

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	Herenhof
Adres	Kazernedreef 22, 2500 Lier
Dossiernummer	141.106

INRICHTENDE MACHT

Naam	VULPIA VLAANDEREN
Juridische vorm	CVBA
Adres	Ruiterijschool 6, 2930 Brasschaat

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 10/02/2023 (9:00-13:00)
Datum laatste vaststelling	16/02/2023

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:

- organisaties die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- concrete beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

Hoe werkt Zorginspectie?

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen.

Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Meer informatie is te vinden op onze website: www.zorginspectie.be.

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag. Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via: openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be of via het online invulformulier op de website.

Methodiek

De inspecties vinden plaats in de voorziening.

De meeste inspecties vinden plaats overdag, op weekdays, maar kunnen -indien relevant- ook op mindergebruikelijke momenten zoals 's avonds, 's nachts en tijdens het weekend plaatsvinden. De inspecties kunnen zowel aangekondigd als niet aangekondigd plaatsvinden.

Tijdens de inspectiebezoeken gaat Zorginspectie voornamelijk na of de voorwaarden aanwezig zijn om kwaliteit van zorg en veiligheid te garanderen. Het toezicht van Zorginspectie is gericht op het concreet aftoetsen van de regelgeving en dit op structuur-, proces- en resultaatsniveau.

Zorginspectie is niet bevoegd om de correctheid van medische instructies en de correcte uitvoering van verpleegtechnische, paramedische en zorgkundige handelingen te beoordelen. Zorginspectie gaat evenmin na of alle voorwaarden van de regelgeving m.b.t. de gezondheidsberoepen werden nageleefd.

De inspecteur hanteert een gestructureerd en intern afgestemd inspectie-instrument. Niet alle items komen tijdens elk inspectiebezoek aan bod. De keuze van de bevraagde items wordt bepaald door de finaliteit van het inspectiebezoek en door wat er zich tijdens het inspectiebezoek aandient.

Afhankelijk van de bevraagde items baseert de inspecteur zich voor zijn vaststellingen op verschillende bronnen zoals:

- observaties;
- bevraging van medewerkers en verantwoordelijken;
- inzage in documenten;
- bevraging gebruikers.

Verslag

Inhoud inspectieverslag

Het inspectieverslag is een weergave van de vaststellingen van de inspecteur tijdens het inspectiebezoek. In het verslag wordt een objectief beeld gegeven over de mate waarin de geïnspecteerde voorziening voldoet aan de gestelde erkenningsvoorwaarden en de kwaliteitseisen.

Opbouw van het verslag

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

- een toelichting met de vaststellingen van de inspecteur;
- naleving regelgeving;
- aandachtspunten.

In de aandachtspunten wordt de aandacht gevestigd op elementen die de kwaliteit van leven en/ of de veiligheid van de gebruikers kunnen verbeteren maar die niet opgenomen zijn in de regelgeving.

Reactiemogelijkheid

De voorziening en -indien van toepassing- de klachtindiener krijgen de mogelijkheid om te reageren op onjuistheden in het **ontwerpverslag**. Op basis van de reactie kan het ontwerpverslag aangepast worden. Op dat moment wordt het ontwerpverslag een definitief verslag. Het **definitief verslag** wordt bezorgd aan de voorziening, aan Zorg en Gezondheid en -indien van toepassing- de klachtindiener. Zorg en Gezondheid staat in voor de verdere opvolging van het dossier.

Toegepaste regelgeving

De regelgeving die van toepassing is op de voorzieningen is terug te vinden op de website van Zorg en Gezondheid:

- ouderenzorg: www.zorg-en-gezondheid.be/ouderenzorg
- thuiszorg: www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg

Vanaf 31/12/2022 moeten alle WZC beantwoorden aan de erkenningsvoorwaarden, vermeld in bijlage 11 van het BVR van 28/06/2019 betreffende programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. Zorginspectie verwijst vanaf dat moment naar deze erkenningsvoorwaarden, ook bij tekorten die reeds onder de voorheen geldende regelgeving (bijlage XII van het BVR van 24/07/2009) werden vastgesteld. Voor een overzicht van en een vergelijking tussen de erkenningsvoorwaarden van beide bijlagen, zie <https://www.departementwvg.be/zorginspectie/woonzorgcentra>

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	121
--------------------------	-----

Andere erkenningen en toelatingen:

Capaciteit CVK erkenning	7
--------------------------	---

Het inspectiebezoek vond plaats naar aanleiding van:

- de algemene opvolging van een nieuwe voorziening; het betreft een tweede inspectiebezoek.

