

## Interpretatie van normen

Normen die van toepassing zijn op de rusthuizen, kortverblijven en rust- en verzorgingstehuizen

Art.129 tot 237

### Specifieke informatie:

- **Art. 225 tot 227:** specifieke normen voor plaatsen voor kortverblijf
- **Art.228 tot 237:** specifieke normen voor RH's/RVT's

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 129.</b> § 1. Onverminderd de algemene normen in Titel II, moeten rusthuizen, ongeacht het soort plaatsen die ze aanbieden, voldoen aan de bepalingen van de hoofdstukken II tot en met VII van deze titel.</p> <p>§ 2. Voor de toepassing van de hoofdstukken I tot en met VII van deze titel moet onder ""voorziening"" worden verstaan een rusthuis in de zin van artikel 2, 4°, c), van de ordonnantie."</p> <p>" Art. 130. Een beheerder mag niet meer dan 200 plaatsen per voorziening uitbaten.</p> <p>Het in het vorige lid bedoelde aantal plaatsen heeft betrekking op plaatsen in rusthuizen, plaatsen voor kortverblijf en plaatsen in rust- en verzorgingstehuizen.</p>	<p>Artikel 2, 4°, c), van de ordonnantie: "<i>rusthuis: één of meerdere gebouwen, welke ook hun benaming is, die functioneel een collectieve woongelegenheden vormen en huisvesting, alsmede hulp of zorg bieden aan de ouderen die er wonen met of zonder speciale erkenning voor de verzorging van sterk afhankelijke en zorgbehoevende ouderen</i>".</p>	

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 130.</b> Een beheerder mag niet meer dan 200 plaatsen per voorziening uitbaten.</p> <p>Het in het vorige lid bedoelde aantal plaatsen heeft betrekking op plaatsen in rusthuizen, plaatsen voor kortverblijf en plaatsen in rust- en verzorgingstehuizen.</p>	<p>Een specifieke vergunning tot ingebruikneming en exploitatie (SVIE) mag niet meer dan 200 bedden bevatten.</p>	
<p><b>Art. 131.</b> § 1. Onverminderd artikel 49 wordt vóór de opname tussen de voorziening en de bewoner een overeenkomst afgesloten die verplicht vermeldt:</p> <p>1° de kortingsvoorwaarden van de financiële tegemoetkoming van de bewoner in geval van een ziekenhuisopname of een ononderbroken afwezigheid van meer dan zeven dagen;</p> <p>2° het feit dat de verplichting tot betaling van de dagprijs van toepassing blijft zolang de kamer niet is vrijgegeven, na het verstrijken van de in artikel 134 bepaalde opzegtermijn;</p> <p>3° het bedrag van de eventueel gestorte waarborg, die niet hoger mag zijn dan de maandelijkse huurprijs:</p> <p>a) wanneer een waarborg wordt geëist, wordt hij door de partijen op een individuele rekening geplaatst, geopend op naam van de bewoner bij een financiële instelling, met de vermelding van de bestemming: ""waarborg voor elke schuldvordering voortvloeiend uit de volledige of gedeeltelijke niet-uitvoering van de verplichtingen van de bewoner"".</p>	<p>Ter herinnering: artikel 49 stelt de normen vast voor de overeenkomst tussen de voorziening en de oudere. Als de voorziening hulp nodig heeft bij het opstellen van een overeenkomst voor haar bewoners, dan is er een voorbeeldovereenkomst beschikbaar op de website van Iriscare (<a href="#">Iriscare</a>).</p> <p>De overeenkomst moet ten minste de elementen bevatten zoals beschreven in de norm en moet ter goedkeuring worden voorgelegd aan Iriscare. Telkens wanneer er wijzigingen worden aangebracht aan de overeenkomst, moet een nieuwe versie worden ingediend bij Iriscare ter goedkeuring.</p> <p>3° Wanneer een waarborg wordt geëist, moet deze worden gestort op een daartoe specifiek bepaalde bankrekening. Het kapitaal en de interesten mogen daarom alleen daartoe worden gebruikt.</p> <p>De waarborg wordt niet vermeld op de facturen, omdat deze ten laste komt van een daartoe specifiek bepaalde rekening.</p> <p>Bij het einde van de overeenkomst worden de interesten, die voortvloeien uit het geblokkeerde bedrag in het kader van de waarborg, opnieuw</p>	<p>De directie dient de documenten betreffende de waarborg te kunnen voorleggen.</p> <p>Tijdens de inspectie wordt deze norm op meerdere manieren geverifieerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De overeenkomst is aanwezig zowel in Frans als in het Nederlands en is de overeenkomst dat is goedgekeurd Iriscare ;</li> <li>- De overeenkomst wordt nageleefd in de praktijk;</li> <li>- De prijzen vermeld in de overeenkomst komen overeen met de prijzen terug te vinden op de facturen;</li> </ul> <p>Het dossier van de bewoner moet een document van de bank bevatten dat bevestigt dat er een "waarborg" op naam van de bewoner is geopend. Het bedrag van de waarborg wordt ook gecontroleerd.</p> <p>Controle van het bedrag van de waarborg op het document van de bank.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>b) de interesten van de aldus geplaatste som worden gekapitaliseerd. Bij het einde van de overeenkomst wordt de gekapitaliseerde waarborg aan de bewoner of aan zijn rechthebbenden uitgekeerd, na aftrek van alle eventueel krachtens de overeenkomst verschuldigde kosten en vergoedingen;</p> <p>c) in ieder geval mag de waarborgrekening, zowel wat het kapitaal als de interesten betreft, slechts gebruikt worden ten voordele van de ene of de andere partij en mits hetzij een schriftelijk akkoord tussen de partijen, opgemaakt op een latere datum dan die van het sluiten van de overeenkomst, hetzij een eensluidend verklaard afschrift van een gerechtelijke beslissing wordt overgelegd;</p> <p>d) er mag geen waarborg geëist worden in geval van huisvesting in kortverblijf;</p> <p>4° het nummer van de kamer waar de bewoner verblijft, met vermelding van het maximale aantal bewoners dat in die kamer is toegestaan.</p> <p>§ 2. In geval van een dringende opname wordt de overeenkomst binnen zeven werkdagen volgend op de opname van de bewoner gesloten."</p>	<p>uitgekeerd aan de bewoner. Wat verschuldigd is aan de voorziening wordt afgetrokken. Als er echter geen plaatsbeschrijving is, ontvangt de bewoner de volledige waarborg (bedrag en interesten).</p> <p>Let op: <b>er kan geen waarborg geëist worden voor kortverblijven.</b></p> <p>§ 2: Met "gesloten" wordt bedoeld dat de overeenkomst binnen zeven werkdagen door beide partijen moet worden ondertekend.</p>	
<p><b>Art. 132.</b> De plaatsbeschrijving van de kamer die de bewoner betreft, wordt door hem en de directeur of, in voorkomend geval, de beheerder, ondertekend en bij de overeenkomst gevoegd.</p>	<p>De plaatsbeschrijving dient bij opname te worden ondertekend door beide partijen en bevindt zich in het vertrouwelijk dossier van de bewoner. Als de plaatsbeschrijving niet door beide partijen is</p>	<p>Tijdens de inspectie wordt de aanwezigheid van een plaatsbeschrijving gecontroleerd in het vertrouwelijke dossier van de bewoners.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Als er geen omstandige plaatsbeschrijving werd opgesteld, wordt de bewoner geacht de kamer in dezelfde staat te hebben ontvangen als die waarin ze zich op het einde van de overeenkomst bevindt, behoudens bewijs van het tegendeel door de beheerder.</p>	<p>ondertekend, wordt deze als nietig beschouwd. In dit geval wordt ervan uitgegaan dat de plaatsbeschrijving niet bestaat.</p> <p>Indien er geen plaatsbeschrijving aanwezig is, heeft de bewoner bij eventuele geschillen altijd het voordeel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Wordt als "conform" beschouwd:</b> de plaatsbeschrijving bestaat <u>en</u> is door beide partijen ondertekend.</li> <li>- <b>Wordt als "niet-conform" beschouwd:</b> de plaatsbeschrijving is aanwezig in het dossier van de bewoner, maar is niet ondertekend. In dit geval wordt die als nietig beschouwd en dus uit het dossier van de bewoner verwijderd.</li> <li>- <b>Wordt als "conform" beschouwd:</b> er is geen plaatsbeschrijving.</li> </ul>
<p><b>Art. 133.</b> De overeenkomst wordt voor onbepaalde of bepaalde duur gesloten; de eerste maand dient als proefperiode.</p> <p>In afwijking van het eerste lid wordt de overeenkomst voor bepaalde duur gesloten in geval van huisvesting in kortverblijf."</p>		
<p>Art. 134. § 1. Vóór de opname mag de bewoner de overeenkomst zonder kosten opzeggen, op voorwaarde dat hij de directeur hiervan verwittigt, bij aangetekende brief of per e-mail tegen ontvangstbewijs, binnen een termijn van zeven dagen, te rekenen vanaf de dag na de ondertekening van de overeenkomst.</p> <p>§ 2. Gedurende de proefperiode kunnen de twee partijen de overeenkomst ontbinden op voorwaarde</p>	<p>Wanneer er sprake is van dagen, zonder bijzondere precisering, gaat het om kalenderdagen (in artikel 131, § 2, staat bijvoorbeeld duidelijk "werkdagen").</p>	<p>Controle van eventuele facturen, werkelijk duur van de opzegtermijnen, enz.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>dat een opzegtermijn van zeven dagen wordt nageleefd.</p> <p>§ 3. Na de proefperiode kan de overeenkomst op elk moment ontbonden worden met inachtneming van een opzegtermijn van twee maanden in geval van ontbinding door de beheerder en één maand in geval van ontbinding door de bewoner.</p> <p>In afwijking van het eerste lid bedraagt de opzegtermijn zes maanden in geval van ontbinding door de beheerder in het kader van een vrijwillige sluiting van de voorziening.</p> <p>In geval van ontbinding om medische redenen, bevestigd door een arts, mag de opzegtermijn voor de bewoner niet langer zijn dan veertien dagen.</p> <p>In geval van overlijden van de bewoner begint een opzegtermijn van vijftien dagen ambtshalve te lopen op de dag van het overlijden.</p> <p>In de gevallen in het tweede en derde lid kunnen de partijen evenwel overeenkomen de opzegtermijn in te korten en de verplichting om de dagprijs te betalen te beperken tot de periode van werkelijke bewoning van de lokalen.</p> <p>§ 4. Als de behandelend arts vindt dat de fysieke en geestelijke toestand van de bewoner zodanig is dat er onherroepelijk bijzondere zorg vereist is in een</p>		

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>andere, meer passende voorziening, dan verbindt de voorziening zich ertoe:</p> <p>1° de opzegtermijn te verlengen op basis van de tijd die nodig is om die nieuwe voorziening te vinden, voor zover de voortzetting van de huisvesting van de betrokken bewoner, op grond van een door die arts opgemaakt attest, geen ernstig gevaar inhoudt voor hemzelf of voor derden;</p> <p>2° de opzegtermijn te verkorten als de bewoner in deze nieuwe voorziening kan worden opgenomen op een vroegere datum dan de vervaldatum van de opzegtermijn, die krachtens paragraaf 3 van toepassing is.</p> <p>§ 5. In geval van huisvesting in kortverblijf kan de overeenkomst worden ontbonden met inachtneming van een opzegtermijn van zeven dagen, ongeacht welke partij kennisgeeft van deze opzegging.</p> <p>§ 6. De ontbinding gebeurt schriftelijk, hetzij bij aangetekende brief, hetzij bij aangetekende brief tegen ontvangstbewijs, uiterlijk twee werkdagen vóór het ingaan van de opzegtermijn.</p> <p>De door de beheerder gegeven opzegtermijn is behoorlijk gemotiveerd; bij gebrek hieraan wordt de opzegging als niet gegeven beschouwd.</p> <p>§ 7. Als de bewoner de voorziening verlaat tijdens de opzegperiode gegeven door de beheerder, is hij niet verplicht deze opzeg tot op het einde te presteren.</p>		

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>§ 8. De bewoner die de overeenkomst ontbindt zonder inachtneming van de opzegtermijn, kan verplicht zijn een vergoeding te betalen, gelijk aan de huurprijs die de duur van de vastgestelde opzegperiode dekt, met uitsluiting van eventuele toeslagen.</p>		
<p><b>Art. 135.</b> Naast de in artikel 14 bedoelde vermeldingen bevat het huishoudelijk reglement verplicht de volgende vermeldingen:</p> <p>1° de nauwkeurige omschrijving, in de bijzondere opnamevoorwaarden, van onder meer de personen die minder dan zestig jaar oud zijn en de afhankelijkheidsgraden die worden gehanteerd voor de opname van ouderen in de voorziening;</p> <p>2° de volledige bewegingsvrijheid in de voorziening en de volledige vrijheid om de voorziening te verlaten, tenzij een attest van de behandelend arts, dat bij het medisch dossier wordt gevoegd, het tegenovergestelde voorschrijft;</p> <p>3° de door de voorziening ingevoerde schriftelijke procedures betreffende de in artikel 158 bedoelde maatregelen inzake afzondering, toezicht en immobilisatie;</p> <p>4° het recht om elke dag bezoek te ontvangen, minstens tussen 11 en 20 uur, met inbegrip van zon- en feestdagen, met respect voor de anderen;</p>	<p>De inhoud van het huishoudelijk reglement moet overeenkomen met de realiteit op het terrein, zodat de hele voorziening het kan naleven.</p> <p>Er is een model van een huishoudelijk reglement beschikbaar op de website van Iriscare: <a href="#">Formulieren   Info &amp; documenten voor de professionals   Professionals   Iriscare</a>.</p> <p>1° Wat de bewoners betreft die minder dan zestig jaar oud zijn, moet rekening worden gehouden met het besluit van 23 mei 2024 (<a href="#">databank Justel (fgov.be)</a>) tot uitvoering van artikel 12, § 2, 2°, van het normenbesluit en met de omzendbrief van 1 juli 2024 die toelichting biedt bij het begrip "verwarrende gedragsstoornis". De informatie wordt samengevat op de website: <a href="#">Opname van personen van minder dan 60 jaar in rusthuizen   Hervorming van de ouderensector   Ouderen   Professionals   Iriscare</a></p> <p>2° Met dit deel van de norm wordt bedoeld dat bewoners niet geografisch beperkt mogen worden, dat ze zich met andere woorden vrij mogen bewegen in de voorziening en daarbuiten en de lokalen mogen gebruiken zoals ze willen.</p>	<p>Het huishoudelijk reglement wordt goedgekeurd door de medewerker die de dossiers administratief beheert (en binnen Iriscare dossierbeheerder wordt genoemd).</p> <p>De medewerkers van Iriscare die door het Verenigd College zijn aangesteld om de voorzieningen te controleren overeenkomstig artikel 27 en 28 van de ordonnantie van 24 april 2008, gaan na of het huishoudelijk reglement op het terrein wordt toegepast. Binnen Iriscare worden zij controleurs genoemd.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>5° het recht om slechts de bezoekers van zijn keuze te ontvangen; elke bezoeker moet zich bekendmaken alvorens de kamer te betreden;</p> <p>6° elk personeelslid van de voorziening moet ervoor zorgen dat het privéleven van de bewoner wordt geëerbiedigd, met name door zich bekend te maken alvorens de kamer te betreden;</p> <p>7° het feit dat de naam van de bewoner aan de buitenkant van de kamer wordt aangebracht, tenzij laatstgenoemde zich daartegen verzet;</p> <p>8° het verbod om een bewoner van kamer te veranderen zonder zijn schriftelijke toestemming, tenzij de behandelend arts dat voorschrijft;</p> <p>9° de vrije keuze van de behandelend arts, de kinesitherapeut en het paramedisch personeel voor de bijkomende zorg naast die welke door de voorziening wordt aangeboden, onder voorbehoud, desgevallend, en voor zover bewezen wordt dat de tariefzekerheid niet wordt nageleefd, van de voorwaarden waaronder de financiële tenlasteneming van de zorg onderworpen kan worden aan een beslissing van het bevoegde OCMW;</p> <p>10° de vrije toegang op elk moment tot een bewoner aan zijn levenseinde, die palliatieve zorg krijgt of die wegwijnt, voor zijn naasten en de bedienaars van de erediensten of de lekenconsulenten die door deze</p>	<p>Zo betekent een deur, voor bewoners die niet weten hoe ze die moeten gebruiken of die niet kunnen gebruiken, met een toegangscode een beperking van de volledige bewegingsvrijheid in de voorziening en de volledige vrijheid om de voorziening te verlaten. In dit geval is het nuttig om de hierboven beschreven methode toe te passen (medisch attest of fixatiefiche). Met deur wordt bedoeld: alle deuren die toegang geven tot ruimten bestemd voor bewoners.</p> <p>Indien mogelijk kan de omgeving toegankelijker worden gemaakt met externe hulpmiddelen zodat meer bewoners zich vrij door de voorziening kunnen bewegen.</p> <p>Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>bewegingssensoren in kamers en gangen installeren om het personeel te waarschuwen bij ongewoon of gevaarlijk gedrag zonder de vrijheid te beperken;</i></li> <li>- <i>open, veilige leefruimten creëren met omsloten therapeutische tuinen waar bewoners vrij en veilig kunnen rondlopen;</i></li> <li>- <i>enz.</i></li> </ul> <p>Het is essentieel om alle alternatieven te overwegen vooraleer geografische beperkingen worden toegepast en ervoor te zorgen dat deze overwegingen kunnen worden getraceerd. Een van de basisprincipes van ethiek in de gezondheidszorg is ervoor te zorgen dat tussenkomsten, behandelingen en beslissingen de bewoners geen schade toebrengen, met inachtneming</p>	



