerkingen over hygiëne, bewaren van afval, bevuild linnen en welzijn van mensen en dieren bij het houden van huisdieren	84	12%
naleving normen totaal	686	100%
naleving KHB conform er is een procedure schoonmaak in het KHB	178	92%
naleving KHB niet conform er is geen procedure schoonmaak in het KHB	16	8%
naleving KHB totaal	194	100%
naleving SMK conform de procedure is systematisch uitgeschreven	176	91%
naleving SMK niet conform de procedure is niet systematisch uitgeschreven	18	9%
naleving SMK totaal	194	100%

In de meeste voorzieningen zijn er geen opmerkingen over hygiëne (onderhoud van de kamers en de gemeenschappelijke ruimtes), over het bewaren van het afval, het linnen en het welzijn van mensen en dieren bij het houden van huisdieren.

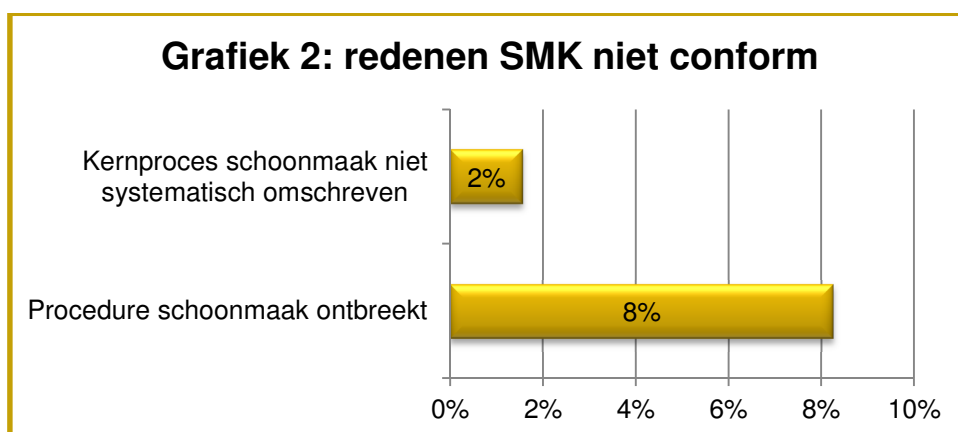
Van de bevroagde voorzieningen beantwoordt 88% aan deze normen (tabel 1). De meeste voorzieningen zijn dus wel in orde op dit vlak. Bij 12 % van de voorzieningen werden er tekorten vastgesteld.

De tekorten (grafiek 1) hebben vooral te maken met afval (in de kamers, gemeenschappelijk sanitair, badkamers, keukenafval, ...) dat niet afgesloten bewaard wordt met mogelijke geurhinder (8,5%), onvoldoende hygiëne nl. onderhoud van kamers en gemeenschappelijk ruimten (3,5 %) en tekorten i.v.m. het bedlinnen: het bedlinnen is bevuild (1,5 %) of wordt onvoldoende ververs (0,6%).



Bij 8% van de bevroagde voorzieningen ontbreekt er een procedure schoonmaak in het kwali teitshandboek.

In grafiek 2 worden de redenen SMK niet conform voorgesteld. Slechts 9% van de bevroagde voorzieningen (zie tabel 1) scoren niet conform wat betreft het naleven van de SMK. In 8% ontbreekt de procedure schoonmaak en in 2% is deze procedure niet systematisch omschreven.



4.3 Detailanalyse

Bij opsplitsing van de resultaten naar schaalgrootte (tabel 3) blijkt dat er bijna geen verschil is tussen de voorzieningen op het vlak van het niet naleven van de normen: grote voorzieningen: 13% niet conform, middelgrote: 12% en kleine voorzieningen: 11%.

Op het vlak van het naleven van de regels i.v.m. het kwaliteitshandboek is er een duidelijker verschil: de kleine voorzieningen scoren het meest niet conform: 17%, de middelgrote en grote voorzieningen respectievelijk 4% en 3%.

Ook het naleven van de SMK geeft een duidelijk verschil weer. Deze SMK (systematisch uitschrijven van procedure schoonmaak) geeft bij 19 % van de kleine voorzieningen tekorten, bij 6% van de grote voorzieningen en bij 4% van de middelgrote voorzieningen.

Tabel 3: logistiek volgens schaalgrootte								
	≤60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	190	89%	283	88%	129	87%	602	88%
naleving normen niet conform	24	11%	40	12%	20	13%	84	12%
naleving normen totaal	214	100%	323	100%	149	100%	686	100%
naleving KHB conform	53	83%	92	96%	33	97%	178	92%
naleving KHB niet conform	11	17%	4	4%	1	3%	16	8%
naleving KHB totaal	64	100%	96	100%	34	100%	194	100%
naleving SMK conform	52	81%	92	96%	32	94%	176	91%
naleving SMK niet conform	12	19%	4	4%	2	6%	18	9%
naleving SMK totaal	64	100%	96	100%	34	100%	194	100%

Bij de opsplitsing volgens erkenningsvorm (tabel 4) zijn er duidelijke verschillen voor zowel het naleven van de normen, het kwaliteitshandboek en de SMK.

13% van de bevroagde voorzieningen met een RVT- erkenning scoren niet conform de normen t.o.v. 9% van de voorzieningen zonder RVT-erkenning.

Op het vlak van niet naleving kwaliteitshandboek en SMK scoren de voorzieningen zonder een RVT-erkenning minder dan de voorzieningen met een RVT-erkenning (29% t.o.v. 4% voor het kwaliteitshandboek en 29% t.o.v. 6% voor de SMK. Zoals ook in een aantal andere modules vermeld, is de oorzaak hiervan misschien te zoeken in het feit dat voorzieningen met een RVT-erkenning over meer ondersteunend personeel kan beschikken en dat o.a. het kwaliteitshandboek beter wordt uitgeschreven en opgevolgd.

Tabel 4: logistiek volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	107	91%	495	87%	602	88%
naleving normen niet conform	11	9%	73	13%	84	12%
naleving normen totaal	118	100%	568	100%	686	100%
naleving KHB conform	22	71%	156	96%	178	92%
naleving KHB niet conform	9	29%	7	4%	16	8%
naleving KHB totaal	31	100%	163	100%	194	100%
naleving SMK conform	22	71%	154	94%	176	91%
naleving SMK niet conform	9	29%	9	6%	18	9%
naleving SMK totaal	31	100%	163	100%	194	100%

In tabel 5 wordt de opsplitsing volgens beheersvorm weergegeven. Zowel voor naleving normen, kwaliteitshandboek en de SMK is er een duidelijk verschil.

De voorzieningen uit de openbare sector scoren op de normen 16% niet conform, voorzieningen uit de privésector 15% en uit de VZW sector 9%.

Voor het naleven van het kwaliteitshandboek zijn 23% van de voorzieningen uit de privésector niet in orde t.o.v. 7% uit de VZW sector en 2% uit de openbare sector.

Op het vlak van naleving SMK hebben 23% van de voorzieningen uit de privésector tekorten, 8% uit de VZW-sector en 3% uit de openbare sector.

Tabel 5: logistiek volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	170	84%	105	85%	327	91%	602	88%
naleving normen niet conform	33	16%	19	15%	32	9%	84	12%
naleving normen totaal	203	100%	124	100%	359	100%	686	100%
naleving KHB conform	60	98%	27	77%	91	93%	178	92%
naleving KHB niet conform	1	2%	8	23%	7	7%	16	8%
naleving KHB totaal	61	100%	35	100%	98	100%	194	100%
naleving SMK conform	59	97%	27	77%	90	92%	176	91%
naleving SMK niet conform	2	3%	8	23%	8	8%	18	9%
naleving SMK totaal	61	100%	35	100%	98	100%	194	100%

4.4 Conclusies en aanbevelingen

4.4.1 Conclusies

De resultaten geven weer dat de meeste voorzieningen goed in orde zijn met hun logistieke werking. Slechts een klein percentage van de bevroegde voorzieningen scoort niet conform voor naleving normen, kwaliteitshandboek of SMK. Het grootste tekort heeft te maken met het bewaren van afval en het ontbreken van een procedure schoonmaak.

De woonzorgcentra vinden een propere en nette omgeving een belangrijk aspect in hun hulp- en dienstverlening.

Kleine voorzieningen, voorzieningen zonder RVT erkenning en voorzieningen uit de privésector scoren lager bij het naleven van het kwaliteitshandboek en de SMK.

4.4.2 Aanbevelingen

- ✓ De module logistiek is een module die voornamelijk geïnspecteerd wordt op basis van de rondgang. Deze rondgang geeft zeker niet altijd een volledig beeld van alle aspecten van de logistieke werking maar is zeker zinvol en een belangrijk aspect van een goede dienstverlening aan de bewoner. Het is aan te raden om logistiek, met rondgang als basismodule te behouden.

5 Voeding

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de naleving van de regelgeving i.v.m. voeding.

Voeding en maaltijden zijn belangrijke zaken voor de bewoners in de woonzorgcentra. In gebruikersraden zijn de maaltijden (wensen, voorkeuren, klachten) vaak een vast agendapunt of worden ze besproken bij de variapunten. Een aantal voorzieningen richten een menucommissie op om het maaltijdgebeuren continu te evalueren en te verbeteren.

In het woonzorgdecreet werden de normen van het ouderendecreet overgenomen. De bewoners moeten ten minste drie maaltijden aangeboden krijgen, waaronder één warme maaltijd. Deze maaltijden moeten volgens de hygiënische voorschriften worden bereid en ze moeten gevarieerd, gezond en afwisselend zijn. Het menu moet minstens één dag vooraf aan de bewoners worden meegedeeld. De bewoners moeten steeds gratis over drinkbaar water kunnen beschikken.

Een ander artikel bepaalt dat de voorziening een hitteplan moet ontwikkelen dat in werking treedt zodra de temperatuur in de woongelegenheden en in de gemeenschappelijke ruimten 29°C heeft bereikt. De informatie over het hitteplan wordt in het huidige inspectiemodel bij voeding genoteerd omdat dit veelal met voeding en voldoende vochtinname te maken heeft.

Het hitteplan dient te bestaan uit maatregelen zoals temperatuurbeheersing, vochttoediening en comfortzorg voor de bewoners.

Alle kamers en gemeenschappelijke ruimtes langs de zonkant moeten voorzien zijn van een systeem dat de bewoners tegen de zonnestrallen beschermt. De RVT-regelgeving zegt bovendien dat bij een hittegolf één van de leefruimten moet geklimatiseerd zijn en dat deze voldoende groot moet zijn om alle bewoners op te vangen.

Deze aspecten werden opgenomen bij de module infrastructuur en worden hier dus niet verder besproken.

Volgens het kwaliteitsdecreet moet er in het kwaliteitshandboek een procedure bereiding en distributie van voeding aanwezig zijn.

De minimale kwaliteitseis bepaalt dat deze procedure systematisch moet uitgeschreven worden.

Naast de formele toetsing van de normen, kwaliteitshandboek en SMK kan er in de rubriek toelichting van het inspectieverslag nog heel wat andere informatie worden opgenomen, o.a.:

- spreiding van de maaltijden,
- informatie over het menu en eventuele keuzemogelijkheden,
- aanwezigheid van een eigen keuken,
- groeperen van bewoners voor de maaltijden,
- het gebruiken van de maaltijden in groep of kamerbedeling,
- scheiding maaltijden en zorg,
- toelating Agentschap Voedselveiligheid
- het niet correct toepassen van de procedure ...

Sommige opmerkingen i.v.m. de hierboven vermelde punten kunnen als aandachtspunt in het inspectieverslag opgenomen.

De inspectie van de module voeding werd als focus opgenomen tijdens de inspecties in 2010.

5.2 Globale vaststellingen

De erkenningsnormen werden 372 keer bevestigd, het kwaliteitshandboek en de SMK 103 keer (tabel 1).

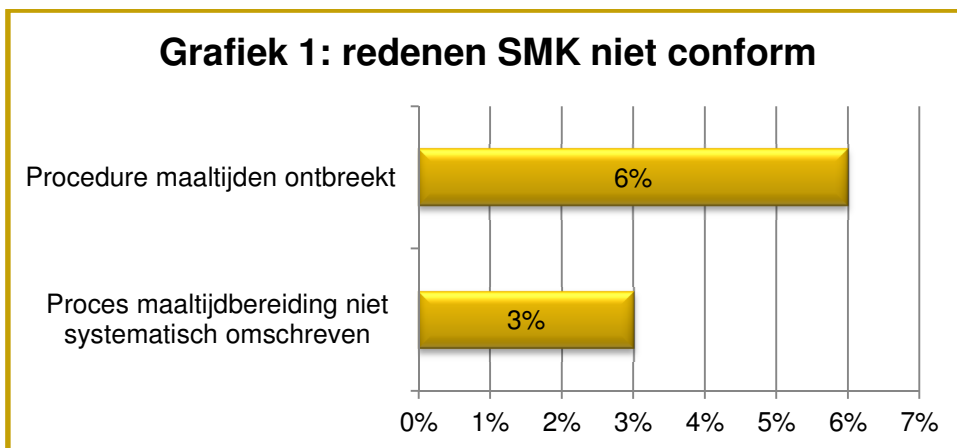
Tabel 1: voeding		
	totaal	%
naleving normen conform geen opmerkingen over de maaltijden en het menu, hitteplan aanwezig	299	80%
naleving normen niet conform opmerkingen over de maaltijden en het menu en hitteplan niet in orde	73	20%
naleving normen totaal	372	100%
naleving KHB conform er is een procedure bereiding en distributie van voeding	97	94%
naleving KHB niet conform er is geen procedure bereiding en distributie van voeding	6	6%
naleving KHB totaal	103	100%
naleving SMK conform de procedure is systematisch omschreven	94	91%
naleving SMK niet conform de procedure is niet systematisch omschreven	9	9%
naleving SMK totaal	103	100%

Bij de naleving van de normen blijkt dat 80% van de bevestigde voorzieningen aan de normen beantwoordt. Dus 20% van de voorzieningen scoort tekort, er zijn opmerkingen over de maaltijden en het menu en het hitteplan is niet in orde (tabel 1).

Het grootste tekort bij het naleven van de normen heeft te maken met het ontbreken van een hitteplan (18%). Het niet tijdig meedelen van het menu, het volgen van dieetvoorschriften ... komen zeer sporadisch aan bod.

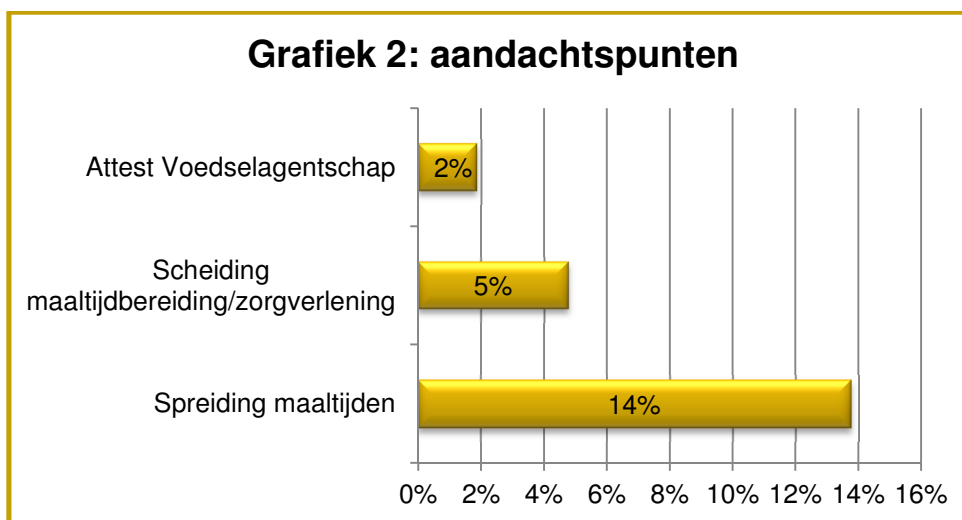
Bij de inspectie van het kwaliteitshandboek blijkt dat 6% van de bevestigde voorzieningen niet conform scoren (tabel 1). Deze voorzieningen hebben geen procedure bereiding en distributie van voeding in hun kwaliteitsboek.

Bij 9% van de bevestigde voorzieningen is er een tekort voor de SMK vastgesteld (tabel 1). Het tekort heeft te maken met de procedure die ontbreekt (6%) of een procedure die niet systematisch werd omschreven (3%), zie grafiek 1.



De aandachtspunten bij de inspectie van voeding vastgesteld, worden voorgesteld in grafiek 2.

- Het meest voorkomende aandachtspunt is geen goede spreiding van de maaltijden (14%).
- Bij 5% is er geen scheiding maaltijdbereiding en zorg: medewerkers in de nachtdienst bereiden vb. het ontbijt zonder hygiënische maatregelen in acht te nemen.
- Bij 2% van de voorzieningen ontbreekt een attest van het Agentschap Voedselveiligheid.



5.3 Detailanalyse

Bij de opsplitsing van de data volgens schaalgrootte (tabel 2) blijkt dat de tekorten i.v.m. naleving van de normen een klein verschil aangeven: het tekort is het grootst bij de kleine en de middelgrote voorzieningen, allebei 21% t.o.v. 14% van de grote voorzieningen.

Voor de naleving van het KHB is het verschil het grootst. De kleine voorzieningen scoren 14% niet conform t.o.v. 2% voor de middelgrote en 0% voor de grote voorzieningen.

De tekorten i.v.m. de SMK's komen procentueel meer voor bij de kleine voorzieningen nl. 17% t.o.v. 9% voor de grote en 2% voor de middelgrote voorzieningen).

Tabel 2: voeding volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120		> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	99	79%	132	79%	68	86%	299	80%
naleving normen niet conform	27	21%	35	21%	11	14%	73	20%
naleving normen totaal	126	100%	167	100%	79	100%	372	100%
naleving KHB conform	31	86%	43	98%	23	100%	97	94%
naleving KHB niet conform	5	14%	1	2%	0	0%	6	6%
naleving KHB totaal	36	100%	44	100%	23	100%	103	100%
naleving SMK conform	30	83%	43	98%	21	91%	94	91%
naleving SMK niet conform	6	17%	1	2%	2	9%	9	9%
naleving SMK totaal	36	100%	44	100%	23	100%	103	100%

De opsplitsing van de resultaten volgens erkenningvorm worden weergegeven in tabel 3. De voorzieningen zonder RVT-erkenning behalen duidelijk meer tekorten op zowel naleving van de normen (29%), als naleving kwaliteitshandboek (25%) en SMK (25%).

Tabel 3: voeding volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	48	71%	251	83%	299	80%
naleving normen niet conform	20	29%	53	17%	73	20%
naleving normen totaal	68	100%	304	100%	372	100%
naleving KHB conform	15	75%	82	99%	97	94%
naleving KHB niet conform	5	25%	1	1%	6	6%
naleving KHB totaal	20	100%	83	100%	103	100%
naleving SMK conform	15	75%	79	95%	94	91%
naleving SMK niet conform	5	25%	4	5%	9	9%
naleving SMK totaal	20	100%	83	100%	103	100%

Bij de opsplitsing van de gegevens volgens beheersvorm (tabel 5) zien we zowel voor het naleven van de norm, het kwaliteitshandboek als de SMK een duidelijk verschil. De privésector scoort meer tekorten bij de naleving van de normen (38%), kwaliteitshandboek(27%) en SMK (27%).

Tabel 5: voeding volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	90	86%	46	62%	163	84%	299	80%
naleving normen niet conform	15	14%	28	38%	30	16%	73	20%
naleving normen totaal	105	100%	74	100%	193	100%	372	100%
naleving KHB conform	29	100%	11	73%	57	97%	97	94%
naleving KHB niet conform	0	0%	4	27%	2	3%	6	6%
naleving KHB totaal	29	100%	15	100%	59	100%	103	100%
naleving SMK conform	26	90%	11	73%	57	97%	94	91%
naleving SMK niet conform	3	10%	4	27%	2	3%	9	9%
naleving SMK totaal	29	100%	15	100%	59	100%	103	100%

5.4 Conclusies en aanbevelingen

5.4.1 Conclusies

De meeste voorzieningen scoren conform voor het naleven van de regels i.v.m. voeding. De tekorten hebben vooral te maken met het ontbreken van een hitteplan of het ontbreken van de procedure bereiding en distributie van voeding.

De kleine voorzieningen, de voorzieningen zonder RVT erkenning en de voorzieningen uit de privésector behalen de meeste tekorten.

5.4.2 Aanbevelingen

- ✓ Voeding en maaltijden zijn belangrijke aspecten in het leven van bewoners in woonzorgcentra. Dit blijkt ook uit de verslagen van de gebruikersraden en sommige klachten. Het is belangrijk dat voorzieningen blijvend aandacht schenken aan de wensen en voorkeuren van bewoners. Het is aangewezen om een gevarieerd menu met de juiste verhoudingen aan te bieden en keuzemogelijkheden te voorzien. Het is ook belangrijk dat voorzieningen aandacht hebben voor een goede spreiding van de maaltijden.
- ✓ De inspectie van voeding is gebaseerd op formele vereisten. Het is een uitdaging om dit aspect meer zorg gerelateerd te inspecteren.
- ✓ De inspectie van het hitteplan gebeurde op een meer theoretisch manier. Het plan werd bijna nooit in uitvoering geïnspecteerd. Het is aan te raden om de praktische uitvoering van het hitteplan te inspecteren.

6 Personeelsformatie

6.1 Inleiding

Voldoende aantal en voldoende gekwalificeerd personeel is één van de basisvoorwaarden om een kwalitatieve dienstverlening te bieden. 'Personeelsformatie' geeft een beeld of voorzieningen voldoen aan deze basisverwachting.

Zowel in het ouderendecreet als in het woonzorgdecreet hanteert men dezelfde vereisten wat personeelsnormen/voorwaarden betreft.

Verplichte disciplines zijn: dagelijks verantwoordelijke, verpleegkundigen, verzorgenden, animatiedeskundigen, keuken- en onderhoudspersoneel.

In het woonzorgdecreet staat dat keuken- en onderhoudstaken door externe medewerkers mogen uitgevoerd worden. Bij de beoordeling van deze norm werd dan ook – daar waar van toepassing – verhoudingsgewijs (volgens vereist aantal) rekening gehouden met het aantal externe werknemers. In het woonzorgdecreet wordt verder nog gesteld dat de voorziening moet kunnen beroep doen op een kwaliteitscoördinator. De kwaliteitscoördinator moet wel consulteerbaar zijn maar dient niet op de loonlijst te staan van één specifiek woonzorgcentrum en mag ook een externe consultant zijn. Deze functie werd niet systematisch bevraagd.

De RVT-wetgeving legt de voorzieningen specifieke hogere personeelsnormen op voor verpleegkundigen en verzorgenden. Er worden ook bijkomende functies vereist: hoofdverpleegkundige, kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist en meer recent (2009) personeel voor reactivering dat een bekwaliging heeft in palliatieve zorg.

Het kwaliteitsdecreet bepaalt dat in het kwaliteitshandboek het conditioneel element middelen (personeel, budget en kwaliteitsmethodieken) moet omschreven staan. Hiermee wordt bedoeld dat organisatorische keuzes over het personeelsbestand moeten weergegeven worden in het kwaliteitshandboek. Dit werd niet systematisch bevraagd en wordt niet verder weergegeven in dit rapport.

De minimale kwaliteitseis stelt dat de voorziening voldoende en deskundig personeel moet inzetten om haar doelstellingen te realiseren. Deze minimale kwaliteitseis valt samen met de personeelsnormen. Aangezien dit geen meerwaarde biedt aan de beschrijving van de personeelsformatie wordt deze minimale kwaliteitseis niet verder in dit rapport opgenomen.

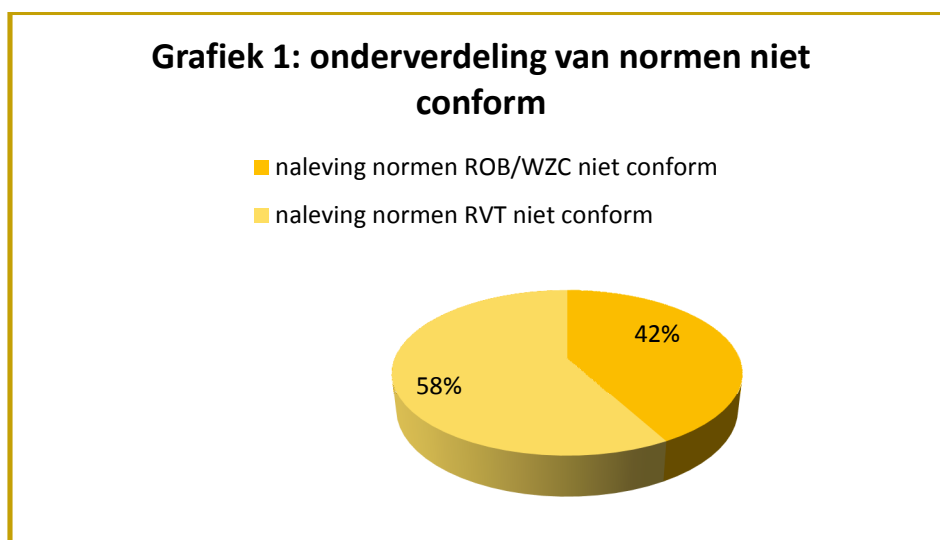
6.2 Globale vaststellingen

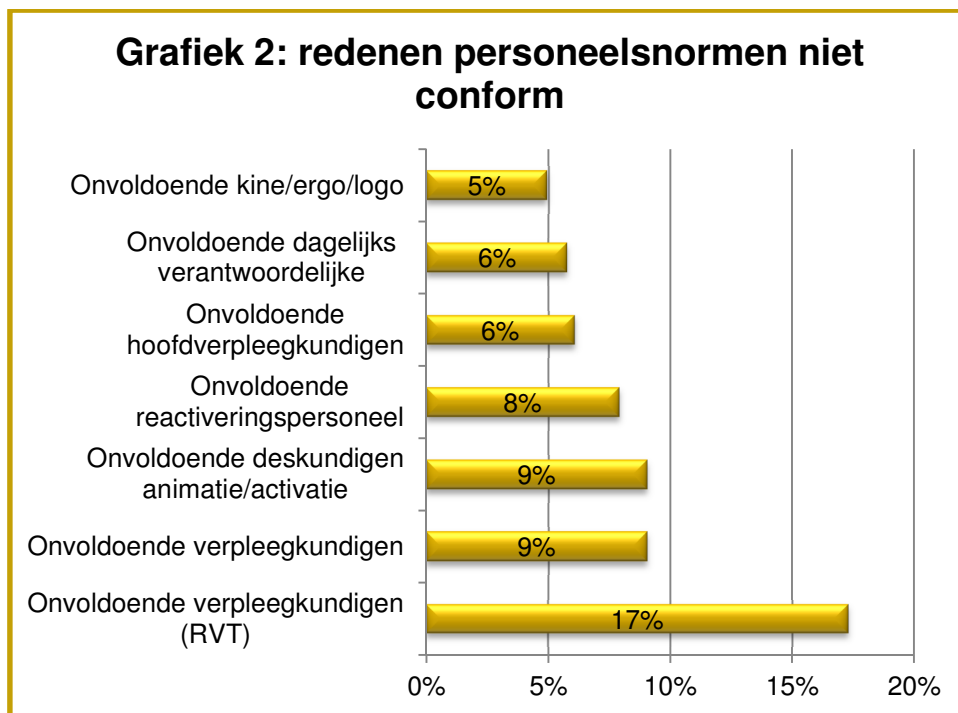
De deelmodule personeelsformatie werd 712 keer bevroegd.

Uit tabel 1 blijkt dat 42% van de voorzieningen niet voldoet aan de personeelsnormen.

Tabel 1: personeelsformatie		
	totaal	%
naleving normen conform er zijn geen opmerkingen over de personeelsaantallen	416	58%
naleving normen niet conform er zijn opmerkingen over de personeelsaantallen	296	42%
naleving normen totaal	712	100%

Van de personeelsnormen die niet nageleefd worden, gaat het in 58% om RVT-personeelsnormen en in 42% om ROB/WZC-normen (grafiek 1).





Grafiek 2 geeft de meest voorkomende personeelsnormtekorten weer:

- Het grootste tekort is het ontbreken van verpleegkundig personeel. Indien van toepassing werd rekening gehouden met de substitutieregel: onder bepaalde voorwaarden mag 1 VTE verpleegkundige per 30 bewoners worden vervangen door een andere kwalificatie. Zelfs met de toepassing van deze regel heeft nog 17% van de RVT-voorzieningen een tekort aan verpleegkundigen.

Voor de ROB-norm of de woonzorgvoorwaarde betreffende verplegend personeel gaat het om een tekort van 9% van alle voorzieningen.

Dit resultaat is een bevestiging van wat de sector al meermaals kenbaar heeft gemaakt, zowel in de media als in gesprek tijdens de inspecties. Het vinden van verplegend personeel wordt moeilijk. Daardoor ziet men nu ook nieuwe ontwikkelingen op de arbeidsmarkt zoals het aanwerven van buitenlandse arbeidskrachten. Gegevens over buitenlandse arbeidskrachten worden door Zorginspectie nog niet opgevraagd.

- 9% van de voorzieningen heeft onvoldoende animatoren.

- Betreffende personeel voor reactivering dat een bekwaamheid heeft in palliatieve zorg wordt een tekort vastgesteld bij 8% bij de bevroegde voorzieningen. Het gaat hier om een betrekkelijk nieuwe norm (2009) die bij een aantal voorzieningen wat verwarring en onduidelijkheid veroorzaakte. Indien de voorziening niemand had aangeduid op de personeelslijst werd een overschot aan personeel met daarvoor in aanmerking komende kwalificaties in rekening gebracht. De inhoudelijke uitvoering (werken in kader van palliatieve zorg) wordt in een latere fase getoetst (bij bevraging module palliatieve zorg).

- 6% van de voorzieningen heeft niet voldoende hoofdverpleegkundigen aangesteld.

- 6% van de voorzieningen heeft geen voltijds dagelijks verantwoordelijke in dienst.

- 5% van de voorzieningen heeft onvoldoende kinesitherapeuten en/of ergotherapeuten en/of logopedisten in dienst. Het kan hierbij gaan over een totaal waaraan men niet voldoet of dat de verhouding: 1/3 kinesitherapeut, 1/3 ergotherapeut en 1/3 vrij te bepalen, niet werd gerespecteerd.

Het aantal voorzieningen met te weinig keuken- en onderhoudspersoneel (2%) en verzorgenden (1%) ligt zeer laag.

Naast de verplichte disciplines noteerden de inspecteurs ook welk personeel de voorziening extra in dienst had.

De meest voorkomende niet verplichte disciplines waren:

- administratief personeel - in 68% van de voorzieningen
- andere (niet gespecificeerd door inspecteur) - in 50% van de voorzieningen
- logistiek personeel - in 42% van de voorzieningen
- maatschappelijk werker - in 29% van de voorzieningen
- hoofd bewonerszorg - in 15% van de voorzieningen
- kwaliteitscoördinator - in 10% van de voorzieningen

Verhoudingsgewijs heeft de openbare sector het meest bijkomend personeel in niet verplichte disciplines in dienst, gevolgd door de VZW-sector. De privésector heeft het minst bijkomende disciplines in dienst.

6.3 Detailanalyse

Uit de opsplitsing van de resultaten volgens de schaalgrootte van de voorziening (tabel 2) blijkt dat er amper een verschil waarneembaar is tussen de kleine, middelgrote en grote voorzieningen voor het naleven van de personeelsnormen.

Tabel 2: personeelsformatie volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	126	57%	198	59%	92	59%	416	58%
naleving normen niet conform	96	43%	137	41%	63	41%	296	42%
naleving normen totaal	222	100%	335	100%	155	100%	712	100%

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens erkenningsvorm (tabel 3) zien we een klein verschil. 36% van de voorzieningen met enkel een ROB-erkenning heeft een tekort op de personeelsnormen en 43% van de voorzieningen met RVT-erkenning.

Tabel 3: personeelsformatie volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	79	64%	337	57%	416	58%
naleving normen niet conform	44	36%	252	43%	296	42%
naleving normen totaal	123	100%	589	100%	712	100%

Uit de onderverdeling van de resultaten volgens beheersvorm (tabel 4) is er een duidelijk verschil waarneembaar. Bij 60% van de voorzieningen in de privésector is de personeelsformatie niet in orde. In de VZW-sector is 39% van de voorzieningen niet in orde. In de openbare sector zijn 34% van de voorzieningen niet conform de norm.

Tabel 4: personeelsformatie volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	138	66%	53	40%	225	61%	416	58%
naleving normen niet conform	71	34%	81	60%	144	39%	296	42%
naleving normen totaal	209	100%	134	100%	369	100%	712	100%

De personeelsnorm betreffende animatie werd specifiek bekeken volgens beheersvorm. Blijkt dat 5% van de openbare sector niet in orde is met deze norm, 7% van de VZW-sector en 22% van de privésector. De privésector wordt niet gesubsidieerd voor de animatiefunctie.

6.4 Bijkomende analyse verpleegkundig en verzorgend personeel

De personeelstabellen van de inspectieverslagen leveren een aantal interessante bijkomende cijfergegevens.

