

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

INRICHTENDE MACHT

Naam	Avondzon, Erpe
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0419044057
Adres	Botermelkstraat 12, 9420 Erpe-Mere

INSPECTIEPUNT

Naam	Avondzon
HCO-nummer	3185
Adres	Botermelkstraat 12, 9420 Erpe-Mere
Dossiernummer	414.103

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	21/02/2024
Verslagnummer	ZI-2024-00506

INSPECTIEBEZOEK

Avondzon

Onaangekondigde inspectie op 15/02/2024 (09:00-16:30)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	8
o Personeelsformatie	8
• Infrastructuur	10
• Handhygiëne	16
o Handhygiëne in de praktijk	16
• Hulp- en dienstverlening	17
o Continuïteit zorgverlening	17
• Observaties tijdens rondgang	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	147
--------------------------	-----

Andere erkenningen en toelatingen

Capaciteit CVK- erkenning	5
Aantal verblijfseenheden aangemeld herstelverblijf	5

Inspectiebezoek

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- de wijziging van de modaliteiten van de erkenning
Inspectiebezoek in het kader van de erkenningsaanvraag na voorlopige erkenning voor een vervangingsnieuwbouw met 32 woongelegenheden m.i.v. 05/12/2022 (23 woongelegenheden) en 23/05/2023 (9 woongelegenheden).
- 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:

Katrien Thysebaerd

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	147
Totaal aantal bewoners CVK	5
Afwezigen	0
Andere	0
Totale bezetting (*)	152

(*) 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
3	32	72	19	21	0	0

Totaal aantal WZC = 147

Katz scores bewoners CVK

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

Totaal aantal CVK = 5

Totaal aantal bewoners met Katz score	152
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	152

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	65
Bewoners jonger dan 65 jaar	9

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 januari en februari 2024;
 - o documenten m.b.t. de tewerkstelling van zelfstandige medewerkers, interims en 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)(**)	19,74	20,55
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	6,00	4,00
waarvan verpleegkundige(n)	6,00	1,00
Zorgkundigen	32,79	22,91
Medewerker(s) reactivering(***)	/	4,64
Kinesitherapeut(e)(n)	2,47	
Ergotherapeut(e)(n)	6,30	
Logopedist(e)(n)	0,00	
Andere	0,00	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,00	0,38
Begeleider(s) wonen en leven	0,00	2,50
Medewerkers keuken en onderhoud	17,31	10,13
Andere		
Administratieve medewerker(s)	3,45	/
Logistieke medewerker(s)	8,58	/
Medewerkers wasserij	3,05	/
Technische dienst	3,00	/

(*) 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.
- Het tekort aan begeleiders levenseindezorg wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.
- Het tekort aan begeleiders wonen en leven wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.

Substitutieregel

	Aantal vte
Tekort verpleegkundigen	0,81
Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie (*)	6,17
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een medewerker met een diploma zoals vermeld in art. 45, §2, 8°	0,81
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een zorgkundige	0,00
Resterend tekort verpleegkundigen na toepassing van de substitutieregel.	0,00

(*) De voorziening maakt gebruik van de substitutieregel (BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §2, 9°). Deze regel stelt dat, indien de verpleegkundige 24u-permanentie gewaarborgd is, 20 % van het vereiste aantal vte verpleegkundigen (of 30 % indien minstens 7 vte verpleegkundigen in dienst) kan vervangen worden door een ander personeelslid met een kwalificatie opgesomd in art. 45, §2, 8°. Bij gebrek aan deze personeelsleden, mogen verpleegkundigen vervangen worden door zorgkundigen ten belope van 1,2 vte zorgkundige voor 1 vte verpleegkundige.

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.	☒	☐
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	17,56	30,98
Interim personeel	1,00	0,00
Zelfstandige verpleegkundigen / zorgkundigen	1,18	1,00
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	0,81
TOTAAL	19,74	32,79

(*) 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: alle verdiepingen van de vervangingsnieuwbouw en de oudbouw met een steekproef van bewonerskamers en gemeenschappelijke ruimtes.

BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

Regelgeving van toepassing:

- WZC voor 2009
- WZC na 2017

Gedeelte van het gebouw	WZC voor 2009	WZC na 2009, voor 2017	WZC na 2017
Bewonersafdelingen dienst 400 (gelijkvloers) en dienst 500 (eerste verdieping), gelegen achteraan op de campus.	X		
Fase 1 (bouw van een volledig nieuwe vleugel waar zich o.a. het atrium bevindt) en fase 2 (renovatie van een zijvleugel) werd in de loop van 2019 in gebruik genomen.		X	
Fase 3 (renovatie van 32 bewonerskamers en van de burelen) werd afgerond in 2022.			X

Wijzigingen infrastructuur:

De renovatie van de oudste afdelingen is gepland voor uitvoering in 2025 (fase 4 en 5 van de vervangingsnieuwbouw).

Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- CVK
- CDV
- Aangemeld herstelverblijf
- GAW

BEWONERSKAMERS

De ingevulde tabellen hebben betrekking op het gedeelte van het gebouw waarop de wijziging van de modaliteiten van de erkenning slaat (fase 3, verdeeld over het gelijkvloers, de eerste, tweede en derde verdieping).

	Ja	Nee	NB
Per kamer kunnen er maximum 2 personen verblijven.	☒	☐	☐
De nettovloeroppervlakte van de éénpersoonskamers voldoet aan de voorwaarden.	☒	☐	☐
De nettovloeroppervlakte van de tweepersoonskamers voldoet aan de voorwaarden.	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB
Het maximum aantal bewoners dat verblijft op een tweepersoonskamer wordt gerespecteerd.	☒	☐	☐
Het raamoppervlak in de bewonerskamers bedraagt ten minste 1/6 van de netto vloeroppervlakte (1/7 indien de nettovloeroppervlakte > 30m²).	☒	☐	☐
De hoogte van de raamdorpels laat zittend een ongehinderd zicht op de buitenwereld toe (het glasoppervlak van het raam begint maximaal op een hoogte van 85 cm gemeten vanaf het vloeroppervlak).	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB
Elke kamer beschikt over een aparte sanitaire cel met een toilet en een wastafel.	☒	☐	☐

De sanitaire cel is aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker:	Ja	Nee	NB
vrije draaicirkel met diameter van minstens 1,5 meter (WZC of gedeeltes van WZC na 2017)	☒	☐	☐
vrije draaicirkel met diameter van minstens 1,5 meter (WZC of gedeeltes van WZC voor 2017)	☒	☐	☐
handgrepen aan beide kanten van het toilet	☒	☐	☐
wastafel is onderrijdbaar	☒	☐	☐
een spiegel die aanpasbaar is aan de rolstoelgebruiker (aangepaste hoogte of kantelbaar).	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
In de sanitaire ruimte is een opbergruimte voorzien. (WZC na 2017)	☐	☐	☐	☒
Indien in de sanitaire cel een douche werd voorzien, is het een rolstoeltoegankelijke douche (in de vloer verzonken, geen hoogteverschil)	☒	☐	☐	☐

Aantal woongelegenheden met individuele douche	32
Aantal woongelegenheden zonder individuele douche	0

	Ja	Nee	NB
Er wordt voldoende basismeubilair ter beschikking gesteld.	☒	☐	☐
De bewoner kan eigen meubilair meebrengen.	☒	☐	☐
In elke woongelegheden is er aansluiting op televisie, draadloos internet en telefoon mogelijk.	☒	☐	☐
Op de derde verdieping ontbrak een nachttafeltje in bewonerskamers 301 en 302. De gesprekspartner gaf in de reactienota aan dat deze twee nachttafeltjes voor onderhoud en herstelling naar de technische dienst waren en dat ze dus slechts tijdelijk niet aanwezig waren.			

	Ja	Nee	NB	NVT
De binnentemperatuur is regelbaar per woongelegheden. (WZC na 2017)	☐	☐	☐	☒

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggevoerd

- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: er

werden geen handgrepen aan beide kanten van het toilet voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 1° en 2° (WZC voor 2009), art. 53, 2° en 3° (WZC na 2009), art. 54, 2de lid, 1° en 2° (WZC na 2017) en art. 55.

- o Vaststellingen 09/02/2023: in het nog niet gerenoveerde gedeelte (dienst 400 en 500) is er slechts één handgreep naast het toilet gemonteerd.
 - o Vaststellingen 15/02/2024: de situatie is ongewijzigd.
- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: de wastafel is niet onderrijdbaar - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 1° en 2° (WZC voor 2009), art. 53, 2° en 3° (WZC na 2009), art. 54, 2de lid, 1° en 2° (WZC na 2017) en art. 55.
 - o Vaststellingen 09/02/2023: in het nog niet gerenoveerde gedeelte (dienst 400 en 500) is er een kastje onder de wastafel waardoor een rolstoelgebruiker er niet met de rolstoel onder kan rijden.
 - o Vaststellingen 15/02/2024: de situatie is ongewijzigd.
- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: er is geen spiegel die aanpasbaar is aan de rolstoelgebruiker (aangepaste hoogte of kantelbaar) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 1° en 2° (WZC voor 2009), art. 53, 2° en 3° (WZC na 2009), art. 54, 2de lid, 1° en 2° (WZC na 2017) en art. 55.
 - o Vaststellingen 09/02/2023: in het nog niet gerenoveerde gedeelte (dienst 400 en 500) hangt de spiegel aan de wastafel te hoog voor een rolstoelgebruiker.
 - o Vaststellingen 15/02/2024: de situatie is ongewijzigd.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

