

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

INRICHTENDE MACHT

Naam	ALBE
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	BV
Ondernemingsnummer	0826312811
Adres	Alsebergsesteenweg 1037, 1180 Ukkel

INSPECTIEPUNT

Naam	Boschart
Adres	Theo Van den Boschstraat 81, 2100 Antwerpen
Dossiernummer	105.118

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	05/01/2024
Verslagnummer	ZI-2023-01510

INSPECTIEBEZOEK

Boschart

Aangekondigde inspectie op 04/01/2024 (11:00-16:00)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	9
o Personeelsformatie	9
• Infrastructuur	11
• Handhygiëne	19
o Afspraken handhygiëne	19
• Medicatieveiligheid	21
• Hulp- en dienstverlening	24
o Afstemming van de zorg	24
o Bijkomende vaststellingen m.b.t. de zorgpraktijk	24
o Continuïteit zorgverlening	25
o Opvolgen reactietijden noodoproepen	25
o Voeding	26
• Observaties tijdens rondgang	27
• Inspraak	29
o Gebruikersraad	29
• Facturatie	30
o Extra vergoedingen en voorschotten ten gunste van derden	30
• Documenten	31
o Klachtenprocedure	31

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	100
--------------------------	-----

Aanvraag 1ste erkenning WZC met 100 woongelegenheden. De erkenning is voorlopig verleend met ingang van 22 maart 2023 voor de duur van 1 jaar.

Andere erkenningen en toelatingen

Capaciteit CVK- erkenning	10
---------------------------	----

Inspectiebezoek

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- eerste inspectiebezoek nieuwe voorziening

Directie WZC

Naam:

Joke De Wilde

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	51
Totaal aantal bewoners CVK	7
Afwezigen	0
Andere	0
Totale bezetting (*)	58

(*) 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
2	4	31	1	7	6	0

Totaal aantal WZC = 51

Katz scores bewoners CVK

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

Totaal aantal CVK = 7

Totaal aantal bewoners met Katz score	58
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	58

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	43
Bewoners jonger dan 65 jaar	7

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
 - o de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden december 2023 en januari 2024
 - o documenten m.b.t. de tewerkstelling van 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)(**)	9,16	7,55
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	2,00	1,00
waarvan verpleegkundige(n)	2,00	1,00
Zorgkundigen	11,67	8,98
Medewerker(s) reactivering(***)	/	2,26
Kinesitherapeut(e)(n)	0,00	
Ergotherapeut(e)(n)	0,00	
Logopedist(e)(n)	0,80	
Andere	0,50	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,00	0,14
Begeleider(s) wonen en leven	1,00	1,00
Medewerkers keuken en onderhoud	10,05	3,87
Andere		
Logistieke medewerker(s)	0,84	/

(*) 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.
- De teamleader care werd in bovenstaande tabel bij de hoofdverpleegkundigen geteld.
- Bij "andere" medewerkers reactivering werd de psychologisch assistent (0,50 vte) geteld.
- De jobstudenten zonder visum (0,84 vte) werden bij de logistieke medewerkers geteld.

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	9,16	11,24
Interim personeel	0,00	0,43
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	0,00
TOTAAL	9,16	11,67

(*)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.

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- Er zijn onvoldoende medewerkers inzake levenseindezorg – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §2.
 - o Vaststellingen 26/07/2023: er was een tekort van 0,11vte aan medewerkers levenseindezorg.
 - o Vaststellingen 04/01/2024: geen wijzigingen, er werd een tekort van 0,14 vte aan medewerkers levenseindezorg vastgesteld
- Er zijn onvoldoende medewerkers reactivering. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §2 en bijlage 8, art. 17, 2°.
 - o Vaststellingen 26/07/2023: er was een tekort van 0,43 vte aan medewerkers reactivering.
 - o Vaststellingen 04/01/2024: er werd een tekort van 0,96 vte aan medewerkers reactivering vastgesteld.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

INFRASTRUCTUUR

- Vaststellingen op basis van plannen en observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: gemeenschappelijke ruimtes en enkele bewonerskamers op het gelijkvloers, de tweede en derde verdieping. Op de eerste verdieping wonen er nog geen bewoners en deze verdieping is identiek aan de tweede verdieping.

BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

Regelgeving van toepassing:

- WZC na 2017

Wijzigingen infrastructuur:

Volledige nieuwbouw.

Geplande wijzigingen:

De voorziening beschikt over een voorafgaande vergunning voor 48 woongelegenheden. Deze woongelegenheden zullen worden ondergebracht in blok B. In blok B zijn de keuken en de personeelsruimte, gelegen op het gelijkvloers, al in gebruik. De woongelegenheden zijn nog niet afgewerkt.

Algemene beschrijving van het gebouw:

WZC Boschart ligt in een rustige straat in Deurne en is gemakkelijk bereikbaar met het openbaar vervoer. Het gebouw bestaat uit een kelderverdieping en vier bouwlagen. Er is een tuin met uitgerust buitenterras aanwezig.

In de kelderverdieping zijn er 80 parkeerplaatsen voorzien waarvan 8 voor andersvaliden. Verder zijn hier de technische ruimten en de opslagplaatsen ondergebracht.

Op het gelijkvloers is er een open onthaal met een zitruimte. Rechts daarvan ligt het kapsalon, de eetruimte/restaurant, de kineruimte, de keuken en de personeelsruimte.

Links zijn er naast de woongelegenheden van de afdeling, de bar, een polyvalente ruimte met bibliotheek en cinema, de verpleegpost, een dokterslokaal, bureaus en vergaderruimten.

Op de andere verdiepingen zijn er enkel de afdelingen gelegen.

Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- CVK

INDELING GEBOUW

Kamertype	Aantal	Totaal
Eenpersoonskamers	90	90
Tweepersoonskamer(s)	5	10
Kortverblijfkamer(s)	10	10
		Totaal: 110

De kamers kortverblijf zijn niet vast bepaald.

Afdeling	Capaciteit
Gelijkvloers	31
Eerste verdieping	31
Tweede verdieping	31

Afdeling	Capaciteit
derde verdieping	17

BEWONERSKAMERS

	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.	☒	☐	☐
Er zijn 5 tweepersoonskamers: 1 op het gelijkvloers, 2 op de eerste verdieping en 2 op de tweede verdieping. De nettovloeroppervlakte van de tweepersoonskamers is 30m². De nettovloeroppervlakte van de eenpersoonskamers ligt tussen de 19,19m² (standaardkamer) en de 24,57m² (comfortkamer). Er zijn 12 comfortkamers met een nettoppervlakte variërend tussen de 22,28m² en 24,57m², de andere kamers zijn standaardkamers.			

	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 > 30m ²).	☒	☐	☐
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).	☒	☐	☐
De ramen beginnen vanop de vloer.			

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

	Ja	Nee	NB
De sanitaire cel is aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker:			
vrije draaicirkel met diameter van minstens 1,5 meter	☒	☐	☐
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)	☒	☐	☐	☐
Er is opbergruimte voorzien boven het toilet, dit is niet praktisch voor de bewoner.				

Aantal woongelegenheden met individuele douche	105
Aantal woongelegenheden zonder individuele douche	0

	Ja	Nee	NB
Er wordt voldoende basismeubilair ter beschikking gesteld.	☒	☐	☐
De bewoner kan eigen meubilair meebrengen.	☒	☐	☐
In elke woongelegenheid is er aansluiting op televisie, draadloos internet en telefoon mogelijk.	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
De binnentemperatuur is regelbaar per woongelegenheid. (WZC na 2017)	☒	☐	☐	☐
De chauffages zijn voorzien van thermostatische kranen.				

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten 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.	☒	☐	☐

Oppervlaktes:

*Gelijkvloers:

- restaurant/eetruimte bewoners gelijkvloers: 71,53m²

- zitruimte aan het onthaal, bar en winkel: 79,76m²

- polyvalente ruimte, bib en cinema: 153,14m²

*Eerste verdieping:

- eet-/leefruimte: 128m²

*Tweede verdieping:

- eet-/leefruimte: 128m²

*Derde verdieping:

- eet-/leefruimte: 95m².

