

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

INRICHTENDE MACHT

Naam	De Korenbloem
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0418825412
Adres	Pieter de Conincklaan(Kor) 12, 8500 Kortrijk

INSPECTIEPUNT

Naam	De Korenbloem
HCO-nummer	3267
Adres	Pieter de Conincklaan 12, 8500 Kortrijk
Dossiernummer	529.106

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	23/07/2024
Verslagnummer	ZI-2024-02315

INSPECTIEBEZOEK

De Korenbloem

Onaangekondigde inspectie op 09/07/2024 (08:20-11:00)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	9
o Personeelsformatie	9
• Infrastructuur	13
• Handhygiëne	15
o Handhygiëne in de praktijk	15
• Medicatieveiligheid	16
• Hulp- en dienstverlening	18
o Woonzorgleefplan	18
o Continuïteit zorgverlening	18

LEESWIJZER

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 minder-gebruikelijke momenten zoals 's avonds, 's nachts en tijdens het weekend plaatsvinden. De inspecties kunnen zowel aangekondigd als niet aangekondigd plaatsvinden.

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

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

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

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

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

Verslag

Inhoud inspectieverslag

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

Opbouw van het verslag

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

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

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

Reactiemogelijkheid

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

Toegepaste regelgeving

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

- ouderenzorg: www.zorg-en-gezondheid.be/ouderenzorg
- 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 www.departementwvg.be/zorginspectie/woonzorgcentra.

Gebruikte afkortingen

AP	aandachtspunt
AW	assistentiewoning
BE	bijkomende erkenning
BVR	Besluit Vlaamse Regering
CVH	centrum voor herstelverblijf
CVK	centrum voor kortverblijf
CDV	centrum voor dagverzorging
CDO	centrum voor dagopvang
CRA	coördinerend en raadgevend arts
DG	dienst gezinszorgdienst
GAW	groep van assistentiewoningen
HVP	hoofdverpleegkundige(n)
IB	inbreuk
LDC	lokaal dienstencentrum
NAH	niet aangeboren hersenletsel
NB	niet beoordeeld
NTB	niet te beoordelen
NVT	niet van toepassing
SAW	sociale assistentiewoningen
SFG	serviceflatgebouw
SMK	sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
WA	woonassistent
VP	verpleegkundige(n)
VS	Vlaamse sociale bescherming
VTE	voltijds equivalent
WCD	woningcomplex met dienstverlening
WGL	woongelegenheid
WZC	Woonzorgcentrum
WZD	woonzorgdecreet
WZL-plan	woonzorgleefplan
ZO-plan	zorg- en ondersteuningsplan

SITUERING

Erkenningsgegevens WZC

Capaciteit WZC-erkenning	165
Capaciteit bijkomende erkenning jongdementie	12

Andere erkenningen en toelatingen

Capaciteit CVK- erkenning	12
Toelating om flexibel kortverblijf aan te bieden	Ja
Capaciteit bijkomende erkenning centrum voor oriënterend kortverblijf	7

Inspectiebezoek

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

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

Directie WZC

Naam:

Kristof Claey's

PROFIEL EN AANTAL BEWONERS

- Vaststellingen op basis van de bewonerslijst op datum van het inspectiebezoek.
- 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 aantal bewoners WZC	160
Totaal aantal bewoners CVK	12
Afwezigen	3
Andere	0
Totale bezetting (*)	175

(*) Totale bezetting = aantal opgenomen bewoners in het WZC en het CVK + het aantal afwezige bewoners + het aantal andere gebruikers waarvoor geen aparte personeelsequipe ingezet wordt.

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

	Ja	Nee	NB
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd.	☒	☐	☐

Katz scores

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

O	A	B	C	CD	D	CC
4	7	61	15	64	12	0

Totaal aantal WZC = 163

Katz scores bewoners CVK

O	A	B	C	CD	D
0	1	6	2	3	0

Totaal aantal CVK = 12

Totaal aantal bewoners met Katz score	175
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	175

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	121
Bewoners jonger dan 65 jaar	19
Bewoners met jongdementie die in het kader van de bijkomende erkenning jongdementie in het WZC verblijven	12
Onder de bewoners jonger dan 65 jaar zijn 12 bewoners met jongdementie.	

