

**Zorginspectie**

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

[contact.zorginspectie@vlaanderen.be](mailto:contact.zorginspectie@vlaanderen.be)

[www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be)

## **INSPECTIEVERSLAG: SERVICEFLATGEBOUW**

### **INRICHTENDE MACHT**

Naam

Juridische vorm

Ondernemingsnummer

Adres

### **INSPECTIEPUNT**

Naam

Adres

Dossiernummer

### **UITBATINGSPLAATS**

Naam

Adres

### **INSPECTIE**

Datum laatste vaststelling

Verslagnummer

Inspecteur

### **INSPECTIEBEZOEK**

Aangekondigde inspectie op DD/MM/JJJJ (UU:MM-UU:MM)

Gesprekspartner

## INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	X
• Erkenningsgegevens en situering inspectiebezoek	X
• Gebruikers	X
• Infrastructuur	X
• Omkadering	X
• Hulp en dienstverlening	X
• Bejegening	X
• Inspraak	X
• Documenten	X
o Schriftelijke opnameovereenkomst	X
o Interne afsprakennota	X
o Opnamedossiers	X
o Klachtenprocedure	X
o Klachtenbehandeling	X
o Procedure grensoverschrijdend gedrag	X
• Kwaliteitsregelgeving	X

ONTWERPVERSLAG

# LEESWIJZER

## 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](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Meer informatie is te vinden op onze website: [www.zorginspectie.be](http://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](mailto: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 minder-gebruikelijke 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 bevroegde items wordt bepaald door de finaliteit van het inspectiebezoek en door wat er zich tijdens het inspectiebezoek aandient.

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

- observaties;
- bevraging van medewerkers en verantwoordelijken;
- inzage in documenten;
- bevraging 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 klachtindieners 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 het team planning en kwaliteit ouderenzorg van de afdeling Woonzorg binnen het Departement Zorg en -indien van toepassing- de klachtindieners. Het team planning en kwaliteit ouderenzorg 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 het Departement Zorg:

- [ouderenzorg](#)
- [thuiszorg](#)

### **Gebruikte afkortingen**

AP	aandachtspunt
AW	assistentiewoning
BE	bijkomende erkenning
CVH	centrum voor herstelverblijf
CVK	centrum voor kortverblijf
CDV	centrum voor dagverzorging
CDO	centrum voor dagopvang
CRA	coördinerend en raadgevend arts
DG	dienst gezinszorgdienst
GAW	groep van assistentiewoningen
HVP	hoofdverpleegkundige(n)
IB	inbreuk
LDC	lokaal dienstencentrum
NAH	niet aangeboren hersenletsels
NB	niet beoordeeld
NTB	niet te beoordelen
NVT	niet van toepassing
SAW	sociale assistentiewoningen
SFG	serviceflatgebouw
SMK	sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen
VP	verpleegkundige(n)
VTE	voltijds equivalent
WA	woonassistent
WCD	woningcomplex met dienstverlening
WZC	woonzorgcentrum
WZD	woonzorgdecreet
ZK	zorgkundige(n)

ONTWERPVERSLAG

# ERKENNINGSGEGEVENS EN SITUERING INSPECTIEBEZOEK

## SITUERING INSPECTIEBEZOEK

### ERKENNINGSGEGEVENS

## GEbruikers

### AANTAL GEbruikers

Aantal bewoonde woningen	
Aantal gebruikers	

	Ja	Nee	NB
De erkende capaciteit wordt gerespecteerd. Ouderendecreet 5/3/1985, art. 10 en 14		IB	

### PROFIEL GEbruikers

	Ja	Nee	NB
De gebruikers beantwoorden aan het profiel voor een verblijf in de SFG. Ouderendecreet 5/3/1985, art. 2,5°		IB	
Het aantal serviceflats dat wordt bewoond door gebruikers jonger dan 60 jaar bedraagt maximum 25% van het totaal aantal erkende serviceflats. Ouderendecreet 5/3/1985, art. 2,5°		IB	

# INFRASTRUCTUUR

## BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

### Regelgeving van toepassing

Op de infrastructuur is volgende regelgeving van toepassing: BVR 17/07/1985

## ERKENNINGSVOORWAARDEN INFRASTRUCTUUR

### Woningen

	Ja	Nee	NB
Elke woning bestaat tenminste uit: <ul style="list-style-type: none"><li>• een leefruimte</li><li>• een keuken</li><li>• een slaapruijnte</li><li>• een afzonderlijke sanitaire ruimte met toilet en bad- of douchegelegenheid.</li></ul> <small>BVR van 17/07/1985, norm 3.2.1</small>		IB	
De nettovloeroppervlakte van de leefruimte, de slaapruijnte en de keuken bedraagt in totaal ten minste 24m <sup>2</sup> . <small>BVR van 17/07/1985, norm 3.2.1</small>		IB	
De bewoner heeft vanuit de leefruimte via een raam ongehinderd zicht op de buitenwereld. <small>BVR van 17/07/1985, norm 3.2.2</small>		IB	