Het WZC is operationeel sinds begin 2022.

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	82
Totaal bewoners CVK	
Afwezigen	4
Andere	
Totale bezetting *	86

* Aantal opgenomen bewoners in het WZC en het CVK + het aantal afwezige bewoners + het aantal andere gebruikers waarvoor geen aparte personeelsequipe ingezet wordt.

	Aantal
Aantal gebruikers (bv. bewoners aangemeld herstelverblijf) waarvoor er volgens de gesprekspartners een aparte personeelsequipe is	0

KATZ SCORES

Katz scores bewoners **WZC** (en andere gebruikers waarvoor geen aparte personeelsequipe ingezet wordt)

O	A	B	C	CD	D	CC	TOTAAL
10	22	31	7	7	7	0	84

Katz scores bewoners **CVK**

O	A	B	C	CD	D	TOTAAL
0	0	0	1	1	0	2

	Aantal
Totaal bewoners met Katz score	86
Aantal bewoners zonder Katz score	
Totale bezetting	86

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	27

	Ja	Nee	NB	NVT
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd.	☒	☐	☐	☐

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

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). Bijkomend werd nagegaan of het woonzorgcentrum voldoet aan de gewijzigde voorwaarden inzake de sanitaire cel (art. 55) en de kineruimte (art. 51, 25°).

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de badkamers en gemeenschappelijke toiletten zijn er niet overal spiegels voorzien die aangepast zijn of aangepast kunnen worden aan rolstoelgebruikers.

Vaststellingen

De badkamers werden voorzien van spiegels die doordat ze gekanteld werden, aangepast zijn aan rolstoelgebruikers.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Er zijn niveauverschillen aan de buitendeuren naar de terrassen en de tuin, zowel op het gelijkvloers als op de verdiepingen. De niveauverschillen (+/- 1 cm) werden niet signaleerd.

Vaststellingen

Geen wijzigingen

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

In de gemeenschappelijke badkamers werden er onvoldoende handgrepen voorzien naast het toilet.

Vaststellingen

Er werden extra handgrepen geplaatst.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Er zijn niveauverschillen die niet worden signaleerd overeenkomstig de bepalingen inzake toegankelijkheid - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 17°.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van personeelslijst en de uurroosters voor de maanden januari en februari 2023.

Algemene erkenningsvoorwaarden (BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45) en bijkomende erkenningsvoorwaarden indien erkenning NAH (KB 21/09/2004, bijlage 3, NAH bijlage 3, D, a)

Functie	Totaal aantal vte medewerkers *	Vereist aantal vte WZC *
Directie	1,00	1,00
Verpleegkundige(n) **	9,84	9,08
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	3,70	2,00
waarvan verpleegkundige(n)	3,70	1,00
Zorgkundige(n)	11,86	10,80
Medewerker(s) reactivering ***		2,44
Ergotherapeut(e)(n)	1,22	
Kinesitherapeut(e)(n)	1,63	
Andere		
Medewerker(s) levenseindezorg	0,21	0,16
Begeleider(s) wonen en leven	2,25	2,25
Keuken- en onderhoudspersoneel	7,28	5,73
Maatschappelijk werker(s)		-
Administratieve medewerker(s)		-
Logistieke medewerker(s)		-
Kwaliteits-coördinator(en)		-
Office Partner	1,00	-

* Effectief en vereist personeel in functie van het aantal bewoners en de Katz scores of in functie van het aantal erkende wgl. (voor begeleiders wonen en leven).

** Aantal vte verpleegkundigen inclusief het aantal vte hoofdverpleegkundigen,

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

Personeelscategorieën

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

	Ja	Nee
De voorziening doet (voor verpleegkundigen en zorgkundigen) beroep op medewerkers met een ander statuut.	☐	☒

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.
- Vaststellingen op basis van het nazicht van: een steekproef van de zorgdossiers, het medicatieopslag- en bedelingssysteem, klaargezette medicatie via steekproef.

