

## INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

### INRICHTENDE MACHT

|                    |                                         |
|--------------------|-----------------------------------------|
| Naam               | BEN WOONZORGNETWERK                     |
| Type entiteit      | Rechtspersoon                           |
| Rechtsvorm         | VZW                                     |
| Ondernemingsnummer | 0416493254                              |
| Adres              | Dokter Delbekestraat 27, 8800 Roeselare |

### INSPECTIEPUNT

|               |                                   |
|---------------|-----------------------------------|
| Naam          | BEN Woonzorgcentrum Ardooie       |
| HCO-nummer    | 3747                              |
| Adres         | Kortrijksestraat 58, 8850 Ardooie |
| Dossiernummer | 503.101                           |

### INSPECTIE

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
| Datum laatste vaststelling | 21/03/2025    |
| Verslagnummer              | ZI-2025-00890 |

### INSPECTIEBEZOEK

#### BEN Woonzorgcentrum Ardooie

Onaangekondigde inspectie op 18/03/2025 (09:00-11:00)

## INHOUDSOPGAVE

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| • Leeswijzer                   | 3  |
| • Situering                    | 6  |
| • Profiel en aantal bewoners   | 7  |
| • Omkadering                   | 9  |
| o Personeelsformatie           | 9  |
| • Infrastructuur               | 11 |
| • Handhygiëne                  | 13 |
| o Handhygiëne in de praktijk   | 13 |
| • Medicatieveiligheid          | 14 |
| • Hulp- en dienstverlening     | 17 |
| o Woonzorgleefplan             | 17 |
| o Continuïteit zorgverlening   | 18 |
| • Observaties tijdens rondgang | 19 |
| • Inspraak                     | 20 |
| o Gebruikersraad               | 20 |

# LEESWIJZER

## Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

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

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

## Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

## Hoe werkt Zorginspectie?

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

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

Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Meer informatie is te vinden op onze website: [www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be).

Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling in het kader van het toezicht ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om - gedurende een periode van 14 kalenderdagen - schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag.

Verslagen waaruit de persoonsgegevens zijn verwijderd, zijn geschikt voor ruimere verspreiding. Zij kunnen worden opgevraagd via: [openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be](mailto:openbaarheid.zorginspectie@vlaanderen.be) of via het online invulformulier op de website.

## Methodiek

De inspecties vinden plaats in de voorziening.

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

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

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

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

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

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

## **Verslag**

### Inhoud inspectieverslag

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

### Opbouw van het verslag

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

- een toelichting met de vaststellingen van de inspecteur;
- naleving regelgeving: nieuwe, bestaande of weggewerkte inbreuken
- aandachtspunten.

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

### Reactiemogelijkheid

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

## **Toegepaste regelgeving**

De regelgeving die van toepassing is op de voorzieningen is terug te vinden op de website van de [afdeling Woonzorg](#) binnen het Departement Zorg.

### Gebruikte afkortingen

|          |                                           |
|----------|-------------------------------------------|
| AP       | aandachtspunt                             |
| AW       | assistentiewoning                         |
| BE       | bijkomende erkenning                      |
| BVR      | Besluit Vlaamse Regering                  |
| CVH      | centrum voor herstelverblijf              |
| CVK      | centrum voor kortverblijf                 |
| CDV      | centrum voor dagverzorging                |
| CDO      | centrum voor dagopvang                    |
| CRA      | coördinerend en raadgevend arts           |
| DG       | dienst gezinszorg                         |
| GAW      | groep van assistentiewoningen             |
| HVP      | hoofdverpleegkundige(n)                   |
| IB       | inbreuk                                   |
| LDC      | lokaal dienstencentrum                    |
| NAH      | niet aangeboren hersenletsel              |
| NB       | niet beoordeeld                           |
| NTB      | niet te beoordelen                        |
| NVT      | niet van toepassing                       |
| SAW      | sociale assistentiewoningen               |
| SFG      | serviceflatgebouw                         |
| SMK      | sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen |
| WA       | woonassistent                             |
| VP       | verpleegkundige(n)                        |
| VS       | Vlaamse sociale bescherming               |
| VTE      | voltijds equivalent                       |
| WCD      | woningcomplex met dienstverlening         |
| WGL      | woongelegenheid                           |
| WZC      | Woonzorgcentrum                           |
| WZD      | woonzorgdecreet                           |
| WZL-plan | woonzorgleefplan                          |
| ZO-plan  | zorg- en ondersteuningsplan               |

## SITUERING

### Erkenningsgegevens WZC

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| Capaciteit WZC-erkenning | 104 |
|--------------------------|-----|

### Andere erkenningen en toelatingen

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Capaciteit CVK- erkenning | 8 |
|---------------------------|---|

### Inspectiebezoek

#### **De inspectie vond plaats naar aanleiding van:**

- eerder vastgestelde inbreuken; tijdens dit inspectiebezoek wordt de remediëring van deze inbreuken nagegaan, alsook worden de huidige bewoners- en personeelsbezetting in kaart gebracht en wordt nagegaan of de continuïteit van de hulp- en dienstverlening wordt gegarandeerd.