## Gemeenschappelijke leefruimte

	Ja	Nee	NB
Er is een gemeenschappelijke polyvalente ruimte. BVR van 17/7/1985, norm 3.2.2		IB	

	Ja	Nee	NB	NVT
De gemeenschappelijke polyvalente ruimte heeft een oppervlakte in verhouding tot het aantal bewoners (ten minste 1 m <sup>2</sup> per bewoner). BVR van 17/7/1985, norm 3.2.2		IB		
De ontmoetingsruimte is elke weekdag beschikbaar voor de bewoners en tijdens het weekend op verzoek.		AP		
Er is minstens één rolstoeltoegankelijke toiletruimte. BVR van 17/7/1985, norm 2.2.7		IB		
In de gemeenschappelijke toiletten is een wastafel beschikbaar. BVR van 17/7/1985, norm 2.2.7		IB		

## Handgrepen

	Ja	Nee	NB	
Elk toilet is voorzien van aangepaste muurleuningen. BVR van 17/7/1985, norm 2.2.7		IB		

## Oproepsysteem

	Ja	Nee	NB	
In elke ruimte van de woning is er een oproepsysteem beschikbaar. BVR van 17/7/1985, norm 3.2.3		IB		
In de individuele sanitaire cel is er permanent een oproepsysteem aanwezig dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner. BVR van 17/7/1985, norm 3.2.3		IB		

## Onderhoud

De gebouwen en de lokalen worden regelmatig en correct onderhouden:	Ja	Nee	NB
dagelijks onderhoud BVR van 17/7/1985, norm 2.2.2		IB	
structureel onderhoud BVR van 17/7/1985, norm 2.2.2		IB	



## Informatie voor bewoners

	Ja	Nee	NB
De gegevens over de Woonzorglijn worden op een zichtbare plaats opgehangen.		AP	

## OMKADERING

	Ja	Nee	NB
Er werd een dagelijks verantwoordelijke aangeduid. BVR van 17/7/1985, norm 4.1		IB	

## HULP EN DIENSTVERLENING

### NOODOPROEPSYSTEEM

	Ja	Nee	NB
Overdag en 's nachts is er altijd een medewerker van de SFG of van een externe partner ter beschikking die onmiddellijk elke noodoproep van een bewoner kan beantwoorden. BVR van 17/7/1985, norm 4.2		IB	
Overdag en 's nachts is er altijd een medewerker van de SFG of een externe partner ter beschikking die onmiddellijk naar de bewoner kan gaan als uit het contact met de bewoner blijkt dat dat nodig is. BVR van 17/7/1985, norm 4.2		IB	

	Ja	Nee	NB
In functie van de permanentie beschikt men voor elke bewoner over de volgende informatie: <ul style="list-style-type: none"><li>• contactgegevens persoon die in geval van nood moet gewaarschuwd worden</li><li>• contactgegevens behandelende arts en eerstelijnsactoren die voor de bewoner relevant zijn</li><li>• voorkeur ziekenhuis</li></ul> BVR van 17/7/1985, norm 4.2		IB	
Het SFG registreert op aantoonbare wijze al de volgende gegevens: <ul style="list-style-type: none"><li>• dag en ogenblik van noodoproep</li><li>• de reden van noodoproep</li><li>• het gevolg dat aan de noodoproep werd gegeven</li></ul>		AP	

## FACULTATIEVE DIENSTVERLENING

	Organisatie door SFG/ beheersinstantie	Organisatie door externe partner
Thuisverpleging		
Gezinszorg		
Poetshulp		
Boodschappendienst		
Kapper		
Pedicure		

	Ja	Nee	NB
De dienstverlening is facultatief: de bewoners kunnen er een beroep op doen telkens het nodig is (geen tegenindicaties). BVR van 17/7/1985, norm 2.2.1		IB	
De bewoner heeft de vrije keuze: de bewoner kan zelf de zorg en ondersteuning en de verstrekker ervan kiezen (geen tegenindicaties). BVR van 17/7/1985, norm 2.2.1		IB	

## MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB
De initiatiefnemer zorgt ervoor dat de bewoners die dat willen, de mogelijkheid hebben om dagelijks minstens een warme maaltijd te eten. BVR van 17/7/1985, norm 2.1		IB	

# INSPRAAK

## GEBRUIKERSRAAD

	Ja	Nee	NB
De bewonersraad vergadert minstens één keer per trimester. BVR van 17/7/1985, norm 5.1		IB	
Van de vergaderingen wordt een verslag opgemaakt dat ter inzage ligt van de bewoners. BVR van 17/7/1985, norm 5.1		IB	
Men kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de gebruikersraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de bewonersraad.		AP	

## TEVREDENHEIDSBEVRAGING

	Ja	Nee	NB
Minstens driejaarlijks wordt een gebruikerstevredenheidsmeting uitgevoerd. BVR 28/06/2019, art. 8, §4		IB	

# FACTURATIE

## DAGPRIJS

De dagprijs bedraagt:	
-----------------------	--

	Ja	Nee	NB
De toegepaste dagprijs werd ter kennis gebracht aan of goedgekeurd door de afdeling Woonzorg binnen het Departement Zorg. MB 12/8/2005		IB	