Artikel	Interpretatie	Controle
<p>bewoner worden gevraagd, of in voorkomend geval door zijn vertegenwoordiger;</p> <p>11° de toelatingsvoorwaarden voor een gezelschapsdier."</p>	<p>van de plicht tot voorzichtigheid en waakzaamheid om niet in een situatie van gebrek aan voorzorg terecht te komen.</p> <p>Als de bewoner in een gesloten eenheid verblijft, moet er een medisch attest worden opgesteld door de behandelend arts of moet de fixatiefiche door deze laatste worden ondertekend. Als er geen attest of ondertekende fixatiefiche is, moet de bewoner geacht worden vrij te zijn om de eenheid of zelfs de instelling te verlaten. Het is echter belangrijk om deze benadering niet te interpreteren als een exclusieve beslissingsvolmacht voor de arts; het medisch attest of de ondertekende fixatiefiche geeft alleen aan dat de arts instemt met een collectieve beslissing.</p> <p>Als een medisch voorschrift vereist dat de bewoner op zijn kamer moet blijven, kan het controleteam de artsen van de dienst Begeleiding, Controle en Kwaliteit van Iriscare om een aanvullend advies vragen, zodat de situatie kan worden geanalyseerd en een aanbeveling kan worden gedaan.</p>	
<p><b>Art. 136.</b> Een vertrouwelijk dossier wordt voor elke bewoner opgemaakt bij zijn opname. De verzameling van de in dit dossier vermelde gegevens, hun behandeling en de bijwerking ervan wordt verricht overeenkomstig de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en, indien nodig, artikel 458 van het Strafwetboek.</p>	<p>Elke bewoner heeft een vertrouwelijk dossier met de verschillende gegevens die in de wetgeving staan.</p> <p>Het vertrouwelijke dossier kan op papier of digitaal zijn.</p> <p>1° Het afschrift van de individuele fiche moet up-to-date worden gehouden. Het gaat om een afschrift van de individuele fiche of een document met de informatie die in de fiche moet worden opgenomen.</p>	<p>Zowel de vertrouwelijke dossiers van de huidige bewoners als de vertrouwelijke dossiers van de overleden bewoners kunnen worden gecontroleerd. In de praktijk wordt de controle gebaseerd op een steekproef van minstens drie dossiers. Die dossiers mogen alleen ter plaatse worden gecontroleerd en geraadpleegd, zonder dat er stukken worden verwijderd.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Dit vertrouwelijke dossier bevat:</p> <p>1° een afschrift van de individuele fiche of een document dat de daarin vervatte informatie bevat;</p> <p>2° in voorkomend geval, het schriftelijke attest waarmee de vertegenwoordiger wordt aangesteld of een afschrift van de overeenkomstig Titel XI van Boek I van het Burgerlijk Wetboek genomen rechterlijke beslissing;</p> <p>3° in voorkomend geval, het formulier waarmee de vertrouwenspersoon wordt aangewezen, in de zin van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, ondertekend door de bewoner;</p> <p>4° een exemplaar van de overeenkomst, ondertekend door de beheerder of de directeur en de bewoner;</p> <p>5° de vermelding betreffende de voorwaarden inzake de zorg aan het levenseinde die overeenkomstig de wensen van de bewoner moeten worden nageleefd;</p> <p>6° de plaatsbeschrijving en de inventaris van de goederen bij de opname, ondertekend door de beheerder of de directeur en de bewoner of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger. De inventaris van de goederen kan op vraag van de bewoner of de directeur worden bijgewerkt;</p>	<p>De originele versie moet worden gecentraliseerd zoals beschreven in artikel 15.</p> <p>3° Als de oudere geen vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon heeft, moet dat in de individuele fiche worden vermeld.</p> <p>Ter informatie: er is een sjabloon voor het aanwijzen van een gevolmachtigde en een vertrouwenspersoon: Federale commissie "Rechten van de patiënt": <a href="http://belgie.be/Formulier_aanwijzing_vertegenwoordiger">Formulier aanwijzing vertegenwoordiger (belgie.be)</a> <a href="http://belgie.be/Formulier_aanwijzing_vertrouwenspersoon">Formulier aanwijzing vertrouwenspersoon (belgie.be)</a></p> <p>De voorziening mag de gevolmachtigde of vertrouwenspersoon van de oudere niet kiezen.</p> <p>4° Het gaat om het exemplaar van de ondertekende overeenkomst en de eventuele aanhangsels.</p> <p>5°: de COVID-pandemie herinnerde ons eraan dat het belangrijk is om de wensen van de bewoners te kennen met betrekking tot hun levenseinde. Daarom wordt erop toegezien dat de instelling het onderwerp daadwerkelijk met de bewoners bespreekt. Krachtens de Algemene verordening gegevensbescherming en de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens, moet het resultaat van dit gesprek in het individuele gezondheidsdossier worden opgenomen. Als bewoners er niet over willen praten, moet dit ook worden vastgelegd in het individuele gezondheidsdossier.</p>	<p>1° Afschrift van de individuele fiche in de geraadpleegde dossiers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- niet-conform: geen afschrift;</li> <li>- niet-conform: afschrift dat niet up-to-date is;</li> <li>- conform: een up-to-date afschrift bestaat.</li> </ul> <p>Als het document wordt afgedrukt, moet het ook up-to-date worden gehouden. Er wordt verwacht dat het document in het vertrouwelijke dossier is opgenomen.</p> <p>5° Als de ruimte voor de bepalingen over de voorwaarden rond het levenseinde leeg is, wordt dat als "niet-conform" beschouwd. Als de bewoner die kwestie niet wil bespreken, moet dat hier worden aangegeven. In elk geval moet een gesprek over dat onderwerp worden voorgesteld. Als de informatie is opgenomen in het individuele gezondheidsdossier, moet dat worden vermeld in het vertrouwelijke dossier.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>7° een exemplaar van het huishoudelijk reglement, ondertekend door de beheerder of de directeur en de bewoner;</p> <p>8° de naam, het adres en het telefoonnummer van de persoon die de dagprijs verschuldigd is en de inlichtingen betreffende de betaling.</p> <p>Onverminderd het door de dienst Controle en Begeleiding uitgeoefende toezicht mag het vertrouwelijke dossier, dat door de bewoner werd gevisieerd, niet aan derden worden meegedeeld. Het kan op elk moment door de bewoner worden geraadpleegd.</p> <p>Het vertrouwelijke dossier van elke bewoner wordt door de voorziening gedurende minstens drie jaar na zijn overlijden of, in voorkomend geval, zijn vertrek bewaard.</p> <p>De vertrouwelijke dossiers worden gecentraliseerd bij de voorziening om de vertrouwelijkheid ervan te waarborgen."</p>	<p>Het vertrouwelijke dossier moet alleen vermelden dat deze informatie in het individuele gezondheidsdossier staat. In elk geval moet de informatie over de bepalingen over de voorwaarden rond het levenseinde gemakkelijk toegankelijk zijn.</p> <p>6° Als er geen plaatsbeschrijving is, kan het vertrouwelijke dossier toch volledig zijn, want het is niet verplicht. Als er een ondertekende plaatsbeschrijving is, moet die in het vertrouwelijke dossier worden opgenomen. De inventaris van de goederen, die aan de bewoner ter beschikking wordt gesteld, moet worden opgenomen.</p> <p>7° Het gaat om het huishoudelijk reglement ondertekend bij de opname van de bewoner. Bij een wijziging moet er een ontvangstbewijs in het vertrouwelijke dossier worden opgenomen.</p> <p>Met <b>centraliseren</b> wordt bedoeld dat alle fiches op dezelfde plek moeten worden bewaard, op papier of digitaal. Het belangrijkste is dat de fiches toegankelijk en up-to-date zijn, los van het gekozen systeem.</p>	
<p><b>Art. 137.</b> De voorziening bezorgt de bewoner ten minste drie maaltijden per dag, waarvan minstens één warme maaltijd per dag, 's middags of 's avonds, behoudens andersluidend medisch voorschrift.</p>		<p>Tijdens de inspecties ter plaatse kunnen de controleurs van Iriscare met name de menu's controleren, maar ze kunnen ook aanwezig zijn wanneer de maaltijden worden genuttigd als ze dat nodig achten.</p>
<p><b>Art. 138. § 1.</b> De voorziening beschikt over het document van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen waaruit blijkt dat de</p>	<p>§ 1. Bederfelijke eetwaren: het FAVV controleert dit punt en stelt een document op waaruit blijkt dat alles in orde is. Bij een probleem zal de voorziening verzocht</p>	<p>Tijdens de inspecties ter plaatse kunnen de controleurs van Iriscare met name de menu's controleren, maar ze kunnen ook aanwezig zijn</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>eetwaren worden bewaard, bereid en verdeeld volgens de meest strikte regels inzake netheid en hygiëne.</p> <p>§ 2. Het voedsel moet gezond, gevarieerd en kwaliteitsvol zijn, en aangepast aan de voedingsbehoeften van de bewoners; de textuur moet aangepast zijn aan de gezondheidstoestand van de bewoner. Het wordt bereid op een wijze die het zelfstandig eten door de bewoner bevordert.</p> <p>De voorziening is verplicht gevarieerde en evenwichtige maaltijden te verstrekken die bijdragen tot het eetplezier van de bewoner.</p> <p>De voorziening ziet erop toe dat verse groenten en vers fruit gebruikt worden, of groenten en fruit met een vergelijkbare voedingswaarde.</p> <p>Bij de samenstelling van de maaltijden houdt de voorziening zo veel mogelijk rekening met de suggesties en de voorkeuren van de bewoners. Daarom worden de samenstelling en de frequentie van de maaltijden op elke participatieraad besproken</p>	<p>worden de bedorven eetwaren aan de kant te leggen. Alle voorzieningen moeten een vergunning van het FAVV hebben.</p> <p>§ 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Voedingswaarde:</b> zorgen voor een voedingspatroon dat alle belangrijke voedselgroepen omvat en aangepast is aan de voedingsbehoeften van de bewoners.</li> <li>- <b>Aangepaste maaltijden:</b> rekening houden met smaken, verschillende voedseltexturen aanbieden naargelang de capaciteiten van elke bewoner. De keuze van de textuur van het menu moet worden gemaakt in overleg met de behandelend arts en een andere gezondheidswerker die over de vereiste vaardigheden beschikt (bv. een logopedist). Voor bewoners met maaltijden met een aangepaste textuur is het belangrijk het denken beslissingsproces vast te leggen in hun dossier. Een verandering in textuur moet regelmatig opnieuw worden geëvalueerd. Sommige veranderingen kunnen tijdelijk zijn</li> <li>- <b>Eetplezier:</b> aandacht besteden aan de presentatie van de maaltijden, de smaken en de kwaliteit van de ingrediënten om maaltijden aantrekkelijk te maken. Een mooie tafel en de keuze van het bestek (bv. geen plastic bestek) zijn ook belangrijk.</li> </ul>	<p>wanneer de maaltijden worden genuttigd als ze dat nodig achten.</p> <p>Er wordt ook bijzondere aandacht besteed aan de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FAVV-document;</li> <li>- notulen van de laatste participatieraden;</li> <li>- analyse van de themagroepen: heeft een van deze groepen de menu's besproken? Zijn er bepaalde verzoeken gedaan? Zijn die beantwoord?;</li> <li>- analyse van de menu's volgens de gevraagde periode;</li> <li>- analyse van het voedingsbeleid in verhouding tot de praktijk;</li> <li>- analyse van het systeem dat de keuken gebruikt om de diëten van bewoners te kennen;</li> <li>- kennisneming van de manier waarop de maaltijden zijn samengesteld;</li> <li>- analyse van de manier waarop beslissingen worden genomen in verband met diëten en maaltijdtexturen;</li> <li>- dossiers van een aantal bewoners: voedselvoorkeuren en wensen;</li> <li>- kennisneming van de professionals die betrokken zijn bij de samenstelling van de maaltijden en de tijdstippen waarop de maaltijden worden genuttigd;</li> <li>- analyse van de acties die zijn ondernomen om het eetplezier te bevorderen;</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse van de acties die zijn ondernomen om zelfstandig eten te bevorderen;</li> <li>- vroegtijdige opsporing: nagaan in het dossier van de bewoner of een vroegtijdige opsporing heeft plaatsgevonden bij de opname. Dit document moet regelmatig worden herzien;</li> <li>- gesprekken met bewoners: mogen zij de tafel dekken? Elkaar helpen tijdens het eten? Hun mening geven over maaltijden en hoeveelheden?</li> <li>- enz.</li> </ul>
<p><b>Art. 139. § 1.</b> De voorziening beschikt over een schriftelijk voedingsbeleid dat de voedingsbehoeften verzoent met eetplezier, en dat met name gedocumenteerde procedures of protocollen bevat die toegepast worden voor:</p> <p>1° de analyse en de opvolging, minstens één keer per maand, van de grafieken met ten minste het gewicht, de lengte en de body mass index van elke bewoner;</p> <p>2° de vroegtijdige opsporing van ondervoeding en uitdroging en de opvolging van ondervoede en uitgedroogde bewoners;</p> <p>3° het nemen van orale voedingssupplementen in geval van onvoldoende energie- of eiwitname, met name door de menu's op natuurlijke wijze te verrijken. Die supplementen worden enkel verstrekt nadat alle conventionele voedingsmethoden zijn toegepast en op medisch advies.</p>	<p>Ondersteunende hulpmiddelen zullen binnenkort ter beschikking van de voorzieningen gesteld worden.</p> <p>§ 1, 3°: Voor de betrokken bewoners wordt verwacht dat er een evaluatie wordt uitgevoerd met de behandelend arts en, eventueel, met een diëtist. Deze evaluatie en alle daaruit voortvloeiende beslissingen moeten worden vastgelegd in het individuele gezondheidsdossier van de bewoner. Voedingssupplementen nemen zonder voorafgaand medisch advies is niet zonder risico en kan leiden tot interacties met geneesmiddelen of overdosering. De beoogde alternatieven moeten specifiek zijn en overeenstemmen met de behoeften van de bewoner.</p> <p>Daarnaast moeten, overeenkomstig artikel 159, § 3, 2°, d), in het medische gedeelte van het individuele gezondheidsdossier eventuele allergieën, intoleranties en speciale diëten worden vermeld en moeten,</p>	<p>Tijdens de controles worden de volgende aspecten gecontroleerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- er kunnen vragen worden gesteld aan de verantwoordelijke(n) over de werkwijze;</li> <li>- de vertrouwelijke dossiers van bewoners worden ter plaatse geraadpleegd;</li> <li>- de standpunten van de bewoners tijdens gesprekken met hen;</li> <li>- het gedeelte van het individueel gezondheidsdossier van de bewoners dat betrekking heeft op hun wensen, gewoonten en smaak met betrekking tot voeding;</li> <li>- observatie van de maaltijdbereiding in de keuken, vooral met betrekking tot voorkeuren, diëten, texturen, enz.;</li> <li>- onderzoek van de functiebeschrijving en de rol van de voedingscoördinator (bv. initiële opleiding, voortgezette opleidingen, aanpak, enz.);</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Bij de voedingsopvolging van de bewoners moet rekening worden gehouden met hun smaak- en voedselvoorkeuren.</p> <p>Het in het eerste lid bedoelde beleid wordt opgesteld door de professionals die betrokken zijn bij de voeding van de bewoners, waaronder ten minste de directeur, de verpleegkundig coördinator of de hoofdverpleegkundige en de chef-kok of de persoon die verantwoordelijk is voor de bestelling van de maaltijden en, in voorkomend geval, de logopedist of de diëtist van de voorziening. De referentiearts of, in voorkomend geval, de coördinerend en raadgevend arts wordt verzocht advies te geven.</p> <p>De voorziening duidt een of meer op het gebied van voeding bekwame personeelsleden als coördinator(en) inzake voeding en eetplezier aan. Dit personeelslid/deze personeelsleden is/zijn verantwoordelijk voor de opstelling en opvolging van een voedingsbeleid dat de voedingsbehoeften verzoent met het eetplezier.</p> <p>Het voedingsbeleid wordt ten minste eenmaal per jaar geëvalueerd en zo nodig aangepast.</p> <p>§ 2. Elke voorziening beschikt over het benodigde materiaal om het gewicht en de lengte te meten, ongeacht de afhankelijkheidsstoestand van de bewoner.</p>	<p>overeenkomstig hetzelfde artikel 159, § 3, in het gedeelte dat betrekking heeft op de begeleiding van de bewoner en de toediening van de zorg de wensen, gewoonten en smaak van de bewoner met betrekking tot voeding worden vermeld (punt 3°, d).</p> <p>Er wordt gevraagd om de personen die betrokken zijn bij de opstelling van het schriftelijke voedingsbeleid te identificeren en hun functie op te geven.</p> <p>Wanneer rusthuizen deel uitmaken van een groep wordt, indien het beleid wordt opgesteld door de groep, verwacht dat het rusthuis zich dit schriftelijk voedingsbeleid eigen maakt via de personen die er de verantwoordelijkheid voor dragen overeenkomstig § 1, derde lid. Het moet ook worden aangepast aan de realiteit en de specifieke kenmerken van elk rusthuis dat tot de groep behoort.</p> <p>De evaluatie omvat een systematisch proces van informatieverzameling en -analyse om de doeltreffendheid van het voedingsbeleid te bepalen. Het moet worden vastgelegd in notulen. Afhankelijk van het resultaat van de evaluatie moet het mogelijk zijn om het voedingsbeleid aan te passen.</p> <p>§ 2 Er wordt verwacht dat het beschikbare materiaal toelaat om het gewicht en de lengte van alle bewoners te meten, vooral als een voorziening bewoners opvangt met een hoge afhankelijkheidsgraad.</p> <p>In geval van enterale voeding wordt de factuur opgesteld door het verschil tussen de prijs van de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- observatie van de manier waarop het voedingsbeleid in de voorziening concreet wordt toegepast;</li> <li>- beoordeling van de manier waarop de tafels gedekt zijn voor de maaltijden: smakelijk uitzierende tafel, kleuren, geen plastic servies, enz. Het visuele aspect is belangrijk voor het eetplezier;</li> <li>- observatie van de manier waarop de maaltijden worden geserveerd en de manier waarop de bewoners ervan genieten, evenals de elementen die het eetplezier bevorderen, zoals de afwezigheid van geluid, de beweging van mensen, enz.</li> </ul> <p>Als er een voedingsbeleid bestaat, maar deze niet aangepast is aan wat er daadwerkelijk wordt voorzien, wordt ervan uitgegaan dat niet aan de norm is voldaan.</p> <p>Ter herinnering: andere bepalingen in het besluit van het Verenigd College van 18 januari 2024 vermelden het eetplezier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- artikel 22, § 3, 3°, over het leefproject van de voorziening dat erop gericht moet zijn een antwoord te bieden op de gezondheidsdeterminanten, waaronder voeding en eetplezier;</li> <li>- artikel 138, § 2, tweede lid.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>§ 3. Diëten op medisch voorschrift worden nageleefd zonder bijkomende kosten.</p> <p>In afwijking van het vorige lid worden de voedingsmiddelen, in geval van enterale voeding op medisch voorschrift, gefactureerd ten belope van het verschil met de prijs van de normale voeding.</p>	<p>enterale voeding en de prijs van de maaltijd te berekenen. Wanneer een bewoner echter normale voeding combineert met enterale voeding, wordt de factuur opgesteld door het verschil tussen de prijs van de enterale voeding en de prijs van de normale voeding die hij nuttigt te berekenen.</p>	<p>§ 3. De controle wordt uitgevoerd door vertrouwelijke dossiers, individuele gezondheidsdossiers en individuele rekeningen in te kijken, zowel om te controleren of specifieke diëten (bv. zoutloos dieet, dieet voor diabetici, glutenvrij dieet, enz.) worden vermeld als om na te gaan of ze gefactureerd werden. Hetzelfde geldt voor enterale voeding.</p>
<p><b>Art. 140.</b> Voor de bereiding van de maaltijden voert de voorziening een beleid van redelijke aanpassingen in, dat rekening houdt met de individuele filosofische en religieuze overtuigingen van de bewoners.</p>	<p>Een beleid van redelijke aanpassingen is het resultaat van overleg waarbij rekening wordt gehouden met individuele verzoeken en de realiteit van de voorziening.</p> <p><b>Suggestie:</b> Unia raadt aan om een proces van tien stappen te doorlopen om op zoek te gaan naar de grootste gemene deler. Dit betekent een oplossing vinden waarbij het grootst mogelijke aantal mensen gebaat is, zodat iedereen zich welkom voelt, ongeacht hun filosofische of religieuze overtuigingen.</p> <p><a href="#">10 stappen om het overleg ruimte te geven   Unia</a></p> <p>Idealiter wordt het beleid van redelijke aanpassingen opgenomen in het leefproject zodat bewoners zich ervan bewust zijn.</p>	<p>Het beleid kan worden opgenomen in andere documenten (bv. leefproject, voedingsbeleid). In dit geval moet de informatie worden doorgegeven aan de controleurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vragen over de werkwijze: is het personeel vertrouwd met de procedure? Stemt ze overeen met wat bewoners willen?</li> <li>- De notulen van de participatieraden.</li> <li>- Individueel gezondheidsdossier: alle verzoeken met betrekking tot maaltijdvoorkeuren (overtuigingen, geloof, enz.) moeten worden opgenomen. Dat betekent niet dat alle verzoeken toegankelijk zijn.</li> </ul>
<p><b>Art. 141.</b> Het menu wordt aan de bewoners medegedeeld en ten minste zeven dagen op voorhand, in het Frans en het Nederlands, op een goed zichtbare en toegankelijke plaats aangebracht.</p>	<p><b>"Ten minste zeven dagen op voorhand [...] worden aangebracht"</b>: als het bijvoorbeeld vrijdag is, moeten de bewoners de menu's tot de volgende vrijdag kunnen kennen.</p>	<p>Als het menu niet op een toegankelijke plaats wordt aangebracht en aan de bewoners wordt uitgedeeld, wordt ervan uitgegaan dat niet aan de norm is voldaan.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Het wordt gedurende ten minste twee maanden bewaard voor raadpleging door de dienst Controle en Begeleiding</p>	<p><b>Toegankelijk:</b> een plek waar alle bewoners kunnen komen. Als dat niet mogelijk is, moet het menu op verschillende plaatsen aangebracht worden zodat alle bewoners het kunnen zien. Het menu uitdelen aan bewoners die gebruik willen maken van die dienst is een pluspunt, maar volstaat niet.</p> <p><b>Goed zichtbaar:</b> op een hoogte die even geschikt is voor personen met een beperkte mobiliteit als voor valide personen.</p>	<p>Het menu moet worden aangebracht en meegedeeld. Het controleteam controleert daarom ter plaatse of het menu correct is aangebracht en ook de manier waarop het menu wordt uitgedeeld aan de bewoners.</p>
<p><b>Art. 142.</b> Behoudens andersluidende voorkeur van de bewoner of medisch voorschrift, toegevoegd aan het individuele gezondheidsdossier:  1° mag het ontbijt niet voor 7.30 uur worden opgediend, het middagmaal niet voor 11.30 uur en het avondmaal niet voor 17.30 uur;  2° bedraagt de minimale duur van de maaltijd 30 minuten 's morgens, 1 uur 's middags en 45 minuten 's avonds</p>	<p>De norm heeft als doel om een aangepaste organisatie van de maaltijden te bevorderen om de onafhankelijkheid van de bewoners te waarborgen, waarbij het personeel eerder een begeleidende en faciliterende rol heeft.</p> <p>Specifieke verzoeken in verband met deze uren moeten in het dossier van de bewoner worden opgenomen (bv.: de wens om vroeger te eten).</p> <p>2° Het gaat om de minimale tijd die de bewoner krijgt om te eten. Dit is exclusief bediening. De observatie van de uren waarop de maaltijden worden genuttigd, maakt deel uit van de algemene dynamiek van de maaltijd. Het belangrijkste is dat het ritme van de bewoners wordt gerespecteerd. Alle bewoners moeten hun maaltijd kunnen nuttigen tijdens de opgegeven uren.</p>	<p>Er wordt bijzondere aandacht besteed aan de volgende aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gesprekken met de bewoners;</li> <li>- gesprekken met het personeel;</li> <li>- analyse van het leefproject en vergelijking met de manier waarop het op het terrein wordt toegepast, wat betreft de maaltijden;</li> <li>- analyse van de individuele gezondheidsdossiers om de voorkeuren en eventuele medische voorschriften te identificeren en om te onderzoeken hoe die op het terrein worden toegepast;</li> <li>- analyse van de notulen van de participatieraden;</li> <li>- elk document dat deze informatie bevat;</li> <li>- observatie van de maaltijden.</li> </ul>



Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 143.</b> Voor het middag- en avondmaal moet er een keuze tussen minstens twee menu's zijn. Het alternatief voor het hoofdmenu moet minstens elke week veranderen.</p>	<p>Er moeten twee menu's worden voorgesteld voor het middag- en avondmaal. De twee voorgestelde menu's moeten elke week worden gewijzigd.</p> <p><i>Suggestie:</i> extra aandacht besteden aan bewoners die het moeilijk vinden om hun mening te geven over de keuze van het menu. Worden ze betrokken bij de discussies? Wordt er met hen rekening gehouden?</p>	<p>Er wordt bijzondere aandacht besteed aan de volgende aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- controle van de menu's;</li> <li>- observatie van de maaltijden.</li> </ul> <p>In voorkomend geval, kennisneming van de verzoeken van een bewonerscomité in verband met maaltijden. Analyse van de opvolging en de eventuele maatregelen.</p>
<p><b>Art. 144.</b> De organisatie is aangepast om de onafhankelijkheid van de bewoners bij het nuttigen van de maaltijden te waarborgen.</p> <p>De voorziening faciliteert en begeleidt het nuttigen van de maaltijden door de benodigde menselijke en materiële hulp te bieden aan bewoners die moeilijkheden ondervinden om alleen te eten of te drinken.</p>	<p><i>Suggesties:</i></p> <p>Enkele voorbeelden van maatregelen om de onafhankelijkheid van de bewoners bij het nuttigen van de maaltijden te waarborgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de aanwezigheid van personeel dat werd opgeleid in de beste praktijken om bewoners te helpen tijdens de maaltijden en om tekenen van voedingsproblemen te herkennen, enz.;</li> <li>- inrichting van de eetzaal om de onafhankelijkheid van de bewoners te bevorderen;</li> <li>- gebruik van ergonomisch keukengerei;</li> <li>- voldoende tijd laten voor de maaltijd zodat iedereen op zijn eigen ritme kan eten;</li> <li>- enz.</li> </ul>	<p>Kwaliteitscontroleurs besteden bijzondere aandacht aan de acties die ondernomen worden om de resterende capaciteiten van de bewoners te behouden.</p> <p>Deze controle wordt met name uitgevoerd door te kijken naar de manier waarop de organisatie is aangepast om de onafhankelijkheid van haar bewoners te waarborgen. Worden de behouden capaciteiten geëvalueerd? Welke acties worden er ondernomen? Hoe is het personeel dat betrokken is bij het nuttigen van de maaltijden georganiseerd? Is het personeel opgeleid in de beste praktijken om bewoners te helpen?</p>
<p><b>Art. 145.</b> De maaltijden worden genuttigd in de kamer, in een aangepaste gemeenschappelijke ruimte van de leefeenheid, in het restaurant of in om het even welke andere ruimte die geschikt is voor het nuttigen van maaltijden. Voor de gezelligheid worden de bewoners uitgenodigd om hun maaltijden in het restaurant te nuttigen. De bewoners eten er in een rustige omgeving met servies, bestek en, zo</p>	<p><b>Let op:</b> het is niet langer toegestaan om maaltijden op de kamer te factureren voor valide bewoners.</p> <p>Alle bewoners moeten ook de mogelijkheid hebben om in hun kamer te eten, met de nodige hulp, of samen met andere bewoners in een daarvoor bestemde ruimte.</p>	<p>De volgende elementen worden geanalyseerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gemeenschappelijke ruimten waar gegeten kan worden;</li> <li>- het nuttigen van de maaltijden;</li> <li>- observatie van enkele dossiers van bewoners die enkel op hun kamer eten;</li> <li>- facturen;</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>nodig, aangepast toebehoren. Hun tempo wordt gerespecteerd.</p> <p>De bewoner moet in zijn kamer kunnen eten als hij daarom vraagt.</p>		<p>de manier waarop bewoners worden verspreid (kamers, restaurant, enz.) tijdens de maaltijden. Hoe worden hun wensen geïdentificeerd? Hoe worden eventuele diëten op medisch voorschrift nageleefd wanneer maaltijden op de kamers worden genuttigd?</p>
<p><b>Art. 146.</b> § 1. De voorziening moet op vraag van de bewoner een tussendoortje kunnen aanbieden, zonder bijkomende kosten. Die mogelijkheid moet vermeld staan op het aangebrachte menu.</p> <p>De nachtelijke periode zonder voeding voor de bewoners mag niet langer dan 12 uur duren. Daarom moet de avondsnaak aangepast zijn aan de behoeften van de bewoners en gevarieerd zijn.</p> <p>§ 2. De avondsnaak moet na 20.00 uur beschikbaar zijn. De bewoner wordt daarvan op de hoogte gebracht</p>	<p>Met "tussendoortje" wordt bedoeld een kleine hoeveelheid eten of drinken tussen de hoofdmaaltijden door. Deze kunnen hartig of zoet zijn. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat de aangeboden tussendoortjes geschikt zijn voor speciale diëten (bv. dieet voor diabetici).</p> <p>Op het menu staat dat je een tussendoortje kan vragen.</p> <p>In voorkomend geval kan een cafetaria waar betaald moet worden de gratis verstrekking van tussendoortjes niet vervangen.</p> <p><i>Suggestie:</i> bijzondere aandacht besteden aan bewoners die ondervoed zijn of dreigen ondervoed te raken.</p> <p>§ 2. Idealiter wordt er 's avonds een snackronde georganiseerd voor alle bewoners die dat wensen.</p>	<p>Analyse van de volgende elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- menu;</li> <li>- controleren of er snacks beschikbaar zijn en hoe deze ter beschikking worden gesteld van de bewoners;</li> <li>- gesprekken met bewoners en personeel;</li> <li>- zo nodig, de notulen van de participatieraad lezen.</li> </ul>
<p><b>Art. 147.</b> De keukens en waslokalen moeten zo zijn ingericht en ingeplant dat hun geuren, dampen en geluiden de bewoners niet hinderen; zij moeten uitgerust zijn met een ventilatiesysteem.</p>	<p>Er is een mechanisch ventilatiesysteem nodig voor de luchtafvoer. Een venster openen volstaat niet. Idealiter heeft het ventilatiesysteem een dubbele stroom, waardoor verse lucht wordt toegevoerd en "vuile" lucht wordt afgevoerd.</p> <p>Alle keukens moeten voorzien zijn van een afzuigkap.</p>	<p>Als bewoners hinder ondervinden van geuren, dampen of geluiden, wordt aangegeven dat niet aan de norm is voldaan.</p> <p>Er worden op gepaste tijdstippen controles in de kamers georganiseerd, bijvoorbeeld tijdens het bereiden van de maaltijden, om na te gaan of deze hinder of ongemakken al dan niet aanwezig zijn.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 148.</b> De voorziening moet aan Iriscare het bewijs leveren van de betaling van haar jaarlijkse forfaitaire heffing aan het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen.</p>	<p>Dit is de financiële bijdrage die elke onderneming (natuurlijke persoon of rechtspersoon) die een of meerdere activiteiten uitvoert die onder de bevoegdheid van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV) vallen, moet betalen. Deze bijdrage dekt een deel van de kosten van het algemene controleprogramma van de voedselketen en bijgevolg van de vergunningen die het FAVV aflevert.</p>	<p>Controle of het FAVV-document aanwezig en geldig is.</p>
<p><b>Art. 149.</b> Dieren mogen geen toegang hebben tot de keukens, de lokalen waar het voedsel wordt bewaard, noch tot de verzorgingslokalen of de lokalen waar de verdeling van geneesmiddelen wordt voorbereid.</p>		<p>Tijdens de inspectie wordt er gevraagd of er dieren in het gebouw aanwezig zijn. Als er dieren aanwezig zijn, moet er gecontroleerd worden dat de keukens en lokalen voor hen niet toegankelijk zijn.</p>
<p><b>Art. 150.</b> Het beddengoed moet steeds schoon en in goede staat worden gehouden. Het moet in ieder geval om de acht dagen ververs worden, en vaker telkens als dat nodig is.</p>	<p>De verversing van het beddengoed moet door het personeel dat die verversing uitvoert, gepland en ondertekend worden in een document zoals een zorgplan, een planning, enz. Een werkwijze met een handtekening per verdieping of wooneenheid wordt aanvaard.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gesprekken met het personeel;</li> <li>- vragen over de werkwijze;</li> <li>- analyse van eventuele bestaande documenten.</li> </ul>
<p><b>Art. 151.</b> Alle passende hygiënische voorzorgsmaatregelen moeten worden genomen met betrekking tot de vuile was, die weg moet blijven uit de voor bewoners toegankelijke lokalen en de keukens, de eetzaal, de lokalen waar het voedsel wordt bewaard, de verzorgingslokalen of de lokalen waar de verdeling van de geneesmiddelen wordt voorbereid.</p>	<p>Als de familie de vuile was voor haar rekening neemt, wordt verwacht dat die hygiënisch wordt opgeborgen voordat de familie ze komt halen en geen hinder veroorzaakt voor de bewoners of hun kamergenoten.</p>	

