

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	Heilig Hart
Adres	Lierbaan 46, 2580 Putte
Dossiernummer	154.101

INRICHTENDE MACHT

Naam	CONSOLATA REGIO PUTTE
Juridische vorm	VZW
Adres	Lierbaan 46, 2580 Putte

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 18/04/2023 (10:00-15:00)
Datum laatste vaststelling	25/04/2023

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 hersenletsels
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	90
--------------------------	----

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	79
Totaal bewoners CVK	2
Afwezigen	5
Andere	0
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
2	12	35	6	22	2	0	79

Katz scores bewoners **CVK**

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

	Aantal
Totaal bewoners met Katz score	81
Aantal bewoners zonder Katz score	5
Totale bezetting	86

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	53
Niet-bejaarde bewoners	2
Zelfredzame partners	0

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

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: de gemeenschappelijke delen en enkele bewonerskamers.
- 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°).

ALGEMENE GEGEVENS

Regelgeving van toepassing

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

Er zijn volgens de gesprekspartner reeds enkele jaren plannen voor een vervangingsnieuwbouw. Het huidige gebouw is oud en vertoont ouderdomsgebreken. Volgens de gesprekspartners wacht men nog op de definitieve vergunning vooraleer de werken te kunnen starten.

Een aantal infrastructurele tekorten kunnen niet meer worden weggewerkt en zullen vervallen eens men is verhuisd naar de vervangingsnieuwbouw.

Geplande wijzigingen

Men zou nog in de bestaande bouw de software van het oproepsysteem en het interne telefoniesysteem vernieuwen en gaan werken met smartphones. Volgens de gesprekspartners is dit geen verloren investering mits dit kan worden meegenomen eens de vervangingsnieuwbouw is gerealiseerd.

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- CVK

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN

De voorziening beschikt over een kineruimte.

De individuele sanitaire cel voldoet niet aan de erkenningsvoorwaarden.

De voorziening heeft op 30/07/2019 een afwijking verkregen op de erkenningsvoorwaarden die op dat moment van toepassing waren aangaande de rolstoeltoegankelijkheid van de individuele sanitaire cel tot op het moment dat er een vervangingsnieuwbouw zou zijn gerealiseerd.

Deze afwijking kan heden worden aanvaard voor de thans geldende erkenningsvoorwaarden tot op het moment dat de vervangingsnieuwbouw zal gerealiseerd zijn.

De individuele sanitaire cellen zijn op dit moment in de praktijk niet rolstoeltoegankelijk: er is geen vrije draaicirkel van 1,5m, het toilet staat op een verhoog, er zijn niet overal twee armsteunen aanwezig.

Volgens het inspectieverslag van 21/08/2018 kunnen de spiegels worden gekanteld indien nodig. Of de

wastafel onderrijdbaar is voor rolstoelgebruikers werd niet beoordeeld tijdens dit inspectiebezoek.

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De gemeenschappelijke ruimtes zijn niet zodanig ingericht dat alle bewoners van de voorziening comfortabel kunnen zitten. Er is een leefruimte maar de ruimte is te klein om alle bewoners comfortabel in een zetel te laten zitten.

Vaststellingen

Ten opzicht van vorig inspectiebezoek heeft men de leefruimtes een aantal vierkante meters groter gemaakt door een deel van de gang te integreren in de leefruimtes. Er blijven echter te weinig zetels in de leefruimtes om de bewoners comfortabel te laten zitten. In de leefruimte op de tweede verdieping staan bijvoorbeeld slechts 2 zetels voor een dertigtal bewoners. Hierdoor kan niet elke bewoner comfortabel zitten in de leefruimte.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Er zijn niet overal hoog-laagbedden.

Vaststellingen

Op de bezochte bewonerskamer was overal een hoog-laagbed aanwezig. Volgens de gesprekspartners werden overal hoog-laagbedden geplaatst.

Besluit

Het tekort werd geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De trap op de eerste verdieping begint vlak achter de deur.

Vaststellingen

Volgens de gesprekspartners is dit structureel ingebed in de bouwstructuur van het gebouw, waardoor dit niet kan worden geremedieerd. Dit zou ook zo zijn opgenomen in het remediëringsplan dat werd bezorgd aan het Agentschap Zorg en Gezondheid in navolging van vorig inspectiebezoek.