Zo blijkt dat er in de bevroegde voorzieningen in totaal 8.258,51 VTE verpleegkundigen aan het werk waren op het ogenblik van de inspecties. Volgens de normen moesten er 7.712,13 VTE verpleegkundigen zijn. Dit betekent dat de bevroegde instellingen in totaal een surplus op de norm verpleegkundigen hebben van 7,1%.

Deze cijfers geven het effectief aantal verpleegkundigen weer. Er werd geen rekening gehouden met de substitutieregel waarbij voor RVT een beperkt aantal verpleegkundigen mogen vervangen worden door andere disciplines.

Deze cijfers moeten genuanceerd worden omdat een aantal verpleegkundigen niet in de basiszorg staat maar een andere functie uitoefent binnen het woonzorgcentrum, bv. kwaliteitscoördinator.

Voor voorzieningen met enkel een ROB-erkenning is er een surplus aan verpleegkundigen van 41,7% en voor de voorzieningen met een RVT-erkenning 5,9% (tabel 5).

De personeelsnormen houden geen rekening met de zorggraad binnen een ROB-voorziening. Vaak zijn er in deze instellingen ook bewoners met een zware zorggraad. De personeelsnorm volgt de reële behoeften niet en blijkbaar ervaren een aanzienlijk aantal van de voorzieningen met enkel een ROB-erkenning toch de noodzaak om verpleegkundigen bovenop de norm aan te werven.

Tabel 5: totaal verpleegkundigen volgens erkenningsvorm			
	ROB/WZC	RVT	totaal
effectief	367,07	7.891,44	8.258,51
vereist	259,07	7.453,07	7.712,13
% verschil t.o.v. vereist	41,7%	5,9%	7,1%

Als dit bekeken wordt volgens beheersvorm, stellen we vast dat de openbare sector 14,4% boven de norm zit, de VZW-sector 5% boven de norm scoort en de privésector 4,6% onder de norm scoort (tabel 6).

Tabel 6: totaal verpleegkundigen volgens beheersvorm				
	Openbaar	Privé	VZW	totaal
effectief	3.110,99	925,30	4.222,22	8.258,51
vereist	2.718,83	970,30	4.023,00	7.712,13
% verschil t.o.v. vereist	14,4%	-4,6%	5,0%	7,1%

In de bevroegde voorzieningen waren er in totaal 13.419,49 VTE verzorgenden aan het werk op het ogenblik van de inspecties. Volgens de normen moesten er 8.586,30 VTE verzorgenden zijn. Dit betekent dat de bevroegde instellingen in totaal een surplus op de norm verzorgenden hebben van 56,3%.

Voor voorzieningen met enkel een ROB/WZC-erkenning is dit een surplus aan verzorgenden van 76,2% en voor de voorzieningen met een RVT-erkenning 55,3% (tabel 7).

Tabel 7: totaal verzorgenden volgens erkenningsvorm			
	ROB/WZC	RVT	totaal
effectief	684,72	12.734,77	13.419,49
vereist	388,6	8.197,70	8.586,30
% verschil t.o.v. vereist	76,2%	55,3%	56,3%

Als deze gegevens bekeken worden volgens beheersvorm, stellen we vast dat de openbare sector 67,7% boven de norm zit, de VZW-sector 56,3% boven de norm scoort en de privésector 32,6% boven de norm scoort (tabel 8).

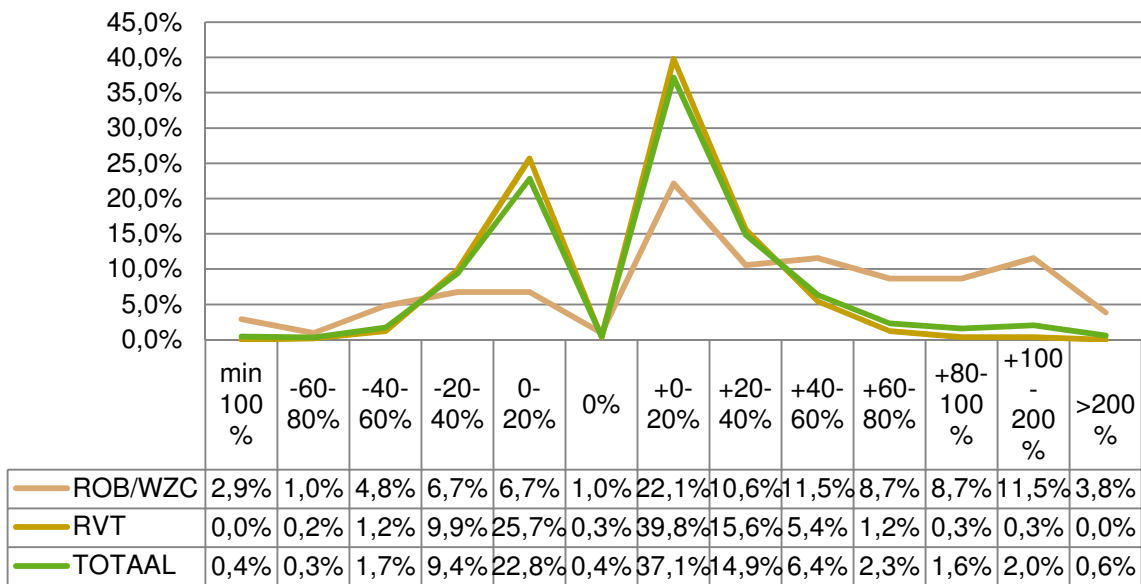
Tabel 8: totaal verzorgenden volgens beheersvorm				
	Openbaar	Privé	VZW	totaal
effectief	5.075,39	1.476,92	6.867,17	13.419,49
vereist	3.026,73	1.113,87	4.445,70	8.586,30
% verschil t.o.v. vereist	67,7%	32,6%	54,5%	56,3%

Grafiek 3 geeft weer hoe de verdeling is van het aantal voorzieningen met tekorten en met surplus aan verpleegkundigen en dit volgens erkenningsvorm.

De groene lijn geeft het resultaat weer voor de volledige sector. Hier zien we dat 37,1% van de voorzieningen net boven de norm (tot 20% extra verpleegkundigen in dienst) zit en 22,8% van de voorzieningen net beneden de norm (tot 20% onvoldoende verpleegkundigen in dienst).

RVT-voorzieningen situeren zich meer rond de norm zowel in negatieve zin (tekort tot 20%) als in positieve (surplus tot 20%) zin. Dit terwijl de ROB-voorzieningen minder scoren op de eerste categorie surplus (tot 20%) en de categorie 20% tot 40% surplus maar verder in de curve wel een minder sterke daling hebben ten opzicht van de RVT-voorzieningen

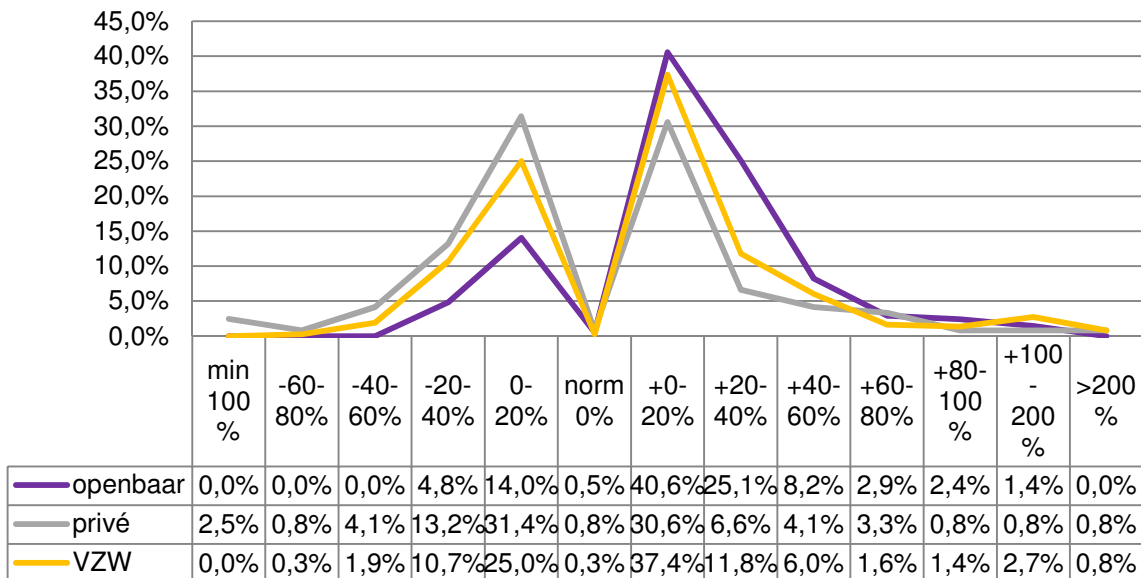
Grafiek 3: tekort en surplus aan verpleegkundigen volgens erkenningsvorm



Grafiek 4 geeft weer hoe de verdeling is van het aantal voorzieningen met tekorten en met overschotten aan verpleegkundigen en dit volgens beheersvorm.

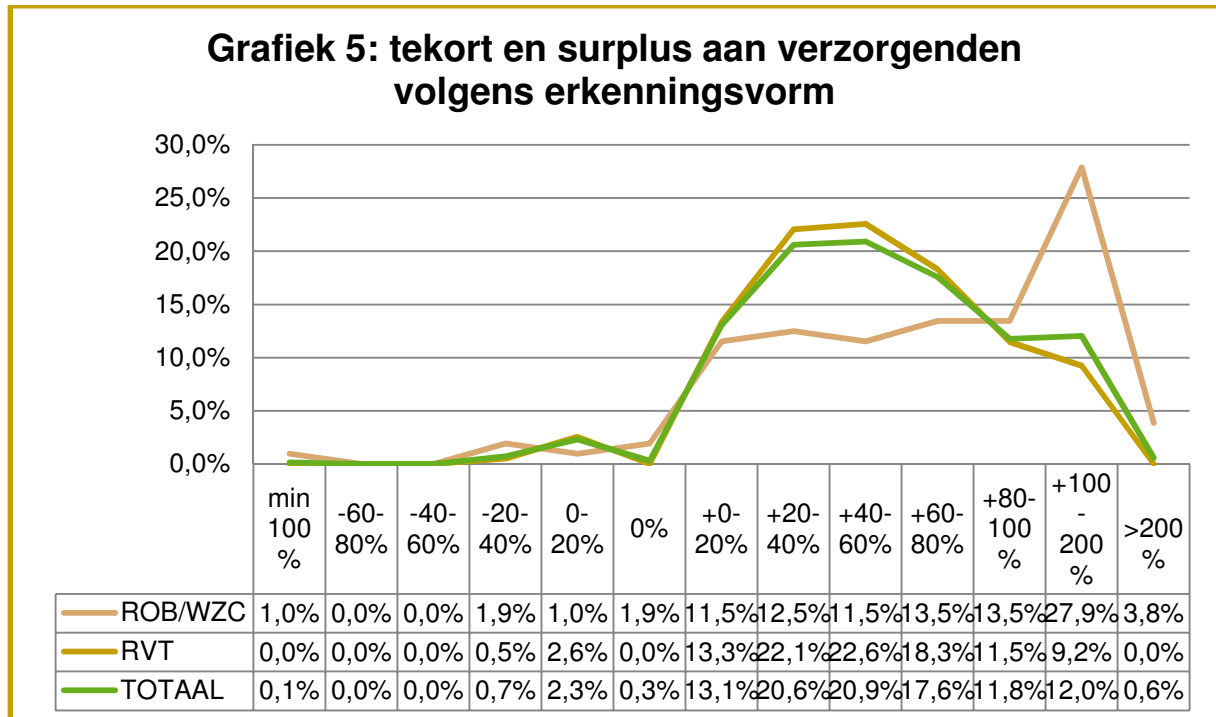
De 3 beheersvormen volgen eenzelfde curve waarbij in de openbare sector het minst voorzieningen zijn met een tekort aan verpleegkundigen en procentueel het meest aantal voorzieningen met een surplus aan verpleegkundigen. Zij worden gevolgd door de VZW-sector. De voorzieningen uit de privésector hebben het meest tekort aan verpleegkundigen en het minst surplus.

Grafiek 4: tekort en surplus aan verpleegkundigen volgens beheersvorm



Grafiek 5 geeft weer hoe de verdeling is van het aantal voorzieningen met tekorten en surplus aan verzorgenden en dit volgens erkenningsvorm.

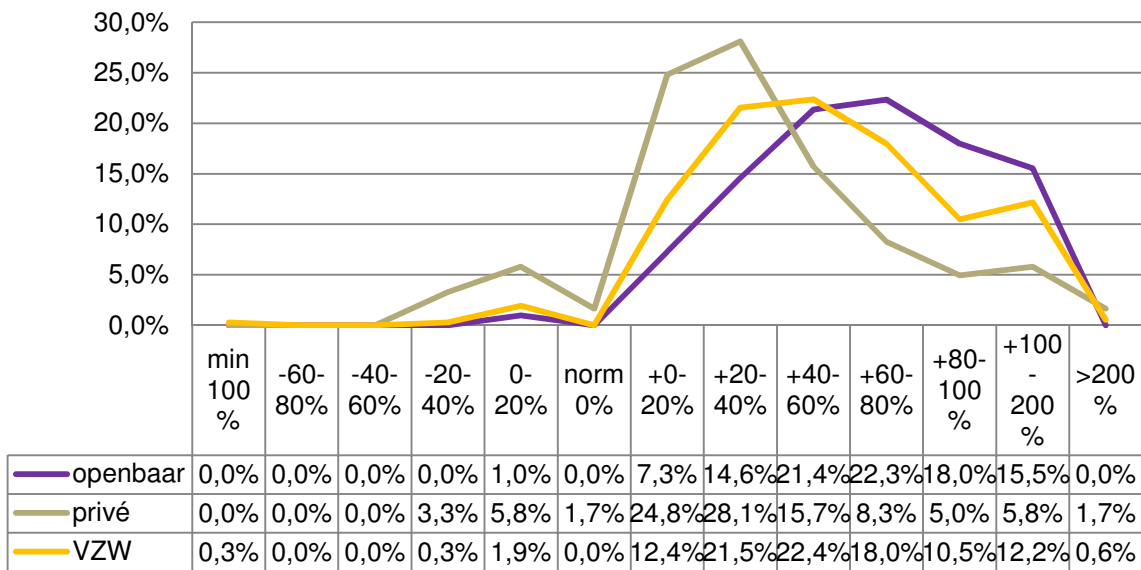
De groene lijn geeft het resultaat weer voor de volledige sector. Hier zien we dat slechts 2,3% van de voorzieningen net beneden de norm (tot 20% onvoldoende verzorgenden in dienst) zit en dat vele voorzieningen zich situeren in de categorieën 40%, 60% en 80% verzorgenden bovenop de norm . Een opvallend cijfer in deze grafiek is dat 27,9% van de ROB-voorzieningen tussen 100% tot 200% boven de personeelsnorm van verzorgenden komt.



Grafiek 6 geeft weer hoe de verdeling is van het aantal voorzieningen met tekorten en surplus aan verzorgenden en dit volgens beheersvorm.

De drie beheersvormen scoren allemaal weinig tekorten, de privésector heeft het meest voorzieningen met tekorten. De privésector scoort het best met het aantal voorzieningen met een surplus aan verzorgenden in de categorieën tot 20% en 20% tot 40% maar zakt daarna onder de 2 andere beheersvormen en heeft verder in de curve nog een klein percentage van voorzieningen welke boven de 200% surplus zit.

Grafiek 6: tekort en surplus aan verzorgenden volgens beheersvorm



Bijkomend werd, louter informatief, de oefening gemaakt om de gegevens over het tekort en surplus van verplegend en verzorgend personeel (in de grafiektitel = zorgpersoneel) samen te nemen.

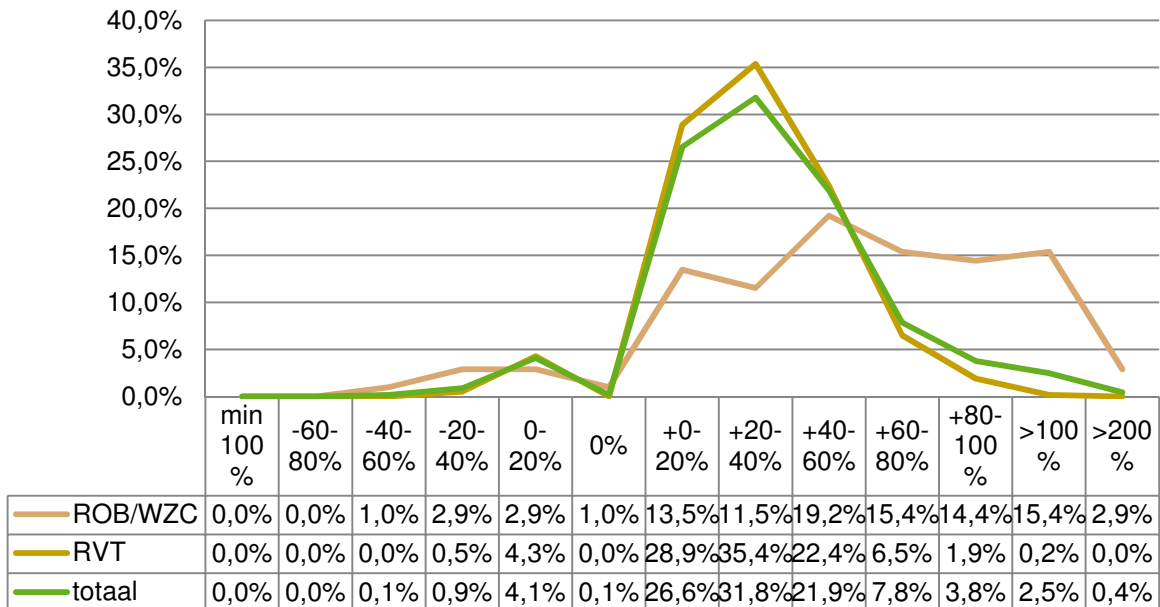
Hieromtrent bestaat er geen norm.

De oefening illustreert de verhouding van de totaliteit van het zorgpersoneel (niet onderscheiden door kwalificatie) ten opzichte van de erkenningsvorm en ten opzichte van de beheersvorm.

Grafiek 7 geeft de verhouding in totaal aantal zorgpersoneel (verpleegkundigen en verzorgenden) ten opzichte van de erkenningsvorm.

De groene lijn geeft het resultaat weer voor de ganse sector. Hier zien we dat er weinig tekorten zijn in aantallen. RVT-voorzieningen scoren voornamelijk in de 3 eerste categorieën surplus (tot 60%). Dit terwijl er minder ROB-voorzieningen scoren in de eerste categorieën surplus maar zij leveren een stabiel resultaat over alle categorieën in surplus.

Grafiek 7: aantallen 'zorgpersoneel' volgens erkenningsvorm

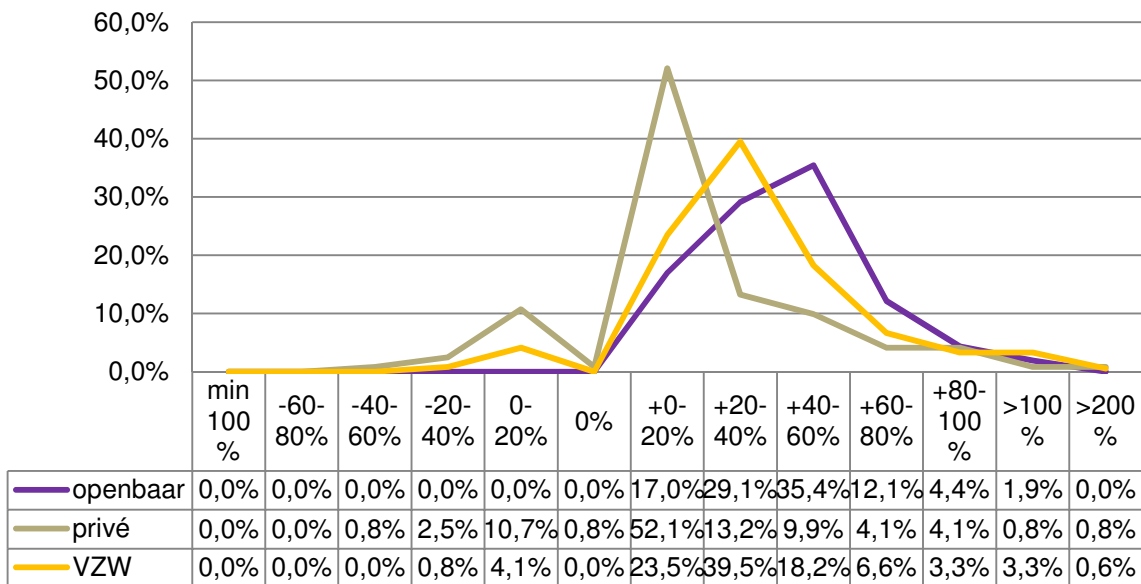


Grafiek 8 geeft de verhouding weer van het totaal aantal zorgpersoneel (verzorgenden en verpleegkundigen) ten opzichte van de beheersvorm.

Hier zien we dat de privésector het hoogst scoort in de categorie surplus tussen 0 en 20%, maar dan snel zakt onder de 2 andere sectoren. De VZW-sector scoort het best in de categorie surplus tussen 20% en 40% en de openbare sector best in de categorie surplus tussen 40% en 60%.

De openbare sector heeft voldoende zorgpersoneel in aantal. De VZW-sector heeft een tekort in aantal van 4,1% in de categorie tot 20% zorgpersoneel te weinig en nog een klein tekort in de volgende categorie. De privésector heeft een tekort in aantal van 10,7% in de categorie tot 20% zorgpersoneel te weinig, 2,5% in de categorie 20% tot 40% zorgpersoneel te weinig en nog een klein tekort in de volgende categorie.

Grafiek 8: aantallen 'zorgpersoneel' volgens beheerssvorm



6.5 Conclusies en aanbevelingen

6.5.1 Conclusies

58% van de voorzieningen voldoet aan alle personeelsnormen.

Op de verschillende personeelsnormen worden tekorten vastgesteld.

Het grootste tekort dat wordt vastgesteld, is onvoldoende verplegend personeel in kader van de RVT-norm en vervolgens ook in kader van de ROB-norm of WZC-voorwaarde.

9% van de voorzieningen heeft een tekort aan animatoren terwijl voorzieningen uit de openbare en VZW-sector beroep kunnen doen op specifieke subsidiëring voor deze functie.

Iets minder tekorten werden vastgesteld voor het aanstellen van hoofdverpleegkundigen, voltijds dagelijks verantwoordelijken en kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist.

Positief is dat bijna alle voorzieningen (99%) voldoende verzorgenden (zowel voor de RVT-norm als voor de ROB-norm of WZC-voorwaarde) en keuken- en onderhoudspersoneel in dienst hebben.

Er is bijna geen verschil in tekorten op de personeelsformatie tussen kleine, middelgrote en grotere voorzieningen.

In het onderscheid volgens beheersvorm blijkt dat de privésector het hoogste percentage niet conform scoort.

Uit de bevraging blijkt verder nog dat vele voorzieningen bereid zijn één of meerdere niet verplichte functies/disciplines in het personeelsbestand op te nemen.

Naast tekorten werd ook bekeken hoe de bevroegde voorzieningen globaal scoren op het in dienst hebben van verpleegkundigen en verzorgenden. Globaal hebben de bevroegde voorzieningen een surplus van 7,1% op de norm verpleegkundigen en een surplus van 56,3% op de norm verzorgenden.

Uit de gegevens blijkt dat een aanzienlijk deel van de ROB-voorzieningen verpleegkundigen boven de norm aanwerven. Dit betekent echter niet dat deze surplus zou volstaan om een volledige zorgomkadering te hebben om aan RVT-normering te voldoen.

6.5.2 Aanbevelingen

- ✓ De bevroagde voorzieningen hebben samen een klein surplus op de norm van verpleegkundigen (7,1%). Dit volstaat echter niet om de individuele tekorten (17% en 9%) in voorzieningen op te vangen.
De norm is een minimale vereiste en dekt niet noodzakelijk de reële behoefte binnen een voorziening.
Eén van de uitdagingen van de zorgsector blijft dan ook om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden. Initiatieven die ervoor zorgen dat er meer verpleegkundigen naar de ouderensector komen en blijven, zouden dan ook op een reële nood inspelen en kunnen alleen maar toegejuicht worden.
Het vereist van de voorzieningen een creatief en stimulerend personeelsbeleid om deskundig en capabel personeel aan te trekken en in dienst te houden.
- ✓ Het moet mogelijk zijn dat een bewoner zorgomkadering krijgt volgens diens zorgprofiel en niet volgens de erkenningsvorm van de voorziening waar hij/zij in verblijft.
- ✓ Uit de resultaten blijkt dat voorzieningen ook niet verplichte functies opnemen in hun personeelsbestand. Vanuit inspectie kan dit nog beter gedifferentieerd geregistreerd worden zodat duidelijk wordt waaruit de grote groep 'anderen' bestaat.
- ✓ Er zijn geen gegevens via het inspectieverslag beschikbaar over de nieuwe tendens om buitenlandse verpleegkundigen in te zetten. Vermits toch meer vragen in dat verband worden gesteld en die tewerkstelling niet enkel het domein welzijn aanbelangt, kan Zorginspectie overwegen om gegevens betreffende buitenlandse arbeidskrachten (aangeworven via een bureau of rechtstreeks aangeworven door de voorziening) op te nemen in de registratie zodat op termijn hierover wel gegevens kunnen verstrekt worden.

7 Zorgverlening: zorgpraktijk en zorgdossiers

7.1 Inleiding

Bewoners die naar een woonzorgcentrum komen hebben in lichte of zware mate nood aan hulp. Van zorg - in een WZC - mag verwacht worden dat deze in eerste instantie uiteraard geboden wordt en dat deze op een methodische doordachte en professionele manier wordt voorzien.

In het ouderendecreet staat dat aan de bewoner steeds de nodige hulp geboden moet worden bij de dagelijkse lichaamsverzorging. Elke bewoner moet minstens eenmaal per week een bad of douche kunnen nemen. In voorkomend geval moeten de bewoners steeds over voldoende en aangepast incontinentiemateriaal kunnen beschikken. Verder dient de voorziening de nodige maatregelen te nemen om de veiligheid van de bewoner te optimaliseren.

In het woonzorgdecreet zijn dezelfde voorwaarden opgenomen. Wat het zorg- en begeleidingsplan betreft, zijn er specifieke voorwaarden naar inhoud en opvolging geformuleerd. Daarin wordt rekening gehouden met een maximale persoonlijke autonomie en zelfverantwoordelijkheid. Verder moet het woonzorgcentrum kunnen aantonen dat de bewoner of zijn familie en mantelzorgers instemmen met het zorg- en begeleidingsplan.

De RVT-wetgeving vermeldt dat het rust- en verzorgingstehuis moet beschikken over de noodzakelijke middelen om een familiale sfeer, de verzorging, de bewaking, de activiteiten en de vrijetijdsbezigheden van de bewoners te waarborgen. De voorziening moet een individueel administratief en een individueel verzorgingsdossier bijhouden. Wat dit inhoudelijk betekent, staat in de wettekst nader omschreven.

Het kwaliteitsdecreet bepaalt dat het kwaliteitshandboek een procedure voor planning en organisatie van de begeleiding, verzorging en verpleging (inclusief palliatieve zorg) moet bevatten. In dit onderdeel van de bevraging van de voorzieningen gaat het voornamelijk over het gedeelte verzorging en verpleging. Palliatieve zorg wordt in een andere module opgenomen en is als focus niet aan bod gekomen.

Aan deze procedure werd een specifieke minimale kwaliteitseis gekoppeld: de interne en externe hulp- en dienstverlening wordt opgevolgd, in samenspraak met de gebruiker. Een andere specifieke minimale kwaliteitseis die op zorg betrekking heeft is: de medewerkers moeten over de nodige kwalificaties beschikken voor de opdrachten die zij vervullen.

In dit onderdeel wordt voornamelijk de verzorgende en verpleegkundige hulp besproken.

De inspectie van dit onderdeel bestaat voor een groot stuk uit het nazicht van het zorgdossier (via steekproef). Een goed opgebouwd zorgdossier - met daarin alle relevante en up-to-date gehouden informatie met daarbij duidelijke en concrete zorginstructies op maat van de behoeften van de bewoner – legt een goede basis voor een professionele zorgverlening.

Daarnaast is er de bevraging van werkafspraken/procedures om na te gaan dat het werk volgens duidelijke richtlijnen gebeurt (het kwaliteitshandboek).

De zorgpraktijk wordt beoordeeld door zorginstructies na te gaan in praktijk (bv wordt fixatie toegepast zoals omschreven in het zorgdossier).

Tijdens de rondgang wordt o.a. ook gekeken naar de zorgpraktijk en de veiligheid die aan bewoners geboden wordt.

7.2 Globale vaststellingen

De normen werden bij 651 voorzieningen bekeken en beoordeeld.

Bij 457 voorzieningen werd het kwaliteitshandboek beoordeeld en bij 301 voorzieningen de minimale kwaliteitseisen.

Niet alle aspecten van zorg kunnen bevraagd worden. In 2011 werd ervoor geopteerd om naast algemene aspecten ook specifieke thema's te bevragen: fixatie en medicatiebeleid.

Tabel 1: zorgpraktijk/dossier		
	totaal	%
naleving normen conform geen opmerkingen over de zorg en de zorgregistratie	164	25%
naleving normen betreffende <u>zorgdossier</u> niet conform opmerkingen over de zorgregistratie	467	72%
naleving normen betreffende <u>zorgpraktijk</u> niet conform opmerkingen over de zorg	210	32%
naleving KHB conform geen opmerkingen i.v.m. het toelichten van de procedures betreffende zorg in het KHB	280	61%
naleving KHB niet conform opmerkingen i.v.m. het niet/onvoldoende toelichten van de procedures betreffende zorg in het KHB	177	39%
naleving KHB totaal	457	100%
naleving SMK conform geen opmerkingen over de zorg, de samenspraak en de kwalificatie van de medewerkers	152	50%
naleving SMK niet conform opmerkingen over de zorg en de samenspraak en de kwalificatie van de medewerkers	149	50%
naleving SMK totaal	301	100%

Het gaat in dit hoofdstuk over veel te beoordelen elementen van zorg. In de tekst worden eerst de resultaten van de normen besproken en vervolgens het kwaliteitshandboek en de minimale kwaliteitseisen.

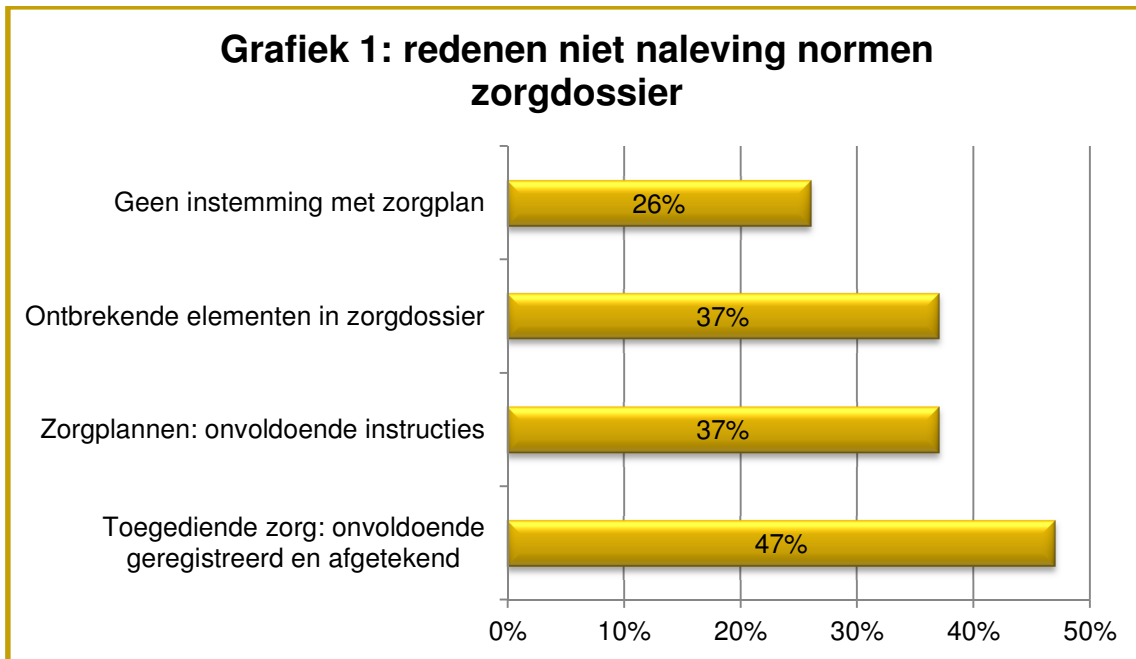
7.2.1 Erkenningsnormen

Wat het naleven van de erkenningsnormen betreft, werden de resultaten opgesplitst in twee rubrieken: enerzijds de zorgregistratie (alles wat met dossier te maken heeft) en anderzijds de zorgpraktijk.

Bij 72% van de bevraagde voorzieningen (tabel 1) werden er tekorten vastgesteld op de registratie van de zorg en bij 32% van de voorzieningen werden tekorten vastgesteld op de effectieve zorgverlening.

Zorgdossier

Wat zorgdossiers betreft gaat het over heel veel verschillende aspecten van zorg welke al dan niet voldoende geregistreerd staan (volledigheid zorgdossier). De mogelijkheid om hierop een opmerking te krijgen is groot. Het kan daarbij gaan over een kleiner aspect van de zorg maar ook over een belangrijk hiaat in het zorgdossier.