### Directie WZC

Naam:

Renaat Lemey

## PROFIEL EN AANTAL BEWONERS

- Vaststellingen op basis van de bewonerslijst op datum van het inspectiebezoek.
- Om het aantal bewoners met het dementiesyndroom te bepalen, werden de bewoners die op de Katz-schaal een D of CD scoren en de bewoners die een 3 of 4 scoren op de items oriëntatie in tijd en ruimte, samengeteld.

### Bezettingsgegevens

|                            | Aantal |
|----------------------------|--------|
| Totaal aantal bewoners WZC | 103    |
| Totaal aantal bewoners CVK | 8      |
| Afwezigen                  | 1      |
| Andere                     | 0      |
| Totale bezetting (*)       | 112    |

(\*) Totale bezetting = aantal opgenomen bewoners in het WZC en het CVK + het aantal afwezige bewoners + het aantal andere gebruikers waarvoor geen aparte personeelsequipe ingezet wordt.

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

|                                                                    | Ja                               | Nee                   | NB                    |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Katz scores

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

| O | A | B  | C  | CD | D | CC |
|---|---|----|----|----|---|----|
| 5 | 9 | 31 | 12 | 42 | 5 | 0  |

Totaal aantal WZC = 104

Katz scores bewoners CVK

| O | A | B | C | CD | D |
|---|---|---|---|----|---|
| 0 | 0 | 5 | 2 | 1  | 0 |

Totaal aantal CVK = 8

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| Totaal aantal bewoners met Katz score | 112 |
| Aantal bewoners zonder Katz score     | 0   |
| Totale bezetting                      | 112 |

### Profiel bewoners

|                               | Aantal |
|-------------------------------|--------|
| Bewoners met dementiesyndroom | 66     |
|                               |        |

### Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

#### Weggewerkt

- De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt overschreden. Bijkomende

woongelegenheden mogen pas worden uitgebaat nadat de Vlaamse Regering ze heeft erkend - WZD 15/02/2019, art. 39, §2, 6°.

- o Vaststellingen 04/08/2023: de erkende capaciteit werd overschreden (106 bewoners WZC en 7 bewoners CVK aanwezig, 1 bewoner afwezig)
- o Vaststellingen 18/03/2025: er werd vastgesteld dat de erkende capaciteit werd gerespecteerd.

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

# OMKADERING

## PERSONEELSFORMATIE

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
  - o de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden februari en maart 2025
  - o documenten m.b.t. de tewerkstelling van interimpersoneel en jobstudenten voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug

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

| Functie                                              | Totaal aantal vte medewerkers (*) | Vereist aantal vte WZC (*) |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Directie                                             | 1,00                              | 1,00                       |
| Verpleegkundige(n)(**)                               | 23,64                             | 16,10                      |
| Hoofdverpleegkundige(n)/<br>teamverantwoordelijke(n) | 3,29                              | 3,00                       |
| waarvan verpleegkundige(n)                           | 3,29                              | 1,00                       |
| Zorgkundigen                                         | 20,06                             | 19,92                      |
| Medewerker(s) reactivering(***)                      | /                                 | 4,48                       |
| Kinesitherapeut(e)(n)                                | 3,54                              |                            |
| Ergotherapeut(e)(n)                                  | 4,90                              |                            |
| Logopedist(e)(n)                                     | 0,00                              |                            |
| Andere                                               | 2,51                              |                            |
| Medewerker(s) i.k.v.<br>levenseindezorg              | 0,00                              | 0,31                       |
| Begeleider(s) wonen en leven                         | 1,95                              | 2,00                       |
| Medewerkers keuken en<br>onderhoud                   | 20,04                             | 7,47                       |
| Andere                                               |                                   |                            |
| Administratieve medewerker(s)                        | 4,42                              | /                          |
| Logistieke medewerker(s)                             | 3,63                              | /                          |

(\*) Effectief en vereist personeel in functie van het aantal bewoners en de Katz scores.

