

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	Mintus
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	Ver.OCMW
Ondernemingsnummer	0682844465
Adres	Ruddershove 4, 8000 Brugge

INSPECTIEPUNT

Naam	Sint-Pietersmolenwijk
Adres	Rik Slabbinckstraat 3, 8000 Brugge
Dossiernummer	508.138

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	09/01/2024
Verslagnummer	ZI-2024-00003

INSPECTIEBEZOEK

Sint-Pietersmolenwijk

Aangekondigde inspectie op 04/01/2024 (09:00-15:30)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	9
o Personeelsformatie	9
• Infrastructuur	11
• Handhygiëne	19
o Handhygiëne in de praktijk	19
• Hulp- en dienstverlening	21
o Afstemming van de zorg	21
o Continuïteit zorgverlening	21
o Opvolgen reactietijden noodoproepen	22
o Voeding	22
o Begeleiding wonen en leven	23
• Observaties tijdens rondgang	24
• Inspraak	27
o Gebruikersraad	27
• Documenten	28
o Klachtenprocedure	28
o Overeenkomst met cra	28

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	206
--------------------------	-----

Andere erkenningen en toelatingen

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

Inspectiebezoek

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- eerste inspectiebezoek nieuwe voorziening

Op 2 mei 2023 opende zorgcampus Sint-Pietersmolenwijk in Brugge. De zorgcampus is de grootste campus van welzijnsvereniging Mintus.

Directie WZC

Naam:

Valerie Nys

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	117
Totaal aantal bewoners CVK	5
Afwezigen	2
Andere	0
Totale bezetting (*)	124

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

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

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

Katz scores

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

O	A	B	C	CD	D	CC
4	12	51	11	38	3	0

Totaal aantal WZC = 119

Katz scores bewoners CVK

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

Totaal aantal CVK = 5

Totaal aantal bewoners met Katz score	124
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	124

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	106
Bewoners jonger dan 65 jaar	4

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 jobstudenten en zelfstandigen voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug
 - o documenten m.b.t. de tewerkstelling van zelfstandigen en jobstudenten.

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)(**)	24,07	18,13
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	4,35	4,00
waarvan verpleegkundige(n)	3,35	1,00
Zorgkundigen	24,21	21,49
Medewerker(s) reactivering(***)	/	4,61
Kinesitherapeut(e)(n)	2,20	
Ergotherapeut(e)(n)	2,80	
Logopedist(e)(n)	1,00	
Andere	1,80	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,35	0,35
Begeleider(s) wonen en leven	2,30	2,25
Medewerkers keuken en onderhoud	19,69	8,27
Andere		
Administratieve medewerker(s)	2,45	/
Logistieke medewerker(s)	14,29	/

(*) 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.

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	22,15	22,59
Interim personeel	0,00	0,00
Zelfstandige verpleegkundigen / zorgkundigen	1,92	0,78
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	0,84
TOTAAL	24,07	24,21

(*) 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)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

INFRASTRUCTUUR

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: de gemeenschappelijke ruimten en enkele bij steekproef uitgekozen wgl. op de afdelingen Zonnebloem, Rode Roos, Witte Roos, Blauwe Jasmin, Oranje Azalea, Blauwe Lotus.

BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

Regelgeving van toepassing:

- WZC na 2017

Wijzigingen infrastructuur:

Betreft het in gebruik nemen van een nieuwbouw.

Geplande wijzigingen:

Er zal nog gezorgd worden voor het verder ophangen van versieringen zoals bv. kaders in de gangen. De ontbrekende spiegels in het gemeenschappelijke sanitair zullen nog opgehangen worden. Men zoekt hoe men best de vervlekken op de vloeren het en der in het gebouw (bv. gemeenschappelijke rolstoelaangepast toilet afdeling Rode Roos te verwijderen).

Algemene beschrijving van het gebouw:

Het WZC Sint-Pietersmolenwijk en is gelegen in Sint-Pieters-Brugge aan de westelijke rand van Brugge. De site is met de wagen te bereiken via enkele grotere verkeersassen. Men beschikt over een ondergrondse parking. Daarnaast is de site ook voorzien van een ruime fietsenstalling. Er is openbaar busvervoer in de buurt en iets verder gelegen is er een treinstation.