	Ja	Nee	NB	NVT
In het woonzorgleefplan zijn de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie terug te vinden (vb. onder toezicht, eigen beheer, pletten, nuchter, afwijkend tijdstip,...) (geen tegenindicaties).	☒	☐	☐	☐
Deze informatie kan op het moment van toedienen van de medicatie geconsulteerd worden.	☒	☐	☐	☐
De bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie zijn terug te vinden op de medicatiefiche.				

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.	3/3	0/3	0/3	0/3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
Er werd in 1 dossier 1 hiaat in het aftekenen voor klaarzetten vastgesteld.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De klaargezette medicatie stemt overeen met de medicatiefiche. (geen tegenindicaties)	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.	☐	☒ TK	☐	☐
Tijdens het nazicht van een steekproef van de medicatie werd enkel medicatie aangetroffen met een vervaldatum die nog niet verstreken was.	☒	☐	☐	☐
Men hanteert een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening (vb. oogdruppels, neusdruppels) op te volgen.	☒	☐	☐	☐
Tijdens een controle van de klaargezette medicatie op het gelijkvloers kon worden vastgesteld dat alle medicatie identificeerbaar was tot op het moment van toedienen met uitzondering van 1 geneesmiddel voor 1 bewoner dat uit de blister was gehaald.				

Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	0/1	1/1 TK	0/1	0/1
De medicatiepletter bevatte resten van medicatie.				

Aantal gecontroleerde koelkasten= 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt opgevolgd.	1/1	0/1	0/1	0/1
Er zijn schriftelijke afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt.	☒	☐	☐	☐

Naleving regelgeving (niet conform)

- De medicatiepletter(s) bevat(ten) medicatieresten - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
- Medicatie die vooraf wordt klaargezet, is niet identificeerbaar tot op het moment van toedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
- Het klaarzetten van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

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 gemeenschappelijke badkamers staan geen vuilnisbakken.

Vaststellingen

Tijdens de rondgang kon worden vastgesteld dat er vuilbakken werden voorzien in de badkamers

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Er is geen handalcohol beschikbaar bij alle bewonerskamers.

Vaststellingen

In de gangen werden enkele dispensers met handalcohol voorzien, niet bij elke kamer is in de onmiddellijke nabijheid handalcohol beschikbaar.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Er is niet bij elke bewonerskamer handalcohol beschikbaar voor het zorgpersoneel - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.

HULP- EN DIENSTVERLENING

WOONZORGLEEFPLAN

Toelichting

- Het woonzorgleefplan is een belangrijk instrument om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen. De voorziening kiest zelf hoe dit woonzorgleefplan er concreet uit ziet en hoe en waar de informatie samengebracht wordt. Minimaal dient het woonzorgleefplan volgende elementen te bevatten: alle informatie over de toestand, noden en wensen van de bewoner, de concrete afspraken over welke zorg door wie moet worden uitgevoerd, de registraties van de uitgevoerde zorg en de interdisciplinaire afstemming van de zorg. Zorginspectie gaat na hoe het woonzorgleefplan is opgebouwd en gebruikt wordt op de werkvloer. De focus van de bevraging ligt op het nagaan of het woonzorgleefplan consequent 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 woonzorgleefplan 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 op de afdeling op het gelijkvloers (beveiligde afdeling).

Medische- en sociale anamnese

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het woonzorgleefplan bevat informatie m.b.t. de medische anamnese, huidige diagnose en allergieën.	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
Het woonzorgleefplan bevat de sociale anamnese met o.a. informatie over: • loopbaan • hobby's en interesses • samenstelling gezin/belangrijke levensgebeurtenissen.	3/3	0/3	0/3	0/3
• De medische anamnese is niet altijd terug te vinden in het elektronische woonzorgleefplan; in 2 van de 3 dossiers was deze info enkel beschikbaar in het medisch dossier. • Voor elke bewoner beschikt men over een sociale anamnese, een vrijetijdsanamnese en een verpleegkundige anamnese; de info wordt verzameld aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten.				