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
 - o de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden juni en juli 2024.
 - o documenten m.b.t. de tewerkstelling van jobstudenten 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	1,00	1,00
Verpleegkundige(n)(**)	32,04	26,00
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	5,69	5,00
waarvan verpleegkundige(n)	3,69	1,00
Zorgkundigen	41,39	32,45
Medewerker(s) reactivering(***)	/	7,52
Kinesitherapeut(e)(n)	1,00	
Ergotherapeut(e)(n)	4,13	
Logopedist(e)(n)	0,00	
Andere	16,52	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,00	0,50
Begeleider(s) wonen en leven	1,00	2,50
Medewerkers keuken en onderhoud	21,97	11,67
Andere		
Administratieve medewerker(s)	5,59	/
Logistieke medewerker(s)	21,97	/

(*) 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 (voor 30 bewoners NAH) minstens 2,5 vte personeelsleden voor reactivering in dienst hebben. Hiervan moet minimum 1 vte worden opgenomen door een kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist.

- Stagiairs en personeelsleden die langdurig afwezig zijn, worden niet meegerekend in bovenstaande tabel.
- Bij de medewerkers reactivering hebben de medewerkers vermeld onder 'andere' (16,41 vte) volgende diploma's:
bachelor in de orthopedagogie (8,48 vte), gegradueerde in de orthopedagogie (3,78 vte), bachelor in het sociaal werk (3,15 vte), maatschappelijk werker (1,00 vte) en psycholoog (0,11 vte). Er zijn twee psychologen die op zelfstandige basis ingezet worden in het WZC.
- Het tekort aan begeleiders levenseindezorg (0,50 vte) wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering (13,97 vte).
- Het tekort aan begeleiders wonen en leven (1,50 vte) wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering (13,97 vte)

- Een verzorgende (0,75 vte) werd als logistieke medewerker meegeteld.
- De inzet van jobstudenten als logistieke medewerker (4,75 vte) en keuken- en onderhoudsmedewerker (6,64 vte) werden meegeteld bij respectievelijk de logistieke medewerkers en keuken- en onderhoudsmedewerkers.
- De directeur bevestigde dat volgende vte werden gepresteerd door jobstudenten in de 30 dagen voor het inspectiebezoek: 4,75 vte logistieke medewerkers, 2,70 vte zorgkundigen, 0,91 vte verpleegkundigen en 6,64 vte keuken- en onderhoudspersoneel. De gesprekspartner verklaarde ook dat op de bezorgde personeelslijst geen personeel van het CDV stonden, behalve de chauffeurs (2,00 vte) en de verantwoordelijke van het CDV (1,00 vte).
De chauffeurs en de verantwoordelijke voor het CDV werden niet meegeteld in bovenstaande tabel.

Erkenningsvoorwaarden bijkomende erkenning jongdementie

	Effectief *	Vereist * voor 12 bewoners
Bijkomende medewerkers die voldoen aan de voorwaarden inzake kwalificatie voorzien in art. 73 en die beschikken over een getuigschrift referentiepersoon dementie.	1	0.6

(*) Effectief en vereist personeel, uitgedrukt in vte, in functie van het aantal bewoners die in het kader van de bijkomende erkenning jongdementie in het WZC verblijven.

	Ja	Nee	NB
Het WZC voldoet aan de personeelsvoorwaarden van de bijkomende erkenning voor personen met jongdementie.	☒	☐	☐

Kwalificatie bijkomende medewerker(s) in het kader van de bijkomende erkenning
Betreft een medewerker met het diploma van gegradueerde in de orthopedagogie.

Takenpakket bijkomende medewerker(s)

De referentiepersoon is in het bezit van een attest referentiepersoon dementie en leest het referentiekader dementie voor het aanvaarden van de opdracht.

De referentiepersoon rapporteert aan de coördinator residentieel wonen of rechtstreeks aan de directie. De referentiepersoon dementie – jong dementie is binnen de voorziening aangesteld voor de opdracht binnen de bijzondere erkenning voor de zorg en ondersteuning van jonge personen met dementie maar heeft evenzeer aandacht voor de oudere gebruiker met dementie. Hij of zij is dus binnen de voorziening een aanspreekpunt voor alle vragen omtrent dementie bij alle gebruikers. De referentiepersoon werkt samen met de coördinator residentieel wonen, verantwoordelijken en medewerkers een beleid uit specifiek voor de doelgroep (jonge) personen met dementie. Hij of zij adviseert de werkgroepen VZP, ZIDA, ... tot fixatie-arm-beleid en bij het (niet) medicamenteus beleid.

Hij of zij ontwikkelt een jaaractieplan voor de zorg en ondersteuning van personen met dementie op basis van verwachtingen van de directie, MAT en medewerkers en op basis van de noden en verwachtingen van gebruikers en familie/mantelzorgers. Hiervoor gaat de referentiepersoon ook in gesprek met de CRA en psycholoog. De referentiepersoon is de raadgever over alle vragen van alle actoren over de zorg, het wonen en leven van gebruikers met dementie in de voorziening.

