

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

02 553 34 34

contact.zorginspectie@vlaanderen.be

www.zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG WOONZORGCENTRUM

INSPECTIEPUNT

Naam	Sint-Bartholomeus
Adres	Jaak De Boeckstraat 6, 2170 Antwerpen
Dossiernummer	108.102

INRICHTENDE MACHT

Naam	ZORGBEDRIJF ANTWERPEN
Juridische vorm	Ver.OCMW
Adres	Ballaarstraat 35, 2018 Antwerpen

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 7/12/2021 (9:00-15:30)
Datum laatste vaststelling	20/12/2021

INLEIDING

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- voorzieningen die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund of gesubsidieerd worden.
- personen met een handicap die een financiële tegemoetkoming ontvangen in de vorm van een persoonlijk budget.

U vindt alle verdere informatie over onze organisatie op www.zorginspectie.be.

Zorginspectie en Zorg en Gezondheid

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.

Voor woonzorgcentra rapporteert Zorginspectie aan Zorg en Gezondheid, dat het dossier verder opvolgt.

Methodiek

De inspecties vinden plaats in de voorziening.

Zorginspectie wil kunnen vaststellen hoe de dagdagelijkse werking in een woonzorgcentrum verloopt. De inspecties worden daarom in principe niet aangekondigd.

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.

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 (zie verder) en dit op structuur-, proces- en resultaatsniveau.

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 van bewoners en/of familieleden.

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, kwaliteitseisen,...

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.

Opbouw van het verslag

Per geïnspecteerde (deel-) module staan volgende elementen in het verslag:

- een toelichting met de vaststellingen van de inspecteur
- naleving regelgeving: conform of niet-conform (tekort)
- aandachtspunten

De aandachtspunten in het verslag hebben een dubbele functie:

- de aandacht vestigen op elementen die de kwaliteit van leven en de veiligheid van de bewoners kunnen verbeteren
- extra informatie verschaffen over de beoordeling.

Privacy

Zorginspectie houdt bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Verslagen bevatten persoonsgegevens en mogen daarom slechts in beperkte mate verspreid worden. Met dergelijke verslagen dient zorgvuldig te worden omgegaan. Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via: openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be.

Meer informatie over de toepasselijke regels vindt u op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Reactiemogelijkheid

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het woonzorgcentrum (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.

Op basis van de reactie kan het ontwerpverslag, na intern overleg, door de inspecteur aangepast worden.

Indien er geen reactie werd ingediend of de reactie geen aanleiding gaf tot wijzigingen, wordt het ontwerpverslag meteen ook het definitieve verslag.

Definitief verslag

Het definitieve verslag wordt overgemaakt aan Zorg en Gezondheid dat instaat voor de verdere opvolging van het dossier.

Regelgeving

De regelgeving die van toepassing is op de woonzorgcentra is terug te vinden op de website van Zorg en Gezondheid: www.zorg-en-gezondheid.be/ouderenzorg.

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.

Sinds 01 januari 2020 zijn het nieuwe Woonzorgdecreet van 15 februari 2019 en het uitvoeringsbesluit van 28 juni 2019 met bijlages van kracht. De erkenningsvoorwaarden voor de woonzorgcentra zijn terug te vinden in bijlage 11.

De woonzorgcentra die op 31 december 2019 erkend of voorafgaand vergund waren krijgen tijd tot 31 december 2022 om te voldoen aan de voorwaarden van bijlage 11, hoofdstuk 3 en 5. Tot die tijd blijven zij erkend met toepassing van de erkenningsvoorwaarden die van toepassing zijn op 31 december 2019 (BVR 24 juli 2009, bijlage XII).

Wanneer in het voorliggende verslag verwezen wordt naar de WZC voorwaarden, worden hiermee de voorwaarden van bijlage XII bedoeld. In die gevallen waar reeds de voorwaarden van bijlage 11 van toepassing zijn, wordt dit expliciet vermeld.

Gebruikte afkortingen

AP	aandachtspunt
BE	bijkomende erkenning
BVR	Besluit van de Vlaamse Regering
CDV	centrum voor dagverzorging
CVK	centrum voor kortverblijf
GAW	groep van assistentiewoningen
HVP	hoofdverpleegkundige(n)
NAH	niet aangeboren hersenletsel
NB	niet beoordeeld
NVT	niet van toepassing
SMK	sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
TK	tekort
VP	verpleegkundige(n)
VTE	voltijds equivalent
WGL	woongelegenhe(i)d(en)
WZC	woonzorgcentrum
WZD	woonzorgdecreet
ZK	zorgkundige(n)

SITUERING

Erkenningsgegevens WZC:

Capaciteit WZC-erkenning	194
Capaciteit bijkomende erkenning	131

Andere erkenningen en toelatingen:

Capaciteit CVK erkenning	2
--------------------------	---

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- een algemene opvolging.