Zorg- en ondersteuningsplan

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

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorg- en ondersteuningsplan bevat - indien nodig - voor alle zorgmomenten actuele instructies m.b.t. wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, continëntie en eten (geen tegenindicaties).	3/3	0/3	0/3	0/3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorg- en ondersteuningsplan bevat -indien nodig- actuele instructies (geen tegenindicaties) m.b.t.:				
- baddag <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- uit te voeren wondzorg <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- te meten parameters (op instructie van de arts) <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Voor één bewoner werden de uit te voeren detailzorgen (aanbrengen van zalf) niet vermeld op het zorg- en ondersteuningsplan.				

	Ja	Nee	NB	NVT
De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg.	☐	☒ TK	☐	☐
Op de kamers werden schermen voorzien waarmee de elektronische zorg- en ondersteuningsplannen zouden kunnen geconsulteerd worden. In de praktijk blijkt het systeem niet goed te werken en wordt er gewerkt met overzichtslijsten op papier. Op deze lijsten worden voor de ochtendzorg de belangrijkste uit te voeren zorgen per bewoner opgelijst. Voor de avondzorg zijn deze lijsten nog niet beschikbaar. Deze lijsten worden meegenomen tijdens de zorg maar bevatten niet alle uit te voeren zorgen zoals die zijn opgelijst op de zorg- en ondersteuningsplannen in Geracc.				

Registraties

<i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt consequent geregistreerd.	3/3	0/3	0/3	0/3

<i>Aantal gecontroleerde parameters = 2</i>	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd.	2/2	0/2	0/2	0/2

<i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen.	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 woonzorgleefplan:				
- verpleegkundigen	☒	☐	☐	☐
- zorgkundigen	☒	☐	☐	☐
- medewerkers reactivering	☒	☐	☐	☐
- begeleiders wonen en leven	☒	☐	☐	☐

Praktijk fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

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

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 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

Wondzorg

	Ja	Nee	NB	NVT
In geval van wondzorg wordt er voor elke wonde een wondzorgfiche opgemaakt (geen tegenindicaties).	2/2	0/2	0/2	0/2
<i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 2</i>				
De wondzorgfiche vermeldt:				
<i>Aantal gecontroleerde wondzorgfiches = 2</i>				
- startdatum	2/2	0/2	0/2	0/2
- beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	2/2	0/2	0/2	0/2
- aard van de behandeling	2/2	0/2	0/2	0/2
- frequentie van de behandeling.	2/2	0/2	0/2	0/2

Aantal gecontroleerde wondzorgfiches= 2

	Ja	Nee	NB	NVT
De evolutie van de wonde is af te leiden uit de observaties in het woonzorgleefplan.	2/2	0/2	0/2	0/2

Naleving regelgeving(niet conform)

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de specifieke zorgen: in 1 van de nagekeken dossiers ontbrak een vermelding van de specifieke zorgen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen niet geconsulteerd worden tijdens de zorg - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30.

AFSTEMMING VAN DE ZORG

	Ja	Nee	NB	NVT
De voorziening organiseert op gestructureerde wijze intern overleg omtrent de individuele hulp- en dienstverlening.	☒	☐	☐	☐
Het systeem garandeert dat alle bewoners aan bod kunnen komen.	☒	☐	☐	☐
Het resultaat van de bespreking wordt toegevoegd aan het woonzorgleefplan.	☒	☐	☐	☐
De bewoner en/of zijn vertegenwoordiger en mantelzorger(s) worden betrokken bij het intern overleg omtrent de individuele zorg en ondersteuning.	☐	☐	☒	☐
Wekelijks op maandag wordt er een MDO georganiseerd. De behandelende arts wordt uitgenodigd. Elke bewoner zal binnen dit systeem elk kwartaal aan bod kunnen komen.				