Volgens de gesprekspartners kan dit probleem enkel worden verholpen door de verhuis naar de vervangingsniewbouw.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Er zijn niet overal voldoende handgrepen in de gemeenschappelijke toiletten.

Vaststellingen

In de niet-rolstoeltoegankelijke toiletten op het gelijkvloers zijn geen handgrepen aanwezig. Volgens de gesprekspartners betreft dit een toilet voor personeel en/of bezoekers, maar dit werd niet als dusdanig aangeduid.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Er is niet overal een bereikbaar oproepsysteem.

Vaststellingen

Het oproepsysteem in het gemeenschappelijk toilet aan de dagzaal op de derde verdieping is moeilijk bereikbaar vanuit zittende positie. In de gemeenschappelijke badkamer op de derde verdieping (afdeling Oase) is geen bereikbaar oproepsysteem aan het toilet.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Niet alle traphallen zijn beveiligd.

Vaststellingen

De meeste traphallen zijn niet beveiligd in het kader van valpreventie. Enkel de deur naar de traphal op de beveiligde afdeling is beveiligd met een codeslot.

Naleving regelgeving (niet conform)

- De gemeenschappelijke eet- en leefruimtes zijn niet zodanig ingericht dat alle bewoners van een leefgroep comfortabel kunnen zitten - BVR 28/06/2019, bijlage 11 art. 52, 4° (WZC voor 2009), art. 53, 1° (WZC na 2009), art. 54, 3de lid, 2° en 7e lid, 1° (WZC na 2017).
- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de traphallen zijn niet beveiligd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23
- In de gemeenschappelijke badkamers en toiletten werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
- Niet overal in de gemeenschappelijke toiletten en bij het toilet in de gemeenschappelijke badkamers is een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 20°.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

Toelichting

- Vaststellingen op basis van het nazicht van personeelslijst en de uurroosters voor de maanden maart en april 2023.
- Vaststellingen op basis van documenten m.b.t. de tewerkstelling van interim verpleegkundigen voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug

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) **	11,12	12,11
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	4,00	2,00
waarvan verpleegkundige(n)	2,00	1,00
Zorgkundige(n)	25,14	14,16
Medewerker(s) reactivering ***		2,81
Ergotherapeut(e)(n)	2,80	
Kinesitherapeut(e)(n)	0,00	
Andere	0,80	
Medewerker(s) levenseindezorg	0,00	0,22
Begeleider(s) wonen en leven	3,10	2,00
Keuken- en onderhoudspersoneel	10,83	5,73
Maatschappelijk werker(s)		-
Administratieve medewerker(s)		-
Logistieke medewerker(s)	2,76	-
Kwaliteits-coördinator(en)		-
Kapper	0,53	-
Pedicure	0,50	-
Techniker	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.

Stagiairs en personeel dat langdurig afwezig is, werden niet meegerekend in bovenstaande tabel.

Enkel indien het woonzorgcentrum minimum een voltijdse hoofdverpleegkundige in dienst heeft kan er voor de bijkomende vte geopteerd worden voor het inzetten van teamverantwoordelijken die geen verpleegkundige zijn.

De keuken wordt volledig uitbesteed aan een cateringfirma.

Het tekort aan medewerkers levensenzorg wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.

De keuken wordt volledig uitbesteed aan een cateringfirma. de cateringfirma bereidt het eten vers in de keuken van het woonzorgcentrum.

Onder 'keuken- en onderhoudspersoneel' staan de medewerkers met de interne functietitel 'woningassistent (e)'. Deze medewerkers staan zowel in voor de poets en onderhoud, als voor logistieke ondersteuning tijdens bijvoorbeeld de maaltijden. Daarnaast bieden ze eveneens ondersteuning tijdens de activiteiten. De visie van het woonzorgcentrum is dat alle medewerkers zo breed mogelijk worden ingezet op basis van hun talenten. Bovendien worden ze zoveel als mogelijk tewerkgesteld op dezelfde afdeling, zodat ze vertrouwd raken met de bewoners.

De gesprekspartners benadrukken dat deze functiegroep geen zorgtaken uitvoeren waarvoor een zorgkundig visum is vereist.