PROFIEL EN AANTAL BEWONERS

Toelichting

- Vaststellingen op basis van de bewonerslijst op datum van het inspectiebezoek en observaties tijdens de rondgang in de voorziening.
- 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 bewoners WZC aanwezig	147
Afwezig	0
Andere	
Reële bezetting WZC *	147
Capaciteit erkend kortverblijf	2
Bezetting aangemeld herstelverblijf	
Totale bezetting **	149

* Reële bezetting WZC = Totaal aantal aanwezige bewoners WZC + aantal afwezigen + aantal andere

** Totale bezetting = Reële bezetting WZC + erkende capaciteit CVK + bezetting aangemeld herstelverblijf (indien dezelfde personeelsequipe voor het aangemeld herstelverblijf als voor het WZC). De totale bezetting geldt als basis voor de personeelsberekening.

KATZ SCORES

Katz-scores bewoners WZC

O	A	B	C	CD	A-dement	D	CC
17	19	48	14	37	0	12	0

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	86
Niet-bejaarde bewoners	5
Bewoners in erkend kortverblijf	1

	Ja	Nee	NB	NVT
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd. <i>Woonzorgdecreet art. 39,§2,6°</i>	☒	☐	☐	☐
Indien meer dan 10% van de bewoners jonger zijn dan 65 jaar beschikt men over een verslag dat werd opgemaakt door een multidisciplinair team. Uit dit verslag moet blijken dat er voor de gebruiker in zijn woonomgeving geen gepaste opvang beschikbaar is en dat de opname in het WZC beantwoordt aan de zorg- en ondersteuningsdoelen van de gebruiker in kwestie. Het multidisciplinair team moet minstens bestaan uit een maatschappelijk assistent en een behandelend arts. <i>BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 58,§1</i>	☐	☐	☐	☒

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: een aantal kamers en gemeenschappelijke ruimten: cafetaria, gangen, gemeenschappelijke toiletten in de de afdelingen Magnolia (beschermde afdeling) en Ter Linden in het oude gebouw en in de afdeling Lotus in het nieuwe gebouw.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van tekorten/aandachtspunten (= vastgesteld tekort/aandachtspunt) die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe tekorten/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld (= bijkomend tekort/aandachtspunt).

ALGEMENE GEGEVENS

Regelgeving van toepassing

- ☒ woonzorgcentrum voor 2009
- ☒ woonzorgcentrum na 2009, voor 2017
- ☐ woonzorgcentrum na 2017

Het woonzorgcentrum bestaat uit een oud en een nieuw gedeelte.

Wijzigingen infrastructuur sinds vorig inspectiebezoek

Er werden 8 tweepersoonskamers ontubbeld.

De afdelingen Mimosa en Heide zijn gesloten sinds april 2021.

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- CVK
- GAW
- LDC

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niet overal waar nodig is aangepaste zonnewering voorzien.

Vaststellingen

In het nieuwe gebouw is er enkel zonwerend glas voorzien, in het oude gebouw is er niet overal zonnewering in de woongelegenheden en in de gemeenschappelijke leefruimten aan de zonzijde voorzien.

In één van de bezochte kamers zien we dat er aan de binnenzijde zonnewering ophangt. Bij navraag blijkt dat de bewoner dit zelf heeft laten plaatsen omdat het zonlicht zorgt voor verblinding en opwarming.

In de leefruimte van de afdeling Ter Linden tegenover de cafetaria is er geen zonnewering op de schuine raamdelen aan de zijkanten. Daardoor is er sprake van verblinding wanneer men deze leefruimte binnenstapt of langsloopt in de gang. Aan het glazen afdak in de gang aan de afdeling Ter Linden is geen zonnewering.

In de leefruimte van de afdeling Lotus is geen zonnewering; alle gordijnen zijn gesloten aan de zonzijde op de dag van inspectie, een zonnige dag.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de badkamers en gemeenschappelijke toiletten zijn niet overal twee handgrepen naast het toilet voorzien.

Vaststellingen

In de gemeenschappelijke toiletten aan de kineruimte zijn in twee toiletten geen handgrepen voorzien. In de gemeenschappelijke badkamer van de afdeling Magnolia is één van de leuningen aan het toilet geheel afgebroken. In een gemeenschappelijk toilet in de afdeling Lotus zijn geen steunen voorzien.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het niveauverschil aan de kineruimte wordt niet duidelijk signaleerd.

Vaststellingen

Er werd een markering aangebracht aan de helling aan het kinelokaal.

Besluit

het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niet overal in de individuele sanitaire cellen is er aan de toiletten een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner.

