

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	Zonnewende
Adres	Boomsesteenweg 15, 2630 Aartselaar
Dossiernummer	101.102

INRICHTENDE MACHT

Naam	SENIOR LIVING GROUP VLAANDEREN
Juridische vorm	VZW
Adres	Satenrozen 1 B, 2550 Kontich

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 7/12/2022 (9:40-15:30)
Datum laatste vaststelling	18/01/2023

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	173
Capaciteit bijkomende erkenning	85

Andere erkenningen en toelatingen:

Capaciteit CVK erkenning	3
--------------------------	---

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	143
Afwezig	1
Andere	
Reële bezetting WZC *	144
Capaciteit erkend kortverblijf	3
Bezetting aangemeld herstelverblijf	
Totale bezetting **	147

* 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
24	28	43	16	30	0	2	0

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	60
Niet-bejaarde bewoners	5
Bewoners in erkend kortverblijf	3

	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: enkele bewonerskamers en gemeenschappelijke delen in het gehele woonzorgcentrum.
- 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

Geplande wijzigingen

Een groot deel van de infrastructurele tekorten die tijdens vorig inspectiebezoek werden vastgesteld werden nog niet geremedieerd aangezien ze deel uitmaken van een meerjarenplan (zie infra). Volgens de gesprekspartners is er reeds een eerste versie van dit plan aanwezig, dit zou echter nog niet zijn goedgekeurd.

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- GAW

Er is op dezelfde campus een GAW van 23 wooneenheden.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De gemeenschappelijke eet- en leefruimten zijn niet zodanig ingericht dat alle bewoners van een leefgroep comfortabel kunnen zitten.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd. Op afdelingen 100, 200, 300 en 400 is er nog steeds enkel de kleine leefruimte t.h.v. de traphal. Om deze ruimtes te vergroten, moeten kamers worden opgegeven. Dit maakt deel uit van het meerjarenplan.

Op afdeling 500 is een grote leefruimte met meerdere tafels en stoelen, maar nog steeds slechts 5 zetels.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepast bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden. Er is op elke afdeling 1 badkamer (=5 badkamers). Er zijn slechts drie aangepaste badkamers (met rolstoeltoegankelijk toilet).

Vaststellingen

Volgens de gesprekspartner is de situatie ongewijzigd ten opzichte van vorige inspectiebezoek:

Per begonnen schijf van 30 bewoners moet er ten minste één gemeenschappelijke badkamer beschikbaar zijn met een aangepaste bad- of douchegelegenheid en een toilet.

Eén badkamer (op afdeling 200) wordt niet gebruikt als badkamer, enkel als opslagruimte. Deze staat vol met een linnenkar en incontinentiemateriaal. Er is geen toilet en de spiegel is niet aangepast.

Er zijn 4 badkamers in gebruik volgens de gesprekspartner.

De badkamer op afdeling 100 heeft een hoog-laagbad; maar er zijn geen armsteunen aan het niet-rolstoeltoegankelijke toilet. Er is ook geen oproepknop aan het toilet.

De badkamer op de afdeling 300 wordt weinig gebruikt. Er zijn in deze badkamer verschillende gebreken: het bad lekt als dit omhoog wordt gezet, aan het toilet is maar 1 armsteun, er is geen oproepknop.

De badkamer op de afdeling 400, wordt volgens de gesprekspartner ook weinig gebruikt, daar zijn verschillende gebreken: toiletpot gebroken, slijtage in de badkuip, geen alarmknop aan het toilet, geen wastafel.

In de badkamer op de afdeling 500 (nieuwe gebouw) is een toilet met twee armsteunen, een hoog-laagbad, een douche en een wastafel. De oproepknop aan het toilet is moeilijk bereikbaar vanuit zitpositie op het toilet.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De traphallen in de oude vleugels zijn gelegen in het midden van het gebouw en zijn volledig open.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd. De gesprekspartner meldt dat vanuit de groep Korian onderzocht wordt hoe de traphallen kunnen worden beveiligd.

Tijdens dit inspectiebezoek wordt vastgesteld dat ook de andere traphal in de oude vleugel niet beveiligd is.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

Er ontbreken steunen in de rolstoeltoegankelijke toiletten in de gemeenschappelijke badkamers.

Er ontbreekt een steun in de toiletten aan de cafetaria.

Vaststellingen

In de niet-rolstoeltoegankelijke toiletten bij de cafetaria zijn steunen aangebracht, behalve in één toilet.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de ramen kunnen niet overal beveiligd worden.

Vaststellingen

In de bezochte kamers op afdeling 100 (gelijkvloers) werden slotjes op de ramen aangebracht.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

Er zijn niveau verschillen die niet duidelijk zijn gesignaleerd.

Vaststellingen

Er werden signalisatiestroken aangebracht, behalve onderaan de helling op de beide afdelingen op het gelijkvloers.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

De breedte van de gangen voldoet niet aan de voorwaarden: twee gangen naar de cafetaria zijn niet breed genoeg.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort**Beschrijving**

In de zit- en leefruimten in de afdelingen en in de rookruimte is geen oproepknop voorzien.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Het aantal rolstoeltoegankelijke gemeenschappelijke toiletten voldoet niet aan de erkenningsvoorwaarden: er zijn geen gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten voorzien bij elke zit- en eetruimte.

