

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

INRICHTENDE MACHT

Naam	MODEVA
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	NV
Ondernemingsnummer	0448197309
Adres	Guldensporenpark 117, 9820 Merelbeke

INSPECTIEPUNT

Naam	Privilege
HCO-nummer	3577
Adres	Bagattenstraat 177, 9000 Gent
Dossiernummer	417.149

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	03/05/2024
Verslagnummer	ZI-2024-01429

INSPECTIEBEZOEK

Privilege

Onaangekondigde inspectie op 29/04/2024 (10:00-15:00)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	9
o Personeelsformatie	9
• Infrastructuur	10
• Handhygiëne	14
o Handhygiëne in de praktijk	14
• Medicatieveiligheid	16
• Hulp- en dienstverlening	19
o Woonzorgleefplan	19
o Bijkomende vaststellingen m.b.t. de zorgpraktijk	24
o Hulpmiddelen en aangepaste materialen	24
o Continuïteit zorgverlening	25
o Opvolgen reactietijd beloproepen	25
• Observaties tijdens rondgang	27
• Inspraak	30
o Gebruikersraad	30

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	49
--------------------------	----

Andere erkenningen en toelatingen

Aantal woongelegenheden aangemeld voor het verblijf van zelfredzame partners	1
--	---

Inspectiebezoek

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- het structureel toezicht

Directie WZC

Naam:

dhr. Sebastiaan Dellaert

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	44
Totaal aantal bewoners CVK	0
Afwezigen	0
Andere	0
Totale bezetting (*)	44

(*) 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
9	6	14	2	13	0	0

Totaal aantal WZC = 44

Katz scores bewoners CVK

O	A	B	C	CD	D
0	0	0	0	0	0

Totaal aantal CVK = 0

Totaal aantal bewoners met Katz score	44
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	44

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	22
Bewoners jonger dan 65 jaar	6
Zelfredzame partners	1

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 maart en april 2024.

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)(**)	7,80	5,15
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	1,00	1,00
waarvan verpleegkundige(n)	1,00	1,00
Zorgkundigen	6,18	5,95
Medewerker(s) reactivering(***)	/	1,22
Kinesitherapeut(e)(n)	0,50	
Ergotherapeut(e)(n)	1,00	
Logopedist(e)(n)	0,00	
Andere	0,00	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,00	0,10
Begeleider(s) wonen en leven	1,00	1,00
Medewerkers keuken en onderhoud	5,21	2,93
Andere		
Logistieke medewerker(s)	3,00	/

(*) Effectief en vereist personeel in functie van het aantal bewoners en de Katz scores.

(**) Aantal vte verpleegkundigen inclusief het aantal vte hoofdverpleegkundigen.

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

- Stagiairs en personeelsleden die langdurig afwezig zijn, worden niet meegerekend in bovenstaande tabel.
- Het tekort aan 0,10 vte begeleiders levenseindezorg wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

INFRASTRUCTUUR

- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. Indien er tijdens voorgaande inspectiebezoeken inbreuken of aandachtspunten werden vastgesteld, werd de remediëring hiervan nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld. Bijkomend werd nagegaan of het woonzorgcentrum voldoet aan de gewijzigde voorwaarden inzake de kineruimte (art. 51, 25°).
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht:
 - o de afdelingen op alle verdiepingen
 - o de animatieruimte
 - o de cafetaria.

BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

Regelgeving van toepassing:

- WZC voor 2009

Wijzigingen infrastructuur:

In de voorziening wordt de erkenning stelselmatig afgebouwd. In afwachting tot nieuwbouw worden bewonerskamers die niet voldeden aan bepaalde erkenningsnormen niet langer als dusdanig gebruikt. Op de zesde verdieping wonen geen bewoners meer, op de vijfde verdieping wonen nog drie bewoners.

Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- Er zijn geen andere woonzorgvoorzieningen op de site.

