

DEPARTEMENT ZORG

Zorginspectie

T 02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

INRICHTENDE MACHT

Naam	Woonzorgcentrum De Wijtshage
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0449425546
Adres	's Herenbaan 170, 2840 Rumst

INSPECTIEPUNT

Naam	De Wijtshage
HCO-nummer	3313
Adres	's Herenbaan 170, 2840 Rumst
Dossiernummer	160.102

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	05/03/2024
Verslagnummer	ZI-2024-00373

INSPECTIEBEZOEK

De Wijtshage

Onaangekondigde inspectie op 28/02/2024 (08:45-15:00)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	8
o Personeelsformatie	8
• Infrastructuur	11
• Handhygiëne	19
o Handhygiëne in de praktijk	19
• Medicatieveiligheid	21
• Hulp- en dienstverlening	25
o Woonzorgleefplan	25
o Bijkomende vaststellingen m.b.t. de zorgpraktijk	30
o Continuïteit zorgverlening	30
o Opvolgen reactietijden noodoproepen	31
o Voeding	31
• Observaties tijdens rondgang	33
• Inspraak	36
o Gebruikersraad	36

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	124
--------------------------	-----

Andere erkenningen en toelatingen

Inspectiebezoek

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- het structureel toezicht
 - de wijziging van de modaliteiten van de erkenning
- Onderzoek erkenning van de vervangingsnieuwbouw met 124 woongelegenheden, waarvan 30 woongelegenheden een heringebruikname betreffen van tijdelijk afgebouwde woongelegenheden.

Directie WZC

Naam:

Hedwig Journée

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	111
Totaal aantal bewoners CVK	0
Afwezigen	2
Andere	0
Totale bezetting (*)	113

(*) 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
13	16	38	9	37	0	0

Totaal aantal WZC = 113

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	113
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	113

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	61

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
 - o de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden januari 2024 en februari 2024
 - o documenten m.b.t. de tewerkstelling van jobstudenten voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug
 - o visa van jobstudenten in de zorg

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)(**)	14,07	14,75
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	3,00	3,00
waarvan verpleegkundige(n)	3,00	1,00
Zorgkundigen	25,72	17,27
Medewerker(s) reactivering(***)	/	3,57
Kinesitherapeut(e)(n)	2,46	
Ergotherapeut(e)(n)	2,80	
Logopedist(e)(n)	1,00	
Andere	0,00	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,00	0,28
Begeleider(s) wonen en leven	1,00	2,00
Medewerkers keuken en onderhoud	15,46	7,53
Andere		
Administratieve medewerker(s)	2,16	/
Logistieke medewerker(s)	14,66	/
Kwaliteitscoördinator(en)	0,79	/
Adjunct-directeur	0,53	/
Sociale dienst	0,79	/
Preventieadviseur	0,05	/

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

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

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

- Stagiairs en personeelsleden die langdurig afwezig zijn, worden niet meegerekend in bovenstaande tabel.
- Het tekort aan begeleiders levenseindezorg (0,28 vte) wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.

- Het tekort aan begeleiders wonen en leven (1 vte) wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.
- De voorziening werkt met jobstudenten. Voor de referentieperiode wil dit zeggen:
 - o Jobstudenten zonder visum (logistiek, hulp in de zorg) = 3,16 vte geteld bij logistieke medewerkers
 - o Jobstudenten zonder visum (keuken en onderhoud) = 0,56 vte geteld bij medewerkers keuken en onderhoud
 - o Jobstudenten met visum = 1,15 vte geteld bij zorgkundigen

Substitutieregel

	Aantal vte
Tekort verpleegkundigen	0,68
Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie (*)	4,42
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een medewerker met een diploma zoals vermeld in art. 45, §2, 8°	0,68
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een zorgkundige	0,00
Resterend tekort verpleegkundigen na toepassing van de substitutieregels.	0,00

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

Personeelscategorieën

- In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de mate waarin de voorziening, voor verpleegkundigen en zorgkundigen, een beroep doet op enerzijds loontrekkend of statutair personeel en anderzijds medewerkers met een ander statuut.

