

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	Prinsenhof
Adres	Gebroeders Marreytstraat 50, 8000 Brugge
Dossiernummer	508.137

INRICHTENDE MACHT

Naam	PAPENHOF
Juridische vorm	VZW
Adres	Alsebergsesteenweg 1037, 1180 Brussel

INSPECTIEBEZOEK

Bezoek	Onaangekondigd bezoek op 24/05/2023 (8:20-15:30)
Datum laatste vaststelling	30/05/2023

INLEIDING

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg 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	149
--------------------------	-----

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	68
Totaal bewoners CVK	0
Afwezigen	0
Andere	0
Totale bezetting *	68

* 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
19	11	19	9	9	1	0	68

Katz scores bewoners **CVK**

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

	Aantal
Totaal bewoners met Katz score	68
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	68

PROFIEL BEWONERS

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	20
Niet-bejaarde bewoners	0
Zelfredzame partners	0

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

Naleving regelgeving (conform)

INFRASTRUCTUUR

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: gelijkvloers, eerste en tweede verdieping.
- 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

Wijzigingen infrastructuur sinds vorig inspectiebezoek

Geplande wijzigingen

Volgende geplande wijzigingen aan de infrastructuur werden tijdens het inspectiebezoek aangehaald door de gesprekspartners:

- het plaatsen van zonnewering waar nodig;
- het uitvoeren van schilderwerken, bv. op het gelijkvloers;
- de ingebruikname van de derde verdieping als 'beveiligde afdeling light'.

Andere voorzieningen op dezelfde campus

- GAW

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

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

Vaststellingen

In het gebouw zijn er 5 badkamers voorzien, waarvan er maar 3 kunnen gebruikt worden. Er werd al een aangepast bad geplaatst evenals een rolstoelaangepast toilet in de bijgekomen gemeenschappelijke badkamer op de tweede verdieping. Er werd een lavabo geplaatst, die echter nog niet is aangesloten. Deze bijgekomen badkamer op de tweede verdieping is nog niet bruikbaar.

Het bad in de badkamer op het gelijkvloers is stuk en moet gemaakt worden waardoor deze badkamer niet bruikbaar was op het moment van inspectie.

In alle sanitaire cellen is er een douche aanwezig.

Besluit

Dit tekort is niet weggewerkt.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De voorziening is niet volledig rolstoeltoegankelijk. In enkele bijkomende wgl. met vensterdeur naar een terras, is een drempel voorzien van meer dan 2 cm, zoals in wgl. 329 (4,5 cm) en 246 (6,5 cm). Deze niveauverschillen waren niet ondervangen, waardoor de terrassen niet rolstoeltoegankelijk zijn.

Vaststellingen

De voorziening heeft dit aangepakt door de terrasdeuren te voorzien van een slot. Hierdoor kunnen de deuren afgesloten worden voor de bewoners, zodat deze niet kunnen gebruikt worden. Op het moment van de inspectie waren deze bewonerskamers niet in gebruik.

Besluit

Dit tekort is weggewerkt.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

De zonnewering werd niet overal waar nodig geïnstalleerd, zoals in de leef-/zitruimten aan de westelijk gerichte ramen op de verdiepingen en de oostelijk gerichte ramen aan de eetruimte in de beveiligde afdeling

Vaststellingen

Deze zonnewering is nog niet geplaatst. De gesprekspartner gaf aan dat de zonnewering besteld is en de firma al een poging gedaan heeft om die te komen installeren. Er bleek een fout in de afmeting te zitten waardoor de zonnewering opnieuw in productie moest gaan. De zonnewering die stuk is en de ontbrekende zonnewering zullen, volgens de gesprekspartner, samen aangepakt worden.

Besluit

Dit tekort is niet weggewerkt.

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Niet overal in de gemeenschappelijke ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar. In de leefruimte op de eerste verdieping bleek bij een testoproep dat het noodoproeppunt niet werkt.