Hij of zij is doordrongen van de visie van KGW en draagt deze visie binnen de voorziening uit.

Naar medewerkers: De referentiepersoon coacht de collega's bij de specifieke begeleiding en zorg die de jonge personen met dementie vragen. Als deskundige geeft de referentiepersoon advies over het vormings- en ondersteuningsbeleid voor de medewerkers. De referentiepersoon kan ook advies geven aan de directie en het MAT betreffende de organisatie van de zorg en ondersteuning voor deze specifieke doelgroep. De referentiepersoon ondersteunt, stimuleert of zorgt voor de opmaak van de zorg- en ondersteuningsdoelstellingen die passen bij iedere gebruiker en zijn familie. Deze doelstellingen worden bijgehouden en op regelmatig en gestructureerde basis geëvalueerd in het begeleidingsplan dat wordt opgemaakt bij iedere gebruiker. Tevens zorgt de referentiepersoon voor de verslaggeving van alle

overlegmomenten.

Hij of zij zorgt dat het welzijn van de gebruikers met dementie een vast agendapunt is op overdrachtmomenten en bewonersbesprekingen. Dit kan eveneens door het toelichten van werkmethodes of aanbieden van tips en tricks.

De referentiepersoon zal ook de actiepunten opvolgen en aansturen zodat ze in de praktijk omgezet worden. Via intervisie en probleembespreking wordt samen gezocht naar oplossingen. De referentiepersoon zal ook initiatief nemen bij het opstellen van een begeleidingsplan met de gebruiker en familie, heeft aandacht bij de inhuizing van de gebruiker en voor de jaarlijkse zorgbespreking of stimuleert de medewerkers hierbij. Hij of zij stimuleert ook de medewerkers tot communicatie met de familie. Hierbij is er extra aandacht voor het levensverhaal en de wensen van de gebruiker. De referentiepersoon spoort de medewerkers aan om verdere aandacht te hebben om de kleine (en de grote) rituelen van de gebruiker verder op te nemen en de gebruiker in contact te brengen met de buurt of andere actoren in de omgeving van de voorziening.

Hij of zij zal de medewerkers aanmoedigen om bij te (blijven) leren over dementie door vormingen aan te bieden.

De referentiepersoon laat nieuwe medewerkers (en vrijwilligers) kennis maken met de visie van de Korenbloem, geeft basistechnieken in omgang met gebruikers met dementie, duidt op het belang van registratie in het woonzorgleefplan en informeert over de taken en opdrachten van de werkgroep.

Naar externe organisaties: de referentiepersoon legt de contacten met de externe organisaties en volgt deze ook verder op. Externe organisaties kunnen aangesproken worden om opleiding of advies te geven. De referentiepersoon is de contactpersoon met het Regionaal Expertisecentrum Dementie en werkt een samenwerking uit.

De referentiepersoon kan tevens ook bij de psycholoog van de voorziening terecht. Er kan een eerste advies gevraagd worden bij de begeleiding van de gebruiker en zijn familie (er wordt geen therapie opgestart).

Indien goedgekeurd door de directie of coördinator residentieel wonen kan de referentiepersoon dementie aansluiten op intervisiemomenten, opleiding, ...

De referentiepersoon heeft ook aandacht en stimuleert de medewerkers om de werking en de visie van de Korenbloem kenbaar te maken aan externen via het tijdschriftje, nieuwsbrief, sociale media, ...

Naar familie: De referentiepersoon dementie – jongdementie heeft als taak de contextuele situatie van jonge personen met dementie en hun familie te ondersteunen. De referentiepersoon zorgt voor de coördinatie en de contacten met de familie (of volgt dit op). De medewerker begeleidt dus de gezinssituatie van de gebruiker in samenwerking met de welzijns- en gezondheidsactoren die voor de specifieke situatie van de gebruiker relevant zijn. Indien nodig wordt omgangadvies gegeven naar familie.

De gebruiker (en/of zijn vertegenwoordiger) en de familie worden uitgenodigd door de referentiepersoon om te participeren over de zorg- en ondersteuningsdoelstellingen die samen met het MDO ontstaan vanuit een begeleidingsplan. De zorg- en ondersteuningsdoelstellingen moeten leiden naar het behoud of de verhoging van het welzijn en welbevinden van de jonge persoon met dementie en zijn omgeving.