	Ja	Nee
De voorziening doet (voor verpleegkundigen en zorgkundigen) beroep op medewerkers met een ander statuut.	☒	☐
De inzet van de medewerkers met ander statuut werd door de voorziening aangetoond en werd mee opgenomen in bovenstaand overzicht van de personeelsformatie.	☒	☐

	Verpleegkundigen (*)	Zorgkundigen (*)
Personeel in loondienst of statutair personeel	14,07	24,57
Interim personeel	0,00	0,00
Zelfstandige verpleegkundigen / zorgkundigen	0,00	0,00
Personeel in loondienst bij een andere voorziening	0,00	0,00
Personeel tewerkgesteld in het kader van projectsourcing of projectstaffing	0,00	0,00
Jobstudenten	0,00	1,15
TOTAAL	14,07	25,72

(*) Voor medewerkers die structureel in de voorziening worden ingezet wordt het effectief aantal vte medewerkers op de dag van het inspectiebezoek weergegeven. Voor medewerkers die occasioneel worden ingeschakeld wordt het gemiddelde vermeld van de inzet tijdens de referentieperiode van 30 dagen voorafgaand aan het inspectiebezoek.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

INFRASTRUCTUUR

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw en de plannen van de voorziening. Volgende gedeelten werden bezocht: enkele woongelegenheden en gemeenschappelijke ruimtes op afdelingen De Schorre, Drie Rivieren, Klampsteen, Predikherenvelden, Rupel, Steenbakkerij, 't Geleeg en Vosberg.

BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

Regelgeving van toepassing:

- WZC na 2017

Wijzigingen infrastructuur:

Sinds vorig inspectiebezoek werd een vervangingsnieuwbouw opgericht met 124 woongelegenheden, waarvan 30 woongelegenheden een heringebruikname betreffen van tijdelijk afgebouwde woongelegenheden.

Algemene beschrijving van het gebouw:

De voorziening werd gefaseerd volledig vernieuwd. De vervangingsnieuwbouw werd afgewerkt in 2023. In totaal zijn er 8 afdelingen/leefgroepen verspreid over het gelijkvloers, eerste verdieping en tweede verdieping. In totaal zijn er 127 identieke éénpersoonkamers (21 m²) met individuele sanitaire cel met douche (5,35 m²). De voorziening heeft een erkenning van 124, maar deed een aanvraag voor 3 woongelegenheden kortverblijf. Deze aanvraag werd afgekeurd en de 3 extra kamers worden nu gebruikt als bureelruimte.

Gelijkvloers:

- Onthaal, bureel sociale dienst, opslagruimte, technische ruimte, toegang tot binnentuin, burelen, centrale keuken, gemeenschappelijke (rolstoeltoegankelijke) toiletten, cafetaria (152,81 m²), rookruimte, kapsalon en kineruimte.
- **Afdeling Drie Rivieren:** 15 woongelegenheden, rustpunt in de gang met comfortabele zetels, berging, verpleegpost, gemeenschappelijke badkamer met bad en douche, rolstoeltoegankelijk toilet, keuken, lichtrijke eet- en leefruimte (114,88 m²) en een beschut terras (48,86 m²).
- **Afdeling Rupel:** 16 woongelegenheden, rustpunt in de gang met comfortabele zetels, berging, verpleegpost, gemeenschappelijke badkamer met bad en douche, rolstoeltoegankelijk toilet, keuken, lichtrijke eet- en leefruimte (138,57 m²) en beschut terras (47,96 m²).

Eerste verdieping:

- **Afdeling Klampsteen:** 16 woongelegenheden, rustpunt in de gang met comfortabele zetels, berging, verpleegpost, gemeenschappelijke badkamer met bad en douche, rolstoeltoegankelijk toilet, keuken, lichtrijke eet- en leefruimte (138,59 m²) en ruim terras (47,96 m²).
- **Afdeling Steenbakkerij (beschermde afdeling):** 16 woongelegenheden, rustpunt in de gang met comfortabele zetels, berging, verpleegpost, rolstoeltoegankelijk toilet, keuken, lichtrijke eet- en leefruimte (138,59 m²) en ruim terras (47,96 m²).
- **Afdeling 't Geleeg: (beschermde afdeling):** 16 woongelegenheden, rustpunt in de gang met comfortabele zetels, berging, verpleegpost, gemeenschappelijke badkamer met bad en douche, rolstoeltoegankelijk toilet, keuken, lichtrijke eet- en leefruimte (149,41 m²) en ruim terras (42,72 m²).

Tweede verdieping:

- **Afdeling Vosberg (beschermde afdeling):** 16 woongelegenheden, rustpunt in de gang met comfortabele zetels, berging, verpleegpost, gemeenschappelijke badkamer met bad en douche, rolstoeltoegankelijk toilet, keuken, lichtrijke eet- en leefruimte (155,29 m²) en ruim terras (43,23 m²).
- **Afdeling Predikherenvelden (beschermde afdeling):** 16 woongelegenheden, rustpunt in de gang met comfortabele zetels, berging, verpleegpost, rolstoeltoegankelijk toilet, keuken, lichtrijke eet- en leefruimte (138,54 m²) en ruim terras (47,96 m²).
- **Afdeling De Schorre:** 16 woongelegenheden, rustpunt in de gang met comfortabele zetels, berging, verpleegpost, gemeenschappelijke badkamer met bad en douche, rolstoeltoegankelijk toilet, keuken,

lichtrijke eet- en leefruimte (142,53 m²) en ruim terras (48,86 m²).