BEWONERSKAMERS

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: er is geen vrije draaicirkel met diameter van minstens 1,5 meter - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 54, 2de lid, 1° en 2° (WZC na 2017) en art. 55.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: de kamers gelegen in de oudbouw beschikten niet over een aparte sanitaire cel die aangepast is aan de behoeften van een rolstoelgebruiker met minstens een toilet en een wastafel (per bewoner). Ondanks het wegnemen van de onderbouwkasten in de sanitaire cel om de rolstoeltoegankelijkheid te verhogen, bleven deze niet aangepast zijn aan de behoeften van een rolstoelgebruiker. De sanitaire cellen waren niet ruim genoeg om met een rolstoel binnen te rijden en de bewoner indien nodig door een begeleider bij te staan. Bovendien hadden de douches die gelegen zijn in de sanitaire cellen een hoge opstap hetgeen de rolstoeltoegankelijkheid bemoeilijkt.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: er werd een afwijking verleend op 16/12/2022 door agentschap Zorg en Gezondheid voor wat betreft de rolstoeltoegankelijkheid van de individuele sanitaire cellen. De afwijking is geldig tot alle bewoners verhuisd zijn naar de nieuwe woongelegenheden op de site Eau de Gand.
- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: de douche is niet rolstoeltoegankelijk - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 17°, art. 52, 1° en 2° (WZC voor 2009), art. 53, 2° en 3° (WZC na 2009), art. 54, 2de lid, 1° en 2° (WZC na 2017) en art. 55.

- o Vaststellingen 13/04/2021: de douches die gelegen zijn in de sanitaire cellen hadden een hoge opstap hetgeen de rolstoeltoegankelijkheid bemoeilijkt.
- o Vaststellingen 29/04/2024: er werd een afwijking verleend op 16/12/2022 door agentschap Zorg en Gezondheid voor wat betreft de rolstoeltoegankelijkheid van de individuele sanitaire cellen. De afwijking is geldig tot alle bewoners verhuisd zijn naar de nieuwe woongelegenheden op de site Eau de Gand. De bezochte bewonerskamers op datum van inspectie hadden geen douche met een hoge opstap.
- De hoogte van de raamdorpels in de bewonerskamers laat geen ongehinderd zicht op de buitenwereld toe (het glasoppervlak van het raam begint op een hoogte van meer dan 85 cm) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 8°.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: de hoogte van de raamdorpels in enkele woongelegenheden liet ongehinderd zicht op de buitenwereld niet toe.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: de woongelegenheden met hoge raamdorpels waren niet langer in gebruik of kregen een nieuwe invulling. Zo dient één van deze kamers nu als kapsalon.
- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: er is geen spiegel die aanpasbaar is aan de rolstoelgebruiker (aangepaste hoogte of kantelbaar) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 1° en 2° (WZC voor 2009), art. 53, 2° en 3° (WZC na 2009), art. 54, 2de lid, 1° en 2° (WZC na 2017) en art. 55.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: in de kamers van de oudbouw waren de spiegels in de sanitaire cellen niet aangepast aan rolstoelgebruikers. Als oplossing werd gedacht aan het ophangen van een bijkomende kleine spiegel die geplaatst wordt boven de wastafel. Daardoor kunnen ook rolstoelgebruikers van een spiegel gebruik maken. Dit werd als wijze van voorbeeld reeds aangebracht in kamer 1.4. en zal op alle plaatsen waar nodig, aangebracht worden.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: in de bezochte kamers van de oudbouw waren alle spiegels in de sanitaire cellen aangepast aan rolstoelgebruikers.

Niet weggewerkt

- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: er werden geen handgrepen aan beide kanten van het toilet voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 1° en 2° (WZC voor 2009), art. 53, 2° en 3° (WZC na 2009), art. 54, 2de lid, 1° en 2° (WZC na 2017) en art. 55.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: in de individuele sanitaire cellen zijn geen handgrepen voorzien naast het toilet.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: de situatie was ongewijzigd. In de individuele sanitaire cellen was geen permanente tweede handgreep naast het toilet.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

