

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	Ter Eyke
Adres	Drie Eikenstraat 375, 2650 Edegem
Dossiernummer	124.104

INRICHTENDE MACHT

Naam	TER EYKE
Juridische vorm	VZW
Adres	Langestraat 366, 1620 Drogenbos

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 3/02/2022 (10:00-16:45)
Datum laatste vaststelling	08/02/2022

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	115
Capaciteit bijkomende erkenning	25

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	57
Afwezig	
Andere	
Reële bezetting WZC *	57
Bezetting aangemeld herstelverblijf	
Totale bezetting **	57

* Reële bezetting WZC = Totaal aantal aanwezige bewoners WZC + aantal afwezig + 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
12	15	16	6	5	0	3	0

PROFIEL BEWONERS

		Aantal			
Bewoners met dementiesyndroom		16			
		Ja	Nee	NB	NVT
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd. <i>Woonzorgdecreet art. 39,§2,6°</i>		☒	☐	☐	☐
De bezetting van het woonzorgcentrum ligt onder de erkende capaciteit. Het woonzorgcentrum hanteert een opnamestop omdat bij een bezetting van 60 bewoners de continuïteit van zorgverlening niet gegarandeerd kan worden, aldus de gesprekspartner.					

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: de afdeling verhoogd toezicht op het gelijkvloers (enkel een aantal gemeenschappelijke ruimten in gebruik); de afdeling Mussenborg op de eerste verdieping; de afdeling Arendsnest op de tweede verdieping; het restaurant Ter Linden; het kapsalon op het gelijkvloers en tenslotte de rokersruimte en de verpleegpost in de kelder.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevestigd. 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

De afdeling verhoogd toezicht op het gelijkvloers is nog niet in gebruik genomen. De afdeling verhoogd toezicht wordt volgens de gesprekspartners nog vrijgehouden enerzijds voor het geval er een covid-19 uitbraak is en anderzijds omwille van gebrek aan personeel. De bewoners met dementieproblematiek wonen verspreid over de andere afdelingen. Daarom worden volgens de gesprekspartner alle toegangen gesloten gehouden en na aanbellen door het personeel geopend.

Geplande wijzigingen

De verpleegpost is momenteel in de kelder gelegen waardoor een direct contact met de bewoners op de afdelingen ontbreekt. Volgens de gesprekspartner werden de plannen goedgekeurd om de verpleegpost te verplaatsen naar de gelijkvloerse verdieping. Van een nu ongebruikte kleine verpleegpost en een grotere ruimte waar nu het kapsalon is, zal één grote ruimte worden gemaakt. Deze ruimte zal worden ingericht als verpleegpost met zicht op de leefruimte van de toekomstige afdeling verhoogd toezicht.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De bewoner kan geen eigen meubilair meebrengen.

Vaststellingen

De bedden, nachtkasten en koelkasten staan op vaste plaatsen in de bewonerskamers. De bewoners op de bezochte kamers beschikken wel over eigen meubilair om hun kamer in te richten, zoals zetels, tafels en kasten. Ook brachten bewoners schilderijen, ornamenten, etc. mee.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De oppervlakte en ligging van de gemeenschappelijke eet-en leefruimten voldoen niet aan de erkenningsvoorwaarden.

Vaststellingen

Op de afdelingen op de eerste en tweede verdieping is er een gemeenschappelijke zitruimte (salon) waar bewoners kunnen zitten, maar niet eten. De bewoners eten in het restaurant op het gelijkvloers. 's Morgens eten de bewoners hun ontbijt op de bewonerskamers.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niveauverschillen worden niet vermeden of duidelijk gesignaleerd.

Vaststellingen

Er is een drempel van 2 cm op de overgang tussen de leefruimte van de afdeling met verhoogd toezicht (nu gebruikt als animatieruimte) op de gelijkvloerse verdieping en het beveiligde terras. Dit is hinderlijk voor gebruikers van rollators, rolstoelen en algemeen voor minder valide mensen. Dit niveauverschil is niet gesignaleerd en niet ondervangen. De kleinere terrassen aan de leefruimten van de eerste en tweede verdieping zijn wel rolstoeltoegankelijk, zonder niveauverschil aan de terrasdeuren.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Er is niet overal waar nodig zonnewering voorzien.