Derde verdieping:

- Momenteel worden de ruimtes op de derde verdieping niet gebruikt. Deze worden verhuurd aan het nabijgelegen ziekenhuis als burelen.

Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- GAW

GAW Paepedaalen met 36 woongelegenheden

INDELING GEBOUW

Kamertype	Aantal	Totaal
Eenpersoonskamers	127	127
		Totaal: 127

In totaal zijn er 127 identieke éénpersoonskamers (21 m²) met individuele sanitaire cel met douche (5,35 m²). De voorziening heeft een erkenning van 124, maar deed een aanvraag voor 3 woongelegenheden kortverblijf. Deze aanvraag werd afgekeurd en de 3 extra kamers worden nu gebruikt als bureelruimte.

Afdeling	Capaciteit
Drie Rivieren	15
Rupel	16
Klampsteen	16
Steenbakkerij	16
't Geleeg	16
Vosberg	16
Predikherenvelden	16
De Schorre	16

BEWONERSKAMERS

	Ja	Nee	NB
De nettovloeroppervlakte van de éénpersoonskamers voldoet aan de voorwaarden.	☒	☐	☐
Alle éénpersoonskamers hebben een nettovloeroppervlakte van 21 m ² (vereist 16 m 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).	☒	☐	☐

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

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

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

Aantal woongelegenheden met individuele douche	127
Aantal woongelegenheden zonder individuele douche	0

	Ja	Nee	NB
Er wordt voldoende basismeubilair ter beschikking gesteld.	☒	☐	☐
De bewoner kan eigen meubilair meebrengen.	☒	☐	☐
In elke woongelegheden is er aansluiting op televisie, draadloos internet en telefoon mogelijk.	☒	☐	☐
Er wordt door de voorziening standaard een hooglaag-bed, kast, zetel, tafel en stoel voorzien. Indien bewoners zelf meubilair wensen mee te brengen, kant dit.			

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

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- 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.
 - Vaststellingen 08/01/20219: in de 10 nieuwe kamers waren de spiegels aangepast voor rolstoelgebruikers, in de overige kamers was dit niet het geval.
 - Vaststellingen 28/02/2024: in de individuele sanitaire cellen werden aangepaste spiegels voorzien.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

GEMEENSCHAPPELIJK RUIMTES

	Ja	Nee	NB
De oppervlakte en ligging van de gemeenschappelijke eet- en leefruimtes voldoen aan de erkenningsvoorwaarden.	☒	☐	☐
De gemeenschappelijke eet- en leefruimtes zijn zodanig ingericht dat alle bewoners van een leefgroep comfortabel kunnen zitten.	☒	☐	☐
Alle afdelingen hebben een eigen eet- en leefruimte die qua oppervlakte ruim voldoet aan de erkenningsvoorwaarden. - Afdeling Drie Rivieren: 140,67 m² - Afdeling Rupel: 138,57 m² - Afdeling Klampsteen: 142,34 m² - Afdeling Steenbakkerij: 138,59 m² - Afdeling 't Geleeg: 149,41 m² - Afdeling Vosberg: 155,29 m² - Afdeling Predikherenvelden: 138,54 m² - Afdeling De Schorre: 142,53 m² De eet- en leefruimtes zijn aangenaam en huiselijk ingericht.			

	Ja	Nee	NB
Het raamoppervlak van de gemeenschappelijke verblijfsruimtes bedraagt ten minste 1/6 van de netto vloeroppervlakte.	☒	☐	☐
De hoogte van de raamdorpels in de gemeenschappelijke verblijfsruimtes laat ongehinderd zicht op de buitenwereld toe (het glasoppervlak van het raam begint maximaal op een hoogte van 85 cm gemeten vanaf het vloeroppervlak).	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
In alle gemeenschappelijke verblijfsruimtes zijn opengaande raamdelen aanwezig. (WZC na 2017)	☒	☐	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
Het WZC beschikt over een volwaardige rookruimte met aangepast ventilatiesysteem die vlot en beschut bereikbaar is voor de bewoners.	☒	☐	☐	☐
Er is een rookruimte beschikbaar op het gelijkvloers naast de cafetaria. Deze ruimte wordt volgens de gesprekspartner momenteel niet gebruikt door de bewoners. De bewoners roken op de overdekte terrassen op de afdeling of in de binnentuin op het gelijkvloers.				

