

## INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

### INRICHTENDE MACHT

|                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| Naam               | SLG Operaties Vlaanderen    |
| Type entiteit      | Rechtspersoon               |
| Rechtsvorm         | NV                          |
| Ondernemingsnummer | 0845064196                  |
| Adres              | Satenrozen 1B, 2550 Kontich |

### INSPECTIEPUNT

|               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| Naam          | Residentie Boneput          |
| HCO-nummer    | 3210                        |
| Adres         | Boneputstraat 5 , 3960 Bree |
| Dossiernummer | 307.102                     |

### INSPECTIE

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
| Datum laatste vaststelling | 22/01/2026    |
| Verslagnummer              | ZI-2026-00212 |

### INSPECTIEBEZOEK

#### Residentie Boneput

Onaangekondigde inspectie op 21/01/2026 (09:00-12:30)

## INHOUDSOPGAVE

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| • Leeswijzer                                       | 3  |
| • Situering                                        | 6  |
| • Profiel en aantal bewoners                       | 7  |
| • Omkadering                                       | 9  |
| o Personeelsformatie                               | 9  |
| • Infrastructuur                                   | 12 |
| • Handhygiëne                                      | 17 |
| o Handhygiëne in de praktijk                       | 17 |
| • Medicatieveiligheid                              | 18 |
| • Hulp- en dienstverlening                         | 20 |
| o Woonzorgleefplan                                 | 20 |
| o Bijkomende vaststellingen m.b.t. de zorgpraktijk | 22 |
| o Continuïteit zorgverlening                       | 22 |
| • Observaties tijdens rondgang                     | 24 |

# 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 | 70 |
|--------------------------|----|

### Andere erkenningen en toelatingen

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Capaciteit CVK- erkenning | 3 |
|---------------------------|---|

### 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:

Mevr. Petra Vermeyen

## 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 | 66     |
| Totaal aantal bewoners CVK | 3      |
| Afwezigen                  | 3      |
| Andere                     | 0      |
| Totale bezetting (*)       | 72     |

(\*) 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 herstelverblijf) 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 |
|----|---|----|---|----|---|----|
| 10 | 7 | 24 | 9 | 15 | 4 | 0  |

Totaal aantal WZC = 69

Katz scores bewoners CVK

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

Totaal aantal CVK = 3

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Totaal aantal bewoners met Katz score | 72 |
| Aantal bewoners zonder Katz score     | 0  |
| Totale bezetting                      | 72 |

### Profiel bewoners

|                               | Aantal |
|-------------------------------|--------|
| Bewoners met dementiesyndroom | 31     |
|                               |        |

### 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 11/06/2025: op de dag van het inspectiebezoek verbleven er 71 bewoners in het WZC, terwijl de voorziening een WZC-erkenning heeft voor 70 woongelegenheden.
- o Vaststellingen 21/01/2026: de erkende capaciteit van het WZC werd gerespecteerd.

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

# OMKADERING

## PERSONEELSFORMATIE

- Vaststellingen op basis van het nazicht van:
  - o de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden december 2025 en januari 2026
  - o een overzicht m.b.t. de tewerkstelling van 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)(**)                               | 11,44                             | 8,87                       |
| Hoofdverpleegkundige(n)/<br>teamverantwoordelijke(n) | 2,00                              | 2,00                       |
| waarvan verpleegkundige(n)                           | 2,00                              | 1,00                       |
| Zorgkundigen                                         | 12,12                             | 10,66                      |
| Medewerker(s) reactivering(***)                      | /                                 | 2,46                       |
| Kinesitherapeut(e)(n)                                | 1,36                              |                            |
| Ergotherapeut(e)(n)                                  | 1,32                              |                            |
| Logopedist(e)(n)                                     | 0,00                              |                            |
| Andere                                               | 0,00                              |                            |
| Medewerker(s) i.k.v.<br>levenseindezorg              | 0,20                              | 0,17                       |
| Begeleider(s) wonen en leven                         | 1,50                              | 1,50                       |
| Medewerkers keuken en<br>onderhoud                   | 5,11                              | 4,80                       |
| Andere                                               |                                   |                            |
| Logistieke medewerker(s)                             | 0,97                              | /                          |

(\*) 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.

- Personeelsleden die minstens 30 kalenderdagen aaneensluitend afwezig zijn en stagiairs werden niet meegerekend in bovenstaande tabel.
- Jobstudenten zonder visum werden voor 0,97 vte meegerekend bij de logistieke medewerkers.

