

ZORGINSPECTIE

Zorginspectie

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

INRICHTENDE MACHT

Naam	Home O.-L.-Vrouw van de Kempen
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0433440342
Adres	O.L.Vrouwstraat 3, 2380 Ravels

INSPECTIEPUNT

Naam	Home Onze Lieve Vrouw van de Kempen
HCO-nummer	3547
Adres	O.L.Vrouwstraat 3, 2380 Ravels
Dossiernummer	157.101

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	10/09/2024
Verslagnummer	ZI-2024-03078

INSPECTIEBEZOEK

Home Onze Lieve Vrouw van de Kempen

Onaangekondigde inspectie op 09/09/2024 (09:00-12:00)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	8
o Personeelsformatie	8
• Infrastructuur	11
• Handhygiëne	17
o Handhygiëne in de praktijk	17
• Medicatieveiligheid	19
• Hulp- en dienstverlening	21
o Woonzorgleefplan	21
o Continuïteit zorgverlening	22
• Observaties tijdens rondgang	23

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: nieuwe, bestaande of weggewerkte inbreuken
- 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 gezinszorg
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	120
--------------------------	-----

Andere erkenningen en toelatingen

Capaciteit bijkomende erkenning centrum voor oriënterend kortverblijf	5
---	---

Inspectiebezoek

De inspectie vond plaats naar aanleiding van:

- de wijziging van de modaliteiten van de erkenning
De inspectie vond plaats naar aanleiding van een nieuwbouw voor de uitbreiding van de erkenning van het woonzorgcentrum met 32 woongelegenheden en het oriënterend centrum voor kortverblijf (5 woongelegenheden).
Op 8 januari 2024 ontving de voorziening een uitbreiding van erkenning voor 12 woongelegenheden en werd het centrum voor kortverblijf van 3 woongelegenheden omgezet naar een erkenning oriënterend kortverblijf van 5 woongelegenheden. Op 1 juli 2024 werd de erkenning uitgebreid met 10 woongelegenheden en op 2 september 2024 opnieuw met 12 woongelegenheden.

Directie WZC

Naam:

de heer Bob Van de Putte en de heer Filip Spaepen

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	103
Totaal aantal bewoners CVK	4
Afwezigen	1
Andere	0
Totale bezetting (*)	108

(*) 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
1	3	58	19	23	0	0

Totaal aantal WZC = 104

Katz scores bewoners CVK

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

Totaal aantal CVK = 4

Totaal aantal bewoners met Katz score	108
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	108

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	59
Bewoners jonger dan 65 jaar	3

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 augustus en september 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	2,00	1,00
Verpleegkundige(n)(**)	20,70	17,46
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	4,30	3,00
waarvan verpleegkundige(n)	3,80	1,00
Zorgkundigen	27,79	19,95
Medewerker(s) reactivering(***)	/	4,18
Kinesitherapeut(e)(n)	1,25	
Ergotherapeut(e)(n)	1,80	
Logopedist(e)(n)	0,00	
Andere	3,00	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,00	0,35
Begeleider(s) wonen en leven	2,50	2,00
Medewerkers keuken en onderhoud	15,50	7,20
Andere		
Administratieve medewerker(s)	3,30	/
Logistieke medewerker(s)	18,12	/
Kwaliteitscoördinator(en)	0,50	/

(*) 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 directieteam bestaat uit de afgevaardigd bestuurder (hij neemt de functie op van algemeen directeur) en een adjunct-directeur (dagelijks verantwoordelijke van het woonzorgcentrum).
- Bij de verpleegkundigen werden ook het hoofd bewonerszorg en de teamcoachen (verpleegkundigen) geteld.
- Er zijn 6 teamcoachen (4,30 vte) waarvan vijf verpleegkundigen (3,80 vte) en een kinesitherapeut (0,50 vte).
- Bij de kinesitherapeuten werd ook de hogervermelde teamcoach geteld. Zij heeft een dubbele functie:

- teamcoach (0,50 vte) en kinesitherapeut (0,30 vte).
- 'Andere' bij medewerkers reactivering (3,00 vte) zijn een orthopedagoog/bewegingstherapeut (0,50 vte), psycholoog (0,30 vte), een maatschappelijk werker (0,80 vte) en twee medewerkers van de sociale dienst met als opleiding ergotherapeut (1,40 vte).
- Het tekort aan begeleiders levenseindezorg wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.
- Bij medewerkers keuken en onderhoud (15,50 vte) werden ook de dienstverantwoordelijke en de adjunct-dienstverantwoordelijke huishoudelijke hulp geteld, medewerkers van een externe firma voor de keuken (5,00 vte) en medewerkers van een externe poetsfirma (5,50 vte).
- De voorziening doet beroep op jobstudenten. Voor de referentieperiode betekende dit:
 - o jobstudenten met visum: 1,14 vte, in de tabel hierboven bij zorgkundigen geteld.
 - o jobstudenten zonder visum: 7,32 vte, in de tabel hierboven bij logistieke medewerkers geteld.

Erkenningsvoorwaarden bijkomende erkenning Centrum voor oriënterend kortverblijf

- In de bovenstaande tabel met het personeelsoverzicht worden de medewerkers die tewerkgesteld zijn in het oriënterend kortverblijf niet vermeld. Per 15 erkende verblijfseenheden bedraagt het vereiste personeelsbestand 3,5 vte, bovenop de vereiste vte voor het centrum voor kortverblijf. Hierbij moeten volgende disciplines vertegenwoordigd zijn: een verpleegkundige, een psycholoog, een ergotherapeut en een maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige.

	Effectief (vte)	Vereist voor een erkende capaciteit van 5 wgl
Medewerkers centrum voor oriënterend kortverblijf:	1,40	1,17

De voorziening vult het aantal vte in als volgt:

- 0,20 vte verpleegkundige
- 0,70 vte psycholoog
- 0,50 vte ergotherapeut
- 0,00 vte maatschappelijk werker/sociaal verpleegkundige

De 0,50 ergotherapeut zijn twee ergotherapeuten waarvan één op de sociale dienst werkt. Er is geen maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige.

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

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	20,70	26,65
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	0,00	1,14
TOTAAL	20,70	27,79

(*)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.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

- De voorziening voldoet niet aan de personeelsvoorwaarden van de bijkomende erkenning als centrum voor oriënterend kortverblijf.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: de voorziening zet een verpleegkundige, een psycholoog en ergotherapeuten in het oriënterend kortverblijf in maar geen maatschappelijk werker/sociaal verpleegkundige.

INFRASTRUCTUUR

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: de nieuwbouw met 32 woongelegenheden.
- Tijdens vorige inspecties werd vastgesteld dat het bestaande gebouw van het woonzorgcentrum voldoet aan de erkenningsvoorwaarden inzake infrastructuur. De vaststellingen hieronder hebben alleen betrekking op het nieuwe gedeelte. (uitgezonderd traphallen, kapsalon en rookruimte oud gebouw).

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
oude gedeelte	X		
nieuwbouw voor 32 woongelegenheden			X

Algemene beschrijving van het gebouw:

Beschrijving van het nieuwe gedeelte:

In de nieuwbouw is er op het gelijkvloers een onthaalbalie, een brasserie, kineruimte, twee liften, een traphal. Verder zijn er drie verdiepingen met woongelegenheden, eet- en leefruimte, bergingen, rolstoeltoegankelijke toiletten, verpleegpost en personeelstoiletten.

Op één verdieping werd een badkamer ingericht. De twee andere badkamers zullen waarschijnlijk later worden ingericht.

Op afdeling Iris (2de verdieping) werden de eerste bewoners opgenomen op 8 januari 2024, op afdeling Lotus (eerste verdieping) vanaf 1 juli 2024. Op afdeling Anjer (3de verdieping) wonen op het moment van de inspectie 3 bewoners. De volgende opnames zijn reeds gepland. De gesprekspartner gaf aan dat alle woongelegenheden waarschijnlijk zullen ingevuld zijn tegen eind oktober 2024.

Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- CVK
- GAW

INDELING GEBOUW

Zoals hoger vermeld, werd alleen de nieuwbouw beoordeeld.

Kamertype	Aantal	Totaal
Eenpersoonskamers	36	36
		Totaal: 36

Afdeling	Capaciteit
Lotus	12
Iris	12
Anjer	12

De hierboven vermelde afdelingen zijn de afdelingen in het nieuwe gebouw.

BEWONERSKAMERS

	Ja	Nee	NB
De nettovloeroppervlakte van de éénpersoonskamers voldoet aan de voorwaarden.	☒	☐	☐
Alle kamers hebben dezelfde oppervlakte nl. 28,05 m², inclusief sanitaire cel. De sanitaire cel heeft een oppervlakte van 6,7 m². Op het einde van elke gang zijn er twee kamers, verbonden met een hal zodat echtparen ervoor kunnen kiezen om één kamer als zitruimte in te richten en de andere als slaapkamer.			

	Ja	Nee	NB
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)	☒	☐	☐	☐
In de sanitaire cel is er een wastafel met spiegel, inloofdouche, toilet met twee handgrepen.				

Aantal woongelegenheden met individuele douche	36
Aantal woongelegenheden zonder individuele douche	0

	Ja	Nee	NB
Er wordt voldoende basismeubilair ter beschikking gesteld.	☒	☐	☐
De bewoner kan eigen meubilair meebrengen.	☒	☐	☐
In elke woongelegenheden is er aansluiting op televisie, draadloos internet en telefoon mogelijk.	☒	☐	☐
In de kamer staat een hooglaagbed, nachtkastje, zetel, voetbank, tafel en twee stoelen. Verder zijn er ingemaakte kasten.			

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

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

GEMEENSCHAPPELIJK RUIMTES

	Ja	Nee	NB
De oppervlakte en ligging van de gemeenschappelijke eet- en leefruimtes voldoen aan de erkenningsvoorwaarden.	☒	☐	☐
De gemeenschappelijke eet- en leefruimtes zijn zodanig ingericht dat alle bewoners van een leefgroep comfortabel kunnen zitten.	☒	☐	☐
Per afdeling is er een eet- en leefruimte met een oppervlakte van 93 m ² . De leefruimtes zijn gezellig ingericht met mooie en warme kleuren en materialen. Er is een zithoek, een eethoek en een open keuken met een kookvuur, oven, afwasmachine, koffiezetapparaat en koelkast.			

	Ja	Nee	NB
Het raamoppervlak van de gemeenschappelijke verblijfsruimtes bedraagt ten minste 1/6 van de netto vloeroppervlakte.	☒	☐	☐
De hoogte van de raamdorpels in de gemeenschappelijke verblijfsruimtes laat 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	NVT
In alle gemeenschappelijke verblijfsruimtes zijn opengaande raamdelen aanwezig. (WZC na 2017)	☒	☐	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
Het WZC beschikt over een volwaardige rookruimte met aangepast ventilatiesysteem die vlot en beschut bereikbaar is voor de bewoners (niet van toepassing indien alle bewoners op de kamer mogen roken).	☒	☐	☐	☐
De rookruimte ligt in het oude gedeelte van het woonzorgcentrum.				

	Ja	Nee	NB
Er is een uitgeruste kineruimte.	☒	☐	☐
De bewoners kunnen gebruik maken van een kapsalon	☒	☐	☐
Het kapsalon ligt in het oude gedeelte van het woonzorgcentrum.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

GEMEENSCHAPPELIJK SANITAIR

	Ja	Nee	NB
Het aantal gemeenschappelijke badkamers (met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet aan de voorwaarden.	☒	☐	☐
Voorlopig werd één gemeenschappelijke badkamer ingericht met een hooglaagbad, wastafel met spiegel en een toilet. Eventueel kan later een inloopdouche geïnstalleerd worden. Op de twee andere verdiepingen is de mogelijkheid voor het inrichten van een badkamer voorzien.			