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 152.</b> Toiletstoelen mogen slechts gebruikt worden als dat strikt noodzakelijk is voor de bewoner. Ze mogen niet worden gebruikt om gewone stoelen te vervangen.</p> <p>In ieder geval moeten ze steeds schoon en hygiënisch worden gehouden.</p> <p>Anatomische inleggers mogen slechts worden gebruikt bij incontinenten personen en mogen het gebruik van aangepast materiaal of de hulpverlening bij het gebruik van het toilet door continenten personen met verminderde onafhankelijkheid niet vervangen.</p>	<p>De strikte beperking op het gebruik van een toiletstoel voor de behoeften van de bewoner betekent dat de stoel in geen geval als stoel mag gebruikt worden.</p> <p>De zelfredzaamheid van de bewoners staat voorop, net als het behoud van hun eigen capaciteiten, vooral met betrekking tot hun behoefte aan uitscheiding. Anatomische inleggers mogen daarom niet worden gebruikt ter vervanging van een hulpmiddel om het toilet te gebruiken of van het incidentele gebruik van een urinaal of ondersteek.</p>	<p>Als toiletstoelen systematisch in alle kamers worden aangetroffen, wordt ervan uitgegaan dat niet aan de norm is voldaan.</p> <p>Tijdens de inspecties zal aandacht worden besteed aan het opsporen van eventuele problemen bij het gebruik van anatomische inleggers. Als er klachten zijn, zal het juiste gebruik van deze anatomische inleggers nauwgezet worden gecontroleerd.</p>
<p><b>Art. 153.</b> Voor de bewoners en het personeel moet voorzien worden in gescheiden toiletten, die schoon en voldoende in aantal zijn, en zijn uitgerust voor de handhygiëne.</p>	<p>Dit betekent ten minste twee toiletten voor de bewoners, zodat er altijd een tweede schoon toilet is wanneer het eerste vuil is.</p> <p>Er moet ook rekening worden gehouden met artikel 180:  <i>"Er zijn voldoende toiletten in de onmiddellijke nabijheid van de gemeenschappelijke leefruimten en de ruimten voor collectieve activiteiten.</i>  <i>Ten minste een van de in het eerste lid bedoelde toiletten is toegankelijk voor personen met een beperkte mobiliteit",</i> en artikel 181:  <i>"De toiletten, de douches en de gemeenschappelijke badkamers zijn uitgerust met een systeem dat aangeeft of ze al dan niet bezet zijn."</i></p>	<p>Observatie van de toiletten en van de regelmaat waarmee ze worden schoongemaakt. Een document dat door het betrokken personeel wordt bijgehouden, kan de opvolging en de controle van de schoonmaak vergemakkelijken.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
	<p>"Gescheiden" betekent dat als een toilet toegankelijk moet zijn voor bewoners, het ook moet voldoen aan de andere gerelateerde normen.</p> <p>Als het toilet voorbehouden is voor het personeel, moet het als zodanig worden aangeduid en worden afgesloten om te voorkomen dat bewoners of bezoekers het gebruiken.</p> <p>"Uitgerust voor de handhygiëne" betekent de aanwezigheid van een wastafel, zeep in welke vorm dan ook en iets om je handen te drogen.</p>	
<p><b>Art. 154.</b> De badkuipen of douches moeten dagelijks gebruikt kunnen worden door elke bewoner die dat wenst.</p> <p>In ieder geval moet de directeur van de voorziening erover waken dat geen enkele bewoner de andere bewoners hindert door een gebrek aan hygiëne.</p> <p>Tenzij er een medische contra-indicatie is, wordt aan elke bewoner ten minste één bad of douche per week voorgesteld. "</p>	<p>Als een bewoner geen douche wenst te nemen, moet dit worden vermeld in het individuele gezondheidsdossier.</p> <p>Als een bewoner gedurende een week geen bad of douche heeft genomen, wordt gevraagd om de reden hiervoor op te geven. Als er een medische contra-indicatie is, moet die duidelijk worden vermeld en gebaseerd zijn op een document dat door de arts is ondertekend.</p>	<p>Tijdens een controle wordt een systematische vermelding in de dossiers van de bewoners dat ze geen bad of douche willen nemen als verdacht beschouwd. Dit kan er immers op wijzen dat er geen geïndividualiseerde organisatie is hierover. Alsook gesprekken met bewoners.</p>
<p><b>Art. 155.</b> Alle gemeenschappelijke lokalen moeten steeds schoon worden gehouden en in overeenstemming zijn met hun bestemming.</p>	<p>Een ingevuld vervolgblad voor de schoonmaak van de verschillende ruimten is een nuttig instrument om de netheid te controleren, omdat het de frequentie van de schoonmaak aangeeft.</p> <p>Als een ergotherapiezaal bijvoorbeeld wordt gebruikt om materiaal op te slaan, wordt ervan uitgegaan dat niet aan de norm is voldaan.</p>	<p>Tijdens de inspectie zullen alle gemeenschappelijke lokalen worden gecontroleerd die voor de bewoners toegankelijk zijn.</p> <p>De inspectie laat toe de netheid te beoordelen en dat punt wordt als ongunstig beschouwd als verschillende elementen vuil of vervallen zijn of als</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
		er een structureel probleem in verband met netheid wordt waargenomen.
<p><b>Art. 156.</b> De voorziening moet het materiaal en de producten ter beschikking stellen die nodig zijn om zorggerelateerde infecties te voorkomen.</p>	<p>Verschillende artikelen gaan over de preventie van infecties:</p> <p>Artikel 29 "Alle voorzorgsmaatregelen moeten worden genomen om besmettelijke ziekten te voorkomen, overeenkomstig de ordonnantie van 19 juli 2007 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid", vervangen door de ordonnantie van 16 mei 2024 die in werking trad op 9 juni (Belgisch Staatsblad 30 mei 2024, tweede editie).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Artikel 29 verwijst naar de ordonnantie van 19 juli 2007 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid en de aandacht moet erop worden gevestigd dat die werd vervangen door de ordonnantie van 16 mei 2024, die op 9 juni in werking trad (Belgisch Staatsblad 30 mei 2024, tweede editie).</li> <li>- Artikel 30 verwijst naar de verplichting om over een strategische voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen te beschikken die ten minste een maand van de werking van de voorziening dekt.</li> <li>- Artikel 127 verwijst naar de opleiding van het personeel (de directeur moet op elk moment het bewijs hiervan kunnen leveren).</li> <li>- Artikel 219 verwijst naar het beleid en de procedures voor de preventie van ziekenhuisinfecties, die moeten worden</li> </ul>	<p>Er gebeurt een controle ter plaatse van het aanwezige materiaal, de georganiseerde opleidingen, de procedures, de gevoerde bewustmakingsacties of de informatie die wordt verstrekt of beschikbaar gesteld.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
	<p>opgenomen in het kwaliteitshandboek voor de personeelsleden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Artikel 219 verwijst naar de functies van de coördinerend en raadgevend arts in RVT's, met name op het gebied van infectiepreventie.</li> </ul> <p>Bovendien moet de <a href="#">omzendbrief van 1 augustus 2022</a> "Instructies voor de door de GGC erkende en gesubsidieerde rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen met betrekking tot de bijwerking en optimalisering van de voorbereiding, interventie- en reactiecapaciteit bij COVID-19" worden uitgevoerd. Dit is een algemene omzendbrief geworden die van toepassing is op elke gezondheidsdreiging of -crisis. De maatregelen worden er uitvoerig beschreven: een actieplan, de activering van de cel voor crisisbeheer, de strategische voorraden, bijzondere hygiënemaatregelen, enz.</p> <p>In het kader van infectiepreventie moet niet alleen aandacht worden besteed aan de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's) en desinfecterende oplossingen, de regelmatige schoonmaak van sanitaire voorzieningen, het correcte beheer van medisch afval, enz., maar ook aan de opleiding van het personeel.</p>	
<p><b>Art. 157.</b> § 1. Wanneer de bewoner wordt opgenomen in de voorziening wordt een multidisciplinaire evaluatie van de persoon uitgevoerd. Die evaluatie vormt de basis voor de opstelling van het individuele gezondheidsdossier, zoals beschreven in artikel 159.</p>	<p>§ 1. Ten minste twee gezondheidswerkers uit verschillende disciplines buigen zich over de situatie van de bewoner bij zijn opname, en vóór zijn opname als de bewoner jonger is dan zestig jaar. De diversiteit aan disciplines maakt het mogelijk complexe, multidimensionale kwesties grondig aan te pakken. Er</p>	<p>§ 1. De evaluatie gebeurt schriftelijk en moet in het dossier van de bewoner worden opgenomen. Ze moet worden uitgevoerd bij de opname. Er wordt dus op de datum gelet. Het doel is ook om te begrijpen hoe de evaluaties werken en in welke dynamiek ze plaatsvinden.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>§ 2. Elke bewoner ontvangt de best mogelijke begeleiding en de best mogelijke zorg op basis van zijn behoeften. De zorg wordt verleend met respect voor de menselijke waardigheid, de culturele identiteit, de seksuele geaardheid, de genderidentiteit en de afhankelijkheidsgraad van de bewoner.</p> <p>§ 3. De nodige hulp wordt geboden aan de bewoners die niet in staat zijn de activiteiten van het dagelijkse leven alleen te verrichten. De geboden hulp moet de zelfredzaamheid, de onafhankelijkheid en de sociale en gemeenschapsparticipatie van elke bewoner bevorderen en ondersteunen op basis van zijn behouden capaciteiten.</p> <p>§ 4. Het persoonlijk ritme van de bewoner heeft de overhand op de organisatie en het dienstrooster van de tussenkomsten van het personeel.</p> <p>§ 5. Tussen 22 en 7 uur ziet de voorziening erop toe enkel tussenkomsten bij de bewoners uit te voeren in geval van nood, bij een oproep van een bewoner, bij hygiënische noodzaak of als de tussenkomst door de arts is voorgeschreven.</p> <p>§ 6. De voorziening moet ervoor zorgen dat het dagelijks toilet wordt uitgevoerd bij bewoners die wegens hun gezondheidstoestand hulp nodig hebben, met behoud van hun zelfstandigheid. Die</p>	<p>wordt verwacht dat deze evaluatie op een consistente manier wordt uitgevoerd, waarbij het benodigde personeel wordt betrokken.</p> <p>§ 3. Het zorgplan moet worden aangepast aan de behoeften van de bewoner en moet worden ondertekend als bewijs dat de zorg is verleend. Het is belangrijk om de behouden capaciteiten van de bewoner te evalueren om in een aangepaste begeleiding te voorzien.</p> <p>§ 4 Deze norm veronderstelt dat de behoeften en wensen van de bewoners gekend zijn en vastgelegd werden in het dossier.</p> <p>§ 5 Als een tussenkomst wordt uitgevoerd tussen 22 en 7 uur, moet dit worden genoteerd in het dossier van de betrokken bewoner.</p> <p>"Hygiënische noodzaak" in deze context verwijst naar elke situatie die een tussenkomst vereist om redenen die te maken hebben met de persoonlijke hygiëne van de bewoners. Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• toilet en lichaamsverzorging: een bewoner helpen naar het toilet te gaan of absorberende inleggers verwisselen in geval van incontinentie;</li> <li>• preventie van doorligwonden: een bedlegerige bewoner van positie veranderen om doorligwonden of andere complicaties die samengaan met langdurige immobiliteit te voorkomen;</li> <li>• bevulde kleren of beddengoed wisselen;</li> <li>• enz.</li> </ul>	<p>Worden nieuwe opnames bijvoorbeeld systematisch besproken tijdens multidisciplinaire bijeenkomsten?</p> <p>Er wordt een verband gelegd tussen de evaluatie en het individuele gezondheidsdossier van de bewoner, specifiek voor nieuwe bewoners.</p> <p>§ 3. aangepast en ondertekend zorgplan;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evaluatie van de behouden capaciteiten;</li> <li>- inzicht in het soort aangeboden begeleiding.</li> </ul> <p>§ 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse van het individuele gezondheidsdossier van de bewoner.</li> <li>- Analyse van de manier waarop rekening wordt gehouden met de wensen van de bewoners (bv. een lijst van bewoners die later lunchen).</li> <li>- Analyse van de notulen van de participatieraden.</li> <li>- Analyse van de manier waarop het werkrooster voor de zorgverlening wordt gepland.</li> <li>- Analyse van de procedures.</li> <li>- Er wordt nagegaan of er een evaluatie is van de behouden capaciteiten.</li> </ul> <p>§ 5 Individueel gezondheidsdossier, notulen van de participatieraad (eventueel klachten)</p> <p>§ 6 Gesprekken met de bewoners en het personeel, analyse van documenten met informatie hierover.</p>



Artikel	Interpretatie	Controle
<p>hulp moet individueel worden geboden met respect voor de privacy van de bewoner.</p> <p>Het dagelijks toilet mag niet voor 7 uur worden uitgevoerd, behoudens andersluidende voorkeur van de bewoner, toegevoegd aan het individuele gezondheidsdossier, en enkel als de bewoner wakker is.</p> <p>De hulp en zorg die aan bewoners met cognitieve stoornissen of dementie worden verleend, worden hun vóór elke tussenkomst toegelicht door het personeel. Als er moeilijkheden zijn bij het begrijpen, wordt er tijd uitgetrokken voor uitleg met de vertrouwenspersoon.</p>	<p>§ 6 Met "respect voor de privacy" wordt bedoeld: gesloten deur tijdens de toiletgang, passende visuele bescherming, enz. Als de bewoner het toilet weigert, moet dit genoteerd worden in het dossier, samen met de reden van de weigering en de eventuele alternatieven die aangeboden werden.</p>	
<p><b>Art. 158.</b> Onverminderd artikel 5 mogen maatregelen inzake immobilisatie, toezicht of afzondering slechts worden genomen op medisch voorschrift, na overleg met een multidisciplinair team en na dialoog met de bewoner.</p> <p>In afwijking van het eerste lid kunnen die maatregelen bij gedrag dat een dreigend gevaar voor de bewoner of voor anderen veroorzaakt, worden genomen door een lid van het verpleegkundig personeel, voor zover de behandelend arts binnen 24 uur wordt ingelicht en overleg met een multidisciplinair team wordt gepland binnen 24 uur. Het dringende karakter van de maatregel moet gerechtvaardigd en schriftelijk vastgelegd worden in het individuele gezondheidsdossier. Het personeel dat de beslissing heeft genomen, is verantwoordelijk voor de uitvoering ervan.</p>	<p>Op grond van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen is dit een B1-handeling (handeling die een verpleegkundige zelfstandig mag uitvoeren). Een voorschrift van de arts is dus niet verplicht. De arts moet wel op de hoogte worden gebracht. Hij zet zelf zijn handtekening in het individuele gezondheidsdossier of de verpleegkundige die de arts op de hoogte heeft gebracht, vermeldt dit in het dossier.</p> <p>Het vrijheidsbeginsel is de algemene regel en maatregelen die deze vrijheid inperken, vormen een uitzondering. Daarom moet de vrijheidsbeperking niet alleen worden gerechtvaardigd, maar moeten alle andere mogelijke oplossingen ook worden onderzocht.</p>	<p>Alle elementen worden in overweging genomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waarom en hoe wordt dit gedaan?</li> <li>- Hoe wordt dit in het team besproken?</li> <li>- Hoe wordt dit opgevolgd?</li> <li>- Hoe wordt dit opnieuw geëvalueerd?</li> <li>- Zijn de start-/evaluatiedatum en de einddatum van de immobilisatiemaatregel opgenomen in het individuele gezondheidsdossier van de bewoner?</li> <li>- Zo ja, wordt de volgemachtigde hiervan op de hoogte gesteld? Hoe wordt dit gedaan?</li> </ul> <p>Daarnaast moet het hele immobilisatieproces schriftelijk worden beschreven.</p> <p>De handtekening van de arts of de vermelding dat hij op de hoogte is gebracht, wordt gecontroleerd.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Elke overschrijding van de in het vorige lid bedoelde termijn moet gerechtvaardigd en vastgelegd worden in het individuele gezondheidsdossier.</p> <p>Alle informatie over het besluitvormingsproces dat tot de toepassing van deze maatregelen heeft geleid, de opvolging van deze maatregelen en het resultaat van de dialoog met de bewoner wordt in het individuele gezondheidsdossier opgenomen.</p>	<p>Als er een einddatum voor de immobilisatie wordt vermeld in het individuele gezondheidsdossier, moet elke verlenging van deze maatregel niet worden beschouwd als een verlenging maar als een nieuwe beslissing.</p> <p>Houd er rekening mee dat het plaatsen van de twee bedekken ook wordt beschouwd als een immobilisatiemaatregel.</p> <p>In het individuele gezondheidsdossier moet worden vermeld dat het gevraagde overleg binnen de vereiste termijn heeft plaatsgevonden. In geval van nood geeft de verpleegkundige het noodgeval aan en wordt de multidisciplinaire evaluatie zo snel mogelijk uitgevoerd. Zodra die gebeurd is, wordt dit ook opgenomen in het dossier in kwestie.</p> <p>In het individuele gezondheidsdossier moet ook worden vermeld dat de bewoner of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger in kennis is gesteld overeenkomstig de in het eerste lid bedoelde bepaling.</p> <p>Als er een gevolmachtigde [of bewindvoerder van de persoon] is aangewezen door de bewoner, moet deze zijn toestemming geven. De gevolmachtigde of bewindvoerder moet worden aangesteld voor de gezondheidszorg.</p>	
<p><b>Art. 159.</b> § 1. Voor elke bewoner wordt uiterlijk op de dag van zijn opname een, bij voorkeur gedigitaliseerd, individueel gezondheidsdossier samengesteld, in samenwerking met de bewoner.</p>	<p>De informatie over de bewoners kan worden gecentraliseerd zodat ze gemakkelijker toegankelijk is voor het personeel dat aan zijn shift begint. Op die</p>	<p>De controle verloopt als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• er wordt nagegaan of er een individueel gezondheidsdossier bestaat voor de recentste bewoners;</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>In geval van een dringende opname moet het individuele gezondheidsdossier binnen vijftien dagen volgend op de opname van de bewoner volledig zijn.</p> <p>§ 2. Het individuele gezondheidsdossier bevat de maatschappelijke, medische, paramedische en psychosociale informatie die nodig is voor een kwaliteitsvolle begeleiding van de bewoner en voor de zorgcontinuïteit.</p> <p>Het individuele gezondheidsdossier moet worden bijgewerkt overeenkomstig de evolutie van de wensen en van de situatie van de bewoner.</p> <p>§ 3. Het individuele gezondheidsdossier bevat:</p> <p>1° een administratief gedeelte, dat een afschrift van de individuele fiche bevat of dat de daarin opgenomen gegevens bevat;</p> <p>2° een medisch gedeelte, dat het volgende bevat:</p> <p>a) een luik voorbehouden voor de behandelend arts met de bezoeksdatum van de behandelend arts, de klinische evaluatie en de diagnose, zijn opmerkingen en richtlijnen, met inbegrip van de geneesmiddelenbehandeling;</p> <p>b) de medische anamnese en de antecedenten;</p> <p>c) de bij de opname uitgevoerde multidisciplinaire evaluatie;</p>	<p>manier wordt de uitwisseling van informatie bevorderd.</p> <p>Er moet worden opgemerkt dat gecentraliseerde informatie (bv. in een register) over de individuele gegevens van de bewoner ook moet worden opgenomen in het individuele gezondheidsdossier.</p> <p>§ 1.</p> <p>Uitgezonderd in noodgevallen moet de opname samen met de bewoner worden voorbereid. Idealiter zou het individuele gezondheidsdossier vóór de opname moeten worden opgesteld aan de hand van voorafgaande bezoeken en gesprekken.</p> <p>Een overplaatsing vanuit een ziekenhuis kan worden beschouwd als een dringende opname.</p> <p>§ 2. Om informatie te verzamelen is het nodig om de verschillende disciplines te bevragen die betrokken zijn bij de zorgverlening van de bewoner en over de nodige expertise beschikken.</p> <p>Het begeleidingsplan voorafgaand aan de opname van bewoners jonger dan zestig jaar is opgenomen in het dossier.</p> <p>§ 3. Alle informatie waarnaar wordt verwezen in het derde lid moet worden opgenomen in het individuele gezondheidsdossier. Het is aanbevolen om het aantal versies te beperken om fouten te voorkomen.</p> <p>Er moet in ruimte worden voorzien voor de verschillende gevraagde categorieën.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de inhoud van het individuele gezondheidsdossier wordt gecontroleerd;</li> <li>• de volledigheid van een aantal dossiers wordt gecontroleerd;</li> <li>• er wordt nagegaan of het zorgplan overeenstemt met de behoeften van de bewoner;</li> <li>• de gearchiveerde dossiers van bewoners die zijn overleden of de voorziening hebben verlaten, worden gecontroleerd.</li> </ul> <p>De verbindingsfiches bij een ziekenhuisopname worden gecontroleerd en er wordt nagegaan of ze bijgewerkt worden (bv. in geval van een papieren versie of niet verbonden met het informaticaprogramma).</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>d) eventuele allergieën, intoleranties en speciale diëten;</p> <p>e) in voorkomend geval, de verslagen van arts-specialisten en andere zorgverleners en laboratoriumonderzoeken;</p> <p>f) de bijgewerkte en met de bewoner overeengekomen gezondheidsdoelstellingen en wilsverklaring, met inbegrip van de wensen in verband met het levenseinde;</p> <p>g) de eventuele maatregelen inzake immobilisatie, toezicht of afzondering, alle informatie over het besluitvormingsproces dat tot de toepassing van die maatregelen heeft geleid en de evaluatie van die maatregelen;</p> <p>h) de behandelingsfiche, die bij elke verandering van de behandeling wordt bijgewerkt;</p> <p>i) voor de bewoners met cognitieve stoornissen of dementie: de doelstellingen en wensen in termen van begeleiding door middel van revalidatietechnieken;</p> <p>3° een gedeelte dat betrekking heeft op de begeleiding van de bewoner en de toediening van de zorg, dat het volgende bevat:</p> <p>a) de persoonlijke kenmerken, de gewoonten en de levensloop van de bewoner;</p> <p>b) de wensen en verwachtingen van de bewoner in verband met het leven in de voorziening;</p> <p>c) de wensen en verwachtingen van de bewoner in verband met de vrijetijdsbesteding en sociale activiteiten;</p>	<p>f) Er wordt bijzondere aandacht besteed aan het feit dat de voorziening deze verschillende onderwerpen daadwerkelijk met de bewoner bespreekt. Krachtens de Algemene verordening gegevensbescherming en de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens, moet het resultaat van dit gesprek in het individuele gezondheidsdossier worden opgenomen. Als de bewoner er niet over wil praten, moet dit ook worden vastgelegd in het individuele gezondheidsdossier. In elk geval moet de informatie over de voorwaarden met betrekking tot het levenseinde gemakkelijk toegankelijk zijn.</p> <p>3° g) Idealiter wordt de informatie voortdurend herzien en stemt ze overeen met de veranderende behoeften van de bewoner.</p> <p>4° Een verbindingsfiche moet op elk moment kunnen worden afgedrukt. Die mag bijkomende informatie bevatten, maar het door de norm vereiste minimum moet erin zijn opgenomen. Die verbindingsfiche moet steeds worden bijgewerkt.</p> <p>§ 4. Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt: <a href="https://www.fod.be/nl/onderwerpen/2002-08-22-wet-betreffende-de-rechten-van-de-pati%C3%ABnt">Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt   FOD Volksgezondheid (belgium.be)</a></p>	

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>d) de wensen, gewoonten en smaak van de bewoner met betrekking tot voeding;</p> <p>e) de lijst van interne of externe dienstverleners die de bewoner begeleiden;</p> <p>f) de behouden capaciteiten van de bewoner;</p> <p>g) het verpleegkundig, paramedisch, kinesitherapeutisch en psychosociaal dossier, dat met name het volgende bevat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de verpleegkundige anamnese;</li> <li>- het zorg- en begeleidingsplan, met inbegrip van: de voorgeschreven geneesmiddelen, de geplande toediening ervan en de bevestiging van die toediening; de vereiste zorg en de uitvoering ervan; de bijstand voor de handelingen van het dagelijkse leven; het toezicht op de eventuele immobilisatie- of afzonderingsmaatregelen.</li> </ul> <p>Alle zorg, handelingen of vaststellingen worden gedateerd en geïnviseerd door het personeel dat bij de bewoner tussenkomt. Dat plan moet worden opgesteld met inachtneming van de behoeften en de voorkeuren van de bewoner. Het moet worden geëvalueerd en aangepast aan de evolutie van de toestand van de bewoner en ten minste eenmaal per maand worden herzien;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de informatie over de bewoners die van het ene team moet worden doorgegeven aan het andere team. Die informatie omvat ten minste de opmerkingen, de acties, het toezicht, het resultaat en de ingevoerde opvolging. Die informatie wordt geïnviseerd door het team dat er kennis van neemt;</li> </ul>		

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>4° een verbindingsfiche, bij voorkeur gestandaardiseerd, en die tot doel heeft de begeleiding van de bewoner te vergemakkelijken en te verbeteren bij een noodgeval of een ziekenhuisopname. Die fiche moet het volgende bevatten:</p> <p>a) een afschrift van de individuele fiche of de daarin opgenomen gegevens;</p> <p>b) de bijgewerkte en met de bewoner overeengekomen gezondheidsdoelstellingen en wilsverklaring, met inbegrip van de wensen in verband met het levenseinde;</p> <p>c) alle medische gegevens die noodzakelijk zijn bij een noodgeval of een ziekenhuisopname.</p> <p>Bij een noodgeval of een ziekenhuisopname moet een afschrift van die bijgewerkte verbindingsfiche verplicht worden doorgegeven aan de professional die voor de bewoner zorgt.</p> <p>§ 4. Het individuele gezondheidsdossier is onderworpen aan het beroepsgeheim en aan de bepalingen van de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Het wordt bijgewerkt en bewaard op een veilige plaats in de voorziening.</p> <p>De bewoner mag het hem betreffende dossier inkijken overeenkomstig de bepalingen van de wet</p>		

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.</p> <p>Als het individuele gezondheidsdossier gedigitaliseerd is, worden die gegevens zo beveiligd dat ze in overeenstemming zijn met de in het eerste lid bedoelde wettelijke bepalingen, terwijl ze toegankelijk blijven voor de bewoner overeenkomstig de bepalingen van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.</p> <p>De voorziening moet de individuele gezondheidsdossiers bewaren gedurende minimaal drie jaar na het vertrek of het overlijden van de bewoner. Na afloop deze termijn wordt het medisch gedeelte van het individuele gezondheidsdossier, zoals bedoeld in § 3, 2°, door de behandelende arts van de bewoner bewaard gedurende de toepasselijke wettelijke termijn.</p> <p>In geval van vertrek van de bewoner naar een andere voorziening worden het medische gedeelte van het individuele gezondheidsdossier, bedoeld in § 3, 2°, en de voor de zorgcontinuïteit noodzakelijke gegevens aan de bewoner of aan zijn behandelend arts meegedeeld of, op verzoek van de bewoner of de behandelend arts, doorgegeven aan de directeur van die andere voorziening, met inachtneming van de vertrouwelijkheid van de gegevens."</p>		