GEMEENSCHAPPELIJK SANITAIR

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- 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 13/04/2021: op de eerste verdieping waren de spiegels in de gemeenschappelijke toiletten niet aangepast aan rolstoelgebruikers.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: op de eerste verdieping was de spiegel in het gemeenschappelijk toilet aangepast aan rolstoelgebruikers.
- Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 6^o (WZC voor 2009), art. 53, 7^o (WZC na 2009), art. 54, 3de lid, 7^o en 8^o (WZC na 2017).
 - o Vaststellingen 13/04/2021: er zijn niet voldoende gemeenschappelijke badkamers (met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet).
 - o Vaststellingen 29/04/2024: er zijn drie gemeenschappelijke badkamers waarvan twee voldoen aan de voorwaarden. Deze zijn ingericht met aangepast bad of douchegelegenheid en een toilet.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

TOEGANKELIJKHEID

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er zijn niveauverschillen die niet worden gesignaleerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 17^o.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: er zijn verschillende toegangswegen vanuit de voorziening naar het terras. Aan het schuifraam is er een niveauverschil, groter dan 2 cm, dat niet gesignaleerd was.

LEUNINGEN EN HANDGREPEN

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- In de gemeenschappelijke badkamers en toiletten werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18^o.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: in de gemeenschappelijke badkamers en toiletten waren geen handgrepen voorzien naast het toilet.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: in de gemeenschappelijke badkamers en toiletten waren geen of onvoldoende handgrepen naast het toilet voorzien. In de gemeenschappelijke toiletten (zowel rolstoeltoegankelijk als niet rolstoeltoegankelijk) moeten aan beide zijden handgrepen aanwezig zijn.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VEILIGE INFRASTRUCTUUR I.F.V. DWAALGEDRAG EN VALINCIDENTEN

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

- In deze voorziening (omgevingsvergunning van vóór 2017) zijn niet alle traphallen beveiligd. Van de voorziening wordt verwacht dat men de leefkansen en risico's die deze niet beveiligde traphallen bieden, met de bewoner bespreekt. Eventuele maatregelen om het gebruik van de trappenhal te beperken, zijn afgestemd met de bewoner, en zijn erop gericht de leefwereld van de bewoner zo groot mogelijk te houden. Over de genomen maatregelen wordt consequent gerapporteerd in het woonzorgleefplan. (Toelichtingsnota WZC, CVK).

OPROEPSYSTEEM

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Niet in alle bewonerskamers is er een oproepsysteem beschikbaar dat bereikbaar is vanuit het bed en vanuit de zetel - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
 - o Vaststellingen 07/11/2022: niet in alle bewonerskamers was er een oproepsysteem beschikbaar dat bereikbaar is vanuit het bed en vanuit de zetel.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: in de bezochte bewonerskamers was er een oproepsysteem beschikbaar dat bereikbaar is vanuit het bed en vanuit de zetel.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Niet overal in de gemeenschappelijke ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: in de eetruimte op afdeling 'De Vooruit' , de kineruimte en de rookruimte was geen oproepsysteem beschikbaar.

HANDHYGIËNE

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

Wastafels en producten

- 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.
- Vaststellingen op basis van de observaties tijdens de rondgang.

Er is een wastafel beschikbaar in:	Aantal gecontroleerde ruimtes	Ja	Nee	NB	NVT
de gemeenschappelijke toiletten	3	3	0	0	0
de gemeenschappelijke badkamers	3	3	0	0	0
de verpleegpost	1	1	0	0	0
de personeelstoiletten.	0	0	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	7	7	0	0	0
dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	7	6	1	0	0
aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	7	1	6	0	0
De vuilbakken bij de wastafels hadden bijna allen een deksel dat niet aangepast was (niet met de hand te bedienen). De pedaalvuilbak in het gemeenschappelijk toilet op het gelijkvloers was stuk. Bij één wastafel in de gemeenschappelijke badkamer ontbrak een dispenser met papieren wegwerphanddoekjes.					

Er is handalcohol beschikbaar:	Ja	Nee	NB
bij elke bewonerskamer	☒	☐	☐
in elke verpleegpost	☒	☐	☐
in de gemeenschappelijke leefruimtes.	☐	☒	☐
In de gemeenschappelijke leefruimte voor activiteiten (animatieruimte) ontbrak handalcohol in de ruimte. In de eetruimte op afdeling 'De Vooruit' was geen handalcohol beschikbaar.			