Vaststellingen

Er werd zonnewering aangebracht met uitzondering van de noordkant.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de badkamers, gemeenschappelijke toiletten en individuele sanitaire cellen zijn niet overal handgrepen naast het toilet voorzien

Vaststellingen

Aan het rolstoeltoegankelijk toilet aan het restaurant op het gelijkvloers zijn korte handgrepen aangebracht aan het toilet zelf. Er werden geen volwaardige armsteunen geïnstalleerd.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De traphallen zijn niet beveiligd in het kader van valpreventie.

Vaststellingen

Tijdens de huidige inspectie werd vastgesteld dat de traphallen beveiligd zijn.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het WZC beschikt niet over een aangepaste lift.

Vaststellingen

Er zijn 4 liften maar deze zijn niet geschikt voor liggend vervoer. Bewoners die liggend moeten verplaatst worden, moeten met een brancard vervoerd worden.

Besluit

Dit tekort werd niet geremedieerd.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepast bad- en douchegelegenheid en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden.

Vaststellingen

Er zijn 4 gemeenschappelijke badkamers waarvan 1 badkamer niet over een bad beschikt en gebruikt wordt als berging voor de rolstoelen.

Per dertig wooneenheden met individuele douche moet er een gemeenschappelijke badkamer met aangepaste bad- en douchegelegenheid en toilet beschikbaar zijn. Bij het overschrijden van de helft van elke nieuwe schijf van dertig wooneenheden met individuele douche moet er een extra gemeenschappelijke badkamer met aangepaste bad- en douchegelegenheid en toilet beschikbaar zijn.

Naleving regelgeving (niet conform)

- De oppervlakte en ligging van de gemeenschappelijke eet- en leefruimten voldoen niet aan de erkenningsvoorwaarden - WZC voorwaarde artikel 48,6°,b (WZC voor 2009), artikel 47,1° en 6° (WZC na 2009), art. 47/1,§3,2°, 3° en 4° (WZC na 2017), art. 48/3,3°,a (indien BE).
- Er zijn niveauverschillen die niet duidelijk worden gesignaleerd - WZC voorwaarde art. 45,9° (alle WZC) , art. 47/1,§6,2° (WZC na 2017), art. 48/3,5° (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).
- Het WZC beschikt niet over een aangepaste lift - WZC voorwaarde art. 48,9° (WZC voor 2009), art. 47,9° (WZC na 2009), art. 47/1,§6,1° (WZC na 2017), art. 48/3,18° (indien BE). (toegevoegd)
- Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden - WZC voorwaarde art. 48,10° (WZC voor 2009), art. 47,10° (WZC na 2009), art. 47/1,§3,7° en 8° (WZC na 2017).

PERSONEEL

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden januari en februari 2022.

Functie	Effectief* 57 wgl	Vereist* WZC 57 wgl	Vereist* BE 25 wgl	Vereist* combinatie WZC-BE- erkenning
Directie	1,00	1,00	-	1,00
Totaal verpleging	4,00	3,80	4,17	6,30
Hoofdvpk/ teamverantw	1,00	-	1,00	1,00
Zorgkundigen	8,28	5,70	4,17	7,37
Ergo		-	0,83	0,83
Kine	0,5	-		
Logo		-		
Animatie	2,24	2,00	-	2,00
Reactivering		-	0,08	0,08
Onderhoud/keuken	7,93	3,80	-	3,80
Andere:				
-teamleader administratie	1,00	-	-	-

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

Toelichting

- Stagiairs, jobstudenten en personeel dat langdurig afwezig is, werden niet meegerekend in bovenstaande tabel.
- Interim-personeel wordt enkel aanvaard ter vervanging van het tijdelijk wegvallen van vast personeel (bij ziekte, vakantie, ...) en in afwachting van een aanwerving. Interim-personeel wordt niet aanvaard als permanente oplossing en werd daarom in bovenstaande tabel niet meegeteld (m.u.v. interim-personeel dat structureel en via een langlopend contract wordt ingezet). Voor de beoordeling van de continuïteit van de hulp- en dienstverlening (zie verder in het verslag) werd wel rekening gehouden met het interim-personeel.
Volgens de gesprekspartners was de inzet van personeel met kortdurende contracten voor verpleegkundigen via interimbureau's voor januari 2022: 15 nachtdiensten van 10u en 9 dagdiensten van 7,6u.
De inspectie vond plaats op 3 februari 2022. Voor de maand februari 2022 was het volgende ingepland: 14 nachtdiensten van 10u en 11 dagdiensten van 7,6u.
- Er is een tekort van 2,30 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 (0,91 vte). Na toepassing van deze regel blijft er een tekort van 1,39 vte.