Vaststellingen

In het nieuwe gebouw werd in de individuele sanitaire cellen enkel ter hoogte van de douche een noodoproepsysteem aangebracht. Het oproeppunt moet echter beschikbaar zijn vanuit zitpositie op het toilet.

De gesprekspartner geeft aan dat de bewoners allemaal een persoonlijk draagbare noodoproepknop hebben aan een polsband. Dit kan het permanent oproepsysteem niet vervangen.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Niet overal in de gangen werden aan beide zijden leuning aangebracht.

Vaststellingen

Er zijn geen leuning voorzien in de gang tussen de oudbouw en de nieuwbouw. Bewoners moeten via deze gang bv. naar het kapsalon en de kineruimte.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Niet in alle bewonerskamers is er een oproepsysteem beschikbaar dat bereikbaar is vanuit het bed.

Vaststellingen

In de voorziening wordt in de bewonerskamers gewerkt met een mobiel oproepsysteem. Eén bewoner beschikte niet over een mobiel oproepsysteem. In één van de bezochte kamers was een mobiel oproepsysteem aanwezig, maar dit lag niet binnen het bereik van de bewoner.

Bijkomend tekort

Beschrijving

De ramen kunnen niet overal beveiligd worden.

Vaststellingen

In de rookruimte kan het raam niet beveiligd worden. In de bewonerskamers op de beveiligde afdeling kan het raamdeel dat opengezet kan worden, niet beveiligd worden.

Bijkomend tekort**Beschrijving**

De spiegels in de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten zijn niet overal aangepast aan rolstoelgebruikers.

Vaststellingen

De spiegels in de gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten en in de gemeenschappelijke badkamer in de afdeling Magnolia hangen te hoog.

Bijkomend tekort**Beschrijving**

De trappen zijn niet overal beveiligd.

Vaststellingen

Op de afdeling Lotus is de trap aan het terras slechts afgesloten met een losse ketting.

Naleving regelgeving (niet conform)

- De zonnewering werd niet overal waar nodig geïnstalleerd - WZC voorwaarde art. 45,8° (alle WZC), art. 47/1,§8,12° (WZC na 2017) en art. 48/3,14°,c (indien BE).
- In de badkamers en gemeenschappelijke toiletten werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien - WZC voorwaarden art. 45,10° (alle WZC), art. 47/1,§8,1° en art. 47/2 (WZC na 2017), art. 48/3,4° (indien BE).
- Niet overal in de gangen werden aan beide zijden leuningen aangebracht - WZC voorwaarde art. 45,10° (alle WZC), art. 47/1,§8,1° (WZC na 2017), art. 48/3,4° (indien BE).
- Niet overal in de individuele sanitaire cellen is er een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner - WZC voorwaarden art. 45,12° (alle WZC), art. 47/1,§7,11° (WZC na 2017), art. 48/3,19° (indien BE).
- Niet in alle bewonerskamers is er een oproepsysteem beschikbaar dat bereikbaar is vanuit het bed en vanuit de zetel - WZC voorwaarde art. 45,12° (alle WZC), art. 47/1,§7,11° (WZC na 2017), art. 48/3,19° (indien BE).
- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de ramen kunnen niet beveiligd worden - WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC), art. 47/1, §6,4° en art. 47/1 §7,13°, (WZC na 2017) en art. 48/4,1° (indien BE).
- De spiegels in de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten zijn niet overal aangepast aan rolstoelgebruikers - WZC voorwaarden art. 48,7° (WZC voor 2009), art. 47,7° (WZC na 2009), art. 47/2 (WZC na 2017).
- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de traphallen zijn niet beveiligd - WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC), art. 47/1, §6,4° en art. 47/1 §7,13°, (WZC na 2017) en art. 48/4,1° (indien BE).

PERSONEEL

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden november en december 2021.

Functie	Effectief* 149 wgl	Vereist* WZC 149 wgl	Vereist* BE 131 wgl	Vereist* combinatie WZC-BE- erkenning
Directie	1,00	1,00	-	1,00
Totaal verpleging	16,20	9,93	21,83	23,03
Hoofdvpk/ teamverantw	3,80	-	4,00	4,00
Zorgkundigen	32,6	14,90	21,83	23,63
Ergo	3,00	-	4,37	4,37
Kine	2,96	-		
Logo	0,50	-		
Animatie	1	2,75	-	2,75
Reactivering	0,50	-	0,44	0,44
Onderhoud/keuken	28,20	9,93	-	9,93
Andere:				
Administratieve medewerkers	1,48	-	-	-
Logistieke medewerkers	1,25	-	-	-
-klantenbegeleider	0,47	-	-	-
-stafmedewerker	0,50	-	-	-
-Medewerker levensbeschouwelijk e zorg	0,34	-	-	-

* Effectief en vereist personeel in functie van het aantal bezette en/of erkende woongelegenheden (wgl.), uitgedrukt in voltijds equivalent (vte).