Het is een nieuwbouw van 3 verdiepingen.

Het gebouw bestaat uit 5 patio's waarrond de bewonerskamers zich bevinden verbonden door een centrale gang. Deze bewonerskamers bevinden zich rond de patio met centraal één leefruimte per onderverdeelde groep. Dit betekent dat bijvoorbeeld bij de Roos zowel de witte Roos als de rode Roos een eigen leefruimte heeft. Naast deze leefruimte bevindt zich het lokaal van de teamcoach en de verpleegpost. Het gebouw is zo overal opgebouwd. In de meest zuidelijke vleugel bevindt zich op het gelijkvloers een kinderdagverblijf.

Op het gelijkvloers bevindt zich verder ook een cafetaria, vergaderzalen, personeelsruimtes, sociale dienst, dagcentrum, kapsalon en de afdeling Zonnebloem.

Op de eerste verdieping vinden we de afdelingen Roos (verdeeld in witte Roos en rode Roos, met beide 18 bewoners), Azalea (verdeeld in oranje en gele Azalea met tesamen 35 bewoners) en Jasmin (verdeeld in blauwe en paarse Jasmin met 36 bewoners).

Op de tweede verdieping vinden we de afdelingen Lotus (verdeeld in paarse en blauwe Lotus, met beide 18 bewoners), de Lelie (paarse en blauwe Lelie waar ook 35 bewoners kunnen verblijven) en het Viooltje (36 bewoners, maar hiervan worden 18 kamers verhuurd momenteel).

Op de derde verdieping bevinden zich de technische kamers en zijn er geen bewonerskamers of gemeenschappelijke ruimtes meer.

Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- CVK
- CDV
- Op de site Sint-Pietersmolenwijk kan naast bovengenoemde ook nog een kinderopvang en

buitenschoolse opvang gevonden worden.

INDELING GEBOUW

Kamertype	Aantal	Totaal
Eenpersoonskamers	227	227
Kortverblijfkamer(s)	5	5
wgl. begeleid wonen personen met een beperking Viro	18	18
		Totaal: 232

Er zijn 8 wgl. waarvoor een voorafgaande vergunning is.

BEWONERSKAMERS

	Ja	Nee	NB
De nettovloeroppervlakte van de éénpersoonskamers voldoet aan de voorwaarden.	☒	☐	☐
Alle wgl. hebben eenzelfde oppervlakte en meten 3,86m x 4,20m + 1,92m x 1,2m = 18,5m ² .			

	Ja	Nee	NB
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 meten 2,33m x 2,6m = 6.058m ² , wat meer is dan de 3,08m ² die minimaal noodzakelijk is.			

	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	☒	☐	☐
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	232
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)	☒	☐	☐	☐
Naast een ventilatiesysteem voor verwarmen en koelen en een vloerverwarming, is in elke kamer nog een individueel te bedienen verwarmingselement voorzien.				

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.	☒	☐	☐
Gelijkvloers: Oppervlakte leefruimte WZC afdeling D 174,28m² Eerste verdieping: Oppervlakte leefruimte WZC afdeling A en B 307,76 m² Oppervlakte leefruimte WZC afdeling C 230,68 m² Oppervlakte leefruimte WZC afdeling D en E 307,76 m² Tweede verdieping: Oppervlakte leefruimte WZC afdeling A en B 307,76 m² Oppervlakte leefruimte WZC afdeling C 230,68 m² Oppervlakte leefruimte WZC afdeling D en E 307,76 m² Totale oppervlakte van de eet- en leefruimten: 1886m² of voldoende voor 471 bewoners.			

	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)	☒	☐	☐	☐
Alle ramen worden standaard voorzien van een kantelend raam, dat beperkt te openen is. Via een sleutelgat aan de klink kunnen deze ramen ook volledig worden geopend.				