	Ja	Nee	NB
Er is een uitgeruste kineruimte.	☒	☐	☐
De bewoners kunnen gebruik maken van een kapsalon	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

GEMEENSCHAPPELIJK SANITAIR

	Ja	Nee	NB
Het aantal gemeenschappelijke badkamers (met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet aan de voorwaarden.	☒	☐	☐
Er zijn in de voorziening 6 gemeenschappelijke badkamers met bad en douche aanwezig.			

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

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

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

TOEGANKELIJKHEID

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

	Ja	Nee	NB
De breedte van de gangen voldoet aan de erkenningsvoorwaarden.	☒	☐	☐
De gangen zijn 1,84 m breed.			

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

	Ja	Nee	NB	NVT
Het WZC beschikt over een aangepaste lift.	☒	☐	☐	☐
Er zijn twee liften voor liggend vervoer beschikbaar.				

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken 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.	☐	☐	☐	☒
De zonnewering werd overal waar nodig geïnstalleerd.	☐	☐	☐	☒
Volgens de gesprekspartner werd er overal zonnewering geplaatst behalve aan de noordzijde van het gebouw. Het betreft een systeem langs de buitenkant dat automatisch naar beneden komt wanneer de zon schijnt. Bewoners kunnen ook zelf de zonnewerking bedienen.				

(*) 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.

LEUNINGEN EN HANDGREPEN

	Ja	Nee	NB
In gangen worden aan beide zijden leuning(en) aangebracht.	☐	☒	☐
In de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke toiletten is aan beide zijden van het toilet een handgreep voorzien.	☐	☒	☐
In de gemeenschappelijke badkamers met douche wordt een handgreep of leuning voorzien aan de douche.	☐	☐	☐
In de gehele voorziening werden leuning(en) aangebracht aan beide zijden van de gang, behalve op het gelijkvloers in de gang van het onthaal richting blok C. In deze gang ontbreken aan beide zijden leuning(en). In het gemeenschappelijk toilet op het gelijkvloers in blok C werd geen handgreep voorzien.			

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°.
 - Vaststellingen 08/01/2019: niet overal in het sanitair waren twee handgrepen voorzien naast het toilet.
 - Vaststellingen 28/02/2024: in het gemeenschappelijk toilet op het gelijkvloers in blok C werd geen handgreep voorzien.

- Niet overal in de gangen werden aan beide zijden leuningen aangebracht - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
 - o Vaststellingen 08/01/2019: op de gang aan de nieuwe kamers werden slechts aan één zijde van de gang leuningen aangebracht.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: op de gang aan de kamers werden steeds aan de beide zijden leuningen aangebracht. In de gang op het gelijkvloers van het onthaal richting blok C ontbraken leuningen aan beide zijden.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken 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 (WZC of gedeeltes van WZC na 2017)	☐	☐	☐
de traphallen zijn beveiligd in het kader van de valpreventie (WZC of gedeeltes van WZC voor 2017)	☐	☐	☐
toegangen kunnen beveiligd worden.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken 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).	☒	☐	☐
In de bewonerskamers zijn er niet standaard permanente oproepsystemen beschikbaar. Elke bewoner heeft een mobiel oproepsysteem (armbandje) ter beschikking. Bewoners die bedlegerig zijn of om bepaalde redenen geen armbandje wensen, hebben wel een oproepsysteem ('peertje') dat beschikbaar is vanuit het bed.			

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.	☐	☒	☐
Bij de toiletten in de gemeenschappelijke badkamers is het oproepsysteem niet bereikbaar vanop het toilet.			

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 08/01/2019: niet op elke kamer was het oproepsysteem bedienbaar vanuit het bed.
- o Vaststellingen 28/02/2024: in de bewonerskamers zijn er niet standaard permanente oproepsystemen beschikbaar. Elke bewoner heeft een mobiel oproepsysteem (armbandje) ter beschikking. Bewoners die bedlegerig zijn of om bepaalde redenen geen armbandje wensen, hebben wel een oproepsysteem ('peertje') dat beschikbaar is vanuit het bed.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Niet overal in de gemeenschappelijke toiletten en bij het toilet in de gemeenschappelijke badkamers is een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
- o Vaststellingen 28/02/2024: bij de toiletten in de gemeenschappelijke badkamers was het oproepsysteem niet bereikbaar vanop het toilet.