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Er is niet bij elke bewonerskamer handalcohol beschikbaar voor het zorgpersoneel - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: op de verdiepingen was er handalcohol voorzien aan de liften. Handalcoholgel was niet aanwezig in de buurt van elke bewonerskamer.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: aan elk zorgpunt is handalcohol beschikbaar.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de

personeelstoiletten een dispenser met papieren wegwerphanddoekjes voorzien – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.

- o Vaststellingen 29/04/2024: bij de wastafel in de gemeenschappelijke badkamer ontbrak een dispenser met papieren wegwerphanddoekjes.
- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de personeelstoiletten een aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen) voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: de vuilbakken bij de wastafels hadden bijna allen een deksel dat niet aangepast was (niet met de hand te bedienen). De pedaalvuilbak in het gemeenschappelijk toilet op het gelijkvloers was stuk.
- 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 29/04/2024: in de gemeenschappelijke leefruimte voor activiteiten (animatieruimte) ontbrak handalcohol in de ruimte. In de eetruimte op afdeling 'De Vooruit' was geen handalcohol beschikbaar.

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.	8	8	0	0	0

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Bij het gebruik van wegwerphandschoenen houdt men niet altijd rekening met de voorwaarden inzake handhygiëne - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: één medewerker droeg nog handschoenen terwijl deze kasten opendeed in de verpleegpost. De medewerker had net iemand geholpen op het toilet.

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
 - bijkomende registraties inzake medicatie
 - 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.	☒	☐	☐
Bij één bewoner lag medicatie op de kamer. Voor deze bewoner was een attest dat deze medicatie in eigen beheer had aanwezig. In de medicatiefiche die ook zichtbaar is op de draagbare Zaps, stonden alle bijzonderheden m.b.t. het toedienen van medicatie.			

	Aantal gecontroleerde medicatiefiches	Ja	Nee	NB	NVT
Op de medicatiefiche worden voor "medicatie indien nodig" (voorgeschreven door de arts) 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	3	0	0	0
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd.	1	1	0	0	0

	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.	0	0	0	0	0
Op de dag van de inspectie verbleven volgens de gesprekspartner geen bewoners in de voorziening waarbij medicatie diende geplet te worden.					

	Ja	Nee	NB
Er zijn schriftelijke richtlijnen m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt.	☒	☐	☐
De schriftelijke richtlijnen stonden vermeld op het temperatuurblad aan de koelkast.			

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

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- In het woonzorgleefplan ontbreken de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
 - Vaststellingen 13/04/2021: indien bewoners medicatie onder toezicht moeten innemen stond dit niet als dusdanig genoteerd.
 - Vaststellingen 29/04/2024: de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van medicatie, zoals medicatie innemen onder toezicht, stonden vermeld op de medicatiefiche.

- Medicatie die vooraf wordt klaargezet, is niet identificeerbaar tot op het moment van toedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
 - o Vaststellingen 07/11/2022: bij de bewoners waarbij via steekproef werd nagegaan of de klaargezette medicatie overeenstemde met de medicatiefiche werd vastgesteld dat de restmedicatie die klaargezet werd, niet steeds identificeerbaar was.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: medicatie die vooraf werd klaargezet was te identificeren op het moment van toedienen.

- Men heeft geen systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening op te volgen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
 - o Vaststellingen 07/11/2022: bij de bewoners waarbij via steekproef werd nagegaan of de klaargezette medicatie overeenstemde met de medicatiefiche werd vastgesteld dat er geen openingsdatum op de oogdruppels werd vermeld.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: men had een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na datum op te volgen.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

HULP- EN DIENSTVERLENING

WOONZORGLEEFPLAN

- Het woonzorgleefplan is een belangrijk instrument om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen. De voorziening kiest zelf hoe dit woonzorgleefplan er concreet uit ziet en hoe en waar de informatie samengebracht wordt.

Minimaal dient het woonzorgleefplan volgende elementen te bevatten: alle informatie over de toestand, noden en wensen van de bewoner, de concrete afspraken over welke zorg door wie moet worden uitgevoerd, de registraties van de uitgevoerde zorg en de interdisciplinaire afstemming van de zorg.