Vaststellingen

Het oproepsysteem werd getest. De oproep kwam bij een medewerker op de telefoon terecht.

Besluit

Dit tekort is weggewerkt.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Niet in alle gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten en gemeenschappelijke badkamers zijn de spiegels aangepast aan rolstoelgebruikers.

Vaststellingen

De spiegels waren niet aangepast in het gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet en de gemeenschappelijke badkamer op het gelijkvloers in het Binnenhof. Op de eerste en de tweede verdieping was dit het geval in de gemeenschappelijke badkamers.

Bijkomend tekort

Beschrijving

Niet aan elk gemeenschappelijk toilet is een permanent oproepsysteem aanwezig.

Vaststellingen

Aan het toilet in de gemeenschappelijke badkamer op de afdeling Binnenhof is er geen permanent oproepsysteem aanwezig.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden. De bijgekomen gemeenschappelijke badkamer op de tweede verdieping is niet bruikbaar en de gemeenschappelijke badkamer op de gelijkvloers is stuk - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 6° (WZC voor 2009), art. 53, 7° (WZC na 2009), art. 54, 3de lid, 7° en 8° (WZC na 2017).
- De zonnewering werd niet overal waar nodig geïnstalleerd, zoals in de leef-/zitruimten aan de westelijk gerichte ramen op de verdiepingen en de oostelijk gerichte ramen aan de eetruimte in de beveiligde afdeling - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 16° en art. 54, 8ste lid, 5°.
- Niet in alle gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke toiletten werd er een spiegel voorzien die -indien nodig- aangepast of aanpasbaar is aan rolstoelgebruikers (aangepaste hoogte of kantelbaar). De spiegels waren niet aangepast in het gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet en de gemeenschappelijke badkamer op het gelijkvloers in het Binnenhof. Op de eerste en de tweede verdieping was dit het geval in de gemeenschappelijke badkamers - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 26, 2de lid en art. 51, 3°.
- 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. Aan het toilet in de gemeenschappelijke badkamer op de afdeling Binnenhof is er geen permanent oproepsysteem aanwezig. - 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 april en mei 2023.
- Vaststellingen op basis van documenten m.b.t. de tewerkstelling van interims 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) **	10,20	6,81
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	1,00	1,00
waarvan verpleegkundige(n)	1,00	1,00
Zorgkundige(n)	13,06	7,72
Medewerker(s) reactivering ***		1,62
Ergotherapeut(e)(n)	0,50	
Kinesitherapeut(e)(n)	0,50	
Andere		
Medewerker(s) levenseindezorg	0,12	0,12
Begeleider(s) wonen en leven	2,17	2,25
Keuken- en onderhoudspersoneel	10,03	4,53
Maatschappelijk werker(s)		-
Administratieve medewerker(s)	1,00	-
Logistieke medewerker(s)	2,60	-
Kwaliteits-coördinator(en)		-
zaalassistenten	3,50	-

* 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.

Er wordt ook zorg verstrekt aan bewoners van de GAW door het zorgpersoneel van het WZC. Het gaat hier over volgende zorg:

- bij 2 bewoners zelf aanbrengen
- 9 bewoners medicatie geven

- 2 bewoners steunkousen aandoen
- 5 bewoners ochtendtoilet geven.

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

De hoofdverpleegkundige werkt in het WZC op interim-basis.

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	6,00	10,90
Interim personeel	4,20	2,16
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
	10,20	13,06

- * 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 (niet conform)

- Er zijn onvoldoende begeleiders wonen en leven: er is een tekort van 0,08 vte - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §1, 3°.
- Er zijn onvoldoende medewerkers reactivering. Er is een tekort van 0,62 vte. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §2 en bijlage 8, art. 17, 2°.