De voorziening heeft een traject 'innovatieve arbeidsorganisatie' doorlopen, onder meer om de betrokkenheid van het personeel te verhogen. Uit dit traject is onder meer de idee ontstaan om te werken met zeven 'livings'. Deze manier van werken anticipeert reeds op de zeven groepen waarmee men zal werken eens de vervangingsnieuwbouw is gerealiseerd. Op dit moment is de populatie van het woonzorgcentrum al in zekere zin onderverdeeld in zeven 'livings' of groepen. Aan elk van deze 'livings' is een vaste equipe zorgpersoneel toegewezen, maar eveneens een vaste equipe woningassistenten (zie supra). Op deze manier kan het personeel maximaal 'bewonersgericht' werken, d.w.z. inspelen op de specifieke behoeften van elke individuele bewoner, aangezien het personeel vertrouwd is met de bewoner en diens wensen en verlangens.

Bij 'andere' onder medewerkers reactivering is een muziektherapeut (0,80 vte) gerekend, die tevens referentiepersoon dementie is.

Substitutieregel

	Aantal
Tekort verpleegkundigen	0,99
Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie *	3,63
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een medewerker met een diploma zoals vermeld in art. 45, §2, 8°	0,57
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een zorgkundige	0,42
Resterend tekort uitgedrukt in vte verpleegkundigen na toepassing van de substitutieregels	0,00

- * Overeenkomstig art. 45, §3 (BVR 28/06/2019, bijlage 11) mag - indien de verpleegkundige permanentie wordt gerealiseerd - maximaal 20% (30% indien er minstens 7 vte verpleegkundigen worden tewerkgesteld) van het vereiste aantal vte verpleegkundigen vervangen worden door een personeelslid met één van de kwalificaties vermeld in art. 45, §2, 8°. Bij gebrek aan personeelsleden die beschikken over één van deze kwalificaties, mogen verpleegkundigen vervangen worden door zorgkundigen ten belope van 1,2 vte zorgkundigen voor 1 vte verpleegkundigen."

Personeelscategorieën

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

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

	Verpleegkundigen *	Zorgkundigen *
Loontrekkend of statutair personeel	10,20	25,14
Interim personeel	0,92	0,00
Zelfstandige verpleegkundigen of zorgkundigen	0,00	0,00
Personeel in loondienst bij een andere voorziening	0,00	0,00
Personeel tewerkgesteld in het kader van projectsourcing of projectstaffing	0,00	0,00
Jobstudenten	0,00	0,00
	11,12	25,14

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

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 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.	☒	☐	☐	☐

Aantal gecontroleerde dossiers = 4

	Ja	Nee	NB	NVT
Op de medicatiefiche wordt voor "medicatie indien nodig" de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening vermeld.	1/4	3/4 TK	0/4	0/4
Er werden vier medicatiefiches gecontroleerd voor 'medicatie indien nodig'. Op twee van deze fiches werden geen indicaties vermeld, op drie fiches geen maximum dosis per 24u en op drie fiches geen interval voor toediening.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd. Aantal gecontroleerde dossiers = 3	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd. Aantal gecontroleerde dossiers = 3	3/3	0/3	0/3	0/3
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd. Aantal gecontroleerde dossiers = 2	2/2	0/2	0/2	0/2
De meeste medicatie is robotmedicatie. De restmedicatie wordt klaargezet door de nachtverpleegkundige. Er is geen afspraak om te registreren voor het klaarzetten van de medicatie. Volgens de gesprekspartners is dit niet mogelijk in het nieuwe programma dat wordt gebruikt (Feline). De vraag om dit alsnog te voorzien zou gesteld zijn aan de ontwikkelaar.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 4

	Ja	Nee	NB	NVT
De klaargezette medicatie stemt overeen met de medicatiefiche. (geen tegenindicaties)	4/4	0/4	0/4	0/4

	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.	☐	☒ TK	☐	☐
Op de potjes waarin medicatie wordt klaargezet worden enkel de gegevens van de bewoner vermeld, maar niet de naam van het medicijn. Op enkele verpakkingen van geneesmiddelen met een beperkte houdbaarheid was genoteerd tot wanneer deze houdbaar waren, doch meestal was dit niet gebeurd.				