Zorginspectie gaat na hoe het woonzorgleefplan is opgebouwd en gebruikt wordt op de werkvloer. De focus van de bevraging ligt op het nagaan of het woonzorgleefplan consequent bijgehouden en geactualiseerd wordt met het oog op de garantie dat de juiste zorg aan de juiste bewoner wordt geboden.

Niet alle elementen kunnen in één bevraging aan bod komen. Er werd daarom een selectie gemaakt van een aantal criteria die ter plaatse worden afgetoetst. Deze selectie is relevant maar niet allesomvattend.

Hierbij wordt niet beoordeeld of het woonzorgleefplan voldoet aan alle voorwaarden van de federale regelgeving m.b.t de gezondheidszorgberoepen.

Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. De samenstelling van de steekproef kan variëren afhankelijk van het bevraagde element.

- 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.

Medische- en sociale anamnese

	Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het woonzorgleefplan bevat informatie m.b.t. de medische anamnese, huidige diagnose en allergieën.	3	3	0	0	0
Het woonzorgleefplan bevat de sociale anamnese, opgemaakt bij opname, met minstens informatie over: • loopbaan • hobby's en interesses • samenstelling gezin/belangrijke levensgebeurtenissen.	3	2	1	0	0
Bij drie personen werden de medische en de sociale anamnese nagegaan. Bij één bewoner was de sociale anamnese beperkt.					

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- In het woonzorgleefplan ontbreekt informatie m.b.t. de sociale anamnese (loopbaan, hobby's, interesses, samenstelling gezin en belangrijke levensgebeurtenissen) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- o Vaststellingen 29/04/2024: in drie gecontroleerde woonzorgleefplannen was de informatie bij één bewoner in de sociale anamnese beperkt.

Zorg- en ondersteuningsplan

	Ja	Nee	NB
Het zorg- en ondersteuningsplan wordt opgemaakt per zorgmoment.	☒	☐	☐

	Aantal gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorg- en ondersteuningsplan bevat - indien nodig - voor alle zorgmomenten actuele instructies m.b.t. wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, continëntie en eten (geen tegenindicaties).	4	4	0	0	0

	Aantal gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorg- en ondersteuningsplan bevat - indien nodig - actuele instructies (geen tegenindicaties) m.b.t.:					
baddag	3	3	0	0	0
toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen	3	3	0	0	0
uit te voeren wondzorg	3	3	0	0	0
te meten parameters (op instructie van de arts)	2	2	0	0	0
specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril....)	3	3	0	0	0

	Ja	Nee	NB
De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg.	☒	☐	☐

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- o Vaststellingen 13/04/2021: het zorgplan bevatte in één van de vier gecontroleerde zorg en ondersteuningsplannen, geen actuele instructies m.b.t. fysieke vrijheidsbeperkende maatregel.
- o Vaststellingen 29/04/2024: drie van de drie gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen bevatten actuele instructies m.b.t. fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen.

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de uit te voeren wondzorg - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: het zorgplan bevatte in drie van de drie gecontroleerde zorg en ondersteuningsplannen, geen actuele instructies m.b.t. uit te voeren wondzorg.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: drie van de drie gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen bevatten actuele instructies m.b.t. uit te voeren wondzorg.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Registraties

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt consequent geregistreerd.	3	3	0	0	0
Voor drie bewoners werd nagegaan of de instructies op twee verschillende dagen consequent werden geregistreerd. Wanneer een instructie niet werd uitgevoerd werd een reden toegevoegd.					

	Aantal gecontroleerde parameters	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd.	3	3	0	0	0

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen.	3	0	3	0	0
Voor drie bewoners werd nagegaan of zij maandelijks werden gewogen. Voor twee bewoners ontbrak een registratie van het gewicht in de maand december 2023, voor één bewoner ontbrak een registratie van het gewicht in februari 2024.					

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art 29, 2°.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan, werd in één van de drie gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen niet consequent geregistreerd.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan werd consequent geregistreerd.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- De bewoners worden niet minstens maandelijks gewogen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: voor drie bewoners werd nagegaan of zij maandelijks werden gewogen. Voor twee bewoners ontbrak een registratie van het gewicht in de maand december 2023, voor één bewoner ontbrak een registratie van het gewicht in februari 2024.