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 160.</b> De individuele gezondheidsdossiers kunnen worden geraadpleegd door alle personeelsleden en alle zorgprofessionals die de bewoner verzorgen.</p> <p>De belangrijkste informatie over de begeleiding van de bewoner wordt dagelijks toegankelijk gemaakt voor alle personeelsleden die de bewoner zullen moeten verzorgen.</p> <p>In afwijking van de leden 2 en 3 mogen vertrouwelijke gegevens over de gezondheid van de bewoner alleen worden geraadpleegd door gezondheidswerkers die een therapeutische relatie met de bewoner hebben.</p> <p>De individuele gezondheidsdossiers kunnen ook worden geraadpleegd door de dienst Controle en Begeleiding, uitsluitend om na te gaan of ze bestaan en of ze in overeenstemming zijn met de ordonnantie en de uitvoeringsbesluiten ervan.</p> <p>In het kader van het in het vorige lid bedoelde toezicht is de dienst Controle en Begeleiding tot geheimhouding verplicht. De dienst mag de persoonsgegevens in de individuele gezondheidsdossiers niet aan derden bekendmaken</p>	<p>Met een <b>therapeutische relatie</b> wordt elke relatie bedoeld tussen een patiënt en een gezondheidszorgbeoefenaar in het kader waarvan gezondheidszorg wordt verstrekt.</p> <p><b>22 april 2019.</b> - Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg</p> <p><i>Art. 36. De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf.</i></p> <p><i>De patiënt kan bij het verlenen van de in het eerste lid bedoelde toestemming bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars uitsluiten.</i></p> <p><i>De Koning kan nadere regels bepalen voor de in het eerste lid bedoelde toestemming.</i></p> <p><b>Art. 37.</b> <i>De gezondheidszorgbeoefenaar heeft enkel toegang tot de persoonsgegevens betreffende de gezondheid van een patiënt waarmee hij een therapeutische relatie heeft.</i></p> <p><i>Voor de toepassing van het eerste lid wordt onder therapeutische relatie verstaan een relatie tussen een patiënt en een gezondheidszorgbeoefenaar in het kader waarvan gezondheidszorg wordt verstrekt.</i></p> <p><i>De Koning kan met aanwijzing van de specifieke gevallen van uitwisseling van persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid van de patiënt, de categorieën gezondheidszorgbeoefenaars aanwijzen die ondanks dat ze in toepassing van het tweede lid een</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De kwaliteitscontroleur analyseert de individuele gezondheidsdossiers om te controleren of ze zijn aangemaakt en in orde zijn.</li> <li>• Er wordt kennisgenomen van de lijst met functies die toegang hebben tot de individuele gezondheidsdossiers.</li> </ul> <p>Er vindt een gesprek plaats met de directeur en het personeel om hun werkwijze te leren kennen.</p>



Artikel	Interpretatie	Controle
	<p><i>therapeutische relatie met de patiënt hebben, geen toegang hebben tot de uitwisseling van bedoelde gegevens.</i></p> <p>De derde paragraaf verwijst naar de tweede en derde paragraaf van hetzelfde artikel. Logischerwijs zou die moeten verwijzen naar de eerste en tweede paragraaf.</p>	
<p><b>Art. 161.</b> De voorziening beschikt over een communicatieregister voor de personeelsleden, dat op de eerste pagina de volgende telefoonnummers bevat:</p> <p>1° de directeur;  2° de behandelend artsen en de dienstdoende artsen;  3° het dichtstbijzijnde ziekenhuis en het ziekenhuis waarmee een overeenkomst werd aangegaan;  4° de ambulancedienst of de dienst waarmee een overeenkomst werd aangegaan;  5° de brandweer;  6° de politie;  7° de referentiearts of de coördinerend en raadgevend arts, en zijn vervanger.</p> <p>Het in het eerste lid bedoelde register bevat ook de opmerkingen over de opname van nieuwe bewoners, de eventuele ziekenhuisopname van bewoners en het eventuele vertrek van bewoners.</p>	<p>Dit betekent dat alle personeelsleden er toegang toe moeten hebben. Dit register moet bovendien up-to-date worden gehouden. Het is niet langer vereist dat zowel het personeelslid dat zijn shift beëindigt als het lid dat zijn shift start het ondertekenen.</p> <p>Het register kan online of op papier zijn. Het kan een andere naam dragen dan "register", bijvoorbeeld "agenda".</p> <p>2° en 3°: behalve in noodsituaties mogen bewoners hun eigen behandelend arts, ziekenhuis en ambulancedienst kiezen.</p> <p>De wijziging in deze norm ten opzichte van de vorige norm, die werd geschrapt, is gerechtvaardigd door het feit dat medische of gezondheidsinformatie niet voor alle personeelsleden toegankelijk mag zijn. Deze moet uitsluitend in de individuele gezondheidsdossiers worden opgenomen en bewaard.</p> <p>Om praktische redenen wordt toegelaten dat de in het tweede lid bedoelde informatie in een ander register wordt bijgehouden, maar in dat geval moeten beide</p>	<p>Er zullen controles worden uitgevoerd om na te gaan of het register bestaat, of de verschillende items erin zijn opgenomen, of het toegankelijk is voor alle personeelsleden en of het up-to-date wordt gehouden.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
	registers te allen tijde toegankelijk zijn en blijven voor alle personeelsleden en moeten ze worden bijgewerkt.	
<p><b>Art. 162.</b> De aan de bewoners toe te dienen geneesmiddelen worden:</p> <p>1° voorgeschreven door de behandelend arts van de bewoner;</p> <p>2° onverminderd de federale regelgeving inzake de verstrekking van geneesmiddelen in rustoorden en in rust- en verzorgingstehuizen maximaal vier dagen op voorhand bereid;</p> <p>3° bewaard door een verpleegkundige, of, in voorkomend geval, door een apotheker;</p> <p>4° verdeeld en toegediend onder de verantwoordelijkheid van een gemachtigd personeelslid;</p> <p>5° ex tempore bereid als ze in vloeibare vorm zijn;</p> <p>6° identificeerbaar gehouden tijdens het volledige bewarings- en toedieningsproces.</p>	<p>Met betrekking tot de geneesmiddelen zijn de bevoegde personeelsleden de arts, de apotheker en de verpleegkundige, alsook elke persoon die door hen is gedelegeerd en onder hun verantwoordelijkheid valt in overeenstemming met de relevante wettelijke bepalingen.</p> <p>Ter herinnering: de federale wetgeving inzake de gezondheidszorgberoepen is van toepassing op de RH's/RVT's en de federale regering kan controles uitvoeren, met name in het kader van het koninklijk besluit van 13 november 2022 tot vaststelling van de samenstelling van de Toezichtcommissie zoals bedoeld in de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. De belangrijkste wetten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, die laatst werd gewijzigd op 18 mei 2024 (op de datum waarop deze interpretatie van de normen is opgesteld);</li> <li>- de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, die laatst werd gewijzigd op 6 februari 2024 (op de datum waarop deze interpretatie van de normen is opgesteld);</li> <li>- de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, die laatst werd gewijzigd op 18 mei 2024 (op de datum</li> </ul>	<p>De controle houdt in dat ter plaatse alle handelingen met betrekking tot de verdeling van de geneesmiddelen worden gecontroleerd. Er kunnen vragen worden gesteld over de werkwijze.</p> <p>In het kader van de controle wordt een onderscheid gemaakt tussen de bereiding van de geneesmiddelen en de toediening ervan, aangezien er verschillende delegaties mogelijk zijn.</p> <p>Voor de controle van de bereiding van geneesmiddelen wordt de dag van de inspectie beschouwd als dag 0 in het kader van de bepaling dat de bereiding maximaal vier dagen op voorhand mag gebeuren.</p> <p>In het kader van de individuele medicatievoorbereiding (IMV), die valt onder het koninklijk besluit van 24 september 2012 tot vaststelling van een regeling met betrekking tot individuele medicatievoorbereiding, wordt een bereiding met verpakte geneesmiddelen die zeven dagen op voorhand werd bereid, geacht in orde te zijn zolang de geneesmiddelen in hun individuele zakje, ongeopend en aan de andere gehecht blijven.</p> <p>Wat de toepassing van de federale wetgeving betreft, zullen de controles uitgevoerd worden door Iriscare (een deelentiteit) betrekking hebben</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
	<p>waarop deze interpretatie van de normen is opgesteld).</p> <p>Onder de federale wetgeving inzake de gezondheidszorgberoepen zijn de delegaties mogelijk die zijn opgenomen op de website van de FOG Gezondheid:  <a href="https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid#link-health-care-professions">https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid#link-health-care-professions</a> en in de adviezen van ad-hocorganen zoals de Technische Commissie voor Verpleegkunde (TCV):  <a href="https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/technische-commissie-voor-verpleegkunde">https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/technische-commissie-voor-verpleegkunde</a>.</p>	<p>op de <b>algemene interne werking</b>, de samenhang en de naleving van de individuele verantwoordelijkheid van de gezondheidszorgbeoefenaars, ook in geval van delegatie door deze laatsten (naleving van de wettelijke en reglementaire bepalingen, verificatie van de vaardigheden en de opleiding van de persoon aan wie de delegatie wordt gegeven, risicobeoordeling, supervisie, enz.).</p>
<p><b>Art. 163.</b> De geneesmiddelen worden bewaard in een meubel of een lokaal dat daartoe voorbehouden, schoon en aangepast is en uitsluitend toegankelijk is voor de bevoegde personeelsleden. De opslagvoorwaarden van de geneesmiddelen laten toe de bewaarvoorschriften na te leven.</p> <p>Onverminderd de federale regelgeving inzake het beleid betreffende de geneesmiddelen en gezondheidsproducten, beschikt elke voorziening over een koelkast die uitsluitend bestemd is voor de bewaring van geneesmiddelen en gezondheidsproducten."</p>	<p>De koelkast moet ervoor zorgen dat temperatuurgevoelige geneesmiddelen in optimale omstandigheden worden bewaard om hun doeltreffendheid en veiligheid te behouden.</p> <p>Idealiter wordt de temperatuur opgevolgd van de koelkast die wordt gebruikt om geneesmiddelen te bewaren. Voor meer informatie over de keuze van koelkasten kunt u terecht bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).</p>	<p>In dit kader zal de controle zich richten op de aanwezigheid van een ad-hockoelkast voor geneesmiddelen die uitsluitend voor dat gebruik bestemd is, de aanwezigheid van een meubel voor de opslag van geneesmiddelen die niet in een koelkast bewaard mogen worden en de beperking van de toegang tot de lokalen waar ze bewaard worden.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 164.</b> De behandelend arts moet op elk moment de juiste toediening van de voorgeschreven geneesmiddelen kunnen controleren</p>		<p>Voor de controle worden de individuele gezondheidsdossiers van enkele bewoners ingekeken.</p>
<p><b>Art. 165.</b> § 1. De voorziening stelt een programma van individuele en collectieve activiteiten op, dat tot doel heeft de levenskwaliteit van de bewoners in de voorziening te bevorderen.</p> <p>§ 2. Het in § 1 bedoelde activiteitenprogramma omvat sociale activiteiten, gemeenschapsactiviteiten, activiteiten van het dagelijkse leven en vrijetijdsactiviteiten, die zowel binnen als buiten door de voorziening worden georganiseerd.</p> <p>De in het vorige lid bedoelde activiteiten zijn zinvol voor de bewoners. Ze staan in het teken van hun welzijn en hun fysieke en psychologische gezondheid.</p> <p>De activiteiten bevorderen niet alleen de deelname van de bewoners aan het sociale en gemeenschapsleven binnen en buiten de voorziening en in het lokale leven, maar ook het delen van ervaringen, met oog voor de persoonlijke hechting van de bewoners.</p> <p>Bij de activiteiten wordt een beroep gedaan op de behouden capaciteiten van de bewoners. Ze bieden de bewoners de kans om hun kennis te delen en in te spelen op hun leerbehoeften of -wensen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuele activiteiten worden vastgelegd in een document of in elk dossier.</li> <li>• De kwantiteit van de activiteiten is geen garantie voor de kwaliteit ervan.</li> <li>• Bij het opstellen van het individuele en collectieve activiteitenprogramma moet rekening worden gehouden met de wensen en verwachtingen van de bewoners. De activiteiten en animaties moeten zinvol zijn voor de bewoners en rekening houden met hun behouden capaciteiten.</li> </ul> <p>§ 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat moet het programma van zinvolle activiteiten voor de bewoners bevatten? Wat wordt bedoeld met "activiteiten"? <ol style="list-style-type: none"> <li>a) animaties door externe organisaties/individuen;</li> <li>b) activiteiten in samenwerking met externe organisaties en de buurt (scholen, kinderdagverblijven, enz.);</li> <li>c) revalidatieactiviteiten (persoonlijke hygiëne, eten, vasthouden, communiceren, lezen, enz.);</li> <li>d) toegewezen sociale rollen (de krant rondbrengen, de planten water geven, enz.);</li> <li>e) mogelijkheden om betrokken te zijn bij activiteiten van het dagelijks leven (de vaatwasser legen, de tafel dekken, vegen, enz.);</li> </ol> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De kwaliteitscontroleur gaat na of er activiteiten en animaties worden aangeboden en meegedeeld en of ze toegankelijk zijn voor alle bewoners.</li> <li>• Op basis van zijn gesprekken, waarnemingen en analyses zal de kwaliteitscontroleur bepalen of de gehanteerde aanpak gericht is op de participatie van de bewoners, met aandacht voor hun behouden capaciteiten.</li> <li>• Analyse van de manier waarop de programma's van de individuele en collectieve activiteiten zijn opgebouwd: hoe worden de activiteiten/animaties gekozen? Hoe wordt er rekening gehouden met de wensen van de bewoners?</li> <li>• Analyse van de dynamiek in de voorziening: welk belang wordt er gehecht aan de activiteiten en het leefproject van de voorziening?</li> <li>• Analyse van de omgeving in verband met het activiteiten aanbod: zijn er initiatieven om bewoners te helpen zich te oriënteren en onafhankelijker te zijn?</li> <li>• Gesprekken met de bewoners: zijn ze op de hoogte van het activiteitenprogramma? Zijn ze geraadpleegd bij de opstelling ervan?</li> <li>• Gesprekken met deelnemende bewoners om na te gaan of ze tevreden zijn over de aangeboden activiteiten.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Het houden van de participatieraad maakt in ieder geval deel uit van het in het eerste lid bedoelde activiteitenprogramma.</p> <p>Voor de organisatie van de in het eerste lid bedoelde activiteiten kan de voorziening een beroep doen op de medewerking van externe diensten of instellingen.</p> <p>§ 3. Het in § 1 bedoelde activiteitenprogramma wordt uitgewerkt onder de verantwoordelijkheid van de directeur, in samenwerking met het personeel en de participatieraad. Bij de uitwerking ervan wordt rekening gehouden met de wensen en voorkeuren van de bewoners.</p> <p>Dat programma wordt ten minste eenmaal per halfjaar geëvalueerd in de participatieraad en telkens als een bewoner dat wenst. Het wordt desgevallend aangepast.</p> <p>§ 4. Het in paragraaf 1 bedoelde activiteitenprogramma wordt regelmatig aan elke bewoner meegedeeld.</p>	<p>f) bezighheidsactiviteiten (tv kijken, kruiswoordraadsels oplossen, kleuren, enz.);</p> <p>g) comfortactiviteiten (massage, ontspanning, welzijn, enz.);</p> <p>h) spirituele activiteiten (religieuze ceremonies en vieringen bijwonen, bidden, meditatie, spiritueel lezen);</p> <p>i) projecten die door de bewoners worden geleid (organisatie van een thema-avond, een microbrouwerij, bezoek aan kerken in de regio, organisatie van een huwelijk, enz.): enerzijds krijgen bewoners de kans om collectief deel te nemen aan de keuze en de uitvoering van het project door een bewonerscomité op te richten en anderzijds om de daaruit voortvloeiende acties en evenementen te plannen;</p> <p>j) participatieraden en andere bewonerscomités;</p> <p>k) activiteiten die in samenwerking met de families worden georganiseerd;</p> <p>l) enz.</p> <p>2. Elke activiteit moet zo uitgewerkt zijn dat ze toegankelijk is voor de overgrote meerderheid van de bewoners. Dit houdt concreet in dat hun behouden capaciteiten gekend moeten zijn en dat ze moeten worden gemobiliseerd door aangepast materiaal te bieden en een faciliterende houding aan te nemen.</p> <p>§ 3. <i>Suggestie:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprekken met de bewoners die niet deelnemen aan de activiteiten. De bewoners vragen waarom ze niet deelnemen aan bepaalde activiteiten om er zeker van te zijn dat ze niet vooral het gevoel hebben niet in staat te zijn deel te nemen.</li> <li>• Analyse van de individuele en collectieve activiteiten die in het programma worden voorgesteld.</li> <li>• Controle van de beschikbaarheid van het materiaal dat in het activiteitenprogramma is opgenomen.</li> <li>• Er wordt gecontroleerd of er voldoende professionals, al dan niet specifiek voor de activiteiten, zijn om kwalitatieve activiteiten te organiseren en faciliteren.</li> <li>• Er wordt gecontroleerd of er duidelijk identificeerbare autonome en onafhankelijke activiteiten worden georganiseerd.</li> <li>• Er wordt gecontroleerd of er voldoende ruimten zijn om de activiteiten te organiseren.</li> <li>• Er moeten thematische bewonerscomités opgericht zijn rond concrete projecten en die moeten de nodige middelen krijgen om ze uit te voeren.</li> <li>• De notulen van de participatieraden moeten gelezen worden in verband met de aangeboden activiteiten.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
	<p>Het personeel dat medeverantwoordelijk is voor dit activiteitenprogramma mag niet beperkt worden tot de ergotherapeuten die verantwoordelijk zijn voor de leiding van de activiteiten. Het gaat om een constante teaminspanning waarbij iedereen betrokken moet zijn. De visie moet door elke medewerker gedeeld worden.</p> <p>Bij de uitwerking van het programma moet rekening worden gehouden met de wensen en voorkeuren van de bewoners. Concreet betekent dit dat minstens de volgende acties nodig zijn om deze doelstelling te behalen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zich inspireren op het levensverhaal van de bewoner om hem concrete voorstellen te formuleren;</li> <li>2. de deelnemers na elke activiteit vragen of ze het leuk vonden en of ze het opnieuw zouden willen doen;</li> <li>3. bewoners die nooit of niet vaak deelnemen aan activiteiten vragen wat ze zouden willen doen of waar ze van dromen;</li> <li>4. bewonerscomités oprichten rond specifieke thema's/projecten, zodat de bewoners kunnen kiezen wat ze doen, wanneer ze dat doen en met wie;</li> <li>5. de bewoners regelmatig om ideeën of feedback vragen over het dagelijkse leven en de activiteiten.</li> </ol> <p>§ 4. Het volstaat niet om het activiteitenprogramma enkel mee te delen. Het moet ook toegankelijk en</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De eventuele notulen van de bewonerscomités moeten gelezen worden in verband met de activiteiten.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
	<p>interessant zijn voor alle bewoners. Hierbij is het essentieel de opmaak van het activiteitenprogramma aan te passen aan het zicht en de leesvaardigheden van de bewoners en contrasterende kleuren te gebruiken om een onderscheid te maken tussen de verschillende soorten activiteiten. Idealiter wordt alle informatie niet op hetzelfde moment of in hetzelfde document meegedeeld omdat het om een te grote hoeveelheid gaat.</p>	
<p><b>Art. 166.</b> De voorziening neemt deel aan het lokale leven door met name samenwerkingen te ontwikkelen met nabije diensten of instellingen.</p>	<p>Deze lokale samenwerkingen moeten de bewoners van het rusthuis of het rust- en verzorgingstehuis de kans bieden om op een positieve manier in contact te komen met mensen uit de bredere lokale gemeenschap (bewoners, werknemers, ouders, enz.). Dit is direct gekoppeld aan het aanbod van zinvolle activiteiten en animaties voor de bewoners die rekening houden met hun behouden capaciteiten.</p> <p><b>Enkele voorbeelden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• het restaurant openstellen voor buurtbewoners;</li> <li>• een tentoonstelling van de schilderclub organiseren;</li> <li>• een intergenerationeel project opzetten met kinderen uit de buurt;</li> <li>• een samenwerking opzetten met de school uit de buurt om te leren lezen of geschiedenis te leren door middel van gezamenlijke activiteiten met de bewoners van de voorziening;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennisnemen van de samenwerkingen met diensten en organisaties uit de buurt. Bijvoorbeeld samenwerkingsovereenkomsten bewijzen het bestaan van een samenwerking.</li> <li>• Gesprekken met de bewoners: hebben ze de kans gehad om nieuwe mensen te ontmoeten of, op zijn minst, deel te nemen aan activiteiten met andere personen dan de rechtstreekse actoren van de voorziening?</li> <li>• Kijken naar welke acties de instelling heeft ondernomen om samenwerkingen met externe diensten en organisaties op te zetten.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• een gemeenschappelijke moestuin voor buurtbewoners en bewoners van de voorziening opzetten;</li> <li>• de feestzaal van de voorziening openstellen voor activiteiten van vzw's die voor iedereen toegankelijk zijn (dans- of muzieklessen, creatieve workshops, enz.).</li> </ul>	
<p><b>Art. 167.</b> De beheerder wijst een of meer personeelsleden in de voorziening aan die, als onderdeel van hun bevoegdheden, het sociale en gemeenschapsleven coördineren. Die personeelsleden staan in voor:</p> <p>1° de organisatie en de coördinatie van de in artikel 165, § 2 bedoelde activiteiten;</p> <p>2° de openheid van de voorziening voor het lokale leven en de invoering van samenwerkingen met externe organisaties, overeenkomstig artikel 166;</p> <p>3° de leiding van de participatieraad.</p> <p>De in het eerste lid bedoelde persoon of personen moeten duidelijk identificeerbaar zijn.</p>	<p>Er moet bepaald worden wie van het personeel deze verantwoordelijkheden draagt. Dit betekent ook dat bewoners en andere personeelsleden moeten weten wie deze persoon of personen zijn en hoe ze contact met hen kunnen opnemen voor vragen met betrekking tot het sociale en gemeenschapsleven van de voorziening.</p> <p>Er zijn geen vereisten voor het functieprofiel van de coördinator van het sociale en gemeenschapsleven. De coördinator moet echter wel de tijd kunnen vrijmaken die nodig is om dit in de praktijk om te zetten en over de noodzakelijke vaardigheden beschikken.</p> <p>Deze norm dient om ervoor te zorgen dat de voorzieningen een dynamische en sociaal verrijkende omgeving bieden aan de bewoners, met duidelijk aangewezen personeelsleden die zich inzetten om deze aspecten te coördineren.</p> <p>Er moet worden opgemerkt dat samenwerkingen met externe organisaties en het openstellen van de voorziening voor het lokale leven extra mogelijkheden creëert voor bewoners en hun ervaring binnen de voorziening verrijkt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt informatie ingewonnen over elke medewerker die aangewezen is als coördinator van het sociale en gemeenschapsleven.</li> <li>• Indien mogelijk, vindt er een gesprek plaats met de betrokken medewerkers.</li> <li>• Er vinden gesprekken plaats met de bewoners over het sociale en gemeenschapsleven van de voorziening.</li> <li>• Er wordt kennisgenomen van de samenwerkingen met externe organisaties, overeenkomstig artikel 166.</li> <li>• De notulen van de participatieraad en, in voorkomend geval, van het bewonerscomité worden geanalyseerd.</li> </ul>



Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 168.</b> De voor de bewoners toegankelijke gangen worden in geen geval afgesloten met een sleutel of met om het even welke andere beveiligingsvoorziening die het vrije verkeer van de bewoners zou belemmeren.</p>	<p>Voor het welzijn van de bewoners organiseert de voorziening haar omgeving zodanig dat de bewoners zich vrij voelen.</p> <p><i>Suggestie:</i> Gesloten eenheden moeten goed doordacht zijn om zowel de veiligheid als het welzijn van de bewoners te waarborgen. Het is de bedoeling om rekening te houden met de behoeften en wensen van de bewoners, zodat ze in een stimulerende, menswaardige en respectvolle omgeving kunnen leven. Dit betekent dat ruimten moeten worden gecreëerd die niet lijken op afgesloten gangen, maar eerder op warme, open omgevingen die het welzijn en de zelfredzaamheid van de bewoners bevorderen.</p>	<p>In het geval van een gesloten eenheid analyseert het controleteam de situatie aan de hand van de volgende vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begeven de bewoners die er wonen zich systematisch naar de deur? Zo ja, welke alternatieven worden voorgesteld om het gevoel van opsluiting te vermijden en om te zetten naar een gevoel van vrijheid?</li> <li>- Zijn er aangepaste activiteiten?</li> <li>- Wordt er rekening gehouden met de persoonlijke ervaring van de bewoner?</li> <li>- Is er een dynamiek om gesprekken tussen de verschillende bewoners aan te moedigen, of zijn ze afgezonderd?</li> <li>- Stelt de manier waarop de eenheid werkt hen in staat om een waardig leven te leiden? Dit type eenheid mag er in geen geval uitzien als een gang achter slot en grendel.</li> </ul> <p>Deze aspecten houden verband met artikel 3.</p>
<p><b>Art. 169.</b> Elke kamer is genummerd en het nummer is in de overeenkomst vermeld.</p> <p>De naam van de bewoner wordt aan de buitenkant van de kamer aangebracht, tenzij hij of zijn vertegenwoordiger zich daartegen verzet</p>	<p>Als de persoon of zijn vertegenwoordiger ermee instemt, kan er ook een foto worden toegevoegd om de kamer van de bewoner makkelijker te kunnen identificeren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observatie van de kamers.</li> <li>- Vergelijking van het kamernummer met dat in de overeenkomst.</li> <li>- Als er geen naam op de deur staat, moet dit worden vermeld in het individuele dossier van de bewoner.</li> <li>- Analyse van de informatie in het Excelbestand "Doc archi".</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 170.</b> In de voorzieningen die na 1 januari 2010 in gebruik werden genomen en de voorzieningen die voor 1 januari 2010 in gebruik werden genomen en die verbouwings- of uitbreidingswerken in de kamers uitvoeren, bedraagt de minimale netto-oppervlakte van de individuele kamers, exclusief de sanitaire installaties, 15 m<sup>2</sup>; ze bedraagt 11 m<sup>2</sup> per bewoner voor tweepersoonskamers.</p> <p>In de voorzieningen die voor 1 januari 2010 in gebruik werden genomen en de voorzieningen waarvoor de ministers de vergunning voor werken hebben afgegeven of waarvan het project door de ministers is goedgekeurd voor 1 januari 2010, mag de minimale netto-oppervlakte van de individuele kamers, exclusief de sanitaire installaties, niet minder dan 12 m<sup>2</sup> bedragen; ze bedraagt 10 m<sup>2</sup> per bewoner voor tweepersoonskamers</p>	<p>De Dienst Infrastructuur van Vivalis vraagt dat voor de rusthuizen een vergunningsaanvraag voor werken wordt ingediend wanneer de werken veranderingen aanbrengen aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de positie van (dragende of niet-dragende) scheidingswanden;</li> <li>- de vloeroppervlakte;</li> <li>- de glasoppervlakte;</li> <li>- het doel/de bestemming van een lokaal.</li> </ul> <p>Het gaat met andere woorden om alle werken die een relatieve impact kunnen hebben op de architectonische normen, met bijzondere aandacht voor de lokalen die toegankelijk zijn voor de ouderen (bv. een kamer die wordt omgebouwd tot een animatieruimte).</p> <p>Als de werken betrekking hebben op de normen voor de minimale vloeroppervlakte, wordt de nettovloeroppervlakte gemeten. Hierbij worden de plaats van het vaste meubilair (bv. inbouwkasten) en de sanitaire voorzieningen niet meegerekend.</p> <p>Bij de berekeningen van de oppervlakten van kamers onder het dak, wordt alleen rekening gehouden met de oppervlakten met een plafondhoogte van ten minste 1,50 m. Er moet ook worden opgemerkt dat, om de kwaliteit van dit soort kamers te waarborgen, ten minste de helft van de oppervlakte een minimumhoogte van 2,30 m moet hebben.</p>	<p>Op basis van het door de voorziening ingevulde document met architectonische gegevens en rechtstreekse observatie ter plaatse.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
	<p>De ingebruikname ervan is verbonden aan de SVIE. Voor alle voorzieningen die <b>na</b> 1 januari 2010 in gebruik werden genomen <b>EN</b> voor alle voorzieningen die <b>voor</b> 1 januari 2010 in gebruik werden genomen en die <b>werken</b> uitvoeren: er moet worden voldaan aan de nieuwe oppervlaktenormen, d.w.z. de oppervlakte moet 15 m<sup>2</sup> bedragen, exclusief sanitaire voorzieningen voor individuele kamers en 11 m<sup>2</sup> per bewoner voor tweepersoonskamers (22 m<sup>2</sup>).</p> <p><b>Met "werken" worden</b> alle werken <b>bedoeld</b> die de bestemming van een lokaal wijzigen.</p>	
<p><b>Art. 171.</b> Gemeenschappelijke kamers mogen niet meer dan twee bedden tellen</p>		<p>Bezoek aan de kamers en controle van het door de voorziening ingevulde document met architectonische gegevens.</p>
<p><b>Art. 172.</b> Ten minste de helft van de opnamecapaciteit van de voorziening bestaat uit individuele kamers.</p>	<p>Vanaf 1 september 2024 geldt deze norm voor alle rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen.</p>	<p>Bezoek aan de kamers en controle van het door de voorziening ingevulde document met architectonische gegevens.</p>
<p><b>Art. 173.</b> In de voorzieningen met tweepersoonskamers moet een individuele kamer gemakkelijk beschikbaar zijn om een bewoner te kunnen isoleren; in dat geval gelden de regels voor individuele kamers.</p>	<p>Er hoeft niet noodzakelijk een vaste isolatiekamer te zijn.</p> <p>Als de voorziening niet volledig bezet is, zou er een individuele kamer vrij moeten zijn voor een isolatie.</p> <p>Als de voorziening tweepersoonskamers heeft, moet die ervoor zorgen dat er een kamer vrij blijft in geval van een maximale bezetting. Bij een maximale bezetting moet de voorziening dus over een kamer beschikken die permanent onbezet blijft.</p>	<p>Op basis van het door de voorziening ingevulde document met architectonische gegevens en aan de hand van de waarnemingen tijdens de inspectie.</p>
<p><b>Art. 174. § 1.</b> Onder voorbehoud van artikel 175 verstrekt de voorziening het meubilair van de kamers.</p>	<p>Artikel 175 laat bewoners toe over persoonlijke goederen en meubels te beschikken, naast of in plaats</p>	<p>Observatie van de kamers op de dag van de inspectie.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Het in het eerste lid bedoelde meubilair is aangepast aan de bewoners, functioneel en in goede staat. Het moet het mogelijk maken het psychisch, fysiek en sociaal welzijn en de onafhankelijkheid van de bewoners te verzekeren.</p> <p>De voorziening moet het meubilair aanpassen aan de evolutie van de graad van onafhankelijkheid van de bewoner, zonder toeslag.</p> <p>§ 2. In de individuele kamer moet het meubilair ten minste bestaan uit een bed, een hang- en legkast, een tafel, een leunstoel, een stoel en een nachttafel met lade, een individuele lichtbron boven of naast het bed en een binnensysteem waarmee de bewoners zich kunnen beschermen tegen zonnestralen en hun privacy kunnen bewaren. Vanaf 1 januari 2026 beschikt elke kamer ook over een televisie en een koelkast.</p> <p>Vanaf 1 januari 2029 moet het in het eerste lid bedoelde bed een in de hoogte verstelbaar bed zijn.</p> <p>§ 3. In de gemeenschappelijke kamer moet het meubilair ten minste bestaan uit, voor elke bewoner, een bed, een hang- en legkast, een leunstoel, een nachttafel met lade en een individuele lichtbron boven of naast het bed en een binnensysteem waarmee de bewoners zich kunnen beschermen tegen zonnestralen. Bovendien moet ze beschikken over een of meer tafels met stoelen zodat alle</p>	<p>van het door de voorziening ter beschikking gestelde meubilair.</p> <p>Als bepaald meubilair niet aanwezig is in de kamer, bijvoorbeeld op verzoek van de bewoner, moet dit genoteerd worden in zijn dossier.</p> <p>Een rolstoel is geen vervanging voor een leunstoel in een kamer. De leunstoel moet armleuningen en een hoge rugleuning hebben.</p> <p>Enkele voorbeelden van binnensystemen om bewoners te beschermen tegen zonnestralen zijn gordijnen, jaloezieën, lamellen, enz. Idealiter zou het mogelijk moeten zijn om verblinding te beperken en de kamer volledig te verduisteren om te slapen.</p> <p><i>Suggestie:</i> Als ouderen niet gescheiden willen worden, moet dit mogelijk gemaakt worden (bv. koppels). Het is ook cruciaal om dit aan te geven in de dossiers van de betrokken bewoners. Koppels moeten ook een tweepersoonsbed kunnen hebben of de mogelijkheid om hun bedden naast elkaar te plaatsen als ze dit wensen.</p> <p>Vanaf 1 januari 2026 is de voorziening verplicht om indien nodig voor een televisie te zorgen. Als bewoners hun eigen televisie willen meebrengen, dan staat hen dat vrij, maar ze kunnen niet gevraagd of gedwongen worden om dat te doen. Bewoners mogen ook een</p>	

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>bewoners van de kamer in voorkomend geval gelijktijdig kunnen eten.</p> <p>Scheidingselementen tussen de bedden maken het mogelijk om voor iedereen een minimum aan privacy te garanderen.</p> <p>Vanaf 1 januari 2026 beschikt elke kamer ook over een televisie en een koelkast per bewoner.</p> <p>Vanaf 1 januari 2029 moet het in het eerste lid bedoelde bed een in de hoogte verstelbaar bed zijn.</p>	<p>televisie weigeren. In dat geval is het aanbevolen om dat in hun dossier aan te geven.</p> <p>De kosten van individuele aansluitingen en televisieabbonementen zijn voorschotten aan derden.</p>	
<p><b>Art. 175.</b> Op voorwaarde dat de uitrusting voldoet aan de brandveiligheidsnormen en dat dit meubilair een goed verloop van de begeleiding en de zorg mogelijk maakt, moet de bewoner de mogelijkheid hebben om in zijn kamer te beschikken over persoonlijke goederen en meubels, naast of in plaats van het door de voorziening ter beschikking gestelde meubilair.</p>	<p>De norm staat ouderen toe om hun eigen apparatuur mee te brengen. Deze apparatuur moet echter voldoen aan de veiligheidsvoorschriften. Voor de specifieke brandveiligheidsnormen betreft dit artikel 8.3.2. van het in bijlage 1 opgenomen besluit van 7 maart 2024 : "Het gebruik van elektrische toestellen is in de kamers van de bewoners of de wachtlokalen van het personeel alleen toegelaten als het om elektrische toestellen gaat die voldoende veilig zijn en die het CE-merk dragen. Tv-toestellen met beeldbuis zijn niet toegelaten."</p> <p><i>Suggestie:</i> Het is ook essentieel om gemeenschappelijke leefruimten te voorzien van voorwerpen en meubels die persoonlijker zijn of gerelateerd zijn aan het leven van de bewoners. Voor meubilair in open zithoeken (zonder scheidingswanden of -deuren tussen de ruimte en de gang) of in gangen gelden echter strengere brandveiligheidsnormen. Alle vereisten zijn uitvoerig beschreven in artikel 4.4.3 (gemeenschappelijke</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observatie tijdens de inspectie van eventueel gepersonaliseerde kamers.</li> <li>- Gesprekken met de directeur, het personeel en de bewoners.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
	zithoeken) en 8.2 (doorgangen) van het in bijlage 1 opgenomen besluit van 7 maart 2024.	
<p><b>Art. 176.</b> § 1. De bediening van de verlichting en van het oproepsysteem in de kamer moet vanuit het bed en de leunstoel bereikbaar zijn zonder dat de bewegingsvrijheid van de bewoners wordt gehinderd door een loshangend snoer.</p> <p>Voor de voorzieningen die na 1 januari 2010 in gebruik werden genomen en voor de voorzieningen die voor 1 januari 2010 in gebruik werden genomen en verbouwings- of uitbreidingswerken in de kamers uitvoeren, bestaat de verlichting minstens uit een algemene verlichting van de kamer en een aparte leesverlichting, die afzonderlijk moeten kunnen worden bediend.</p> <p>§ 2. Het aantal stopcontacten per kamer bedraagt minimaal één per 5 m<sup>2</sup>.</p> <p>§ 3. Het aantal schakelaars per kamer bedraagt minimaal drie, waarvan één bij de ingang, één bij de leunstoel en één aan het bed</p>	<p>§ 1. Voor kamers met twee bedden moeten er ten minste twee oproeppunten en twee verlichtingspunten zijn.</p> <p>In veel rusthuizen staan de leunstoel en het bed dicht bij elkaar, waardoor er een oproeppunt met een oproepeer tussen de twee geplaatst kan worden. Als de leunstoel zich echter niet aan de dezelfde kant van de kamer bevindt als het bed, is een bijkomend oproeppunt vereist.</p> <p>De kabel van een oproepeer mag de verplaatsingen van de bewoner in geen geval belemmeren.</p>	<p>Op basis van het door de voorziening ingevulde document met architectonische gegevens en rechtstreekse observatie ter plaatse.</p> <p>De bewoner moet kunnen bellen wanneer dat nodig is, ongeacht waar hij zich bevindt in zijn kamer. Als de bewoner geen toegang heeft tot de bel in zijn kamer, wordt de norm als niet nageleefd beschouwd.</p>
<p><b>Art. 177.</b> § 1. Alle lokalen die toegankelijk zijn voor de bewoners beschikken over een oproepsysteem.</p> <p>In de kamer is een vast oproeppunt toegankelijk vanuit elk bed en elke leunstoel; in voorkomend geval moet dit systeem kunnen worden ingeschakeld zonder de andere bewoners van de kamer te storen.</p> <p>Alle sanitaire installaties zijn uitgerust met een oproepsysteem.</p>	<p>Met <b>alle lokalen die toegankelijk zijn voor de bewoners</b> worden alle lokalen bedoeld die bestemd zijn voor gebruik door de bewoners (bv. kapsalon, refter, kinesitherapiezaal, enz.).</p>	<p>De volgende zaken worden gecontroleerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Op basis van het opgevraagde overzicht van de oproepen tijdens de periode van drie maanden die voorafgaat aan de inspectie. De opgevraagde periode kan aangepast worden.</li> <li>- Op basis van een visuele controle van de kamers en de lokalen die voor de bewoners bedoeld zijn.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>§ 2. Alle kamers moeten uitgerust zijn met een vast toestel waarmee de reactie op de oproep wordt geregistreerd.</p> <p>De voorziening moet elke oproep, de benodigde tijd om de oproep te beantwoorden en de reactie op de oproep registreren. Die informatie moet ten minste drie maanden worden bewaard.</p> <p>Bovendien moet het oproepsysteem met een stroombron worden uitgerust die de werking van het oproepsysteem bij een stroomonderbreking waarborgt gedurende één uur.</p>	<p>§ 2. De reactie op de oproep komt overeen met de melding van de aanwezigheid. Het oproepsysteem moet verbonden zijn met een batterij of een eventuele noodgroep.</p>	<p>- Op basis van testen die uitgevoerd worden in de lokalen die toegankelijk zijn voor de bewoners en in de kamers, op de dag van de inspectie.</p>
<p><b>Art. 178.</b> Elke kamer beschikt over een aansluiting op de telefoonlijn, de kabeltelevisie en het internet.</p> <p>Vanaf 1 januari 2026 is de in het eerste lid bedoelde internetaansluiting draadloos. Ze is beschikbaar zonder bijkomende kosten</p>	<p><b>Voor 1 januari 2026:</b> er moet een internetverbinding zijn, al dan niet draadloos.</p> <p><b>Vanaf 1 januari 2026:</b> er moet een internetverbinding zijn in elke kamer en er moet een draadloze internetverbinding beschikbaar zijn zonder extra kosten.</p>	<p>Observatie en gesprekken tijdens de inspectie.</p>
<p><b>Art. 179.</b> § 1. Voor de voorzieningen die na 1 januari 2010 in gebruik werden genomen en voor de voorzieningen die voor 1 januari 2010 in gebruik werden genomen en verbouwings- of uitbreidingswerken in de kamers uitvoeren, bevat elke kamer een sanitaire installatie die gescheiden is van de kamer en toegankelijk is voor personen met een beperkte mobiliteit, met een toilet, een wastafel, een spiegel en een douche of bad.</p>	<p>Voor hybride voorzieningen waar er kamers met bad of douche zijn en kamers zonder, gebeurt de berekening op basis van het aantal kamers zonder bad of douche. In dat geval is artikel 182 ook van toepassing.</p> <p>Alles moet toegankelijk zijn voor personen met een beperkte mobiliteit (PBM's). De specifieke vereisten voor de toegankelijkheid van badkamers voor PBM's staan in artikel 10 (binnendeuren), 13 (toiletten) en 14</p>	<p>Controle op basis van het door de voorziening ingevulde document met architectonische gegevens en op basis van observaties en vaststellingen tijdens de inspectie van de voorziening.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>§ 2. Voor de voorzieningen die voor 1 januari 2010 in gebruik werden genomen:</p> <p>1° beschikt elke kamer over een wastafel met warm en koud stromend drinkwater, een spiegel, alsmede over een scheidingswand tussen wastafel en bed.</p> <p>2° de sanitaire installaties omvatten ten minste:</p> <p>a) één wc per acht bewoners, waarvan er minimaal één per verdieping toegankelijk is voor personen met een beperkte mobiliteit;</p> <p>b) een douche of een bad, plus een extra douche of bad wanneer de voorziening de helft van elke nieuwe schijf van 30 bewoners overschrijdt. Deze installaties zijn toegankelijk voor personen met een beperkte mobiliteit."</p>	<p>(badkamers/douchecellen) van titel 4 van de GSV: <a href="https://stedenbouw.irisnet.be/pdf/RRU_Titre_4_NL.pdf">https://stedenbouw.irisnet.be/pdf/RRU_Titre_4_NL.pdf</a>.</p> <p>Voor de voorzieningen die na 1 januari 2010 in gebruik werden genomen en voor de voorzieningen die voor 1 januari 2010 in gebruik werden genomen en verbouwings- of uitbreidingswerken in de kamers uitvoeren, moet in een douche of een bad voorzien worden. Het in artikel 182 vermelde gemeenschappelijke aangepaste bad dat gewijd is aan het welzijn van de bewoners mag meegerekend worden bij de gemeenschappelijke baden.</p> <p>Voor de voorzieningen die voor 1 januari 2010 in gebruik werden genomen, zijn een douche en een toilet niet verplicht. Die voorzieningen moeten echter over een gemeenschappelijke douche of bad beschikken en vanaf 46 bewoners is een extra douche of bad vereist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vanaf 76: een derde;</li> <li>- vanaf 106: een vierde;</li> <li>- vanaf 136: een vijfde;</li> <li>- vanaf 176: een zesde;</li> </ul>	
<p><b>Art. 180.</b> Er zijn voldoende toiletten in de onmiddellijke nabijheid van de gemeenschappelijke leefruimten en de ruimten voor collectieve activiteiten.</p>	<p>We vragen niet systematisch twee toiletten naast iedere leefruimten en de ruimten voor collectieve activiteiten. Het hangt af van de grootte van de voorziening en van de gemeenschappelijke ruimten waarvoor de toiletten bedoeld zijn. Er moet minstens</p>	<p>Controle op basis van het door de voorziening ingevulde document met architectonische gegevens en op basis van observaties en vaststellingen tijdens de inspectie van de voorziening.</p>



Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Ten minste een van de in het eerste lid bedoelde toiletten is toegankelijk voor personen met een beperkte mobiliteit.</p>	<p>één gemeenschappelijk toilet in de onmiddellijke nabijheid zijn. Als er maar één is, moet het een PBM-toilet zijn (art. 13 van titel 4 van de GSV). In het ideale geval zijn de toiletten uniseks.</p> <p>Merk op dat er op een verdieping waar enkel kamers met PBM-toiletten zijn geen gemeenschappelijke toiletten nodig zijn. Als die verdieping echter gemeenschappelijke ruimten of polyvalente zalen voor bewonersactiviteiten omvat, is een PBM-toilet vereist. Op die manier hoeven bewoners van wie de kamer zich aan de andere kant van de vleugel bevindt niet terug te keren naar hun kamer om naar het toilet te gaan.</p>	
<p><b>Art. 181.</b> De toiletten, de douches en de gemeenschappelijke badkamers zijn uitgerust met een systeem dat aangeeft of ze al dan niet bezet zijn.</p>	<p>Een systeem dat aangeeft of de ruimte al dan niet bezet is, is een zichtbaar of hoorbaar hulpmiddel dat aangeeft of de ruimte momenteel gebruikt wordt of beschikbaar is voor iemand anders. Bijvoorbeeld een groen licht, een symbool, een bord, enz.</p>	<p>Controle op basis van het door de voorziening ingevulde document met architectonische gegevens en op basis van observaties en vaststellingen tijdens de inspectie van de voorziening.</p>
<p><b>Art. 182.</b> Elke voorziening moet over ten minste één sanitaire ruimte beschikken die gewijd is aan het welzijn en de ontspanning van de bewoners. Die ruimte moet minstens uitgerust zijn met een aangepast bad of gelijkwaardige uitrusting.</p>	<p><b>Aangepast bad:</b> een bad dat verstelbaar is in de hoogte enz. Voor meer informatie verwijzen we naar de informatie in de brochure "Controle van de instellingen - Praktische gids" (p. 32).</p>	<p>Observatie van de badkamer tijdens de inspectie.</p>
<p><b>Art. 183.</b> Alle ruimten die toegankelijk zijn voor de bewoners moeten uitgerust zijn met een binnensysteem waarmee de bewoners zich kunnen beschermen tegen zonnestralen.</p>	<p>Voorbeelden van binnensystemen waarmee de bewoners zich kunnen beschermen tegen zonnestralen: verduisterende jaloezieën of gordijnen, zonnefolie, binnenluiken, enz.</p>	<p>Observatie tijdens de inspectie van de voorziening.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Vanaf 1 januari 2034 moeten alle ramen van de voorziening, behalve die van de noordoost-, noord- en noordwestgevel, uitgerust zijn met een buitenzonweringsysteem om oververhitting van het gebouw te voorkomen.</p>		
<p><b>Art. 184.</b> De voorziening beschikt over een of meer leefruimten waar klimaatregeling mogelijk is in geval van een hittegolf. Die leefruimten zijn groot genoeg zodat alle bewoners in een of meer van die ruimten kunnen worden opgevangen.</p>	<p>De Dienst Infrastructuur van Vivalis definieert voldoende als 1,5 m<sup>2</sup> per bewoner.</p>	<p>Observatie tijdens de inspectie van de voorziening.</p>
<p><b>Art. 185.</b> De voorziening beschikt over een vaste of mobiele CO<sub>2</sub>-meter om de CO<sub>2</sub> te controleren in de lokalen waar collectieve activiteiten worden georganiseerd. De CO<sub>2</sub>-concentratie moet regelmatig worden gemeten.</p> <p>Als de drempelwaarde van 1.200 ppm wordt overschreden, neemt de voorziening alle nodige maatregelen om haar ventilatiesysteem te verbeteren. Die maatregelen zijn opgenomen in een crisisbeheersingsplan.</p>	<p>De Taskforce Ventilatie heeft een document opgesteld: "<a href="#">Keuze en gebruik van CO<sub>2</sub>-meters in de context van COVID-19</a>". Voorzieningen kunnen zich op dit document baseren voor de toepassing van artikel 185. Het document dateert van 21 april 2021 en is beschikbaar op de website van Iriscare.</p> <p><i>Suggestie:</i> Het is interessant om na te gaan welke maatregelen en acties worden genomen als de drempelwaarde van 1200 ppm wordt overschreden.</p>	<p>Observatie tijdens de inspectie van de voorziening en controle op basis van documenten die de voorziening eventueel heeft bezorgd.</p>
<p><b>Art. 186.</b> § 1. Elke voorziening heeft een eetzaal en een leefruimte. De eetzaal en de leefruimte kunnen geïntegreerd zijn in een gemeenschappelijke ruimte. Afhankelijk van de grootte van de voorziening zijn er voldoende van deze ruimten om te verzekeren dat ze het karakter van een leefomgeving hebben.</p> <p>In afwijking van het eerste lid moeten er, als de voorziening georganiseerd is op basis van</p>	<p>Met wooneenheid wordt een gebouw of een deel van een gebouw bedoeld.</p> <p><i>Suggestie:</i> voor het welzijn van de bewoners moet de ruimte ingericht zijn als een leefomgeving, rekening houdend met de wensen van de bewoners. We raden aan om ruimten in de stijl van een modelwoning te vermijden.</p>	<p>- Op basis van het document met architectonische gegevens waarmee de indeling gevisualiseerd kan worden en op basis van rechtstreekse observatie ter plaatse tijdens de inspectie met betrekking tot de organisatie van de leefomgevingen. Gesprekken met de bewoners, het personeel en de directeur.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>afzonderlijke wooneenheden, voldoende van de in het eerste lid bedoelde ruimten zijn, zodat de integratie in de normale leefomgeving gewaarborgd blijft.</p> <p>§ 2. De totale oppervlakte van de leefruimte en de eetzaal bedraagt minstens 1,5 m<sup>2</sup> per bewoner, rekening houdend met de maximale huisvestingscapaciteit van de voorziening.</p> <p>In afwijking van het eerste lid bedraagt de totale oppervlakte van de leefruimte en de eetzaal minstens 1,5 m<sup>2</sup> per bewoner van de wooneenheid, rekening houdend met de maximale huisvestingscapaciteit van de wooneenheid, als de voorziening georganiseerd is op basis van afzonderlijke wooneenheden</p>	<p>De minimale oppervlakte van 1,5 m<sup>2</sup> per bewoner wordt uitsluitend berekend op basis van de ruimte die bestemd is voor de eetzaal en de woonkamer, als die gescheiden zijn. Die oppervlakte houdt geen rekening met ruimten zoals een kapsalon, lokalen voor ergotherapie of kinesitherapie, enz.</p> <p>Voor het volledige gebouw wordt de oppervlakte berekend in functie van de erkende capaciteit. Voor een afzonderlijke wooneenheid (bv.: gesloten eenheid), bepaalt de oppervlakte van de eetzaal en de woonkamer de maximale huisvestingscapaciteit van die eenheid.</p>	
<p><b>Art. 187.</b> Onder voorbehoud van artikel 180 zijn alle ruimten die toegankelijk zijn voor de bewoners toegankelijk voor personen met een beperkte mobiliteit.</p>	<p>De toegankelijkheid voor PBM's is omschreven in artikel 1, 23°. Raadpleeg voor de specifieke vereisten titel 4 van de GSV, in het bijzonder de artikels 5 (toegangshelling), 6 (toegangsdeur), 9 (gangen), 10 (binnendeuren), 11 (liften) en 12 (trappen).</p>	<p>Controle tijdens de inspectie op basis van observatie en controle van de plannen van de voorziening.</p>
<p><b>Art. 188.</b> Vanaf 1 januari 2026 moet een internetverbinding beschikbaar zijn in alle gemeenschappelijke ruimten die toegankelijk zijn voor de bewoners en in de werkruimten van de personeelsleden.</p> <p>De in het eerste lid bedoelde internetverbinding is een draadloze verbinding in de gemeenschappelijke ruimten die toegankelijk zijn voor de bewoners. Ze is beschikbaar zonder bijkomende kosten.</p>		<p>Tijdens de inspectie wordt de wificode gevraagd aan de voorziening bij aankomst. Hij wordt getest met de individuele tablets van de kwaliteitscontroleurs.</p> <p>De norm wordt vanaf 1 september 2024 gecontroleerd met de volgende aanpassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Als de wifi beschikbaar is, wordt de norm als nageleefd beschouwd.</li> <li>- Als de wifi nog niet beschikbaar is, wordt bij de norm "niet geëvalueerd" genoteerd.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 189.</b> De voorziening mag over een rookruimte beschikken, binnen of buiten.</p> <p>Als de voorziening binnen over een rookruimte beschikt, moet deze duidelijk afgebakend en volledig geïsoleerd zijn, ze mag niet als doorgang dienen en moet beschikken over een rookafzuigstelsel met een capaciteit van vijftien m<sup>3</sup> per uur en per m<sup>2</sup>.</p> <p>Als de voorziening buiten over een rookruimte beschikt, moet deze duidelijk afgebakend, overdekt en uitgerust zijn.</p>	<p>Merk op dat het niet meer verplicht is om over een rookruimte te beschikken.</p> <p>Met "<b>uitgerust</b>" wordt bedoeld dat er minstens één asbak is en dat er genoeg zitplaatsen zijn voor de rokers.</p> <p>Om de rookafzuiging te controleren, kunnen de volgende gegevens gevraagd worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vloeroppervlakte van de ruimte in kwestie;</li> <li>- technische fiche van het ventilatiesysteem, met vermelding van het model en het debiet.</li> </ul> <p>Merk op dat het verboden is te roken binnen een straal van 10 meter aan de in- en uitgangen van voorzieningen voor ouderen (<a href="https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2024/03/26/2024002973/staatsblad">https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2024/03/26/2024002973/staatsblad</a>). Daarom mag de eventuele rookruimte zich niet binnen een straal van 10 meter bevinden.</p>	<p>Als de voorziening over een rookruimte beschikt, zal die gecontroleerd worden op de dag van de inspectie.</p> <p>Dat is ook aangeduid in het document met architectonische gegevens.</p>
<p><b>Art. 190.</b> De gangen en trappen zijn voldoende breed. De gangen zijn toegankelijk voor personen met een beperkte mobiliteit. De bewoners moeten bij hun verplaatsingen in het gebouw gebruik kunnen maken van leuningen en handgrepen aan beide zijden.</p> <p>De gangen moeten zo worden ingericht dat de bewoners tijdens hun verplaatsing zo nodig een rustmoment kunnen inlassen.</p>	<p>Een rolstoel moet probleemloos door de gangen kunnen rijden. De <a href="#">architectonische brochure</a> raadt de passende afstanden aan om een rotatiezone te verzekeren.</p> <p>Met "<b>een rustmoment kunnen inlassen</b>" wordt bedoeld dat er in elke gang ten minste een voorziening is waarop de bewoner kan rusten (bv. stoel, fauteuil, bank, enz.), terwijl de doorgang voor personen met beperkte mobiliteit verzekerd blijft. Het materiaal in de gangen mag het vlotte verkeer en een evacuatie bij brand echter niet belemmeren. In het</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De afmetingen van de gangen ten opzichte van de plannen controleren;</li> <li>- de gangen observeren.</li> </ul> <p>Observeren hoe de bewoners zich verplaatsen in de voorziening.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Om het risico op vallen te voorkomen moeten de eerste en de laatste trede, net als elke afzonderlijke trede, een boord hebben waarvan de kleur duidelijk tegen de vloerbekleding afsteekt."</p>	<p>ideale geval bevinden die rustplekken zich in de buurt van een raam met uitzicht, een verpleegpost of een lift.</p> <p>Met "<b>voldoende breed</b>" wordt bedoeld dat een rolstoel zonder problemen door de gang moet kunnen rijden. De specifieke brandveiligheidsnormen schrijven een minimale breedte van 1,80 m voor. In principe wordt de minimale breedte gecontroleerd door de brandweer.</p> <p>"<b>Duidelijk afsteekt</b>" betekent dat de kleur de zichtbaarheid verbetert.</p> <p>Voor bestaande niet-conforme situaties ten opzichte van de oude normen van 1974, dus voor de inwerkingtreding van de nieuwe normen op 1 september 2024, wordt een minimale breedte van 1,50 m aanvaard. Het wordt sterk aanbevolen om smalle gangen te verbreden tot 1,80 m wanneer er werkzaamheden worden uitgevoerd. Het is belangrijk om te verduidelijken dat het de nuttige breedte betreft, wat betekent dat deze niet mag worden verminderd door meubilair of andere voorwerpen. Met andere woorden, de vrije ruimte die beschikbaar is voor het verkeer moet 1,80 m zijn zonder belemmering.</p> <p>Wat de trappen betreft, zijn de specifieke vereisten opgenomen in artikel 12 van titel 4 van de GSV voor trappen in recente gebouwen waarvoor de werkzaamheden na 2006 werden uitgevoerd. Ze</p>	