Het aantal rolstoeltoegankelijke gemeenschappelijke toiletten voldoet aan de erkenningsvoorwaarden:	Ja	Nee	NB	NVT
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)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

TOEGANKELIJKHEID

	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.	☒	☐	☐	☐
Er zijn twee liften.				

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

LEUNINGEN EN HANDGREPEN

	Ja	Nee	NB
In gangen worden aan beide zijden leuningen aangebracht.	☒	☐	☐
Alle trappen zijn voorzien van leuning aan beide zijden (trappen uitsluitend gebruikt voor evacuatie worden hier niet beoordeeld).	☒	☐	☐
In de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke toiletten is aan beide zijden van het toilet een handgreep voorzien.	☐	☒	☐
In de gemeenschappelijke badkamers met douche wordt een handgreep of leuning voorzien aan de douche.	☐	☐	☒
In de gemeenschappelijke badkamer op afdeling Iris zijn geen handgrepen aan het toilet. Ook in de gemeenschappelijke niet-rolstoeltoegankelijke toiletten aan de brasserie ontbreken twee handgrepen. Op elke verdieping zijn tevens niet-rolstoeltoegankelijke toiletten zonder handgrepen. Volgens de gesprekspartner zijn dit personeelstoiletten maar dit was zo niet aangegeven.			
In de gemeenschappelijke badkamer is geen douche, alleen een hooglaagbad.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- In de gemeenschappelijke badkamers en toiletten werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
 - Vaststellingen 09/09/2024: er ontbreken twee handgrepen aan het toilet in de gemeenschappelijke badkamer op afdeling Iris en aan de niet-rolstoeltoegankelijke toiletten aan de brasserie. Op elke verdieping zijn er niet-rolstoeltoegankelijke toiletten zonder handgrepen. Volgens de gesprekspartner zijn dit personeelstoiletten maar dit was niet zo aangegeven.

VEILIGE INFRASTRUCTUUR I.F.V. DWAALGEDRAG EN VALINCIDENTEN

De infrastructuur laat toe dat de veiligheid van de bewoners -rekening houdend met hun toestand- kan gegarandeerd worden:	Ja	Nee	NB
de ramen kunnen beveiligd worden	☒	☐	☐
de traphallen zijn beveiligd in het kader van de valpreventie (WZC of gedeeltes van WZC na 2017)	☐	☒	☐
de traphallen zijn beveiligd in het kader van de valpreventie (WZC of gedeeltes van WZC voor 2017)	☐	☐	☒
toegangen kunnen beveiligd worden.	☒	☐	☐
De traphal in het nieuwe gedeelte is niet beveiligd. De regelgeving voor gebouwen na 2017 geeft aan dat traphallen moeten beveiligd zijn. Dit is niet zo voor het oude gedeelte van het woonzorgcentrum. De traphallen moeten niet beveiligd zijn maar er moet wel een risico-analyse gemaakt worden.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- 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).
 - Vaststellingen 09/09/2024: de traphal in het nieuwe gedeelte is niet beveiligd.

OPROEPSYSTEEM

Er is een aangepast oproepsysteem beschikbaar:	Ja	Nee	NB
in de gemeenschappelijke ruimtes	☒	☐	☐

Er is permanent een oproepsysteem aanwezig dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner:	Ja	Nee	NB
bij het toilet in de individuele sanitaire cel	☐	☒	☐
in de gemeenschappelijke toiletten en bij het toilet in de gemeenschappelijke badkamers.	☐	☒	☐
In de individuele sanitaire cel hangt een rood touw naast/achter het toilet. Het is niet gemakkelijk bereikbaar voor de bewoner en kan ook niet binnen het bereik van de bewoner, die op het toilet zit, gebracht worden. In de gemeenschappelijke toiletten hangt een oproepknop tegen de muur. Aan het toilet in de gemeenschappelijke badkamer hangt hetzelfde touw als in de individuele sanitaire cellen. Het oproepsysteem kan niet binnen handbereik van de bewoner gebracht worden.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Niet in elke individuele sanitaire cel is bij het toilet een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: het oproepsysteem kan niet binnen handbereik van de bewoner, zitten op het toilet, gebracht worden.
- Niet overal in de gemeenschappelijke toiletten en bij het toilet in de gemeenschappelijke badkamers is een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: het oproepsysteem aan het toilet in de gemeenschappelijke badkamer kan niet binnen bereik van de bewoner gebracht worden.