Toelichting

- De directie draagt de functietitel van Buurtzorgmanager.
- Het hoofd zorgteam werd meegerekend als teamverantwoordelijke.
- Stagiairs, jobstudenten en personeel dat langdurig afwezig is, werden niet meegerekend in bovenstaande tabel.
- De functie van reactivering wordt opgenomen door de diëtiste.
- Het tekort aan personeel inzake animatie wordt gecompenseerd door het surplus inzake ergo-, logo- of kinesithérapie.

- Er is een tekort van 6,83 vte verpleegkundigen. Dit tekort wordt gedeeltelijk gecompenseerd na toepassing van de “substitutieregel” (BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 62, 5° en 6°). Deze regel stelt dat, indien de verpleegkundige 24u-permanentie gewaarborgd is voor het WZC, 1 VTE verpleegkundige (of 1, 5 vte indien minstens 7 vte verpleegkundigen in dienst) per 30 bewoners met bijkomende erkenning kan vervangen worden door een ander personeelslid met een gezondheidsberoep (= maximaal 6,54 vte). Er blijft een tekort van 0,29 vte.
- De medewerkers kamerzorg zijn in bovenstaande tabel meegeteld bij onderhoud en keuken.

Naleving regelgeving (niet conform)

- De functie van hoofdverpleegkundige/teamverantwoordelijke wordt onvoldoende ingevuld: er is een tekort van 0,20 vte WZC voorwaarde art. 48/8,1° (indien BE).
- Er is onvoldoende verplegend personeel: er is een tekort van 0,29 vte - WZC voorwaarde art. 48/8,1° (indien BE).

VEILIGHEID

MEDICATIEVEILIGHEID

Toelichting

- 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 het nazicht van: een steekproef van de zorgdossiers, het medicatieopslag- en bedelingssysteem, klaargezette medicatie via steekproef.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens rondgang.
- Vaststellingen op basis van de bevraging van medewerkers.
- Vaststellingen op basis van bijkomende registraties inzake medicatie.

	Ja	Nee	NB	NVT
In het zorgdossier 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). <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
Deze informatie kan op het moment van toedienen van de medicatie geconsulteerd worden. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
Afwijkende tijdstippen zijn aangeduid in de medicatiefiches en de kleur van de potjes verschilt naargelang het tijdstip.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 4

	Ja	Nee	NB	NVT
Op de medicatiefiche wordt voor "medicatie indien nodig" de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening vermeld. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	1/4	3/4 TK	0/4	0/4
Op twee van de gecontroleerde medicatiefiches wordt de indicatie niet vermeld, op één wordt het interval niet vermeld, op één wordt de dosis niet vermeld. Op één van de gecontroleerde medicatiefiches zijn alle verplichte vermeldingen opgenomen.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> Aantal gecontroleerde dossiers = 3	3/3	0/3	0/3	0/3
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> Aantal gecontroleerde dossiers = 3	3/3	0/3	0/3	0/3
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> Aantal gecontroleerde dossiers = 0	0/0	0/0	0/0	0/0
De gecontroleerde medicatiefiches vermelden consequent de registraties dat de medicatie wordt klaargezet, gecontroleerd- en toegediend. Alle bewoners die insuline moeten krijgen, krijgen dit volgens de gesprekspartner volgens een vast schema.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De klaargezette medicatie stemt overeen met de medicatiefiche. (geen tegenindicaties) <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/4,1° (indien BE)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3

	Ja	Nee	NB	NVT
Medicatie die vooraf wordt klaargezet blijft identificeerbaar tot op het moment van toedienen. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
Men hanteert een systeem om de vervaldata van geneesmiddelen op te volgen. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Men hanteert een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening (vb. oogdruppels, neusdruppels) op te volgen. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	☐	☐	☒	☐
Op één potje was een fout deksel gezet, dat een andere medicatie vermeldde dan in het potje zat. Iedere dag wordt van één bewoner de vervaldata van diens medicatie nagekeken; dit wordt vermeld op een rooster dat ophangt in de verpleegpost en ook op de medicatiefiche.				

Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
In de medicatiefiches wordt vermeld wanneer de medicatie moet geplet worden.				