Naar de gebruiker: Daarnaast begeleidt de referentiepersoon de transitie naar het groepswonen van jonge mensen met dementie en hun familie. De referentiepersoon zet zich in om de cohesie tussen de jonge personen met dementie uit te werken of vorm te geven. Hij of zij kan voorstellen formuleren naar de andere actoren in de voorziening. Er wordt gezocht naar passende zinvolle dagbesteding voor de jonge personen met dementie, zowel individueel als in groep. De referentiepersoon heeft aandacht voor de integratie binnen de werking en de groep van jonge personen met dementie die op kortverblijf of naar het centrum voor dagverzorging komen.

Erkenningsvoorwaarden bijkomende erkenning Centrum voor oriënterend kortverblijf

	Effectief (vte)	Vereist voor een erkende capaciteit van 7 wgl
Medewerkers centrum voor oriënterend kortverblijf:	4,46	1,63

De voorziening vult het aantal vte in als volgt:

- 1,80 vte verpleegkundige
- 0,11 vte psycholoog
- 0,75 vte ergotherapeut
- 1,80 vte maatschappelijk werker/sociaal verpleegkundige

	Ja	Nee	NB
De voorziening voldoet aan de bijkomende voorwaarden in het kader van de erkenning als centrum voor oriënterend kortverblijf.	☒	☐	☐

Personeelscategorieën

	Ja	Nee
De voorziening doet (voor verpleegkundigen en zorgkundigen) beroep op medewerkers met een ander statuut.	☒	☐
De inzet van de medewerkers met ander statuut werd door de voorziening aangetoond en werd mee opgenomen in bovenstaand overzicht van de personeelsformatie.	☒	☐

	Verpleegkundigen (*)	Zorgkundigen (*)
Personeel in loondienst of statutair personeel	31,13	38,69
Interim personeel	0,00	0,00
Zelfstandige verpleegkundigen / zorgkundigen	0,00	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	0,91	2,70
TOTAAL	32,04	41,39

(*)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.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

INFRASTRUCTUUR

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: de afdeling Peter Benoit enkele bij steekproef uitgekozen wgl., de leefruimte, de verpleegpost, de gemeenschappelijke badkamer en toiletten, alsook de gemeenschappelijke badkamers en toiletten en de verpleegpost op de eerste en tweede verdieping.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. Indien er tijdens voorgaande inspectiebezoeken inbreuken of aandachtspunten werden vastgesteld, werd de remediëring hiervan nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld. Bijkomend werd nagegaan of het woonzorgcentrum voldoet aan de gewijzigde voorwaarden inzake de kineruimte (art. 51, 25°).

BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

Met ingang van 10/07/2024 en 19/06/2024 werden een tijdelijke afwijking toegekend, nl. tot de ingebruikname van de geplande vervangnieuwbouw voor het gedeelte van 'De Lauwer' respectievelijk op volgende artikelen:

- art. 52,1°&2° nl. hangrepen aan beide kanten van het toilet voorzien;
- art. 52,4° nl. inzake het comfortabel kunnen zitten van bewoners in de leef- en eetruimten.

Met ingang van 19/06/2024 werd een afwijking van onbepaalde duur verleend op de norm art. 68, 1° dat de afdeling voor bewoners met jongdementie architectonisch een een afzonderlijk geheel vormt ten opzichte van de overige woongelegenheden waarover het woonzorgcentrum beschikt.

Regelgeving van toepassing:

- WZC voor 2009
- WZC na 2009, voor 2017

Gedeelte van het gebouw	WZC voor 2009	WZC na 2009, voor 2017	WZC na 2017
Het oudere gedeelte gebouwd in 1997.	X		
Het nieuwere gedeelte van het WZC.		X	

Wijzigingen infrastructuur:

Er werden volgens de directeur geen wijzigingen aangebracht aan het gebouw sinds vorig inspectiebezoek.

Geplande wijzigingen:

Er wordt een nieuwbouw voorzien ter vervanging van het gebouw van 1997 en dit tegen 2028.

Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- CVK
- CDV
- LDC

LEUNINGEN EN HANDGREPEN

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Niet weggewerkt

- In de gemeenschappelijke badkamers en toiletten werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: er zijn niet overal twee handgrepen voorzien naast het toilet in de

gemeenschappelijke toiletten.

