

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

////////////////////////////////////

INSPECTIEVERSLAG WOONZORGCENTRUM

////////////////////////////////////

INSPECTIEPUNT

Naam	Ocura Montenaken
Adres	Hellebronstraat 8, 3890 Gingelom
Dossiernummer	311.101

INRICHTENDE MACHT

Naam	WOONZORGCENTRA OCURA
Juridische vorm	VZW
Adres	Herkenrodesingel 101, 3500 Hasselt

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 20/10/2023 (10:00-13:30)
Datum laatste vaststelling	27/10/2023

INLEIDING

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

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

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

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

Hoe werkt Zorginspectie?

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

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

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

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

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag. Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via: openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be of via het online invulformulier op de website.

Methodiek

De inspecties vinden plaats in de voorziening.

De meeste inspecties vinden plaats overdag, op weekdays, maar kunnen -indien relevant- ook op mindergebruikelijke momenten zoals 's avonds, 's nachts en tijdens het weekend plaatsvinden. De inspecties kunnen zowel aangekondigd als niet aangekondigd plaatsvinden.

Tijdens de inspectiebezoeken gaat Zorginspectie voornamelijk na of de voorwaarden aanwezig zijn om kwaliteit van zorg en veiligheid te garanderen. Het toezicht van Zorginspectie is gericht op het concreet aftoetsen van de regelgeving en dit op structuur-, proces- en resultaatsniveau.

Zorginspectie is niet bevoegd om de correctheid van medische instructies en de correcte uitvoering van verpleegtechnische, paramedische en zorgkundige handelingen te beoordelen. Zorginspectie gaat evenmin na of alle voorwaarden van de regelgeving m.b.t. de gezondheidsberoepen werden nageleefd.

De inspecteur hanteert een gestructureerd en intern afgestemd inspectie-instrument. Niet alle items komen tijdens elk inspectiebezoek aan bod. De keuze van de bevroegde items wordt bepaald door de finaliteit van het inspectiebezoek en door wat er zich tijdens het inspectiebezoek aandient.

Afhankelijk van de bevroegde items baseert de inspecteur zich voor zijn vaststellingen op verschillende bronnen zoals:

- observaties;
- bevraging van medewerkers en verantwoordelijken;
- inzage in documenten;
- bevraging gebruikers.

Verslag

Inhoud inspectieverslag

Het inspectieverslag is een weergave van de vaststellingen van de inspecteur tijdens het inspectiebezoek. In het verslag wordt een objectief beeld gegeven over de mate waarin de geïnspecteerde voorziening voldoet aan de gestelde erkenningsvoorwaarden en de kwaliteitseisen.

Opbouw van het verslag

Per geïnspecteerde (deel-) module staan volgende elementen in het verslag:

- een toelichting met de vaststellingen van de inspecteur;
- naleving regelgeving;
- aandachtspunten.

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

Reactiemogelijkheid

De voorziening en -indien van toepassing- de klachtindiener krijgen de mogelijkheid om te reageren op onjuistheden in het **ontwerpverslag**. Op basis van de reactie kan het ontwerpverslag aangepast worden. Op dat moment wordt het ontwerpverslag een definitief verslag. Het **definitief verslag** wordt bezorgd aan de voorziening, aan het team planning en kwaliteit ouderenzorg van de afdeling Woonzorg binnen het Departement Zorg en -indien van toepassing- de klachtindiener.

Het team planning en kwaliteit ouderenzorg staat in voor de verdere opvolging van het dossier.