## Substitutieregel

|                                                                                                                    | Aantal vte |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Tekort verpleegkundigen                                                                                            | 0,00       |
| Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie (*) | 2,66       |
| 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 substitutieregel werd niet toegepast omdat er geen tekort aan verpleegkundigen was.

## 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                              | 11,44                | 11,94            |
| Interim personeel                                                           | 0,00                 | 0,00             |
| 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                 | 0,18             |
| TOTAAL                                                                      | 11,44                | 12,12            |

(\*) 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.

## Bestaande inbreuk(en)

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

### Weggewerkt

- De functie van hoofdverpleegkundige/teamverantwoordelijke wordt onvoldoende ingevuld. – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §2, 7°.
  - Vaststellingen 11/06/2025: er was een tekort van 1,00 vte hoofdverpleegkundigen/teamverantwoordelijken.
  - Vaststellingen 21/01/2026: er was geen tekort aan hoofdverpleegkundigen/teamverantwoordelijken.

**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: enkele bewonerskamers en gemeenschappelijke ruimtes op de afdelingen 'Bronlei' (benedenverdieping), 't Binnenhof' (gelijkvloers), 'Zonnedauwlaan' (eerste verdieping) en 'Lupinedreef' (tweede verdieping), de verpleegposten en het kapsalon.
- 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.

## BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

### Regelgeving van toepassing:

- WZC voor 2009

### Geplande wijzigingen:

De bouwplannen voor het nieuw woonzorgcentrum in het centrum van Bree werden recent aangepast naar aanleiding van gesprekken met de provincie Limburg die de initiële bouwplannen medio 2025 had afgekeurd. Op dit moment worden de plannen verder geconcretiseerd, waarbij onder andere de indeling en afmetingen van de ruimtes bepaald worden.

De gesprekspartner gaf aan dat de aanvraag voor de omgevingsvergunning in april 2026 zal worden ingediend bij de gemeente. Men voorziet in oktober 2026 te kunnen starten met de bouwwerkzaamheden en 2,5 à 3 jaar later te kunnen verhuizen naar de nieuwe locatie.

Vanwege de verhuisplannen naar een nieuwe locatie worden er geen grote investeringen meer gedaan met betrekking tot de huidige infrastructuur. Voor een aantal erkenningsvoorwaarden met betrekking tot infrastructuur werd om voornoemde reden een afwijking aangevraagd bij het Departement Zorg.

### Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- CVK

## BEWONERSKAMERS

### Bestaande inbreuk(en)

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

#### Niet weggewerkt

- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: de douche is niet rolstoeltoegankelijk - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 17°, art. 52, 1° en 2° (WZC voor 2009), art. 53, 2° en 3° (WZC na 2009), art. 54, 2de lid, 1° en 2° (WZC na 2017) en art. 55.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: één van de bezochte sanitaire cellen (kamer 108) was voorzien van een douchebak met een niveauverschil, waardoor deze niet rolstoeltoegankelijk was.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: de situatie was ongewijzigd. Er werd een afwijking aangevraagd. Op het moment van inspectie was de aanvraag nog in behandeling bij het Departement Zorg.
- Het raamoppervlak in de bewonerskamers bedraagt niet minstens 1/6 van de netto vloeroppervlakte - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 7° (WZC voor 2009), art. 53, 8° (WZC na 2009), art. 54, 8ste lid, 1° (WZC na 2017).
  - o Vaststellingen 20/11/2019: in verschillende bewonerskamers (o.a. kamer 405, 409, 411, 415 t.e.m. 418) was het raamoppervlak te klein.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: de situatie was ongewijzigd. Voor de bewonerskamers 406 en 412

- werd er op 06/10/2011 een afwijking toegekend door het Departement Zorg.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: de situatie was ongewijzigd. Er werd een afwijking aangevraagd. Op het moment van inspectie was de aanvraag nog in behandeling bij het Departement Zorg.
- De hoogte van de raamdorpels in de bewonerskamers laat geen ongehinderd zicht op de buitenwereld toe (het glasoppervlak van het raam begint op een hoogte van meer dan 85 cm) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 8°.
  - o Vaststellingen 20/11/2019: in verschillende bewonerskamers waren de raamdorpels te hoog.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: de situatie was ongewijzigd. Voor de bewonerskamers 415 t.e.m. 418 werd er op 06/10/2011 een afwijking toegekend door het Departement Zorg.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: de situatie was ongewijzigd. Er werd een afwijking aangevraagd. Op het moment van inspectie was de aanvraag nog in behandeling bij het Departement Zorg.
- De individuele sanitaire cellen zijn niet aangepast aan de behoeften van een rolstoelgebruiker: er werden geen handgrepen aan beide kanten van het toilet voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 1° en 2° (WZC voor 2009), art. 53, 2° en 3° (WZC na 2009), art. 54, 2de lid, 1° en 2° (WZC na 2017) en art. 55.
  - o Vaststellingen 20/11/2019: in verschillende individuele sanitaire cellen was er slechts één handgreep naast het toilet.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: de situatie was ongewijzigd. In verschillende individuele sanitaire cellen (o.a. kamer 101, 214, 311, 317, 405, 409 en 416) was er geen handgreep of slechts één handgreep naast het toilet.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: in sommige individuele sanitaire cellen, waar geen of slechts één handgreep voorzien was naast het toilet, werd een verplaatsbaar toiletkader geplaatst. De armsteunen van deze toiletkaders konden echter niet omhoog of opzij gekanteld worden, waardoor een rolstoelgebruiker niet via de zijkant op het toilet kan schuiven.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