Aantal gecontroleerde medicatiepletters = 1

	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	1/1	0/1	0/1	0/1

Aantal gecontroleerde koelkasten= 2

	Ja	Nee	NB	NVT
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt opgevolgd.	0/2	2/2 TK	0/2	0/2
Er zijn schriftelijke afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt.	☐	☒ TK	☐	☐
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard wordt niet aantoonbaar opgevolgd. Er zijn geen schriftelijke afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur.				

Naleving regelgeving (niet conform)

- Op de medicatiefiche ontbreken de nodige gegevens m.b.t. de “medicatie indien nodig” (de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
- 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.
- Medicatie die vooraf wordt klaargezet, is niet identificeerbaar tot op het moment van toedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
- Men heeft geen systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening op te volgen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
- Er zijn geen richtlijnen i.v.m. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
- De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt onvoldoende opgevolgd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.

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:				
- de gemeenschappelijke toiletten <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 8</i>	8/8	0/8	0/8	0/8
- badkamers <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 5</i>	5/5	0/5	0/5	0/5
- verpleegpost <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2
- personeelstoilet <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 2</i>	2/2	0/2	0/2	0/2

Aantal gecontroleerde wastafels = 17

	Ja	Nee	NB	NVT
Bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost beschikt men over:				
- vloeibare zeep	17/17	0/17	0/17	0/17
- dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	17/17	0/17	0/17	0/17
- instructies handhygiëne	17/17	0/17	0/17	0/17
- aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	17/17	0/17	0/17	0/17

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is handalcohol beschikbaar:				
- 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:	12/12	0/12	0/12	0/12
• 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				

Naleving regelgeving (conform)

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.

Volgens de gesprekspartners is het de visie van het woonzorgcentrum om 'bewonersgericht' in plaats van 'taakgericht' te werken. Dit betekent volgens de gesprekspartners dat steeds opnieuw aan de bewoner wordt bevraagd wat zijn wensen en voorkeuren zijn, ook aangaande de zorg, en rekening houdend met de mentale toestand van de bewoner.

De uit te voeren zorgen die opgenomen zijn als op het zorg- en ondersteuningsplan, zijn samengevat in een korte tekst onder 'extra info zorgplan'. Deze tekst bevat de actuele instructies m.b.t. de uit te voeren prestaties. Voor het uitvoeren van deze prestaties kan worden afgetekend, maar enkel voor alle prestaties samen en niet afzonderlijk.

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.	3/3	0/3	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

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, continentie 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 = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
- te meten parameters (op instructie van de arts) <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) <i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 2</i>	1/2	1/2 TK	0/2	0/2
Voor één bewoner werden medische steunkousen niet op het zorg- en ondersteuningsplan opgenomen.				

	Ja	Nee	NB	NVT
De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg.	☒	☐	☐	☐

Registraties

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt consequent geregistreerd.	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
In alle drie de gecontroleerde dossiers waren hiaten in het registreren voor het uitvoeren van de instructies op het zorg en ondersteuningsplan.				

Aantal gecontroleerde parameters = 2

	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

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

	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).	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
Op het moment van de inspectie kon voor drie gecontroleerde dossiers de betrokkenheid van de bewoner en/of familie m.b.t. het instellen van de fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen niet worden aangetoond. Volgens de gesprekspartner was dit in het vorige elektronische dossier (in Geracc) wel in orde, maar zouden deze gegeven zich nu in de cloud bevinden en nog moeten worden over gezet naar het nieuwe systeem.				

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	0/3	3/3 AP	0/3	0/3
Op het moment van de inspectie kon voor drie gecontroleerde dossiers de betrokkenheid van de arts m.b.t. het instellen van de fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen niet worden aangetoond. Volgens de gesprekspartner was dit in het vorige elektronische dossier (in Geracc) wel in orde, maar zouden deze gegeven zich nu in de cloud bevinden en nog moeten worden over gezet naar het nieuwe systeem.				