Toegepaste regelgeving

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

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

Vanaf 31/12/2022 moeten alle WZC beantwoorden aan de erkenningsvoorwaarden, vermeld in bijlage 11 van het BVR van 28/06/2019 betreffende programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. Zorginspectie verwijst vanaf dat moment naar deze erkenningsvoorwaarden, ook bij tekorten die reeds onder de voorheen geldende regelgeving (bijlage XII van het BVR van 24/07/2009) werden vastgesteld. Voor een overzicht van en een vergelijking tussen de erkenningsvoorwaarden van beide bijlagen, zie <https://www.departementwvg.be/zorginspectie/woonzorgcentra>

Gebruikte afkortingen

AP	aandachtspunt
BE	bijkomende erkenning
BVR	Besluit van de Vlaamse Regering
CDV	centrum voor dagverzorging
CVK	centrum voor kortverblijf
GAW	groep van assistentiewoningen
HVP	hoofdverpleegkundige(n)
NAH	niet aangeboren hersenletsels
NB	niet beoordeeld
NVT	niet van toepassing
SMK	sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
TK	tekort
VP	verpleegkundige(n)
VTE	voltijds equivalent
WGL	woongelegenhe(i)d(en)
WZC	woonzorgcentrum
WZD	woonzorgdecreet
ZK	zorgkundige(n)

SITUERING

Erkenningsgegevens WZC:

Capaciteit WZC-erkenning	96
Capaciteit bijzondere erkenning voor personen met jongdementie	5

Andere erkenningen en toelatingen:

Capaciteit CVK erkenning	5
--------------------------	---

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- eerder vastgestelde tekorten. Tijdens dit inspectiebezoek wordt de remediëring van deze tekorten nagegaan, alsook worden de huidige bewoners- en personeelsbezetting in kaart gebracht en wordt nagegaan of de continuïteit van hulp- en dienstverlening gegarandeerd wordt.

PROFIEL EN AANTAL BEWONERS

Toelichting

- Vaststellingen op basis van de bewonerslijst op datum van het inspectiebezoek en observaties tijdens de rondgang in de voorziening.
- Om het aantal bewoners met het dementiesyndroom te bepalen, werden de bewoners die op de Katz-schaal een D of CD scoren en de bewoners die een 3 of 4 scoren op de items oriëntatie in tijd en ruimte, samengeteld.

BEZETTINGSGEGEVENS

	Aantal
Totaal bewoners WZC	91
Totaal bewoners CVK	7
Afwezigen	2
Andere	0
Totale bezetting *	100

* Aantal opgenomen bewoners in het WZC en het CVK + het aantal afwezige bewoners + het aantal andere gebruikers waarvoor geen aparte personeelsequipe ingezet wordt.

	Aantal
Aantal gebruikers (bv. bewoners aangemeld herstelverblijf) waarvoor er volgens de gesprekspartners een aparte personeelsequipe is	0

KATZ SCORES

Katz scores bewoners **WZC** (en andere gebruikers waarvoor geen aparte personeelsequipe ingezet wordt)

O	A	B	C	CD	D	CC	TOTAAL
2	6	41	17	26	1	0	93

Katz scores bewoners **CVK**

O	A	B	C	CD	D	TOTAAL
0	2	0	4	0	1	7

	Aantal
Totaal bewoners met Katz score	100
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	100

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	47
Niet-bejaarde bewoners	2
Bewoners die in de voorziening verblijven in het kader van de bijkomende erkenning jongdementie	5
Twee bewoners, die in de voorziening verblijven in het kader van de bijkomende erkenning jongdementie, zijn jonger dan 65 jaar.	
Zelfredzame partners	2
Er wonen twee zelfredzame bewoners binnen de voorziening. De gesprekspartners deelden mee dat er een toestemming werd aangevraagd. Momenteel verblijven deze bewoners binnen de erkenning van het WZC.	

	Ja	Nee	NB	NVT
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> TK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indien meer dan 10% van de bewoners jonger zijn dan 65 jaar beschikt men over een verslag dat werd opgemaakt door een multidisciplinair team. Uit dit verslag moet blijken dat er voor de gebruiker in zijn woonomgeving geen gepaste opvang beschikbaar is en dat de opname in het WZC beantwoordt aan de zorg- en ondersteuningsdoelen van de gebruiker in kwestie. Het multidisciplinair team moet minstens bestaan uit een maatschappelijk assistent en een behandelend arts.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De voorziening verkreeg toestemming voor de opname van zelfredzame partners (of de wgl. werden aangemeld voor 31/12/2019).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Met de zelfredzame bewoners werd een overeenkomst afgesloten waarin de financiële regeling, de rechten en plichten van bewoner en voorziening, de regeling bij vermindering van de zelfredzaamheid en na het overlijden van de zorgbehoevende partner, worden vastgelegd.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Naleving regelgeving (niet conform)