Artikel	Interpretatie	Controle
	kunnen ook toegepast worden voor eventuele buitentrappen.	
<b>Art. 191.</b> In alle lokalen die toegankelijk zijn voor de bewoners moeten alle oneffenheden van de vloer, zoals treden, trappen en andere obstakels, worden vermeden.	Oneffenheden van de vloer omvatten ook elke beschadiging van de vloerbekleding. Trappen die gebruikt worden voor verticaal verkeer zijn enkel toegelaten als er ook een alternatief is dat geschikt is voor de bewoners, zoals een helling of een lift/personenlift.	
<b>Art. 192.</b> Elke voorziening beschikt over een werkplek met een voldoende aantal werkposten zodat de personeelsleden hun taken naar behoren kunnen vervullen. Dat lokaal mag niet hetzelfde zijn als het pauzelokaal voor het personeel.	Het aantal werkposten wordt als voldoende beschouwd als het alle personeelsleden in staat stelt hun taken doeltreffend uit te voeren. Daarom is het van essentieel belang om rekening te houden met het aantal medewerkers en de aard van de verschillende functies. Het pauzelokaal mag <b>niet</b> gebruikt worden als werkplek.	Het pauzelokaal moet in overeenstemming zijn met zijn bestemming. Als tijdens de inspectie wordt vastgesteld dat dat niet zo is, wordt de norm als niet nageleefd beschouwd.
<b>Art. 193.</b> De voorziening heeft ten minste één identificeerbaar verpleeglokaal.	Met " <b>identificeerbaar</b> " wordt bedoeld dat er een pictogram of een andere aanduiding is die duidelijk maakt dat het om een verpleeglokaal gaat.	Observatie op de dag van de inspectie.
<b>Art. 194.</b> De voorziening beschikt over:  1° het vereiste materiaal om doorligwonden te voorkomen;  2° de benodigde middelen om elk bed van een gemeenschappelijke kamer af te zonderen tijdens de verzorging.	De voorziening moet beschikken over het materiaal dat beschreven is in de procedure voor de preventie van doorligwonden. Dat materiaal moet in goede staat zijn. Het materiaal moet snel beschikbaar zijn wanneer dat nodig is. In het ideale geval bevindt het zich ter plaatse.  Met " <b>afzonderen</b> " wordt bedoeld dat een gordijn kan worden verschoven, dat een verplaatsbare scheidingswand kan worden geplaatst, of elk ander element dat de privacy verzekert en het vrije verkeer	- Gesprekken met de bewoners en het personeel. Observatie van het materiaal dat aanwezig is in de voorziening tijdens de inspectie.

Artikel	Interpretatie	Controle
	van alle bewoners in gemeenschappelijke kamers toelaat tijdens de verzorging.	
<p><b>Art. 195.</b> De voorziening beschikt over een passend en gemakkelijk toegankelijk lokaal dat als lijkkamer of mortuarium kan dienen.</p> <p>Het in het eerste lid bedoelde lokaal is uitgerust met een koeltafel en is zo ingericht dat het de naasten van de overleden persoon mogelijk maakt zich te bezinnen met respect voor de door de overledene gekozen filosofische overtuigingen.</p> <p>In afwijking van het eerste en tweede lid kan de voorziening een overeenkomst sluiten met een externe dienstverlener die een lijkkamer of mortuarium ter beschikking stelt op kosten van de voorziening</p>	<p>Het is belangrijk dat dit lokaal niet rechtstreeks toegankelijk/zichtbaar is vanuit een gang die vaak gebruikt wordt door de ouderen. In het ideale geval is er een sas of een lokaal dat aan de lijkkamer voorafgaat.</p> <p>Met "<b>ingericht</b>" wordt bedoeld: zodat een serene sfeer bevorderd wordt.</p> <p>De criteria die bepalen welke kosten de voorziening voor haar rekening neemt, moeten duidelijk vermeld zijn in de overeenkomst. Dit omvat ten minste de overbrenging naar het mortuarium en de terbeschikkingstelling van het mortuarium.</p>	<p>Observatie op de dag van de inspectie of controle van bestaande overeenkomsten ter zake tussen een voorziening en een externe dienstverlener.</p>
<p><b>Art. 196.</b> De directeur en het personeel van de voorziening dragen, in het kader van het leefproject van de voorziening, bij tot de onafhankelijkheid, de zelfredzaamheid, de ontplooiing en de levenskwaliteit van de bewoners door hun toegang tot een dynamisch sociaal en gemeenschapsleven te bevorderen, een beroep te doen op hun behouden capaciteiten en door de deelname en de communicatie te vergemakkelijken.</p> <p>De directeur en het personeel waken erover dat ze een relatie van wederzijds vertrouwen opbouwen met de bewoners.</p>	<p><i>Suggestie:</i></p> <p>De directie laat de personeelsleden toe allerlei taken uit te voeren die bijdragen aan de uitvoering van het <b>leefproject</b> van de voorziening, met name via:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De inrichting van thematische bewonerscomités en de naleving van hun projecten en beslissingen (art. 20).</li> <li>• <b>Onafhankelijkheid:</b> Bijvoorbeeld signalisatie invoeren die aangepast is aan de behouden capaciteiten van de bewoners, waardoor ze zich gemakkelijker kunnen oriënteren in de ruimte en activiteiten van het dagelijkse leven gemakkelijker kunnen uitvoeren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De werking observeren;</li> <li>- verband tussen de observaties en het leefproject;</li> <li>- gesprekken met de directie en het personeel;</li> <li>- gesprekken met de bewoners;</li> </ul> <p>enz.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>De bewoners moeten de voornamen en/of achternamen van de directeur, personeelsleden, referentiearts en coördinerend en raadgevend arts kunnen identificeren.</p> <p>De directeur, personeelsleden, referentiearts en coördinerend en raadgevend arts stellen zich voor aan bewoners met cognitieve stoornissen of dementie wanneer ze met hen in contact komen."</p>	<p>Bijvoorbeeld ruimten voor zelfstandige activiteiten inrichten die duidelijk afgebakend en herkenbaar zijn.</p> <p>Bijvoorbeeld sociale rollen toewijzen aan de bewoners volgens hun voorkeur en hun behouden capaciteiten: de tafel dekken, de krant rondbrengen, de kippen voeren, tuinieren, de planten water geven, enz.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zelfredzaamheid:</b> bewoners keuze bieden en hun beslissingen respecteren: hoe willen ze zich kleden? Willen ze zich wassen met zeep of douchegeel? Wat willen ze eten? Welke activiteiten willen ze doen?</li> <li>• <b>Toegang tot een sociaal leven:</b> bijvoorbeeld de voorziening openstellen voor het buurtleven (art. 166).</li> <li>• <b>Levenskwaliteit en ontplooiing:</b> de mogelijkheid hebben om dagelijks zinvolle activiteiten te ondernemen (hobby's, projecten, animatie, participatie, creaties, enz.).</li> <li>• Enz.</li> </ul> <p>In het ideale geval dragen alle professionals die in de voorziening werken een badge met een beperkte hoeveelheid informatie (de voornaam kan volstaan) met een schrijfwijze die aangepast is aan het zicht en de leesvaardigheid van de bewoners. De bewoners moeten ook de mogelijkheid krijgen om een badge te dragen waarop staat hoe ze genoemd willen worden. Dat bevordert de communicatie en scheidt een klimaat van vertrouwen.</p>	



Artikel	Interpretatie	Controle
	Merk op dat het laatste deel van het artikel, over de voorstelling aan de bewoners, verwijst naar elk contact en niet alleen het eerste.	
<p><b>Art. 197.</b> De voorziening houdt de lijst van de personeelsleden bij en ook een tabel waarin hun werkzaamheden, werkrooster en kwalificatie worden vermeld.</p> <p>De in het eerste lid bedoelde tabel wordt aangebracht in een lokaal dat steeds toegankelijk is voor het personeel</p>	Het kan gaan om meerdere tabellen per activiteitensector in de lokalen die het meest geschikt zijn voor de verspreiding onder het personeel.	Op basis van observaties op de dag van de inspectie.
<p><b>Art. 198.</b> Voor elk personeelslid, de directeur inbegrepen, wordt een register opgemaakt met alle administratieve stukken, afschriften van diploma's en bekwaamheidsattesten of attesten van nuttige ervaring, de arbeids- of ondernemingsovereenkomsten, het verzekeringscontract voor burgerrechtelijke beroepsaansprakelijkheid van de directeur en het personeel van de voorziening, en alle wettelijk voorgeschreven verzekeringen.</p> <p>Dit in het eerste lid bedoelde register en de staten van de driemaandelijke aangiften die bestemd zijn voor de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid staan ter beschikking van de dienst Controle en Begeleiding, die op eenvoudige aanvraag een afschrift ervan kan bekomen.</p>		<p>Een steekproef van de personeelsdossiers controleren tijdens de inspectie ter plaatse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- administratieve stukken;</li> <li>- kopie van diploma's;</li> <li>- attesten van opleidingen of nuttige ervaring;</li> <li>- arbeidsovereenkomst;</li> <li>- enz.</li> </ul> <p>De kwartaalaangifte van de RSZ (Dimona) wordt niet systematisch gecontroleerd.</p>
<p><b>Art. 199.</b> De voorziening organiseert het onthaal voor alle nieuwe personeelsleden, uiterlijk in de eerste week na hun indiensttreding, om hen vertrouwd te maken met hun nieuwe werkomgeving, de filosofie</p>	Het onthaalbeleid moet ten minste de elementen bevatten die in de norm beschreven zijn.	De inhoud van het onthaalbeleid controleren. Tijdens de inspectie kan eventueel gevraagd worden om een onlangs aangeworven

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>van de voorziening en het algemene profiel van de bewoners.</p> <p>Dit onthaal omvat ten minste een mondelinge infosessie en een rondleiding in de voorziening. Het bestaat uit twee delen: een algemeen onthaal met een presentatie van de voorziening, en een specifiek onthaal dat zal gaan over de functie zelf. Het wordt georganiseerd in het Frans of het Nederlands, afhankelijk van de taalkeuze van het personeelslid.</p> <p>De directeur stelt, in samenwerking met de beheerder en de personeelsleden of hun vertegenwoordigers, een onthaal- en integratiebeleid vast dat is afgestemd op het profiel van het aangeworven personeel. Het beleid moet ter beschikking worden gehouden van de dienst Controle en Begeleiding.</p>		<p>personeelslid te ontmoeten om de toepassing van het onthaalbeleid op het terrein na te gaan.</p>
<p><b>Art. 200. § 1.</b> Onverminderd de specifieke opleidingsverplichtingen voor bepaalde personeelsleden moeten alle personeelsleden over een periode van twee jaar ten minste zestien uur voortgezette opleiding volgen, met een minimum van vier uur per jaar.</p> <p>In afwijking van het eerste lid moet het verzorgend personeel en het personeel voor reactivering een voortgezette opleiding volgen van ten minste veertig uur per periode van twee jaar, met een minimum van acht uur per jaar.</p>	<p>Het opleidingsplan over twee jaar kan aangepast worden aan de behoeften van het personeel van de voorziening. Een voorbeeld zal beschikbaar zijn op de Iriscare website.</p>	<p>De volgende elementen worden gecontroleerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het opleidingsplan over twee jaar waarin wordt aangegeven rond welke thema's opleidingen zullen worden aangeboden aan welke disciplines;</li> <li>- het overzicht van de daadwerkelijk gevolgde opleidingen. Dat geldt voor alle personeelscategorieën. Dat overzicht omvat: <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ het aantal uren gevolgde opleiding voor elk personeelslid;</li> <li>⇒ de functies;</li> <li>⇒ het thema van elke gevolgde opleiding;</li> <li>⇒ de organisatie/opleider;</li> </ul> </li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>§ 2. Behalve in door de voorziening met redenen omklede uitzonderingsgevallen, maakt de in paragraaf 1 bedoelde opleiding deel uit van het in artikel 201 bedoelde plan voor voortgezette opleiding.</p> <p>§ 3. Voor personeelsleden die drie vierden van een voltijds equivalent of minder presteren, wordt de in paragraaf 1 bedoelde opleidingsverplichting evenredig aangepast aan de werkelijke arbeidstijd.</p> <p>§ 4. De in paragraaf 1 bedoelde opleidingen moeten door de leidend ambtenaar van Iriscare of zijn afgevaardigde zijn erkend.</p> <p>De in het eerste lid bedoelde erkenning kan aan een instelling worden verleend voor alle opleidingen die ze verstrekt.</p> <p>De volgende opleidingen wordt geacht erkend te zijn in de zin van het eerste lid :</p> <p>1° opleidingen die worden georganiseerd door een universiteit, een instelling van hoger onderwijs of een door de Franse Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie of de Vlaamse Gemeenschap erkend opleidingscentrum;</p> <p>2° opleidingen die worden georganiseerd door de fondsen voor bestaanszekerheid, door de Brusselse Vereniging voor Welzijn op het Werk, door de representatieve federaties van de sector voor ouderenvoorzieningen, en door het Platform voor</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ interne of externe opleiding;</li> <li>⇒ het kanaal: online of fysieke aanwezigheid;</li> <li>⇒ de datum(s) van de opleiding.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>continue Verbetering van Zorgkwaliteit en Patiëntveiligheid;            3° opleidingen die worden georganiseerd door de ziekenhuisdiensten, de platformen voor palliatieve zorg en het federaal platform voor ziekenhuishygiëne;            4° opleidingen die worden georganiseerd door een personeelslid dat in het thema is gespecialiseerd.</p> <p>§ 5. Multidisciplinaire vergaderingen worden niet beschouwd als opleidingsuren in de zin van paragraaf 1.</p> <p>§ 6. Behalve in door de voorziening met redenen omklede uitzonderingsgevallen, mag maximaal de helft van de verplichte opleidingsuren online worden georganiseerd.</p> <p>§ 7. Maximaal een derde van de verplichte opleidingsuren mag door een personeelslid van de voorziening worden gegeven.</p>		
<p><b>Art. 201.</b> § 1. Onverminderd artikel 204, § 2 stelt de voorziening voor de uitvoering van de in artikel 200, § 1 bedoelde opleidingsverplichtingen, in samenwerking met de personeelsleden en hun vertegenwoordigers, voor elke personeelscategorie een plan voor voortgezette opleiding op.</p> <p>Het in het eerste lid bedoelde plan voor voortgezette opleiding is gespreid over twee jaar. Het bevat ten minste het thema en de beschrijving van de geplande opleidingen, de categorieën van personeelsleden die de opleidingen krijgen, de</p>	<p>Het opleidingsplan dat over twee jaar wordt gespreid, kan evolueren en aangepast worden aan de behoeften. Het is bedoeld om de opleiding van het personeel te plannen, rekening houdend met de werkorganisatie.</p>	<p>Controle op basis van het opleidingsplan en controle ter plaatse van de attesten van de gevolgde opleidingen.</p> <p>De controle ter plaatse is ook bedoeld om behoeften aan opleiding en problemen vast te stellen die mogelijk verband houden met een gebrek aan opleiding.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>nagestreefde doelstellingen en de redenen voor de invoering van die opleidingen.</p> <p>Het plan voor voortgezette opleiding is aangepast aan de functie en de behoeften van het personeel. Bij de opstelling ervan wordt rekening gehouden met het leefproject van de voorziening of de problemen die zijn vastgesteld in de voorziening.</p> <p>§ 2. Het in paragraaf 1 bedoelde plan voor voortgezette opleiding omvat in ieder geval regelmatige opleidingen over:</p> <p>1° de goede behandeling van ouderen en de betrekkingen met de ouderen;  2° de geriatrie;  3° de diversiteit, met name multiculturaliteit, genderidentiteit en seksuele geaardheid;  4° de zorgkwaliteit en het proces van voortdurende verbetering;  5° de begeleiding en participatie van ouderen;  6° de interne betrekkingen binnen de teams;</p> <p>7° het levenseinde;  8° de begeleiding van de bewoners met ernstige cognitieve stoornissen of dementie.</p> <p>Het in paragraaf 1 bedoelde plan voor voortgezette opleiding kan talenopleidingen omvatten.</p> <p>De ministers kunnen de in het eerste lid bedoelde lijst van opleidingsthema's nader omschrijven en</p>		

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>aanvullen. Ze kunnen ook een lijst van verplichte opleidingsthema's per personeelscategorie vaststellen.</p> <p>§ 3. Het plan voor voortgezette opleiding wordt om de twee jaar, op een door Iriscare te bepalen datum, en voor het eerst vanaf 1 juni 2024 bij Iriscare ingediend.</p> <p>§ 4. De voorziening houdt een overzicht bij van het aantal uren en de opleidingen die elk personeelslid heeft gevolgd.</p>		
<p><b>Art. 202.</b> § 1. De directeur die na 1 januari 2010 voor de eerste keer in functie treedt, moet vóór zijn indiensttreding ten minste houder zijn van een diploma hoger niet-universitair onderwijs en een bijkomende opleiding van minstens 500 uur volgen bij een universiteit of opleidingscentrum erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, een andere Gemeenschap of bevoegde Gemeenschapscommissie.</p> <p>De in het eerste lid bedoelde bijkomende opleiding wordt beperkt tot 100 uur voor houders van een diploma van een universitaire opleiding in management in de gezondheidszorg / Diplôme universitaire en gestion des institutions de soins .</p> <p>Houders van een diploma van een universitaire opleiding in management in de gezondheidszorg</p>	<p>De naleving van de norm wordt bevestigd op het moment dat de directeur in functie treedt en moet niet meer onderworpen worden aan een administratieve controle na de bevestiging van de naleving.</p>	<p>De controle gebeurt op basis van de gegevens die de voorziening heeft ingediend bij de eerste aanvraag of bij een verandering van directie.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>gericht op de geriatrie zijn vrijgesteld van de in het eerste lid bedoelde bijkomende opleiding.</p> <p>§ 2. De volgende personen zijn vrijgesteld van de in paragraaf 1 bedoelde vereisten:</p> <p>a) de directeurs in functie op 1 januari 2010 die hebben voldaan aan de toegangsvoorwaarden tot het beroep gesteld bij het besluit van het Verenigd College van 14 maart 1996 tot vaststelling van de normen waaraan de inrichtingen die bejaarden huisvesten moeten voldoen, op 1 januari 2010;</p> <p>b) de directeurs die de opleiding volgen die is opgelegd door de op 1 januari 2010 betekende ministeriële beslissing;</p> <p>c) de directeurs die vóór 1 januari 2010 een aanvraag tot afwijking hebben ingediend bij de ministers, overeenkomstig artikel 68 van het bovengenoemde besluit van het Verenigd College van 14 maart 1996.</p> <p>§ 3. In afwijking van paragraaf 1 en voor een maximumduur van twee jaar mag de beheerder een persoon in dienst nemen die de in paragraaf 1 bedoelde opleiding tot directeur volgt.</p> <p>§ 4. Er wordt aan de voorwaarden van paragraaf 1 voldaan als uit een vergelijking van de diploma's, getuigschriften, attesten, andere titels en relevante ervaring waarover de kandidaat beschikt met het</p>		

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>vereiste diploma en de vereiste opleiding, blijkt dat hij aan de vereiste voorwaarden voldoet.</p> <p>Voor de toepassing van het eerste lid moet onder relevante ervaring worden verstaan de ervaring opgedaan in de sectoren van de huisvesting van ouderen, van de rust- en verzorgingstehuizen, van de ziekenhuizen of van de huisvesting van personen met een handicap, voor zover het een verantwoordelijke functie betreft.</p>		
<p><b>Art. 203.</b> De succesvolle afronding van de in artikel 200 bedoelde opleidingen, waarvan de inhoud door de leidend ambtenaar van Iriscare of zijn afgevaardigde is erkend, wordt door een attest bekrachtigd na de evaluatie van de kandidaat, zowel op het vlak van zijn regelmatige aanwezigheid als van zijn kennis en geschiktheid.</p>	<p><b>Het gaat om artikel 202, niet om artikel 200.</b></p> <p>De naleving van de norm wordt bevestigd op het moment dat de directeur in functie treedt en moet niet meer onderworpen worden aan een administratieve controle na de bevestiging van de naleving.</p>	<p>Op basis van het bezorgde attest van succesvolle afronding.</p>
<p><b>Art. 204.</b> § 1. De directeur moet deelnemen aan een voortgezette opleiding van minstens 24 uur per jaar.</p> <p>De in de eerste alinea bedoelde opleiding omvat regelmatige opleidingen over :</p> <p>1° de goede behandeling van ouderen en de betrekkingen met de ouderen;</p> <p>2° de geriatrie;</p> <p>3° de diversiteit, met name multiculturaliteit, genderidentiteit en seksuele geaardheid;</p> <p>4° de zorgkwaliteit en het proces van voortdurende verbetering;</p> <p>5° de begeleiding en participatie van ouderen;</p>		<p>Controle van de attesten ter plaatse tijdens de inspectie en van de attesten die voor of na de inspectie worden bezorgd.</p> <p>Het overzicht van de gevolgde opleidingen omvat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ het aantal uren gevolgde opleiding voor elk personeelslid;</li> <li>⇒ de functies;</li> <li>⇒ het thema van elke gevolgde opleiding;</li> <li>⇒ de organisatie/opleider;</li> <li>⇒ interne of externe opleiding;</li> <li>⇒ het kanaal: online of fysieke aanwezigheid;</li> </ul>