Tussen de basiswetgeving en de RVT-wetgeving zitten er overlappingen. Om de beoordeling en weergave van de bevindingen overzichtelijk te houden, zijn de normen/voorwaarden en RVT-normen waar mogelijk samengevoegd onder 1 beoordelingsmogelijkheid (bv. 'de zorgverlening moet voldoende geregistreerd en afgetekend zijn', valt zowel onder een ROB-norm of WZC-voorwaarde als onder een RVT-norm).

Grafiek 1 geeft de voornaamste tekorten weer betreffende het zorgdossier:

- Het grootste tekort betreft het onvoldoende registreren van de geleverde zorg. Dit omvat ook medicatie klaarzetten en toedienen. 47% van de bevestigde voorzieningen houdt onvoldoende bij welke zorg effectief werd uitgevoerd.

Dit tekort gaat niet zo zeer over het ontbreken van een paraaf maar ook over bv de wondzorgfiche die niet aangevuld wordt met essentiële elementen die een degelijke opvolging en evaluatie mogelijk maken.

De inspecteur kan daaruit niet concluderen dat de zorg niet zou gegeven zijn maar stelt wel vast dat de opvolging niet optimaal verloopt en dat er belangrijke informatie om een goede en continue zorg te garanderen, misschien wel verloren gaat. Het zorgdossier wordt dan ook onvoldoende benut als intern communicatiemiddel.

- 37% van de bevestigde voorzieningen heeft onvoldoende duidelijk uitgewerkte zorgplannen. In 8% van de voorzieningen gaat het specifiek over het ontbreken van richtlijnen betreffende fixatie.

Als zorginstructies niet gegeven worden, is er minder garantie op de effectieve uniforme uitvoering van de noodzakelijke zorg.

- 37% van de bevestigde voorzieningen heeft ontbrekende verplichte elementen in het zorgdossier. Het gaat hierbij over:

- 16% van de bevestigde voorzieningen heeft in het zorgdossier geen verwijzingen naar de zorg gegeven door kinesist, ergotherapeut, animator en/of logopedist.
- in 3% van de voorzieningen was er geen of was onduidelijk welke schikking getroffen werd indien de behandelende arts afwezigheid is

- 18% van de bevroagde voorzieningen heeft nog andere verplichte elementen niet opgenomen in het zorgdossier (bv onvoldoende persoonlijke gegevens: administratief of persoonlijke kenmerken of wensen ...)

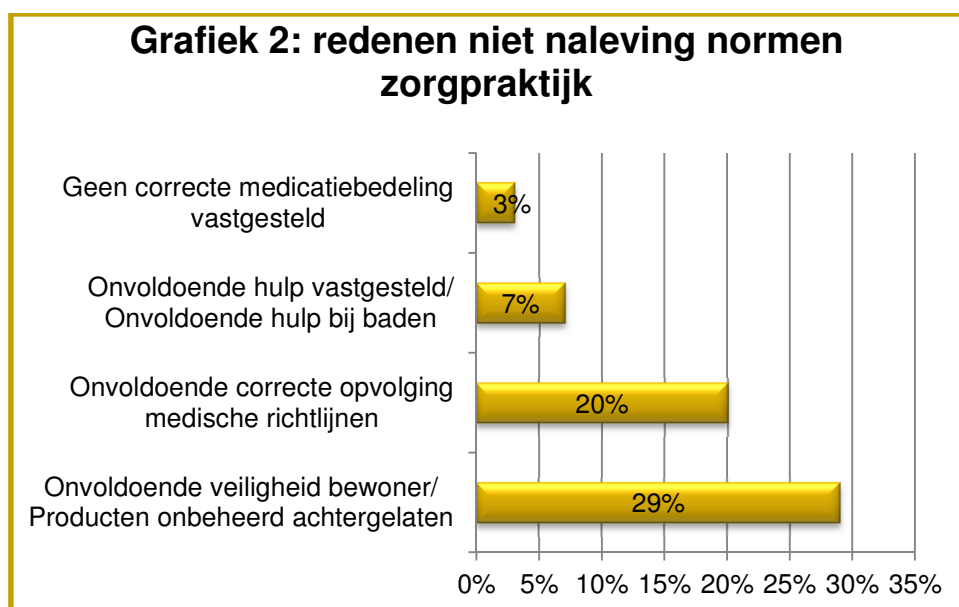
- 26% van het totaal aantal bevroagde voorzieningen kan niet of onvoldoende aantonen dat de bewoner of familie instemt met het zorgplan.

Dit is een nieuwe woonzorgvoorwaarde. Dit tekort komt dus alleen voor bij voorzieningen die onder het woonzorgdecreet vallen. Als het tekort enkel tegenover het totaal van deze voorzieningen wordt bekeken dan is het tekort 46%.

Zorgpraktijk

Zorgpraktijk valt niet te onderzoeken als één item. Het gaat over vele aspecten die met zorg te maken hebben en Zorginspectie bevroagt telkens enkele deelaspecten.

Als de voorziening een tekort scoort op een aspect van de zorg, kan dit van fundamenteel belang zijn voor die voorziening, maar dit is geen uitspraak over de totale zorgaanpak.



Grafiek 2 geeft de voornaamste tekorten weer betreffende de zorgpraktijk:

- Bij 29% van de bevroagde voorzieningen werd vastgesteld dat de veiligheid van de bewoner onvoldoende gegarandeerd was. In 16% van de voorzieningen ging het om het onbeheerd achterlaten van mogelijk gevaarlijke verzorgingsproducten, onderhoudsproducten en/of medicatie. Dit is een reëel gevaar voor verwarde bewoners en bewoners met dementie.

In 12% van de voorzieningen ging het over andere vormen van onveiligheid (bv onvoldoende toezicht bij bewoners met dementie).

In 1% van de voorzieningen betrof het onveiligheid met betrekking tot fixatie.

- 20% van de bevroagde voorzieningen kan onvoldoende aantonen dat medische richtlijnen correct werden opgevolgd (bv waarden gevraagd door de behandelende arts om specifiek op te volgen werden niet opgevolgd, bv glycemiewaarden – handeling werd niet gesteld)

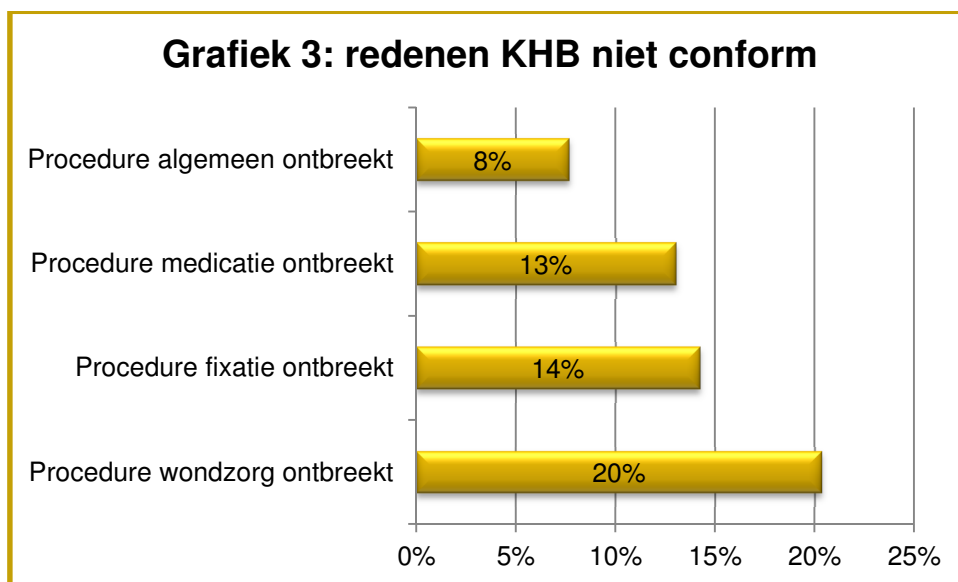
- Bij 7% van de bevroagde voorzieningen werd in zeer concrete situaties vastgesteld dat er onvoldoende zorg werd toegediend. In 2% van de voorzieningen betrof het onvoldoende hulp bij het baden.

- Bij 3% van de voorzieningen werd vastgesteld dat de medicatiebedeling niet correct verlopen was.

7.2.2 Kwaliteitshandboek

Uit tabel 1 blijkt dat 39% van de voorzieningen niet in orde is met het opstellen van de procedure voor planning en organisatie van de begeleiding, verzorging en verpleging.

Omdat deze procedure vele aspecten bevat, werd nagegaan of er een procedure was en vervolgens werd voor een aantal aspecten gevraagd of werkafspraken waren opgesteld bv. betreffende wondzorg, medicatiebeleid en fixatie (afhankelijk van in welk jaar de bevraging plaatsvond) .



Grafiek 3 toont dat 8% van de voorzieningen geen procedure voor planning en organisatie van de begeleiding, verzorging en verpleging kan voorleggen.

Bij 20% van de bevroagde voorzieningen ontbreekt het onderdeel wondzorg, bij 14% van de voorzieningen ontbreekt het onderdeel fixatie en bij 13% ontbreekt het onderdeel medicatiebeleid.

7.2.3 Minimale kwaliteitseisen

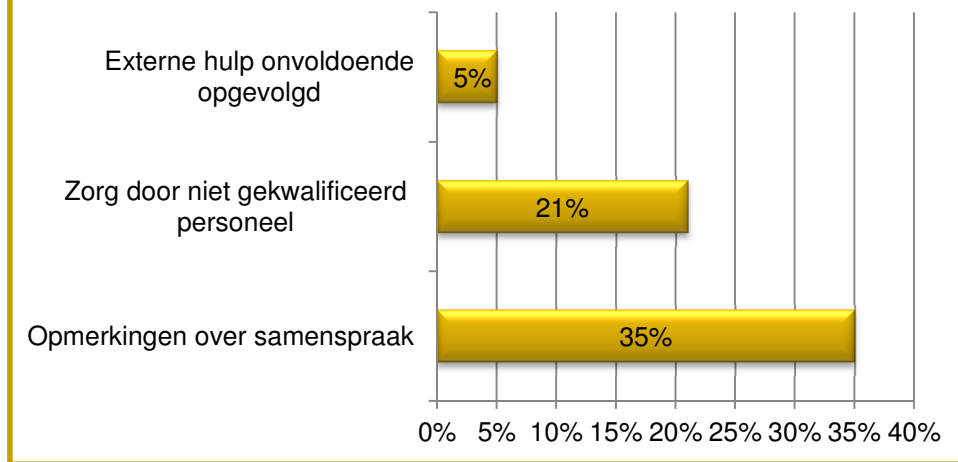
In 50% van de voorzieningen worden één of meer van de minimale kwaliteitseisen die verbonden zijn aan zorgpraktijk/dossier niet nageleefd (cf. tabel 1).

Om een duidelijk overzicht te bieden, worden er 2 grafieken weergegeven:

- grafiek 4: minimale kwaliteitseisen waaraan men niet voldeed en die geen betrekking hebben op procedures

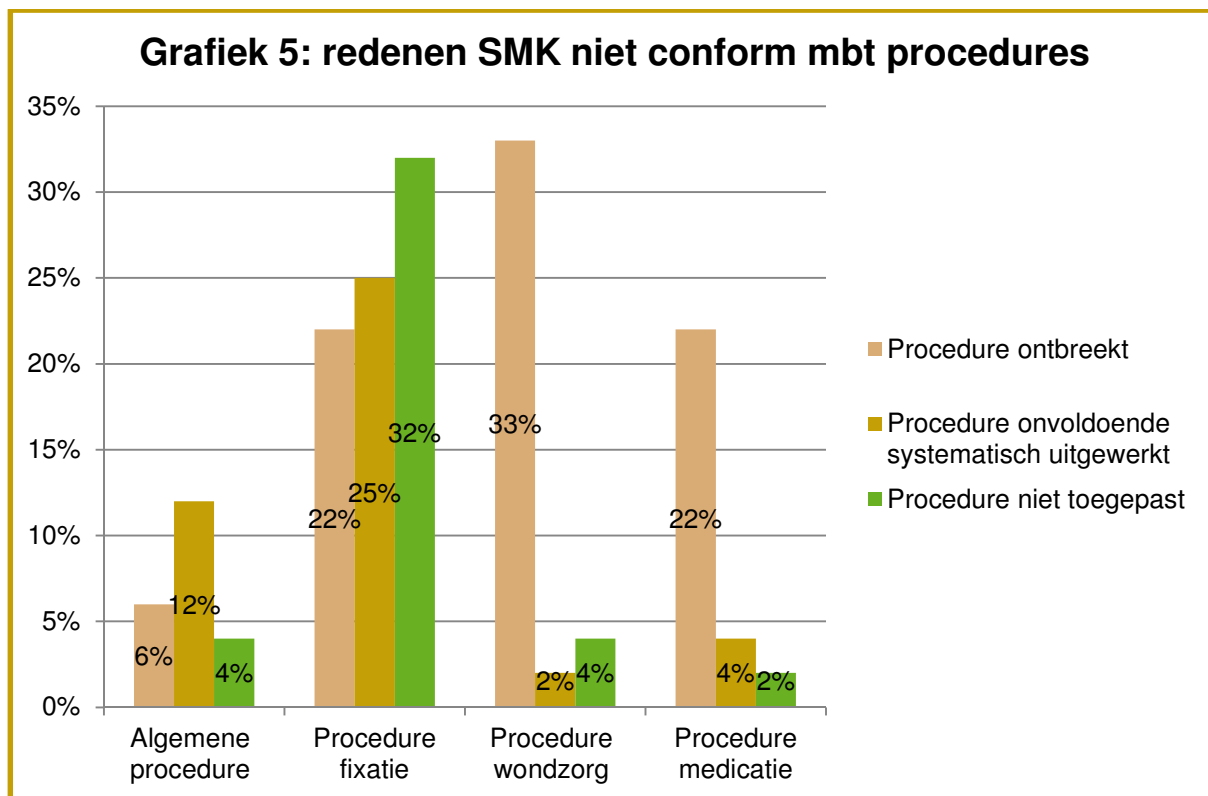
- grafiek 5: minimale kwaliteitseisen waaraan men niet voldeed betreffende de procedures

Grafiek 4: redenen SMK niet conform



Tekorten zijn (grafiek 4):

- In 35% van de bevroagde voorzieningen zijn er opmerkingen over de samenspraak met de bewoner of zijn familie. Dat kan dan bv. gaan over fixatiemaatregel die niet werd besproken, belangrijke veranderingen in de dagelijkse zorg die niet werd overlegd. Dit resultaat betekent niet dat 35% geen enkele vorm van samenspraak zouden hebben, maar wel dat bepaalde aspecten van de zorg (die wel van belang zijn in het dagelijkse leven van de bewoner) onvoldoende aantoonbaar werden overlegd.
- In 21% van de bevroagde voorzieningen wordt de zorg soms uitgevoerd door niet gekwalificeerd personeel. Het gaat hierbij meestal om verzorgenden of zorgkundigen die niet toegelaten verpleegkundige handelingen stellen. Soms gaat het ook over logistiek personeel dat zorgtaken uitvoert waarvoor gekwalificeerd personeel nodig is.
- In 5% van de bevroagde voorzieningen wordt de externe hulp (bv zelfstandige kinesist) onvoldoende opgevolgd. Di item werd echter niet systematisch bevroagd.



In grafiek 5 wordt weergegeven hoe de bevroegde voorzieningen scoren met betrekking tot de vereisten die gesteld worden aan de procedure voor planning en organisatie van de begeleiding, verzorging en verpleging.

De procedure bevat vele verschillende onderdelen van zorg, bij inspectie werden meestal enkele specifieke deelaspecten bekeken. Als er hier wordt weergegeven dat de algemene procedure onvoldoende systematisch werd uitgewerkt of niet werd toegepast, betreft het andere onderdelen dan wondzorg, fixatie en medicatie.

In 2011 werd het onderdeel fixatie en medicatie bevroegd. Wondzorg werd voordien al bevroegd en sinds 2011 gebeurt dit niet meer systematisch.

Opvallende cijfers hier zijn deze met betrekking tot fixatie: 22% van de bevroegde voorzieningen heeft geen procedure betreffende fixatie en 25% van de voorzieningen heeft wel een procedure maar ze is onvoldoende systematisch opgesteld. Bijna de helft van de voorzieningen heeft dus geen of een onvoldoende duidelijke procedure opgesteld. 32% van de voorzieningen die een procedure heeft (al dan niet voldoende duidelijk omschreven) leeft de eigen afspraken niet na.

7.3 Detailanalyse

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens schaalgrootte van de voorzieningen is vast te stellen dat de tekorten (hier zijn de normen betreffende zorgdossier en zorgpraktijk samengenomen) op het vlak van zorg enigszins minder vaak voorkomen in de kleinere woonzorgcentra (tabel 2). Van deze kleine voorzieningen scoort 69% niet conform op de naleving van de erkenningsnormen t.o.v. 78% van de middelgrote en 75% van de grote voorzieningen.

Wat het kwaliteitshandboek betreft, scoren de grote voorzieningen duidelijk het best met 26% niet conform t.o.v. 44% (middelgroot) en 41% (kleine voorzieningen).

Wat de naleving van de specifieke minimale kwaliteitseisen betreft zijn de verschillen onderling klein.

Tabel 2: zorgpraktijk/dossier volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	63	31%	65	22%	36	25%	164	25%
naleving normen niet conform	140	69%	237	78%	110	75%	487	75%
naleving normen totaal	203	100%	302	100%	146	100%	651	100%
naleving KHB conform	81	59%	121	56%	78	74%	280	61%
naleving KHB niet conform	56	41%	94	44%	27	26%	177	39%
naleving KHB totaal	137	100%	215	100%	105	100%	457	100%
naleving SMK conform	44	44%	72	55%	36	51%	152	50%
naleving SMK niet conform	56	56%	58	45%	35	49%	149	50%
naleving SMK totaal	100	100%	130	100%	71	100%	301	100%

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens erkenningvorm (tabel 3) zijn de verschillen klein. Het percentage van voorzieningen met tekorten is procentueel hoger bij voorzieningen met RVT-erkenning. In 76% van die voorzieningen zijn er tekorten m.b.t. de normen.

Wat het hebben van een procedure betreft, ligt het resultaat omgekeerd: in 45% van de voorzieningen zonder RVT-erkenning ontbreekt de procedure (in tegenstelling tot 38% van de voorzieningen met RVT-erkenning).

In 57% van de voorzieningen zonder RVT-erkenning is men niet in orde met de specifieke minimale kwaliteitseisen (ten opzichte van 48% van de voorzieningen met RVT-erkenning).

Tabel 3: zorgpraktijk/dossier volgens erkenningvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	31	29%	133	24%	164	25%
naleving normen niet conform	76	71%	411	76%	487	75%
naleving normen totaal	107	100%	544	100%	651	100%
naleving KHB conform	40	55%	240	63%	280	61%
naleving KHB niet conform	33	45%	144	38%	177	39%
naleving KHB totaal	73	100%	384	100%	457	100%
naleving SMK conform	22	43%	130	52%	152	50%
naleving SMK niet conform	29	57%	120	48%	149	50%
naleving SMK totaal	51	100%	250	100%	301	100%

Bij de opsplitsing van de voorzieningen volgens beheersvorm is er amper een verschil merkbaar tussen de beheersvormen en het al dan niet conform zijn met de normen, het hebben van een procedure en het al dan niet respecteren van de specifieke minimale kwaliteitseisen.

Wat het naleven van de normen betreft, scoort de privésector 2% hoger dan de andere sectoren. Ook

voor de naleving van de SMK scoort de privésector hoger.
De VZW-sector scoort procentueel iets beter met het hebben van een procedure.

Tabel 4: zorgpraktijk/dossier volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	49	25%	33	27%	82	25%	164	25%
naleving normen niet conform	147	75%	88	73%	252	75%	487	75%
naleving normen totaal	196	100%	121	100%	334	100%	651	100%
naleving KHB conform	82	63%	42	51%	156	64%	280	61%
naleving KHB niet conform	48	37%	41	49%	88	36%	177	39%
naleving KHB totaal	130	100%	83	100%	244	100%	457	100%
naleving SMK conform	43	44%	23	61%	86	52%	152	50%
naleving SMK niet conform	54	56%	15	39%	80	48%	149	50%
naleving SMK totaal	97	100%	38	100%	166	100%	301	100%

Naast de weergave van conformiteit met de regelgeving werd er in het inspectieverslag ook standaard bijkomende informatie opgenomen:

- Van de bevroegde voorzieningen heeft 57% een papieren zorgdossier, 26% heeft een volledig elektronisch zorgdossier en 17% is gestart met een elektronisch zorgdossier maar werkt ook nog gedeeltelijk op papier. De invoering van een elektronisch zorgdossier is sterk in evolutie.

- Aandachtspunten voor dit item zijn zeer gevarieerd. Enkele veel voorkomende (bij 10% of meer van de voorzieningen voorkomend) aandachtspunten waren:

- Arts medicatiefiche laten tekenen voor akkoord.
- Alle gegevens per bewoner centraliseren in 1 multidisciplinair zorgdossier.
- Geneesmiddelen, in unidosissen, in de verpakking laten tot toediening.
- Richtlijnen ontwikkelen voor het gebruik en toezicht op de koelkast waarin medicatie wordt bewaard.
- Individuele verzorgingsdossiers meenemen tijdens de verzorging.
- Medicatie dagelijks klaarzetten.
- Medicatiepletter reinigen na elk individueel gebruik. Medicatie wordt best geplet net voor het toedienen.
- De fiche met medische antecedenten, vaccinaties en allergieën toevoegen aan het individueel verzorgingsdossier.
- Registeren van fouten in het kader van medicatiebedeling.

7.4 Conclusies en aanbevelingen

7.4.1 Conclusies

Wat het naleven van de erkenningsnormen betreft, beantwoordt 72% van de bevroegde voorzieningen niet aan de normen betreffende zorgdossier en 32% niet aan de normen betreffende zorgpraktijk.

Wat zorgdossiers betreft gaat het over heel veel verschillende aspecten van zorg welke al dan niet voldoende geregistreerd staan (volledigheid en duidelijkheid van het zorgdossier). Volledig elektronische zorgdossiers zijn in 26% van de voorzieningen ingevoerd.

Wat zorgpraktijk betreft gaat het vooral over veiligheid die onvoldoende gegarandeerd is (29%), onvoldoende opvolging van medische richtlijnen (20%) en onvoldoende zorg toedienen (7%).

39% van de voorzieningen heeft geen procedure voor planning en organisatie van de begeleiding, verzorging en verpleging of er ontbreken belangrijke deelaspecten.

In 50% van de voorzieningen wordt één of meer van de minimale kwaliteitseisen die verbonden zijn aan zorgpraktijk/dossier niet nageleefd.

Opvallend is dat er rond fixatie nog heel wat voorzieningen geen of een onvoldoende duidelijke procedure fixatie hebben en dat men de richtlijnen onvoldoende in praktijk brengt.

Naast de tekorten betreffende de procedure gaat het voornamelijk over het feit dat de hulpverlening onvoldoende in samenspraak met de bewoner of zijn familie gebeurt. En dat de zorg soms uitgevoerd wordt door niet gekwalificeerd personeel.

Qua opdeling volgens schaalgrootte, erkenningsnorm en beheersvorm zijn er weinig in het oog springende tendensen.

7.4.2 Aanbevelingen

- ✓ Van het zorgpersoneel wordt steeds meer deskundigheid, professionaliteit en flexibiliteit verwacht. De voorzieningen moeten via een goed doordachte en gestructureerde zorgplanning/organisatie het zorgpersoneel het werk degelijk laten uitvoeren.
- ✓ Goed geactualiseerde en gedetailleerde zorgplannen kunnen een instrument zijn om tot een vraaggericht kwaliteitsvol aanbod te komen en niet te vervallen in het aanbieden van standaard zorg.
- ✓ Goed gedocumenteerde en gestructureerde zorgdossiers kunnen ook een bijdrage leveren voor de interne evaluatie van de hulpverlening en zo leiden tot verbeterprojecten. Een elektronisch zorgdossier kan hierbij een hulp zijn.
- ✓ Als er gefocust wordt op een deelaspect zoals fixatie, dient opgemerkt te worden dat hieromtrent nog veel werk te verrichten valt; dit zowel op vlak van beleid, van concrete procedures/werkafspraken, van goede begeleiding en toezicht en wat betreft samenspraak met bewoner/familie.
- ✓ Er is nog werk te leveren betreffende overleg met en instemming van de bewoner/familie (samenspraak). Het moet hierbij gaan om effectief overleg en instemming en niet over een formalistisch opstellen van een document om voor te leggen aan inspectie. Voorzieningen moeten werkwijzen ontwikkelen om aspecten die het dagelijkse leven van de bewoner sterk beïnvloeden, duidelijk in overleg te laten gebeuren.

- ✓ De inspectiemethodiek voor de beoordeling van de zorgdossiers en van de procedures om een systematische aanpak te bekomen in de zorg is degelijk uitgebouwd. Wat zorgpraktijk betreft, gebeurt een groot deel van de vaststellingen onrechtstreeks en/of via steekproef (met een beperkte observatie die men eventueel linkt aan zorginstructies) .
Wat de beoordeling van de zorgpraktijk betreft, is het opportuun dat Zorginspectie op zoek gaat naar een adequate methodiek om zorgpraktijk ruimer te bekijken en om meer systematische vaststellingen te kunnen doen. Het ontwikkelen van een referentiekader rond zorg, samen met de sector en de functionele entiteit, kan hierbij een hulp zijn.

- ✓ Er is expliciet voor gekozen om maximale persoonlijke autonomie, zelfverantwoordelijkheid en samenspraak als nieuwe begrippen op te nemen in het woonzorgdecreet. De voorzieningen moeten nadenken hoe ze deze begrippen daadwerkelijk kunnen omzetten naar de realiteit. Het kan als een uitnodiging voor de woonzorgcentra en Zorginspectie worden gezien om gebruikers (bewoners en familie) op één of andere gesystematiseerde manier te betrekken bij de beoordeling van die elementen.

8 Continuïteit van de zorgverlening

8.1 Inleiding

Het is belangrijk dat de bewoners in een woonzorgcentrum 24 uur op 24 de nodige zorgen ontvangen en dat deze zorgen worden uitgevoerd door gekwalificeerde medewerkers. Dit aspect werd dan ook in de basisregelgeving opgenomen.

Het ouderendecreet stelt dat er zowel 's nachts als overdag voldoende en gekwalificeerd personeel moet aanwezig zijn om elke oproep zo vlug mogelijk te kunnen beantwoorden.

In het woonzorgdecreet wordt dit nog uitgebreid met de norm dat er in elk woonzorgcentrum, per begonnen schijf van 60 woongelegenheden, één actieve nachtdienst moet worden georganiseerd.

De RVT-wetgeving vraagt zowel overdag als 's nachts een verpleegkundige permanentie. Daarnaast wordt er bepaald dat er een coördinerend en raadgevend arts (CRA) moet aangesteld worden moeten zijn taken omschreven worden. Dit laatste aspect werd niet systematisch bij de inspecties bevestigd en is daarom niet opgenomen in dit rapport.

Bij inspectie van het naleven van de normen worden (op basis van o.a. de uurroosters en een rondgang) verschillende aspecten van de continuïteit nagekeken:

- permanentie en aanwezigheid van voldoende en gekwalificeerd personeel,
- aanwezigheid personeel op de dag van de inspectie
- aantal personeelsleden in de nachtdienst en hun kwalificatie
- takenpakket van de medewerkers in de nachtdienst
- verpleegkundige permanentie gedurende 24 uur.

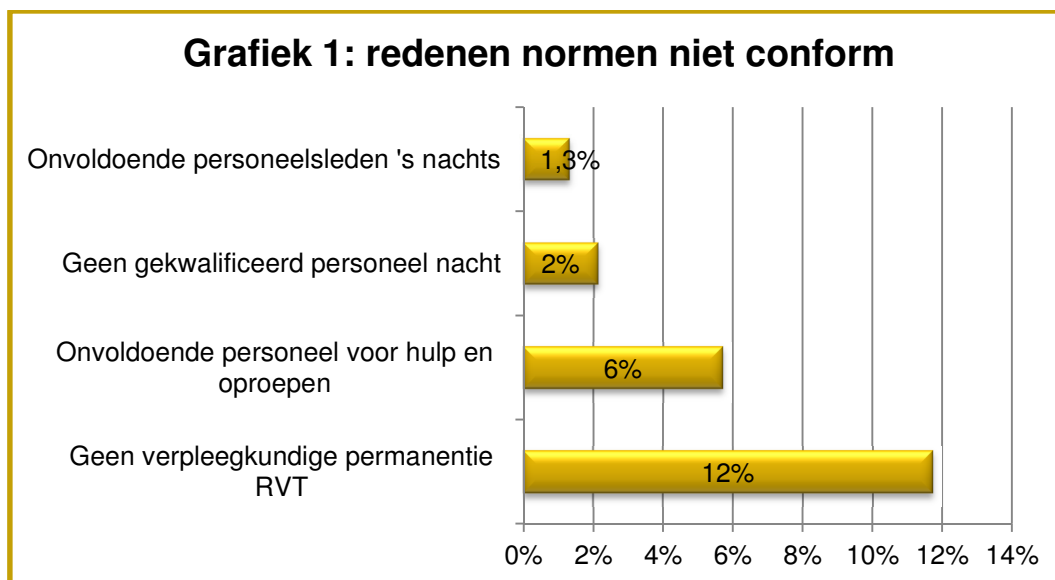
De verpleegkundige permanentie is enkel een voorwaarde voor voorzieningen met een RVT-erkenning. In voorzieningen met uitsluitend een ROB-erkenning moeten verpleegkundige handelingen wel door een verpleegkundige worden uitgevoerd. Vooral op de verzorgingsmomenten is de aanwezigheid van een verpleegkundige dan ook vereist.

De continuïteit van de zorgverlening werd 615 keer bevestigd. In 77% van de voorzieningen was het naleven van de zorgcontinuïteit in orde. In 23% van de bevestigde voorzieningen werden er tekorten vastgesteld (tabel 1).

Tabel 1: continuïteit zorgverlening		
	totaal	%
naleving normen conform er zijn geen opmerkingen over voldoende gekwalificeerd personeel om oproepen te beantwoorden en actieve nachtdienst	476	77%
naleving normen niet conform er zijn opmerkingen over voldoende gekwalificeerd personeel om oproepen te beantwoorden en actieve nachtdienst	139	23%
naleving normen totaal	615	100%

8.2 Globale vaststellingen

In grafiek 1 worden de tekorten op het naleven van de normen voorgesteld.



Volgens de RVT-regelgeving moet er een verpleegkundige permanentie aanwezig zijn. Op elke moment van de dag moet er een verpleegkundige in het woonzorgcentrum aanwezig zijn. In 12% van de bevroegde voorzieningen met een RVT-erkenning is dit niet in orde en voeren o.a. verzorgenden verpleegkundige taken uit. Deze 12% werd berekend op de totaliteit van de bevroegde voorzieningen. Als het percentage berekend wordt op enkel de voorzieningen met een RVT-erkenning, waarvoor de norm van toepassing is, dan is er een tekort van 14%.

Bij 6% van de voorzieningen werd er een tekort vastgesteld i.v.m. het aantal medewerkers om hulp te bieden en/of oproepen te beantwoorden. Om dit vast te stellen zijn er geen objectieve parameters beschikbaar maar deze 6% werd vastgesteld in heel duidelijke flagrante situaties vb. testen van oproepen tijdens een inspectie en de reactietijd hierop, onvoldoende personeel op een afdeling aanwezig waaruit zeer duidelijk blijkt dat ochtendtoiletten niet binnen een redelijke tijd afgewerkt kunnen worden, te weinig personeel om de bewoners bij de maaltijden te begeleiden ... Deze 6% is echter onaanvaardbaar. Bewoners in een woonzorgcentrum moeten de nodige hulp ontvangen binnen een redelijke termijn. Indien dit niet gebeurt kunnen er immers levensbedreigende situaties ontstaan.

In 2% van de bevroegde voorzieningen is er 's nachts geen gekwalificeerd personeel of zijn er onvoldoende personeelsleden (1,3%).

8.3 Detailanalyse

De opsplitsing van de voorzieningen volgens schaalgrootte is terug te vinden in tabel 2. Uit deze tabel blijkt dat de kleine voorzieningen duidelijker meer tekorten scoren: de normen worden in de kleine voorzieningen niet nageleefd in 33% t.o.v. 18 % in de middelgrote en 16% in de grote voorzieningen.

Bij 1 op 3 kleine voorzieningen heeft het vastgestelde tekort vooral te maken met een tekort op de RVT-regelgeving nl. geen verpleegkundige permanentie. Het tweede meest voorkomende tekort bestaat uit te weinig personeel voor het bieden van hulp en het beantwoorden van de beloproepen.

Tabel 2: module continuïteit zorgverlening volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	134	67%	227	82%	115	84%	476	77%
naleving normen niet conform	66	33%	51	18%	22	16%	139	23%
naleving normen totaal	200	100%	278	100%	137	100%	615	100%

In tabel 3 worden de voorzieningen opgesplitst volgens erkenningvorm. De resultaten voor de voorzieningen met of zonder bijkomende RVT-erkenning zijn ongeveer gelijk (conform 78% en 77%).