	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
In het gebouw van het WZC is er een volwaardige rookruimte met aangepast ventilatievoorziening die vlot bereikbaar is voor de bewoners.	☒	☐	☐	☐
Op de eerste en tweede verdieping is er telkens een kleine rookruimte. De bewoners van de beveiligde afdeling (derde verdieping) kunnen op het terras roken of onder begeleiding naar de rookruimte komen om te roken.				

	Ja	Nee	NB
Er is een uitgeruste kineruimte.	☒	☐	☐
De bewoners kunnen gebruik maken van een kapsalon	☒	☐	☐
Er is een kapsalon ter hoogte van het onthaal. Er is een ruime kineruimte en uitgeruste voorzien op het gelijkvloers (met omkleed- en massageruimte).			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

GEMEENSCHAPPELIJK SANITAIR

	Ja	Nee	NB
Het aantal gemeenschappelijke badkamers (met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet aan de voorwaarden.	☒	☐	☐
Er zijn zeven gemeenschappelijke badkamers. Vier badkamers zijn momenteel reeds volledig uitgerust (toilet, lavabo, douche en bad), in drie gemeenschappelijke badkamers moet het bad nog geplaatst worden			

	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)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten 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.	☒	☐	☐	☐
Men beschikt over verschillende liften: 3 liften aangepast voor liggend vervoer en 1 goederenlift.				

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

ZONNEWERING EN GEKLIMATISEERDE LEEFRUIMTE

	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 (WZC na 2009).	☐	☐	☐	☒
De zonnewering werd overal waar nodig geïnstalleerd.	☐	☐	☐	☒
Men heeft buitenscreens geplaatst.				

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

	Ja (*)	Nee	NB	Niet te beoordelen (**)
Indien de waarschuwingsfase van het Vlaamse Warmteactieplan wordt opgestart, kan men beschikken over een geklimatiseerde ruimte.	☒	☐	☐	☐
Op de derde verdieping zijn er in de eet-/leefruimte 2 airco's geplaatst. Op de andere afdelingen is er een automatisch ventilatiesysteem. In de apotheek is er ook een airco aanwezig zodat de medicatie op de juiste temperatuur bewaard kan worden.				

(*) 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)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

LEUNINGEN EN HANDGREPEN

	Ja	Nee	NB
In gangen worden aan beide zijden leuning(en) aangebracht.	☒	☐	☐
In de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten is aan beide zijden van het toilet een handgreep voorzien. In gemeenschappelijke niet rolstoeltoegankelijke toiletten wordt minstens 1 handgreep voorzien.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

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	☒	☐	☐
toegangen kunnen beveiligd worden.	☒	☐	☐
De ramen zijn voorzien van een slot in de klink; ze kunnen steeds in kiepstand gebracht worden en volledig geopend worden door het personeel. De traphallen/toegangen zijn beveiligd met een code/badge. De bewoners beschikken over een badge waarmee ze toegang hebben tot hun kamer. De toegangsmogelijkheden kunnen uitgebreid worden indien gewenst/mogelijk (liften/traphal...).			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

OPROEPSYSTEEM

Er is een aangepast oproepsysteem beschikbaar:	Ja	Nee	NB
in de gemeenschappelijke ruimtes	☒	☐	☐
in de bewonerskamers (het oproeppunt is bereikbaar vanuit het bed en vanuit de zetel).	☒	☐	☐
De bewoners beschikken over een oproepamulet. Bij een oproep kan men zien waar de bewoner zich bevindt (in de kamer, leefruimte,...). Ter hoogte van het nachtkastje is er een vaste oproepknop geplaatst.			
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.	☒	☐	☐
Er is een lang touw tussen de douche en het toilet geplaatst. Er dient steeds aandacht te zijn voor het in de nabijheid te brengen van dit touw wanneer de bewoner op het toilet zit, anders is het oproepsysteem niet gemakkelijk bereikbaar voor de bewoner vanuit zitpositie op het toilet.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

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.	☒	☐	☐	☐
Er is, volgens de gesprekspartners, een buitenoppervlakte van in het totaal 1365m² (terrassen, tuin en zit/wandelruimte vooraan het gebouw). De bewoners van de eerste en tweede verdieping kunnen gebruik maken van het terras op hun verdieping; deze hebben elk een oppervlakte van 27,20m². De bewoners van de beveiligde afdeling kunnen gebruik maken van een met glas omheind terras dat een oppervlakte heeft van 33,10m².				