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.	☒	☐	☐	☐
Naast de beschutte terrassen op elke afdeling (totaal 376,41 m ²), is er op het gelijkvloers ook nog een afgesloten binnentuin en een open tuin die toegankelijk is voor bezoekers, bewoners en personeel. De bewoners van de beveiligde afdelingen hebben vrij toegang tot het ruimte terras op de afdeling zelf.				

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

HANDHYGIËNE

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

Wastafels en producten

- Vaststellingen op basis van de observaties tijdens de rondgang.
- 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	4	4	0	0	0
de verpleegpost	4	4	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	4	12	0	0
In de gemeenschappelijke (rolstoeltoegankelijke) toiletten, de gemeenschappelijke badkamers en de personeelstoiletten was geen aangepaste vuilbak voorzien. Er waren hier vuilbakken voorzien met een deksel (met de hand te bedienen). In de vier verpleegposten was dit een open vuilbak.					

Er is handalcohol beschikbaar:	Ja	Nee	NB
bij elke bewonerskamer	☐	☒	☐
in elke verpleegpost	☒	☐	☐
in de gemeenschappelijke leefruimtes.	☐	☒	☐
Niet bij elke bewonerskamer is er handalcohol beschikbaar. Op de gang is er nergens handalcohol voorzien. Volgens de gesprekspartner is dit een bewuste keuze, om zo de huiselijkheid van de voorziening te optimaliseren en om misbruik van handalcohol te voorkomen. Er staat handalcohol op de verzorgingskar en bij enkele bewoners staat er handalcohol in de badkamer. Dit is echter niet bij elke bewonerskamer het geval. Daarnaast is er ook niet in elke gemeenschappelijke leefruimte handalcohol voorzien.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- 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 28/02/2024: in de gemeenschappelijke (rolstoeltoegankelijke) toiletten, de gemeenschappelijke badkamers en de personeelstoiletten was geen aangepaste vuilbak voorzien.

- 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 28/02/2024: niet bij elke bewonerskamer werd handalcohol voorzien.
- 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 28/02/2024: niet in elke gemeenschappelijke leefruimte werd handalcohol voorzien.

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.	9	7	2	0	0
Er waren twee zorgmedewerkers die de basisvoorschriften inzake handhygiëne niet naleefden. Eén medewerker droeg lange mouwen. Een andere medewerker had een uurwerk aan ter hoogte van de pols.					

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 28/02/2024: twee van de negen geobserveerde medewerkers leefden de basisvoorschriften inzake handhygiëne niet na. Eén medewerker droeg lange mouwen, een andere medewerker had een uurwerk aan.

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:
 - o een steekproef van de woonzorgleefplannen
 - o een steekproef van de medicatiefiches
 - o het medicatieopslag- en bedelingssysteem
 - o de klaargezette medicatie via steekproef
 - o bijkomende registraties inzake medicatie
 - o 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.	☒	☐	☐
In één woonzorgleefplan ontbrak de vermelding van medicatie in eigen beheer (hiervan werd het attest van de huisarts voorgelegd). Andere bijzonderheden (pletten, afwijkend tijdstip, ...) werden wel opgenomen in het woonzorgleefplan. De bijzonderheden omtrent medicatie kunnen steeds geconsulteerd worden op het moment van toedienen. Wanneer medicatie geplet moet worden, wordt dit aangegeven in de medicatiekar bij het bakje van desbetreffende bewoner. Medicatie op specifieke tijdstippen wordt apart gelegd en er wordt gewerkt met een kleurensyteem van de potjes, waarbij elke kleur een specifiek uur aangeeft. Daarnaast was er in de medicatiekar ook een document ter beschikking omtrent medicatie die bewoners in eigen beheer hebben.			

	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	2	1	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.	2	0	2	0	0
In één gecontroleerd dossier werd het klaarzetten van de medicatie niet afgetekend op 27/02/2024. In de twee gecontroleerde dossiers van bewoners met een variabel insuline schema, werden de hoeveelheden toegediende insuline niet consequent geregistreerd. Er waren meerdere hiaten in de registratie.					

	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.	☒	☐	☐
De medicatie die zelf dient klaargezet te worden is niet steeds identificeerbaar tot op moment van toediening. In een potje zat een losse pil, uit de blister, zonder identificatiegegevens van de medicatie. Daarnaast werd er ook een losse pil teruggevonden in de medicatiekar.			
Er is een systeem om de vervaldatum van medicatie te controleren. Dit gebeurt maandelijks door de hoofdverpleegkundige. Er werd geen vervallen medicatie teruggevonden tijdens de steekproef. Op flesjes oogdruppels werd steeds een openingsdatum alsook houdbaarheidsdatum geschreven.			