- De voorziening heeft meer paramedici of andere functies in dienst dan vereist voor de bijkomende regelgeving. Dit surplus wordt in aanmerking genomen voor de invulling van de bijkomende functie van reactivering.
- De teamleader care werd als hoofdverpleegkundige toegevoegd in de personeelstabel aangezien er momenteel nog geen andere hoofdverpleegkundige is in het WZC.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Er is onvoldoende verplegend personeel: er is een tekort van 1,39 vte - WZC voorwaarde art. 38, 2°.
- Er is onvoldoende kine/ergo/logo: er is een tekort van 0,33 vte - WZC voorwaarde art. 48/8,3° (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.

Op het moment van de inspectie was de teamleader care net in dienst (sinds 24/1/2022) en was er geen hoofdverpleegkundige. Behalve de teamleader care was er op het moment van inspectie geen andere verpleegkundige aanwezig in het woonzorgcentrum die toelichting kon geven over de elektronische zorgdossiers. De regionaal directeur van Orpea werd gecontacteerd door de directie zodat deze het bevroegde kon aantonen.

	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>	☐	☒ TK	☐	☐
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>	☒	☐	☐	☐
Bij een bewoner die medicatie in eigen beheer neemt, is dit niet opgenomen in het zorgdossier.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	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>	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
In 2 dossiers ontbreekt het interval voor toediening.				

	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> <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	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> <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	0/3	3/3 TK	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> <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 0</i>	0/0	0/0	0/0	0/0
Het toedienen van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd.				
Er zijn geen bewoners met variabel schema voor insuline volgens de gesprekspartners.				

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
De medicatiefiches worden op de computer opgemaakt en kunnen worden geraadpleegd op een tablet op de medicatiekar. Ze worden ook afgedrukt en in een kaft bewaard als back-up. Op één afgedrukte fiche was een recente aanpassing van de door de arts voorgeschreven medicatie nog niet aangeduid. De aanpassing was wel zichtbaar op de tablet en op de computer.				

	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 vervaldatum van geneesmiddelen op te volgen. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	☐	☒ TK	☐	☐
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>	☒	☐	☐	☐
Er zijn losse tabletten in potjes in de medicatiekar klaargezet, die niet meer identificeerbaar zijn. Het merendeel van de medicatie blijft verpakt in multidosezakjes of blisters tot op het moment van toediening.				
De apotheek levert dagelijks de medicatie, doorgegeven wijzigingen gelden vanaf de volgende dag. De noodkoffer en de medicatie indien nodig worden eveneens door de apotheek beheerd. De apotheek volgt de vervaldatum van de medicatie op volgens de gesprekspartner. Dit kon niet aangetoond worden.				
Op de geopende flesjes oogdruppels in een schuif van de medicatiekar staat de openingsdatum vermeld.				

Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	0/1	1/1 TK	0/1	0/1
De medicatiepletter in de verpleegpost in de kelder is niet proper.				

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>	1/2	1/2 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>	☒	☐	☐	☐
Er zijn twee koelkasten waarin medicatie bewaard wordt: één in de verpleegpost en één in een bergingsruimte in de kelder. Er kan niet aangetoond worden dat de temperatuur wordt opgevolgd van de koelkast in de bergingsruimte. Er is wel een lijst met grenswaarden beschikbaar en regelmatig ingevuld bij de koelkast in de verpleegpost.				

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 = 4</i>	4/4	0/4	0/4	0/4
- badkamers <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- verpleegpost <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
- personeelstoilet <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 0</i>	0/0	0/0	0/0	0/0

Aantal gecontroleerde wastafels = 10

	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	10/10	0/10	0/10	0/10
- dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	8/10	2/10 TK	0/10	0/10
- instructies handhygiëne	6/10	4/10 TK	0/10	0/10
- aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	1/10	9/10 TK	0/10	0/10

In de gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten op het gelijkvloers en de eerste en tweede verdieping, in de gemeenschappelijke badkamers op de eerste en tweede verdieping zijn de deksels van de vuilbakken met de knie te bedienen. Dit is niet eenvoudig, zeker niet voor minder mobiele bewoners; ook kan het deksel enkel met de hand opnieuw gesloten worden. Aan sommige wastafels staat ook een andere vuilbak zonder deksel.