BUITENRUIMTE

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is een beschutte fietsenstalling voor bezoekers en personeel. (WZC na 2017)	☒	☐	☐	☐
Per bewoner is er een oppervlakte van 3 m ² beschikbaar als buitenruimte voor bewoners, bezoekers en personeel. (WZC na 2017)	☐	☐	☒	☐
Er is een vrij toegankelijke buitenruimte voor de bewoners van de beveiligde afdeling.	☐	☐	☐	☒

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 in de nieuwe bouw.

Er is een wastafel beschikbaar in:	Aantal gecontroleerde ruimtes	Ja	Nee	NB	NVT
de gemeenschappelijke toiletten	5	5	0	0	0
de gemeenschappelijke badkamers	1	1	0	0	0
de verpleegpost	3	3	0	0	0
de personeelstoiletten.	3	3	0	0	0

Bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de personeelstoiletten beschikt men over:	Aantal gecontroleerde wastafels	Ja	Nee	NB	NVT
vloeibare zeep	12	10	2	0	0
dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	12	10	2	0	0
aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	12	6	6	0	0

In de rolstoeltoegankelijke toiletten op afdeling Lotus en Anjer ontbreekt een dispenser met vloeibare zeep, een dispenser met wegwerphanddoekjes en eenangepaste vuilnisbak.
In de drie verpleegposten hing een plastic zak voor de wegwerphanddoekjes, er ontbreekt eenangepaste vuilnisbak.

Er is handalcohol beschikbaar:	Ja	Nee	NB
bij elke bewonerskamer	☒	☐	☐
in elke verpleegpost	☒	☐	☐
in de gemeenschappelijke leefruimtes.	☐	☐	☒

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de personeelstoiletten vloeibare zeep voorzien – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - Vaststellingen 09/09/2024: er is geen dispenser met vloeibare zeep aan de wastafel in de rolstoeltoegankelijke toiletten op afdeling Lotus en Anjer.
- 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.
 - Vaststellingen 09/09/2024: er is geen dispenser met wegwerphanddoekjes aan de wastafel in de rolstoeltoegankelijke toiletten op afdeling Lotus en Anjer.
- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de personeelstoiletten eenangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen) voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - Vaststellingen 09/09/2024: er is geenangepaste vuilnisbak aan de wastafel in de

verpleegposten en in de rolstoeltoegankelijke toiletten op Lotus en Anjer.

Medewerkers

- 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.

De algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne worden in de praktijk door de medewerkers nageleefd:	Aantal geobserveerde medewerkers	Ja	Nee	NB	NVT
• geen armbanden, ringen, uurwerken ter hoogte van de handen en polsen/ voorarmen • verzorgde en kortgeknipte nagels • geen nagellak of kunstnagels (inclusief gel- en harsnagels) • werkkledij met korte mouwen.	10	9	1	0	0
Een medewerker droeg een armband.					

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- Niet alle medewerkers passen de algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne in de praktijk toe - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: tijdens de rondgang werd vastgesteld dat drie medewerkers een horloge droegen. Eén medewerker droeg ook een ring.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: tijdens de rondgang werd vastgesteld dat een medewerker een armband droeg.