	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.	☒	☐	☐	☐

	Ja	Nee	NB
Er is een uitgeruste kineruimte.	☒	☐	☐
De bewoners kunnen gebruik maken van een kapsalon	☒	☐	☐
Aan elke leefruimte is apart een kineruimte voorzien.			

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 7 gemeenschappelijke badkamers voorzien, waar zowel een aangepast bad, als een inloopdouche is voorzien. Dit is voldoende voor een totale capaciteit van 210 wgl.			

	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)	☒	☐	☐	☐
Voor de kineruimte en de leefruimte, naast elkaar gelegen, is er één gemeenschappelijk rolstoelaangepast toilet voorzien.				

	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).	☐	☒	☐
In alle bezochte gemeenschappelijke badkamers als in de bezochte gemeenschappelijke toiletten ontbrak een spiegel. De directeur verduidelijkte dat de verantwoordelijke firma al meerdere keren hierop aangesproken is, maar niets meer van zich laat horen.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Niet overal in de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke toiletten is er een spiegel

voorzien die, indien van toepassing, aangepast of aanpasbaar is aan rolstoelgebruikers – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 26, 2^{de} lid en art. 51, 3^o.

- o Vaststellingen 04/01/2024: zowel in alle bezochte gemeenschappelijke badkamers alsook in alle gemeenschappelijke toiletten ontbraken spiegels.

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.	☒	☐	☐
Alle gangen hebben een minimale breedte van 2m.			

	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.

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.	☐	☐	☐	☒

(*) 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.	☒	☐	☐	☐

(*) 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.	☒	☐	☐
Er zijn plaatsen bv. aan de muur tussen de leefruimte Rode Roos en het gemeenschappelijke toilet, waar geen armleuning is voorzien aan de muur rechts.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Niet overal in de gangen werden aan beide zijden leuning(en) aangebracht - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
 - o Vaststellingen 04/01/2024: er zijn plaatsen bv. aan de muur tussen de leefruimte Rode Roos en het gemeenschappelijke toilet, waar geen armleuning is voorzien aan de muur aan één kant van de gang.

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.	☒	☐	☐
Bij de deur in de buurt van de apotheekruimte aan de trappenhal van het gelijkvloers naar de eerste verdieping werkt de beveiliging niet meer door een mankement. Deze deur kan daarom geopend worden zonder enige beveiliging. De verantwoordelijke firma werd hiervoor al gecontacteerd, maar had tot hiertoe nog geen tijd om langs te komen, aldus de directeur.. Alle andere deuren aan de trappenhallen waren beveiligd.			

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 04/01/2024: Bij de deur in de buurt van de apotheekruimte aan de trappenhal van het gelijkvloers naar de eerste verdieping werkt de beveiliging niet meer door een mankement. Deze deur kan daarom geopend worden zonder enige beveiliging.

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).	☒	☐	☐
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.	☒	☐	☐

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 wordt op zich niet gewerkt met specifieke beveiligde afdelingen. Op alle afdelingen, dus ook op Patio's en terrassen oppervlakte in m² Gelijkvloers: CDV 284,70 Cafetaria 283,80 Kiné 322,40 Afdeling D 374,30 KDV 301,00 Eerste verdieping: Afdeling A 205,80 Afdeling B 189,50 Afdeling C 206,90 Afdeling D 166,30 Afdeling E 160,60 Tweede verdieping: Afdeling A 160,60 Afdeling B 167,70 Afdeling C 184,00 Afdeling D 167,70 Afdeling E 156,60 Tuinen rondom het gebouw: 20805m² Totaal patio's, terrassen en tuin rond het gebouw: 24.137m² : 4m²= 634 bewoners.				

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

HANDHYGIËNE

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

Wastafels en producten

- Vaststellingen op basis van de observaties tijdens de rondgang.
- Handhygiëne is de meest doeltreffende algemene maatregel ter preventie van zorginfecties en de verspreiding van (multiresistente) micro-organismen (o.a. bacteriën, virussen en schimmels). Handen kunnen enkel op een efficiënte manier gewassen en ontsmet worden indien aan onderstaande basisvoorwaarden inzake handhygiëne is voldaan.