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

HANDHYGIËNE

AFSPRAKEN HANDHYGIËNE

- Vaststellingen op basis van het nazicht van:
 - o de schriftelijke afspraken inzake handhygiëne.

	Ja	Nee	NB
Men beschikt over schriftelijke afspraken inzake handhygiëne voor het zorgpersoneel.	☒	☐	☐
Er is één schriftelijk werkvoorschrift met de afspraken inzake handhygiëne, deze is geldig voor zowel zorgpersoneel als onderhoudspersoneel.			

De schriftelijke afspraken die van toepassing zijn op het zorgpersoneel vermelden de basisvereisten inzake persoonlijke hygiëne:	Ja	Nee	NB
geen juwelen/horloges aan handen en voorarmen	☒	☐	☐
korte en propere nagels, geen kunsnagels, geen nagellak	☒	☐	☐
korte mouwen	☒	☐	☐
afdekken wondjes/huidbeschadigingen met vochtwerende/ondoordringbare pleisters.	☒	☐	☐

De schriftelijke afspraken die van toepassing zijn op het zorgpersoneel bevatten concrete instructies m.b.t.:	Ja	Nee	NB
wassen en ontsmetten van de handen	☒	☐	☐
gebruik van wegwerphandschoenen.	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB
De schriftelijke afspraken die van toepassing zijn voor het zorgpersoneel worden bekend gemaakt t.a.v. nieuwe medewerkers.	☐	☐	☒

	Ja	Nee	NB
Men beschikt over schriftelijke afspraken inzake handhygiëne voor het onderhoudspersoneel.	☒	☐	☐
Er is één schriftelijk werkvoorschrift met de afspraken inzake handhygiëne, deze is geldig voor zowel zorgpersoneel als onderhoudspersoneel.			

De schriftelijke afspraken die van toepassing zijn op het onderhoudspersoneel vermelden de basisvereisten inzake persoonlijke hygiëne:	Ja	Nee	NB
geen juwelen/horloges aan handen en voorarmen	☒	☐	☐
korte en propere nagels, geen kunsnagels, geen nagellak	☒	☐	☐
korte mouwen	☒	☐	☐
afdekken wondjes/huidbeschadigingen met vochtwerende/ondoordringbare pleisters.	☒	☐	☐

De schriftelijke afspraken die van toepassing zijn op het onderhoudspersoneel bevatten concrete instructies m.b.t.:	Ja	Nee	NB
wassen en ontsmetten van de handen	☒	☐	☐
gebruik van wegwerphandschoenen.	☒	☐	☐
	Ja	Nee	NB
De schriftelijke afspraken die van toepassing zijn voor het onderhoudspersoneel worden bekend gemaakt t.a.v. nieuwe medewerkers.	☐	☐	☒

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

MEDICATIEVEILIGHEID

- Medicatiebeheer en -bedeling zijn een complex gegeven waarbij het WZC een veelheid aan richtlijnen dient te respecteren. Zorginspectie kan niet alle aspecten in één bevraging aan bod laten komen. Onderstaande items zijn relevant maar niet allesomvattend.

Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. Elementen die niet dossiergebonden zijn en eerder betrekking hebben op een algemene werkwijze worden op voorzienings- of afdelingsniveau beoordeeld.