Aantal gecontroleerde koelkasten= 2

	Ja	Nee	NB	NVT
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt opgevolgd. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	0/2	2/2 TK	0/2	0/2
Er zijn schriftelijke afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De gesprekspartner geeft aan dat de temperatuur van de koelkasten wordt gecontroleerd door de medewerkers van de nachtdienst. Op de koelkasten hangt een rooster met de registraties voor de lopende maand; op dit rooster staan de grenswaarden vermeld. De thermometer in de koelkast in de verpleegpost op de afdeling Magnolia vermeldt 10 graden. De temperatuur wordt hier dagelijks genoteerd, soms worden de grenswaarden overschreden. Het is niet duidelijk welke acties op die momenten ondernomen werden om de temperatuur te doen dalen. Op de koelkast in de verpleegpost op de afdeling Ter Linden zijn de grenswaarden niet dagelijks geregistreerd. De thermometer vermeldt 9 graden. De thermostaat kan hier niet geregeld worden. De temperatuur overschrijdt in beide gevallen de grenswaarden en er konden geen acties ondernomen worden omdat de koelkasten niet regelbaar zijn.				

Naleving regelgeving (niet conform)

- Zie de tekorten (TK) hierboven in de toelichting.

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

Toelichting

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

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

Materialen en producten

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is een wastafel beschikbaar in: <i>WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)</i>				
- de gemeenschappelijke toiletten <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- badkamers <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- verpleegpost <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- personeelstoilet <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2

Aantal gecontroleerde wastafels = 5

	Ja	Nee	NB	NVT
Bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost beschikt men over: <i>WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)</i>				
- vloeibare zeep	5/5	0/5	0/5	0/5
- dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	5/5	0/5	0/5	0/5
- instructies handhygiëne	4/5	1/5 TK	0/5	0/5
- aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	4/5	1/5 TK	0/5	0/5
In één badkamer stond geen vuilbak. Op één plaats ontbreekt een geheugensteun.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is handalcohol beschikbaar: <i>WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)</i>				
- bij elke bewonerskamer	☐	☒ TK	☐	☐
- in elke verpleegpost	☒	☐	☐	☐
- in alle gemeenschappelijke leefruimtes	☐	☒ TK	☐	☐
Er was handalcohol beschikbaar in de keukens, in de verpleegposten, op de zorgkar, maar niet aan alle bewonerskamers en niet in alle leefruimtes.				

Medewerkers

Aantal geobserveerde medewerkers = 10

	Ja	Nee	NB	NVT
De algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne worden in de praktijk door de medewerkers nageleefd: • 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 <i>WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)</i>	10/10	0/10	0/10	0/10

Gebruik mondneusmaskers

Alle medewerkers die contact hebben met bewoners moeten vanaf het betreden van het WZC een chirurgisch mondneusmasker dragen.

Mondneusmaskers dienen correct gedragen te worden. Ze dienen neus en mond te bedekken en er mag slechts één mondneusmasker tegelijkertijd gedragen worden.

FFP2-maskers met ventiel bieden geen bescherming voor anderen. Zo'n masker beschermt enkel de drager van het masker.

Aantal geobserveerde medewerkers = 10

	Ja	Nee	NB	NVT
De medewerkers die rechtstreeks contact hebben met bewoners dragen het mondneusmasker op een correcte wijze: • een chirurgisch of FFP2 masker • het masker bedekt mond en neus • het masker wordt niet gecombineerd met een ander mondneusmasker <i>WZC voorwaarde art. 20 (alle WZC) en art. 48/21 (indien BE)</i>	10/10	0/10	0/10	0/10

Naleving regelgeving (niet conform)

- Zie de tekorten (TK) hierboven in de toelichting.

HULP- EN DIENSTVERLENING

ZORGDOSSIERS

Toelichting

- Het zorgdossier is een belangrijk instrument om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen. De voorziening kiest zelf hoe dit zorgdossier er concreet uit ziet en hoe en waar de informatie samengebracht wordt. Minimaal dient het zorgdossier 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 zorgdossier is opgebouwd en gebruikt wordt op de werkvloer. De focus van de bevraging ligt op het nagaan of het zorgdossier consequent wordt bijgehouden en geactualiseerd 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 zorgdossier voldoet aan alle voorwaarden van de 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 bevroegde element.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang, bevraging van personeelsleden en toetsing van een steekproef van de zorgdossiers en andere registraties m.b.t. de zorg op de afdelingen Lotus en Magnolia.

Medische- en sociale anamnese

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorgdossier bevat informatie m.b.t. de medische anamnese, huidige diagnose en allergieën. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
Het zorgdossier bevat de sociale anamnese met o.a. informatie over: • loopbaan • hobby's en interesses • samenstelling gezin/belangrijke levensgebeurtenissen. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Bij opname wordt een fiche op papier opgemaakt met informatie over de familie, tijdsbesteding, hobby's. In het elektronisch zorgdossier vult de meter of peter (aandachtspersoon binnen personeel) van elke bewoner in: diagnoses, contactpersonen, noodnummers, arts, allergieën, vaccinaties, pedicurenood, voorkeur haartooi, slaapgewoonten. Het sociale luik was bij één gecontroleerd dossier niet ingevuld.				