Observaties

	Ja	Nee	NB
Alle aanwezige disciplines noteren observaties m.b.t. de bewoner in het zorgdossier zodat de toestand van de bewoner multidisciplinair kan opgevolgd worden.	☒	☐	☐

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Niet alle aanwezige disciplines noteren observaties m.b.t. de bewoner in het woonzorgleefplan - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: niet alle aanwezige disciplines noteerden observaties m.b.t. de bewoner in het woonzorgleefplan. Er werden geen observaties van de kinesist genoteerd.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: alle aanwezige disciplines noteerden observaties m.b.t. de bewoner in het woonzorgleefplan.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen**Bestaande inbreuk(en)**

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

Weggewerkt

- Men beschikt niet over een procedure fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen die minstens de volgende elementen bevat (BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 25 en 26): definitie fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen, te doorlopen stappen in het besluitvormingsproces waaronder het onderzoeken van oorzaken en het overwegen van alternatieven, overleg met bewoner en/of familie, wijze en periodiciteit van de evaluatie.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: men beschikte niet over een procedure fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: men beschikte over een procedure fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Een bewoner wordt opgesloten op de kamer. Dit is in strijd met de bepalingen inzake de grootst mogelijke vrijheid - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 6.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: ten gevolge van storend gedrag naar andere bewoners, werd de kamerdeur van een bewoner 's nachts op slot gedaan. Een ondertekend document toonde de betrokkenheid van de arts en de familie aan voor deze maatregel. Onderzoek van eventuele oorzaken en het zoeken naar alternatieven waren in het woonzorgleefplan niet terug te

- vinden. Ook afspraken hoe de veiligheid van deze bewoner gegarandeerd werd, ontbraken nog (i.e. afspraken rond noodscenario's, verantwoordelijke in geval van brand, evacuatieplan).
- o Vaststellingen 29/04/2024: er verbleef op dag van inspectie één bewoner waarbij 's nachts de deur op slot wordt gedaan vanwege storend gedrag. Deze deur wordt niet afgesloten met een sleutel, en kan ten alle tijde worden geopend langs de buitenkant. Deze informatie is terug te vinden in het evacuatieplan.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Wondzorg

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
In geval van wondzorg wordt er voor elke wonde een wondzorgfiche opgemaakt	3	3	0	0	0

De wondzorgfiche vermeldt alle relevante gegevens:	Aantal gecontroleerde wondzorgfiches	Ja	Nee	NB	NVT
startdatum	3	3	0	0	0
beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	3	3	0	0	0
aard van de behandeling	3	3	0	0	0
frequentie van de behandeling	3	3	0	0	0

	Aantal gecontroleerde wondzorgfiches	Ja	Nee	NB	NVT
De evolutie van de wonde is af te leiden uit de observaties in het woonzorgleefplan.	3	3	0	0	0

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- De wondzorgfiche vermeldt geen behandelingswijze - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - o Vaststellingen 13/04/2021: op één van de drie gecontroleerde wondzorgfiches werd geen aard van de behandeling vermeld.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: op alle gecontroleerde wondzorgfiches werd de aard van de behandeling vermeld.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Kinesithérapie

	Aantal gecontroleerde woonzorg- leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het woonzorgleefplan bevat -indien nodig- volgende informatie m.b.t. de kinesitherapeutische behandeling: - aard behandeling - frequentie behandeling	3	3	0	0	0

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN M.B.T. DE ZORGPRAKTIJK

- Zorginspectie besteedt tijdens de rondgang ook aandacht aan verschillende meer algemene, aspecten van wonen en zorg die niet in de andere modules aan bod komen. Deze aspecten zijn zodanig algemeen en complex dat er op basis van een momentopname geen algemene beoordeling over de totaliteit kan gegeven worden (vb. bewoners krijgen de dagelijkse zorg, zorginstructies worden uitgevoerd, ...) . Enkel indien er aanwijzingen zijn dat de zorg lacunes vertoont, vermeldt Zorginspectie in deze module de vaststellingen. Er worden geen uitspraken gedaan over de totaliteit van de zorgpraktijk.
- Vaststellingen op basis van:
 - o observaties tijdens de rondgang
 - o het nazicht van een steekproef van de woonzorgplannen en andere registraties m.b.t. de zorg.