Er is een wastafel beschikbaar in:	Aantal gecontroleerde ruimtes	Ja	Nee	NB	NVT
de gemeenschappelijke toiletten	6	6	0	0	0
de gemeenschappelijke badkamers	5	5	0	0	0
de verpleegpost	3	3	0	0	0
de personeelstoiletten.	2	2	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	16	16	0	0	0
dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	16	16	0	0	0
aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	16	16	0	0	0

Er is handalcohol beschikbaar:	Ja	Nee	NB
bij elke bewonerskamer	☒	☐	☐
in elke verpleegpost	☒	☐	☐
in de gemeenschappelijke leefruimtes.	☐	☒	☐
In de leefruimte van de afdeling Rode Roos was geen handalcohol beschikbaar. Bij de leefruimte van de andere afdelingen bevond zich deze in de keuken aan de leefruimte en zo buiten bereik van bv. bewoners of bezoekers.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er is geen handalcohol beschikbaar in de gemeenschappelijke leefruimtes - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - o Vaststellingen 04/01/2024 : In de leefruimte van de Rode Roos was geen handalcohol beschikbaar. Bij de leefruimte van de andere afdelingen bevond zich deze in de keuken aan de leefruimte en zo buiten bereik van bv. bewoners of bezoekers.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

Medewerkers

- Vaststellingen op basis van de observaties tijdens de rondgang.

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.	14	13	1	0	0
Een jobstudente die instond voor het bedelen van de maaltijd, droeg een armband.					

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- 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 04/01/2024: een jobstudente die instond voor het bedelen van de maaltijd, droeg een armband.

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.

	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.	☒	☐	☐
Er wordt wekelijks een IDO voorzien, waarbij een tweetal bewoners worden besproken alsook bewoners waar zich een significante wijziging voordoet op het vlak van zorgnoden. De besproken bewoners worden genoteerd op een af te kennen bord in de verpleegpost. Op dit bord waren er op het ogenblik van het inspectiebezoek geen namen genoteerd van mensen die besproken waren of dienden besproken te worden. Het systeem van bespreken en de garantie dat alle bewoners aan bod komen, kon niet worden aangetoond (wie kwam al aan bod, wie dient nog aan bod te komen, wanneer,...). Bij een steekproef van 3 bewoners kon voor 2 van deze bewoners niet worden aangetoond dat er een IDO doorging. Uit het voorgelegde verslag blijkt dat het overleg gestructureerd verloopt.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Het systeem van intern overleg garandeert onvoldoende dat alle bewoners aan bod kunnen komen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 31.
 - o Vaststellingen 04/01/2024 : De besproken bewoners worden genoteerd op een af te kennen bord in de verpleegpost. Op dit bord waren er op het ogenblik van het inspectiebezoek geen namen genoteerd van mensen die besproken waren of dienden besproken te worden. Het systeem van bespreken en de garantie dat alle bewoners aan bod komen, kon echter niet worden aangetoond (wie kwam al aan bod, wie dient nog aan bod te komen, wanneer,...).

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
 - 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.	☒	☐	☐	
De voorziening heeft momenteel een bezetting van rond de 120 bewoners. De directeur bevestigde de vaststelling dat men sinds begin december 2023 deze bezetting bereikte en overschreed, maar dat het aantal zorgmedewerkers pas vanaf 01/01/2024 aangepast werd naar 3 zorgmedewerkers, terwijl men ervoor 2 zorgmedewerkers had.				

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Tijdens de nacht is er onvoldoende personeel (minimaal 1 zorgmedewerker per 60 bewoners) aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 48.
 - o Vaststellingen 04/01/2024: de voorziening heeft momenteel een bezetting van rond de 120 bewoners. De directeur bevestigde de vaststelling dat men sinds begin december 2023 deze bezetting bereikte en overschreed, maar dat het aantal zorgmedewerkers pas vanaf 01/01/2024 aangepast werd naar 3 zorgmedewerkers, terwijl men ervoor 2 zorgmedewerkers had.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

OPVOLGEN REACTIETIJDEN NOODOPROEPEN

- Vaststellingen op basis van:

	Ja	Nee	NB
Er zijn afspraken m.b.t. de reactietijd na een noodoproep.	☒	☐	☐
De reactietijden na een noodoproep worden opgevolgd.	☒	☐	☐

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
 - 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.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.