Zorgplan

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorgplan wordt opgemaakt per zorgmoment. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorgplan bevat - indien nodig - voor alle zorgmomenten actuele instructies m.b.t. wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, continentie en eten (geen tegenindicaties). <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
De gecontroleerde zorgplannen waren volledig en up-to-date.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorgplan bevat -indien nodig- actuele instructies (geen tegenindicaties) m.b.t.: <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>				
- baddag <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
- uit te voeren wondzorg <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- te meten parameters (op instructie van de arts) <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 6</i>	6/6	0/6	0/6	0/6
Volgens de gesprekspartner worden de Katz-schalen elke maand aangepast. Er wordt aangevinkt welke handelingen nodig zijn per zorgmoment. Dit gebeurt volgens de gesprekspartner door de verpleegkundigen en wordt aangevuld door de zorgkundigen. Tijdens deze inspectie ontbraken in twee zorgplannen instructies voor vrijheidsbeperkende maatregelen.				

	Ja	Nee	NB	NVT
De zorgplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
De zorgplannen worden niet meegenomen en kunnen bijgevolg niet geconsulteerd worden tijdens het uitvoeren van de zorg. Volgens de gesprekspartner worden voor studenten aparte lijstjes gemaakt.				

Registraties

Aantal gecontroleerde dossiers = 4

	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorgplan wordt consequent geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	2/4	2/4 TK	0/4	0/4
Er zijn hiaten in de registratie van de uitgevoerde zorg. In twee van de vier gecontroleerde dossiers werd het uitvoeren van de instructies op het zorgplan consequent geregistreerd. In één dossier werden op 3 dagen geen registraties gedaan, in één dossier werd de ochtendzorg niet afgetekend van één dag. Volgens de gesprekspartner wordt soms door één medewerker voor alle bewoners van de afdeling afgetekend.				

Aantal gecontroleerde parameters = 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC) en art. 48/4,1° (indien BE)</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
Voor één van de bewoners met diabetes werd de parameterplanning op papier opgemaakt, waarop 4 maal per dag de parameters werden geregistreerd.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
De bewoners worden in principe wekelijks gewogen. Volgens gesprekspartner wordt dit bij afwijkende getallen opgevolgd.				

Observaties

	Ja	Nee	NB	NVT
Volgende disciplines noteren observaties m.b.t. de toestand van de bewoner in het zorgdossier: <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>				
- verpleegkundigen	☒	☐	☐	☐
- zorgkundigen	☒	☐	☐	☐
- kinesitherapeut(en)	☒	☐	☐	☐
- ergotherapeut(en)	☐	☒ TK	☐	☐
- animatiedeskundige(n).	☐	☒ TK	☐	☐
De observaties van de ergotherapeuten dateren van meer dan een jaar geleden (MMSE), er zijn geen observaties van de animatiedeskundigen. De diëtiste noteert sporadisch observaties.				

Procedure fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen

	Ja	Nee	NB	NVT
Men heeft een procedure fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen die minstens de volgende elementen bevat: <i>SMK 4.2 (alle WZC) en WZC voorwaarde 48/22 (indien BE)</i>				
- definitie fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen (conform de definitie binnen het Vlaams indicatoren project WZC)	☒	☐	☐	☐
- 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.	☒	☐	☐	☐
De procedure voorziet de periodiciteit voor de evaluatie als volgt: • residenten die fysiek niet gefixeerd zijn Deze residenten worden minstens om de 3 maanden op een residentenbespreking geëvalueerd • residenten die fysiek gefixeerd zijn: Deze residenten worden elke maand op de residentenbespreking of bij het reviseren van dossier geëvalueerd. • men kan de termijn van 1 en 3 maanden ook verkorten (bijvoorbeeld bij een driepunts-fixatie een dagdagelijkse evaluatie). De handleiding beperkende maatregelen vult daarbij aan: Een evaluatie van een beperkende maatregel kan te allen tijde. Elk zorgteam heeft de bevoegdheid om een beperkende maatregel te evalueren ongeacht welke termijn.				

Praktijk fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoner en/of familie werd(en) betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en). <i>WZC voorwaarde art. 25,5° en SMK 2.2 (alle WZC)</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
De gesprekspartner vermeldt dat bij één van de bewoners van de steekproef de bewindvoerder nooit contact neemt en er geen familie is. Wel blijkt uit het dossier dat men evalueert en zoekt naar alternatieven in overleg met de arts.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	3/3	0/3	0/3	0/3

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen worden aantoonbaar periodiek geëvalueerd. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 en art. 48/22 (indien BE)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3

Wondzorg

	Ja	Nee	NB	NVT
In geval van wondzorg wordt er voor elke wonde een wondzorgfiche opgemaakt (geen tegenindicaties). <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> Aantal gecontroleerde dossiers = 3	3/3	0/3	0/3	0/3
De wondzorgfiche vermeldt: <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i> Aantal gecontroleerde wondzorgfiches = 3				
- startdatum	3/3	0/3	0/3	0/3
- beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	3/3	0/3	0/3	0/3
- aard van de behandeling	3/3	0/3	0/3	0/3
- frequentie van de behandeling.	3/3	0/3	0/3	0/3
Er worden foto's van elke wonde aan de wondzorgfiche toegevoegd.				