VEILIGHEID

MEDICATIEVEILIGHEID

Toelichting

- Medicatiebeheer en -bedeling zijn een complex gegeven waarbij het WZC een veelheid aan richtlijnen dient te respecteren. Zorginspectie kan niet alle aspecten in één bevraging aan bod laten komen. Onderstaande items zijn relevant maar niet allesomvattend.
- Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. Elementen die niet dossiergebonden zijn en eerder betrekking hebben op een algemene werkwijze worden op voorzienings- of afdelingsniveau beoordeeld.
- Vaststellingen op basis van het nazicht van: een steekproef van de zorgdossiers, het medicatieopslag- en bedelingssysteem, klaargezette medicatie via steekproef.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens rondgang.
- Vaststellingen op basis van bijkomende registraties inzake medicatie.

De bevraging gebeurde met een medewerker van een andere voorziening van de groep. Op verschillende bijkomende vragen kon geen antwoord gegeven worden. Er kon enkel verdergegaan worden op wat er neerschreven stond in de elektronische dossiers.

	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.	☒	☐	☐	☐
Medicatie die nuchter moet gegeven worden, staat vermeld in het woonzorgleefplan en op de medicatiefiche als medicatie die om 6.00u moet gegeven worden. Dit is dan de eerste taak van ochtend zorgmedewerker om deze medicatie rond te delen en toe te dienen. Op de medicatiefiche staat ook vermeld of medicatie onder toezicht moet gegeven worden of geplet. De zorgmedewerkers beschikken over een tablet waarop ze de medicatiefiche kunnen oproepen om na te gaan welke bewoner welke medicatie moet toegediend krijgen op een bepaald moment.				

Aantal gecontroleerde dossiers = 8

	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.	8/8	0/8	0/8	0/8

	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 3</i>	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd. <i>Aantal gecontroleerde dossiers = 1</i>	0/1	1/1 TK	0/1	0/1
Het toedienen van de medicatie werd steeds geregistreerd in de gecontroleerde dossiers. Tijdens de rondgang werd er opgemerkt dat medicatie op de grond lag. Uit nazicht achteraf bleek dat ook deze medicatie geregistreerd was voor toediening. Er is een bewoner die een bijspuitschema heeft voor het toedienen van insuline. Het overzicht van de maand mei '23 werd opgevraagd. De voorgeschreven momenten waarop de glycemie moet gemeten worden en insuline moet toegediend worden, is 4 keer per dag. Er zijn dagen van 1, 2, 3 en 4 of meer metingen per dag. De metingen zouden moeten gebeuren om 7.00u, 12.00u, 17.00u en 22.00u. Het is onduidelijk wanneer zorgmedewerkers de metingen uitvoeren. Zo staan er metingen en toegediende eenheden insuline om 2.00u 's nachts die waarschijnlijk over de dag voordien gaan.				

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.	☒	☐	☐	☐
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.	☒	☐	☐	☐

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 medicatiesnijder bevatte medicatieresten.				

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)

- Het toedienen van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd. Medicatie die niet werd

toegediend, werd toch afgetekend voor toegediend - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.

- Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
- De medicatiepletter/medicatiesnijder bevat medicatieresten - 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 = 4</i>	4/4	0/4	0/4	0/4
- badkamers <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 3</i>	3/3	0/3	0/3	0/3
- verpleegpost <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 1</i>	1/1	0/1	0/1	0/1
- personeelstoilet <i>aantal gecontroleerde ruimtes = 0</i>	0/0	0/0	0/0	0/0

Aantal gecontroleerde wastafels = 8

	Ja	Nee	NB	NVT
Bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost beschikt men over:				
- vloeibare zeep	8/8	0/8	0/8	0/8
- dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	8/8	0/8	0/8	0/8
- instructies handhygiëne	8/8	0/8	0/8	0/8
- aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	7/8	1/8 TK	0/8	0/8
In de gemeenschappelijke badkamer op het gelijkvloers was de vuilbak niet aangepast.				