Tabel 3: continuïteit zorgverlening volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	84	78%	392	77%	476	77%
naleving normen niet conform	24	22%	115	23%	139	23%
naleving normen totaal	108	100%	507	100%	615	100%

In tabel 4 worden de gegevens weergegeven volgens beheersvorm. De voorzieningen uit de privésector scoren duidelijker meer niet conform (33%) t.o.v. 23% in de VZW-sector en 15% in de openbare sector. De meeste tekorten hebben te maken met het ontbreken van de verpleegkundige permanentie.

Tabel 4: continuïteit zorgverlening volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	159	85%	78	67%	239	77%	476	77%
naleving normen niet conform	28	15%	39	33%	72	23%	139	23%
naleving normen totaal	187	100%	117	100%	311	100%	615	100%

8.4 Conclusies en aanbevelingen

8.4.1 Conclusies

De normen om continuïteit van de zorgverlening te garanderen, worden in 23% van de bevroagde voorzieningen niet nageleefd. Het grootste tekort is het ontbreken van de verpleegkundige permanentie in de voorzieningen met een RVT-erkenning. Er werd ook vastgesteld dat er in 6% van de bevroagde voorzieningen onvoldoende medewerkers aanwezig zijn om hulp te bieden of beloproepen te beantwoorden. In een aantal voorzieningen is er 's nachts onvoldoende en/of geen gekwalificeerd personeel aanwezig.

Kleine voorzieningen en de voorzieningen in de privésector hebben de meeste tekorten. Op basis van de indeling volgens erkenningsvorm is er nauwelijks een verschil.

8.4.2 Aanbevelingen

- ✓ Continuïteit en kwaliteit van zorg en de aanwezigheid van de nodige kwalificaties vormen een belangrijk aspect in het leven van de bewoners in een woonzorgcentrum. Het is dan ook een belangrijke taak van Zorginspectie om dit aspect blijvend te inspecteren.

9 Preventiebeleid

9.1 Inleiding

De aandacht voor het preventiebeleid werd geïntroduceerd met de aanpassingen van het ouderendecreet in 2009. Voordien werd hier geen aandacht aan besteed maar bij de aanpassing van het decreet werden een aantal voorwaarden i.v.m. preventie opgenomen. De voorzieningen moesten zich dus in regel stellen met deze nieuwe normen. De normen van het ouderendecreet werden later ook overgenomen in het woonzorgdecreet.

Hoewel niet alle infecties te voorkomen zijn, kan een belangrijk deel ervan worden vermeden dankzij aangepaste maatregelen. Het gaat om standaardmaatregelen die altijd moeten worden toegepast maar ook bijkomende maatregelen om welbepaalde infecties te vermijden.

Een voorziening moet een beleid voeren ter preventie van infectieziekten. Dit beleid bestaat uit een aantal algemene basisprincipes met de omschrijving van verantwoordelijkheden, opvolging, evaluatie en bijsturing. Er moet ook een actieplan opgemaakt worden dat in werking treedt wanneer er een infectie wordt vastgesteld.

Ook de RVT-wetgeving bepaalt een aantal voorwaarden op het vlak van preventie. De efficiëntie van de verzorging van de bewoners moet systematisch geëvalueerd en geregistreerd worden. Er moet in het kader van evaluatie van zorg, een registratie gebeuren van bewoners met ligwonden, nosocomiale infecties, valincidenten en het aantal incontinenten personen.

Daarnaast bepaalt de RVT-wetgeving dat een voorziening over schriftelijke procedures moet beschikken i.v.m. het hygiënisch wassen van de handen en de afzondering van bewoners met een infectie met besmettingsgevaar. Er moeten de nodige producten voor handhygiëne en ander materiaal voorhanden zijn om de vastgelegde procedures te kunnen toepassen.

Ook de Vlaamse overheid besteedt veel aandacht aan preventie door het regelmatig herhalen van sensibiliseringscampagnes (o.a. in 2009 en najaar 2010, thema: "U bent in goede handen"). Door de overheid wordt materiaal (affiches, folders, adviezen, presentatie ...) ter beschikking gesteld aan de voorzieningen om o.a. handhygiëne onder de aandacht te brengen van medewerkers, bezoekers en bewoners. De voorzieningen kunnen ook de website www.zorginfecties.be raadplegen.

Preventiebeleid was een focus tijdens de inspecties in 2009. Vermits de voorzieningen zich in 2009 aan de nieuwe wetgeving moesten aanpassen en de Vlaamse overheid allerlei acties i.v.m. preventie opzette, werd er in samenspraak met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid beslist om de inspectie van het preventiebeleid niet te sterk vanuit een beoordelend gezichtspunt uit te voeren maar ze eerder als motiverend en stimulerend uit te voeren. Van de voorzieningen werd wel een uitgeschreven (en toegepast) beleid verwacht maar een aantal zaken zoals middelen voor handhygiëne werden niet als tekort gescoord maar als een aandachtspunt. Deze aandachtspunten worden ook verder in dit hoofdstuk besproken.

In 2010 en 2011 werd het preventiebeleid voornamelijk verder opgevolgd aan de hand van vaststellingen tijdens de rondgang. De procedures werden niet systematisch bevraagd.

9.2 Globale vaststellingen

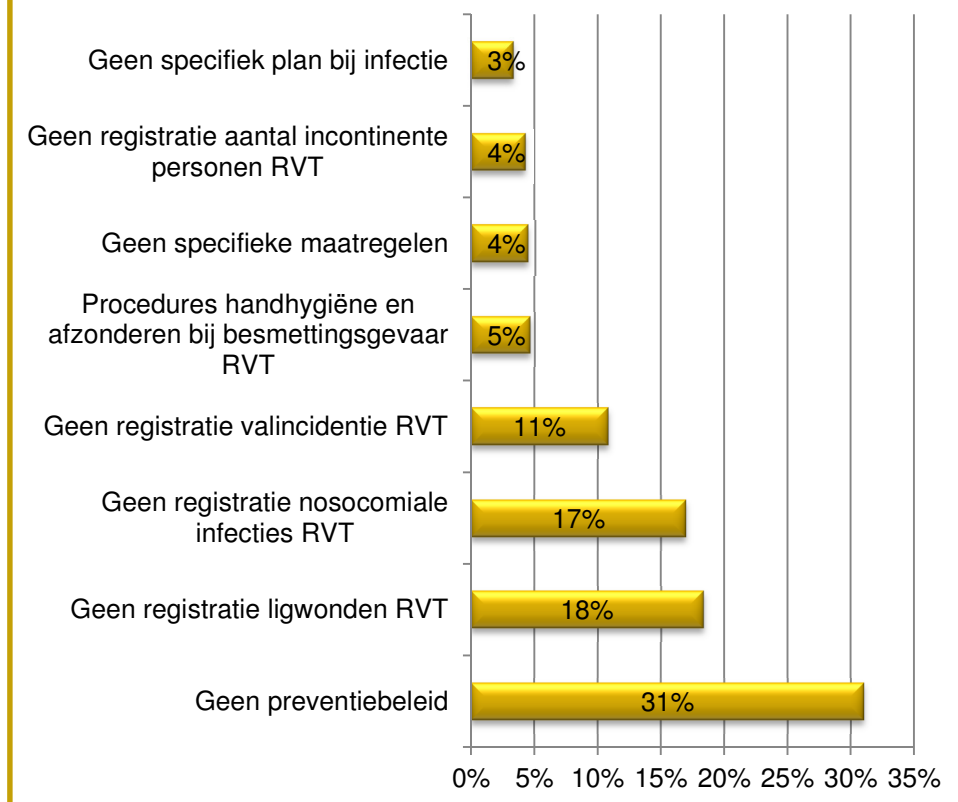
Preventiebeleid werd 519 keren bevestigd. In 273 van de bevestigde voorzieningen (53 %) werd vastgesteld dat de regelgeving wordt opgevolgd, in 246 van de voorzieningen (47%) is dit niet in orde (tabel 1). Ongeveer de helft van de voorzieningen moet dus nog acties ondernemen om te beantwoorden aan de regelgeving.

Tabel 1: preventiebeleid		
	totaal	%
naleving normen conform geen opmerking over het preventiebeleid	273	53%
naleving normen niet conform opmerkingen over het preventiebeleid	246	47%
naleving normen totaal	519	100%

Grafiek 1 geeft de redenen aan voor het niet conform scoren:

- 31 % van de bevestigde voorzieningen heeft geen preventiebeleid,
- in een aantal voorzieningen wordt er niet geregistreerd: ligwonden (18%), nosocomiale infecties (17%), valincidenten (11%) en aantal incontinenten personen (4%).
- in 4% van de woonzorgcentra worden er bij infecties geen specifieke maatregelen genomen en bij 3% is er geen specifiek plan.
- bij 5% van de voorzieningen moeten nog procedures voor handhygiëne en het afzonderen bij besmettingsgevaar ontwikkeld worden. Deze laatste norm werd niet systematisch bevestigd en is waarschijnlijk een onderschatting. De inspecties waren eerder een 'basisbevestiging' en een grondige evaluatie van alle normen was nog niet mogelijk.

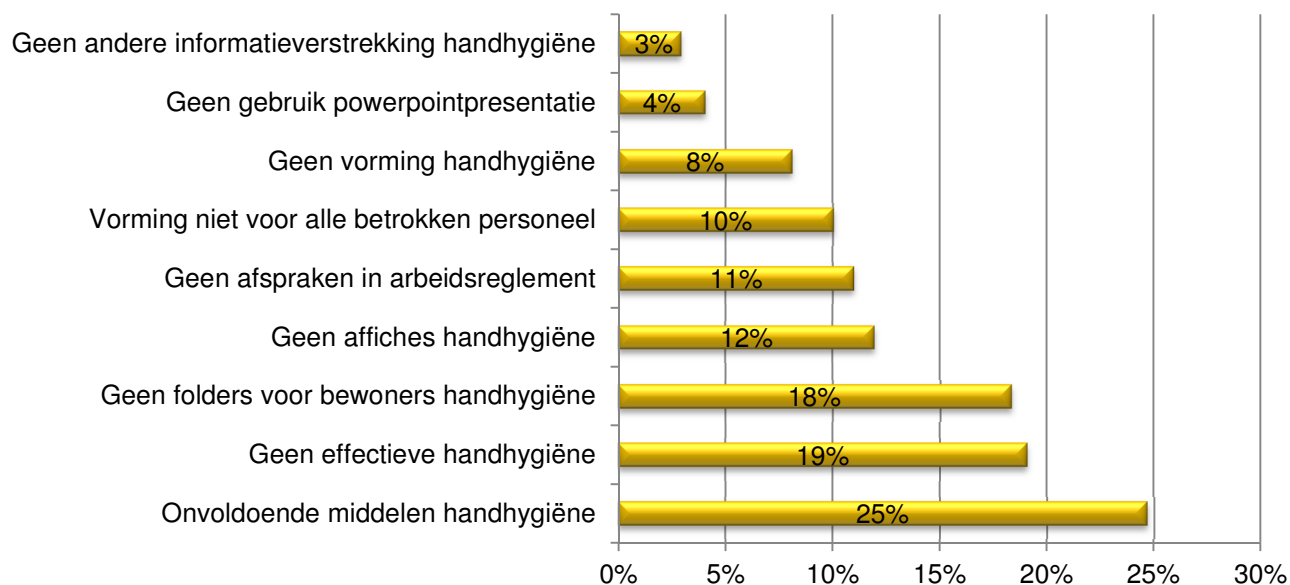
Grafiek 1: reden normen niet conform



Naast tekorten op de regelgeving worden er door Zorginspectie aandachtspunten geformuleerd. Deze aandachtspunten worden voorgesteld in grafiek 2. De aandachtspunten hebben betrekking op het informatie verstrekken en vorming organiseren, voldoende middelen ter beschikking stellen, beschikken over een aangepast arbeidsreglement ...

Van de bevroagde voorzieningen moeten er 25% nog de nodige middelen voor handhygiëne aanschaffen, 19% heeft geen effectieve handhygiëne (medewerkers dragen juwelen, gelnagels, wassen hun handen niet na een handeling ...). Ook de nodige informatie aanreiken aan bewoners en medewerkers is voor een aantal voorzieningen nog een aandachtspunt: 18% voorziet geen folders voor bewoners, 12% hangt geen affiches uit. Daarnaast moet er zeker nog de nodige aandacht besteed worden aan vorming (10% en 8%, 4%). In 11% van de voorzieningen zijn er geen afspraken opgenomen in het arbeidsreglement met betrekking tot het dragen van juwelen, gelnagels ...

Grafiek 2: aandachtspunten preventiebeleid



9.3 Detailanalyse

Bij een opsplitsing van de resultaten van de bevroagde voorzieningen voor preventiebeleid naar schaalgrootte kan men concluderen dat voor het naleven van de normen er weinig verschil is tussen de kleine, middelgrote en grote voorzieningen (tabel 2).

Tabel 2: preventiebeleid volgens schaalgrootte

	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	84	52%	127	51%	62	57%	273	53%
naleving normen niet conform	79	48%	120	49%	47	43%	246	47%
naleving normen totaal	163	100%	247	100%	109	100%	519	100%

In tabel 3 wordt preventiebeleid volgens erkenningvorm voorgesteld. De erkenning ROB of RVT heeft geen invloed op de scores conform of niet conform.

Tabel 3: preventiebeleid volgens erkenningvorm

	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	44	53%	229	52,5%	273	53%
naleving normen niet conform	39	47%	207	47,5%	246	47%
naleving normen totaal	83	100%	436	100%	519	100%

Tenslotte werd er een opsplitsing van de voorzieningen volgens beheersvorm gemaakt (tabel 4). Uit deze tabel blijkt dat er duidelijke verschillen zijn tussen de openbare, privé en VZW-sector. Bij 60% van de voorzieningen uit de privésector werden tekorten vastgesteld, dit tegenover 44% van de voorzieningen uit de VZW-sector en 45% uit de openbare sector.

Tabel 4: preventiebeleid volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	89	55%	40	40%	144	56%	273	53%
naleving normen niet conform	72	45%	59	60%	115	44%	246	47%
naleving normen totaal	161	100%	99	100%	259	100%	519	100%

9.4 Conclusies en aanbevelingen

9.4.1 Conclusies

Ongeveer de helft van de bevroegde voorzieningen scoort niet conform bij de naleving van de regelgeving voor preventie. De grootste tekorten hebben te maken met het ontbreken van een preventiebeleid en het niet of onvoldoende registreren van infecties, valincidenten, ...

9.4.2 Aanbevelingen

- ✓ Zorginfecties vormen een niet te onderschatten probleem in het verzorgingsproces in woonzorgcentra. Vooral infecties met MRSA en andere resistente kiemen zijn daarbij de grootste boosdoeners. Het is dan ook ten stelligste aan te raden dat voorzieningen een goed preventiebeleid ontwikkelen, dit op regelmatige basis evalueren en indien nodig bijsturen. Dit vraagt zeker bijkomende inspanningen van de voorzieningen.
- ✓ De inspectie van het preventiebeleid in de periode 2009 – 2011 had vooral de bedoeling om een aantal aandachtspunten aan de voorzieningen mee te geven. In de volgende jaren is het nodig om na te gaan of het preventiebeleid ook werkelijk een vertaling op de werkvloer heeft gekregen en moet er binnen de inspecties voldoende aandacht zijn om het geheel van de regelgeving, kwaliteitshandboek, minimale kwaliteitseisen en de uitvoering te inspecteren.

10 Opname- en ontslagbeleid

10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bekijken we het opname- en ontslagbeleid van een voorziening. De inspectie gebeurt aan de hand van de procedure opname en onthaal en van de procedure voor ontslag. Beide procedures worden getoetst op basis van het nazicht van een steekproef van dossiers. Er wordt nagegaan of de stappen die beschreven staan in de procedure ook effectief werden uitgevoerd en of de dossiers de vereiste documenten bevatten.

De basisregelgeving bevat heel wat artikels over o.a. ontslagregeling, opzeggingstermijn, afspraken bij overlijden, geen discriminatie op basis van filosofische overtuiging ... Deze aspecten worden niet bij opname- en ontslagbeleid geïnspecteerd maar bij het nazicht van de interne afsprakennota en de schriftelijke overeenkomst. Deze documenten maakten geen deel uit van een focus en zijn dus niet in dit rapport opgenomen.

In dit hoofdstuk wordt enkel de naleving van het kwaliteitsdecreet nagegaan.

In dit kwaliteitsdecreet wordt bepaald dat het kwaliteitshandboek van een voorziening over twee procedures moet beschikken:

- procedure voor opname en onthaal
- procedure voor vrijwillig en verplicht ontslag en bij overlijden.

Aan deze procedure is er één minimale kwaliteitseis verbonden: de procedures moeten systematisch omschreven worden.

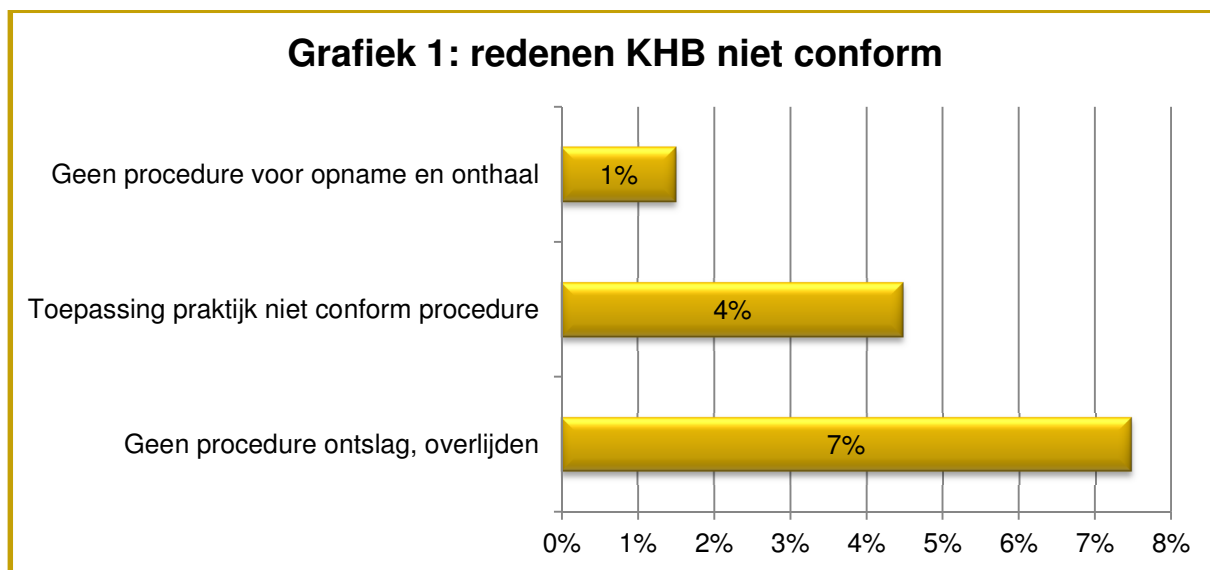
Het opname- en ontslagbeleid kwam in 2010 als focus binnen de inspecties aan bod.

10.2 Globale vaststellingen

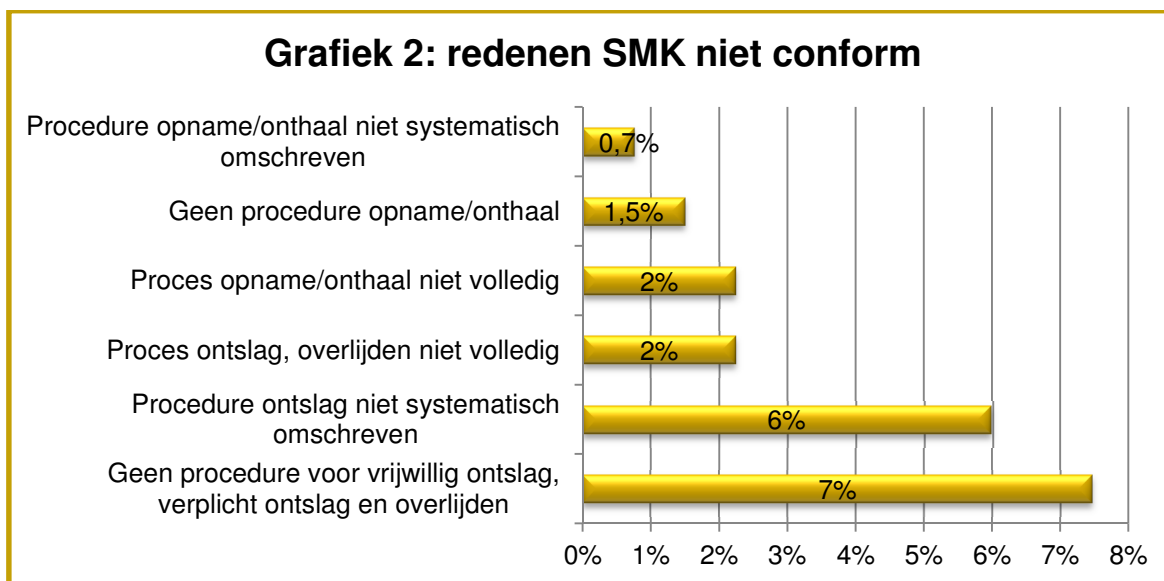
In tabel 1 zien we de algemene cijfers voor het opname- en ontslagbeleid. De regelgeving i.v.m. het kwaliteitshandboek en de SMK wordt door respectievelijk 92% en 81% van de voorzieningen nageleefd. In 8% worden er tekorten in het kwaliteitshandboek vastgesteld en in 19% bij het niet naleven van de SMK.

Tabel 1: opname- en ontslagbeleid		
	totaal	%
naleving KHB conform er zijn twee procedures: opname en ontslag	123	92%
naleving KHB niet conform er zijn opmerkingen i.v. de procedures opname en ontslag	11	8%
naleving KHB totaal	134	100%
naleving SMK conform de procedures zijn systematisch omschreven	109	81%
naleving SMK niet conform de procedures zijn niet systematisch omschreven	25	19%
naleving SMK totaal	134	100%

In grafiek 1 worden de redenen van het niet naleven van het kwaliteitsdecreet voorgesteld. Bij 8% van de voorzieningen ontbreekt minstens één procedure, bij 4% is de praktijk verschillend van de beschrijving in de procedure.



In grafiek 2 worden de redenen niet conform i.v.m. de SMK voorgesteld.



Bij 7% van de bevroegde voorzieningen is er geen procedure voor ontslag/overlijden en in 6% is deze procedure niet systematisch omschreven. De procedures zijn niet volledig bij 4% van de bevroegde voorzieningen. De procedure opname ontbreekt bij 1,5% van de voorzieningen en is in 0,7% niet systematisch omschreven.

10.3 Detailanalyse

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens schaalgrootte merken we een klein verschil: de kleine voorzieningen scoren het meest niet conform voor de naleving van de normen (14% t.o.v. 9% en 0%). De middelgrote voorzieningen leven het minst de SMK na: 22% t.o.v. 20% en 9%.

Tabel 2: opname- en ontslagbeleid volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving KHB conform	38	86%	53	91%	32	100%	123	92%
naleving KHB niet conform	6	14%	5	9%	0	0%	11	8%
naleving KHB totaal	44	100%	58	100%	32	100%	134	100%
naleving SMK conform	35	80%	45	78%	29	91%	109	81%
naleving SMK niet conform	9	20%	13	22%	3	9%	25	19%
naleving SMK totaal	44	100%	58	100%	32	100%	134	88%

In tabel 3 hebben we de resultaten opgesplitst volgens erkenningvorm.

Tabel 3: opname- ontslagbeleid volgens erkenningvorm							
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%	
naleving KHB conform	18	75%	105	95%	123	92%	
naleving KHB niet conform	6	25%	5	5%	11	8%	
naleving KHB totaal	24	100%	110	100%	134	100%	
naleving SMK conform	15	62,5%	94	85%	109	81%	
naleving SMK niet conform	9	37,5%	16	15%	25	19%	
naleving SMK totaal	24	100%	110	100%	134	100%	

De opsplitsing volgens erkenningvorm geeft een duidelijk verschil aan tussen de voorzieningen met en zonder RVT-erkenning. De voorzieningen zonder RVT-erkenning hebben de hoogste percentages niet conform voor het kwaliteitshandboek en de SMK (KHB: 25% t.o.v. 5%, SMK: 38% t.o.v. 15%).

In tabel 4 werden de resultaten opgesplitst volgens de beheersvorm. Hier zien we een duidelijk verschil. De voorzieningen uit de privésector hebben het hoogste percentage niet conform voor het kwaliteitshandboek (20% t.o.v. 2% openbare sector en 8% VZW-sector) en het naleven van de SMK (40% t.o.v. 13% openbare en 16% VZW-sector).

Tabel 4: opname- en ontslagbeleid volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving KHB conform	45	98%	20	80%	58	92%	123	92%
naleving KHB niet conform	1	2%	5	20%	5	8%	11	8%
naleving KHB totaal	46	100%	25	100%	63	100%	134	100%
naleving SMK conform	41	89%	15	60%	53	84%	109	81%
naleving SMK niet conform	5	11%	10	40%	10	16%	25	19%
naleving SMK totaal	46	100%	25	100%	63	100%	134	100%

10.4 Conclusies en aanbevelingen

10.4.1 Conclusies

In dit hoofdstuk werd er nagegaan of het opname- en ontslagbeleid in overeenstemming is met de procedures in het kwaliteitshandboek. De meeste voorzieningen beantwoorden aan deze voorwaarden. Woonzorgcentra die niet conform scoren hebben meestal een onvolledig kwaliteitshandboek. De procedures die alle stappen van opname en ontslag beschrijven, ontbreken.

De kleine voorzieningen scoren het meest niet conform voor het kwaliteitshandboek, de middelgrote voor het naleven van de SMK.

De voorzieningen zonder bijkomende RVT-erkenning en de voorzieningen uit de privésector scoren minder dan de andere voorzieningen.

De inspectie van het opname- en ontslagbeleid gebeurt op basis van het naleven van de twee procedures maar het is moeilijk vast te stellen of de procedures in de praktijk, zoals beschreven, worden uitgevoerd. Meestal zijn er geen registraties en kennen we het verhaal van de gebruiker niet, tenzij er hierrond een klacht werd geformuleerd.

10.4.2 Aanbevelingen

- ✓ Het is belangrijk dat een voorziening duidelijk omschrijft op welke manier de opname en/of het ontslag van een bewoner zal gebeuren en dat deze omschreven stappen ook effectief in de praktijk worden toegepast.

11 Opnamedossiers

11.1 Inleiding

Uit de opnamedossiers kan men opmaken of er met de gebruiker een overeenkomst werd gesloten en of hij op de hoogte is gebracht van de afspraken in het woonzorgcentrum.

Tijdens de inspecties gaan we na op welke manier de opnamedossiers zijn samengesteld, of alle documenten in het dossier zijn opgenomen en of deze werden ondertekend. Dit gebeurt op basis van een steekproef.

De interne afsprakennota en de schriftelijke overeenkomst worden hier niet afgetoetst op hun inhoud, dit valt onder het luik documenten. Vermits dit geen basismodule of een focus was in de periode 2009 – 2011, is dit niet in het rapport verwerkt.

Volgens het ouderendecreet moet het dossier van de gebruiker volgende documenten bevatten:

- een ondertekende schriftelijke overeenkomst,
- een bewijs dat de gebruiker een reglement van orde ontving (ook elke wijziging moet ter ondertekening aan de gebruiker worden voorgelegd)
- een inventaris van de bezittingen van de voorziening
- een persoonlijke steekkaart met persoonlijke gegevens van de gebruiker
- en een verslag van een maatschappelijk werker verbonden aan een openbaar bestuur of een erkende sociale voorziening waaruit blijkt dat verschillende vormen van hulpverlening met de gebruiker werden besproken en dat hij op basis van deze informatie, beslist om in het woonzorgcentrum te gaan wonen.

De eerste 4 hierboven vermelde voorwaarden van het ouderendecreet werden in het woonzorgdecreet overgenomen. De laatste voorwaarde, het verslag van een maatschappelijk werker is niet langer een na te leven norm.

Met het woonzorgdecreet veranderde de term 'reglement van orde' in 'interne afsprakennota'.

Ook de RVT-regelgeving stelt dat er een schriftelijke overeenkomst en een bewijs van ontvangst van het reglement van orde in het dossier moet aanwezig zijn.

De samenstelling van de opnamedossiers werd als focus geïnspecteerd in 2010.

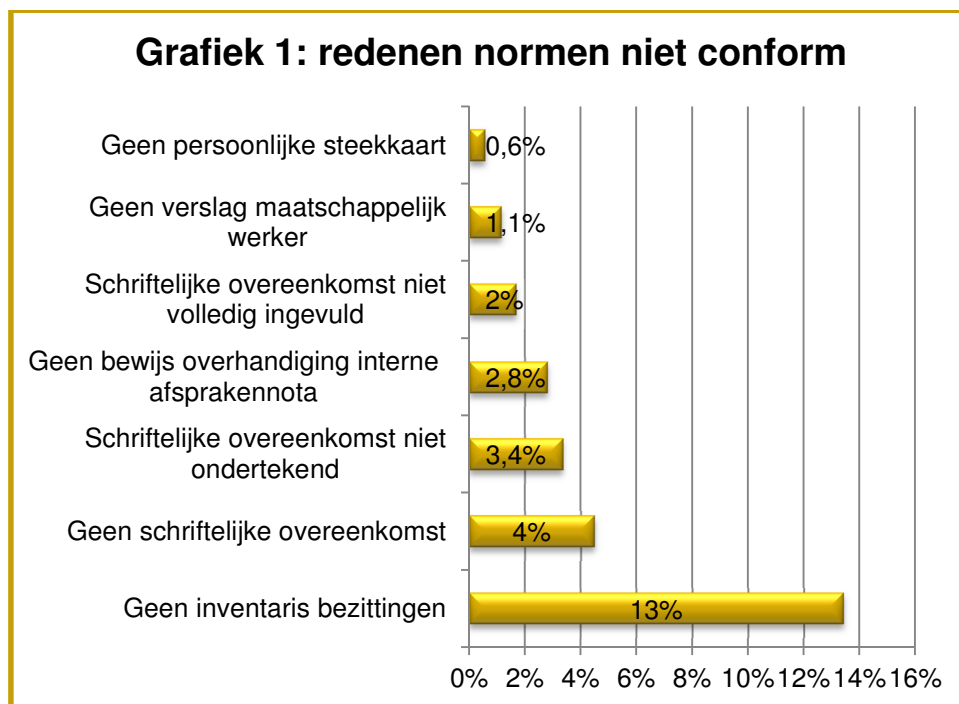
11.2 Globale vaststellingen

In tabel 1 worden de algemene cijfers weergegeven.

Tabel 1: samenstelling opnamedossiers		
	totaal	%
naleving normen conform geen opmerkingen over de samenstelling van het opnamedossier	146	82%
naleving normen niet conform opmerkingen over de samenstelling van het opnamedossier	32	18%
naleving normen totaal	178	100%

Bij 18% van de bevroegde voorzieningen zijn de opnamedossiers niet volledig.

De vastgestelde tekorten worden voorgesteld in grafiek 1. Het grootste tekort (13%) heeft te maken met het feit dat er in het dossier geen inventaris van de bezittingen van het woonzorgcentrum werd opgenomen. In 4% van de bevroagde voorzieningen ontbreekt een schriftelijke overeenkomst in het dossier, in 3,4% is de overeenkomst niet ondertekend en in 2% is ze niet volledig ingevuld. Verder ontbreekt soms het bewijs van overhandiging van de interne afsprakennota (2,8%), is er geen verslag van een maatschappelijk werker (1,1%) of ontbreekt een persoonlijke steekkaart (0,6%).



11.3 Detailanalyse

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens schaalgrootte zien we een klein verschil: de kleine voorzieningen scoren nl. het meest niet conform (26%) t.o.v. 12% voor de middelgrote en 16% voor de grote voorzieningen).

Tabel 2: samenstelling opnamedossiers volgens schaalgrootte

	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	45	74%	64	88%	37	84%	146	82%
naleving normen niet conform	16	26%	9	12%	7	16%	32	18%
naleving normen totaal	61	100%	73	100%	44	100%	178	100%

In tabel 3 worden de resultaten opgesplitst volgens erkenningvorm. Het verschil is eerder klein: de voorzieningen zonder RVT-erkenning hebben het hoogste percentage voor het niet naleven van de norm (29% t.o.v. 15%).

Tabel 3: samenstelling opnamedossiers volgens erkenningsvorm

	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	24	71%	122	85%	146	82%
naleving normen niet conform	10	29%	22	15%	32	18%
naleving normen totaal	34	100%	144	100%	178	100%

In tabel 5, een voorstelling van de resultaten opgesplitst volgens beheersvorm, zien we een klein verschil: de voorzieningen uit de privésector hebben het hoogste percentage voor het niet naleven van de normen nl. 22% t.o.v. 19% in de openbare sector en 16% bij de VZW's.

Tabel 4: samenstelling opnamedossiers volgens beheersvorm

	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	48	81%	29	78%	69	84%	146	82%
naleving normen niet conform	11	19%	8	22%	13	16%	32	18%
naleving normen totaal	59	100%	37	100%	82	100%	178	100%

11.4 Conclusies en aanbevelingen

11.4.1 Conclusies

Bij een klein aantal voorzieningen is de samenstelling van de opnamedossiers niet volledig. Het grootste tekort bestaat uit het ontbreken van een inventaris in een dossier, gevolgd door het ontbreken van schriftelijke overeenkomst.