Aantal gecontroleerde wondzorgfiches= 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De evolutie van de wonde is af te leiden uit de observaties in het zorgdossier. <i>WZC voorwaarde art. 25,4° (alle WZC) en art. 48/6 (indien BE)</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
Er is wekelijks een update van de wondzorgfiche en de foto's.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- Zie de tekorten (TK) hierboven in de toelichting.

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN M.B.T. DE ZORGPRAKTIJK

Toelichting

- Zorginspectie besteedt tijdens de rondgang ook aandacht aan verschillende andere, 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 positieve 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 observaties tijdens de rondgang, bevraging van personeelsleden en toetsing van een steekproef van de zorgdossiers en andere registraties m.b.t. de zorg op afdelingen Magnolia, Ter Linden en Lotus.
- Voor de beoordeling van de vereiste kwalificaties van het personeel baseert Zorginspectie zich op bijlage 1 van het koninklijk besluit van 18/06/1990 dat de lijst bevat van de technische verpleegkundige verstrekkingen die door de beoefenaars van de verpleegkunde mogen worden verricht en op het KB van 12/01/2006 dat de lijst bevat van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen.

Naleving regelgeving(geen tegenindicaties)

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst en het uurrooster voor de afgelopen en de huidige maand.

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is 24u/24u verpleegkundige permanentie. <i>WZC voorwaarde art. 48/9,2° (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
Tijdens de nacht is er voldoende personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden (minimaal 1 zorgmedewerker/60 bewoners). <i>WZC voorwaarde art. 40</i>	☒	☐	☐	☐
Er is een actieve nachtdienst. <i>WZC voorwaarde art. 40</i>	☒	☐	☐	☐
In de uurroosters wordt structureel overlapping voorzien tussen de verschillende diensten in functie van de informatieoverdracht.	☒	☐	☐	☐
De standaardbezetting is als volgt: - een vroege dienst met 18 zorgmedewerkers, waarvan 2 à 3 verpleegkundigen - een late dienst met 9 zorgmedewerkers waarvan 1 verpleegkundige - een nachtdienst met 3 zorgmedewerkers waarvan 1 verpleegkundige. De zorgkundigen zijn verdeeld over 3 teams: Waterlelie-Lotus, Zonnebloem-Blauwe regen, Magnolia-Ter Linden. De verpleegkundigen werken overkoepelend. De standaardbezetting wordt gehaald.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- Zie het tekort (TK) hierboven in de toelichting.

OBSERVATIES RONDGANG

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang.

BEJEGENING

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners zijn goed gepositioneerd. <i>SMK 1.3 (alle WZC)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
De bewoners zien er uiterlijk verzorgd uit. <i>SMK 1.3 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De bewoners worden respectvol bejegend. <i>SMK 1.3 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Voor een dame met Dauerbinde stond er een Ikea verhoogbankje voor kinderen. De voorziening dient in gepast materiaal te voorzien.				

	Ja	Nee	NB	NVT
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...) <i>WZC voorwaarde art. 46 en SMK 1.2 (alle WZC), art 48, 2°, d (WZC voor 2009), art 47,5° (WZC na 2009), en 47/1,§1,4° en 47/1,§2,4° (WZC na 2017)</i>	☒	☐	☐	☐
Indien incontinentiemateriaal in de individuele sanitaire cellen of in de gemeenschappelijke toiletten en badkamers wordt opgeborgen, gebeurt dit discreet. <i>SMK 1.3 (alle WZC)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
In een bewonerskamer lag incontinentiemateriaal niet opgeborgen op de wastafel van de individuele sanitaire cel.				