Vaststellingen

De situatie is ongewijzigd.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Meerdere uitgangen waren niet beveiligd, een aantal konden niet beveiligd worden.

Vaststellingen

Het woonzorgcentrum heeft geen beschermde afdeling, wat maakt dat dementerende bewoners zich vrij doorheen het gebouw kunnen begeven. Tijdens de inspectie werd vastgesteld dat er meerdere toegangen niet waren beveiligd:

- De toegangsdeur aan de trap op afdeling 100 is enkel dicht met een schuifgrendel. Deze deur komt rechtstreeks uit op de Boomsesteenweg.
- De toegangsdeur aan de trap op afdeling 300 idem.
- De deur naar de achterkeuken op afdeling 300 wordt open gehouden met een metalen kapstok. Aan deze deur hangt een defect elektomagnetisch slot. Achter deze deur is een uitgang (de loskade), maar eveneens een koelcel.
- Deur achteraan de gang op afdeling 100 (aan de trap om naar afdeling 200 te gaan): elektomagnetisch slot defect, deur stond los.

Naleving regelgeving (niet conform)

- De gemeenschappelijke eet- en leefruimten zijn niet zodanig ingericht dat alle bewoners van een leefgroep comfortabel kunnen zitten - WZC voorwaarde artikel 48,6°,b (WZC voor 2009), artikel 47,6° (WZC na 2009), art. 47/1,§3,2° en art. 47/1,§7,2° (WZC na 2017), art. 48/3,3°,a (indien BE).
- Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepaste bad- en/of douchegelegenheden 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).
- 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).
- 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).
- 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).
- De breedte van de gangen voldoet niet aan de voorwaarden - WZC voorwaarde art. 48,15° (WZC voor 2009), art. 47,15° (WZC na 2009), art. 47/1,§6,3° (WZC na 2017).
- Niet overal in de gemeenschappelijke ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar - WZC voorwaarde art. 45,12° (alle WZC), art. 47/1,§7,11° (WZC na 2017), art. 48/3,19° (indien BE).
- Niet overal in de gemeenschappelijke sanitaire ruimtes 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).

- Het aantal rolstoeltoegankelijke gemeenschappelijke toiletten voldoet niet aan de erkenningsvoorwaarden: er zijn geen gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten voorzien bij elke zit- en eetruimte - WZC voorwaarde art. 48,7° (WZC voor 2009), art. 47,7° (WZC na 2009), art. 47/1,§3,5° en 6° (WZC na 2017).
- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de toegangen 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).

PERSONEEL

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van personeelslijst en de uurroosters voor de maanden oktober, november en december 2022.

Functie	Effectief* 147 wgl	Vereist* WZC 147 wgl	Vereist* BE 85 wgl	Vereist* combinatie WZC-BE- erkenning
Directie	1,00	1,00	-	1,00
Totaal verpleging	16,12	9,80	14,17	18,30
Hoofdvpk/ teamverantw	4,60	-	3,00	3,00
waarvan vpk	4,60	-	1,00	1,00
Zorgkundigen	33,17	14,70	14,17	20,37
Ergo	1,21	-	2,83	2,83
Kine	2,37	-		
Logo		-		
Animatie	2,50	2,50	-	2,50
Reactivering		-	0,28	0,28
Onderhoud/keuken	17,08	9,80	-	9,80
Andere:				
Administratieve medewerkers	1,80	-	-	-
Logistieke medewerkers	7,20	-	-	-
- medewerker technische dienst	1,60	-	-	-
- medewerkers sociale dienst	0,50	-	-	-
- medewerker cafetaria	1,30	-	-	-

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

uitgedrukt in voltijds equivalent (vte).

Toelichting

- Stagiairs en personeel dat langdurig afwezig is, werden niet meegerekend in bovenstaande tabel.
- 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.
- In bovenstaande tabel werden interimkrachten, ingezet in de referentieperiode (periode van de dag van inspectie tot 30 dagen terug) meegeteld. Concreet waren dit: 4,21 vte verpleegkundigen en 2,58 vte zorgkundigen met een kortdurend contract.
- In bovenstaande tabel werden jobstudenten meegeteld. Concreet was dit: 0,07 vte zorgkundige met zorgkundig visum.
- Het hoofd bewonerszorg werd meegerekend bij de verpleegkundigen.
- Er is een tekort van 2,18 vte verpleegkundigen. Dit tekort vervalt 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.

Naleving regelgeving (conform)

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.

	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>	☒	☐	☐	☐
De informatie kan worden geconsulteerd in een kaft.				

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>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3

In één dossier werd voor 'medicatie indien nodig' geen interval voor toediening vermeld.

	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>	0/3	3/3 TK	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>	1/3	2/3 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 = 1</i>	0/1	0/1	0/1	0/1
Het klaarzetten van de medicatie gebeurt door de nachtverpleegkundige. Zowel voor klaarzetten van medicatie als voor toedienen zijn hiaten in het registreren.				