In de badkamer op de tweede verdieping en in één van de badkamers op de eerste verdieping hangen geen instructies handhygiëne en geen dispenser met papieren wegwerphanddoekjes bij de wastafels.

Aan de wastafels in het damestoilet aan het restaurant op het gelijkvloers en in het rolstoeltoegankelijk toilet aan de animatieruimte op het gelijkvloers hangen geen instructies handhygiëne.

	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	☒	☐	☐	☐
Er is geen handalcohol beschikbaar aan de bewonerskamers. In het rolstoeltoegankelijk toilet op de tweede verdieping was de dispenser met handalcohol leeg.				

Medewerkers

Aantal geobserveerde medewerkers = 11

	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>	11/11	0/11	0/11	0/11

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 = 11

	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>	11/11	0/11	0/11	0/11

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 Mussenborg op de eerste verdieping en Arendsnest op de tweede verdieping.

Er wordt gewerkt met het elektronisch zorgdossier Care Solutions. De zorgplannen kunnen op tablets worden geraadpleegd.

Op het moment van de inspectie was de teamleader care net in dienst sinds 24/1/2022 en was er geen hoofdverpleegkundige. Behalve de teamleader care was er op het moment van inspectie geen andere verpleegkundige aanwezig in het woonzorgcentrum die toelichting kon geven over de elektronische zorgdossiers. De regionaal directeur van Orpea werd gecontacteerd door de directie zodat deze het bevroegde kon aantonen.

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>	1/3	2/3 TK	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>	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
2 dossiers bevatten geen medische anamnese. Sociale anamnese: - 1 dossier bevatte een heel beperkte notering van enkele gewoonten (m.b.t. slapen en TV-programma's); - 1 dossier bevatte helemaal niets betreffende sociale aspecten.				

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

	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 = 2</i>	0/2	2/2 TK	0/2	0/2
- uit te voeren wondzorg <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
- te meten parameters (op instructie van de arts) <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 2</i>	1/2	1/2 TK	0/2	0/2
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
Er zijn slechts 2 bewoners met vrijheidsbeperkende maatregelen (2 bedsponden). Deze werden niet vermeld op de zorgplannen.				
De wondzorg werd niet vermeld op de zorgplannen.				
De arts schreef in twee van de dossiers voor om parameters op te nemen. Dit werd in één van deze dossiers niet in het zorgplan vermeld.				

	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>	☒	☐	☐	☐
De zorgplannen kunnen tijdens de zorg geconsulteerd worden via een tablet op de zorgkar.				

Registraties

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	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>	0/3	3/3 TK	0/3	0/3

In 1 dossier vertoont de registratie grote hiaten, in 2 andere dossiers werd tijdens de nachtronde een prestatie niet geregistreerd. De tijdens de dag uitgevoerde zorgen werden wel geregistreerd.

Aantal gecontroleerde parameters = 2

	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>	2/2	0/2	0/2	0/2

In 2 dossiers moet de bloeddruk worden geregistreerd op instructie van de arts. Dit gebeurt consequent.

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen. <i>WZC voorwaarde art. 25,1° (alle WZC)</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3

1 bewoner werd in december en augustus 2021 niet gewogen. 2 bewoners werden consequent maandelijks gewogen tijdens alle maanden dat ze in het woonzorgcentrum verbleven.

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)	☒	☐	☐	☐
- animatiedeskundige(n).	☐	☒ TK	☐	☐
Van de animatiedeskundige konden geen observaties in de zorgdossiers aangetoond worden.				

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 nieuwe procedure vrijheidsbeperkende maatregelen werd in december 2021 goedgekeurd en trad in werking in februari 2022				
De definitie in de procedure vermeldt het volgende: 'Iedere mechanische, omgevingsbepalende en fysieke maatregel die tot doel heeft vrijheid te beperken en/of individueel gedrag te controleren, inclusief verdoken medicatie. Beschermdende maatregelen (fixatie): alle maatregelen die de vrijheid en/of het gedrag controleren en/of beperken, zowel zichtbare middelen (mechanisch, omgevingsbepalend en fysiek) als verborgen (sedatie/chemische fixatie met medicatie)'.				
De procedure voorziet de periodiciteit voor de evaluatie als volgt: Evaluatiedatum: trimestrieel inputten - observaties/toezicht: bij het wekelijks aftekenen op de jaarlijkse aftekeninglijst: observatie/registratie noteren. Alle lopende maatregelen worden wekelijks tijdens het MDO besproken en acties aan gekoppeld. Het risico wordt meerdere keren per dag geëvalueerd.				