Wondzorg

	Ja	Nee	NB	NVT
In geval van wondzorg wordt er voor elke wonde een wondzorgfiche opgemaakt (geen tegenindicaties). <i>Aantal gecontroleerde wondzorgleefplannen = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
De wondzorgfiche vermeldt: <i>Aantal gecontroleerde wondzorgfiches = 3</i>				
- startdatum	3/3	0/3	0/3	0/3
- beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	3/3	0/3	0/3	0/3
- aard van de behandeling	3/3	0/3	0/3	0/3
- frequentie van de behandeling.	3/3	0/3	0/3	0/3

Aantal gecontroleerde wondzorgfiches= 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De evolutie van de wonde is af te leiden uit de observaties in het woonzorgleefplan.	1/3	2/3 TK	0/3	0/3
Volgens de gesprekspartner zijn er op dit moment geen afspraken rond registraties en observaties waaruit een evolutie van de wonde af te leiden valt.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de specifieke zorgen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art 29, 2°.
- Men kan niet aantonen dat de bewoner en/of familie betrokken werd(en) bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 31.
- De evolutie van de wonde kan onvoldoende afgeleid worden uit de observaties in het woonzorgleefplan - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°, h.

Aandachtspunten

- Het is aan te bevelen om ook de arts te betrekken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).

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 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 personeelslijst en de uurroosters voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug.

	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.	☐	☒ TK	☐	☐
Het gebouw vertoont ouderdomsmankementen: tegels gescheurd, scheuren in de muren en muren vuil, lek in het dak, ...				

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.	☐	☒ TK	☐	☐
In de kast onder het aanrecht in de keuken op de derde verdieping stonden onderhoudsproducten in een niet afgesloten kast.				

INFORMATIE VOOR BEWONERS

	Ja	Nee	NB	NVT
Het menu wordt ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld.	☒	☐	☐	☐
Het animatieprogramma wordt bekendgemaakt.	☒	☐	☐	☐
De gegevens van de Woonzorglijn worden op een zichtbare plaats uitgehangen.	☐	☐	☒	☐
Volgende zaken zijn geafficheerd: • dagprijzen • extra vergoedingen • regeling van de voorschotten ten gunste van derden	☐	☐	☒	☐
De voorziening geeft aan ook wat betreft het animatieprogramma zoveel mogelijk rekening te willen houden met de wensen van de bewoners. Elke ochtend wordt aan de bewoners gevraagd wat ze willen doen en op basis van deze wensen worden de verschillende activiteiten bepaald, rekening houdend met de sterktes van het aanwezige personeel. De medewerker wonen en leven gaat langs bij alle bewoners van de afdeling om hen persoonlijk op de hoogte te stellen van de verschillende mogelijkheden. Eens beslist is welke activiteit georganiseerd wordt, wordt dit nergens bekend gemaakt als bv. geheugensteun. Grotere activiteiten zoals een eucharistieviering of een brunch worden bekend gemaakt via de digitale schermen die ophangen op elke verdieping. Elke dinsdag en donderdagnamiddag is het kookactiviteit.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: onderhoudsproducten worden niet veilig bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
- Het structurele onderhoud is onvoldoende - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 10°, 11° en art. 29, 1°, b.

INSPRAAK/KLACHTEN

INSPRAAK

	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	☐	☐	☒	☐

* 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 1 x per 6 maanden vergadert (1 x per trimester indien in WZC voor bewoners met cognitieve problemen de gebruikersraad vervangen wordt door de familieraad)	☐	☐	☒	☐
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

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De klachtenprocedure vermeld geen klachtenbehandelaar die de klachten en suggesties verzamelt. Er wordt evenmin een termijn van feedback vermeld.

Vaststellingen

De klachtenprocedure zoals in het kwaliteitshandboek opgenomen werd door de gesprekspartners meegegeven tijdens de inspectie.

In deze klachtenprocedure is nog steeds geen klachtenbehandelaar opgenomen. Evenmin is de termijn van feedback vermeld.

De klachtenprocedure wordt conform de erkenningsvoorwaarden bekend gemaakt via de website en via de onthaalbrochure. De procedure zoals bekend gemaakt via deze kanalen bevat zowel een termijn van feedback als een klachtenbehandelaar. Er is evenwel niet in opgenomen dat de klachten zowel mondeling als schriftelijk kunnen worden ingediend.

Besluit

Het tekort werd niet geremedieerd.

Naleving regelgeving(niet conform)

- De klachtenprocedure bevat niet alle vereiste elementen en bepalingen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 42, §1.

DOCUMENTENFICHE

DOCUMENTEN INSPECTIE

Toelichting

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

Naleving regelgeving(conform)