- Vaststellingen op basis van:
 - een steekproef van de woonzorgleefplannen
 - een steekproef van de medicatiefiches
 - het medicatieopslag- en bedelingssysteem
 - de klaargezette medicatie via steekproef
 - observaties tijdens de rondgang

	Ja	Nee	NB
In het woonzorgleefplan zijn de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie terug te vinden (vb. onder toezicht, eigen beheer, pletten, nuchter, afwijkend tijdstip,...) (geen tegenindicaties).	☒	☐	☐
De informatie m.b.t. het toedienen van de medicatie kan geconsulteerd worden op het moment van toedienen.	☒	☐	☐
Er wordt gebruik gemaakt van een tablet tijdens het bedelen van de medicatie.			

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

	Aantal gecontroleerde dossiers	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd.	3	3	0	0	0
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd.	3	2	1	0	0
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd.	2	0	2	0	0
Tijdens de rondgang (namiddag) werd op de kamer van een bewoner een medicatiezakje aangetroffen waarin nog medicatie zat. Het ging om ochtendmedicatie. Bij nazicht in de computer werd er afgetekend voor het toedienen van deze medicatie. Het aftekenen voor toedienen gebeurde hier dus niet consequent.					
Voor het registreren van het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema werd er niet					

consequent geregistreerd. In een steekproef werd enkel het aantal extra toegediende eenheden in het dagboek geschreven en werden de basiseenheden op een andere plaats genoteerd. Bij een andere steekproef werden het aantal toegediende eenheden in het glycemiewaardenoverzicht gevoegd. Het was dus niet altijd duidelijke hoeveel eenheden er in totaal toegediend werden.

	Aantal bewoners waarvoor de medicatie, die werd klaargezet, vergeleken werd met de medicatiefiche	Ja	Nee	NB	NVT
De klaargezette medicatie stemt overeen met de medicatiefiche.	3	3	0	0	0

	Ja	Nee	NB
Medicatie die vooraf wordt klaargezet, blijft identificeerbaar tot op het moment van toedienen.	☒	☐	☐
Tijdens het nazicht van een steekproef van de medicatie werd enkel medicatie aangetroffen met een vervaldatum die nog niet verstreken is.	☒	☐	☐
Men hanteert een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening (vb. oogdruppels, neusdruppels) op te volgen.	☒	☐	☐

	Aantal gecontroleerde medicatiepletter(s)/pillensnijder(s)	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s)/pillensnijder(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	1	0	0	1	0
Er was momenteel geen medicatiepletter in gebruik. Er was er een aanwezig maar deze zat nog nieuw in de doos.					

	Ja	Nee	NB
Er zijn schriftelijke richtlijnen m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt.	☒	☐	☐

	Aantal gecontroleerde koelkasten	Ja	Nee	NB	NVT
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt opgevolgd.	1	1	0	0	0

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- 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.
 - Vaststellingen 04/01/2024: er werd medicatie aangetroffen die niet toegediend werd, er werd wel voor toediening afgetekend.
- 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 04/01/2024: er was geen consequente registratie in de toediening van insuline met een variabel schema.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

HULP- EN DIENSTVERLENING

AFSTEMMING VAN DE ZORG

- Vaststellingen op basis van:
 - o de verslaggeving van het intern overleg
 - o bevraging directie en teamleader care.

	Ja	Nee	NB
De voorziening organiseert op gestructureerde wijze intern overleg omtrent de individuele hulp- en dienstverlening.	☒	☐	☐
Het systeem voor intern overleg garandeert dat alle bewoners aan bod kunnen komen.	☒	☐	☐
Het resultaat van het intern overleg omtrent de individuele hulp- en dienstverlening wordt toegevoegd aan het woonzorgleefplan.	☒	☐	☐
De bewoner en/of zijn vertegenwoordiger en mantelzorger(s) worden betrokken bij het interne overleg omtrent de individuele zorg en ondersteuning.	☐	☒	☐
De gesprekspartners geven aan dat er elke donderdag een bewonersoverleg wordt georganiseerd (elke week een andere afdeling). Bij dit overleg zijn aanwezig: teamleader care, een zorgkundige van de betrokken afdeling en de logopedist (volgt de voedingstoestand van de bewoners op). Tijdens dit overleg worden alle bewoners overlopen en de problemen/onregelmatigheden/wijzigen worden besproken. Er wordt een verslag gemaakt van dit overleg en wat betrekking heeft op een individuele bewoner wordt toegevoegd aan het individuele woonzorgleefplan van deze bewoner. Een "groot multidisciplinair overleg" waarbij ook de CRA aanwezig is heeft nog niet plaatsgevonden sinds de opening van het WZC. De familie/bewoner wordt momenteel niet betrokken. Men geeft aan dat men wel gesprekken heeft met de familie bij moeilijke momenten zoals bvb bij de achteruitgang van de gezondheidstoestand van een bewoner, de opmaak van een voorafgaande zorgplanning, een ziekenhuisopname,...			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- De bewoner en/of zijn vertegenwoordiger en mantelzorger(s) worden niet betrokken bij het interne overleg omtrent de individuele zorg en ondersteuning - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 31.
 - o Vaststellingen 04/01/2023: de bewoner of familie worden niet betrokken bij het multidisciplinaire overleg.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN M.B.T. DE ZORGPRAKTIJK