	Ja	Nee	NB	NVT
Er is handalcohol beschikbaar:				
- bij elke bewonerskamer	☐	☐	☒	☐
- in elke verpleegpost	☒	☐	☐	☐
- in alle gemeenschappelijke leefruimtes	☒	☐	☐	☐

Medewerkers

Aantal geobserveerde medewerkers = 8

	Ja	Nee	NB	NVT
De algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne worden in de praktijk door de medewerkers nageleefd:	8/8	0/8	0/8	0/8
• 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				

Opvolging tekorten en/of aandachtspunten

Vastgesteld tekort

Beschrijving

Bij het gebruik van wegwerphandschoenen houdt men niet altijd rekening met de voorwaarden inzake handhygiëne.

Vaststellingen

Er werden tijdens de rondgang geen inbreuken vastgesteld bij het gebruik van wegwerphandschoenen.

Besluit

Dit tekort werd geremedieerd.

Naleving regelgeving (niet conform)

- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair en de verpleegpost een aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen) voorzien. In de gemeenschappelijke badkamer op het gelijkvloers was de vuilbak niet aangepast - 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 bevroegde element.
- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang, bevraging van personeelsleden en toetsing van een steekproef van de zorgdossiers en andere registraties m.b.t. de zorg op verschillende afdelingen.

De bevraging gebeurde met een medewerker van een andere voorziening van de groep omdat er geen vaste verpleegkundige aanwezig was op het moment van het inspectiebezoek. Op verschillende bijkomende vragen kon geen antwoord gegeven worden. Er kon enkel verdergegaan worden op wat er neerschreven stond in de elektronische dossiers.

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.	2/3	1/3 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

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 Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3	3/3	0/3	0/3	0/3
- toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
- uit te voeren wondzorg Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3	3/3	0/3	0/3	0/3
- te meten parameters (op instructie van de arts) Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3	3/3	0/3	0/3	0/3
- specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril...) Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3	3/3	0/3	0/3	0/3
Voor een bewoner stond er bij vrijheidsbeperkende maatregelen enkel 2 bedsponden omhoog tijdens de nacht vermeld. De bewoner had ook een voorzettafel. Dit stond niet vermeld in het zorg- en ondersteuningsplan.				

	Ja	Nee	NB	NVT
De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg.	☒	☐	☐	☐
De zorgmedewerkers beschikken over een tablet die wordt meegenomen op de zorgkar.				

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
De gesprekspartner kon enkel voor de gevraagde dagen 20/5/'23 en 23/5/'23 aantonen hoeveel registraties van het aantal uit te voeren registraties er niet werden uitgevoerd. Er kon geen overzicht gegeven worden over welke instructies het dan concreet ging. Voor drie bewoners waren veel hiaten. Op de dag van inspectie werd er eveneens geregistreerd dat er een bewoner in bad/de douche was geweest terwijl dit niet zo was.				

Aantal gecontroleerde parameters = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd.	0/3	3/3 TK	0/3	0/3
Voor twee bewoners waarbij de glycemie moet gemeten volgens een bepaald schema, blijkt dit niet steeds te lukken (zie hoger en verder in het inspectieverslag). Daarnaast was er nog een bewoner waarvan dagelijks de bloeddruk moest genomen worden. In de maand mei '23 werd de bloeddruk nog geen enkele keer genoteerd.				

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3

	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen.	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Voor één van de drie nagekeken dossiers ontbrak het gewicht van de maand februari 2023.				

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).	2/3	1/3 TK	0/3	0/3
Voor een bewoner kon niet aangetoond worden dat de familie betrokken was bij het gebruik van een voorzettafel.				

Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 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
Voor een bewoner kon niet aangetoond worden dat de arts betrokken was bij het gebruik van een voorzettafel.				

Wondzorg

	Ja	Nee	NB	NVT
In geval van wondzorg wordt er voor elke wonde een wondzorgfiche opgemaakt (geen tegenindicaties).	3/3	0/3	0/3	0/3
<i>Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen = 3</i>				
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.	3/3	0/3	0/3	0/3
De wonden worden wekelijks geherklasseerd en op dat moment ook geëvalueerd, volgens de gesprekspartner. Sinds kort worden er foto's toegevoegd aan de opvolging van de wonden.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- Het woonzorgleefplan bevat geen informatie m.b.t. de medische voorgeschiedenis, huidige diagnose en allergieën. Dit was het geval bij 1 van de 3 woonzorgleefplannen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 3°.
- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen - 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°.
- De waarden van de parameters, worden niet volgens de instructies van de arts geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art. 29, 2°.
- De bewoners worden niet minstens maandelijks gewogen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, 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.