Praktijk fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen

<i>Aantal gecontroleerde dossiers = 2</i>	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>	1/2	1/2 TK	0/2	0/2
In 1 dossier wordt aangetoond dat de familie akkoord ging met de bedsponden. In het andere dossier kan het akkoord van de bewindvoerder niet worden aangetoond.				

<i>Aantal gecontroleerde dossiers = 2</i>	Ja	Nee	NB	NVT
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	2/2	0/2	0/2	0/2

<i>Aantal gecontroleerde dossiers = 2</i>	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>	0/2	2/2 TK	0/2	0/2
Er kan geen periodieke evaluatie worden aangetoond.				

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	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
- frequentie van de behandeling.	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
In 1 dossier werd de aard en de frequentie van de behandeling niet vermeld.				

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

Naleving regelgeving(niet conform)

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

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.	☒	☐	☐	☐

Naleving regelgeving(conform)

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>	☒	☐	☐	☐
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>	☒	☐	☐	☐

	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 bijna alle individuele sanitaire cellen van de geïnspecteerde kamers wordt incontinentiemateriaal opgemerkt dat niet discreet is opgeborgen.				

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>	☐	☐	☐	☒
Bewoners krijgen het menu een week op voorhand. Het hangt ook uit in de zitruimten op de afdelingen en in het restaurant. Bewoners kunnen tot 11u van dezelfde dag doorgeven of ze een alternatief wensen voor het middagmaal. De avondmaaltijden bestaan volgens de gesprekspartners en enkele bewoners steeds uit verschillende koude gerechten. Tijdens de maaltijd op de dag van de inspectie werden er 2 soorten vlees en 2 soorten groentenmengelingen aangeboden. Bewoners kunnen kiezen tussen verschillende dranken (water, fruitsap, wijn, ...). Op dit moment zijn er volgens de gesprekspartner geen bewoners die gemixte of geblijte voeding nodig hebben.				

	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>	☒	☐	☐	☐
Het ontbijt wordt op de bewonerskamers geserveerd. Het warme middagmaal en de koude avondmaaltijd worden in het restaurant opgediend. De bewoners die zelfstandig kunnen eten zitten verspreid en worden bediend aan vele kleine tafels. De bewoners die hulp nodig hebben bij de maaltijd zitten samen aan een grote tafel. De personeelsleden helpen terwijl ze mee aan tafel plaatsnemen. Er zijn aangepaste bekers en borden.				

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>	☒	☐	☐	☐

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	☒	☐	☐	☐
- structureel onderhoud.	☒	☐	☐	☐

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.	☒	☐	☐	☐

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>	☐	☒ TK	☐	☐
De informatie m.b.t. dagprijzen, extra vergoedingen en regeling van de voorschotten ten gunste van derden is niet geafficheerd. Na vaststelling door de inspectie werd deze informatie afgedrukt en opgehangen in de onthaalruimte.				

Naleving regelgeving(niet conform)

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

DOCUMENTENFICHE

SCHRIFTELIJKE OVEREENKOMST

Toelichting

- 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).

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de opnameovereenkomst werd bepaald dat de korting bij afwezigheid enkel geldt na voorafgaande melding, behoudens in het geval van hospitalisatie.

Vaststellingen

De bepaling in de opnameovereenkomst is ongewijzigd, en dus niet in overeenstemming met WZC Voorwaarden art. 34.

De korting moet toegekend worden vanaf de eerste volle dag dat een bewoner afwezig is, dus ook zonder voorafgaande verwittiging.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Naleving regelgeving(niet conform)

- De schriftelijke overeenkomst is in tegenstrijd met de bepalingen van de WZC voorwaarde art. 34 m.b.t. de korting i.g.v. afwezigheid.

DOCUMENTEN INSPECTIE

Toelichting

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

Naleving regelgeving(conform)