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB	NVT
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten. <i>WZC voorwaarde art. 27,2° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De maaltijden worden zo nodig gemalen, gemixt, geblijt, gesneden,... <i>WZC voorwaarde art. 27,2° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Het menu hangt een week op voorhand op in de leefruimte. Als bewoners iets niet lusten, kunnen ze dat vooraf doorgeven. De gesprekspartner geeft aan dat er ook nog op volgende wijze wordt rekening gehouden met de keuze van bewoners: er wordt een voedingslijst opgemaakt bij opname, waarbij de bewoners hun voorkeuren kunnen doorgeven en er is een menuraad met bewoners, de kok en de diëtiste, waarop besproken wordt wat men graag zou willen eten.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Er wordt een huiselijke en rustige sfeer gecreëerd tijdens de maaltijd. <i>SMK 1.3 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Er zijn aangepaste hulpmiddelen beschikbaar voor het maaltijdgebeuren. <i>SMK 5.7 (alle WZC) en WZC voorwaarde art. 48/4,1° (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐
De medewerkers die hulp bieden bij de maaltijd zetten zich mee aan tafel. De bewoners hebben vaste plaatsen, waarbij de bewoners die goed zelfstandig eten en de bewoners die hulp nodig hebben of gestimuleerd moeten worden, gemengd worden. Volgens de gesprekspartner wordt bij de bediening van de tafels afgewisseld welke tafel eerst aan de beurt komt. Er worden bordranden en aangepaste bekertjes gebruikt.				

BEWONERSKAMERS

	Ja	Nee	NB	NVT
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. <i>WZC voorwaarde art. 27, 4° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
De bewoner kan vanuit het bed het licht bedienen. <i>WZC voorwaarde art. 45,13° (alle WZC) , art. 47/1,§7,7° (WZC na 2017), art. 48/3,11° (indien BE)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
Een bewoner kon op de kamer niet aan het licht vanuit het bed.				

VERWARMING, VENTILATIE, VERLICHTING EN ONDERHOUD

	Ja	Nee	NB	NVT
In alle lokalen is de verwarming, ventilatie en verlichting aangepast aan de bestemming van het lokaal (geen tegenindicaties). <i>WZC voorwaarde art. 45,5°,6°,7° (alle WZC) , art. 47/1,§8,5°,6°,7°,10° (WZC na 2017), art. 48/3,11°, 12°, 13°,14° en 20° (indien BE)</i>	☒	☐	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
De gebouwen en de lokalen worden regelmatig onderhouden: <i>WZC voorwaarde art. 45,2° en 3° (alle WZC) en art. 47/1,§1,2° en 3° (WZC na 2017)</i>				
- dagelijks onderhoud	☐	☒ TK	☐	☐
- structureel onderhoud.	☐	☒ TK	☐	☐
Een kussen van een bewoner is erg vuil. In de gemeenschappelijke toiletten aan de kineruimte ontbreekt de bril op één toilet. In de gangen, gemeenschappelijke ruimtes en kamers zijn er op vele plaatsen beschadigingen onderaan de muren aan verf en behang. In de gemeenschappelijke toiletten in de afdeling Ter Linden zijn er tegels van de muur. In de gemeenschappelijke badkamer in de afdeling Magnolia is het behang gelost aan de douche, is de stootrand aan het bad losgekomen, zijn de koepel en de zijwanden ervan erg vuil (afdrupend vocht), zit het ventilatierooster vol stof en is de leuning afgebroken aan het toilet. In de gemeenschappelijke toiletten in de afdeling Magnolia hangt één van leuning los. Ook in de gemeenschappelijke toiletten van de afdeling Lotus is dit het geval.				

VEILIGHEID

	Ja	Nee	NB	NVT
Men neemt de nodige maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen, rekening houdend met hun toestand: <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC), art. 48,8° (WZC voor 2009), art. 47,8° (WZC na 2009), art. 47/1,§4,1° (WZC na 2017) en art. 48/4,1° (indien BE)</i>				
- medicatie en verzorgingsproducten worden veilig bewaard	☒	☐	☐	☐
- onderhoudsproducten worden veilig bewaard.	☐	☒ TK	☐	☐
Op de poetskar in de beveiligde afdeling Magnolia ontbreekt de veiligheidsdop van de toiletontkalker. Deze kar werd onbeheerd achtergelaten op de gang.				

INFORMATIE VOOR BEWONERS

	Ja	Nee	NB	NVT
Het menu wordt ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld. <i>WZC voorwaarde art. 27,3° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Het animatieprogramma wordt bekendgemaakt. <i>SMK 1.15 (alle WZC)</i>	☐	☐	☒	☐
De gegevens van de Woonzorglijn worden op een zichtbare plaats uitgehangen. <i>WZC voorwaarde art. 26§3 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐
Volgende zaken zijn geafficheerd: • dagprijzen • extra vergoedingen • regeling van de voorschotten ten gunste van derden <i>WZC voorwaarde art. 32 (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐

Naleving regelgeving(niet conform)

- Zie de tekorten (TK) hierboven in de toelichting.

DOCUMENTENFICHE

DOCUMENTEN INSPECTIE

Toelichting

- De onaangekondigde inspectie verliep in een constructieve sfeer. Alle gevraagde informatie werd ter beschikking gesteld.

Naleving regelgeving(conform)