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 op afdeling x.
- Voor de beoordeling van de vereiste kwalificaties van het personeel baseert Zorginspectie zich op bijlage 1 van het koninklijk besluit van 18/06/1990 dat de lijst bevat van de technische verpleegkundige verstrekkingen die door de beoefenaars van de verpleegkunde mogen worden verricht en op het KB van 12/01/2006 dat de lijst bevat van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen.

Op de dag van de inspectie hadden verschillende zorgmedewerkers zich ziek gemeld, volgens de gesprekspartners. Om 10.00u waren er nog bewoners die nog niet ontbeten hadden. Verschillende bewoners op de tweede en eerste verdieping zaten te wachten op de ochtendzorg. Een aantal bewoners gaf aan dat dit vaker gebeurt en dat ze dan zichzelf behelpen.

Het bijspuitschema wordt niet gerespecteerd: soms kloppen de basiseenheden insuline niet, soms klopt het bijkomende aantal toe te dienen eenheden insuline niet op basis van de gemeten glycemie.

Minstens 2 van de 6 bevroegde bewoners stelden dat hen de laatste 2 weken geen douche of bad meer werd aangeboden.

Bij nazicht van de aftekenlijst bleek deze zorghandeling toch te zijn afgetekend voor uitgevoerd.

Minstens 3 zorgmedewerkers bevestigden dat het voorvalt dat een bewoner geen douche of bad wordt gegeven omdat er soms te weinig personeel is om dit uit te voeren.

Op de beveiligde afdeling Binnenhof werd aangebracht door het zorgpersoneel dat soms een baddag niet doorging, maar dat dan, als er voldoende personeel aanwezig is, men een inhaalbeweging uitvoert maar dat het kan gebeuren dat een bewoner langer dan een week moet wachten op een bad.

Naleving regelgeving(niet conform)

- Men kan niet aantonen dat aan de bewoners een aangepast dagritme wordt aangeboden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 32, 7°.
- Men kan niet aantonen dat zorginstructies altijd in de praktijk worden uitgevoerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2° en 3°.
- Men kan niet aantonen dat elke bewoner minstens eenmaal per week een bad of douche kan nemen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°, b.

CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

Toelichting

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang.
- 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...).	☐	☒ TK	☐	☐
Indien incontinentiemateriaal in de individuele sanitaire cellen of in de gemeenschappelijke toiletten en badkamers wordt opgeborgen, gebeurt dit discreet.	☐	☒ TK	☐	☐
De zorgmedewerkers hebben een tablet waarop de zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden. Daarnaast nemen ze ook nog een beknopte afgedrukte versie mee. Die lagen soms voor iedereen zichtbaar op de zorgkar, zonder dat er een medewerker in de buurt was. Verder hangen ook de baddag en overzicht van wie incontinentiemateriaal gebruikt in de kast met incontinentiemateriaal en linnen. De kasten stonden open waardoor iedereen deze informatie kon lezen. In verschillende sanitaire cellen lag het incontinentiematerieel zichtbaar en slordig gestapeld achter het toilet.				

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB	NVT
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	☒	☐	☐	☐
De mogelijkheid om een alternatief menu te krijgen wordt kenbaar gemaakt op de geafficheerde menu's.				