Naleving regelgeving(conform)

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 de afdeling op het gelijkvloers;

Naleving regelgeving(geen tegenindicaties)

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

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

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is 24u/24u verpleegkundige permanentie.	☒	☐	☐	☐
Tijdens de nacht is er voldoende personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden (minimaal 1 zorgmedewerker/60 bewoners).	☒	☐	☐	☐
Er is een actieve nachtdienst.	☒	☐	☐	☐
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.	☒	☐	☐	☐
De bewoners zien er uiterlijk verzorgd uit.	☒	☐	☐	☐
De bewoners worden respectvol bejegend.	☒	☐	☐	☐

	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...).	☒	☐	☐	☐
Indien incontinentiemateriaal in de individuele sanitaire cellen of in de gemeenschappelijke toiletten en badkamers wordt opgeborgen, gebeurt dit discreet.	☒	☐	☐	☐

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB	NVT
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	☐	☐	☒	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
Er wordt een huiselijke en rustige sfeer gecreëerd tijdens de maaltijd.	☒	☐	☐	☐

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.	☒	☐	☐	☐
De bewoner kan vanuit het bed het licht bedienen.	☒	☐	☐	☐

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).	☒	☐	☐	☐

	Ja	Nee	NB	NVT
De gebouwen en de lokalen worden regelmatig onderhouden:				
- 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:				
- medicatie en verzorgingsproducten worden veilig bewaard	☒	☐	☐	☐
- onderhoudsproducten worden veilig bewaard.	☒	☐	☐	☐

Naleving regelgeving(conform)

BEJEGENING BEWONERS

GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Toelichting

- Vaststellingen op basis van volgende documenten:
 - procedure inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag

	Ja	Nee	NB	NVT
De voorziening beschikt over een procedure grensoverschrijdend gedrag.	☐	☒ TK	☐	☐
De procedure werd systematisch uitgewerkt en omschrijft de werkwijze van de verschillende stappen in het omgaan met grensoverschrijdend gedrag t.a.v. gebruikers, nl.: • preventie • detectie • reacties • registratie • melding aan Zorg en Gezondheid.	☐	☐	☐	☒
De voorziening beschikt over een procedure "seksueel grensoverschrijdend gedrag" die systematisch werd uitgewerkt en de verschillende stappen omvat. De procedure mag zich echter niet beperken tot "seksueel" grensoverschrijdend gedrag en moet worden uitgebreid tot alle vormen van "grensoverschrijdend gedrag".				

Naleving regelgeving(niet conform)

- De voorziening beschikt niet over een procedure grensoverschrijdend gedrag: de procedure beperkt zich tot "seksueel grensoverschrijdend gedrag" - BVR 28/06/2019, art. 10, §1.

INSPRAAK/KLACHTEN

INSPRAAK

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de verslagen van de gebruikersraad.

	Ja	Nee	NB	NVT *
Er is een gebruikersraad die minstens 1 x per trimester samen komt	☒	☐	☐	☐
Van de vergaderingen van de gebruikersraad wordt een verslag opgemaakt dat aan alle bewoners of hun vertegenwoordigers bezorgd wordt	☒	☐	☐	☐
Het woonzorgcentrum kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de gebruikersraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de gebruikersraad	☒	☐	☐	☐
De voorziening ontving de eerste bewoners begin 2022. Op 2/6/2022 vond de eerste gebruikersraad plaats, op 6/10/2022 de tweede. De geplande gebruikersraad van januari 2023 ging niet door en werd uitgesteld omwille van onvoorziene omstandigheden.				

- * In de voorziening verblijven enkel bewoners met cognitieve problemen, de gebruikersraad wordt vervangen door een familieraad.

	Ja	Nee	NB	NVT **
Er is een familieraad die minstens 2 x per 6 maanden vergadert (1 x per trimester indien in WZC voor bewoners met cognitieve problemen de gebruikersraad vervangen wordt door de familieraad)	☐	☐	☐	☒
Van de vergaderingen van de familieraad wordt een verslag opgemaakt dat aan alle bewoners of hun vertegenwoordigers bezorgd wordt	☐	☐	☐	☒
Het woonzorgcentrum kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de familieraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de gebruikersraad	☐	☐	☐	☒

- ** Er wordt geen aparte familieraad georganiseerd, de familieleden worden uitgenodigd op de gebruikersraad.

Naleving regelgeving(conform)

KLACHTENPROCEDURE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de klachtenprocedure.