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 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

- Op de medicatiefiche ontbreken de nodige gegevens m.b.t. de “medicatie indien nodig” (de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
 - o Vaststellingen 10 januari 2022: op twee van de vier gecontroleerde medicatiefiches ontbreekt het interval voor toediening.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: op één van de drie gecontroleerde medicatiefiches ontbreekt het interval voor toediening.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: op drie van de drie gecontroleerde medicatiefiches worden de nodige gegevens i.v.m. 'medicatie indien nodig' genoteerd.
- 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 10 januari 2022: er zijn geen schriftelijke afspraken i.v.m. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast met medicatie.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: er zijn geen schriftelijke afspraken i.v.m. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast met medicatie op afdeling Tulp.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: er zijn schriftelijke afspraken i.v.m. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast met medicatie.

Niet weggewerkt

- De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt onvoldoende opgevolgd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
 - o Vaststellingen 10 januari 2022: de temperatuur van de koelkast wordt niet opgevolgd.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: de temperatuur van de koelkast op afdeling Tulp wordt niet opgevolgd. In de koelkast op afdeling Viool lagen twee thermometers die een andere temperatuur aangaven (8,8°C en 6,5°C). De temperatuur van deze koelkast wordt maandelijks uitgelezen maar deze termijn is te lang om adequaat te reageren op te hoge of te lage temperaturen. De temperatuur zou minstens wekelijks moeten geregistreerd worden.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: in één van de drie gecontroleerde koelkasten (één in de nieuwe bouw en twee in de oude bouw) wordt de temperatuur in de koelkast niet opgevolgd. De thermometers voor de koelkasten in de nieuwbouw zouden besteld zijn.
- 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.
 - o Vaststellingen 20 januari 2022: in één van de drie gecontroleerde dossiers zijn hiaten in het

aftekenen van het toedienen van de medicatie.

- o Vaststellingen 12 december 2023: in drie van de vier gecontroleerde dossiers worden hiaten vastgesteld voor het registreren van het toedienen van de medicatie.
- o Vaststellingen 09/09/2024: in drie van de drie gecontroleerde dossiers worden hiaten vastgesteld voor het registreren van het toedienen van de medicatie.

Niet beoordeeld

- 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 10 januari 2022: in twee van de twee gecontroleerde dossiers worden de toegediende eenheden insuline niet consequent geregistreerd.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: in één gecontroleerd dossier worden de toegediende eenheden insuline niet consequent geregistreerd. Alleen de aanpassingen werden genoteerd.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: de inbreuk kan niet beoordeeld worden. De gesprekspartners verklaarden dat er op het moment van de inspectie geen bewoners in het woonzorgcentrum woonden met een variabel schema aan insuline.

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.
- 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.

Zorg- en ondersteuningsplan

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de te meten parameters - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - o Vaststellingen 10 januari 2022: op twee van de twee gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen ontbreekt een instructie i.v.m. het meten van parameters.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: op twee van de twee gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen ontbreekt de medische instructie i.v.m. het meten van de saturatie.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: op drie van de drie gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen ontbreekt de instructie m.b.t. de te meten parameters (bloedruk en glycemie).

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Registraties

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet 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 10 januari 2022: in één van de drie gecontroleerde dossiers werd het uitvoeren van de instructies niet consequent geregistreerd.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: in drie van de vier gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen werden hiaten in het aftekenen van de prestaties vastgesteld.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: in één van de drie gecontroleerde dossiers werd het uitvoeren van de instructies niet consequent geregistreerd.
- De bewoners worden niet minstens maandelijks gewogen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.
 - o Vaststellingen 10 januari 2022: in drie van de vier gecontroleerde dossiers werden bewoners niet maandelijks gewogen.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: in twee van de vier gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat de bewoners maandelijks werden gewogen.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: in één van de drie gecontroleerde dossiers werd een bewoner niet

gewogen in de maanden maart en juni 2024.

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.	☐	☒	☐	
Er is geen overlapping in het uurrooster. De nachtdienst werkt van 21u tot 7u. De vroege dienst start om 7u en de late dienst stop om 21u.				