(\*\*) Aantal vte verpleegkundigen inclusief het aantal vte hoofdverpleegkundigen.

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

- De dienstverantwoordelijke paramedische diensten (0,8 vte) , de medewerker sociale dienst (verpleegkundige, voltijds) en de psycholoog (0.71 vte) werden meegerekend onder de noemer reactivering 'andere'.  
De medewerker intern patiëntenvervoer/schoonmaker werd vermeld bij logistieke medewerkers.
- Het tekort aan medewerkers levenseindezorg wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.
- Het tekort aan begeleiders wonen en leven wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.

## Substitutieregel

|                                                                                                                    | Aantal vte |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Tekort verpleegkundigen                                                                                            | 0,00       |
| Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie (*) | 4,83       |
| Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een medewerker met een diploma zoals vermeld in art. 45, §2, 8°         | 0,00       |
| Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een zorgkundige                                                         | 0,00       |
| Resterend tekort verpleegkundigen na toepassing van de substitutieregel.                                           | 0,00       |

(\*) De voorziening maakt gebruik van de substitutieregel (BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §2, 9°). Deze regel stelt dat, indien de verpleegkundige 24u-permanentie gewaarborgd is, 20 % van het vereiste aantal vte verpleegkundigen (of 30 % indien minstens 7 vte verpleegkundigen in dienst) kan vervangen worden door een ander personeelslid met een kwalificatie opgesomd in art. 45, §2, 8°. Bij gebrek aan deze personeelsleden, mogen verpleegkundigen vervangen worden door zorgkundigen ten belope van 1,2 vte zorgkundige voor 1 vte verpleegkundige.

De voorziening voldoet aan de personeelsnormen. De substitutieregel diende niet te worden toegepast.

## Personeelscategorieën

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

|                                                                                                                                                             | Ja                               | Nee                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| De voorziening doet (voor verpleegkundigen en zorgkundigen) beroep op medewerkers met een ander statuut.                                                    | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De inzet van de medewerkers met ander statuut werd door de voorziening aangetoond en werd mee opgenomen in bovenstaand overzicht van de personeelsformatie. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                                                             | Verpleegkundigen (*) | Zorgkundigen (*) |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|
| Personeel in loondienst of statutair personeel                              | 23,02                | 19,73            |
| Interim personeel                                                           | 0,62                 | 0,33             |
| Zelfstandige verpleegkundigen / zorgkundigen                                | 0,00                 | 0,00             |
| Personeel in loondienst bij een andere voorziening                          | 0,00                 | 0,00             |
| Personeel tewerkgesteld in het kader van projectsourcing of projectstaffing | 0,00                 | 0,00             |
| Jobstudenten                                                                | 0,00                 | 0,00             |
| TOTAAL                                                                      | 23,64                | 20,06            |

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

## Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## INFRASTRUCTUUR

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang in het gebouw. Volgende gedeelten werden bezocht: 3 afdelingen met bezoek aan de gemeenschappelijke ruimtes en enkele kamers per steekproef.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. Indien er tijdens voorgaande inspectiebezoeken inbreuken of aandachtspunten werden vastgesteld, werd de remediëring hiervan nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld. Bijkomend werd nagegaan of het woonzorgcentrum voldoet aan de gewijzigde voorwaarden inzake de kineruimte (art. 51, 25°).

## BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

### Regelgeving van toepassing:

- WZC voor 2009

### Wijzigingen infrastructuur:

Op het gelijkvloers werd een nieuw vleugel gerealiseerd met daarin een lokaal dienstencentrum. Er is ook een nieuw sanitair blok dat door het LDC en het WZC wordt gedeeld.

### Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- CVK
- CDV
- LDC
- GAW

## GEMEENSCHAPPELIJK SANITAIR

### Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

#### Niet weggewerkt

- Het aantal gemeenschappelijke badkamers (ingericht met aangepaste bad- en/of douchegelegenheid en een toilet) voldoet niet aan de voorwaarden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 6° (WZC voor 2009), art. 53, 7° (WZC na 2009), art. 54, 3de lid, 7° en 8° (WZC na 2017).
  - o Vaststellingen 04/08/2023: in de gemeenschappelijke badkamers waren geen toiletten geïnstalleerd.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: op enkele afdelingen werd reeds een toilet geïnstalleerd. Dit was nog niet het geval in de gemeenschappelijke badkamer van de beschermde afdeling.
- Niet overal in de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke toiletten is er een spiegel voorzien die, indien van toepassing, aangepast of aanpasbaar is aan rolstoelgebruikers – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 26, 2<sup>de</sup> lid en art. 51, 3°.
  - o Vaststellingen 04/08/2023: op het gelijkvloers was er geen spiegel voorzien in het gemeenschappelijk rolstoeltoegankelijk toilet. In de gemeenschappelijke badkamers hingen spiegels, maar deze waren niet aangepast aan rolstoelgebruikers.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: op het gelijkvloers was nu een aangepaste spiegel beschikbaar. In de gemeenschappelijke badkamer op de beschermde afdeling was nog geen aangepaste spiegel.

### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## **VEILIGE INFRASTRUCTUUR I.F.V. DWAALGEDRAG EN VALINCIDENTEN**

### **Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

### **Nieuw vastgesteld(e) aandachtspunt(en)**

- In deze voorziening (omgevingsvergunning van vóór 2017) zijn niet alle traphallen beveiligd (trap gelijkvloers naar kelder). Van de voorziening wordt verwacht dat men de leefkansen en risico's die deze niet beveiligde traphallen bieden, met de bewoner bespreekt. Eventuele maatregelen om het gebruik van de trappenhal te beperken, zijn afgestemd met de bewoner, en zijn erop gericht de leefwereld van de bewoner zo groot mogelijk te houden. Over de genomen maatregelen wordt consequent gerapporteerd in het woonzorgleefplan. (Toelichtingsnota WZC, CVK).

# HANDHYGIËNE

## HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

### **Wastafels en producten**

- Vaststellingen op basis van de observaties tijdens de rondgang.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze deelmodule niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

### **Bestaande inbreuk(en)**

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

#### **Weggewerkt**

- Er is geen wastafel voorzien in de verpleegpost(en) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: in twee verpleegposten was geen wastafel voorhanden.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: in de bezochte verpleegposten (3 afdelingen) was een wastafel aanwezig.
- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de personeelstoiletten een dispenser met papieren wegwerphanddoekjes voorzien – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: bij drie wastafels ontbrak een dispenser met papieren wegwerphanddoekjes.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: 6 wastafels werden nagekeken. Er was telkens een dispenser met wegwerphanddoekjes aanwezig.
- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de personeelstoiletten een aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen) voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
  - o Vaststellingen 03/08/2021: bij één wastafel ontbrak een aangepaste vuilbak.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: bij de zes nagekeken wastafels was telkens een aangepaste vuilbak aanwezig.

### **Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## MEDICATIEVEILIGHEID

- Medicatiebeheer en -bedeling zijn een complex gegeven waarbij het WZC een veelheid aan richtlijnen dient te respecteren. Zorginspectie kan niet alle aspecten in één bevraging aan bod laten komen. Onderstaande items zijn relevant maar niet allesomvattend.

Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. Elementen die niet dossiergebonden zijn en eerder betrekking hebben op een algemene werkwijze worden op voorzienings- of afdelingsniveau beoordeeld.

- Vaststellingen op basis van:
  - o een steekproef van de woonzorgleefplannen
  - o een steekproef van de medicatiefiches
  - o het medicatieopslag- en bedelingssysteem
  - o de klaargezette medicatie via steekproef
  - o bijkomende registraties inzake medicatie
  - o de procedure
  - o observaties tijdens de rondgang
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

### **Bestaande inbreuk(en)**

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

#### **Weggewerkt**

- In het woonzorgleefplan ontbreken de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: op één van de afdelingen gaf een medewerker aan dat een bewoner medicatie moest nemen onder toezicht. Dit stond echter nergens vermeld in het woonzorgleefplan. Dit stond ook niet op de zakjes, noch op de medicatiefiches.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: uit een steekproef van drie woonzorgleefplannen bleek dat alle informatie omtrent de bijzonderheden met betrekking tot de medicatie aanwezig waren.
- De informatie over de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie kan op het moment van het toedienen van de medicatie niet geconsulteerd worden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: de informatie over de bijzonderheden was niet consulteerbaar op het moment van toedienen.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: er werd vastgesteld dat alle informatie omtrent de medicatie op verschillende manieren consulteerbaar was: pc op de verpleegpost, laptop en tablet op de medicatiekar
- Op de medicatiefiche ontbreken de nodige gegevens m.b.t. de, door de arts voorgeschreven, “medicatie indien nodig” (de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: bij drie gecontroleerde bewoners ontbrak op de medicatiefiche