- De erkende capaciteit van het centrum voor kortverblijf wordt overschreden. Bijkomende woonegelegenheden mogen pas worden uitgebaat nadat de Vlaamse Regering ze heeft erkend – WZD 15/03/2019, art. 39, §2, 3°.

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: verschillende bewonerskamers, de gemeenschappelijke leefruimte en de verpleegpost van afdeling Den Dries en verschillende bewonerskamers, de gemeenschappelijke leefruimte, de gemeenschappelijke badkamers en de gemeenschappelijke toiletten van afdelingen Binnenhof en Stepsveld.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevestigd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt). Bijkomend werd

nagegaan of het woonzorgcentrum voldoet aan de gewijzigde voorwaarden inzake de kineruimte (art. 51, 25°).

ALGEMENE GEGEVENS

Regelgeving van toepassing

- woonzorgcentrum voor 2009
- woonzorgcentrum na 2009, voor 2017
- woonzorgcentrum na 2017

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- CVK
- CDV

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niet overal waar nodig zijn aan beide zijden van de gang leuning voorzien: in de gangen gelegen in afdeling Den Dries is er slechts één leuning aangebracht richting de binnenkoer enerzijds en richting de nooduitgang anderzijds.

Vaststellingen

Er werden op bovenvermelde plaatsen aan beide zijden van de gang leuning aangebracht.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De voorziening beschikt niet over een rookruimte.

Vaststellingen

Er is een rookruimte (inclusief luchtafzuigsysteem en noodoproep) aan de cafetaria.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: de wastafel is niet onderrijdbaar.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd.

Besluit

Dit tekort werd niet beoordeeld.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De individuele sanitaire cellen beschikken niet over twee handgrepen naast het toilet.

Vaststellingen

Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat niet alle individuele sanitaire cellen (gelegen in de oude bouw) over twee handgrepen naast het toilet beschikken.

Besluit

Dit tekort werd niet beoordeeld.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepast bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden: de twee gemeenschappelijke badkamers gelegen op afdeling het Binnenhof en afdeling Stepsveld beschikken niet over een toilet.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niet overal waar nodig werd een oproepsysteem voorzien: er ontbreekt een oproepsysteem in de gemeenschappelijke ruimte van afdeling Stepsveld, de kapel en het kapsalon.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De infrastructuur bestemd voor de bewoners met jongdementie vormt geen apart architectonisch geheel.

Vaststellingen

Op de dag van inspectie verblijven er vijf bewoners met een erkenning jongdementie in de voorziening. Van deze bewoners woont er slechts één bewoner in de hiervoor voorziene zorgflats. Deze zorgflats beschikken over een aparte inkom. Echter wonen de vier andere bewoners tussen de bewoners van het WZC, binnen het kleinschalig wonen. De leefruimte werd afgescheiden, maar er werd geen aparte inkom voorzien.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 6° (WZC voor 2009), art. 53, 7° (WZC na 2009), art. 54, 3de lid, 7° en 8° (WZC na 2017).

- Niet overal in de gemeenschappelijke ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
- De infrastructuur bestemd voor de bewoners met jongdementie vormt geen apart architectonisch geheel - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 68, 1ste lid, 1°.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van personeelslijst en de uurroosters voor de maanden september en oktober 2023.
- Vaststellingen op basis van documenten m.b.t. de tewerkstelling van een zelfstandige muziektherapeut en een zelfstandige verpleegkundige voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug.