- o Vaststellingen 09/07/2024: de situatie was ongewijzigd sinds vorig inspectiebezoek. De directeur gaf aan dat het niet mogelijk is om handgrepen te plaatsen omdat het een voorzetwand betreft. De situatie is reeds besproken met de sectorverantwoordelijke van de afdeling Woonzorg, aldus de directeur.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

HANDHYGIËNE

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

Wastafels en producten

- Vaststellingen op basis van de observaties tijdens de rondgang.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze deelmodule niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Niet weggewerkt

- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de personeelstoiletten een aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen) voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: niet alle vuilnisbakken aan wastafels waren aangepast en dienden daarom soms met de handen bediend te worden.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: in het gemeenschappelijke toilet aan de leefruimte op de tweede verdieping ontbrak een vuilnisbak en in de verpleegpost op de eerste verdieping diende het deksel met de hand bediend te worden.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

MEDICATIEVEILIGHEID

- Vaststellingen op basis van:
 - o een steekproef van de woonzorgleefplannen
 - o een steekproef van de medicatiefiches
 - o het medicatieopslag- en bedelingssysteem
 - o de klaargezette medicatie via steekproef
 - o bijkomende registraties inzake medicatie
 - o observaties tijdens de rondgang.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- In het woonzorgleefplan ontbreken de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: er waren geen vaste afspraken over bijzonderheden inzake het toedienen van de medicatie, anders dan pletten van de medicatie.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: bij drie van de drie medicatiefiches die werden gecontroleerd waren de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie voorzien.
- De informatie over de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie kan op het moment van het toedienen van de medicatie niet geconsulteerd worden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: de informatie over de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie kon op het ogenblik van het toedienen van de medicatie niet geconsulteerd worden.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: op de afdeling Guido Gezelle werd de informatie over de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de ochtendmedicatie geconsulteerd. De gesprekspartners gaven aan dat dit voor alle toedieningsmomenten het geval was.
- Er zijn geen richtlijnen i.v.m. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: er waren geen schriftelijke afspraken i.v.m. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: er werden schriftelijke afspraken i.v.m. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast voorgelegd. Deze staken achter het blad waar de temperaturen van de koelkast voor medicatie op geregistreerd werden en hingen aan de deur van de koelkast.
- De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt onvoldoende opgevolgd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard, werd niet opgevolgd.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: bij drie van de drie gecontroleerde koelkasten voor medicatie werd de temperatuur minstens wekelijks opgevolgd..

Niet weggewerkt

- 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.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: het deel van de medicatie die nog door een verpleegkundige van het WZC werd klaargezet, werd niet geregistreerd.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: de gesprekspartners gaven aan dat het programma van Cevi niet toelaat om het klaarzetten van de medicatie te registreren. Er was ook geen andere manier voorzien om het klaarzetten te registreren. De directeur hoopte dat het programma binnen een aantal maanden de registratie zal toelaten.
- Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: bij één bewoner, waar insuline moest toegediend worden volgens een variabel schema, werden de toegediende eenheden insuline niet consequent geregistreerd voor de afgelopen dagen voorafgaand aan het inspectiebezoek.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: volgens de gesprekspartners waren er twee bewoners in het WZC met een variabel schema inzake het toedienen van insuline. In de registratie van de toegediende eenheden insuline van de voorbije veertien dagen bleken hiaten te zitten op 25/6, 27/6 en 5/7/2024.
- Men heeft geen systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening op te volgen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid werd niet steeds genoteerd op deze geneesmiddelen.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: bij één van de drie gecontroleerde geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid, was (op de 2de verdieping) de openingsdatum niet vermeld.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

HULP- EN DIENSTVERLENING

WOONZORGLEEFPLAN

- Vaststellingen op basis van:
 - o observaties tijdens de rondgang
 - o het nazicht van een steekproef van de woonzorgleefplannen en andere registraties m.b.t. de zorg op de afdeling Guido Gezelle en voor de parameters op de 1ste en 2de verdieping.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze deelmodule niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

Registraties

Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

Weggewerkt

- 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°.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: er waren diverse hiaten in het registreren van de uitvoering van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: bij drie van de drie zorg- en ondersteuningsplannen bleken er geen hiaten in de registratie van de uitvoering van de instructies.
- De bewoners worden niet minstens maandelijks gewogen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: in twee van de drie nagekeken woonzorgleefplannen was er een hiaat in de registratie van de metingen van het gewicht van de bewoner voor de maand april 2022.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: bij drie van de drie bewoners werd het maandelijks gewicht consequent geregistreerd.

Niet weggewerkt

- De waarden van de parameters, worden niet volgens de instructies van de arts geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art. 29, 2°.
 - o Vaststellingen 27/06/2023: er werden diverse hiaten vastgesteld in de registratie van de waarden van de glycemiemetingen op vraag van een arts.
 - o Vaststellingen 09/07/2024: bij twee zorg- en ondersteuningsplannen bleken zich hiaten voor te doen in de registratie van de parameter glycemie in de veertien dagen voor het inspectiebezoek.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

- Vaststellingen op basis van:
 - o het nazicht van de personeelslijst
 - o het nazicht van het uurrooster voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug

o observaties tijdens de rondgang.

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

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.