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Men kan niet aantonen dat de bewoners altijd de nodige hulp krijgen bij de dagelijkse verzorging - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.
 - o Vaststellingen 07/11/2022: de bewoners kregen niet de nodige hulp bij de dagelijkse verzorging: beloproepen werden niet tijdig beantwoord. Tijdens de rondgang werd het oproepsysteem twee maal getest. Voor één van beide oproepen duurde het 25 minuten vooraleer er reactie kwam.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: de bewoners kregen de nodige hulp bij de dagelijkse verzorging, beloproepen werden tijdig beantwoord. Tijdens de rondgang werd het oproepsysteem twee maal getest. Telkens was er iemand binnen de twee minuten ter plaatse.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

HULPMIDDELEN EN AANGEPASTE MATERIALEN

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.

	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.	☒	☐	☐	

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Er is geen 24u/24u verpleegkundige permanentie.
Dit betekent dat technisch verpleegkundige verstrekkingen (bijlage 1 van KB 18/06/1990) niet kunnen uitgevoerd worden. Ook verpleegkundige activiteiten die zorgkundigen mogen uitvoeren in aanwezigheid van een verpleegkundige mogen dan niet uitgevoerd worden. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 48.
 - o Vaststellingen 07/11/2022: uit nazicht van de uurroosters van september en oktober 2022 bleek dat er niet steeds een 24u/24u verpleegkundige permanentie werd gegarandeerd.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: de verpleegkundige permanentie was gegarandeerd.
- Sommige personeelsleden beheersen de Nederlandse taal niet - BVR 28/06/2020, bijlage 11, art. 45, 6°.
 - o Vaststellingen 07/11/2022: sommige personeelsleden spraken onvoldoende Nederlands waardoor bewoners niet altijd konden rekenen op een vlot passend antwoord op hun hulpvragen.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: er waren geen tegenindicaties dat het personeel onvoldoende Nederlands sprak.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

OPVOLGEN REACTIETIJD BELOPROEPEN

- Vaststellingen op basis van verklaring van de gesprekspartner.

	Ja	Nee	NB
Er zijn schriftelijke afspraken m.b.t. de reactietijd na een beloproep.	☒	☐	☐
De reactietijd na een beloproep wordt opgevolgd.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken 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.	☐	☒	☐
In twee bewonerskamers was incontinentiemateriaal niet discreet opgeborgen.			

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- De bewoners worden onvoldoende respectvol bejegend - Woonzorgdecreet 15/02/2019, art. 4, §1, 2°.
 - o Vaststellingen 07/11/2022: bewoners gaven tijdens de inspectie aan niet steeds respectvol bejegend te worden.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: tijdens de inspectie werd met verschillende bewoners een gesprek aangegaan. Er waren geen tegenindicaties dat bewoners niet respectvol bejegend worden.

Niet weggewerkt

- Het incontinentiemateriaal wordt onvoldoende discreet opgeborgen - Woonzorgdecreet 15/02/2019, art. 4, §1, 2°.
 - o Vaststellingen 07/11/2022: tijdens de rondgang met een bezoek aan een aantal kamers en sanitaire cellen werd vastgesteld dat het incontinentiemateriaal niet op een indiscrete wijze wordt opgeborgen.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: in twee bewonerskamers was incontinentiemateriaal niet discreet opgeborgen.

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.	☒	☐	☐
bewoners die geen lichtsakelaar nabij hun bed hadden, beschikken over een klein nachtlampje.			

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)

- Het structurele onderhoud is onvoldoende - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 10°, 11° en art. 29, 1°, b.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: het gebouw vertoonde op verschillende plaatsen tekenen van slijtage. In het gemeenschappelijk toilet op het gelijkvloers was er geen stromend water aan de wastafel.

VEILIGHEID

	Ja	Nee	NB
Men neemt de nodige maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen, rekening houdend met hun toestand:			
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.	☒	☐	☐	☐

(*) 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.	☒	☐	☐

	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 werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.