	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	☐	☒ TK	☐	☐
- structureel onderhoud.	☐	☒ TK	☐	☐
Zorginspectie stelde vast dat het onderhoud onvoldoende is. Zo waren er verschillende wgl. op het Binnenhof, met veel bewoners die volledig zorgafhankelijk zijn, waar 's middags rond 12u nog steeds de sporen van de ochtendzorg te zien waren (kledij op de grond, handdoeken op de grond en een rommelige kamer). Op de vloer van de leefruimte van het Binnenhof lagen om 14u.30 nog broodkruimels en andere eetresten van het ontbijt. De vloer in de leefruimte van het Binnenhof voelde ook heel kleverig aan op dat moment. Het onderhoudspersoneel was op dat moment wel bezig met het onderhoud, doch op dat moment waren er nog veel andere plaatsen in het WZC waar het onderhoud beter kon. Zo waren de gemeenschappelijke badkamers op de verdiepingen behoorlijk vuil en waren er bv. nog sporen van cementslur, een gevolg van een verbouwing die zich al maanden voordien voltrok. Ook in de gang waren er nog sporen van vuil te zien. De teamleader administration verduidelijkte dat het plakken van de vloer te maken heeft met het overmatig gebruik van onderhoudsproduct. In verschillende individuele sanitaire cellen en op de gang op het gelijkvloers en de eerste verdieping is er sterke geuroverlast. De gesprekspartner bevestigde de geurhinder en stelde voor het probleem een gespecialiseerde firma onder de arm te hebben genomen. Dit werd gestaafd met facturen van deze firma. Volgens de teamleader administration zou het product dat gebruikt wordt niet meer doeltreffend zijn. De verzakking ter hoogte van de gemeenschappelijke toiletten bij de liften op het gelijkvloers werd aangepakt. De vloerplinten dienen nog teruggeplaatst te worden na uitharding van een geïnjecteerde materie, aldus de gesprekspartner. De verf aan de individuele sanitaire cel van wgl. 0016 bladert af, vermoedelijk door vochtproblemen. De muur zal geïnjecteerd worden tegen opstijgend vocht, volgens de gesprekspartner. Nadien zal er opnieuw geverfd worden. Er werd nog geen duidelijke timing vooropgesteld.				

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	☐	☒ TK	☐	☐
- onderhoudsproducten worden veilig bewaard.	☐	☒ TK	☐	☐
Op de beveiligde afdeling stond tijdens de rondgang de deur van een bewonerskamer die nu dienst doet als berging open. Daarin worden de verschillende karren verzameld. Op één van die karren werd onderhoudsproducten aangetroffen.				
Tijdens de rondgang werd er medicatie teruggevonden op de grond in de gemeenschappelijke ruimte op de beveiligde afdeling (Binnenhof).				

INFORMATIE VOOR BEWONERS

	Ja	Nee	NB	NVT
Het menu wordt ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld.	☐	☒ TK	☐	☐
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	☒	☐	☐	☐
Op de beveiligde afdeling hing tot de voormiddag nog de menu van de dag voordien.				

Naleving regelgeving(niet conform)

- De privacy van de bewoners wordt onvoldoende gerespecteerd – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 31, 2de lid, 2°, art. 51, 1°, 2° en 4°, art. 54, 4de lid (WZC na 2017).
- Het incontinentiemateriaal wordt onvoldoende discreet opgeborgen - Woonzorgdecreet 15/02/2019, art. 4, §1, 2°.
- Het dagelijkse onderhoud is onvoldoende - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 10°, 11° en art. 29, 1°, b.
- Het structurele onderhoud is onvoldoende - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 10°, 11° en art. 29, 1°, b.
- Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: medicatie en verzorgingsproducten worden niet veilig bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 51, 4°.
- 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 menu wordt niet minstens één dag op voorhand aan de bewoners meegedeeld - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 32, 5°.

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	☐	☒ TK	☐	☐
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 laatste vier bewonersraden vonden plaats op 26/11/2021, 30/5/2022, 7/10/2022, 6/2/2023.				

- * 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(niet conform)

- De gebruikersraad vergadert niet minstens één keer per trimester - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §1.

DOCUMENTENFICHE

DOCUMENTEN INSPECTIE

Toelichting

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

Naleving regelgeving(conform)