11.4.2 Aanbevelingen

- ✓ Een correcte toepassing van de regelgeving i.v.m. de samenstelling van het opnamedossier is een basisrecht van de gebruiker. Vermits de schriftelijke overeenkomst een overeenkomst is tussen de gebruiker en de voorziening en rechtszekerheid moet bieden aan de gebruiker, mag dit niet in het dossier ontbreken. Op dit punt zou er geen non-conformiteit mogen vastgesteld worden.

12 Informatieverstrekking

12.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan we stil bij de informatie waarover de gebruiker moet kunnen beschikken bij zijn opname en tijdens zijn verblijf in het woonzorgcentrum.

In het ouderendecreet wordt er vermeld dat het woonzorgcentrum de dagprijs en de extra vergoedingen op een centrale plaats moet afficheren voor zowel bewoners, bezoekers als medewerkers.

Daarnaast moet het woonzorgcentrum ook op een goed zichtbare plaats aangeven wanneer de voorziening enkel bestemd is voor valide ouderen.

In het woonzorgdecreet worden deze twee normen uit het ouderendecreet overgenomen en aangevuld met een nieuw artikel. Het woonzorgcentrum moet actief communiceren over strategische beslissingen die impact hebben op de dagelijkse werking van de voorziening, op de kosten van het verblijf of op de hulp- en dienstverlening. Enkele voorbeelden hiervan zijn: wijziging samenstelling en grootte van de dagprijs, beslissing i.v.m. een nieuwbouw of verbouwing ..., gebruikers moeten over deze aspecten worden ingelicht.

Het kwaliteitsdecreet stelt dat in het kwaliteitshandboek het hulp- en dienstverleningsproces en de opdrachtverklaring moeten vermeld worden.

De minimale kwaliteitseisen bepalen dat de gebruiker recht heeft op relevante informatie bij aanmelding en in elke fase van het hulp- en dienstverleningsproces. Dit betekent dat de bewoner zowel bij het onthaal, bij opname, bij doorverwijzing, tijdens zijn verblijf en bij ontslag over de nodige informatie moet kunnen beschikken.

Indien de gebruiker keuzes kan maken vb. bij de maaltijden of bij bepaalde diensten, dan moet de voorziening deze keuzes kenbaar maken. Tenslotte moet er een opdrachtverklaring (missie, visie en waarden) ontwikkeld worden en deze moet ook kenbaar gemaakt worden.

De informatieverstrekking werd als focus geïnspecteerd in 2010.

12.2 Globale vaststellingen

In tabel 1 wordt het overzicht van de gegevens over informatieverstrekking voorgesteld. De normen werden in 175 voorzieningen bevestigd en de SMK's in 131 voorzieningen. Vermits de gegevens van de inspectie van het kwaliteitshandboek zo klein zijn worden ze niet verder besproken.

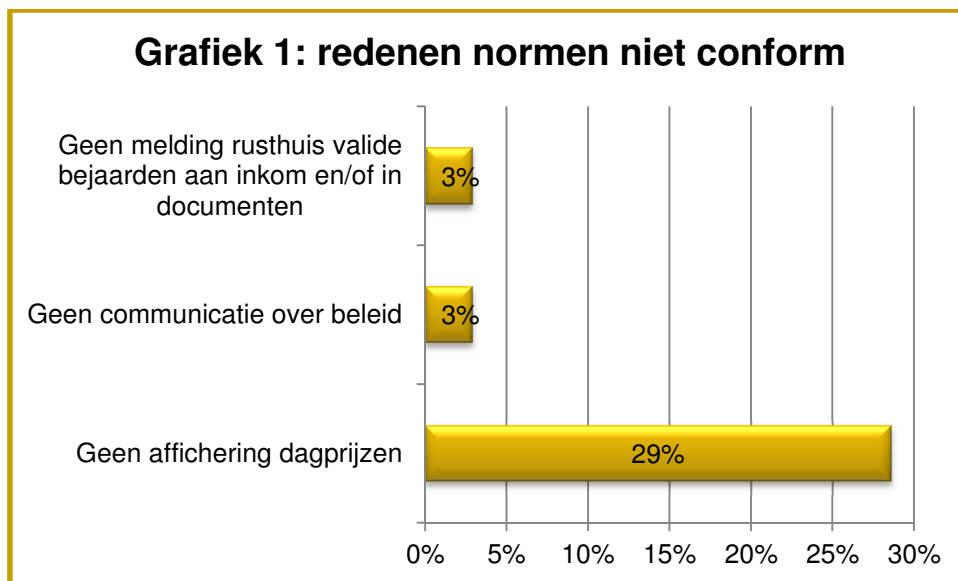
Tabel 1: informatieverstrekking		
	totaal	%
naleving normen conform geen opmerkingen over informatie voor de gebruiker	115	66%
naleving normen niet conform opmerkingen over onvoldoende informatie voor de gebruiker i.v.m. hulp- en dienstverlening	60	34%
naleving normen totaal	175	100%
naleving SMK conform geen opmerkingen over informatie voor de gebruiker bij elke fase van zijn verblijf en opdrachtverklaring	97	74%
naleving SMK niet conform opmerkingen over informatie voor de gebruiker bij elke fase van zijn verblijf en opdrachtverklaring	34	26%
naleving SMK totaal	131	100%

Uit tabel 1 blijkt dat 34% van de bevestigde voorzieningen niet beantwoordt aan de normen van de basisregelgeving.

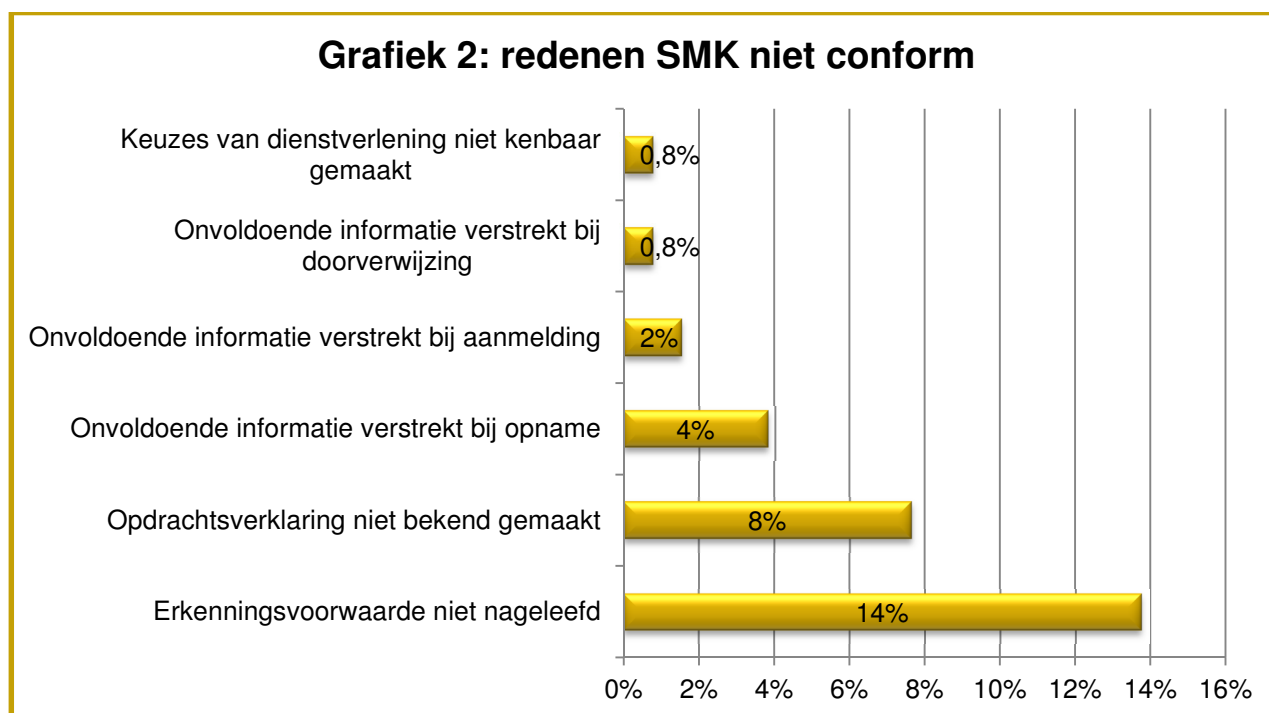
In grafiek 1 worden de redenen hiervan voorgesteld. Het grootste tekort heeft te maken met het niet afficheren van de dagprijzen. Hieruit mag niet automatisch geconcludeerd worden dat de bewoners en familie niet of onvoldoende geïnformeerd worden over de dagprijzen. Veel voorzieningen geven op een andere manier informatie over hun dagprijzen: via website, informatiebrochure, folder, enz. Bovendien is er de wettelijke verplichting om een aanpassing van de dagprijs vooraf aan de bewoner of zijn vertegenwoordiger bekend te maken.

Daarnaast zijn er enkele voorzieningen die gebruikers niet inlichten over hun beleid (3%).

Bij 3% van alle bevestigde voorzieningen wordt er niet kenbaar gemaakt dat deze voorzieningen zich uitsluitend richten tot valide ouderen. Wanneer het aantal keer dat dit tekort negatief gescoord wordt, wordt toegepast op uitsluitend die voorzieningen die enkel valide ouderen begeleiden dan scoren 21% van deze voorzieningen niet conform.



In 26% van de voorzieningen is er geen conformiteit i.v.m. de naleving van de SMK's (tabel 1). In grafiek 2 geven we de redenen weer die aanleiding geven tot deze non-conformiteit.



In 14% van de bevroegde voorzieningen worden de erkenningsvoorwaarden niet nageleefd. Dit is een verwijzing naar de naleving van de erkenningsnorm voorgesteld in grafiek 1.

In 8% van de voorzieningen wordt de opdrachtverklaring niet bekend gemaakt. Er wordt onvoldoende informatie gegeven in 4% verstrekt bij opname, in 2% bij aanmelding en in 0,8% bij doorverwijzing. In 0,8% worden de keuzes van de dienstverlening niet kenbaar gemaakt.

12.3 Detailanalyse

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens schaalgrootte van de voorzieningen stellen we vast dat er slechts kleine verschillen zijn: de kleine voorzieningen scoren het meest niet conform op de naleving van de normen (43% t.o.v. 29% voor de middelgrote en 32% voor de grote voorzieningen). Voor het niet beantwoorden aan de SMK's scoren de grote voorzieningen hoger (29%) dan de kleine en middelgrote voorzieningen (allebei 25%).

Tabel 2: informatieverstrekking volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	35	57%	54	71%	26	68%	115	66%
naleving normen niet conform	26	43%	22	29%	12	32%	60	34%
naleving normen totaal	61	100%	76	100%	38	100%	175	100%
naleving SMK conform	30	75%	43	75%	24	71%	97	74%
naleving SMK niet conform	10	25%	14	25%	10	29%	34	26%
naleving SMK totaal	40	100%	57	100%	34	100%	131	100%

In tabel 3 worden de resultaten opgesplitst volgens de erkenningvorm voorgesteld. De voorzieningen zonder RVT-erkenning scoren meer niet conform voor de normen (46%) en de SMK's (36%) dan de voorzieningen met RVT-erkenning (normen: 31%, SMK: 24%). Deze verschillen zijn echter klein.

Tabel 3: informatieverstrekking volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	19	54%	96	69%	115	66%
naleving normen niet conform	16	46%	44	31%	60	34%
naleving normen totaal	35	100%	140	100%	175	100%
naleving SMK conform	16	64%	81	76%	97	74%
naleving SMK niet conform	9	36%	25	24%	34	26%
naleving SMK totaal	25	100%	106	100%	131	100%

Tenslotte worden de resultaten in tabel 4 opgesplitst volgens beheersvorm.

Tabel 4: informatieverstrekking volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	42	74%	23	55%	50	66%	115	66%
naleving normen niet conform	15	26%	19	45%	26	34%	60	34%
naleving normen totaal	57	100%	42	100%	76	100%	175	100%
naleving SMK conform	41	87%	12	55%	44	71%	97	74%
naleving SMK niet conform	6	13%	10	45%	18	29%	34	26%
naleving SMK totaal	47	100%	22	100%	62	100%	131	100%

In deze tabel zien we een eerder klein verschil voor de normen: de voorzieningen van de privésector scoren voor het naleven van de normen vaker niet conform dan de voorzieningen uit de openbare en de VZW-sector (normen privé: 45% t.o.v. 26% voor de openbare sector en 34% voor de VZW's). Voor de naleving van de SMK's is er een duidelijker verschil: de voorzieningen uit de privésector scoren 45% niet conform, t.o.v. 29% van de voorzieningen uit de VZW-sector en 13% uit de openbare sector.

12.4 Conclusies en aanbevelingen

12.4.1 Conclusies

Twee derde van de bevroagde voorzieningen beantwoordt aan de basisregelgeving op het vlak van informatieverstrekking.

74% van de bevroagde voorzieningen kunnen aantonen dat ze een actieve communicatie voeren over het beleid van de voorziening. In een klein aantal voorzieningen vraagt deze communicatie nog bijsturing.

De kleine voorzieningen zijn het minst in orde i.v.m. de naleving van de norm, de grote voorzieningen i.v.m. het naleven van de SMK's.

De voorzieningen uit de privésector scoren het meest niet conform bij het naleven van alle aspecten van de regelgeving in vergelijking met de andere sectoren.

Eén vijfde van de woonzorgcentra voor valide ouderen voeren geen duidelijke communicatie over het feit dat er enkel valide ouderen worden opgenomen.

12.4.2 Aanbevelingen

- ✓ De gebruiker heeft recht op alle mogelijke informatie bij opname of tijdens zijn verblijf in het woonzorgcentrum. Het is aan te raden dat alle voorzieningen hier dan ook de nodige aandacht aan besteden.
- ✓ De regelgeving i.v.m. informatieverstrekking is redelijk strikt: vb. de dagprijzen moeten geafficheerd worden en Zorginspectie controleert dus of dit inderdaad gebeurt. Het is echter goed mogelijk dat een voorziening de gebruikers op een andere manier over zijn dagprijzen informeert vb. via haar website, in een folder ... De regelgeving is op dit vlak minder aangepast aan de realiteit.

13 Doorverwijzing

13.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de naleving van de regelgeving i.v.m. doorverwijzing. Doorverwijzen kan nodig zijn wanneer een gebruiker geen open plaats vindt in de voorzieningen waar hij zich aanmeldt of wanneer hij niet in de voorziening kan blijven wonen omwille van vb. zwaar storend gedrag. De voorziening moet de gebruiker toeleiden naar een andere, voor de gebruiker geschikte voorziening.

In het ouderendecreet waren er geen concrete normen i.v.m. doorverwijzing. Er is wel een norm die aangeeft dat bij ontslag van een bewoner de voorziening voor een ander passend verblijf moet zorgen.

Met het woonzorgdecreet werd de norm uit het ouderendecreet uitgebreid. Bij een ontslag van een bewoner moet er steeds een akkoord zijn van de arts en het multidisciplinair team. De voorziening verbindt er zich vervolgens toe om, in overleg met de gebruiker, een passend alternatief verblijf te zoeken.

Het kwaliteitsdecreet bepaalt dat het kwaliteitshandboek een procedure doorverwijzing moet bevatten.

Aan deze procedure werden twee minimale kwaliteitseisen gekoppeld: het proces van doorverwijzing moet systematisch beschreven zijn en indien een doorverwijzing nodig is dan moet dit in samenspraak met de gebruiker en/of familie gebeuren.

Het aspect doorverwijzing werd als focus opgenomen bij de inspecties in 2010.

13.2 Globale vaststellingen

Uit tabel 1 blijkt dat niet bij elke inspectie elk aspect van de regelgeving werd bekeken en beoordeeld.

Tabel 1: doorverwijzing		
	totaal	%
naleving normen conform multidisciplinair team en arts geven advies i.v.m. doorverwijzing	93	90%
naleving normen niet conform er is geen advies van multidisciplinair team en arts voor doorverwijzing	10	10%
naleving normen totaal	103	100%
naleving KHB conform er is een procedure doorverwijzing in het KHB	110	92%
naleving KHB niet conform er is geen procedure doorverwijzing in het KHB	9	8%
naleving KHB totaal	119	100%
naleving SMK conform de procedure is systematisch en/of er is overleg bij doorverwijzing	93	74%
naleving SMK niet conform procedure is niet systematisch en/of er is geen overleg bij doorverwijzing	33	26%
naleving SMK totaal	126	100%

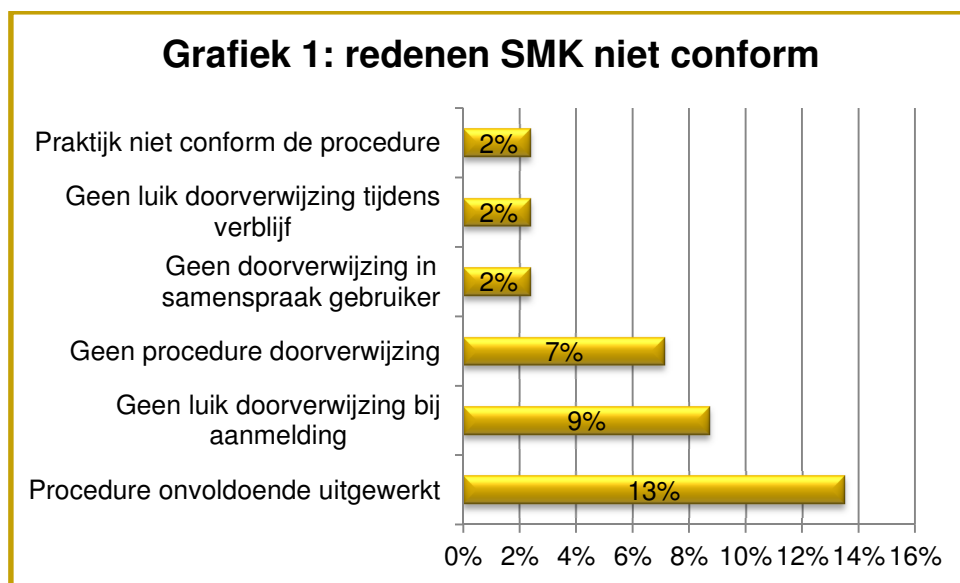
In 103 voorzieningen werden de normen nagezien. In 119 voorzieningen werd het kwaliteitshandboek geïnspecteerd en in 126 voorzieningen de minimale kwaliteitseisen.

De inspectie van het item doorverwijzing richt zich vooral op de aanwezigheid en kwaliteit van een systeem van doorverwijzing (procedure) en minder op de effectieve praktijk van doorverwijzing. Inspectie kan slechts in beperkte mate uitspraken doen over de praktijk van doorverwijzing omdat er weinig concrete verplichtingen tot registratie zijn. De negatieve vaststellingen en conclusies in dit hoofdstuk verwijzen dus niet naar een slechte praktijk van doorverwijzing maar hebben te maken met de aanwezigheid en kwaliteit van een systeem.

Voor het naleven van de norm werd er bij de inspectie gewerkt met één tekort nl. doorverwijzing zonder oordeel van de arts en het team. Deze norm werd door 10% van de voorzieningen niet nageleefd.

Het kwaliteitshandboek bevat bij 8% van de bevroagde voorzieningen geen procedure doorverwijzing.

In grafiek 1 worden de redenen voorgesteld die leiden tot het niet conform scoren op de twee SMK's.



Het meest voorkomende tekort heeft te maken met het feit dat de procedure doorverwijzing onvoldoende werd uitgewerkt (13%) en dat de procedure doorverwijzing bij aanmelding niet omschreven is (9%). Dit laatste tekort betekent dat de voorziening bij aanmelding van een gebruiker niet kan aantonen dat hij de gebruiker doorverwijst indien er in de eigen voorziening geen open plaats voorhanden is.

Verder zijn er nog enkele kleinere tekorten i.v.m. naleving SMK's: geen samenspraak met de gebruiker bij doorverwijzing (2%), geen doorverwijzing tijdens het verblijf (2%) of in de praktijk handelt men anders dan in de procedure wordt beschreven (2%).

13.3 Detailanalyse

De opsplitsing van de resultaten i.v.m. doorverwijzing volgens de schaalgrootte van de voorzieningen stellen we voor in tabel 2.

Tabel 2: doorverwijzing volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	24	92%	44	88%	25	93%	93	90%
naleving normen niet conform	2	8%	6	12%	2	7%	10	10%
naleving normen totaal	26	100%	50	100%	27	100%	103	100%
naleving KHB conform	35	92%	47	92%	28	93%	110	92%
naleving KHB niet conform	3	8%	4	8%	2	7%	9	8%
naleving KHB totaal	38	100%	51	100%	30	100%	119	100%
naleving SMK conform	27	69%	42	75%	24	77%	93	74%
naleving SMK niet conform	12	31%	14	25%	7	23%	33	26%
naleving SMK totaal	39	100%	56	100%	31	100%	126	100%

Zowel voor de naleving van de normen, het kwaliteitshandboek en de SMK's zijn er slechts kleine verschillen.

Voor de naleving van de normen scoren de middelgrote voorzieningen het meest niet conform nl. 12% t.o.v. 8% (kleine voorzieningen) en 7% (de grote voorzieningen).

In de meeste voorzieningen is een procedure doorverwijzing aanwezig (kleine en middelgrote voorzieningen: 92% en grote voorzieningen 93%).

Voor de naleving van de SMK's vinden we de meeste tekorten bij de kleine voorzieningen (31%) t.o.v. 25% bij de middelgrote en 23% bij de grote voorzieningen.

In tabel 3 worden de resultaten opgesplitst volgens de erkenningvorm. De voorzieningen zonder RVT-erkenning hebben de meeste tekorten zowel op de norm (15% t.o.v. 9%) als voor het KHB (17% t.o.v. 6%) en de SMK's (37% t.o.v. 24%). De vastgestelde verschillen zijn eerder klein.

Tabel 3: doorverwijzing volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	11	85%	82	91%	93	90%
naleving normen niet conform	2	15%	8	9%	10	10%
naleving normen totaal	13	100%	90	100%	103	100%
naleving KHB conform	15	83%	95	94%	110	92%
naleving KHB niet conform	3	17%	6	6%	9	8%
naleving KHB totaal	18	100%	101	100%	119	100%
naleving SMK conform	12	63%	81	76%	93	74%
naleving SMK niet conform	7	37%	26	24%	33	26%
naleving SMK totaal	19	100%	107	100%	126	100%

In tabel 4 worden de resultaten weergegeven, opgesplitst volgens de beheersvorm.

Tabel 4: doorverwijzing volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	39	97,5%	19	90%	35	83%	93	90%
naleving normen niet conform	1	2,5%	2	10%	7	17%	10	10%
naleving normen totaal	40	100%	21	100%	42	100%	103	100%
naleving KHB conform	45	96%	21	87,5%	44	92%	110	92%
naleving KHB niet conform	2	4%	3	12,5%	4	8%	9	8%
naleving KHB totaal	47	100%	24	100%	48	100%	119	100%
naleving SMK conform	39	81%	16	62%	38	73%	93	74%
naleving SMK niet conform	9	19%	10	38%	14	27%	33	26%
naleving SMK totaal	48	100%	26	100%	52	100%	126	100%

Zowel voor de naleving van de normen, het kwaliteitshandboek en de SMK's zijn er slechts kleine verschillen.

De voorzieningen uit de VZW-sector behalen de meeste tekorten voor de naleving van de norm (17% t.o.v. 2,5%: openbare sector en 10% privésector).

De voorzieningen uit de privésector hebben procentueel de meeste tekorten voor het kwaliteitshandboek en de SMK's.

13.4 Conclusies en aanbevelingen

13.4.1 Conclusies

De woonzorgcentra leven de norm i.v.m. doorverwijzing goed na. Er zijn slechts een klein aantal voorzieningen die niet in orde zijn. Het gaat hierbij enkel om de norm doorverwijzing van een bewoner die niet langer in het woonzorgcentrum kan verblijven omwille van zijn zorgprofiel.

De grootste tekorten zijn: het ontbreken van een procedure doorverwijzing of een procedure die onvoldoende is uitgewerkt. Dit betekent echter niet automatisch dat in deze voorzieningen de doorverwijzing in de praktijk niet of slecht loopt.

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens schaalgrootte scoren de middelgrote voorzieningen het meest niet conform voor het naleven van de norm en de kleine voorzieningen voor de naleving van de SMK's.

Voorzieningen zonder bijkomende RVT-erkenning halen meer tekorten voor zowel naleving norm, KHB als SMK's in vergelijking met voorzieningen met RVT-erkenning.

De privésector behaalt de meeste tekorten i.v.m. het ontbreken van de procedure doorverwijzing en de SMK's.

13.4.2 Aanbevelingen

- ✓ De gebruiker heeft recht op doorverwijzing naar een ander woonzorgcentrum indien hij geen plaats vindt in het woonzorgcentrum waar hij zich aanmeldt of indien hij moet verhuizen. Het is aangewezen dat voorzieningen hieraan de nodige aandacht besteden en hierrond een procedure uitwerken.

14 Inspraak

14.1 Inleiding

We leven in een maatschappij waarin inspraak en medezeggenschap belangrijke aspecten zijn. Burgers wensen inspraak op allerlei vlakken. De mogelijkheid tot inspraak werd in het ouderendecreet opgenomen en in het woonzorgdecreet verder uitgewerkt.

Inspraak verwijst zowel naar individuele als naar collectieve inspraak.

De individuele inspraak heeft te maken met inspraak van de gebruiker en/of zijn familie i.v.m. hulp- en dienstverlening en andere persoonlijke aspecten van het leven in het woonzorgcentrum. Inspraak vertaalt zich in medezeggenschap over de zorg, het toepassen van beschermende maatregelen, palliatieve situaties ... Deze individuele inspraak wordt niet in dit hoofdstuk besproken maar komt aan bod bij zorgpraktijk.

In dit hoofdstuk wordt er specifiek naar de collectieve inspraak gepeild.

De collectieve inspraak verwijst naar inspraak in de algemene werking van de voorziening zoals dienstverlening, permanentie, voeding, ... Het woonzorgcentrum moet de grenzen van deze inspraak aangeven: zo is er bijvoorbeeld geen inspraak nodig bij aanwerven of ontslag medewerkers. Collectieve inspraak is mogelijk via o.a. de gebruikersraad maar de voorziening kan daarnaast ook nog andere vormen van inspraak organiseren.

Deze collectieve inspraak komt zowel in het ouderen- als in het woonzorgdecreet aan bod.

Volgens het ouderendecreet moet een voorziening vier keer per jaar een bewonersraad inrichten, een verslag van dit overleg opmaken en dit verslag ook bekendmaken.

Met het woonzorgdecreet werden de voorwaarden aangepast: de raad moet samengesteld worden uit bewoners én familie of mantelzorgers, de terminologie werd aangepast van bewonersraad naar gebruikersraad en men moet minstens één keer per trimester vergaderen. De gebruikersraad kan op eigen initiatief of op vraag van het woonzorgcentrum over alle aspecten van de werking advies uitbrengen.

Naast het ouderen- en woonzorgdecreet bepaalt het kwaliteitsdecreet dat het kwaliteitshandboek een procedure inspraak moet bevatten.

Aan deze procedure werd een specifieke minimale kwaliteitseis gekoppeld: de voorziening treft de nodige maatregelen voor inspraak in de algemene werking van de voorziening en in de individuele hulp- en dienstverlening.

Ook hier werd enkel de collectieve inspraak geïnspecteerd.

Inspraak maakte deel uit van de focus bij de inspecties in het kalenderjaar 2009.

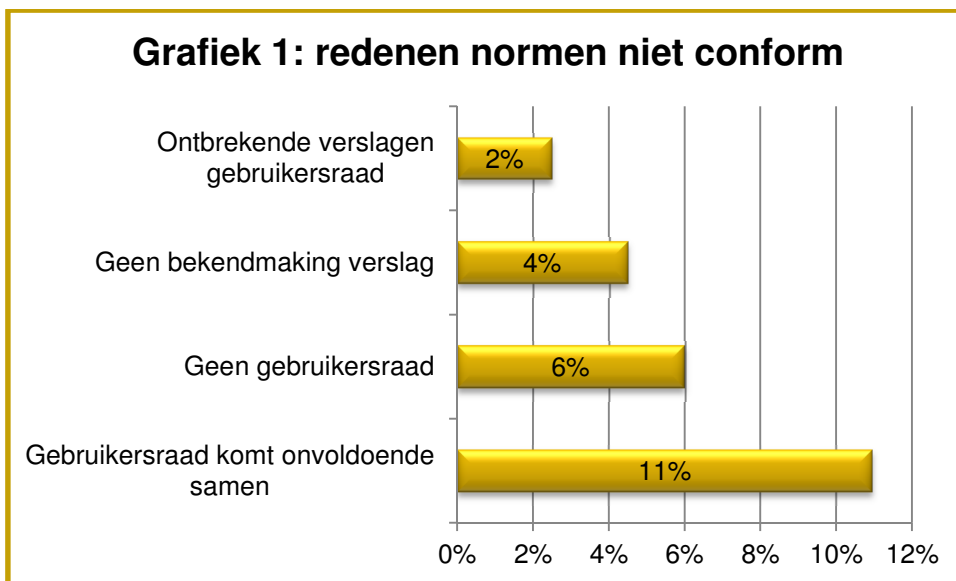
14.2 Globale vaststellingen

Zoals uit tabel 1 blijkt werd niet bij elke inspectie elk aspect van de regelgeving bekeken en beoordeeld. De erkenningsnormen werden 201 keer bevestigd, het kwaliteitshandboek 116 keer, en de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen 168 keer.

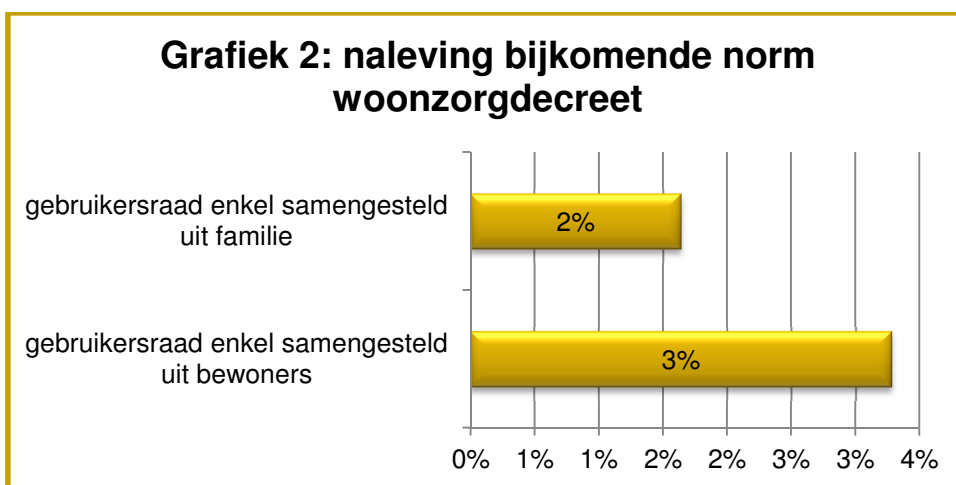
Tabel1: inspraak		
	aantal	%
naleving normen conform er zijn geen opmerkingen over de gebruikersraad	157	78%
naleving normen niet conform er zijn opmerkingen over de gebruikersraad	44	22%
naleving normen totaal	201	100%
naleving KHB conform er is een procedure inspraak	100	86%
naleving KHB niet conform er is geen procedure inspraak	16	14%
naleving KHB totaal	116	100%
naleving SMK conform er zijn geen opmerkingen over de mogelijkheid tot inspraak	128	76%
naleving SMK niet conform er zijn geen opmerkingen over de mogelijkheid tot inspraak	40	24%
naleving SMK totaal	168	100%

In 100 voorzieningen (86%) bevat het kwaliteitshandboek een procedure inspraak, bij slechts 16 voorzieningen (14%) is dit (nog) niet in orde (tabel1).

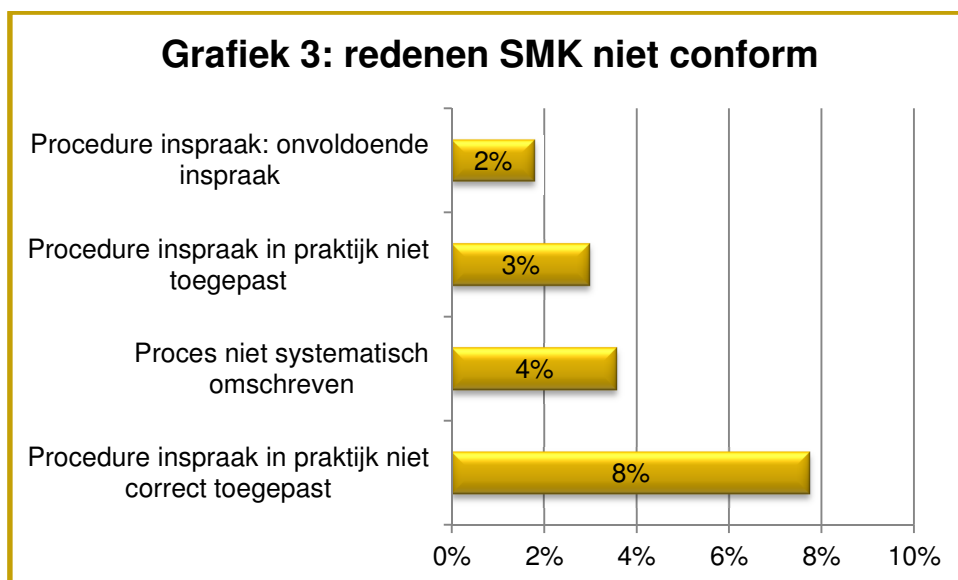
Bij het naleven van de erkenningnormen beantwoordt 78% van de bevestigde voorzieningen aan de regelgeving (tabel 1). Grafiek 1 toont aan dat bij 22% van de voorzieningen tekorten worden vastgesteld: 6% van de voorzieningen heeft geen gebruikersraad, 2% maakt geen verslag van elk overleg en dit verslag wordt in 4% van de voorzieningen niet bekend gemaakt. In 11% komt de gebruikersraad onvoldoende samen.