- voor "medicatie indien nodig" het interval voor toediening en/of de maximum dosis per 24u.
- o Vaststellingen 18/03/2025: bij drie gecontroleerde woonzorgleefplannen was de nodige informatie omtrent "medicatie indien nodig" aanwezig.
  - Het toedienen van de medicatie wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
    - o Vaststellingen 03/08/2023: medicatie wordt klaargezet door de apotheek in blauwe bakjes. Het registreren van het toedienen van medicatie toonde bij drie geselecteerde bewoners verschillende hiaten op 1 en 2 augustus 2023.
    - o Vaststellingen 18/03/2025: uit een steekproef van de registraties voor toedienen van de medicatie bleek dat deze nauwgezet werd afgetekend.
  - De vervaldata van geneesmiddelen worden onvoldoende opgevolgd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
    - o Vaststellingen 03/08/2023: tijdens de rondgang werden in één koelkast waarin medicatie wordt bewaard negen griepvaccins (Vaxigrip Tetra) met vervaldatum april 2023 aangetroffen. In een andere koelkast waar medicatie wordt bewaard, werd een pil Dafalgan aangetroffen met vervaldatum januari 2021.
    - o Vaststellingen 18/03/2025: tijdens een steekproef van de medicatievoorraad op de beschermde afdeling werd geen vervallen medicatie aangetroffen.
  - Men heeft geen systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening op te volgen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
    - o Vaststellingen 03/08/2023: een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening op te volgen, kon niet worden aangetoond.
    - o Vaststellingen 18/03/2025: vastgesteld werd dat er een systeem werd uitgewerkt waarbij de vervaldata op een lijst worden bijgehouden. De informatie werd nu ook op de geopende verpakkingen opgenomen.
  - De medicatiepletter(s)/pillensnijder(s) bevat(ten) medicatieresten - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
    - o Vaststellingen 03/08/2023: alhoewel werd aangegeven door de gesprekspartner dat de medicatiepletters niet meer werden gebruikt, was één van deze toch niet proper.
    - o Vaststellingen 18/03/2025: gesprekspartners gaven aan dat er geen medicatiepletter wordt gebruikt. De medicatie wordt in de zakjes geplet.

#### **Niet weggewerkt**

- Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2°, h.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema werd niet consequent geregistreerd.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: één woonzorgleefplan van een bewoner met variabel schema

insuline werd nagekeken. Er werd vastgesteld dat het aantal toegediende eenheden niet consequent werd geregistreerd.

- De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt onvoldoende opgevolgd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: bij één van de koelkasten waar medicatie in wordt bewaard, kon geen consequente temperatuurregistratie aangetoond worden.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: bij twee koelkasten waar medicatie in wordt bewaard werd de registratie nagegaan. Bij één kon het registratiedocument niet worden voorgelegd.

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

# HULP- EN DIENSTVERLENING

## WOONZORGLEEFPLAN

- Het woonzorgleefplan is een belangrijk instrument om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen. De voorziening kiest zelf hoe dit woonzorgleefplan er concreet uitziet en hoe en waar de informatie samengebracht wordt.

Minimaal dient het woonzorgleefplan volgende elementen te bevatten: alle informatie over de toestand, noden en wensen van de bewoner, de concrete afspraken over welke zorg door wie moet worden uitgevoerd, de registraties van de uitgevoerde zorg en de interdisciplinaire afstemming van de zorg.

Zorginspectie gaat na hoe het woonzorgleefplan is opgebouwd en gebruikt wordt op de werkvloer. De focus van de bevraging ligt op het nagaan of het woonzorgleefplan consequent bijgehouden en geactualiseerd wordt met het oog op de garantie dat de juiste zorg aan de juiste bewoner wordt geboden.

Niet alle elementen kunnen in één bevraging aan bod komen. Er werd daarom een selectie gemaakt van een aantal criteria die ter plaatse worden afgetoetst. Deze selectie is relevant maar niet allesomvattend.

Hierbij wordt niet beoordeeld of het woonzorgleefplan voldoet aan alle voorwaarden van de federale regelgeving m.b.t de gezondheidszorgberoepen.

Bij de bevraging komen elementen aan bod waarvan de vaststellingen dossiergebonden zijn. Deze elementen worden daarom steekproefsgewijs nagegaan. De samenstelling van de steekproef kan variëren afhankelijk van het bevraagde element.