GEMEENSCHAPPELIJK RUIMTES

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- In het gebouw van het WZC is er geen volwaardige rookruimte met aangepast ventilatiesysteem die vlot bereikbaar is voor de bewoners - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 6.
 - o Vaststellingen 09/02/2023: de bewoners kunnen geen gebruik maken van een rookruimte.
 - o Vaststellingen 15/02/2024: volgens de gesprekspartner is er een rookruimte voorzien in de kelderverdieping maar deze is nog niet in gebruik genomen.
- De hoogte van de raamdorpels in de gemeenschappelijke verblijfsruimtes laat geen ongehinderd zicht op de buitenwereld toe (het glasoppervlak van het raam begint niet maximaal op een hoogte van 85 cm gemeten vanaf het vloeroppervlak) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 8°.
 - o Vaststellingen 09/02/2023: er zijn geen ramen aanwezig in de gemeenschappelijke verblijfsruimtes aan het atrium.
 - o Vaststellingen 15/02/2024: de situatie is ongewijzigd. De gesprekspartner wijst erop dat de bewoners enkel in deze ruimtes verblijven voor het middageten en dat de living en de ergozaal (waar de bewoners de meeste tijd doorbrengen) wel zicht hebben op de buitenwereld. Tevens bevindt zich telkens een raam aan het rustpunt op het einde van de gangen langs het atrium.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

GEMEENSCHAPPELIJK SANITAIR

De ingevulde tabellen hebben betrekking op het gedeelte van het gebouw waarop de wijziging van de modaliteiten van de erkenning slaat (fase 3, verdeeld over het gelijkvloers, de eerste, tweede en derde verdieping).

	Ja	Nee	NB
Het aantal gemeenschappelijke badkamers (met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet aan de voorwaarden.	☐	☒	☐
De nieuwe gemeenschappelijke badkamers beschikken over een aangepast bad en een toilet maar er is geen douche voorzien. De gesprekspartner gaf aan dat er in elke bewonerskamer een individuele douche aanwezig is waardoor de bewoners te allen tijde de keuze hebben tussen een bad of een douche.			

	Ja	Nee	NB	NVT
Het aantal rolstoeltoegankelijke gemeenschappelijke toiletten voldoet aan de erkenningsvoorwaarden:				
bij elke zit- en eetruimte	☒	☐	☐	
minimum 2 bij de cafetaria (WZC na 2017)	☐	☐	☒	☐
in de onmiddellijke buurt van de kineruimte (WZC na 2017)	☐	☐	☒	☐

	Ja	Nee	NB
In de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke toiletten is er een spiegel voorzien. In de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten is deze spiegel aangepast of aanpasbaar aan rolstoelgebruikers (aangepaste hoogte of kantelbaar).	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- 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).
 - Vaststellingen 15/02/2024: de gemeenschappelijke badkamers van fase 3 beschikken niet over een douche.

TOEGANKELIJKHEID

De ingevulde tabellen hebben betrekking op het gedeelte van het gebouw waarop de wijziging van de modaliteiten van de erkenning slaat (fase 3, verdeeld over het gelijkvloers, de eerste, tweede en derde verdieping).

	Ja	Nee	NB
Alle voor de bewoners toegankelijke ruimtes zijn rolstoeltoegankelijk. Indien er niveauverschillen zijn die niet vermeden kunnen worden, worden ze ondervangen (voor de beoordeling van de rolstoeltoegankelijkheid van de individuele sanitaire cellen -> zie hoger bij bewonerskamers).	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB
De breedte van de gangen voldoet aan de erkenningsvoorwaarden.	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB
In alle voor de bewoners toegankelijke ruimtes worden niveauverschillen, zoals treden, trappen en andere hindernissen, vermeden. Als die niveauverschillen niet vermeden kunnen worden, worden ze duidelijk gesignaleerd.	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
Het WZC beschikt over een aangepaste lift.	☒	☐	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

ZONNEWERING EN GEKLIMATISEERDE LEEFRUIMTE

De ingevulde tabellen hebben betrekking op het gedeelte van het gebouw waarop de wijziging van de modaliteiten van de erkenning slaat (fase 3, verdeeld over het gelijkvloers, de eerste, tweede en derde verdieping).