Artikel	Interpretatie	Controle
<p>6° de begeleiding van de bewoners met ernstige cognitieve stoornissen of dementie; 7° het levenseinde; 8° het management.</p> <p>§ 2. De ministers kunnen de in paragraaf 1 bedoelde thema's nader omschrijven en de lijst ervan aanvullen</p>		<p>⇒ de datum(s) van de opleiding.</p>
<p><b>Art. 205.</b> § 1. De directeur wordt aangeworven met een voltijds contract.</p> <p>In afwijking van het eerste lid, en onverminderd artikel 271, mag de directeur deze functie cumuleren met die van directeur van een andere voorziening voor ouderen, zoals bedoeld in artikel 2, 4°, van de ordonnantie, voor zover de voorzieningen zich op dezelfde vestigingsplaats bevinden en door dezelfde beheerder worden beheerd.</p> <p>De directeur moet minstens twintig uur per week in de voorziening aanwezig zijn.</p> <p>De directeur moet in geval van afwezigheid of verhindering binnen of buiten de voorziening een persoon aanwijzen die de dagelijkse leiding van deze voorziening kan waarnemen en deze voor Iriscare kan vertegenwoordigen. De naam van de vervanger wordt op een voor iedereen toegankelijke en zichtbare plaats aangebracht en de ouderen en personeelsleden worden ervan op de hoogte gesteld.</p> <p>In geval van overmacht moet de directeur of zijn vervanger bereikbaar zijn.</p>	<p>Met "In geval van overmacht moet de directeur of zijn vervanger bereikbaar zijn" wordt bedoeld dat hun telefoonnummers toegankelijk moeten zijn voor het personeel. Artikel 161 bepaalt dat het telefoonnummer van de directeur moet worden opgenomen in het register.</p> <p>Art. 208 bepaalt: "De voorziening beschikt over voldoende verpleegkundig, verzorgend, paramedisch en psychosociaal personeel om voortdurend, zowel overdag als 's nachts, voor de begeleiding en de zorg van de ouderen in te staan. [...]. Een directeur mag dus niet meegerekend worden in de personeelsnorm om voortdurend voor de begeleiding en de zorg van de ouderen in te staan.</p>	<p>Controle op basis van de informatie die aanwezig en aangebracht is in de voorziening (plaats waar de informatie aangebracht is, aanwezigheid van het telefoonnummer, register, contactgegevens van de vervanger, enz.).</p> <p>De werkroosters van het personeel controleren om na te gaan dat de directeur niet opgenomen is in de personeelsnorm (zowel overdag als 's nachts).</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>§ 2. De directeur kan niet worden opgenomen in de in artikel 208 bedoelde personeelsnorm.</p>		
<p><b>Art. 206.</b> Op verzoek van Iriscare legt de beheerder, voor hemzelf en voor de directeur of de natuurlijke persoon die deze taak waarneemt, een uittreksel uit het strafregister voor aan Iriscare.</p>	<p>Het uittreksel uit het strafregister van de beheerder en de directeur worden gecontroleerd in het kader van de toekenning van een erkenning.</p> <p>Een nieuwe beheerder of directeur moet zijn uittreksel uit het strafregister rechtstreeks naar de dossierbeheerder van Iriscare sturen.</p>	<p>Controleer of Iriscare beschikt over het uittreksel uit het strafregister van de directeur en de beheerder.</p>
<p><b>Art. 207.</b> Bij de aanwerving van een nieuw personeelslid eist de directeur de overlegging van een uittreksel uit het strafregister dat minder dan een maand oud is.</p>	<p>In overeenstemming met de Ordonnantie tot wijziging van de ordonnantie van 24 april 2008 betreffende de voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen, is het de verantwoordelijkheid van de directeur om te beschikken over het uittreksel uit het strafregister van de nieuw aangeworven persoon op het moment van aanwerving.</p>	<p>Artikel 207 wordt niet gecontroleerd door Iriscare.</p>
<p><b>Art. 208.</b> De voorziening beschikt over voldoende verpleegkundig, verzorgend, paramedisch en psychosociaal personeel om voortdurend, zowel overdag als 's nachts, voor de begeleiding en de zorg van de ouderen in te staan.</p> <p>Hiertoe beschikt zij over het personeel opgelegd door het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de</p>	<p>De personeelsnorm wordt gecontroleerd op basis van het verslag over de berekening van de forfaitaire tegemoetkoming, opgesteld over een door de financiële dienst bepaalde periode en heeft geen betrekking op het personeel dat aanwezig is op het moment van de controle.</p>	<p>Op basis van het verslag van de financiële dienst. De cel Controle gaat na of de wettelijk bepaalde omkadering van kracht is, ongeacht de datum van de inspectie.</p> <p>Tevens kunnen ook vaststellingen ter plaatse gebeuren afhankelijk van de situatie.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
rustoorden en in de rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden."		
<p><b>Art. 209.</b> Een of meer personeelsleden van de voorziening hebben onder meer de opdracht een beleid uit te stippelen om, op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, een hoge kwaliteit van begeleiding en zorg voor de bewoners te waarborgen.</p> <p>In de rusthuizen die geen bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis hebben, wordt de in het eerste lid bedoelde opdracht uitgevoerd in samenwerking met de referentiearts. In de rust- en verzorgingstehuizen wordt de in het eerste lid bedoelde opdracht uitgevoerd door de hoofdverpleegkundige in samenwerking met de coördinerend en raadgevend arts."</p>	<p>De kwaliteit wordt aangepakt via het actieplan ter verbetering van de praktijken en het kwaliteitshandboek.</p> <p>Deze norm vereist dat de opdrachten ten minste worden uitgevoerd door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de hoofdverpleegkundige en de coördinerend en raadgevend arts in een RVT;</li> <li>- de hoofdverpleegkundige en de referentiearts in een RH (in overeenstemming met andere normen).</li> </ul> <p>Met "uit te stippelen" wordt bedoeld: vastleggen hoe het toegepast wordt op het terrein.</p>	<p>Tijdens de inspectie vindt een gesprek met de directie plaats om na te gaan wie verantwoordelijk is voor de uitstippeling van dat beleid. Indien mogelijk spreken de kwaliteitscontroleurs met de betrokkenen. Het doel is te begrijpen hoe de werking verloopt en welke dynamiek ingevoerd is om de beleidslijnen uit te voeren.</p>
<p><b>Art. 210.</b> § 1. De voorziening beschikt over voldoende personeel, zowel kwantitatief als kwalitatief, om te zorgen voor de taken betreffende de keuken, het restaurant, het beddengoed, de wasserij en het technisch onderhoud, de netheid en de hygiëne van de lokalen en te voldoen aan de normen van dit besluit.</p> <p>De taken die worden toevertrouwd aan de in het eerste lid bedoelde personeelsleden worden duidelijk in hun arbeidsovereenkomst vermeld.</p>	<p>De schriftelijke overeenkomst moet ten minste de informatie bevatten die nodig is om § 1 en § 2 te controleren.</p> <p>De taken die aan externe diensten toevertrouwd mogen worden, zijn vermeld in bijlage II. De voorziening is verplicht om daar rekening mee te houden bij het uitbesteden van taken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeidsovereenkomsten controleren indien nodig;</li> <li>- eventuele schriftelijke overeenkomsten controleren;</li> <li>- de personeelslijst controleren voor de specifieke taken en ook de werkroosters.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>§ 2. Voor de toepassing van paragraaf 1, eerste lid, is per aangesneden schijf van vijftien bewoners minstens één voltijdsequivalent nodig.</p> <p>§ 3. In afwijking van paragraaf 1 en 2 mag de voorziening de in paragraaf 1, eerste lid bedoelde taken volledig of gedeeltelijk laten uitvoeren door externe diensten die door een schriftelijke overeenkomst verplicht met haar verbonden zijn.</p> <p>De gelijkstelling van de in het eerste lid bedoelde prestaties met de arbeidstijd van het personeel wordt door de directeur van de voorziening voorgesteld op grond van de in bijlage II vervatte bepalingen en door Iriscare gecontroleerd. In geval van onenigheid wordt de gelijkstelling door de ministers vastgesteld."</p>		
<p><b>Art. 211.</b> § 1. In de rusthuizen die geen bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis hebben, duidt de beheerder overeenkomstig artikel 212 een referentiearts aan, die een geaccrediteerd huisarts is.</p> <p>De referentiearts heeft de volgende taken:</p> <p>1° tijdens lokale, gewestelijke of nationale gezondheids crisissen:</p> <p>a) de medische beslissingen nemen in verband met de collectieve gezondheid van de bewoners;</p> <p>b) deelnemen aan de cel voor crisisbeheer;</p> <p>c) met de autoriteiten samenwerken om specifieke medische beslissingen te nemen;</p>	<p>6° Bij gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen die een impact kunnen hebben op de gemeenschap, wordt van de referentiearts verwacht dat hij de bewoners informeert over de uitdagingen. Dat kan gebeuren in samenwerking met de directeur of, afhankelijk van de organisatie, met andere personeelsleden. Bijvoorbeeld gevallen van schurft in de voorziening, uitvoering van een hittegolfplan, enz.</p> <p>§ 2. Als het verlof van korte duur is en er geen vervanger is aangesteld, moet de referentiearts bereikbaar zijn en moet opvolging kunnen worden verzekerd. De wetgeving schrijft niet voor dat de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De controle gebeurt op basis van een gesprek met de directeur, de hoofdverpleegkundige en, in voorkomend geval, de referentiearts tijdens de inspectie. Wat is de werkwijze met de referentiearts? Wat is de werkwijze als de referentiearts afwezig is?</li> <li>- De notulen van de multidisciplinaire vergadering (indien van toepassing) en de deelnemerslijsten worden ook gecontroleerd.</li> <li>- In het geval van gebeurtenissen die een impact kunnen hebben op de gemeenschap, analyse van de manier waarop de referentiearts werd geraadpleegd en betrokken.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>2° op verzoek van de directeur adviezen uitbrengen over:</p> <p>a) het leefproject van de voorziening;  b) het in artikel 217 bedoelde actieplan ter verbetering van de praktijken;  c) de initiatieven op het gebied van het gezondheidsbeleid, waaronder met name hygiëne, voeding, geestelijke gezondheid, het therapeutisch project, de zorg aan het levenseinde, valpreventie, noodkit, het immobilisatiebeleid, de preventie van doorligwonden;</p> <p>3° initiatiefvoorstellen uitbrengen om het welzijn, de levenskwaliteit en het sociale leven van de bewoners te bevorderen;</p> <p>4° op verzoek deelnemen aan multidisciplinaire vergaderingen;</p> <p>5° vragen van personeelsleden over medische aspecten van hun beroepspraktijk beantwoorden;</p> <p>6° de bewoners informeren over de uitdagingen en, in voorkomend geval, de maatregelen die genomen worden met betrekking tot de gezondheid van de gemeenschap.</p> <p>§ 2. Als de referentiearts afwezig is, moet hij in samenspraak met de directeur voor vervanging zorgen om de continuïteit van zijn functie te verzekeren.</p>	<p>vervanger een geaccrediteerd arts moet zijn.</p>	<p>Als de werkwijze bij afwezigheid van de referentiearts niet toelaat om de continuïteit van de dienstverlening te verzekeren, dan wordt de norm als niet nageleefd beschouwd.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 212.</b> § 1. De aanduiding van de referentiearts gebeurt als volgt:</p> <p>1° wanneer een functie van referentiearts vacant is, brengt de directeur zonder verwijl de Federatie van de Brusselse Huisartsenverenigingen, de Brusselse Huisartsenkring, en de behandelend artsen van de bewoners op de hoogte;</p> <p>2° de kandidaten beschikken over een termijn van minstens dertig dagen om hun kandidatuur in te dienen;</p> <p>3° binnen dertig dagen na de aanduiding door de beheerder brengt de directeur de betrokken huisartsenvereniging, de dienst Controle en Begeleiding, de bewoners, de personeelsleden en de hoofdarts van het ziekenhuis of de ziekenhuizen waarmee het rusthuis een functionele band heeft op de hoogte.</p> <p>Om zijn kwalificatie te behouden, moet de referentiearts tijdens elke periode van twee jaar een voortgezette opleiding volgen van minstens 12 uur. Daarin moeten onderwerpen aan bod komen in verband met geriatrie, palliatieve zorg, het levenseinde, crisisbeheer of veranderingen in de regelgeving met betrekking tot deze onderwerpen.</p>	<p>1° <b>Vacante functie:</b> de instelling moet een bewijs bewaren van de mededeling aan de Federatie van de Brusselse Huisartsenverenigingen, de Brusselse Huisartsenkring en de behandelend artsen van de bewoners.</p> <p>3° <b>Aanduiding:</b> de instelling moet een bewijs bewaren van de mededeling aan de betrokken huisartsenvereniging, de dienst Controle en Begeleiding, de bewoners, de personeelsleden en de hoofdarts van het ziekenhuis of de ziekenhuizen waarmee het rusthuis een functionele band heeft.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Met uitzondering van het overzicht van de opleidingen wordt deze norm enkel gecontroleerd als er een procedure loopt op de dag van de inspectie.</li> <li>- Het overzicht van de opleidingen die de referentiearts heeft gevolgd controleren.</li> </ul>
<p><b>Art. 213.</b> In een voorziening die maximaal zestig plaatsen telt, wordt de nachtdienst uitgevoerd door</p>	<p>Het gaat om het aantal werkelijk bezette bedden, niet om het aantal erkende plaatsen.</p>	<p>De controle gebeurt op basis van verschillende documenten:</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>ten minste een zorgkundige of, als de voorziening ten minste vijftig bewoners telt die beantwoorden aan de afhankelijkheidscriteria zoals bepaald in artikel 148, 3°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, door een verpleegkundige;</p> <p>In een voorziening die tussen eenenzestig en negenennegentig plaatsen telt, wordt de nachtdienst uitgevoerd door ten minste twee zorgkundigen of, als de voorziening ten minste vijftig bewoners telt die beantwoorden aan de afhankelijkheidscriteria zoals bepaald in artikel 148, 3°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, door een verpleegkundige en een zorgkundige.</p> <p>In een voorziening die tussen honderd en honderddertig plaatsen telt, wordt de nachtdienst uitgevoerd door ten minste een verpleegkundige en een zorgkundige.</p> <p>In een voorziening die tussen honderdeenendertig en honderdnegenennegentig plaatsen telt, wordt de nachtdienst uitgevoerd door ten minste een verpleegkundige en twee zorgkundigen.</p> <p>In een voorziening die meer dan honderdnegenennegentig plaatsen telt, wordt de</p>	<p>&gt; <b>Nachtdienst uitgevoerd door ten minste een zorgkundige: 60 plaatsen of ten minste 50 bewoners van categorie B, C, Cd, D of met een diagnose van dementie</b>, vastgesteld of bevestigd op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie (met een schriftelijk verslag, uitgevoerd door een arts-specialist in de neurologie, geriatrie of psychiatrie, en die afhankelijk zijn voor transfers en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten).</p> <p>&gt; <b>Nachtdienst uitgevoerd door ten minste twee zorgkundigen: 61 tot 99 plaatsen of ten minste 50 bewoners van categorie B, C, Cd, D of met een diagnose van dementie.</b></p> <p>&gt;<b>Nachtdienst uitgevoerd door ten minste een verpleegkundige en een zorgkundige: 100 tot 130 plaatsen.</b></p> <p>&gt;<b>Nachtdienst uitgevoerd door ten minste een verpleegkundige en twee zorgkundigen: 131 tot 199 plaatsen.</b></p> <p>&gt;<b>Nachtdienst uitgevoerd door ten minste een verpleegkundige en drie zorgkundigen: meer dan 199 plaatsen.</b></p> <p>Met "<b>minstens twee keer per nacht rondes doen</b>" wordt bedoeld dat het personeelslid de kamer binnengaat. Als de bewoner dat niet wil, moet dat genoteerd worden in het dossier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de werkroosters;</li> <li>- de bewonerslijst;</li> <li>- de toediening van behandelingen (bij specifieke problemen of klachten);</li> <li>- Alle observaties gebeuren op de dag van de inspectie.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>nachtdienst uitgevoerd door ten minste een verpleegkundige en drie zorgkundigen.</p> <p>In een voorziening met meer dan zestig plaatsen moet ten minste één personeelslid dat de dienst waarneemt, minstens twee keer per nacht rondes doen.</p>	<p>Het artikel stelt de zorgprofessionals niet vrij van de naleving van de lijsten van de handelingen.</p>	
<p><b>Art. 214.</b> Het verzorgend personeelslid dat de nachtdienst uitvoert, beschikt ten minste over een opleiding als EHBO'er, waarvan de geldigheidsdatum niet overschreden is.</p> <p>HOOFDSTUK VI. Organisatorische normen</p>	<p>Die opleidingsuren moeten opgenomen zijn in het overzicht van de opleidingen van het nachtpersoneel. Het attest moet in het dossier van het personeelslid in kwestie zitten. De opleiding moet een geldigheidsduur vermelden. Zo is het Europese brevet voor eerste hulp (EBEH) bijvoorbeeld vijf jaar geldig.</p>	<p>Controle op basis van de uren en de opleidingsattesten. Die controle gebeurt willekeurig.</p>
<p><b>Art. 215.</b> De vrije keuze van de bewoner om een behandelend arts en, wanneer nodig, een ziekenhuis te kiezen, moet worden gerespecteerd en mag op geen enkele wijze worden beïnvloed.</p> <p>Als een bewoner geen behandelend arts heeft op het moment van zijn opname of als zijn behandelend arts weigert de zorg voor zijn patiënt voort te zetten, moet aan de bewoner een bijgewerkte lijst van beschikbare huisartsen worden bezorgd</p>	<p>De lijst met beschikbare huisartsen moet aan de bewoners doorgegeven worden.</p> <p>Sommige directeurs bezorgen een lijst van een paar artsen met wie ze gewoonlijk samenwerken. Zolang de bewoner vrij is om iemand te kiezen die niet op die lijst staat, wordt de norm als nageleefd beschouwd. De lijst moet van een datum worden voorzien.</p>	<p>Gesprek met de directeur of de verantwoordelijke over de werkwijze en de raadpleging van de lijst van beschikbare artsen. Bij klachten wordt hier bijzondere aandacht aan besteed.</p> <p>Sommige directeurs bezorgen een lijst van een paar artsen met wie ze gewoonlijk samenwerken. Zolang de bewoner vrij is om iemand te kiezen die niet op die lijst staat, wordt de norm als nageleefd beschouwd.</p>
<p><b>Art. 216.</b> De voorziening beschikt over een algemeen reglement van de medische activiteit waarin de rechten en plichten van de behandelend artsen die er actief zijn, worden beschreven. Dit reglement wordt</p>	<p>Het farmacotherapeutische formulier van Farmaka is niet meer bijgewerkt sinds 2018. Het werd vervangen door het Formularium Ouderenzorg, van het BCFI/CBIP (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische</p>	<p>Controle van het algemeen reglement van de medische activiteit en controle van de handtekeningen van de huisartsen in dat verband.</p>



Artikel	Interpretatie	Controle
<p>bezorgd aan elke behandelend arts, die zich door het te ondertekenen ertoe verbindt zo efficiënt mogelijk samen te werken aan de medische organisatie en de medische zorg van de voorziening.</p> <p>Het algemeen reglement van de medische activiteit beschrijft minstens de volgende punten:</p> <p>1° de verbintenis van de behandelend artsen om aan te sluiten bij een coherent medisch beleid binnen de voorziening, met name inzake het voorschrijven van geneesmiddelen, het verlenen van kwaliteitsvolle zorg, het multidisciplinair overleg en het overleg met de referentiearts of de coördinerend en raadgevend arts;</p> <p>2° het bestaan van een lijst van artsen die beschikbaar zijn als de bewoner geen behandelend arts heeft en waaruit hij een vrije keuze kan maken;</p> <p>3° de normale openings- en bezoektijden, behalve in noodgevallen;</p> <p>4° de contacten met de omgeving;</p> <p>5° de overlegvergaderingen in de voorziening;</p> <p>6° het bijhouden van het medische luik van het individuele gezondheidsdossier van de bewoner;</p> <p>7° het gebruik van het medisch-farmaceutisch formulier en met name het voorschrijven van de minst dure geneesmiddelen en het gebruik van elektronische voorschriften;</p> <p>8° de nadere regels voor de facturatie van de honoraria;</p> <p>9° de informatiedoorstroming in geval van overdraagbare ziekten.</p>	<p>Informatie/Centre Belge d'information Pharmacothérapeutique):  <a href="https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium">https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium</a>.</p> <p>Het reglement dat bedoeld is voor huisartsen die patiënten hebben in het RH/RVT en dat de regels beschrijft die nageleefd moeten worden, moet ondertekend zijn door de huisartsen.</p> <p>Het algemeen reglement van de medische activiteit laat toe om een huisarts aan te duiden als de bewoner er geen heeft.</p>	

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 217. § 1.</b> Om de levenskwaliteit en de gezondheid van de bewoners te waarborgen, ontwikkelt de voorziening een actieplan ter verbetering van de praktijken dat doelstellingen vastlegt voor het verbeteren van de praktijken, in samenwerking met het personeel, de bewoners en de beheerder. Dit plan vermeldt operationele doelstellingen, die zijn vastgesteld op basis van het leefproject van de voorziening.</p> <p>Dit actieplan ter verbetering van de praktijken omvat:</p> <p>1° een beschrijving van de startsituatie ten opzichte van de nagestreefde doelstellingen;</p> <p>2° de indicatoren op basis waarvan de voortgang van de doelstellingen wordt geëvalueerd;</p> <p>3° een uitsplitsing van de doelstellingen in verbeteringsacties en de termijnen waarbinnen de doelstellingen moeten worden bereikt;</p> <p>4° de regelmatige evaluatie van de verbeteringsacties.</p> <p>Ten minste eenmaal per jaar evalueert de directeur de voortgang van de doelstellingen in het actieplan ter verbetering van de praktijken, in overleg met de beheerder, de personeelsleden en de participatieraad. In voorkomend geval wordt het leefproject aangepast.</p>	<p>Volgens deze norm moet het plan uitgewerkt worden in samenwerking met ten minste:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. de hoofdverpleegkundige en de CRA in een RVT;</li> <li>2. de hoofdverpleegkundige en de referentiearts in een RH (in overeenstemming met art. 209, 234 en 236).</li> </ol> <p>Daarom moet het actieplan vermelden welke personen deelgenomen hebben aan de uitwerking ervan en wat hun kwalificaties zijn.</p>	<p>Artikel 217 zal gecontroleerd worden vanaf juni 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle op basis van de analyse van vergaderingen van de participatieraad (wordt het onderwerp besproken?).</li> <li>- Is er een actieplan ter verbetering van de praktijken? Bevat het de wettelijk vereiste criteria? Wat is de huidige dynamiek in dat verband?</li> <li>- Is er een verband met het leefproject?</li> </ul> <p>Het actieplan ter verbetering van de praktijken moet voorafgaand aan de inspectie bezorgd zijn. Er wordt een verband gelegd tussen het leefproject, het actieplan ter verbetering van de praktijken en de observaties tijdens de inspectie.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>De ministers kunnen de doelstellingen in de zin van het tweede lid, 1°, die prioritair moeten worden opgenomen in het actieplan ter verbetering van de praktijken, en de indicatoren in de zin van het tweede lid, 2°, die met elk van deze doelstellingen overeenstemmen, vastleggen.</p> <p>§ 3. Het actieplan ter verbetering van de praktijken en de documenten en procedures betreffende de ontwikkeling en evaluatie ervan, met inbegrip van eventuele wijzigingen, worden ter beschikking gesteld van de dienst Controle en Begeleiding.</p>		
<p><b>Art. 218.</b> De voorziening registreert de volgende indicatoren en volgt hun evolutie op:</p> <p>1° het aantal gevallen van doorligwonden;                  2° het aantal ziekenhuisinfecties;                  3° het aantal valincidenten;                  4° het aantal incontinenten personen;                  5° het aantal toegepaste maatregelen inzake immobilisatie en/of afzondering;                  6° het aantal bewoners dat risico loopt op ondervoeding of van wie bekend is dat ze ondervoed zijn.</p> <p>De details van deze informatie worden opgenomen in het individuele gezondheidsdossier van de betrokken bewoners.</p>	<p>Elke wijziging van een waarde moet geanalyseerd kunnen worden en zo nodig moeten er acties worden ondernomen, die opgenomen worden in het actieplan ter verbetering van de praktijken.</p>	<p>De controle gebeurt op basis van de analyse van de dynamiek in de voorziening tijdens een gesprek met de directeur en het personeel. Bijvoorbeeld: hoe gebeurt de registratie? Hoe gebeurt de opvolging? Door wie? Worden de resultaten meegedeeld? Aan wie? Hoe worden ze geïnterpreteerd? Wat gebeurt er met de verzamelde gegevens?</p> <p>Als er acties ondernomen zijn, moeten ze opgenomen zijn in het actieplan ter verbetering van de praktijken.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Als de waarde van een van de in het eerste lid bedoelde indicatoren problematisch is, wordt de doelstelling om deze te analyseren in het actieplan ter verbetering van de praktijken opgenomen als een doelstelling in de zin van artikel 217, tweede lid, 1°.</p>		
<p><b>Art. 219. § 1.</b> De voorziening beschikt over een kwaliteitshandboek voor de personeelsleden, dat ten minste de volgende procedures en beleidslijnen bevat:</p> <p>1° een procedure voor de handhygiëne;  2° een procedure voor de afzonderingsmaatregelen voor bewoners die lijden aan een infectie met besmettingsgevaar;  3° een procedure voor de toepassing van maatregelen inzake immobilisatie, toezicht of afzondering;  4° een procedure voor de vroegtijdige opsporing van ondervoeding en uitdroging en de opvolging van ondervoede en uitgedroogde bewoners;  5° een procedure die beschrijft hoe de in artikel 217 bedoelde indicatoren moeten worden geregistreerd en opgevolgd;  6° een procedure voor de overplaatsing van een bewoner naar een ziekenhuis;  7° een beleid rond hygiëne en preventie van ziekenhuisinfecties;  8° een beleid rond de beheersing van zorginfecties;  9° een beleid rond de preventie van doorligwonden en chronische wonden;  10° een mond- en tandzorgbeleid;</p>	<p>Er worden binnenkort ondersteunende hulpmiddelen ter beschikking gesteld van de voorzieningen.</p> <p>Met "beleid" of "beleidslijnen" wordt het geheel van leidende principes bedoeld om de acties en de besluitvorming te sturen. Het omschrijft de algemene richtlijnen en de doelstellingen die de voorziening wil bereiken.</p> <p>Protocollen zijn een geheel van regels of gedetailleerde instructies die beschrijven hoe specifieke taken moeten worden uitgevoerd om de samenhang en de overeenstemming met de beleidslijnen van de organisatie te verzekeren. Ze bieden een gestandaardiseerd kader voor de acties die in specifieke situaties moeten worden ondernomen.</p> <p>Procedures zijn gedetailleerde beschrijvingen van de specifieke stappen en acties die moeten worden gevolgd om een bepaalde taak of proces uit te voeren. Ze zijn gedetailleerder dan de beleidslijnen en protocollen en bevatten concrete instructies.</p> <p>Globaal beschrijven de beleidslijnen de algemene richtlijnen ("wat" en "waarom"), bevatten de protocollen de regels en principes ("wanneer" en</p>	<p>In principe wordt het kwaliteitshandboek de eerste keer opgevraagd. Daarna wordt het opgevraagd als het gewijzigd werd.</p> <p>Het controleteam gaat na of de beleidslijnen en procedures gedateerd en bijgewerkt zijn, of ze beschikbaar zijn in het Frans en het Nederlands en eenvoudig toegankelijk zijn voor alle personeelsleden. Het controleteam controleert ook of het kwaliteitshandboek zo nodig aangepast wordt.</p> <p>Vanaf 1 januari 2025 wordt de inhoud van de procedures ook gecontroleerd.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>11° een beleid rond incontinentie;            12° een beleid rond zorg aan het levenseinde;            13° een voedingsbeleid dat de voedingsbehoeften verzoent met het eetplezier;            14° een beleid rond de levering, bewaring en verdeling van geneesmiddelen, met name het beheer van risicovolle geneesmiddelen, in voorkomend geval in overleg met de apothekers;            15° voor voorzieningen die mensen met dementie opvangen, een beleid rond de begeleiding van bewoners met ernstige cognitieve stoornissen of dementie, met name wat betreft de niet-medicamenteuze aanpak en de revalidatietechnieken;            16° een crisisbeheersplan;            17° een onthaalbeleid voor nieuwe personeelsleden;            18° een beleid voor het welzijn van de personeelsleden;            19° een beleid gericht op de ontwikkeling van de tweetaligheid (Frans en Nederlands) binnen de voorziening, wat betreft de externe en interne communicatie;            20° een diversiteits- en inclusieplan.</p> <p>§ 2. De in paragraaf 1 bedoelde procedures en beleidslijnen zijn:</p> <p>1° aangepast aan de realiteit van de voorziening;            2° gedagtekend en bijgewerkt;            3° beschikbaar in het Frans en het Nederlands;            4° gemakkelijk toegankelijk voor elk personeelslid.</p>	<p>"wie") en verduidelijken de procedures de specifieke acties ("hoe").</p>	