- Vaststellingen op basis van:
  - o observaties tijdens de rondgang
  - o het nazicht van een steekproef van de woonzorgleefplannen en andere registraties m.b.t. de zorg.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze deelmodule niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/ aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

### **Observaties**

#### **Bestaande inbreuk(en)**

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

#### **Weggewerkt**

- Niet alle aanwezige disciplines noteren observaties m.b.t. de bewoner in het woonzorgleefplan - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: er werden bij twee bewoners die deelnamen aan activiteiten geen observaties in het dagboek teruggevonden die genoteerd waren door begeleiders wonen en leven.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: uit nazicht van het elektronisch zorgdossier (module animatie) bleek dat observaties worden geregistreerd door de begeleiders wonen en leven.

#### **Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## Wondzorg

### Bestaande inbreuk(en)

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

#### **Weggewerkt**

- De evolutie van de wonde kan onvoldoende afgeleid worden uit de observaties in het woonzorgleefplan - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°, h.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: bij één van de wonden was de evolutie van de wonde niet af te leiden uit de observaties in het woonzorgleefplan.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: drie woonzorgleefplannen van bewoners met op te volgen wonden werden nagekeken. In deze drie woonzorgleefplannen bleken er observaties aanwezig te zijn omtrent de opvolging van de wonden.

### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## CONTINUÏTEIT ZORGVERLENING

- Vaststellingen op basis van:
  - o het nazicht van de personeelslijst
  - o het nazicht van het uurrooster voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug

|                                                                                                                                      | Ja                               | Nee                   | NB                    | NVT                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Er is 24u/24u verpleegkundige permanentie.                                                                                           | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tijdens de nacht is er voldoende personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden (minimaal 1 zorgmedewerker per 60 bewoners). | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |
| Er is een actieve nachtdienst.                                                                                                       | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |
| In de uurroosters wordt structureel overlapping voorzien tussen de verschillende diensten in functie van de informatieoverdracht.    | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |

### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## OBSERVATIES TIJDENS RONDGANG

- Vaststelling op basis van observaties tijdens de rondgang.
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

## BEWONERSKAMERS

### **Bestaande inbreuk(en)**

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

#### **Niet weggewerkt**

- De bewoner kan vanuit het bed het licht niet bedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 21°.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: in verschillende bewonerskamers werd vastgesteld dat het niet mogelijk is om het licht vanuit het bed te bedienen.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: ook tijdens huidige inspectie werd vastgesteld dat niet niet op alle bewonerskamers mogelijk is om het licht vanuit het bed te bedienen. Dit is vooral het geval op de beschermde afdeling.

### **Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## VEILIGHEID

### **Bestaande inbreuk(en)**

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

#### **Weggewerkt**

- Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: onderhoudsproducten worden niet veilig bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
  - o Vaststellingen 03/08/2021: tijdens de rondgang werd op een afdeling een onderhoudskar met onderhoudsproductenaangetroffen die onbeheerd was achtergelaten. In een bergruimte die niet was afgesloten werd detergent aangetroffen en in twee toiletruimtes werd vloeibare luchtverfrisser teruggevonden.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: tijdens de huidige inspectie waren er geen indicaties dat onderhoudsproducten niet veilig worden bewaard.

#### **Niet weggewerkt**

- Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: medicatie en verzorgingsproducten worden niet veilig bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 51, 4°.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: in sommige bewonerskamers werden tijdens de rondgang producten zoals Isobetadine en Reflexspray aangetroffen.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: ook tijdens huidige inspectie werden verzorgingsproducten aangetroffen op enkele bewonerskamers (Steradent, Isobetadine, Daktarin).

### **Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

# INSPRAAK

## GEBRUIKERSRAAD

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
  - o de verslagen van de gebruikersraad
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevraagd. De remediëring van inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld tijdens voorgaande inspectiebezoeken, werd nagegaan. Nieuwe inbreuken/aandachtspunten die werden vastgesteld, worden eveneens vermeld.

### **Bestaande inbreuk(en)**

Opvolging van de inbreuk(en) die tijdens een vorig inspectiebezoek werd(en) vastgesteld:

#### **Weggewerkt**

- De gebruikersraad vergadert niet minstens één keer per trimester - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §1.
  - o Vaststellingen 03/08/2023: volgens de gesprekspartners worden er per afdeling gebruikersraden georganiseerd. Uit denagestuurde verslagen bleek dat men niet overal één keer per trimester samenkomt.
  - o Vaststellingen 18/03/2025: de verslagen werden bezorgd aan Zorginspectie. Gebruikersraden worden per afdeling of per twee afdelingen georganiseerd.

### **Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.