Met het woonzorgdecreet werd de samenstelling van de bewonersraad (gebruikersraad) gewijzigd. Zowel bewoners als familieleden of mantelzorgers moeten vertegenwoordigd zijn. Van de 61 voorzieningen die op dit punt werden geïnspecteerd voldoen er slechts 3 voorzieningen (5%) niet aan deze norm (grafiek 2). De aangepaste samenstelling van de gebruikersraad vormde voor de voorzieningen geen probleem.



Bij het inspecteren van de SMK's blijkt dat 76% van de voorzieningen conform scoort en 24% niet conform (tabel1). Uit grafiek 3 blijkt dat de vastgestelde tekorten te wijten zijn aan: in 11% van de voorzieningen bestaat er een procedure maar wordt ze in de praktijk niet (3%) of niet correct (8%) toegepast. Bij 2% van de voorzieningen wordt de inspraak onvoldoende gegarandeerd omdat vb. de voorziene frequentie van de gebruikersraad te laag is en bij 4% is de procedure niet systematisch omschreven.



14.3 Detailanalyse

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens schaalgrootte van de voorzieningen is vast te stellen dat de tekorten op het vlak van inspraak zich vooral voordoen in de kleinere woonzorgcentra (tabel 2). Van deze kleine voorzieningen scoort 31% niet conform op de naleving van de erkenningsnormen t.o.v. 22% van de middelgrote en 5% van de grote voorzieningen. Wat het kwaliteitshandboek betreft scoren ze 23 % niet conform t.o.v. 7 % (middelgroot) en 9% (grote voorzieningen) en 43% voor naleving SMK t.o.v. van 13% en 8%.

Deze kleine voorzieningen hebben vaak geen gebruikersraad of de gebruikersraad komt onvoldoende keren samen.

Tabel 2: inspraak volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	53	69%	65	78%	39	95%	157	78%
naleving normen niet conform	24	31%	18	22%	2	5%	44	22%
naleving normen totaal	77	100%	83	100%	41	100%	201	100%
naleving KHB conform	37	77%	42	93%	21	91%	100	86%
naleving KHB niet conform	11	23%	3	7%	2	9%	16	14%
naleving KHB totaal	48	100%	45	100%	23	100%	116	100%
naleving SMK conform	37	57%	58	87%	33	92%	128	76%
naleving SMK niet conform	28	43%	9	13%	3	8%	40	24%
naleving SMK totaal	65	100%	67	100%	36	100%	168	100%

Bij de opsplitsing volgens erkenningsvorm is vast te stellen dat voorzieningen met uitsluitend een ROB-erkenning duidelijker niet conform scoren, zowel voor naleving normen, het kwaliteitshandboek als de SMK (tabel 3). In 40% van de voorzieningen met uitsluitend een ROB-erkenning worden de normen niet nageleefd (t.o.v. 15%), in 26% is het kwaliteitshandboek niet conform (t.o.v. 8%) en in 52% wordt de SMK niet nageleefd (t.o.v. 13%).

De tekorten hebben vooral te maken met het niet of onvoldoende organiseren van een gebruikersraad.

Tabel 3: inspraak volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	31	60%	126	85%	157	78%
naleving normen niet conform	21	40%	23	15%	44	22%
naleving normen totaal	52	100%	149	100%	201	100%
naleving KHB conform	28	74%	72	92%	100	86%
naleving KHB niet conform	10	26%	6	8%	16	14%
naleving KHB totaal	38	100%	78	100%	116	100%
naleving SMK conform	22	48%	106	87%	128	76%
naleving SMK niet conform	24	52%	16	13%	40	24%
naleving SMK totaal	46	100%	122	100%	168	100%

Bij de opsplitsing volgens beheersvorm zijn de verschillen kleiner voor het naleven van de normen en het kwaliteitshandboek dan het naleven van de SMK. Uit tabel 4 blijkt dat de privésector het meest niet conform scoort: 33 % voor het niet naleven van de norm (t.o.v. 20% VZW-sector, 16% openbare sector), bij 25% is het kwaliteitshandboek niet conform (t.o.v. 11% VZW sector en 9% openbare sector) en 51% leeft de SMK niet na (t.o.v. 18% VZW-sector, 13% openbare sector). Ook hier zijn het ontbreken of het onvoldoende organiseren van een gebruikersraad en het ontbreken van de procedure inspraak de oorzaak van het niet conform scoren.

Tabel 4: inspraak volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	52	84%	30	67%	75	80%	157	78%
naleving normen niet conform	10	16%	15	33%	19	20%	44	22%
naleving normen totaal	62	100%	45	100%	94	100%	201	100%
naleving KHB conform	32	91%	21	75%	47	89%	100	86%
naleving KHB niet conform	3	9%	7	25%	6	11%	16	14%
naleving KHB totaal	35	100%	28	100%	53	100%	116	100%
naleving SMK conform	46	87%	18	49%	64	82%	128	76%
naleving SMK niet conform	7	13%	19	51%	14	18%	40	24%
naleving SMK totaal	53	100%	37	100%	78	100%	168	100%

14.4 Conclusies en aanbevelingen

14.4.1 Conclusies

In de meeste voorzieningen wordt er collectieve inspraak georganiseerd. In enkele voorzieningen komt er geen gebruikersraad samen of komt ze niet elke trimester samen.

De meeste tekorten komen voor bij kleine voorzieningen, in de privésector en voorzieningen met enkel een ROB-erkenning.

14.4.2 Aanbevelingen

- ✓ Hoewel er bij de inspecties soms wordt vastgesteld dat er tussen de voorzieningen verschillen bestaan wat betreft het aantal gebruikers dat participeert aan de gebruikersraad en de te bespreken agendapunten, werden deze elementen niet systematisch bevroegd en ook niet systematisch opgenomen in de verslaggeving en in dit document.
In sommige voorzieningen is de gebruikersraad effectief een inspraakkanaal, in andere voorzieningen zou de werking kunnen herbekeken worden omdat ze minder effectief is. Het is voor de voorzieningen een uitdaging om een representatieve groep van gebruikers en familie of mantelzorgers te laten deelnemen aan de gebruikersraad en ook stil te staan op welke manier de algemene werking op een zinvolle manier kan geadviseerd worden.
- ✓ Het is aan te bevelen dat Zorginspectie haar bevraging, registratie en verslaggeving aanpast om later over deze elementen te kunnen rapporteren.

15 Klachtenbehandeling en klachtenanalyse

15.1 Inleiding

Het belang van klachtenbehandeling binnen de woonzorgcentra werd vooral geïntroduceerd door het kwaliteitsdecreet van 25 februari 1997. Het kwaliteitsdecreet legde de voorzieningen de verplichting op om een procedure voor klachtenbehandeling en een procedure voor klachtenanalyse uit te werken. Daaraan gekoppeld werden twee minimale kwaliteitseisen opgelegd die het klachtenrecht en het klachtenbeleid moesten garanderen:

- Elke gebruiker, familielid en medewerker moet in de mogelijkheid gesteld worden om een klacht te formuleren over de hulp- en dienstverlening aangeboden door de voorziening. De klachtenprocedure moet daartoe kenbaar gemaakt worden aan de gebruikers en medewerkers.
- Op basis van een periodieke analyse van meerdere en gelijkaardige klachten formuleert de voorziening correctieve en preventieve maatregelen.

Daarnaast staan er in de erkenningsvoorwaarden nog een aantal formele verplichtingen. In het ouderendecreet van 1985 was die verplichting beperkt tot de aanwezigheid van een voor de gebruikers toegankelijk register voor suggesties, opmerkingen en klachten. In het woonzorgdecreet werd de erkenningsvoorwaarde m.b.t. klachtenbehandeling aangepast en werden volgende verplichtingen opgelegd: de aanduiding van een klachtenbehandelaar binnen de voorziening, de verplichting om periodiek informatie te geven over het klachtenbeleid aan alle bewoners, familieleden en mantelzorgers, de verplichting om schriftelijk te melden welk gevolg werd gegeven aan een klacht, en de verplichting om de gegevens m. b.t. de woonzorglijn op een goed zichtbare plaats uit te hangen.

Een goede klachtenbehandeling en klachtenanalyse zijn instrumenten die een voorziening de mogelijkheid bieden om de werking zo optimaal mogelijk af te stemmen op de vragen en noden van de gebruiker en een goed klachtenbeheer zorgt ervoor dat een voorziening haar dienstverlening continu kan verbeteren. Dit is geen evidentie. De voorziening en haar medewerkers moeten open staan voor klachten en bereid zijn om een klacht te interpreteren als een signaal voor kwaliteitsverbetering, en niet als een bedreiging. In die zin is het belangrijk dat klachten in de voorziening niet genegeerd worden en dat de afhandeling van de klachten op een kwalitatief goede wijze gebeurt.

De inspectie van klachtenbehandeling en klachtenanalyse werd als focus opgenomen bij de inspecties in het kalenderjaar 2009.

15.2 Klachtenbehandeling

15.2.1 Globale vaststellingen

De inspectie van het item klachtenbehandeling werd uitgevoerd in 201 voorzieningen. Hiervan werden 137 voorzieningen op basis van het ouderendecreet en 64 voorzieningen op basis van het woonzorgdecreet geïnspecteerd. De voorzieningen die op basis van het woonzorgdecreet werden geïnspecteerd dienden aan enkele nieuwe erkenningsvoorwaarden te voldoen.

Zoals uit tabel 1 blijkt werd niet bij elke inspectie elk aspect van de regelgeving bekeken en beoordeeld.

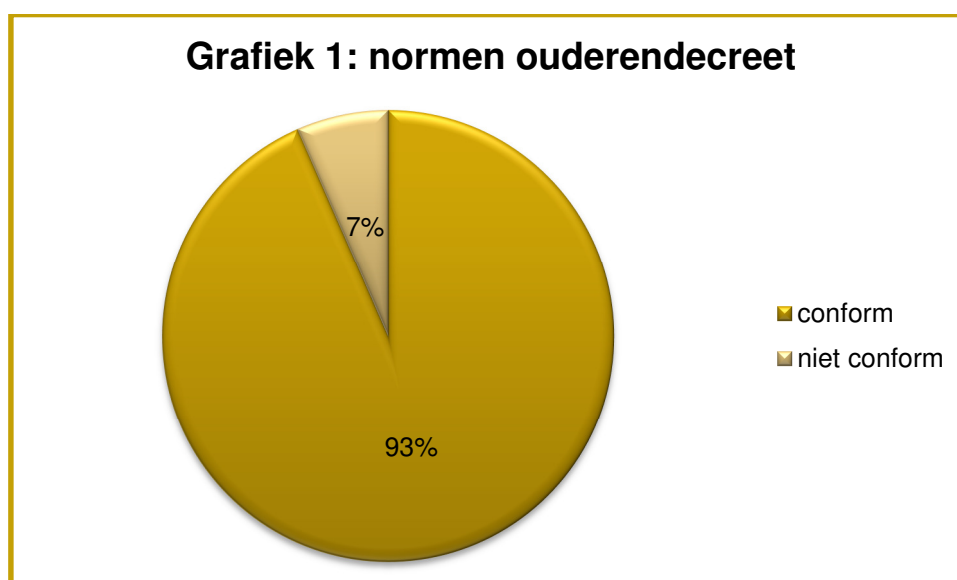
In 199 van de voorzieningen werden de normen/erkenningvoorwaarden nagezien, in 162 voorzieningen het kwaliteitshandboek, en in 184 voorzieningen de minimale kwaliteitseisen.

Tabel 1: klachtenbehandeling		
	aantal	%
naleving normen conform geen opmerkingen over klachtenregistratie, informatie m.b.t. klachtenbehandeling en klachtenbehandelaar	170	85%
naleving normen niet conform opmerkingen over klachtenregistratie, informatie m.b.t. klachtenbehandeling en klachtenbehandelaar	29	15%
naleving normen totaal	199	100%
naleving KHB conform procedure voor klachtenbehandeling ter beschikking	151	93%
naleving KHB niet conform geen procedure voor klachtenbehandeling	11	7%
Naleving KHB totaal	162	100%
naleving SMK conform er is systeem van klachtenbehandeling conform procedure	110	60%
naleving SMK niet conform geen systeem van klachtenbehandeling	74	40%
naleving SMK totaal	184	100%

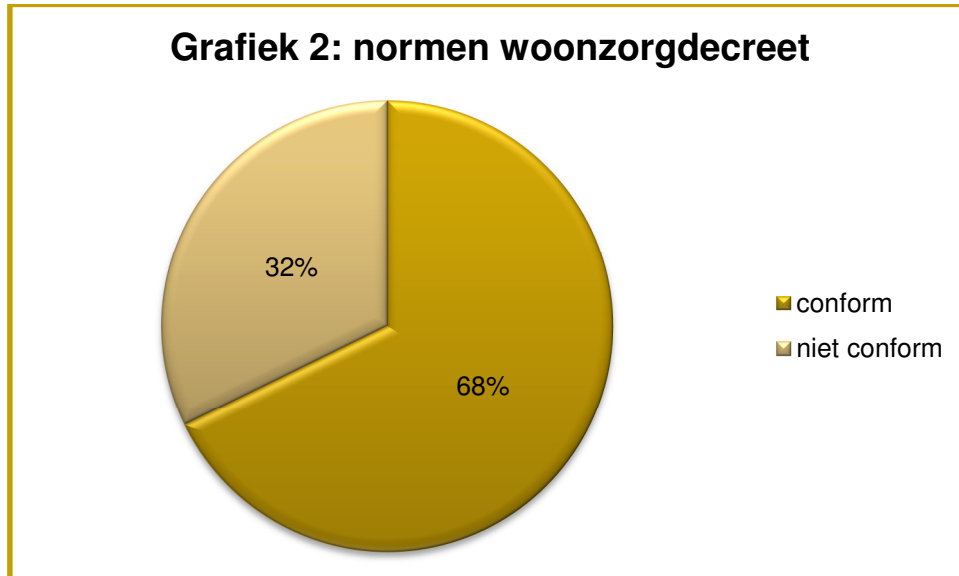
Bij de naleving van de normen beantwoordt 85% van de voorzieningen aan de regelgeving (cf. tabel 1).

Door de wijziging in de regelgeving (woonzorgdecreet) is de situatie niet vergelijkbaar voor alle voorzieningen.

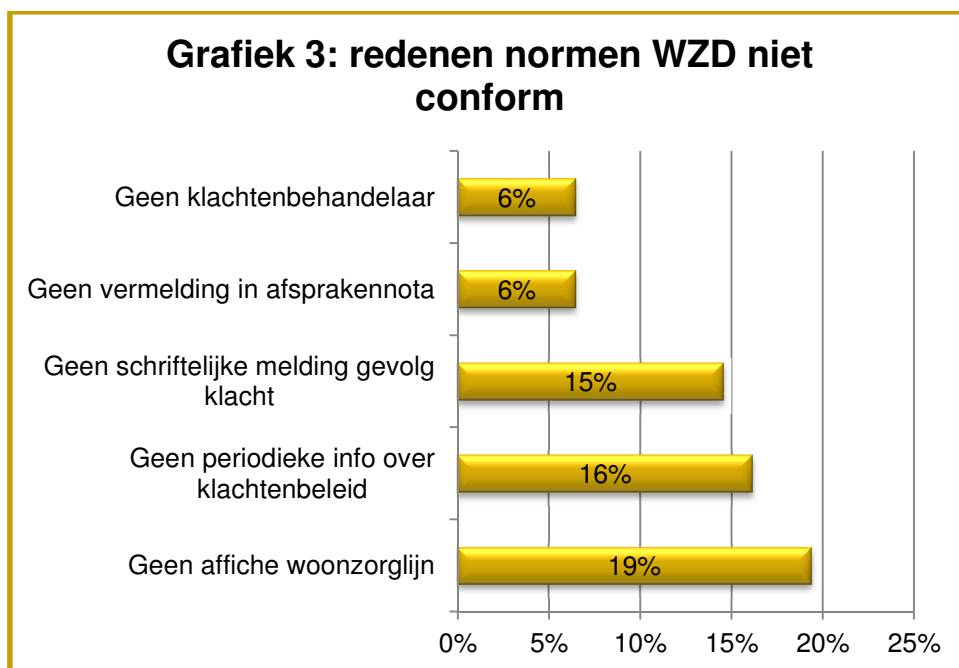
Indien de 137 voorzieningen, waar op basis van het ouderendecreet werd geïnspecteerd, afzonderlijk worden genomen voldoet 93% aan de norm (grafiek 1). Concreet betekent dit dat er in 7% van de voorzieningen een register voor opmerkingen, suggesties en klachten ontbreekt. Dit betekent niet noodzakelijk dat er in die voorzieningen ook geen procedure voor klachtenbehandeling aanwezig is of dat er op geen enkele andere manier aan klachtenbehandeling wordt gedaan.



Indien de 64 voorzieningen, waar de toepassing van het woonzorgdecreet werd geïnspecteerd, afzonderlijk worden genomen voldoet 32% van de voorzieningen nog niet aan alle erkenningsvoorwaarden (grafiek 2).



De tekorten die in dit verband het meest werden vastgesteld zijn: het niet uithangen van de affiche van de woonzorglijn (in 19% van de bevroegde voorzieningen), geen periodieke informatie geven over het klachtenbeleid (16% niet conform) en het niet schriftelijke melden van het gevolg dat aan een klacht werd gegeven (15% niet conform) - cf. grafiek 3.



Uit tabel 1 blijkt verder dat een groot deel van de voorzieningen (94%) over een klachtenprocedure beschikt. De formele vereiste van het beschikken over een procedure wordt dus meestal nageleefd.

De meeste problemen situeren echter zich op het vlak van inhoud en toepassing van het kwaliteitsbeleid.

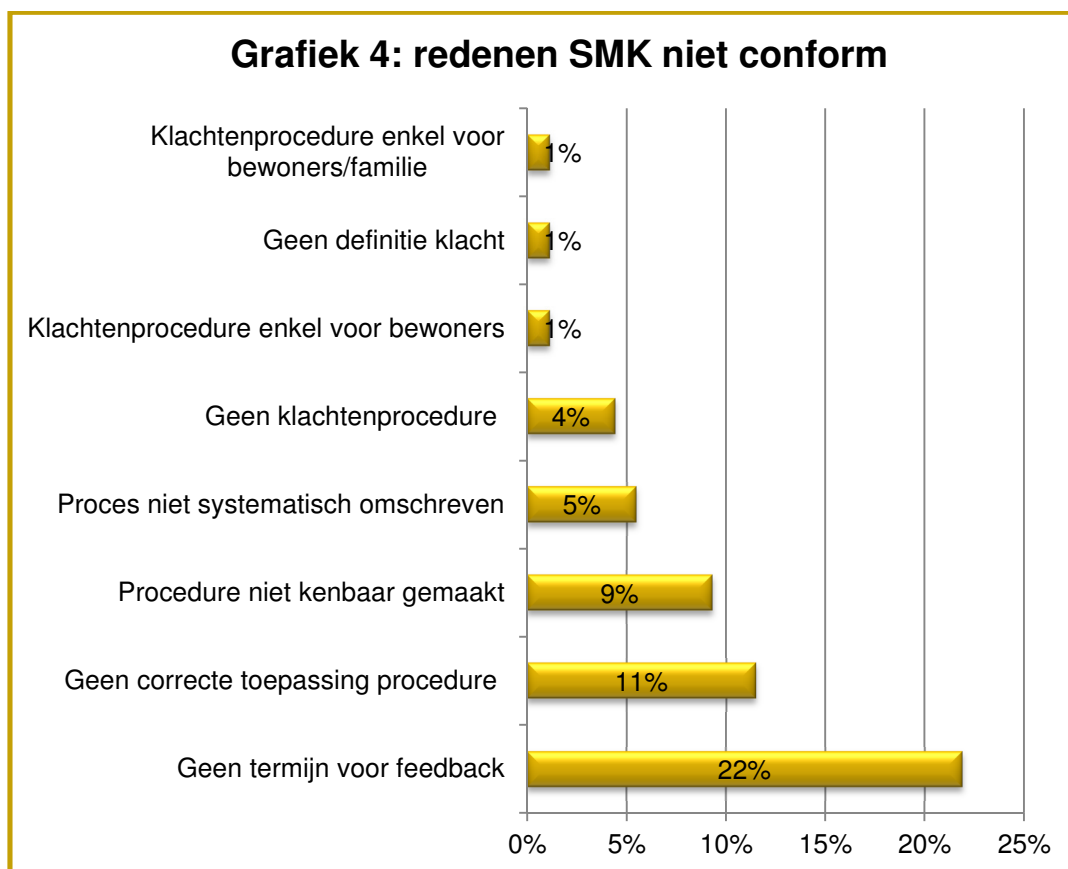
In 40% van de voorzieningen wordt één van de minimale kwaliteitseisen die verbonden zijn aan het klachtenbeleid niet nageleefd (cf. tabel 1). In die gevallen vormt ofwel de inhoud van de procedure, ofwel de toepassing van de procedure een probleem.

De minimale kwaliteitseis die bepaalt dat het proces van klachtenbehandeling in de procedure op een systematische manier moet uitgeschreven worden is bij 5% van de op dat punt bevraagde voorzieningen niet nageleefd.

Het grootste deel van de tekorten m.b.t. de minimale kwaliteitseisen situeren zich bijgevolg op het vlak van de toepassing van de procedure.

De oorzaken van deze tekorten kunnen divers zijn: de termijn van feedback ontbreekt bij 22% van de bevraagde voorzieningen, de procedure wordt in de praktijk niet of niet correct toegepast bij 11% van de voorzieningen of de procedure wordt niet kenbaar gemaakt bij 9% van de voorzieningen – cf. grafiek 4.

Bij het in de praktijk correct toepassen van de procedure dient opgemerkt dat er enkel een non-conformiteit werd gescoord indien de inspectie vastgesteld heeft dat de klachtenbehandeling niet conform de eigen procedure werd uitgevoerd. In sommige gevallen waren er geen klachtenregistraties voor de voorbije periode en kon de correcte toepassing van de procedure niet worden nagegaan. In die gevallen werd de toepassing van de procedure als conform beschouwd. Bij een aantal van deze voorzieningen werd door inspectie soms als aandachtspunt opgemerkt dat de drempel voor het formuleren van een klacht te hoog werd gelegd of dat de definitie van een klacht te beperkt werd omschreven. Beide vaststellingen kunnen als gevolg hebben dat er in die voorzieningen zelden of nooit een registratie van de klacht diende te gebeuren.



15.2.2 Detailanalyse

Bij opsplitsing van de resultaten volgens de schaalgrootte van de voorziening (tabel 2) stellen we vast dat voor alle bevraagde aspecten het percentage tekorten het grootst is in de kleine voorzieningen (capaciteit ≤ 60). Bij de naleving van de normen is er een beperkt verschil, bij de naleving van de bepalingen inzake het kwaliteitshandboek en de minimale kwaliteitseisen zijn de verschillen groot: in 22% van de kleinschalige voorzieningen wordt de normering niet nageleefd, in 16% van deze voorzieningen is er nog geen klachtenprocedure en in 68% van deze voorzieningen is de inhoud of toepassing van deze procedure niet conform.

Tabel 2: klachtenbehandeling volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	54	78%	72	87%	44	94%	170	85%
naleving normen niet conform	15	22%	11	13%	3	6%	29	15%
totaal naleving normen	69	100%	83	100%	47	100%	199	100%
naleving KHB conform	46	84%	69	99%	36	97%	151	93%
naleving KHB niet conform	9	16%	1	1%	1	3%	11	7%
totaal naleving KHB	55	100%	70	100%	37	100%	162	100%
naleving SMK conform	20	32%	56	72%	34	79%	110	60%
naleving SMK niet conform	43	68%	22	28%	9	21%	74	40%
totaal naleving SMK	63	100%	78	100%	43	100%	184	100%

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens erkenningsvorm (tabel 3) valt op dat het percentage van voorzieningen met tekorten duidelijk hoger ligt bij voorzieningen zonder RVT-erkenning, en dit voor alle items: in 24% van die voorzieningen zijn er tekorten m.b.t. de normen (12% in voorzieningen met RVT-erkenning), in 22% ontbreekt er een klachtenprocedure (in tegenstelling tot 2% van de voorzieningen met RVT-erkenning) en in 80% van die voorzieningen is de inhoud of toepassing van de procedure niet conform (in tegenstelling tot 27% van de voorzieningen met RVT-erkenning).

Een bijzondere RVT-erkenning stelt geen bijkomende eisen op het vlak van klachtenbehandeling, zodat de verklaring niet in de regelgeving kan gezocht worden. Een mogelijke verklaring voor dit onderscheid ligt misschien in het feit dat voorzieningen zonder RVT-erkenning minder beroep kunnen doen op omkaderend personeel.

Tabel 3: klachtenbehandeling volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	Totaal	%
naleving normen conform	35	76%	135	88%	170	85%
naleving normen niet conform	11	24%	18	12%	29	15%
totaal naleving normen	46	100%	153	100%	199	100%
naleving KHB conform	32	78%	119	98%	151	93%
naleving KHB niet conform	9	22%	2	2%	11	7%
totaal naleving KHB	41	100%	121	100%	162	100%
naleving SMK conform	9	20%	101	73%	110	60%
naleving SMK niet conform	36	80%	38	27%	74	40%
totaal naleving SMK	45	100%	139	100%	184	100%

Uit de onderverdeling van de resultaten volgens beheersvorm (tabel 4) kunnen we afleiden dat voorzieningen in de privésector een beduidend hoger aantal tekorten scoren: bij 32,5% van die voorzieningen wordt de normering van het ouderendecreet of van het woonzorgdecreet niet nageleefd, 23% van die voorzieningen beschikt niet over een klachtenprocedure, en in 71% van die voorzieningen zijn er problemen met de inhoud of toepassing van de klachtenprocedure. De vzw-sector scoort op de verschillende deelaspecten dicht bij het gemiddelde voor de volledige sector en de openbare sector scoort op de verschillende aspecten het best.

Tabel 5: klachtenbehandeling volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	58	91%	27	67,5%	85	89%	170	85%
naleving normen niet conform	6	9%	13	32,5%	10	11%	29	15%
totaal naleving normen	64	100%	40	100%	95	100%	199	100%
naleving KHB conform	54	100%	24	77%	73	95%	151	93%
naleving KHB niet conform	0	0%	7	23%	4	5%	11	7%
totaal naleving KHB	54	100%	31	100%	77	100%	162	100%
naleving SMK conform	48	80%	11	29%	51	59%	110	60%
naleving SMK niet conform	12	20%	27	71%	35	41%	74	40%
totaal naleving SMK	60	100%	38	100%	86	100%	184	100%

15.2.3 Conclusies en aanbevelingen

15.2.3.1 Conclusies

Samengevat kan worden gesteld dat de voorzieningen in grote mate beantwoorden aan de formele vereisten inzake klachtenbehandeling: aanwezigheid klachtenprocedure, aanwezigheid register voor opmerkingen, suggesties en klachten, enz.

Maar naar inhoud van de procedure en naar effectieve uitvoering van de klachtenbehandeling is er nog ruimte voor verbetering. Het probleem stelt zich vooral in kleinschalige voorzieningen, in voorzieningen zonder RVT-erkenning en ook de privésector scoort minder goed op dit punt.

De toepassing van de nieuwe erkenningsvoorwaarden uit het woonzorgdecreet vormt in een aantal voorzieningen ook nog een verbeterpunt.

Zoals hiervoor al opgemerkt moet de beoordeling van de toepassing van de klachtenprocedure gerelativeerd worden. Voorzieningen bepalen zelf de definitie van klacht binnen de procedure en bepalen zelf de drempel voor het indienen van klachten. Dit kan met zich meebrengen dat in sommige voorzieningen weinig of geen klachten geregistreerd worden en dat voorzieningen op het vlak van toepassing bijgevolg moeilijk te vergelijken zijn.

15.2.3.2 Aanbevelingen

- ✓ Sommige voorzieningen moeten hun visie en houding m.b.t. klachtenbeleid nog bijsturen en klachtenbehandeling zien als een instrument voor kwaliteitsverbetering. Het uitschrijven van een inhoudelijk goede procedure die laagdrempelig is, met een voldoende ruime definitie van klacht, en met vermelding van een duidelijke termijn van feedback is hierbij van belang. Bij toekomstige inspecties waarbij klachtenbehandeling als focus wordt opgenomen is het aangewezen meer systematisch aandacht te besteden aan de hiervoor vermelde elementen. Het beleid zou wellicht meer eenvormigheid op dat vlak kunnen stimuleren.
- ✓ Ook de correcte toepassing van de klachtenprocedure vormt nog in veel voorzieningen een aandachtspunt. Bij toekomstige inspecties waarbij klachtenbehandeling als focus wordt opgenomen zou nog meer aandacht moeten besteed worden aan de correcte toepassing van de klachtenprocedure.

15.3 Klachtenanalyse

15.3.1 Globale vaststellingen

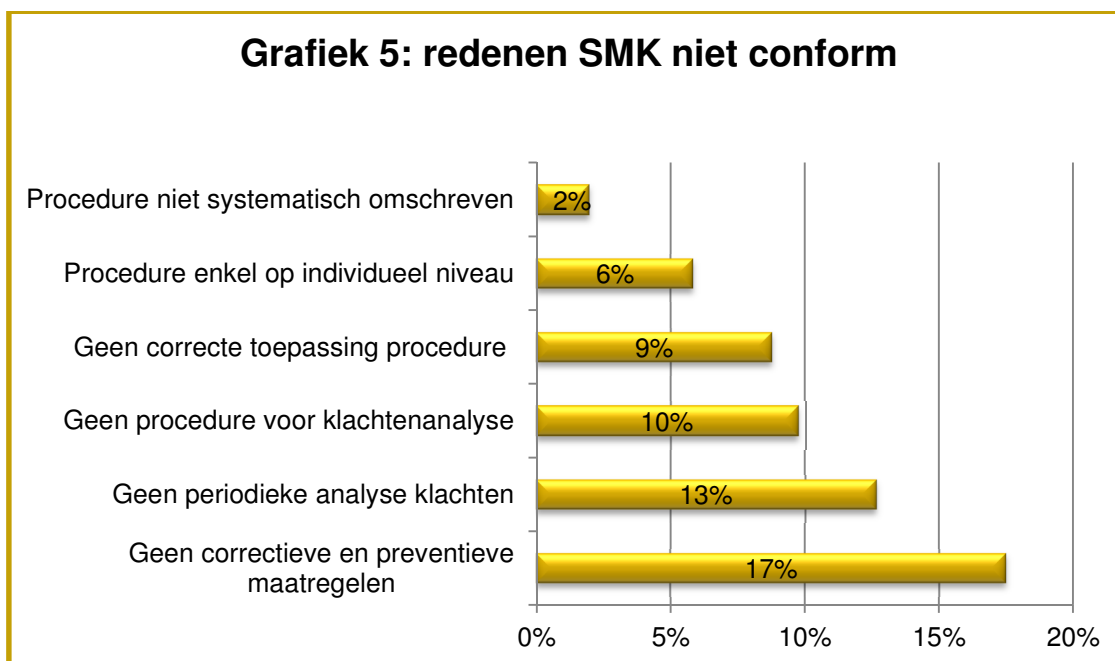
De inspectie van de deelmodule klachtenanalyse werd uitgevoerd in 108 voorzieningen. De regelgeving m.b.t. klachtenanalyse wordt volledig bepaald door het kwaliteitsdecreet: een verplichte procedure voor klachtenanalyse en een minimale kwaliteitseis m.b.t. de uitvoering van die klachtenanalyse.

Op basis van deze regelgeving verwachtte Zorginspectie dat er op vaste tijdstippen een klachtenanalyse kon aangetoond worden op collectief niveau, m.a.w. een analyse van meerdere en gelijkaardige klachten. In een aantal voorzieningen werd de regelgeving op dit punt enger geïnterpreteerd en werd de analyse beperkt tot het individuele niveau van de klachten.

Het kwaliteitshandboek werd in 99 voorzieningen geïnspecteerd, de minimale kwaliteitseisen in 103 voorzieningen.