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Bestaande aandachtspunt(en):

Niet weggewerkt

- In de uurroosters wordt geen structurele overlapping voorzien tussen de verschillende diensten in functie van de informatieoverdracht.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: er is geen overlapping in het uurrooster tussen de nachtdienst en de vroege/late dienst.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: er is geen overlapping in het uurrooster tussen de nachtdienst (werkt van 21u tot 7u) en de vroege dienst (start om 7u) en de late dienst (werkt tot 21u).

OBSERVATIES TIJDENS RONDGANG

- Vaststelling op basis van observaties tijdens de rondgang in de nieuwbouw.

BEJEGENING

	Ja	Nee	NB
De bewoners zijn goed gepositioneerd.	☒	☐	☐
De bewoners zien er uiterlijk verzorgd uit.	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB
De privacy van de bewoner wordt gerespecteerd. (vb. er hangt geen persoonlijke info over de bewoner uit op plaatsen waar bezoekers of andere bewoners dit kunnen lezen, geen inkijk, afscheiding tussen 2 bedden, dossiers worden veilig bewaard...).	☒	☐	☐
Indien incontinentiemateriaal in de individuele sanitaire cellen of in de gemeenschappelijke toiletten en badkamers wordt opgeborgen, gebeurt dit discreet.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

BEWONERSKAMERS

	Ja	Nee	NB
De bewoner beschikt steeds over drinkbaar water. Het water moet beschikbaar gesteld worden in een voor de bewoner gemakkelijk te hanteren recipiënt dat - indien nodig - binnen handbereik gebracht wordt.	☒	☐	☐
De bewoner kan vanuit het bed het licht bedienen.	☐	☒	☐
De bewoner beschikt steeds over een aangepast oproepsysteem (het oproeppunt is bereikbaar vanuit het bed en vanuit de zetel).	☒	☐	☐
Er is een lichtknop tegen de muur maar die is niet bereikbaar vanuit het bed.			

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 10 januari 2022: niet in alle kamers kunnen de bewoners het licht vanuit het bed bedienen.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: op verschillende kamers kunnen bewoners het licht niet vanuit het bed bedienen.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: de bewoners kunnen het licht niet vanuit het bed bedienen.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VERWARMING, VERLICHTING EN ONDERHOUD

	Ja	Nee	NB
In alle lokalen zijn de verwarming en verlichting aangepast aan de bestemming van het lokaal (geen tegenindicaties).	☒	☐	☐

De gebouwen en de lokalen worden regelmatig onderhouden:	Ja	Nee	NB
dagelijks onderhoud	☒	☐	☐
structureel onderhoud.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VEILIGHEID

Men neemt de nodige maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen, rekening houdend met hun toestand:	Ja	Nee	NB
medicatie en verzorgingsproducten worden veilig bewaard	☒	☐	☐
onderhoudsproducten worden veilig bewaard	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

INFORMATIE VOOR BEWONERS

	Ja	Nee	NB
Het menu wordt ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld.	☒	☐	☐
Het programma begeleiding wonen en leven wordt bekendgemaakt.	☐	☐	☒
De gegevens van de Woonzorglijn worden op een zichtbare plaats uitgehangen.	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB
Volgende zaken zijn geafficheerd op een zichtbare plaats: • dagprijzen • extra vergoedingen • regeling van de voorschotten ten gunste van derden.	☐	☒	☐
Voor het woonzorgcentrum worden alleen de dagprijzen geafficheerd.			

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- De dagprijzen, extra vergoedingen en de regeling van voorschotten ten gunste van derden werden niet geafficheerd op een zichtbare plaats - BVR 30/11/2018 (VSB), art. 509/1.
 - o Vaststellingen 10 januari 2022: de extra vergoedingen en de regeling van de voorschotten ten gunste van derden ontbreken.
 - o Vaststellingen 12 december 2023: de situatie is ongewijzigd. De inbreuk werd niet geremedieerd.
 - o Vaststellingen 09/09/2024: de situatie is ongewijzigd. Alleen de dagprijzen worden geafficheerd. De extra vergoedingen en de regeling van de voorschotten ten gunste van derden ontbreken.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.