	Aantal gecontroleerde medicatiepletter(s)/pillensnijder(s)	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s)/pillensnijder(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	1	0	1	0	0
De gecontroleerde medicatiepletter was vuil.					

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

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

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Het toedienen van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
 - o Vaststellingen 15/02/2023: in de drie gecontroleerde dossiers werd het toedienen van de medicatie niet consequent geregistreerd.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: in de drie gecontroleerde dossiers werd het toedienen van de medicatie afgetekend.
- Op de medicatiefiche ontbreken de nodige gegevens m.b.t. de “medicatie indien nodig” (de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
 - o Vaststellingen 08/01/2019: voor de 'medicatie indien nodig' ontbrak de indicatie, de maximale dosis per 24u en het interval voor toediening.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: in de drie gecontroleerde medicatiefiches waren alle nodige gegevens omtrent 'medicatie indien nodig' terug te vinden.
- 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 15/02/2023: op verschillende flesjes en zalven met beperkte houdbaarheid na opening stond geen openingsdatum vermeld.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: op de gecontroleerde flesjes oogdruppels stond steeds een openings- en houdbaarheidsdatum vermeld.

Niet weggewerkt

- Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
 - o Vaststellingen 15/02/2023: er waren hiaten in de registratie van het aantal toegediende eenheden insuline.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: er waren hiaten in de registratie van het aantal toegediende eenheden insuline.
- 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°.
 - o Vaststellingen 15/02/2023: bij geen enkele bewoner werd aangegeven in het woonzorgleefplan dat ze medicatie onder toezicht moesten krijgen, terwijl er wel degelijk bewoners zijn die dat toezicht nodig hebben.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: bij één bewoner werd niet aangegeven in het woonzorgleefplan dat de medicatie in eigen beheer was.
- Medicatie die vooraf wordt klaargezet, is niet identificeerbaar tot op het moment van toedienen - BVR

28/06/2019, bijlage 11, art. 23.

- o Vaststellingen 15/02/2023: de medicatie is niet meer identificeerbaar op het moment van toedienen.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: niet alle medicatie is identificeerbaar tot op het moment van toediening.
- De medicatiepletter(s)/pillensnijder(s) bevat(ten) medicatieresten - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
 - o Vaststellingen 15/02/2023: de gecontroleerde medicatiepletter was vuil.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: de gecontroleerde medicatiepletter was vuil.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Het klaarzetten van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: in één van de drie gecontroleerde dossiers werd het klaarzetten van de medicatie niet afgetekend.

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
In één gecontroleerd dossiers was geen sociale anamnese beschikbaar.					

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 28/02/2024: in één van de drie gecontroleerde woonzorgleefplannen ontbrak de sociale anamnese.

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).	3	1	2	0	0
In twee zorg- en ondersteuningsplannen waren er geen instructies omtrent kleden, verplaatsen en eten.					

Het zorg- en ondersteuningsplan bevat - indien nodig - actuele instructies (geen tegenindicaties) m.b.t.:	Aantal gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen	Ja	Nee	NB	NVT
baddag	3	3	0	0	0
toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen	3	2	1	0	0
uit te voeren wondzorg	4	3	1	0	0
te meten parameters (op instructie van de arts)	3	3	0	0	0
specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril....)	3	2	1	0	0
In één zorg- en ondersteuningsplan ontbrak de instructie omtrent de vrijheidsbeperkende maatregel 'heupbroekje'. Bij een bewoner die wondzorg kreeg, stond deze instructie niet vermeld in het zorg- en ondersteuningsplan. In één zorg- en ondersteuningsplan ontbrak de instructie omtrent het aan- en uitdoen van Dauerbinde.					

	Ja	Nee	NB
De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg.	☐	☒	☐
De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen enkel geconsulteerd worden in de verpleegpost op de computer.			

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. wassen, kleden, verplaatsen,

toiletbezoek, continëntie en eten voor alle zorgmomenten - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.

- o Vaststellingen 15/02/2023: in de drie gecontroleerde dossiers ontbraken er actuele instructies omtrent eten, wassen en verplaatsen.
- o Vaststellingen 28/02/2024: in twee van de drie gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen ontbraken de instructies omtrent kleden, verplaatsen en eten.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- 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 28/02/2024: in één van de drie gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen ontbrak de instructie omtrent het 'heupbroekje'.
- 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 28/02/2024: bij één van de vier bewoners die wondzorg kreeg, stond hieromtrent geen instructie vermeld in het zorg- en ondersteuningsplan.
- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de specifieke zorgen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: in één van de drie gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen ontbrak de instructie omtrent Dauerbinde.
- De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen niet geconsulteerd worden tijdens de zorg - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: de zorg- en ondersteuningsplannen kunnen enkel geconsulteerd worden in de verpleegpost op de computer.