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>	☒	☐	☐	☐
Men hanteert een systeem om de vervaldatum 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>	☒	☐	☐	☐
De vervaldatum van de geneesmiddelen wordt maandelijks nagekeken. In een steekproef werd geen vervallen medicatie terug gevonden.				

Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 2

	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten. <i>WZC voorwaarde art. 21 (alle WZC)</i>	2/2	0/2	0/2	0/2

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>	☒	☐	☐	☐
Bij één gecontroleerde koelkast zijn hiaten in de registraties van de temperatuur.				

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 = 6</i>	6/6	0/6	0/6	0/6
- badkamers <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 5</i>	4/5	1/5 TK	0/5	0/5
- verpleegpost <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 3</i>	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
- personeelstoilet <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 0</i>	0/0	0/0	0/0	0/0
In de gemeenschappelijke badkamer op afdeling 400 was geen wastafel.				
In de verpleegposten op afdelingen 100, 300 en 500 was geen wastafel.				

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	9/10	1/10 TK	0/10	0/10
- instructies handhygiëne	8/10	2/10 TK	0/10	0/10
- aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	8/10	2/10 TK	0/10	0/10
De dispenser bevatte geen papieren handdoekjes in de badkamer van afdeling 100.				
In de badkamer op afdeling 200 en 500 was geen aangepaste vuilnisbak.				
In de badkamer van afdeling 100 en 200 zijn 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	☒	☐	☐	☐
- in elke verpleegpost	☒	☐	☐	☐
- in alle gemeenschappelijke leefruimtes	☒	☐	☐	☐

Medewerkers

Aantal geobserveerde medewerkers = 12

	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>	12/12	0/12	0/12	0/12

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 bevraagde 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.

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>	2/3	1/3 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>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
In één gecontroleerd dossier is geen beknopte medische anamnese aanwezig, in een ander dossier geen sociale anamnese.				

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>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
In één dossier zijn de instructies m.b.t. continentie onvolledig: er wordt geen tijdstip vermeldt waarop het incontinentiemateriaal dient te worden nagekeken en/of vervangen.				

	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>	3/3	0/3	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 = 2</i>	2/2	0/2	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

	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 meegenomen in een kft.				

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 alle drie de dossier zijn hiaten in het registreren voor het uitvoeren van de instructies op het zorgplan.				

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>	1/2	1/2 TK	0/2	0/2
In één gecontroleerd dossier zijn hiaten in de registraties voor de parameter 'bloeddruk' (op vraag van arts).				

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

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).	☒	☐	☐	☐

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: Eerste evaluatie: 1 dag na opstart fixatie. Tweede evaluatie: 1 week na opstart fixatie. Derde evaluatie: 1 maand na opstart evaluatie. Nadien maandelijks evaluatie (exclusief bedhekken, hiervoor is er jaarlijkse evaluatie).				

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

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	2/3	1/3 AP	0/3	0/3
In één dossier kon niet worden aangetoond dat de arts werd betrokken bij het instellen van de vrijheidsbeperkende maatregelen.				

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)	2/3	1/3 TK	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
In één gecontroleerd dossier was geen informatie over grootte en diepte van de wonde aanwezig.				

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.

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.

Naleving regelgeving(geen tegenindicaties)

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de personeelslijst en het uurrooster van oktober, november en december (tot op de dag van inspectie) 2022.
- Vaststellingen op basis van het nazicht van de loonstaten van de zorgmedewerkers (verpleeg- en zorgkundigen) voor de maanden oktober en november 2022.

	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>	☒	☐	☐	☐

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB	NVT
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	☒	☐	☐	☐
De maaltijden worden zo nodig gemalen, gemixt, geblijt, gesneden,... <i>WZC voorwaarde art. 27,2° (alle WZC)</i>	☒	☐	☐	☐

	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>	☒	☐	☐	☐

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.	☐	☒ TK	☐	☐
Het structureel onderhoud van de bewonerskamer en de meeste gangen is voldoende. Het structureel onderhoud van andere gemeenschappelijke ruimtes en personeelsruimtes is over het algemeen onvoldoende: vuile en beschadigde deuren en muren, traphal half geschilderd, verschillende defecte elektromagnetische sloten, (delen van) systeemplafonds die ontbreken of beschadigd zijn, vast tapijt versleten, defect raam, elektrische bedrading binnen bereik van bewoners,...				

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	☐	☐
- elektrische bedrading ligt buiten bereik van de bewoners	☐	☒ TK	☐	☐
In de gang op afdeling 500 stond een onderhoudskar onbeheerd op de gang, met daarop producten zonder veiligheidsdop (onderhoudsazijn). De deur van de keuken op afdeling 500 was niet vast, in de niet- slotvaste kast onder het aanrecht stonden gevaarlijke producten. Op afdelingen 200, 400 en 500 waren deuren van bergruimten niet vast. In deze ruimten zijn uitgebreide elektrische installaties binnen bereik van de bewoners.				

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>	☒	☐	☐	☐
De dagprijzen hingen uit. Er hing eveneens uit dat er supplementen en voorschotten ten gunste van derden dienen te worden betaald, echter zonder bedragen.				

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)