- Vaststellingen op basis van:
 - o observaties tijdens de rondgang
 - o het nazicht van een steekproef van de medicatiefiches en andere registraties m.b.t. de zorg.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Men kan niet aantonen dat zorginstructies altijd in de praktijk worden uitgevoerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2° en 3°.
 - o Vaststellingen 04/01/2023: tijdens de rondgang (namiddag) werd er op een bewonerskamer

een geopend medicatiezakje gevonden met daarin nog één pilletje. Het was het medicatiezakje van de ochtendmedicatie. De bewoner had bijgevolg niet alle ochtendmedicatie gekregen (Uni-Tranxene). Op de medicatiefiche van de betrokken bewoner stond dat de medicatie onder toezicht en in de mond van de bewoner gestoken moest worden. Deze zorginstructie werd niet uitgevoerd.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten 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.

	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.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

OPVOLGEN REACTIETIJDEN NOODOPROEPEN

- Vaststellingen op basis van:
 - o bevraging directie
 - o registratie van de noodoproepen.

	Ja	Nee	NB
Er zijn afspraken m.b.t. de reactietijd na een noodoproep.	☒	☐	☐
De gesprekspartners geven aan dat het intern de afspraak is dat een noodoproep binnen de 6 minuten moet worden beantwoord. Deze afspraken zijn niet schriftelijk vastgelegd, er zijn enkel mondelinge afspraken m.b.t. de reactietijden.			
De reactietijden na een noodoproep worden opgevolgd.	☒	☐	☐
De reactietijden worden actief opgevolgd (systeem OCTAPI). De oproepen verschijnen op een tv-scherm bij de directie. Wanneer het te lang duurt neemt zij contact op met de betrokken afdeling. De wachttijd tussen de oproep en het beantwoorden ervan kan onmiddellijk nagegaan worden.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

VOEDING

- Vaststellingen op basis van:
 - o observaties tijdens de maaltijd het middagmaal op het gelijkvloers en de derde verdieping
 - o het nazicht van het menu
 - o het nazicht van een steekproef van de maaltijdfiches.

	Ja	Nee	NB
De voorziening brengt de dieetvoorschriften, allergieën, de voorkeuren en mogelijkheden van de bewoners m.b.t. de maaltijden in kaart.	☒	☐	☐
Deze informatie kan door de medewerkers geconsulteerd worden tijdens het maaltijdgebeuren.	☒	☐	☐
Er werd vastgesteld dat sommige bewoners gemalen voeding hadden en dat alle componenten apart werden aangeboden. Er was aangepast materiaal aanwezig (borden met hoge rand, aangepaste drinkbekers,...) Er wordt een vervangmenu voorzien (per week). De informatie is aanwezig in de eetruimte en kan door de medewerkers geraadpleegd worden. De bevraagde bewoners vonden het eten lekker.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

OBSERVATIES TIJDENS RONDGANG

- Vaststelling op basis van observaties tijdens de rondgang.

BEJEGENING

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

	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.