Registraties

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt consequent geregistreerd.	3	2	1	0	0
In één zorg- en ondersteuningsplan werden de prestaties niet afgetekend op 27/02/2024.					

	Aantal gecontroleerde parameters	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd.	3	1	2	0	0
Bij twee gecontroleerde parameters waren er hiaten in de registratie van de saturatie en de glycemie.					

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen.	3	0	3	0	0
Er waren meerdere hiaten in de registratie van het gewicht in de drie gecontroleerde dossiers.					

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- 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 28/02/2024: in één van de drie gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen werden de instructies niet consequent afgetekend.
- De waarden van de parameters, worden niet volgens de instructies van de arts geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art. 29, 2°.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: bij twee van de drie gecontroleerde parameters waren er hiaten in de registratie van de saturatie en de glycemie.
- De bewoners worden niet minstens maandelijks gewogen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: bij de drie gecontroleerde dossiers waren er meerdere hiaten in de registratie van het gewicht.

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.	●	○	○

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoner en/of familie werd(en) betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	3	3	0	0	0
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	3	2	1	0	0
Bij één bewoner met vrijheidsbeperkende maatregelen kon niet aangetoond worden dat de arts betrokken werd bij de beslissing omtrent bedsponden.					

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

- Men kan niet aantonen dat de arts betrokken werd bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).
 - o Vaststellingen 28/02/2024: bij één van de drie gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat de arts betrokken werd bij de beslissing omtrent bedsponden.

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	2	1	0	0
aard van de behandeling	3	3	0	0	0
frequentie van de behandeling	3	3	0	0	0
Op één wondzorgfiche ontbrak de beschrijving van de wonde bij de start.					

	Aantal gecontroleerde wondzorgfiches	Ja	Nee	NB	NVT
De evolutie van de wonde is af te leiden uit de observaties in het woonzorgleefplan.	3	0	3	0	0
Bij de drie gecontroleerde wondzorgfiches was niet minstens wekelijks een observatie terug te vinden waaruit de evolutie van de wonden kon afgeleid worden.					

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- De wondzorgfiche vermeldt geen beschrijving (plaats, soort, grootte, diepte) van de wonde - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: op één van de drie gecontroleerde wondzorgfiches ontbrak de beschrijving van de wonde.
- De evolutie van de wonde kan onvoldoende afgeleid worden uit de observaties in het woonzorgleefplan - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°, h.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: bij de drie gecontroleerde wondzorgfiches was niet minstens wekelijks een observatie terug te vinden waaruit de evolutie van de wonden kon afgeleid worden.

Kinesitherapie

	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

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Het woonzorgleefplan bevat onvoldoende informatie m.b.t. de kinesitherapeutische behandeling - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°, h.
 - o Vaststellingen 08/01/2019: de frequentie van de kinesitherapeutische behandeling ontbrak.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: in de drie gecontroleerde woonzorgleefplannen was de aard en de frequentie van de kinesitherapeutische behandeling terug te vinden.

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.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

- Vaststellingen op basis van:
 - o het nazicht van de personeelslijst
 - o het nazicht van het uurrooster voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug
 - o observaties tijdens de rondgang.

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is 24u/24u verpleegkundige permanentie.	☒	☐	☐	☐
Tijdens de nacht is er voldoende personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden (minimaal 1 zorgmedewerker per 60 bewoners).	☒	☐	☐	
Er is een actieve nachtdienst.	☒	☐	☐	
In de uurroosters wordt structureel overlapping voorzien tussen de verschillende diensten in functie van de informatieoverdracht.	☒	☐	☐	

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 15/02/2023: er was geen verpleegkundige permanentie op 27/1/2023 en 9/2/2023.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: er was, gedurende de gecontroleerde referentieperiode, 24u/24u verpleegkundige permanentie.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

OPVOLGEN REACTIETIJDEN NOODOPROEPEN

- Vaststellingen op basis van: toelichting gesprekspartner

	Ja	Nee	NB
Er zijn schriftelijke afspraken m.b.t. de reactietijd na een beloproep.	☐	☒	☐
Er zijn geen schriftelijke afspraken omtrent reactietijden na een noodoproep.			
De reactietijd na een beloproep wordt opgevolgd.	☒	☐	☐
Volgens de gesprekspartner worden de reactietijden opgevolgd wanneer bewoners aangeven dat ze lang moeten wachten.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)

- Er zijn geen afspraken m.b.t. de reactietijd na een noodoproep.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: er zijn geen schriftelijke afspraken omtrent de reactietijden na een noodoproep.