BEGELEIDING WONEN EN LEVEN

- Vaststellingen op basis van:
 - o observaties tijdens de rondgang
 - o het nazicht van de kalender en andere registraties m.b.t. de begeleiding wonen en leven.
 - o bevraging medewerker wonen en leven.

	Ja	Nee	NB
Er is een aanbod inzake begeleiding van wonen en leven dat zich richt op de verschillende doelgroepen in het WZC (geen tegenindicaties).	☒	☐	☐
Er zijn geactualiseerde registraties omtrent de mogelijkheden, wensen en deelname aan activiteiten van de bewoners.	☒	☐	☐

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.	☐	☒	☐
Op de verzorgingskarren liggen lijsten zoals badlijsten en lijsten waar ook soms iets over incontinentie staat. Deze lijsten lagen leesbaar op de verzorgingskar, zodat iedereen die dit wou, dit kon inzien. In het gemeenschappelijk rolstoelaangepast toilet van de afdeling Rode Roos lag incontinentiemateriaal zichtbaar.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- De privacy van de bewoners wordt onvoldoende gerespecteerd – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 31, 2de lid, 2°, art. 51, 1°, 2° en 4°, art. 54, 4de lid (WZC na 2017).
 - o Vaststelling 04/01/2024:
op de verzorgingskarren liggen lijsten zoals badlijsten en lijsten waar ook soms iets over incontinentie staat. Deze lijsten lagen leesbaar op de verzorgingskar, zodat iedereen die dit wou, dit kon inzien.
- Het incontinentiemateriaal wordt onvoldoende discreet opgeborgen - Woonzorgdecreet 15/02/2019, art. 4, §1, 2°.
 - o Vaststellingen 04/01/2024: In het gemeenschappelijk rolstoelaangepast toilet van de afdeling Rode Roos lag incontinentiemateriaal zichtbaar.

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

	Ja	Nee	NB
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
 - o de verslagen van de familieraad.

	Ja	Nee	NB	NVT(*)
Er is een gebruikersraad die minstens 1 x per trimester samenkomt.	☒	☐	☐	☐

(*) 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.	☒	☐	☐

Voor het tweede en derde kwartaal van 2023 kon geen verslag van gebruikersraden worden voorgelegd. De directeur verklaarde dat in aanloop van de verhuis (mei 2023) en kort na de verhuis tweemaal hebben geopteerd voor een koffienamiddag in plaats van een officiële bewonersraad omdat men merkte dat de bewoners hier meer nood aan hadden. De verhuis bracht wel wat onzekerheid mee en tijdens deze namiddagen heeft men een deel van de onzekerheid kunnen wegnemen en geborgenheid kunnen beiden. Van deze koffiemomenten zijn geen verslagen gemaakt.

	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.

	Ja	Nee	NB
Van de vergaderingen van de familieraad 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 familieraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de familieraad.	☒	☐	☐

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.

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.

OVEREENKOMST MET CRA

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de overeenkomst met de coördinerend en raadgevend arts.

	Ja	Nee	NB
Er werd een CRA aangesteld	☒	☐	☐
Met de CRA werd een ondernemingscontract afgesloten.	☒	☐	☐
Het takenpakket van de CRA dat werd afgesproken in het ondernemingscontract stemt overeen met het takenpakket zoals voorzien in de regelgeving.	☒	☐	☐
In het ondernemingscontract wordt een vergoeding voor de CRA bepaald in overeenstemming met de regelgeving.	☒	☐	☐
In het ondernemingscontract wordt bepaald dat de CRA gemiddeld 2 uur 20 minuten moet presteren per week en per 30 opgenomen bewoners.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

Er werden geen nieuwe aandachtspunten vastgesteld.