Algemene erkenningsvoorwaarden (BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45) en bijkomende erkenningsvoorwaarden indien erkenning NAH (KB 21/09/2004, bijlage 3, NAH bijlage 3, D, a)

Functie	Totaal aantal vte medewerkers *	Vereist aantal vte WZC *
Directie	0,90	1,00
Verpleegkundige(n) **	18,81	15,08
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	3,70	3,00
waarvan verpleegkundige(n)	3,70	1,00
Zorgkundige(n)	34,84	17,88
Medewerker(s) reactivering ***		3,98
Ergotherapeut(e)(n)	2,30	
Kinesitherapeut(e)(n)	2,01	
Andere	2,43	
Medewerker(s) levenseindezorg	0,80	0,29
Begeleider(s) wonen en leven	0,80	2,00
Keuken- en onderhoudspersoneel	17,30	6,67
Maatschappelijk werker(s)		-
Administratieve medewerker(s)	2,06	-
Logistieke medewerker(s)	1,25	-
Kwaliteits-coördinator(en)		-
Woonassistent	0,80	-

* Effectief en vereist personeel in functie van het aantal bewoners en de Katz scores.

** Aantal vte verpleegkundigen inclusief het aantal vte hoofdverpleegkundigen,

*** Indien de voorziening een NAH erkenning heeft moet de voorziening minstens 2,5 vte (voor 30 bewoners NAH) personeelsleden voor reactivering in dienst hebben. Hiervan moet minimum 1

vte worden opgenomen door een kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist.

Stagiairs en personeel dat langdurig afwezig is, werden niet meegerekend in bovenstaande tabel.

Bij medewerkers reactivering "anderen" werden volgende disciplines meegeteld:

- twee sociaal verpleegkundigen (0,80 en 0,63 vte);
- klinisch psycholoog (0,25 vte);
- orthopedagoog (0,75 vte).

Het tekort aan begeleiders wonen en leven wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.

Jobstudenten tewerkgesteld in de discipline keuken- en onderhoud werden voor 0,45 vte meegeteld.

Erkenningsvoorwaarden bijkomende erkenning jongdementie

Functie	Effectief *	Vereist * 5 bewoners
Bijkomende medewerkers die voldoen aan de voorwaarden inzake kwalificatie voorzien in art. 73 en die beschikken over een getuigschrift referentiepersoon dementie	0,25	0,25

* Effectief en vereist personeel in functie van het aantal bewoners, uitgedrukt in vte.

O.a. de klinisch psycholoog wordt voor 0,25 vte ingeschakeld voor deze functie.

Personeelscategorieën

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de mate waarin de voorziening, voor verpleegkundigen en zorgkundigen, een beroep doet op enerzijds loontrekkend of statutair personeel en anderzijds medewerkers met een ander statuut.

	Ja	Nee
De voorziening doet (voor verpleegkundigen en zorgkundigen) beroep op medewerkers met een ander statuut.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
De inzet van de medewerkers met ander statuut werd door de voorziening aangetoond en werd mee opgenomen in bovenstaand overzicht van de personeelsformatie.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Verpleegkundigen *	Zorgkundigen *
Loontrekkend of statutair personeel	17,97	34,61
Interim personeel	0,00	0,00
Zelfstandige verpleegkundigen of zorgkundigen	0,84	0,00
Personeel in loondienst bij een andere voorziening	0,00	0,00
Personeel tewerkgesteld in het kader van projectsourcing of projectstaffing	0,00	0,00
Jobstudenten	0,00	0,23
	18,81	34,84

* Voor medewerkers die structureel in de voorziening worden ingezet wordt het effectief aantal vte medewerkers op de dag van het inspectiebezoek weergegeven. Voor medewerkers die occasioneel worden ingeschakeld wordt het gemiddelde vermeld van de inzet tijdens de referentieperiode van 30 dagen voorafgaand aan het inspectiebezoek.