Tabel 6: module klachtenanalyse		
	totaal	%
naleving KHB conform procedure klachtenanalyse beschikbaar	74	75%
naleving KHB niet conform procedure klachtenanalyse ontbreekt	25	25%
naleving KHB totaal	99	100%
naleving SMK conform uitvoering klachtenanalyse conform procedure	56	54%
naleving SMK niet conform geen uitvoering klachtenanalyse conform procedure	47	46%
naleving SMK totaal	103	100%

De procedure was in 25% van de voorzieningen niet aanwezig en in 46 % van de voorzieningen was de inhoud en/of toepassing van de procedure niet conform. In de meeste gevallen gaat het om het feit dat er geen correctieve en preventieve maatregelen worden genomen op basis van de klachtenanalyse (17%), dat er geen periodieke analyse van klachten wordt uitgevoerd (13%) en dat de procedure niet correct wordt toegepast (cf. grafiek 5).



15.3.2 Detailanalyse

Bij de klachtenanalyse stellen we vast dat het percentage tekorten hoger is in de kleine voorzieningen: in 37% van die voorzieningen is er geen procedure en in 59% is de inhoud of toepassing van de procedure niet conform (cf. tabel 7).

Tabel 7: klachtenanalyse volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	>120	%	totaal	%
naleving KHB conform	26	63%	32	84%	16	80%	74	75%
naleving KHB niet conform	15	37%	6	16%	4	20%	25	25%
Totaal naleving KHB	41	100%	38	100%	20	100%	99	100%
naleving SMK conform	17	41%	25	61%	14	67%	56	54%
naleving SMK niet conform	24	59%	16	39%	7	33%	47	46%
Totaal naleving SMK	41	100%	41	100%	21	100%	103	100%

Bij de voorzieningen zonder RVT-erkenning is het percentage van voorzieningen met tekorten op kwaliteitshandboek en minimale kwaliteitseis hoger: 41% van die voorzieningen beschikken niet over een procedure en in 66% is de inhoud en/of toepassing van de procedure niet conform (cf. tabel 8).

Tabel 8: klachtenanalyse volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving KHB conform	17	59%	57	81%	74	75%
naleving KHB niet conform	12	41%	13	19%	25	25%
totaal	29	100%	70	100%	99	100%
naleving SMK conform	10	34%	46	62%	56	54%
naleving SMK niet conform	19	66%	28	38%	47	46%
totaal	29	100%	74	100%	103	100%

Bij de opsplitsing volgens beheersvorm zijn er geen grote verschillen (cf. tabel 9).

Tabel 9: klachtenanalyse volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving KHB conform	29	88%	14	67%	31	69%	74	75%
naleving KHB niet conform	4	12%	7	33%	14	31%	25	25%
totaal	33	100%	21	100%	45	100%	99	100%
naleving SMK conform	24	67%	10	48%	22	48%	56	54%
naleving SMK niet conform	12	33%	11	52%	24	52%	47	46%
totaal	36	100%	21	100%	46	100%	103	100%

15.3.3 Conclusies en aanbevelingen

15.3.3.1 Conclusies

Op het vlak van klachtenanalyse en het gebruik van klachtenanalyse om de kwaliteit van de eigen werking te verbeteren (correctieve en preventieve maatregelen) is er nog een weg af te leggen. Het klachtenbeleid wordt dikwijls nog gehanteerd als een instrument om op individueel niveau problemen op te lossen, en niet systematisch om globale correctieve en/of preventieve maatregelen te nemen. Veel voorzieningen hebben nog geen procedure voor klachtenanalyse en in een groot aantal voorzieningen is er weinig of geen implementatie van klachtenanalyse in de praktijk.

15.3.3.2 Aanbevelingen

- ✓ Het nemen van preventieve en correctieve maatregelen op basis van gemeenschappelijke klachten is belangrijk om tot kwaliteitsverbetering te komen. Daarom is het aangewezen dat voorzieningen klachtenanalyse als vast element binnen het kwaliteitsbeleid en zelfevaluatie integreren.
- ✓ De basisvoorwaarde om tot effectieve klachtenanalyse te kunnen komen is het toepassen van een laagdrempelige klachtenprocedure en het correct opvolgen en goed registreren van de klachtenbehandeling.
- ✓ Voorzieningen kunnen de resultaten van de klachtenanalyse en de correctieve en preventieve maatregelen die op basis van de analyse genomen worden best ook open communiceren naar gebruikers.

16 Facturatie en geldbeheer

16.1 Inleiding

In het ouderendecreet en in het woonzorgdecreet zijn verschillende bepalingen opgenomen die betrekking hebben op de facturatie, de dagprijzen, de waarborg en het geldbeheer. De normering in het ouderendecreet en het woonzorgdecreet is grotendeels gelijklopend. De belangrijkste wijziging die in het woonzorgdecreet werd doorgevoerd heeft betrekking op geldbeheer: in het ouderendecreet was het beheer van gelden en/of goederen door de voorziening mogelijk onder toezicht van een commissie, in het woonzorgdecreet wordt dit beheer volledig uitgesloten.

De andere bepalingen uit het ouderendecreet werden in het woonzorgdecreet overgenomen en op enkele punten verduidelijkt of aangevuld.

Die bepalingen gaan over volgende aspecten:

- de factuur t.b.v. de bewoner of zijn vertegenwoordiger, die maandelijks moet worden opgemaakt met gedetailleerde vermelding van alle kosten en terugbetalingen;
- het bedrag en het gebruik van een eventuele waarborg;
- de individuele rekening met ontvangsten en uitgaven die buiten de facturatie vallen;
- de samenstelling van dagprijs en aanrekening van extra vergoedingen en voorschotten ten gunste van derden.

Het laatste aspect wordt verder gespecificeerd in een Ministerieel Besluit m.b.t. de samenstelling van de dagprijs.

De RVT-regelgeving bevat eveneens bepalingen inzake facturatie en geldbeheer maar die leggen geen bijkomende vereisten op in vergelijking met de basisregelgeving.

Het M.B. van 10/12/2001, dat de toepassing van het kwaliteitsdecreet regelt, legt aan de voorzieningen de verplichting op om een procedure voor facturatie t.a.v. de gebruiker in het kwaliteitshandboek op te nemen. Zoals alle procedures uit het kwaliteitshandboek moet deze procedure beantwoorden aan de minimale kwaliteitseis, die stelt dat het proces op een systematische manier moet beschreven worden.

De inspectie van de module “facturatie/geldbeheer” werd als focus opgenomen bij de inspecties in het kalenderjaar 2010.

16.2 Globale vaststellingen

Uit tabel 1 blijkt dat niet bij elke inspectie ook elk aspect van de regelgeving werd bekeken en beoordeeld.

In 249 voorzieningen werden de normen nagezien en in 64 voorzieningen werd het kwaliteitshandboek en de minimale kwaliteitseis geïnspecteerd.

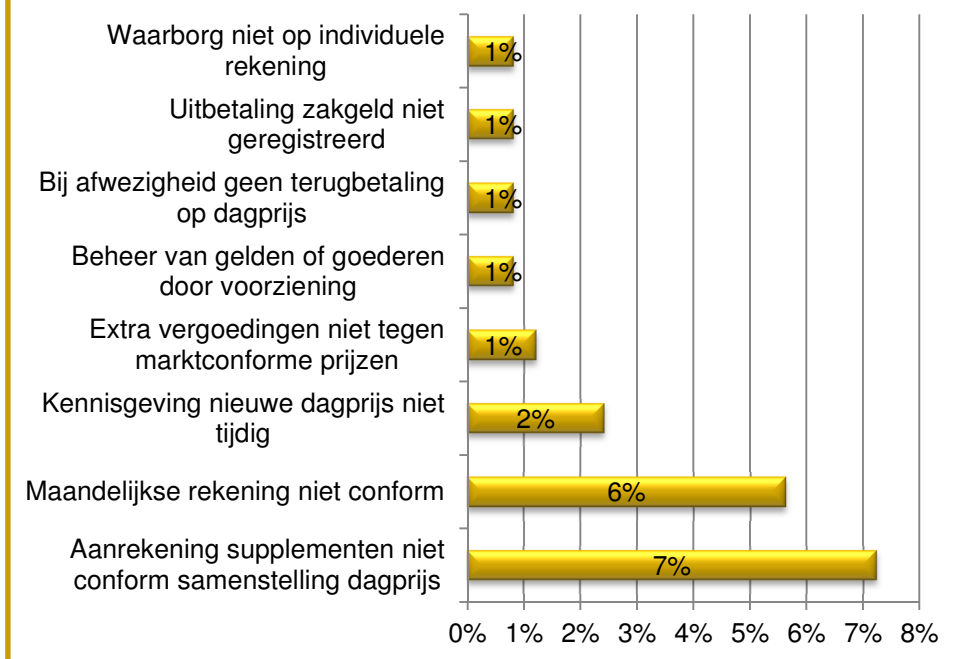
Tabel 1: facturatie - geldbeheer		
	totaal	%
naleving normen conform geen opmerkingen op het vlak van facturatie, samenstelling dagprijs, geldbeheer en waarborg	204	82%
naleving normen niet conform er zijn opmerkingen op het vlak van facturatie, samenstelling dagprijs, geldbeheer en waarborg	45	18%
naleving normen totaal	249	100%
naleving KHB conform procedure voor facturatie t.a.v. de gebruiker aanwezig	60	94%
naleving KHB niet conform procedure voor facturatie t.a.v. de gebruiker ontbreekt	4	6%
naleving KHB totaal	64	100%
naleving SMK conform procedure voor facturatie beschikbaar en systematisch omschreven	55	86%
naleving SMK niet conform procedure voor facturatie niet systematisch omschreven	9	14%
naleving SMK totaal	64	100%

Globaal stellen we vast dat de regelgeving m.b.t. facturatie/geldbeheer in een groot deel van de voorzieningen wordt nageleefd.

In 18% van de voorzieningen werden één of meerdere tekorten vastgesteld t.a.v. de normen inzake facturatie, dagprijzen en geldbeheer. In 6% van de voorzieningen ontbreekt de procedure voor facturatie en in 14% van de voorzieningen wordt de minimale kwaliteitseis niet nageleefd omdat de procedure ontbreekt of niet systematisch is uitgeschreven (cf. tabel 1).

De oorzaken voor het niet naleven van de normen/erkenningvoorwaarden kunnen divers zijn. Zoals uit grafiek 1 blijkt gaat het over vrij veel verschillende soorten tekorten, die soms maar in een zeer beperkt aantal voorzieningen vastgesteld werden. De belangrijkste tekorten situeren zich op het vlak van de aanrekening van supplementen en op het vlak van de maandelijkse rekening. In 7% van de voorzieningen worden er supplementen buiten de dagprijs aangerekend die volgens de regelgeving in de dagprijs moeten inbegrepen zijn. In 6% van de voorzieningen was de maandelijkse rekening niet conform de norm opgesteld of ontbraken de nodige bewijsstukken bij de rekening.

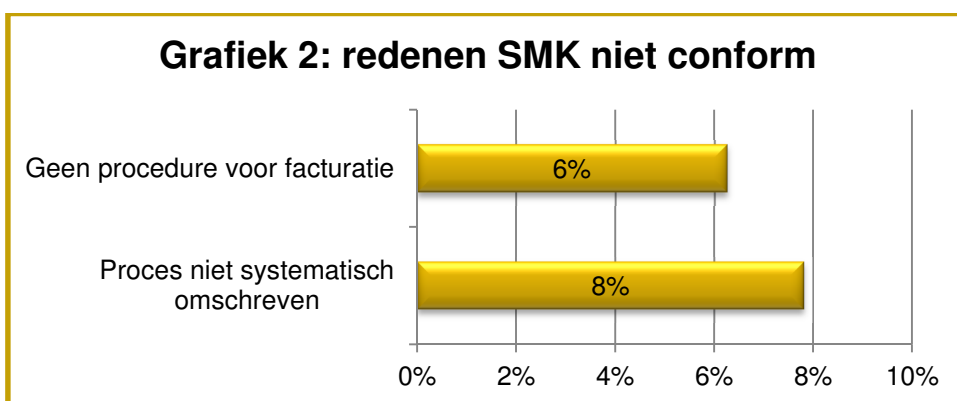
Grafiek 1: redenen normen niet conform



Bij de voorzieningen die niet conform scoren m.b.t. het kwaleitshandboek ligt de oorzaak uitsluitend in het ontbreken van een procedure voor facturatie t.a.v. de gebruiker.

Het niet naleven van de minimale kwaliteitseis wordt ofwel veroorzaakt door het feit dat de procedure ontbreekt (in 6% van de voorzieningen) of door het feit dat het proces niet op een systematische manier beschreven wordt (in 8% van de voorzieningen) (cf. grafiek 2).

Grafiek 2: redenen SMK niet conform



16.3 Detailanalyse

Bij opsplitsing van de resultaten volgens de schaalgrootte van de voorziening (tabel 2) stellen we vast dat wat betreft de toepassing van de normering het grootste aantal tekorten terug te vinden is bij de grote voorzieningen (> 120): 28% van deze voorzieningen scoort een tekort op één of meerdere normen m.b.t. facturatie, dagprijs, geldbeheer, enz.

Voor wat betreft het kwaliteitshandboek en de minimale kwaliteitseis die aan de procedure verbonden is, is het percentage tekorten duidelijk groter in de kleinschalige voorzieningen: in 16% van die voorzieningen ontbreekt de procedure voor facturatie en in 26% wordt de minimale kwaliteitseis niet nageleefd door het ontbreken van de procedure of doordat de procedure niet systematisch omschreven is.

Tabel 2: facturatie en geldbeheer volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving normen conform	70	80%	100	88%	34	72%	204	82%
naleving normen niet conform	18	20%	14	12%	13	28%	45	18%
naleving normen totaal	88	100%	114	100%	47	100%	249	100%
naleving KHB conform	21	84%	24	100%	15	100%	60	94%
naleving KHB niet conform	4	16%	0	0%	0	0%	4	6%
naleving KHB totaal	25	100%	24	100%	15	100%	64	100%
naleving SMK conform	20	74%	22	92%	15	100%	55	86%
naleving SMK niet conform	7	26%	2	8%	0	0%	9	14%
naleving SMK totaal	27	100%	24	100%	15	100%	64	100%

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens erkenningsvorm (tabel 3) stellen we vast dat het percentage van voorzieningen met tekorten opmerkelijk hoger ligt bij voorzieningen zonder RVT-erkenning. 29% van de voorzieningen zonder RVT-erkenning scoort één of meerdere tekorten t.a.v. de normering, in 31% van die voorzieningen ontbreekt de procedure en in 54% is de naleving van de minimale kwaliteitseis niet conform.

Tabel 3: facturatie en geldbeheer volgens erkenningsvorm						
	ROB	%	RVT	%	totaal	%
naleving normen conform	35	71%	169	84,5%	204	82%
naleving normen niet conform	14	29%	31	15,5%	45	18%
naleving normen totaal	49	100%	200	100%	249	100%
naleving KHB conform	9	69%	51	100%	60	94%
naleving KHB niet conform	4	31%	0	0%	4	6%
naleving KHB totaal	13	100%	51	100%	64	100%
naleving SMK conform	6	46%	49	96%	55	86%
naleving SMK niet conform	7	54%	2	4%	9	14%
naleving SMK totaal	13	100%	51	100%	64	100%

Uit de opsplitsing van de resultaten volgens beheersvorm (tabel 4) kunnen we afleiden dat het grootste aantal tekorten, zowel naar normen als naar kwaliteitshandboek en minimale kwaliteitseis, bij de privésector te vinden is. Het aantal tekorten ligt bij de privésector iets hoger bij de naleving van de normen en beduidend hoger bij het beschikken over een procedure en het naleven van de minimale kwaliteitseis: 27% van de privévoorzieningen scoort een tekort op één of meerdere normen, 21% van die voorzieningen beschikt niet over een procedure en in 43% van de voorzieningen wordt niet voldaan aan de minimale kwaliteitseis.

Tabel 4: facturatie en geldbeheer volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving normen conform	67	88%	37	73%	100	82%	204	82%
naleving normen niet conform	9	12%	14	27%	22	18%	45	18%
naleving normen totaal	76	100%	51	100%	122	100%	249	100%
naleving KHB conform	21	100%	11	79%	28	97%	60	94%
naleving KHB niet conform	0	0%	3	21%	1	3%	4	6%
naleving KHB totaal	21	100%	14	100%	29	100%	64	100%
naleving SMK conform	21	100%	8	57%	26	90%	55	86%
naleving SMK niet conform	0	0%	6	43%	3	10%	9	14%
naleving SMK totaal	21	100%	14	100%	29	100%	64	100%

16.4 Conclusies en aanbevelingen

16.4.1 Conclusies

De regelgeving m.b.t. facturatie en geldbeheer wordt in een groot aantal voorzieningen nageleefd.

Voor de gebruiker is vooral de correcte toepassing van de normering rechtstreeks van belang. De gebruiker kan terecht verwachten dat de aanrekening van kosten, het opstellen van facturen, enz. op een volgens de regelgeving correcte manier gebeurt. In een aantal voorzieningen worden hierrond nog tekorten vastgesteld. Er werden op dit punt meer tekorten vastgesteld in grootschalige voorzieningen en in voorzieningen zonder RVT-erkenning. Ook voorzieningen uit de privésector vertonen meer tekorten op dit punt.

16.4.2 Aanbevelingen

- ✓ Een correcte toepassing van de regelgeving m.b.t. dagprijzen en facturatie is in feite een basisrecht van de gebruiker. Er kan bijgevolg terecht verwacht worden dat alle voorzieningen de normen correct toepassen en dat er op het vlak van de naleving van de normen 100% conformiteit wordt nagestreefd. Daarom dient Zorginspectie blijvend aandacht te geven aan dit punt.
- ✓ De voorzieningen moeten een transparante communicatie voeren, zowel naar toepassing van de dagprijzen en supplementaire kosten als naar de wijze van facturatie t.a.v. de gebruiker. Facturen die aan de wettelijke norm beantwoorden zijn niet altijd per definitie helder en voor de gebruiker transparant opgesteld. Het is aangewezen dat Zorginspectie in de toekomst ook aandacht besteedt aan dit punt.

- ✓ De regelgeving op het vlak van dagprijzen, facturatie en geldbeheer is vrij uitgebreid en gedetailleerd en zou voldoende bescherming moeten kunnen bieden aan de gebruiker. Zorginspectie kan de toepassing enkel bij steekproef controleren. Dit maakt dat het belangrijk is dat de gebruiker zelf ook goed geïnformeerd wordt over de bestaande regelgeving. Dit gebeurt nu al o.m. via de website van de woonzorglijn maar wellicht kan vanuit het beleid bekeken worden of er geen bijkomende vormen van informatiekanalen zijn, zodat gebruikers zelf foute toepassingen van de regelgeving kunnen detecteren.

17 Evaluatie van de dienstverlening

17.1 Inleiding

Het kwaliteitsdecreet van 25 februari 1997 voerde het principe in dat de voorzieningen de eigen dienstverlening moeten evalueren. De SMK bepaalt dat de voorziening haar hulp- en dienstverlening op een systematische manier en op geregelde tijdstippen evalueert en de resultaten hiervan gebruikt voor de bijsturing van de werking. Hieraan werd ook een verplichte procedure in het kwaliteitshandboek gekoppeld. Op welke manier en door wie de evaluatie gebeurt wordt niet bepaald in de SMK. De procedure bepaalt wel dat de evaluatie door de gebruiker gebeurt. Evaluatie door andere bronnen dan de gebruiker wordt echter niet uitgesloten. Op basis van deze regelgeving heeft de voorziening bijgevolg veel autonomie om de wijze van uitvoering, de frequentie, het al of niet betrekken van externen, enz. te bepalen.

In de regelgeving zijn geen specifieke erkenningsvoorwaarden m.b.t. evaluatie opgenomen. Wel voorziet het woonzorgdecreet de verplichting tot het uitvoeren van een zelfevaluatie. Het principe van zelfevaluatie wordt voor de woonzorgcentra verplicht vanaf 1 juli 2013 en was bijgevolg nog niet van toepassing voor de periode 2009-2011.

Het op regelmatige tijdstippen uitvoeren van een evaluatie van de eigen werking is belangrijk in het kader van een goed kwaliteitsbeleid. Het systematisch en op een deskundige wijze bevragen van gebruikers (bewoners en familie) geeft waardevolle informatie over de eigen werking en kan gebruikt worden als instrument om de eigen werking bij te sturen. Ook bevraging bij personeel kan waardevolle informatie opleveren en een aanzet zijn tot kwaliteitsverbetering.

De inspectie van de evaluatie van de dienstverlening werd als focus opgenomen bij de inspecties in het kalenderjaar 2009.

17.2 Globale vaststellingen

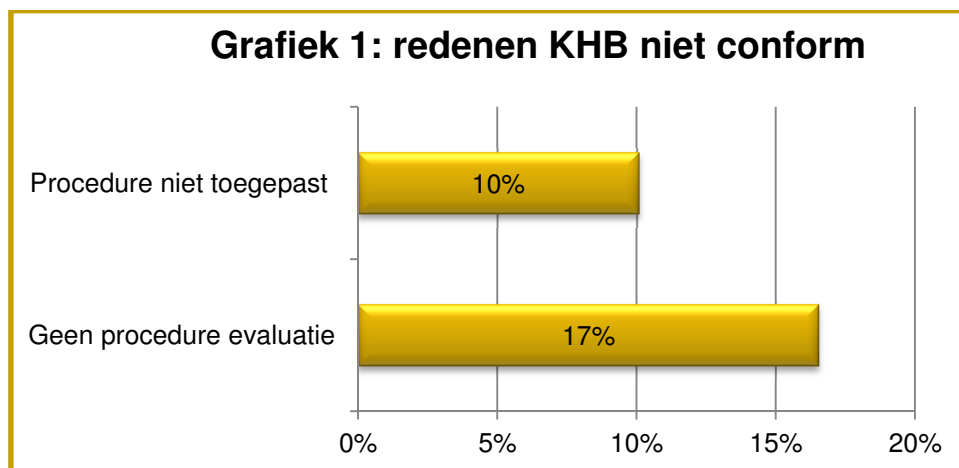
Uit tabel 1 blijkt dat niet bij elke inspectie ook elk aspect van de regelgeving werd bekeken en beoordeeld.

In 139 voorzieningen werd het kwaliteitshandboek nagezien en in 163 voorzieningen werden de minimale kwaliteitseisen geïnspecteerd.

Tabel 1: evaluatie dienstverlening		
	totaal	%
naleving KHB conform er is een procedure voor evaluatie van de dienstverlening	102	73%
naleving KHB niet conform er is geen procedure voor evaluatie van de dienstverlening	37	27%
naleving KHB totaal	139	100%
naleving SMK conform er wordt periodiek en systematisch geëvalueerd en de procedure is systematisch	91	56%
naleving SMK niet conform geen periodieke en systematische evaluatie en/of procedure is niet systematisch	72	44%
naleving SMK totaal	163	100%

In 73% van de bevroagde voorzieningen is het kwaliteitshandboek conform de vereisten (cf. tabel 1).

Bij de voorzieningen die niet conform scoren op dit punt ligt de oorzaak meestal in het ontbreken van een procedure voor evaluatie van de dienstverlening: 17% van de voorzieningen scoren negatief op dit punt, 10% scoren negatief omdat de in het kwaliteitshandboek aanwezige procedure in de praktijk op geen enkele manier gebruikt wordt (cf. grafiek 1).

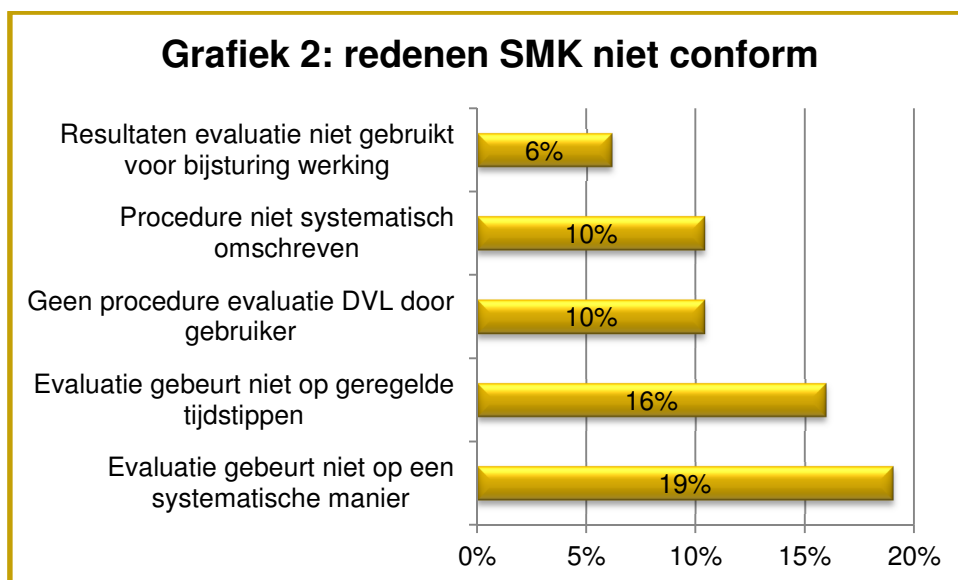


Uit tabel 1 blijkt ook dat de meeste problemen zich situeren op het vlak van de toepassing van het kwaliteitsbeleid. In 44% van de voorzieningen wordt een SMK, die verbonden is aan het principe van evaluatie van de dienstverlening, niet nageleefd.

De minimale kwaliteitseis die bepaalt dat het proces van evaluatie in de procedure op een systematische manier moet omschreven worden is in 10% van de voorzieningen niet nageleefd (cf. grafiek 2).

De minimale kwaliteitseis die de inhoud van de procedure en de toepassing van het evaluatieprincipe regelt zorgt in een aantal gevallen nog voor problemen (cf. grafiek 2). In 19% van de bevroagde voorzieningen wordt er niet op een systematische manier een evaluatie uitgevoerd en in 16% van de voorzieningen gebeurt die evaluatie niet op geregelde tijdstippen. In het eerste geval betekent het dat de evaluatie niet volgens een vast stramien gebeurt. In het tweede geval betekent het dat er ofwel geen vaste frequentie in de procedure voorzien is of dat de voorziene frequentie in de praktijk niet wordt gerealiseerd.

In een aantal voorzieningen (6%) blijkt ook dat de resultaten van de uitgevoerde evaluatie niet gebruikt worden voor de bijsturing van de werking. Dit laatste percentage is in feite beperkt tot de voorzieningen waar er effectief een evaluatie werd uitgevoerd maar waar geen sporen van verbeteracties konden worden aangetoond. Het percentage van voorzieningen waar evaluatie niet gebruikt wordt als instrument voor kwaliteitsverbetering ligt bijgevolg in realiteit hoger.



17.3 Detailanalyse

Bij opsplitsing van de resultaten volgens de schaalgrootte van de voorziening (tabel 2) stellen we vast dat voor de twee bevraagde aspecten het percentage tekorten groter is in de kleinschalige voorzieningen (<60). Er is een beperkt verschil bij de naleving van de bepalingen inzake het kwaliteitshandboek: in 37% van de kleinschalige voorzieningen ontbreekt de procedure voor evaluatie of wordt die procedure op geen enkele manier gebruikt. Er is een duidelijk verschil bij de naleving van de SMK's: in 62% van die voorzieningen is de inhoud van de procedure of de toepassing van het principe van evaluatie van de dienstverlening niet conform de vereisten.

Tabel 2: evaluatie dienstverlening volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving KHB conform	34	63%	47	80%	21	81%	102	73%
naleving KHB niet conform	20	37%	12	20%	5	19%	37	27%
naleving KHB totaal	54	100%	59	100%	26	100%	139	100%
naleving SMK conform	23	38%	43	62%	25	74%	91	56%
naleving SMK niet conform	37	62%	26	38%	9	26%	72	44%
naleving SMK totaal	60	100%	69	100%	34	100%	163	100%

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens erkenningsvorm (tabel 3) valt op dat het percentage van voorzieningen met tekorten duidelijk hoger ligt bij voorzieningen zonder RVT-erkenning, en dit voor beide aspecten van de regelgeving. In 42% van die voorzieningen is de normering m.b.t. het kwaliteitshandboek niet nageleefd door het feit dat de procedure voor evaluatie van de dienstverlening ontbreekt of door het feit dat er enkel een formeel document is in het kwaliteitshandboek, zonder enige toepassing.

De reële toepassing van het principe van evaluatie van de dienstverlening vormt in de voorzieningen zonder RVT-erkenning het grootste probleem: 66% beantwoordt niet aan de minimale kwaliteitseisen.

Tabel 3: evaluatie dienstverlening volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving KHB conform	21	58%	81	79%	102	73%
naleving KHB niet conform	15	42%	22	21%	37	27%
naleving KHB totaal	36	100%	103	100%	139	100%
naleving SMK conform	13	34%	78	62%	91	56%
naleving SMK niet conform	25	66%	47	38%	72	44%
naleving SMK totaal	38	100%	125	100%	163	100%

Er kan gesteld worden dat er een verband is tussen het ontbreken van een RVT-erkenning en het niet conform scoren voor de regelgeving m.b.t. evaluatie van de dienstverlening. Dit verband kan niet verklaard worden door de RVT-regelgeving op zich: in de RVT-regelgeving zijn geen bijkomende eisen opgenomen naar evaluatie van de werking en de bijkomende RVT-middelen zijn in de eerste plaats bedoeld om de kwaliteit van verpleging, zorg en therapie te verbeteren. De verklaring kan hier liggen in het feit dat voorzieningen zonder RVT-erkenning in de praktijk ook minder beroep kunnen doen op omkaderend personeel.

Uit de opsplitsing van de resultaten volgens beheersvorm (tabel 4) kunnen we afleiden dat de regelgeving m.b.t. het kwaliteitshandboek in de openbare sector beter wordt nageleefd dan bij de andere beheersvormen: 86% van de voorzieningen uit de openbare sector scoren conform, t.a.v. 73% gemiddeld voor alle beheersvormen.

Op het vlak van naleving van de minimale kwaliteitseisen is het aantal tekorten groter bij de privévoorzieningen (57%) in vergelijking met de openbare sector (36%) en de VZW-sector (45%).

Tabel 4: evaluatie dienstverlening volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving KHB conform	44	86%	17	57%	41	71%	102	73%
naleving KHB niet conform	7	14%	13	43%	17	29%	37	27%
totaal naleving KHB	51	100%	30	100%	58	100%	139	100%
naleving SMK conform	39	64%	15	43%	37	55%	91	56%
naleving SMK niet conform	22	36%	20	57%	30	45%	72	44%
totaal naleving SMK	61	100%	35	100%	67	100%	163	100%

17.4 Conclusies en aanbevelingen

17.4.1 Conclusies

Binnen de sector zijn er initiatieven opgestart op het vlak van evaluatie van de dienstverlening, dikwijls via het organiseren van tevredenheidsmetingen bij bewoners, familie en personeel. Maar bij heel wat voorzieningen is er op dit punt nog veel verbeterruimte. Er zijn nog relatief veel voorzieningen die niet over een procedure voor evaluatie van de dienstverlening beschikken of de procedure niet gebruiken. De tekorten zijn nog groter op het vlak van het effectief uitvoeren van evaluaties op een systematische manier en op geregelde tijdstippen. Dit vormt nog in veel voorzieningen een probleem. Voorzieningen

zonder RVT-erkenning scoren opvallend slechter op dit vlak en ook bij kleinschalige voorzieningen zijn er meer tekorten, vooral op het vlak van het gebruik van een evaluatiesysteem.

17.4.2 Aanbevelingen

- ✓ Het evalueren van de eigen dienstverlening zou door de voorzieningen nog meer gebruikt kunnen worden als instrument om tot kwaliteitsverbetering te komen. Het is daarom van belang dat bij toekomstige inspecties de link tussen evaluatie en verbeteracties/kwaliteitsplanning gerichter wordt bekeken.
- ✓ Bij deze inspectieronde werd vooral aandacht besteed aan het feit of voorzieningen over een procedure beschikken en of een evaluatiesysteem in de praktijk ook toegepast werd. De regelgeving laat aan de voorzieningen veel ruimte om zelf de werkwijze, frequentie, enz. in te vullen. Er gebeurde in die zin ook geen bevraging naar de “kwaliteit” van dit evaluatiesysteem en in de verslaggeving werden geen systematisch gegevens hierover opgenomen. Bij toekomstige inspecties is het aangewezen meer aandacht te besteden aan dit punt en hierover meer data in de verslaggeving op te nemen. Dat veronderstelt wel dat een aantal minimale kwaliteitscriteria voor evaluatie wordt vastgelegd.
- ✓ De naleving van de minimale kwaliteitseisen gebeurt in veel voorzieningen d.m.v. het organiseren van tevredenheidsmetingen. Het evalueren van de dienstverlening kan echter op een ruimere manier ingevuld worden, met dien verstande dat de evaluatie door de gebruiker via de procedure verplicht blijft. Eventuele andere evaluatievormen zijn zelfevaluatie, interne of externe doorlichting, enz. Het is aangewezen dat voorzieningen aandacht hebben om het principe van evaluatie op een ruimere manier in te vullen. Dit kan in de toekomst gekoppeld worden aan de verplichting tot zelfevaluatie.

18 Kwaliteitsplanning

18.1 Inleiding

Het MB van 10/12/2001 legt de voorzieningen op om naast een kwalityshandboek ook een kwaliteitsplanning op te maken. In de kwaliteitsplanning wordt beschreven welke projecten of activiteiten in het kader van werken aan kwaliteit worden ondernomen en met welk oogmerk. Een kwaliteitsplanning moet jaarlijks worden opgemaakt.