	Ja	Nee	NB	NVT
Men beschikt over een klachtenprocedure.	☒	☐	☐	☐
De procedure werd systematisch uitgewerkt en bevat de volgende elementen: • gegevens klachtenbehandelaar • de klachten en suggesties worden verzameld • klachten kunnen mondeling en schriftelijk ingediend worden • termijn feedback • gevolg dat aan de klacht wordt gegeven wordt rechtstreeks aan de indiener meegedeeld.	☒	☐	☐	☐
De directie wordt aangeduid als klachtenbehandelaar. De procedure wordt kenbaar gemaakt via de afsprakennota.				

Naleving regelgeving(conform)

DOCUMENTENFICHE

INTERNE AFSPRAKENNOTA

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de interne afsprakennota.

	Ja	Nee	NB
Men beschikt over een interne afsprakennota.	☒	☐	☐
De interne afsprakennota bevat alle verplichte elementen en bepalingen.	☐	☒ TK	☐
De inhoud van de interne afsprakennota is conform de regelgeving.	☒	☐	☐

Naleving regelgeving(niet conform)

- De interne afsprakennota bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element/bepaling ontbreekt: de procedure bij brand en ernstige gebeurtenissen met impact op de dagelijkse werking – BVR 28/06/2019 bijlage 11, art. 13, §3, 5°.
- De interne afsprakennota bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element/bepaling ontbreekt: de procedure bij grensoverschrijdend gedrag – BVR 28/06/2019 bijlage 11, art. 13, §3, 6°.
- De interne afsprakennota bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element/bepaling ontbreekt: de procedure die beschrijft hoe de bewoner, zijn vertegenwoordiger of mantelzorger betrokken worden bij de besluitvorming over het woonzorgleefplan, en de manier waarop de bewoner of zijn vertegenwoordiger het plan kunnen consulteren – BVR 28/06/2019 bijlage 11, art. 13, §3, 7°.
- De interne afsprakennota bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element/bepaling ontbreekt: de garantie van vrije toegang voor de bedienaren van de erediensten en de mogelijkheid om een actuele lijst van de bedienaren en afgevaardigden bij het woonzorgcentrum op te vragen – BVR 28/06/2019 bijlage 11, art. 13, §3, 12°.
- De interne afsprakennota bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element/bepaling ontbreekt: de wijze waarop in het woonzorgcentrum het dagelijkse leven en de verzorging worden georganiseerd, in het bijzonder met betrekking op: de vrije keuze van apotheker – BVR 28/06/2019 bijlage 11, art. 13, §3, 3°, j.
- De interne afsprakennota bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element/bepaling ontbreekt: de contactgegevens van de persoon aan wie de klachten kunnen worden meegedeeld – BVR 28/06/2019 bijlage 11, art. 13, §3, 10° en art. 42, §1.

Aandachtspunten

- In de afsprakennota wordt nog verwezen naar de regelgeving van het woonzorgdecreet van 2009 en bijlage XII bij het BVR van 24/07/2009. Deze regelgeving is niet meer van toepassing en werd vervangen door de regelgeving van het woonzorgdecreet van 15/02/2019 en het BVR van 28/06/2019, bijlage 11.
- In de afsprakennota worden ook de modaliteiten voor opzeg en einde van de overeenkomst na overlijden vermeld. Deze modaliteiten dienen cfr. bijlage 11 niet meer vermeld te worden in de afsprakennota. Echter, indien zij vermeld worden dienen deze modaliteiten overeen te stemmen

met de wettelijke bepalingen. Zie hiervoor ook de tekorten die worden vermeld bij de schriftelijke overeenkomst. Bijkomend moet ook de vermelding in artikel 16,7 worden aangepast. Het WZC heeft enkel in geval van overmacht de mogelijkheid om de overeenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen. In alle andere gevallen (ook in geval van zware fout) moet de opzegtermijn van 60 dagen worden gerespecteerd.

SCHRIFTELIJKE OVEREENKOMST

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van de schriftelijke opnameovereenkomst.