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 220.</b> De voorziening heeft een functionele band met een erkende dienst geriatrie (dienst G) of een erkende dienst voor de behandeling en revalidatie van patiënten met psychogeriatrische aandoeningen (dienst Sp-psychogeriatric).</p> <p>De in het eerste lid bedoelde functionele band wordt vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst, die met name bepaalt dat de dienst G- of Sp-psychogeriatric en de voorziening minstens een vergadering per jaar houden. De geplande vergaderingen zijn gericht op het overleg en de permanente opleiding van het personeel van beide partners.</p>		<p>Controle van de overeenkomst tussen een ziekenhuis met een erkende dienst geriatrie en de voorziening.</p> <p>Om te controleren dat er minimaal een vergadering per jaar gehouden wordt met een ziekenhuis met een erkende dienst geriatrie waarmee het RH/RVT een samenwerkingsovereenkomst heeft ondertekend, wordt bijvoorbeeld gevraagd naar een aanwezigheidsattest van een of meer personeelsleden of de notulen van een of meer vergaderingen.</p>
<p><b>Art. 221.</b> De voorziening werkt samen met een arts-ziekenhuishygiënist of met het regionale platform voor ziekenhuishygiëne. Deze samenwerking omvat ten minste één periodiek overleg, dat in de overeenkomst is vastgelegd.</p>	<p>Momenteel kunnen RH's/RVT's niet samenwerken met het regionale platform voor ziekenhuishygiëne.</p>	<p>Het tweede deel van de norm wordt niet gecontroleerd.</p>
<p><b>Art. 222.</b> De voorziening heeft een functionele band met een erkende ziekenhuisdienst Sp voor palliatieve zorg.</p> <p>De in het eerste lid bedoelde functionele band wordt vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst, die met name bepaalt dat de dienst Sp voor palliatieve zorg en de voorziening minstens een vergadering per jaar houden. De geplande vergaderingen zijn gericht op het overleg en de permanente opleiding van het personeel van beide partners</p>		<p>Controle van de overeenkomst tussen een ziekenhuis met een erkende Sp-dienst voor palliatieve zorg en de voorziening.</p> <p>Om te controleren dat er minimaal een vergadering per jaar gehouden wordt met een ziekenhuis met een erkende Sp-dienst voor palliatieve zorg waarmee het RH/RVT een samenwerkingsovereenkomst heeft ondertekend, wordt bijvoorbeeld gevraagd naar een aanwezigheidsattest van een of meer</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
		<p>personeelsleden of de notulen van een of meer vergaderingen.</p>
<p><b>Art. 223.</b> De voorziening sluit een overeenkomst met het samenwerkingsverband voor palliatieve zorg van het desbetreffende geografische gebied. De overeenkomst voorziet in ten minste een overlegvergadering per jaar.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle van de overeenkomst met het platform voor palliatieve zorg in Brussel (Brusano).</li> <li>- Bewijs van aanwezigheid van een of meer personeelsleden/notulen van een vergadering per jaar met het ziekenhuis met een erkende dienst voor palliatieve zorg waarmee het RH/RVT een samenwerkingsovereenkomst heeft ondertekend.</li> </ul>
<p><b>Art. 224.</b> § 1. Ter ondersteuning van de zorg aan het levenseinde en onder voorbehoud van artikel 237 wijst de voorziening in haar rangen een verantwoordelijke aan voor de organisatie van de palliatieve zorg, voor de begeleiding van het levenseinde en voor de opleiding van het personeel in de palliatieve zorgcultuur en de begeleiding van het levenseinde. In de rusthuizen die niet als rust- en verzorgingstehuis erkend zijn, is deze verantwoordelijke een verpleegkundige of een gekwalificeerd personeelslid met een zekere ervaring op dit gebied.</p> <p>§ 2. De verantwoordelijke, zoals bedoeld in paragraaf 1, moet:</p> <p>1° een palliatieve zorgcultuur ontwikkelen en het personeel bewust maken van de noodzaak ervan;</p>	<p><b>De verantwoordelijke voor de organisatie van de palliatieve zorg</b>, voor de begeleiding van het levenseinde en voor de opleiding van het personeel in de palliatieve zorgcultuur en de begeleiding van het levenseinde mag een verpleegkundige zijn <b>OF</b> een gekwalificeerd personeelslid <b>(indien RVT-bedden, zie art. 237)</b>.</p> <p>Vroeger was er een schriftelijk document waarin de gegeven adviezen werden opgenomen. Die praktijk is stopgezet. De multidisciplinaire vergadering lijkt een passend moment om de palliatieve zorg te bespreken en dus eventuele adviezen uit te brengen. In voorkomend geval moet dus informatie over die besprekingen terug te vinden zijn in de notulen van de multidisciplinaire vergaderingen. Dit mag ook op andere momenten besproken worden, zolang het maar schriftelijk wordt vastgelegd.</p>	<p>Controle op basis van de analyse van de dynamiek in de instelling in verband met zorg aan het levenseinde:</p> <p>bewijs van besprekingen tijdens multidisciplinaire vergaderingen op basis van notulen, het aantal en het type opleidingen die over dit onderwerp werden gegeven en gevolgd door de personeelsleden, het gebruik van een tool van het type PICT, enz.</p> <p>Het overzicht van de opleidingen wordt gecontroleerd, rekening houdend met de organisatie van verplichte opleidingen over het levenseinde.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>2° adviezen inzake palliatieve zorg formuleren voor het verpleegkundig, zorgkundig en paramedisch personeel, het personeel voor reactivering en de kinesitherapeuten;</p> <p>3° de kennis van de in punt 2 bedoelde personeelsleden over palliatieve zorg bijwerken;</p> <p>4° zorgen voor de naleving van de wetgeving inzake euthanasie en palliatieve zorg, en de naleving van de wilsbeschikking van de bewoner met betrekking tot zijn levenseinde en/of zijn wilsverklaring inzake euthanasie.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Advies</u>: de besprekingen over palliatieve zorg moeten gedocumenteerd zijn;</li> <li>2. <u>kennis bijwerken</u>: alles wat te maken heeft met geplande of gegeven opleidingen;</li> <li>3. <u>personeelscultuur/bewustmaking van het personeel</u>: analyse van de dynamiek, bijvoorbeeld: bestaan van opleidingen, bewustmakingscampagnes, verspreiding van brochures, integratie van palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk, bestaan van protocollen, uitwisselingen in multidisciplinaire teams, ondersteuning van het personeel, samenwerking met andere actoren, enz.</li> </ol>	

### Specifieke normen voor kortverblijf (art. 225 tot 227)

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 225.</b> Onverminderd artikel 129 tot en met 224 moeten plaatsen voor kortverblijf voldoen aan de bepalingen van dit hoofdstuk.</p>	<p>Om bewoners in kortverblijf te kunnen onderbrengen in voor kortverblijf erkende plaatsen moet een erkenningsaanvraag ingediend worden bij Iriscare.</p>	<p>Voor alle instellingen die kortverblijf aanbieden zonder erkenning, en dus geen aanvraag tot financiering hebben aangevraagd, zal het controleteam deze zaken als niet geëvalueerd beschouwen.</p>
<p><b>Art.226.</b> Een personeelslid voor reactivering neemt, met name in overleg met de bewoner, een verbindingfunctie waar met de behandelend arts van de bewoner en de diensten voor thuishulp of thuiszorg, zodat de bewoner onder de beste voorwaarden terug naar huis kan keren.</p>	<p>Het personeelslid voor reactivering dat de verbindingfunctie waarneemt, moet duidelijk kunnen worden geïdentificeerd. De bewoners in kortverblijf moeten de persoon die deze functie waarneemt en de daaraan verbonden diensten kennen.</p> <p>Voor de controle moet die informatie schriftelijk</p>	<p>Gesprekken met het personeel en met bewoners in kortverblijf, raadpleging van de drager in kwestie.</p>



Artikel	Interpretatie	Controle
	vastgelegd en toegankelijk zijn, ongeacht de drager (bv. leefproject).	
<b>Art. 227.</b> De plaatsen voor kortverblijf worden geïdentificeerd binnen het rusthuis en zijn voorbehouden voor de bewoners in kortverblijf.	De kamers moeten geïdentificeerd kunnen worden. Bijvoorbeeld een aanduiding aan de buitenkant van de kamer. Als er geen bewoners in kortverblijf zijn, mogen de kamers niet bezet zijn.	Controle van de kamers.

### Specifieke normen voor rust- en verzorgingstehuizen (art. 228 tot 237)

Artikel	Interpretatie	Controle
<b>Art. 228.</b> § 1. Onverminderd artikel 129 tot en met 224 moeten de rust- en verzorgingstehuizen voldoen aan de bepalingen van dit hoofdstuk.		

Artikel	Interpretatie	Controle
§ 2. Voor de toepassing van dit hoofdstuk moet onder "voorziening" worden verstaan een rust- en verzorgingstehuis in de zin van artikel 1, 11°."		
<b>Art. 229.</b> Het rust- en verzorgingstehuis is bestemd voor de bewoners die sterk afhankelijk zijn van de hulp van derden om de handelingen van het dagelijks leven te kunnen verrichten en die beantwoorden daarnaast aan een van de afhankelijkheidscriteria zoals bepaald in artikel 148, 3°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.		Het controleteam onderzoekt enerzijds of er daadwerkelijk door Iriscare erkende RVT-bedden zijn en anderzijds of de erkenning wordt nageleefd (bv. controle van de bezettingsgraad).
<b>Art. 230.</b> De voorziening beschikt over ten minste vijfentwintig plaatsen.		
<b>Art. 231.</b> De voorziening omvat:  1° een polyvalente zaal uitgerust voor de collectieve praktijk van de ergotherapie en voor de collectieve activiteiten;  2° een zaal uitgerust voor de collectieve praktijk van de kinesitherapie.	<b>Let op:</b> het vorige besluit schreef slechts één zaal voor ergotherapie, kinesitherapie en activiteiten voor.  Nu moeten RVT's over twee aparte zalen beschikken: - een zaal voor ergotherapie en collectieve activiteiten; - een zaal voor kinesitherapie (collectieve praktijk).	Controle ter plaatse op basis van de bezorgde plannen en het Excelbestand met de architectonische gegevens.  Aanwezigheid van twee aparte zalen. Controle ter plaatse en op basis van de plannen van de voorziening.
<b>Art. 232.</b> § 1. De voorziening beschikt over voldoende verpleegkundig, verzorgend, paramedisch en psychosociaal personeel om voortdurend, zowel overdag als 's nachts, voor de begeleiding en de zorg van de ouderen in te staan.		De aanwezigheid van voldoende personeel wordt met name gecontroleerd op basis van de werkroosters die werkelijk gepresteerd en achteraf aangepast worden. Daarin moeten de uitzendkrachten en jobstudenten bij het zorgkundig, paramedisch en reactiveringspersoneel

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Hiertoe, en onverminderd § 2 en de artikelen 233, 235 en 236, beschikt zij over het personeel opgelegd door het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rustoorden en in de rust- en verzorgingstehuizen voor bejaarden.</p> <p>§ 2. De voorziening beschikt over ten minste 5 VTE's verpleegkundigen, waaronder een hoofdverpleegkundige.</p> <p>Onverminderd het eerste lid beschikt de voorziening over:</p> <p>1° een bijkomende hoofdverpleegkundige als de voorziening tussen 46 en 75 bewoners telt;</p> <p>2° een bijkomende hoofdverpleegkundige als de voorziening tussen 76 en 105 bewoners telt;</p> <p>3° een bijkomende hoofdverpleegkundige als de voorziening tussen 106 en 135 bewoners telt;</p> <p>4° een bijkomende hoofdverpleegkundige als de voorziening tussen 136 en 165 bewoners telt;</p> <p>5° een bijkomende hoofdverpleegkundige als de voorziening tussen 166 en 200 bewoners telt.</p>		<p>en hun kwalificaties en eventueel aangepaste prestaties duidelijk aangeduid zijn.</p> <p>De legende van de gebruikte codes in de werkroosters moet aan de controleurs bezorgd worden.</p> <p>De volgende elementen worden ook gecontroleerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Document over het forfait (bezorgd door de financiële dienst van Iriscare) met controle van het bestaan voor de referentiefunctie;</li> <li>- werkroosters met codes;</li> <li>- bewonerslijst;</li> <li>- personeelslijst;</li> <li>- enz.</li> </ul>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p><b>Art. 233.</b> Als de voorziening meer dan vijftien plaatsen telt, moet een van de hoofdverpleegkundigen afgevaardigd worden als coördinerend hoofdverpleegkundige, waarvan de functie en de vereiste minimumopleiding worden bepaald door de ministers</p>	<p>De functie en de vereiste minimumopleiding van de coördinerend hoofdverpleegkundige zijn momenteel niet bepaald door de ministers.</p> <p>In afwachting dat de ministers de nadere regels vastleggen, wordt verwacht dat de minimumopleiding overeenkomt met de opleiding voor hoofdverpleegkundigen, zoals omschreven in artikel 234.</p>	
<p><b>Art. 234.</b> De hoofdverpleegkundige vervult de volgende taken:</p> <p>1° de dagelijkse leiding over het verpleegkundig en verzorgend personeel;</p> <p>2° de multidisciplinaire werking coördineren van het verpleegkundig en paramedisch personeel, het personeel voor reactivering, de kinesitherapeuten en de zorgkundigen;</p> <p>3° de opname van nieuwe bewoners organiseren, met name door zoveel mogelijk gegevens te verzamelen over hun gezondheidstoestand en hun medisch-sociale situatie;</p> <p>4° ervoor zorgen dat het verpleegkundige, paramedische, kinesitherapeutische en psychosociale dossier van de bewoners bijgewerkt wordt;</p> <p>5° in samenspraak met het multidisciplinaire team de voedingsstatus van de bewoner evalueren en voedingsadviezen en voorstellen formuleren voor een voedingsbeleid dat de voedingsbehoeften verzoent met het eetplezier;</p>	<p>1° en 2°: De hoofdverpleegkundige moet de middelen krijgen om de in alinea 1 en 2 genoemde taken uit te kunnen voeren en de beschikbaarstelling van deze middelen vallen onder de verantwoordelijkheid van de directeur of manager.</p>	<p>De controle verloopt als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de werking observeren;</li> <li>• gesprekken met de hoofdverpleegkundige(n) om te begrijpen hoe die het personeel leidt, de multidisciplinaire teams coördineert en de opname van nieuwe bewoners organiseert;</li> <li>• gesprekken met het personeel om te begrijpen hoe de zorg en de diensten gecoördineerd worden;</li> <li>• gesprekken met bewoners;</li> <li>• via een steekproef controleren of de verpleegkundige, paramedische, kinesitherapeutische en psychosociale dossiers van de bewoners volledig en bijgewerkt zijn.</li> <li>• controleren of voor elke nieuwe bewoner de gezondheids- en medisch-sociale gegevens verzameld worden. Daarvoor controleert de kwaliteitscontroleur de dossiers van verschillende bewoners.</li> </ul> <p><b>Vanaf 1 januari 2026</b> worden de attesten gecontroleerd waaruit blijkt dat de hoofdverpleegkundige ten minste</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>6° in samenspraak met het multidisciplinair team voorstellen formuleren over de manier waarop bewoners met cognitieve stoornissen moeten worden behandeld, met name wat betreft de niet-medicamenteuze benadering en de revalidatietechnieken, in voorkomend geval in samenwerking met de referentiepersoon dementie.</p> <p>7° de coördinerend en raadgevend arts bijstaan bij de uitoefening van zijn functie;</p> <p>8° ervoor zorgen dat de behoeften van de bewoners op het gebied van kinesitherapie, ergotherapie en logopedie die zijn opgenomen in het zorgplan zo snel mogelijk worden ingevuld.</p> <p>Vanaf 1 januari 2026 moet elk van de in het eerste lid bedoelde hoofdverpleegkundigen aantonen dat hij of zij ten minste 24 uur voortgezette opleiding heeft gevolgd op het gebied van teammanagement, efficiëntie en welzijn op het werk.</p>		<p>24 uur voortgezette opleiding heeft gevolgd op het gebied van teammanagement, efficiëntie en welzijn op het werk.</p>
<p><b>Art. 235.</b> Een verpleegkundige is zowel overdag als 's nachts aanwezig in de voorziening.</p>	<p>Dit artikel wordt gecontroleerd op basis van de werkelijk gepresteerde en achteraf aangepaste werkroosters.</p> <p>Daarin moeten de uitzendkrachten en jobstudenten bij het zorgkundig, paramedisch en reactiveringspersoneel en hun kwalificaties en eventueel aangepaste prestaties duidelijk aangeduid zijn.</p> <p>Indien nodig moet de legende van de gebruikte codes in de werkroosters aan de kwaliteitscontroleurs bezorgd worden.</p>	<p>Controle op basis van het door het controleteam opgevraagde werkrooster (bv: twee maanden voor het bezoek). De opgevraagde werkroosters komen overeen met volledige en gewerkte maanden.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
	<p><b>Als er RVT-bedden zijn, heeft deze norm voorrang op de RH-norm.</b></p>	
<p><b>Art. 236.</b> § 1. In elke voorziening wijst de beheerder een coördinerend en raadgevend arts aan die huisarts is en die uiterlijk twee jaar na zijn aanwijzing houder is van een attest verkregen na een specifieke opleidingscyclus te hebben gevolgd die toegang geeft tot de functie van coördinerend en raadgevend arts.</p> <p>Het attest dat toegang verleent tot de functie van coördinerend en raadgevend arts kan worden verkregen na een opleidingscyclus met vrucht te hebben gevolgd van minstens 24 uur gespreid over maximaal twee jaar en die is erkend door Iriscare.</p> <p>Deze opleidingscursus omvat minstens de volgende onderdelen:</p> <p>1° de regelgevingen voor de voorzieningen voor ouderen, met inbegrip van de rust- en verzorgingstehuizen;</p> <p>2° de specifieke kenmerken van de geriatrische geneeskunde;</p> <p>3° de preventie van infecties en het beheer van de antibiotherapie;</p> <p>4° de communicatietechnieken.</p>	<p>Een exemplaar van de overeenkomst waardoor de coördinerend en raadgevend arts of de referentiearts verbonden is aan de voorziening, wordt bewaard in de voorziening en op verzoek aan Iriscare bezorgd.</p> <p>§ 2.</p> <p>1° De CRA organiseert, in overleg met de hoofdverpleegkundige(n), om de twee maanden het multidisciplinaire overleg, met notulen en een deelnemerslijst. Met "<b>zorgverstrekkers</b>" worden alle zorgprofessionals bedoeld die medische en paramedische diensten en bijstand verlenen aan de bewoners en die onder de federale wetgeving vallen. De CRA moet ook aanwezig zijn.</p> <p>Elke zorgdiscipline moet aanwezig zijn op de multidisciplinaire vergadering.</p> <p><b>5°</b> Er is geen klinisch apotheker. Dit gedeelte wordt dus niet gecontroleerd.</p> <p>§ 4, 4° Er is informatie nodig over de aanwezigheid van de CRA in de voorziening om de naleving van de prestaties te kunnen controleren.</p> <p>§ 6. De opleidingen die de CRA volgt, moeten opgenomen worden in het overzicht van de</p>	<p>De controle verloopt als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse van de vier notulen van multidisciplinaire vergaderingen en kennisneming van de deelnemers;</li> <li>- vooraf wordt het attest dat toegang geeft tot de functie van coördinerend en raadgevend arts gecontroleerd;</li> <li>- controle van het overzicht van de opleidingen die personeel heeft gevolgd;</li> <li>- controle of er een schriftelijke procedure of informatie is die voorziet in de vervanging van de CRA;</li> <li>- gesprekken met de directie, het personeel en, indien aanwezig, de CRA.</li> </ul> <p>§ 2. 2° De naam van de CRA moet vermeld zijn in de procedures, de beleidslijnen en het actieplan telkens wanneer hij erbij betrokken is.</p>

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>In de rust- en verzorgingstehuizen die zich op meerdere vestigingsplaatsen bevinden of waarvan de omvang de activiteit van meerdere coördinerend en raadgevend artsen vereist, wordt één van de coördinerend en raadgevend artsen aangeduid als leidinggevend coördinerend en raadgevend arts. Er wordt regelmatig overleg georganiseerd tussen de coördinerend en raadgevend artsen. De taakverdeling tussen de verschillende coördinerend en raadgevend artsen wordt schriftelijk vastgelegd.</p> <p>§ 2. In overleg met de hoofdverpleegkundige(n) vervult de coördinerend en raadgevend arts de volgende taken:</p> <p>1° het multidisciplinair overleg organiseren dat minstens om de twee maanden plaatsvindt; de aan de voorziening verbonden zorgverstrekkers nemen hieraan deel en de behandelend artsen worden uitgenodigd;</p> <p>2° een beleid opzetten rond de beheersing van de zorginfecties, de preventie van doorligwonden en chronische wonden, mond- en tandzorg, incontinentie en palliatieve zorg;</p> <p>3° de procedures bepalen inzake immobilisatie- en/of afzondering;</p> <p>4° de medische activiteit coördineren in geval van gezondheidsrisico's voor de bewoners en het</p>	<p>opleidingen van het personeel en kunnen indien mogelijk ook gepland worden in het opleidingsplan over twee jaar.</p> <p>§ 5. Met langdurige afwezigheid wordt een afwezigheid van dertig dagen of meer bedoeld. Bij een instelling waarvan de context de aanwezigheid van een CRA vereist, kan de duur van de langdurige afwezigheid ingekort worden. Bijvoorbeeld in het geval van een gezondheidscrisis.</p>	

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>personeel, met inbegrip van de opsporings- en vaccinatieprogramma's;</p> <p>5° het overleg organiseren met de klinisch apotheker en de hoofdverpleegkundige over de medicamenteuze behandeling van de bewoners om advies te geven aan de behandelend arts;</p> <p>6° meewerken aan de organisatie van activiteiten inzake opleiding en voortgezette opleiding in het domein van de gezondheidszorg voor het personeel van het rust- en verzorgingstehuis en voor de betrokken behandelend artsen.</p> <p>§ 3. De coördinerend en raadgevend arts staat, in samenwerking met de hoofdverpleegkundige(n), de directeur bij, met name bij:</p> <p>1° het in artikel 217 bedoelde actieplan ter verbetering van de praktijken;</p> <p>2° de betrekkingen met de behandelend artsen en met de huisartsenvereniging van het grondgebied waar het rust- en verzorgingstehuis is gevestigd.</p> <p>§ 4. De coördinerend en raadgevend arts wordt als volgt aangeduid:</p> <p>1° wanneer een functie van coördinerend en raadgevend arts vacant is, brengt de directeur onverwijld de Federatie van de Brusselse Huisartsenverenigingen en de Brusselse</p>		



Artikel	Interpretatie	Controle
<p>Huisartsenkring op de hoogte, en ook de huisartsen die er de bewoners verzorgen;</p> <p>2° de kandidaten hebben ten minste dertig dagen de tijd om hun kandidatuur in te dienen;</p> <p>3° binnen dertig dagen na de aanduiding door de beheerder brengt de directeur van het rust- en verzorgingstehuis de betrokken huisartsenvereniging, de dienst Controle en Begeleiding van Iriscare, de bewoners, de personeelsleden en de hoofddarts van het ziekenhuis of de ziekenhuizen waarmee het rust- en verzorgingstehuis een functionele band heeft, ervan op de hoogte;</p> <p>4° minstens 75% van de prestaties van de coördinerend en raadgevend arts moeten worden uitgevoerd in het rust- en verzorgingstehuis. Tijdens zijn prestatie-uren mag hij de functie van behandelend arts niet vervullen.</p> <p>§ 5. Als de coördinerend en raadgevend arts afwezig is, moet hij, in samenspraak met de directeur, voor vervanging zorgen om de continuïteit van zijn functie te verzekeren. Bij langdurige afwezigheid zonder vervanging neemt de directeur contact op met de Federatie van de Brusselse Huisartsenverenigingen en de Brusselse Huisartsenkring om een nieuwe coördinerend en raadgevend arts te vinden.</p> <p>§ 6. Om zijn kwalificatie als coördinerend en raadgevend arts te behouden, moet de betrokken arts tijdens elke periode van twee jaar een voortgezette opleiding volgen van minstens 12</p>		

Artikel	Interpretatie	Controle
<p>uur. Daarin moeten onderwerpen aan bod komen in verband met geriatrie, palliatieve zorg, het levenseinde, crisisbeheer of veranderingen in de regelgeving met betrekking tot deze onderwerpen.</p>		
<p>Art. 237. Ter ondersteuning van de zorg aan het levenseinde in de voorziening zijn de coördinerend en raadgevend arts en de hoofdverpleegkundige(n) verantwoordelijk voor de volgende zaken:</p> <p>1° een palliatieve zorgcultuur ontwikkelen en het personeel bewust maken van de noodzaak ervan;  2° adviezen inzake palliatieve zorg formuleren voor het verpleegkundig, zorgkundig en paramedisch personeel, het personeel voor reactivering en de kinesitherapeuten;  3° de kennis van de in punt 2 bedoelde personeelsleden over palliatieve zorg bijwerken;  4° zorgen voor de naleving van de wetgeving inzake euthanasie en palliatieve zorg, en de naleving van de wilsbeschikking van de bewoner met betrekking tot zijn levenseinde en/of zijn wilsverklaring inzake euthanasie.</p>	<p>Hierover kunnen opleidingen gegeven worden, die opgenomen worden in het opleidingsoverzicht van het personeel.</p> <p>Het gebruik van tools zoals PICT of beslissingsbomen (NTBR) wordt aangemoedigd.</p> <p>De jaarlijkse vergadering die vastgelegd is in de overeenkomst met het platform voor palliatieve zorg kadert in de naleving van deze norm.</p> <p>De wensen inzake behandelingen en het levenseinde die systematisch in het individuele gezondheidsdossier worden opgenomen, dragen bij tot de naleving van deze norm.</p>	<p>De controle gebeurt op basis van verschillende elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- notulen van de multidisciplinaire vergaderingen;</li> <li>- overzicht van de opleidingen;</li> <li>- analyse van individuele gezondheidsdossiers;</li> <li>- naleving van de criteria van de overeenkomst met Brusano.</li> </ul>