Tijdens de eerste inspectieronde waarbij alle voorzieningen voor de eerste maal bevroegd werden over het kwaliteitshandboek en kwaliteitszorg werd ook bevroegd of men een kwaliteitsplanning opgemaakt had. Meermaals ging het in die jaren nog over een kwaliteitsplanning die toegespitst was op het opstellen en implementeren van het kwaliteitshandboek.

In 2011 werd als focus kwaliteitsplanning opgenomen in de bevraging van inspectie.

Bedoeling was na te gaan of voorzieningen een jaarlijkse planning opmaakten met daarin projecten en activiteiten, bedoeld om de kwaliteit te bepalen, te verbeteren, te beheersen en te waarborgen. De inspecteurs gingen na of de door de voorzieningen gekozen projecten en activiteiten beschreven (en vervolgens uitgevoerd) waren volgens de beschrijving in art. 4 van het MB:

1° de projectdefinitie : omschrijving van de doelgroep, verantwoording en doelstellingen van het project;

2° het stappenplan voor het doorlopen van het project;

3° de voorbereiding, de invoering en de voortgangscontrole van het project;

4° de deelnemers aan het project en hun bevoegdheden;

5° het tijdpad;

6° de ingezette middelen;

7° de communicatie en de rapportering over het project.

18.2 Globale vaststellingen

De kwaliteitsplanning werd in 437 voorzieningen bevroegd.

Deze wetgeving heeft zowel betrekking op voorzieningen die onder het ouderendecreet vallen als voorzieningen waarop het woonzorgdecreet van toepassing is. In de verdere bespreking wordt dan ook geen onderscheid gemaakt op basis hiervan.

Tabel 1: kwaliteitsplanning		
	totaal	%
naleving MB conform geen opmerkingen over de kwaliteitsplanning	276	63%
naleving MB niet conform opmerkingen over de kwaliteitsplanning	161	37%
naleving MB totaal	437	100%

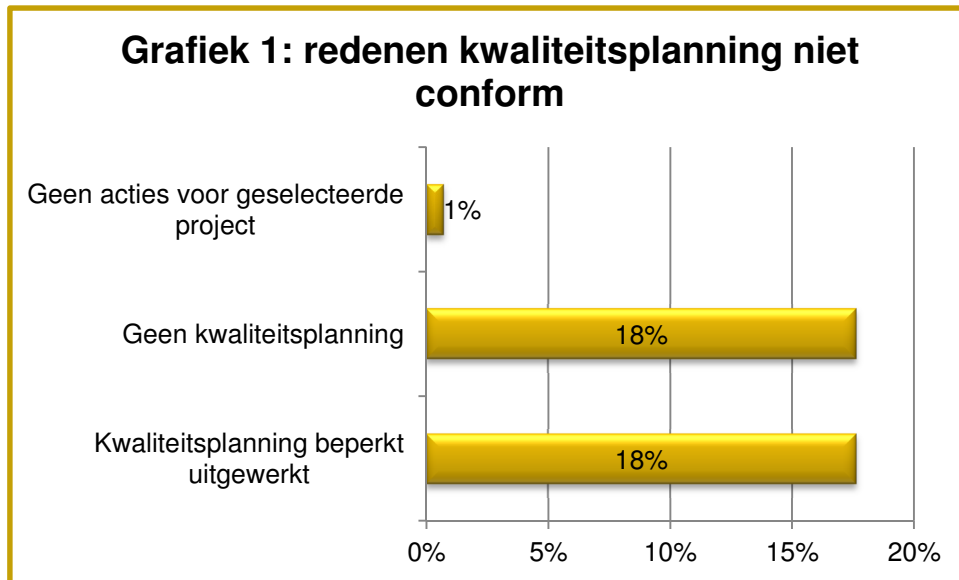
In tabel 1 zien we dat 63% van de bevroegde voorzieningen een kwaliteitsplanning hebben opgesteld die voldoet aan de norm.

37% van de voorzieningen zijn wat de verwachtingen betreffende kwaliteitsplanning niet in orde.

18% van de voorzieningen hebben geen kwaliteitsplanning. 18% van de voorzieningen hebben een kwaliteitsplanning die te beperkt uitgewerkt is. Het gaat hierbij voornamelijk dat men per project geen stappenplan had opgemaakt of geen planning in tijd had opgemaakt of bepaalde onderdelen niet had

omschreven (zie opsomming in artikel 4).

Verder kon 1% van de voorzieningen niet aantonen dat er rond het zelf gekozen project/activiteit acties waren ondernomen. M.a.w. er was een kwaliteitsplanning opgesteld waarvan men echter niet kon aantonen dat men deze uitvoerde. (grafiek 1)



18.3 Detailanalyse

Uit de opsplitsing van de resultaten volgens de schaalgrootte van de voorziening (tabel 2) blijkt dat het percentage niet conform het grootst is in de voorzieningen met een capaciteit van 60 of minder woongelegenheden: in 57% van deze voorzieningen wordt de normering niet nageleefd. Dit tegenover het niet naleven van de norm in 30% van de voorzieningen van 61 tot 120 woongelegenheden en het niet naleven van de norm in 24% van de voorzieningen met meer dan 120 woongelegenheden. Naar mate de voorziening groter is, is men meer in orde met de regelgeving betreffende de kwaliteitsplanning.

Tabel 2: kwaliteitsplanning volgens schaalgrootte								
	≤ 60	%	61 tot 120	%	> 120	%	totaal	%
naleving MB conform	57	43%	152	70%	67	76%	276	63%
naleving MB niet conform	76	57%	64	30%	21	24%	161	37%
naleving MB totaal	133	100%	216	100%	88	100%	437	100%

Bij de opsplitsing van de resultaten volgens erkenningsvorm (tabel 3) valt duidelijk op dat het percentage van voorzieningen met een tekort op de norm betreffende de kwaliteitsplanning hoger ligt bij voorzieningen zonder RVT-erkenning. 70% van de voorzieningen zonder RVT-erkenning is niet in orde betreffende de kwaliteitsplanning, dit tegenover 31% voorzieningen met RVT-erkenning wiens kwaliteitsplanning conform de norm is.

Tabel 3: kwaliteitsplanning volgens erkenningsvorm						
	ROB/WZC	%	RVT	%	totaal	%
naleving MB conform	21	30%	255	69%	276	63%
naleving MB niet conform	49	70%	112	31%	161	37%
naleving MB totaal	70	100%	367	100%	437	100%

Uit de onderverdeling van de resultaten volgens beheersvorm (tabel 4) blijkt dat voorzieningen in de privésector beduidend lager scoren wat het conform zijn van de norm betreft: bij 63% van die voorzieningen is de kwaliteitsplanning niet in orde. De vzw-sector scoort met 35% dicht bij het gemiddelde (37%) voor de volledige sector. De openbare sector scoort tegenover de andere sectoren het meest conform de norm.

Tabel 4: kwaliteitsplanning volgens beheersvorm								
	Openbaar	%	Privé	%	VZW	%	totaal	%
naleving MB conform	99	77%	29	37%	148	65%	276	63%
naleving MB niet conform	30	23%	50	63%	81	35%	161	37%
naleving MB totaal	129	100%	79	100%	229	100%	437	100%

18.4 Conclusies en aanbevelingen

18.4.1 Conclusies

Als er een tekort werd vastgesteld op de norm betreffende de kwaliteitsplanning, betreft het voornamelijk het ontbreken van een kwaliteitsplanning alsook het onvolledig opstellen van een kwaliteitsplanning.

Slechts in zeer beperkte mate kon er betreffende de vooropgestelde kwaliteitsplanning geen enkele daadwerkelijke ondernomen actie worden voorgelegd. Dit leidt tot de positieve conclusie dat voorzieningen die een kwaliteitsplanning opmaakten daar dan ook effectief iets mee deden.

Vooraf kleinere voorzieningen (capaciteit < 60), voorzieningen zonder RVT-erkenning en voorzieningen uit de privésector scoren minder goed op het naleven van de regelgeving betreffende de kwaliteitsplanning.

18.4.2 Aanbevelingen

- ✓ Vooral de kleinere voorzieningen, voorzieningen zonder RVT-erkenning en voorzieningen uit de particuliere sector dienen aan het opstellen van een kwaliteitsplanning nog extra aandacht te besteden.

- ✓ Het opstellen van een kwaliteitsplanning kan een voorziening helpen om het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsbeleid dynamisch te houden en niet enkel fragmentarisch een verbeterproject op te zetten.
Het doordacht opstellen van een eigen kwaliteitsplanning kan dan als een werkinstrument dienen dat het eigen kwaliteitsbeleid vooruit helpt.

- ✓ Bij een volgende bevraging van de kwaliteitsplanning kan vanuit Zorginspectie eventueel nog meer op het ganse proces gefocust worden.
Zo zou nog bijkomend kunnen gevraagd worden naar:
 - Hoe is de kwaliteitsplanning tot stand gekomen? Op welke basis heeft men de verbeterprojecten gekozen?
 - Kan de voorziening aantonen dat de gekozen projecten/activiteiten niet enkel formele acties opleverden maar of deze ook effectief geïmplementeerd werden en geleid hebben tot de verbetering van de eigen dienstverlening?
 - Voor bepaalde items van de kwaliteitsplanning is het aangewezen dat hierover gecommuniceerd wordt met bewoners, familie en mantelzorgers. Voor items die te maken hebben met strategische beslissingen is dit trouwens verplicht.

19 Centra voor niet-aangeboren hersenletsel

19.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken werden de resultaten van voorzieningen met de basiserkenning als woonzorgcentrum en met eventueel de bijzondere erkenning RVT besproken.

Sinds een paar jaar zijn er ook voorzieningen die bovenop de RVT-erkenning een bijzondere erkenning als 'Centrum voor niet-aangeboren hersenletsels' (CNAH) kregen.

Hier vangt men personen op met een niet aangeboren hersenletsel (NAH).

In 2004 werden proefprojecten opgestart met het oog op een passende opvang van personen die lijden aan niet-aangeboren hersenletsels, in het bijzonder patiënten in een blijvende neurovegetatieve toestand of een minimaal responsieve status (de zogenaamde 'comapatiënten').

Op basis van deze ervaringen werd in 2008 specifieke reglementering uitgewerkt. Dit resulteerde in de publicatie van federale programmatiecriteria en van erkenningsnormen voor 'Centra voor niet-aangeboren hersenletsels' (CNAH).

De centra voor NAH waarover hier gerapporteerd wordt, zijn gesitueerd in ouderenvoorzieningen. In de praktijk wordt van de leeftijdsgrens in deze sector regelmatig afgeweken (zie verder).

Voor Vlaanderen zijn er 80 plaatsen. Deze zijn, zoals onderstaande tabel verduidelijkt, regionaal verdeeld.

Provincie	Gemeente	Naam	Aantal plaatsen NAH
ANTWERPEN	BONHEIDEN	DEN OLM	5
ANTWERPEN	BRASSCHAAT	HOME DE MICK	5
ANTWERPEN	HALLAAR	TEN KERSELARE	7
ANTWERPEN	ZWIJNDRECHT	DE REGENBOOG	8
BRABANT	BERTEM	ST BERNARDUS	7
LIMBURG	BERINGEN	ST ANNA	8
LIMBURG	GENK	HEIDERUST	5
OOST-VLAANDEREN	ZELE	DE VLIET	5
OOST-VLAANDEREN	EEKLO	ST ELISABETH	5
OOST-VLAANDEREN	OUDENAARDE	H HART	5
WEST-VLAANDEREN	OOSTENDE	BELGISCH ZEEINSTITUUT	5
WEST-VLAANDEREN	WERVIK	ST JANS	5
WEST-VLAANDEREN	KORTRIJK	H HART	5
WEST-VLAANDEREN	KNOKKE-HEIST	LINDENHOVE	5

Deze plaatsen maken deel uit van de totale RVT-erkenning van de voorziening en komen er dus niet bovenop. Indien een voorziening tijdelijk geen aanvraag heeft, moet deze plaats niet voorbehouden blijven. Dan komt er een 'gewone' RVT-bewoner op deze plaats. Een bed vrijhouden voor dringende gevallen is ook niet nodig want een opname in een RVT- centrum NAH gebeurt altijd gepland via een expertisecentrum.

In de verslaggeving van Zorginspectie vindt men deze plaatsen terug bij profiel onder de term: RIZIV-forfait Cc.

De bijkomende regelgeving voor de centra voor NAH is beperkt: voor wie, hoeveel plaatsen, infrastructuur, materiaal, personeel, vorming, overleg/samenwerking.

Deze normen zijn verwerkt in het modelverslag onder de toepasbare modules (profiel, infrastructuur, personeelsformatie, bijscholing en vorming, intern overleg, extern overleg, documentenfiche). Dit hoofdstuk beperkt zich tot de weergave van de naleving van de specifieke wetgeving betreffende CNAH.

19.2 Globale vaststellingen

De 14 voorzieningen met een bijzondere erkenning NAH werden door de inspecteurs van Zorginspectie in de tweede helft van 2010 (1 voorziening in januari 2011) gecontroleerd op de specifieke regelgeving hieromtrent. Een aantal elementen van de basisreglementering en RVT-reglementering werden in het inspectieverslag opgenomen (deze resultaten zijn verwerkt in de globale gegevens in de vorige hoofdstukken) .

De hier weergegeven resultaten zijn deze van 13 van de 14 voorzieningen met een CNAH. De gegevens van één verslag zijn omwille van technische moeilijkheden niet weerhouden.

19.2.1 Profiel van de bewoners

Van de 75 plaatsen (80 min de 5 plaatsen van de niet in de resultaten opgenomen voorziening) waren er op de ogenblikken van de inspecties 46 ingevuld, m.a.w. 61,33%.

Van deze 46 bewoners zijn er minstens 18 niet bejaarden (in de verslaggeving van 2 voorzieningen is niet duidelijk weergegeven over welke leeftijden het gaat) .

Twee voorzieningen hadden geen afwijking op de leeftijdsvoorwaarde aangevraagd bij het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Eén voorziening kon niet aantonen dat de NAH-bewoners waren doorverwezen door een afdeling 'expertisecentrum' voor comapatiënten.

19.2.2 Infrastructuur

Specifiek zijn er volgende normen voor de CNAH:

- de netto-oppervlakte moet per eenpersoonskamer ten minste 12 m² bedragen, deze van een tweepersoonskamer minstens 18m². In geval van nieuwbouw moeten het individuele kamers zijn van minstens 18m².
- er moet voldoende aangepast verzorgingsmateriaal aanwezig.

Eén voorziening voldeed niet aan de norm betreffende voldoende materiaal. In de wetgeving staat duidelijk omschreven over welk materiaal het gaat.

19.2.3 Personeel

Er zijn specifieke personeelsnormen voor de CNAH voor verpleegkundigen, verzorgenden, kine/ergo/logo en voor personeelsleden voor reactivering.

Drie voorzieningen hadden een tekort op het aantal verpleegkundigen.

19.2.4 Bijscholing

Alle voorzieningen hadden specifieke bijscholing georganiseerd inzake de zorg voor personen met een niet aangeboren hersenletsel.

De wetgeving specificeert niet de intensiteit van deze bijscholing.

19.2.5 Intern overleg

De voorziening moet een aanspreekpunt voor ethische aangelegenheden voor het personeel en voor de familie /vertegenwoordiger van de NAH-bewoner voor ethische aangelegenheden aanduiden.

Twee voorzieningen zijn in orde met deze norm.

Acht voorzieningen hebben geen aanspreekpunt of maken dit niet kenbaar en hebben een tekort op deze norm.

Twee voorzieningen kregen als aandachtspunt dat de bekendmaking duidelijker kan.

Eén voorziening werd niet beoordeeld op dit punt.

19.2.6 Extern overleg en documentenfiche

Elke voorziening moet samenwerken met het expertisecentrum voor comapatiënten en hiervoor wordt een overeenkomst afgesloten met daarin specifieke bepalingen.

Twee voorzieningen hebben een overeenkomst in welke niet alle specifieke bepalingen vermeld staan en voldoen niet aan deze norm.

19.3 Conclusies en aanbevelingen

19.3.1 Conclusies

De voorzieningen voldoen goed aan de bijzondere normen voor CNAH.

Opvallend is wel dat een meerderheid van de voorzieningen niet voldoet aan het aanduiden/bekendmaken van een aanspreekpunt.

Eén derde van de plaatsen voor NAH was op het ogenblik van de inspecties niet ingevuld.

In meer dan één derde van de ingenomen plaatsen betrof het niet-bejaarden.

19.3.2 Aanbevelingen

- ✓ In de beginfase heeft elke voorziening specifieke vorming georganiseerd. Ook al geeft de wetgeving hieromtrent geen verdere richtlijnen over bv frequentie, is het toch belangrijk dat omtrent de zorg van deze specifieke doelgroep permanent vorming wordt aangeboden.
- ✓ De voorzieningen dienen duidelijk een aanspreekpunt voor ethische aangelegenheden aan te duiden en bekend te maken, dit zowel voor het personeel als voor de familie/vertegenwoordiger.
- ✓ Meer dan één derde van de plaatsen voorzien voor personen met NAH was op het ogenblik van de inspecties niet ingevuld. In meer dan één derde van de ingenomen plaatsen betrof het niet-bejaarden.
Er wordt best opgevolgd of dit een tijdelijke situatie betrof of de situatie gelijklopend blijft.

20 Algemene conclusie

Dit rapport bevat een veelheid aan gegevens. Zonder elke conclusie vermeld bij elk hoofdstuk te herhalen, wil Zorginspectie hier enkele opvallende tendensen naar voor brengen. We herhalen hier graag nogmaals het gegeven dat inspecties zich niet zozeer focussen op de normale, goede werking binnen voorzieningen maar zich veeleer toespitsen op mogelijke knelpunten in de werking.

20.1 Populatie

- ✓ Woonzorgcentra zijn in grote mate verzorgingstehuizen geworden. Dit wordt bevestigd door de cijfers uit het rapport. Het aandeel van zwaar zorgbehoevenden binnen de totale populatie van de geïnspecteerde voorzieningen is vrij groot, nl. 70%. Dit is zeker het geval in de groep van voorzieningen met een bijzondere RVT-erkenning, maar ook in de groep van voorzieningen zonder een RVT-erkenning verblijven er zwaar zorgbehoevende bewoners. Ondanks het ontbreken van die bijkomende erkenning en de daaraan gekoppelde hogere financiering doen sommige van die voorzieningen inspanningen om bewoners met een zwaarder zorgprofiel op te vangen en zetten zij hiervoor extra personeel in. Een beperkt aantal kleinschalige voorzieningen richt zich in principe uitsluitend op de opvang van valide ouderen. Maar ook in sommige van die voorzieningen verblijven er zwaar zorgbehoevende bewoners, terwijl de gepaste zorgomkadering meestal ontbreekt.
- ✓ Bijna de helft van de populatie van de bevraagde woonzorgcentra bestaat uit bewoners met dementie, nl. 45%. Het gaat hierbij niet alleen om bewoners met een CD-profiel maar ook bewoners met andere zorgprofielen kunnen dementerend zijn. In het inspectieverlag wordt opgenomen hoeveel bewoners een 3 en/of 4 scoren op oriëntatie in tijd en ruimte van de Katzschaal. Dit heeft belangrijke gevolgen voor de woonzorgcentra die hun werking moeten afstemmen op deze doelgroep. Ook voor het beleid en de kwaliteitsbewaking door de overheid vormt dit een aandachtspunt.
- ✓ De regelgeving voorziet een programmatie en erkenningsplicht voor de woonzorgcentra. Toch zijn er nog in 10% van de bevraagde voorzieningen woongelegenheden boven de erkende capaciteit ingevuld en is er bijgevolg een niet toegestane overschrijding van de erkende capaciteit. Het gaat hierbij, per betrokken voorziening, meestal over een beperkt aantal kamers boven de erkende capaciteit. Dit is louter een vaststelling: op basis van de inspectiegegevens kunnen geen duidelijke conclusies worden getrokken over de redenen waarom voorzieningen de erkende capaciteit overschrijden.
- ✓ 8 % van de bewoners wordt financieel ondersteund door het OCMW
- ✓ 2% van de bewoners is jonger dan 60/65 jaar.
- ✓ Er is een beperkt aantal voorzieningen met een specifieke erkenning voor opvang van personen met een niet aangeboren hersenletsel. In totaal zijn er in Vlaanderen 80 opvangplaatsen in de woonzorgcentra. Uit de gegevens van de inspecties blijkt dat één derde van de plaatsen op het ogenblik van de inspectie niet was ingevuld.

20.2 Zorgverlening

- ✓ Het vaststellen van de kwaliteit van zorgverlening is voor Zorginspectie geen evidente zaak. Een aantal aspecten kan rechtstreeks vastgesteld worden op basis van observaties tijdens de inspectie, andere kunnen slechts onrechtstreeks worden afgeleid uit de zorgdossiers. Het blijft moeilijk om een volledig beeld te krijgen omdat zorgverlening in vele facetten van de hulp vervat zit en niet altijd zichtbaar is voor Zorginspectie.

Toch werden in een derde van de voorzieningen (32%) tekorten op dat vlak vastgesteld. Het gaat dan over heel zichtbare situaties, vastgesteld tijdens de rondgang in de voorziening of afgeleid uit de zorgdossiers. De vastgestelde tekorten hebben vooral te maken met het onvoldoende garanderen van de zorgveiligheid (29%), het onvoldoende opvolgen van medische richtlijnen (20%) en in 7% van de voorzieningen werd ook effectief vastgesteld dat er onvoldoende zorg werd toegediend.

Er is natuurlijk ook een verband tussen de beschikbare personeelsomkadering (zie verder) en de zorgverlening. In 21% van de bevroegde voorzieningen wordt de zorg soms uitgevoerd door niet gekwalificeerd personeel. Het gaat hierbij meestal om verzorgenden of zorgkundigen die niet toegelaten verpleegkundige handelingen stellen. Soms gaat het ook over logistiek personeel dat zorgtaken uitvoert waarvoor gekwalificeerd personeel nodig is.

- ✓ De samenstelling en het gebruik van zorgdossiers vormt een belangrijk knelpunt binnen de sector. Er zijn op dat vlak nog veel tekorten, nl. in 72% van de bevroegde voorzieningen. Het gaat hier vooral over het onvoldoende registreren van de zorgverlening en over ontbrekende documenten in het zorgdossier. Een rechtstreekse link leggen tussen hiaten in de dossiervorming en de effectieve uitvoering van zorg is niet altijd evident en de conclusie dat tekorten m.b.t. dossiervorming automatisch leiden tot slechte zorg zou zeer kort door de bocht zijn. Wel kan verondersteld worden dat ernstige tekorten m.b.t. dossiervorming en registratie de kans op slechte zorg verhogen omdat zorgdossiers een belangrijk instrument zijn voor interne en externe communicatie.

Uit de inspectiegegevens blijkt verder dat slechts 1/4^e van de voorzieningen overgeschakeld is op een volledig elektronisch zorgdossier.

- ✓ In 35% van de bevroegde voorzieningen zijn er opmerkingen over de samenspraak met de bewoner of zijn familie. Dat kan dan bv. gaan over fixatiemaatregel die niet werd besproken, belangrijke veranderingen in de dagelijkse zorg die niet werd overlegd. Dit resultaat betekent niet dat 35% van de bevroegde voorzieningen geen enkele vorm van samenspraak zou hebben maar wel dat bepaalde aspecten van de zorg (die wel van belang zijn in het dagelijkse leven van de bewoner) onvoldoende aantoonbaar werden overlegd.
- ✓ De laatste jaren heeft de overheid via de regelgeving en via campagnes het voeren van een beleid ter preventie van infectieziekten in de voorzieningen gestimuleerd. In veel voorzieningen is er op dat vlak een positieve evolutie en wordt hieraan de nodige aandacht besteed. Op basis van de inspectiegegevens blijkt dat er in 69 % van de bevroegde voorzieningen een preventiebeleid aanwezig was. Het vormt voor een derde van de voorzieningen nog een belangrijk werkpunt. Ook bij de voorzieningen met een uitgewerkt preventiebeleid vergt het een blijvende inspanning om het beleid op te volgen en concreet vorm te blijven geven.

20.3 Personeelsomkadering

- ✓ De problematiek van beschikbaarheid van verpleegkundigen op de arbeidsmarkt wordt bevestigd door de inspectiegegevens. 9% van de voorzieningen heeft onvoldoende verpleegkundigen in dienst om te voldoen aan de personeelsnorm inzake verpleging uit de basisregelgeving. 17% van de voorzieningen heeft onvoldoende verpleegkundigen in dienst om te voldoen aan de hogere personeelsnorm inzake verpleging uit de RVT-regelgeving. Uit de inspectiegegevens blijkt ook dat sommige voorzieningen de behoefte aan verpleegkundigen, op basis van de reële zorgnood, hoger inschatten dan het aantal vereist volgens de norm en dus extra verpleegkundigen aanwerven. Dit geldt zowel in voorzieningen met een RVT-erkenning als in voorzieningen zonder RVT-erkenning. Dit heeft tot gevolg dat er voor de totaliteit van de bevraagde voorzieningen een surplus is in vergelijking met de personeelsnorm. Dit surplus neemt echter niet weg dat er zich tekorten voordoen in individuele voorzieningen.
- ✓ We zien dat voorzieningen aanzienlijk investeren in bijkomend personeel waartoe ze volgens de norm niet verplicht zijn. Er wordt o.a. geïnvesteerd in administratief personeel, logistieke medewerkers, maatschappelijk assistenten,
Er wordt vooral ook geïnvesteerd in bijkomend verzorgend personeel.
Opvallend is dat dit globaal gezien duidelijk minder gebeurt in de privésector, vergeleken met de openbare en VZW-sector.
- ✓ In sommige voorzieningen is er niet op elk moment het vereiste gekwalificeerd personeel aanwezig. Dit kan te maken hebben met: onvoldoende personeel of niet gekwalificeerd personeel tijdens de nacht, onvoldoende personeel om de oproepen te beantwoorden of het niet verzekeren van de verpleegkundige permanentie in RVT-voorzieningen. Dit laatste is het meest vastgestelde tekort. Voor dit tekort is er in sommige voorzieningen een link met het tekort aan verpleegkundigen maar er kunnen ook andere oorzaken zijn.
- ✓ In een aantal voorzieningen (9%) is er, in vergelijking met de personeelsnorm, een tekort aan deskundigen in de animatie en activatie. Dit is verassend omdat deze functie gesubsidieerd wordt in de voorzieningen uit de openbare en VZW-sector. De tekorten liggen wel hoger in de privésector, waar geen subsidiëring voorzien is.

20.4 Infrastructuur

- ✓ In veel woonzorgcentra zijn er nog tekorten m.b.t. het gebouw en de uitrusting: in 86% van de voorzieningen worden één of meerdere infrastructuurnormen niet nageleefd. Hieruit concluderen dat het grootste deel van de gebouwen niet meer aangepast is aan de hedendaagse eisen op het vlak van comfort en functionaliteit zou fout zijn. Bij het onderscheid tussen de voorzieningen op basis van schaalgrootte valt op dat het aantal tekorten het grootst is in de kleinschalige voorzieningen.

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen tekorten die binnen de structuur en het concept van het bestaande gebouw kunnen opgelost worden en tekorten waarvoor een structurele ingreep zoals grondige verbouwing of vervangingsnieuwbouw noodzakelijk is.

Er zijn nog veel tekorten die onder de eerste categorie vallen. Het gaat dan o.a. om het ontbreken van aangepaste zonnewering, het ontbreken van een oproepsysteem in bepaalde lokalen, de verlichting die niet vanuit bed kan worden bediend, het tekort aan beveiligingsmaatregelen op afdelingen voor bewoners met dementie, het ontbreken van handgrepen in gemeenschappelijk sanitair...

Deze tekorten zijn veelal op te lossen zonder al te grote ingrepen. Opvallend is wel dat dit niet altijd tijdig gebeurt.

Uit de inspectiegegevens kan anderzijds afgeleid worden dat er ook op het vlak van structurele ingrepen nog werk aan de winkel is.

Minstens 6% van de voorzieningen heeft nog een aanbod van drie- en/of vierpersoonskamers dat in principe tegen ten laatste 1 januari 2014 volledig moet afgebouwd worden. In totaal gaat het over 1,4% van de totaal beschikbare capaciteit. Indien de afbouw van woongelegenheden niet gecompenseerd wordt via een structurele maatregel (vb. nieuwbouw ter vervanging van de capaciteitsvermindering), betekent dit een vermindering van het totaal aantal beschikbare woongelegenheden in Vlaanderen. Bovendien kan in die gevallen geen sprake meer zijn van het aanbieden van een eigentijdse infrastructuur. Structurele maatregelen zijn, gezien de vooropgestelde einddatum, dringend noodzakelijk.

9% van de beschikbare kamers heeft nog geen eigen sanitaire cel. In totaal heeft 26% van de voorzieningen nog één of meerdere kamers zonder sanitair. In 3% van de voorzieningen is er nog geen enkele kamer met sanitair. Ook in dit geval kan geen sprake meer zijn van eigentijdse infrastructuur en zijn de nodige maatregelen dringend.

20.5 Kwaliteitsbeleid

- ✓ Sinds de invoering van het kwaliteitsdecreet van 1997 in de ouderensector hebben de woonzorgcentra een grote weg afgelegd op het vlak van de implementatie van een kwaliteitsbeleid. Het kwaliteitsbeleid is echter binnen de woonzorgcentra op verschillende punten nog voor verbetering vatbaar, vooral in de uitvoering en vergt een verdere volgehouden inspanning. Ook al zijn er soms goede en bruikbare procedures aanwezig, ze worden niet of niet altijd correct toegepast. Dit is vooral vast te stellen bij klachtenbehandeling, klachtenanalyse, evaluatie van de eigen werking en kwaliteitsplanning.
- ✓ Het kwaliteitshandboek wordt binnen de sector niet altijd als werkinstrument gebruikt. Er is niet altijd een band tussen het beschikken over een procedure en het naleven van normering. Dit blijkt uit de inspectiegegevens m.b.t. logistiek, zorgpraktijk/zorgdossiers, opname- en ontslagbeleid en facturatie. Uit de detailanalyse van die gegevens blijkt dat het beschikken over een procedure niet automatisch leidt tot het beter naleven van de normering.

20.6 Andere opvallende vaststellingen

- ✓ De regelgeving rond facturatie en samenstelling dagprijzen wordt globaal goed nageleefd. Toch zijn er nog altijd voorzieningen die hiermee niet in regel zijn. Het gaat dan vooral over het aanrekenen van supplementen die in de dagprijs moeten inbegrepen zijn, de factuur die niet opgesteld is conform de vereisten, het aanrekenen van extra vergoedingen tegen niet-marktconforme prijzen en geen terugbetalingstarief toepassen bij afwezigheid. In een beperkt aantal voorzieningen bleek uit de steekproef van de opnamedossiers ook niet altijd een schriftelijke overeenkomst met de bewoner terug te vinden. De schriftelijke overeenkomst is van belang voor de rechtszekerheid van de bewoner.
- ✓ Voorzieningen zonder RVT-erkenning hebben het op verschillende punten moeilijker om aan alle regelgeving te beantwoorden. Er zijn opmerkelijke verschillen bij de regelgeving rond voeding, opnamebeleid, inspraak, klachtenbehandeling, klachtenanalyse, facturatie, evaluatie van de dienstverlening en kwaliteitsplanning. De verschillen t.a.v. de voorzieningen met RVT-erkenning zijn binnen die verschillende items het grootst op het vlak van kwaliteitsbeleid (procedures en implementatie van procedures). De verklaring hiervoor kan liggen in het feit dat voorzieningen zonder RVT-erkenning in de praktijk minder beroep kunnen doen op omkaderend personeel. In mindere mate hebben ook kleinschalige voorzieningen het moeilijk om aan alle regelgeving te beantwoorden. Ook hier zijn de verschillen met de grotere voorzieningen vooral merkbaar op het vlak van kwaliteitsbeleid.

- ✓ Uit de inspectiegegevens blijkt dat de voorzieningen uit de privésector globaal genomen op bepaalde punten uit de regelgeving meer tekorten scoren dan de voorzieningen uit de openbare en vzw-sector. De meest opvallende verschillen hebben te maken met het tekort aan verpleegkundigen en animatoren en met tekorten betreffende logistiek, voeding, continuïteit van zorgverlening, preventiebeleid, opname- en ontslagbeleid, klachtenbehandeling en kwaliteitsplanning. In de privésector is er ook in hogere mate een niet toegestane overschrijding van de erkende capaciteit, nl. in één op de vijf voorzieningen.

De opsplitsing die in het rapport werd gemaakt op basis van de beheersvorm is gebaseerd op de rechtspersoonlijkheid van de voorziening die de voorziening uitbaat en aan wie de erkenning werd verleend. In de praktijk is een deel van de VZW-voorzieningen ingebed in een ruimere commerciële context. Om in de toekomst een correcter onderscheid te kunnen maken tussen voorzieningen in een commerciële context en non-profit organisaties is het belangrijk dit onderscheid volgens duidelijke criteria vast te leggen.

- ✓ Het blijft een uitdaging voor Zorginspectie om met haar inspecties dieper door te dringen tot de kwaliteit van zorg zelf.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

Marc Morris
Administrateur-generaal
Zorginspectie Koning Albert II-laan 35, bus 31
1030 Brussel

Depotnummer

D/2012/3241/248