	Ja	Nee	NB
Men beschikt over een schriftelijke opnameovereenkomst.	☒	☐	☐
De schriftelijke opnameovereenkomst is van onbepaalde duur	☒	☐	☐
De schriftelijke overeenkomst bevat alle verplichte elementen en bepalingen	☐	☒ TK	☐
De inhoud van de schriftelijke overeenkomst is conform de regelgeving	☐	☒ TK	☐

Naleving regelgeving(niet conform)

- De schriftelijke overeenkomst bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element ontbreekt: de verbintenis van de initiatiefnemer om een bewoner niet te ontslaan tenzij wegens overmacht of om de redenen vermeld in de schriftelijke opnameovereenkomst – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 12, 2°, c en art. 14, eerste lid.
- De schriftelijke overeenkomst bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element ontbreekt: de opnameprocedure en de opnamevoorwaarden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 12, 2°, a.
- De schriftelijke overeenkomst bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element ontbreekt: een verklaring in eer en geweten van de bewoner of zijn vertegenwoordiger dat ze correcte informatie verschaffen aan het woonzorgcentrum - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 12, 8°.
- De schriftelijke overeenkomst bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element ontbreekt: de termijn voor het betalen van de maandelijkse factuur bedraagt minstens dertig dagen te rekenen vanaf ontvangst - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 12, 3°, h en i en BVR 30/11/2018 (VSB) art. 527/1.
- De schriftelijke overeenkomst bevat niet alle verplichte elementen en bepalingen. Volgend element ontbreekt: als de factuur niet wordt betaald, stelt de initiatiefnemer de bewoner of zijn vertegenwoordiger in gebreke en leidt deze toe naar een van de kernactoren van het geïntegreerd breed onthaal voor onderzoek van mogelijkheden tot financiële ondersteuning en volgt dit op - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 12, 3°, h en i en BVR 30/11/2018 (VSB) art. 527/1. De toeleiding naar het geïntegreerd breed onthaal ontbreekt.
- De inhoud van de overeenkomst stemt niet overeen met de volgende bepaling van de regelgeving: de verbintenis van de initiatiefnemer om, als de gezondheidstoestand van de bewoner van dien aard is dat definitieve overplaatsing naar een meer passende voorziening noodzakelijk is, in overleg met de bewoner en zijn familie of mantelzorger te zorgen voor een passend verblijf en de opzeggingstermijn zolang te verlengen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 12, 2°, c en art. 14, derde lid.
- De inhoud van de overeenkomst stemt niet overeen met de volgende bepaling van de regelgeving: de termijn waarover de nabestaanden beschikken om de kamer te ontruimen, bedraagt standaard maximum vijf dagen en kan enkel in aantoonbaar onderling overleg verlengd worden. In de

overeenkomst (artikel 5,9) wordt gesteld dat na het overlijden de dagprijs zal aangerekend worden tot en met de laatste dag waarop alle bezittingen van de bewoner verwijderd werden. Na het overlijden kan de voorziening echter niet de dagprijs blijven aanrekenen tot en met de volledige ontruiming, enkel tot het einde van de termijn die werd overeengekomen voor het ontruimen van de kamer. Als de kamer niet werd ontruimd binnen de afgesproken termijn kan de voorziening enkel de kamer zelf ontruimen. – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 12, 2°, e en art. 19, tweede lid.

- De inhoud van de overeenkomst stemt niet overeen met de volgende bepaling van de regelgeving: de verbintenis van de initiatiefnemer om indien een bewoner wordt ontslagen omdat zijn gedragingen ernstig storend zijn voor de medebewoners of voor de werking van het woonzorgcentrum, of omdat zijn gezondheidstoestand van dien aard is, dat een overplaatsing naar een meer passende voorziening noodzakelijk is, altijd het oordeel van de behandelende arts wordt ingewonnen en , in voorkomend geval, van de coördinerende en raadgevende arts, en van het interdisciplinaire team dat die bewoner verzorgt. Als dat wenselijk is, kunnen ook externe experts om advies worden verzocht - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 12, 2°, c en art. 14, tweede lid. Indien het gedrag van de bewoner ernstig storend is wordt het inwinnen van het oordeel van de arts en het interdisciplinaire team niet voorzien.

Aandachtspunten

- In de overeenkomst wordt nog verwezen naar de regelgeving van het woonzorgdecreet van 2009. Deze regelgeving werd vervangen door de regelgeving van het woonzorgdecreet van 15/02/2019.

DOCUMENTEN INSPECTIE

Toelichting

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

Naleving regelgeving(conform)