## SAMENSTELLING FACTUREN

	Ja	Nee	NB
Voor iedere gebruiker wordt er maandelijks een factuur opgemaakt. BVR van 17/07/1985, norm 6.3		IB	
De facturen bevatten alle verplichte elementen. BVR van 17/07/1985, norm 6.3		IB	

## FACTURATIE

	Ja	Nee	NB
De samenstelling van de gefactureerde dagprijs is conform de regelgeving BVR van 17/07/1985, norm 2.2.1		IB	

	Ja	Nee	NB	NVT
Er worden alleen extra vergoedingen aangerekend voor diensten en leveringen die vermeld werden in de schriftelijke overeenkomst. BVR van 17/07/1985, norm 1.8		IB		

	Ja	Nee	NB	NVT
Het gebruik van een elektronisch betalingssysteem is optioneel. BVR van 17/07/1985, norm 1.6		IB		

## FACTURATIE BIJ OPZEG

	Ja	Nee	NB
De opzeggingstermijn bedraagt maximaal 30 x de dagprijs. BVR van 17/07/1985, norm 1.8		IB	

## WAARBORG EN BORGSTELLING

	Ja	Nee	NB
Het bedrag van de waarborgsom mag niet hoger zijn dan 30 x de dagprijs. BVR van 17/07/1985, norm 1.8		IB	
Het bedrag wordt op een geblokkeerde en gepersonaliseerde rekening geplaatst en de opbrengst ervan is voor de bewoner. BVR van 17/07/1985, norm 1.8		IB	

ONTWERP/VERSLAG

# DOCUMENTEN

## SCHRIFTELIJKE OPNAMEOVEREENKOMST

	Ja	Nee	NB
Men beschikt over een schriftelijke opnameovereenkomst. <small>BVR van 17/07/1985, norm 1.8</small>		IB	
De schriftelijke opnameovereenkomst bevat alle verplichte elementen en bepalingen		IB	
De inhoud van de schriftelijke overeenkomst is conform met de regelgeving		IB	

## INTERNE AFSPRAKENNOTA

	Ja	Nee	NB
Men beschikt over een interne afsprakennota. <small>BVR van 17/07/1985, norm 1.2</small>		IB	
De wijzigingen werden minimaal 30 dagen voor de toepassing ervan meegedeeld aan de bewoner en de gebruikersraad. <small>BVR van 17/07/1985, norm 1.4</small>		IB	
De interne afsprakennota bevat alle verplichte elementen en bepalingen		IB	
De inhoud van de interne afsprakennota is conform met de regelgeving		IB	

## OPNAMEDOSSIEERS

Voor elke bewoner kan men volgende documenten voorleggen:	Ja	Nee	NB	NVT
een schriftelijke overeenkomst die door beide partijen werd ondertekend <small>BVR van 17/07/1985, norm 1.8</small>			IB	
een bewijs van overhandiging van de interne afsprakennota. <small>BVR van 17/07/1985, norm 1.4</small>			IB	
een omstandige plaatsbeschrijving (indien van toepassing). <small>BVR van 17/07/1985, norm 6.2</small>			IB	

## KLACHTENPROCEDURE

	Ja	Nee	NB
De GAW beschikt over een klachtenprocedure. <small>MB 10/12/2001, art. 3</small>		IB	
De procedure werd systematisch uitgewerkt en bevat de volgende elementen: <ul style="list-style-type: none"><li>• aanduiden klachtenbehandelaar</li><li>• de klachten en suggesties worden verzameld</li><li>• klachten kunnen mondeling en schriftelijk ingediend worden</li><li>• termijn feedback</li><li>• het gevolg dat aan de klacht wordt gegeven wordt rechtstreeks aan de indiener ervan meegedeeld</li></ul> <small>MB 10/12/2001, bijlage, SMK 1.13 en 4.2)</small>		IB	

De klachtenprocedure wordt bekend gemaakt op de website van de voorziening of in een onthaalbrochure.		AP	
---	--	----	--

## PROCEDURE GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

	Ja	Nee	NB
De voorziening beschikt over een procedure grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers. BVR 28/06/2019, art. 10,§1		IB	
De procedure werd systematisch uitgewerkt en omschrijft de werkwijze van de verschillende stappen in het omgaan met grensoverschrijdend gedrag t.a.v. gebruikers, nl.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• preventie</li> <li>• detectie</li> <li>• reactie</li> <li>• geanonimiseerde registratie</li> <li>• geanonimiseerde melding aan de afdeling Woonzorg binnen het Departement Zorg</li> </ul> BVR 28/06/2019, art. 10,§1		IB	

## **KWALITEITSREGELGEVING**

### KWALITEITSHANDBOEK

	Ja	Nee	NB
Het SFG beschikt over een kwaliteitshandboek. MB 10/12/2001, art. 2 en 3		IB	
Het kwaliteitshandboek bevat alle verplichte elementen. MB 10/12/2001, art. 2 en 3		IB	