	Ja	Nee	NB	Niet te beoordelen (*)
Er is een systeem van zonnewering voorzien.	☒	☐	☐	
De zonnewering laat zicht op de buitenwereld toe.	☐	☐	☒	
De zonnewering voorkomt oververhitting van de bewoners.	☐	☐	☐	☒
De zonnewering voorkomt verblinding van de bewoners.	☐	☐	☐	☒
De zonnewering werd overal waar nodig geïnstalleerd.	☐	☒	☐	☐
In de gemeenschappelijke leefruimte van de tweede verdieping (achteraan het gebouw ter hoogte van het plat dak) ontbreekt zonnewering. Op de dag van het inspectiebezoek was het betreffende raam afgeplakt met papier om de zoninval te voorkomen. Volgens de gesprekspartner werd een warmte- en zonnewerende screen besteld voor deze ruimte.				

(*) Niet te beoordelen omwille van de weersomstandigheden of het tijdstip van het inspectiebezoek.

	Ja (*)	Nee	NB	Niet te beoordelen (**)
Indien de waarschuwingfase van het Vlaamse Warmteactieplan wordt opgestart, kan men beschikken over een geklimatiseerde ruimte.	☐	☐	☒	☐

(*) De aanwezigheid van een klimatisatiesysteem kon worden vastgesteld.

(**) Volgens de gesprekspartners is er een geklimatiseerde ruimte. Omwille van de weersomstandigheden kon dit niet worden beoordeeld.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- De zonnewering werd niet overal waar nodig geïnstalleerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 16° en art. 54, 8ste lid, 5°.
 - Vaststellingen 15/02/2024: in de gemeenschappelijke leefruimte van de tweede verdieping (achteraan het gebouw ter hoogte van het plat dak) ontbreekt zonnewering. Op de dag van het inspectiebezoek was het betreffende raam afgeplakt met papier om de zoninval te voorkomen. Volgens de gesprekspartner werd een warmte- en zonnewerende screen besteld voor deze ruimte.

VEILIGE INFRASTRUCTUUR I.F.V. DWAALGEDRAG EN VALINCIDENTEN

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de traphallen zijn niet beveiligd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 54, 6de lid, 3° (WZC na 2017).
 - o Vaststellingen 09/02/2023: de traphallen (zowel in de nieuw- als de oudbouw) zijn op het gelijkvloers niet beveiligd; ook op niveau -1 van de nieuwbouwvleugel is de traphal niet beveiligd.
 - o Vaststellingen 15/02/2024: de situatie is ongewijzigd.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

OPROEPSYSTEEM

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- Niet overal in de gemeenschappelijke ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
 - o Vaststellingen 09/02/2023: in de oudbouw (dienst 400 en 500) ontbreekt een oproepknop in de gemeenschappelijke ruimtes.
 - o Vaststellingen 15/02/2023: de situatie is ongewijzigd.

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 dispenser met papieren wegwerphanddoekjes voorzien – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - o Vaststellingen 09/02/2023: in meerdere gemeenschappelijke toiletten was een dispenser met een katoenen rol in gebruik om de handen te drogen.
 - o Vaststellingen 15/02/2024: volgens de gesprekspartner bevindt men zich in een overgangsfase en worden de dispensers met katoenen rol systematisch vervangen door een dispenser met papieren doekjes. In o.a. het gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet van de eerste verdieping bevond zich nog een dispenser met katoenen rol.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

HULP- EN DIENSTVERLENING

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.

OBSERVATIES TIJDENS RONDGANG

- Vaststelling op basis van 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.

BEWONERSKAMERS

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- De bewoner kan vanuit het bed het licht niet bedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 21°.
 - o Vaststellingen 09/02/2023: tijdens de rondgang werden er diverse opstellingen van het meubilair aangetroffen waarbij debewoners nauwelijks of niet vanuit het bed de lichtknop aan de muur konden bereiken.
 - o Vaststellingen 15/02/2024: ook in de nieuwe bewonerskamers van fase 3 staat de lichtschakelaar aan het hoofdeinde van het bed waardoor deze moeilijk bereikbaar is. Volgens de gesprekspartner overweegt men nachtlampjes aan te kopen die aan het bed kunnen worden bevestigd.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VEILIGHEID

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: medicatie en verzorgingsproducten worden niet veilig bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 51, 4°.
 - o Vaststellingen 09/02/2023: tijdens de rondgang werd een onbeheerde verzorgingskar in een gang van de beveiligde afdeling aangetroffen.
 - o Vaststellingen 15/02/2024: geen tegenindicaties.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.