VOEDING

- Vaststellingen op basis van:
 - o observaties tijdens de maaltijd
 - o het nazicht van het menu

- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze deelmodule niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- De informatie m.b.t. de dieetvoorschriften, allergieën, voorkeuren en mogelijkheden van de bewoners m.b.t. de maaltijden kan door de medewerkers niet geconsulteerd worden tijdens het maaltijdgebeuren - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°, g.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: tijdens het maaltijdgebeuren konden medewerkers (die ter plaatse het eten uitschepten) geen beroep doen op informatie omtrent dieetvoorschriften, allergieën, voorkeuren en mogelijkheden van de bewoners. Er was geen maaltijdfiche beschikbaar.

OBSERVATIES TIJDENS RONDGANG

- Vaststelling op basis van observaties tijdens de rondgang.

BEJEGENING

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

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

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB
Er wordt een huiselijke en rustige sfeer gecreëerd tijdens het maaltijdgebeuren.	☒	☐	☐
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	☐	☒	☐
Als groente stond er op het moment van de inspectie spinazie op het menu. Drie bewoners gaven aan dit niet te lusten. Er werd geen alternatief aangeboden, de bewoners aten enkel vlees en aardappelen. Volgens de gesprekspartner wordt er enkel een alternatief voorzien bij specifieke diëten of allergieën, maar niet wanneer een bewoner iets niet lust.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er worden geen alternatieven aangeboden aan bewoners die iets niet lusten - BVR 28/06/2019, art. 32, 3°.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: er werd geen alternatief aangeboden aan bewoners die iets niet lusten.

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.	☒	☐	☐

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- De bewoner kan vanuit het bed het licht niet bedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 21°.
 - o Vaststellingen 08/01/2019: op meerdere kamers was het niet mogelijk om het licht te bedienen vanuit het bed: het touw dat de schakelknop bedient, was niet voorzien.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: in de bewonerskamers was het licht te bedienen vanuit het bed met een touwtje.

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	☒	☐	☐
Op de verschillende afdelingen is een open keuken beschikbaar met kastjes die vrij toegankelijk zijn. Op het moment van de inspectie waren er geen onderhoudsproducten aanwezig in de open keukens.			

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.

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN

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.	☐	☒	☐	☐
Er werden drie verslagen van de gebruikersraad bezorgd (31/3/2023 afdeling Rupel, 5/2/2024 afdeling Drie Rivieren, 7/2/2024 afdeling Rupel). Volgens de gesprekspartner worden er vier gebruikersraden georganiseerd: twee gebruikersraden gericht op de bewoners van de open afdelingen (en hun familie) en twee gebruikersraden gericht op de bewoners van de gesloten afdelingen (en hun familie). Er wordt echter verwacht dat er voor alle bewoners 1x/trimester een gebruikersraad georganiseerd wordt. Daarnaast organiseert de voorziening ook nog thema-vormingen voor familieleden waarna er ook laagdrempelig met het (zorg)personeel gesproken kan worden. Hier wordt echter geen verslag van gemaakt.				

(*) 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.	☒	☐	☐
Het verslag van de gebruikersraad hangt uit op de afdelingen. Bewoners en familie ontvangen niet standaard een exemplaar van het verslag van 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)

- De gebruikersraad vergadert niet minstens één keer per trimester - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §1.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: er werden drie verslagen van de gebruikersraad bezorgd (31/3/2023 afdeling Rupel, 5/2/2024 afdeling Drie Rivieren, 7/2/2024 afdeling Rupel). Volgens de gesprekspartner worden er vier gebruikersraden georganiseerd: twee gebruikersraden gericht op de bewoners van de open afdelingen (en hun familie) en twee gebruikersraden gericht op de bewoners van de gesloten afdelingen (en hun familie). Er wordt echter verwacht dat er voor alle bewoners 1x/trimester een gebruikersraad georganiseerd wordt.
- Er wordt van de vergadering van de gebruikersraad geen verslag opgemaakt dat aan alle bewoners of hun familie of mantelzorgers bezorgd wordt - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §2.
 - o Vaststellingen 28/02/2024: het verslag van de gebruikersraad hangt uit op de afdelingen. Bewoners en familie ontvangen niet standaard een exemplaar van het verslag van de

gebruikersraad.