Naleving regelgeving (conform)

VEILIGHEID

MEDICATIEVEILIGHEID

Toelichting

- Medicatiebeheer en -bedeling zijn een complex gegeven waarbij het WZC een veelheid aan richtlijnen dient te respecteren. Zorginspectie kan niet alle aspecten in één bevraging aan bod laten komen. Onderstaande items zijn relevant maar niet allesomvattend.
- Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. Elementen die niet dossiergebonden zijn en eerder betrekking hebben op een algemene werkwijze worden op voorzienings- of afdelingsniveau beoordeeld.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens rondgang.
- Vaststellingen op basis van bijkomende registraties inzake medicatie.
- Aangezien er tijdens voorgaande inspectiebezoeken meerdere tekorten werden vastgesteld in deze module werd de volledige module opnieuw bevraged.

	Ja	Nee	NB	NVT
In het woonzorgleefplan zijn de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie terug te vinden (vb. onder toezicht, eigen beheer, pletten, nuchter, afwijkend tijdstip,...) (geen tegenindicaties).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deze informatie kan op het moment van toedienen van de medicatie geconsulteerd worden.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Op de medicatiefiche wordt voor "medicatie indien nodig" de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening vermeld.	3/3	0/3	0/3	0/3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	1/3	0/3	0/3	0/3
Er waren hiaten voor zowel het klaarzetten als toedienen van de medicatie op 18/10/2023.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De klaargezette medicatie stemt overeen met de medicatiefiche. (geen tegenindicaties)	3/3	0/3	0/3	0/3

	Ja	Nee	NB	NVT
Medicatie die vooraf wordt klaargezet blijft identificeerbaar tot op het moment van toedienen.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> TK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens het nazicht van een steekproef van de medicatie werd enkel medicatie aangetroffen met een vervaldatum die nog niet verstreken was.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Men hanteert een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening (vb. oogdruppels, neusdruppels) op te volgen.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De magistrale bereidingen waren niet identificeerbaar.				

<i>Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 1</i>	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	1/1	0/1	0/1	0/1

<i>Aantal gecontroleerde koelkasten= 1</i>	Ja	Nee	NB	NVT
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt opgevolgd.	1/1	0/1	0/1	0/1
Er zijn schriftelijke afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Naleving regelgeving (niet conform)

- Het klaarzetten van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
- Het toedienen van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
- Medicatie die vooraf wordt klaargezet, is niet identificeerbaar tot op het moment van toedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in de voorziening.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevestigd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt).

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De gemeenschappelijke badkamers van afdelingen Binnenhof en Stepsveld beschikken niet over een wastafel.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niet alle medewerkers passen de algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne toe: een zorgmedewerker droeg een armband en een polshorloge.

Vaststellingen

Alle geobserveerde medewerkers waren in orde met de algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne.

Besluit

Dit tekort werd geredimeerd.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Niet overal in de gemeenschappelijke badkamers is een wastafel voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.

HULP- EN DIENSTVERLENING

WOONZORGLEEFPLAN

Toelichting

- Het woonzorgleefplan is een belangrijk instrument om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen. De voorziening kiest zelf hoe dit woonzorgleefplan er concreet uit ziet en hoe en waar de informatie samengebracht wordt. Minimaal dient het woonzorgleefplan volgende elementen te bevatten: alle informatie over de toestand, noden en wensen van de bewoner, de concrete afspraken over welke zorg door wie moet worden uitgevoerd, de registraties van de uitgevoerde zorg en de interdisciplinaire afstemming van de zorg. Zorginspectie gaat na hoe het woonzorgleefplan is opgebouwd en gebruikt wordt op de werkvloer. De focus van de bevraging ligt op het nagaan of het woonzorgleefplan consequent wordt bijgehouden en geactualiseerd met het oog op de garantie dat de juiste zorg aan de juiste bewoner wordt geboden. Niet alle elementen kunnen in één bevraging aan bod komen. Er werd daarom een selectie gemaakt van een aantal criteria die ter plaatse worden afgetoetst. Deze selectie is relevant maar niet allesomvattend. Hierbij wordt niet beoordeeld of het woonzorgleefplan voldoet aan alle voorwaarden van de regelgeving m.b.t. de gezondheidszorgberoepen.
- Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. De samenstelling van de steekproef kan variëren afhankelijk van het bevroegde element.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang, bevraging van personeelsleden en toetsing van een steekproef van de zorgdossiers en andere registraties m.b.t. de zorg op afdeling Den Dries.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevroegd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt).

Opgvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de baddag.

Vaststellingen

Er werden vier zorg- en ondersteuningsplannen geconsulteerd. Voor drie bewoners werd de baddag genoteerd. Voor een vierde bewoner, waarvan de gesprekspartner verklaarde dat deze niet meer in bad ging, werd dit niet als dusdanig gespecificeerd op het zorg- en ondersteuningsplan.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen.

Vaststellingen

Er werden drie zorg- en ondersteuningsplannen geconsulteerd, de toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen (een voorzettafel indien nodig en de beddekken) werden niet genoteerd.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt niet consequent geregistreerd.

Vaststellingen

Er zijn hiaten in de registraties op o.a. 17/10/2023.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De evolutie van de wonde kan onvoldoende afgeleid worden uit de observaties in het woonzorgleefplan.

Vaststellingen

Er werden drie wondzorgen geconsulteerd. De observaties zijn te summier en onvoldoende frequent om de evolutie van de wonde te kunnen opvolgen.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De wijze en periodiciteit van de evaluatie werden onvoldoende beschreven in de procedure fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen.

Vaststellingen

De wijze en periodiciteit van de evaluatie werden geconcretiseerd (maandelijks tijdens multidisciplinaire teamoverlegmomenten).

Besluit

Dit tekort werd geredimeerd.

Naleving regelgeving(niet conform)

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de baddag - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art 29, 2°.
- De evolutie van de wonde kan onvoldoende afgeleid worden uit de observaties in het woonzorgleefplan - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°, h.

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van personeelslijst en de uurroosters voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang.

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is 24u/24u verpleegkundige permanentie.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens de nacht is er voldoende personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden (minimaal 1 zorgmedewerker/60 bewoners).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er is een actieve nachtdienst.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In de uurroosters wordt structureel overlapping voorzien tussen de verschillende diensten in functie van de informatieoverdracht.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Naleving regelgeving(conform)

BIJKOMENDE ERKENNING VOOR PERSONEN MET JONGDEMENTIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het zorgdossier van bewoners met jongdementie.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevestigd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt).

Opgvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het WZC stelt geen begeleidingsplan op voor de gezinsleden van de gebruiker.

Vaststellingen

Het WZC organiseert MDO's waarbij de familie van de gebruiker aanwezig is. Dit MDO is opgesplitst in een deel waar de bewoner bij aanwezig is en een deel waarbij de bewoner niet aanwezig is. De familie wordt bevraagd en geïnformeerd tijdens het gedeelte waarbij de bewoner afwezig is. Echter wordt er geen concreet begeleidingsplan opgemaakt dat hanteerbaar is in de dagelijkse praktijk voor de gezinsleden van de gebruiker.

Besluit

Dit tekort niet werd geremedieerd.

Naleving regelgeving(niet conform)

- Het WZC stelt geen begeleidingsplan op voor de gezinsleden van de gebruiker - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 71.

OBSERVATIES RONDGANG

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt).

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niet alle bewoners kunnen vanuit het bed het licht bedienen: de lichtknop bevindt zich in de oude bouw achter het bed.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: er werden verzorgingsproducten (Steradent) aangetroffen in een bewonerskamer van een bewoner met een dementieprofiel.

Vaststellingen

Er werd tijdens de rondgang niet vastgesteld dat verzorgingsproducten niet veilig werden opgeborgen.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Naleving regelgeving(niet conform)

- De bewoner kan vanuit het bed het licht niet bedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 21°.

DOCUMENTENFICHE

DOCUMENTEN INSPECTIE

Toelichting

- De onaangekondigde inspectie verliep in een constructieve sfeer. Alle gevraagde informatie werd ter beschikking gesteld.

Naleving regelgeving(conform)