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB
Er wordt een huiselijke en rustige sfeer gecreëerd tijdens het maaltijdgebeuren.	☒	☐	☐
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	☒	☐	☐

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.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VERWARMING, VENTILATIE, VERLICHTING EN ONDERHOUD

	Ja	Nee	NB
In alle lokalen is de verwarming, ventilatie 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.	☐	☐	☒

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

INSPRAAK

GEBRUIKERSRAAD

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
 - o de verslagen van de gebruikersraad.

	Ja	Nee	NB	NVT(*)
Er is een gebruikersraad die minstens 1 x per trimester samenkomt.	☒	☐	☐	☐
De familie/mantelzorger wordt uitgenodigd via de familie-app, de uitnodiging voor de familieraad wordt ook uitgehangen op de animatieplanning op de afdelingen. De bewoners worden, volgens de gesprekspartners, eveneens mondeling uitgenodigd twee dagen voor de vergadering tijdens het middagmaal en nogmaals op de dag zelf.				

(*) In de voorziening verblijven enkel bewoners met cognitieve problemen, de gebruikersraad wordt vervangen door een familieraad

	Ja	Nee	NB
Van de vergaderingen van de gebruikersraad wordt een verslag opgemaakt dat aan alle bewoners of hun vertegenwoordigers bezorgd wordt.	☐	☒	☐
Het woonzorgcentrum kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de gebruikersraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de gebruikersraad.	☒	☐	☐
De gesprekspartners geven aan dat de verslagen enkel uitgehangen worden op de afdelingen. Men geeft aan ze binnenkort via het huiskrantje te verspreiden.			

	Ja	Nee	NB	NVT(**)
Er is een familieraad die minstens 1 x per 6 maanden vergadert (1 x per trimester indien in WZC voor bewoners met cognitieve problemen de gebruikersraad vervangen wordt door de familieraad).	☐	☐	☐	☒

(**) Er wordt geen aparte familieraad georganiseerd, de familieleden worden uitgenodigd op de bewonersraad.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er wordt van de vergadering van de gebruikersraad geen verslag opgemaakt dat aan alle bewoners of hun familie of mantelzorgers bezorgd wordt - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §2.
 - o Vaststellingen 04/01/2024: het verslag wordt uitgehangen op de afdelingen maar niet bezorgd aan alle bewoners en/of hun familie/mantelzorgers.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

FACTURATIE

EXTRA VERGOEDINGEN EN VOORSCHOTTEN TEN GUNSTE VAN DERDEN

- Vaststellingen op basis van: bevraging en personeelslijsten.

	Ja	Nee	NB	NVT
Er worden alleen extra vergoedingen aangerekend voor diensten en leveringen die niet behoren tot de minimale kostprijsselementen van de dagprijs.	☐	☒	☐	☐
Er worden alleen extra vergoedingen aangerekend voor diensten en leveringen (niet behorend tot de minimale kostprijsselementen) die vermeld werden in de schriftelijke overeenkomst.	☐	☐	☒	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er worden extra vergoedingen aangerekend voor diensten en leveringen die in de dagprijs moeten inbegrepen zijn - MB 07/06/2023 en BVR 30/11/2018 (VSB), art. 508, art. 510 en art. 524. Volgende zaken worden aangerekend maar dienen in de dagprijs inbegrepen te zijn:
 - o Vaststellingen 04/01/2024: de behandelingen uitgevoerd door een kinesitherapeut bij bewoners die geen O of A scoren op de Katz-schaal worden apart aangerekend bovenop de dagprijs.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

DOCUMENTEN

KLACHTENPROCEDURE

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de klachtenprocedure.

	Ja	Nee	NB
Het woonzorgcentrum beschikt over een klachtenprocedure.	☒	☐	☐
De procedure werd systematisch uitgewerkt en bevat de volgende elementen: • gegevens klachtenbehandelaar • de klachten en suggesties worden verzameld • klachten kunnen mondeling en schriftelijk ingediend worden • termijn feedback • het gevolg dat aan de klacht wordt gegeven wordt rechtstreeks aan de indiener ervan meegedeeld.	☒	☐	☐
De klachtenprocedure wordt bekend gemaakt op de website van de voorziening of in een onthaalbrochure.	☐	☐	☒

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.