#### **Bestaande aandachtspunt(en):**

##### **Niet weggewerkt**

- In dit WZC (omgevingsvergunning van vóór 2017) is er in de sanitaire cellen geen draaicirkel van 1,5 m. Bijgevolg kan niet gesteld worden dat de sanitaire cel aangepast is aan de behoeften van een rolstoelgebruiker zoals gedefinieerd in art. 55 van bijlage 11 bij het BVR van 28/06/2019. Evenwel wordt hier, conform de ministeriële toelichtingsbrief van 03/01/2024, geen inbreuk gescoord.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in verschillende individuele sanitaire cellen (o.a. kamer 108, 214, 311 en 416) was er geen draaicirkel van 1,5 meter.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: de situatie was ongewijzigd. Er werd een afwijking aangevraagd. Op het moment van inspectie was de aanvraag nog in behandeling bij het Departement Zorg.

## GEMEENSCHAPPELIJK RUIMTES

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

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

#### **Niet weggewerkt**

- In het gebouw van het WZC is er geen volwaardige rookruimte met aangepast ventilatiesysteem die vlot bereikbaar is voor de bewoners - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 6.
  - o Vaststellingen 20/11/2019: er was geen rookruimte voor de bewoners.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: de situatie was ongewijzigd.
- Het raamoppervlak van de gemeenschappelijke verblijfsruimtes bedraagt niet minstens 1/6 van de netto vloeroppervlakte - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 7° (WZC voor 2009), art. 53, 8° (WZC na 2009), art. 54, 8ste lid, 1° (WZC na 2017).
  - o Vaststellingen 20/11/2019: in de gemeenschappelijke eet- en leefruimte op de afdeling 'Zonnedaauwlaan' was het raamoppervlak te klein. In de gemeenschappelijke eet- en leefruimte op de afdeling 'Bronlei' was er geen raam.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in de gemeenschappelijke eet- en leefruimte op de afdelingen 'Zonnedaauwlaan' en 'Lupinedreef' was het raamoppervlak te klein. De gesprekspartner lichtte toe dat de gemeenschappelijke eet- en leefruimte op de afdeling 'Bronlei', waar geen raam was voorzien, niet meer als dusdanig gebruikt wordt en dat hier geen bewoners meer komen.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: de situatie was ongewijzigd. Er werd een afwijking aangevraagd. Op het moment van inspectie was de aanvraag nog in behandeling bij het Departement Zorg.
- De hoogte van de raamdorpels in de gemeenschappelijke verblijfsruimtes laat geen ongehinderd zicht op de buitenwereld toe (het glasoppervlak van het raam begint niet maximaal op een hoogte van 85 cm gemeten vanaf het vloeroppervlak) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 8°.
  - o Vaststellingen 20/11/2019: in de gemeenschappelijke eet- en leefruimte op de afdeling 'Zonnedaauwlaan' was de raamdorpel te hoog.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in de gemeenschappelijke eet- en leefruimte op de afdelingen 'Zonnedaauwlaan' en 'Lupinedreef' waren de raamdorpels te hoog.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: de situatie was ongewijzigd.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## GEMEENSCHAPPELIJK SANITAIR

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

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

#### **Niet weggewerkt**

- Het aantal rolstoeltoegankelijke gemeenschappelijke toiletten voldoet niet aan de erkenningsvoorwaarden: er zijn geen rolstoeltoegankelijke gemeenschappelijke toiletten voorzien bij elke zit- en eetruimte - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 3°.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: er waren geen gemeenschappelijke toiletten voorzien op de afdelingen 'Zonnedaauwlaan' en 'Bronlei'.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.

- o Vaststellingen 21/01/2026: de situatie was ongewijzigd. Er werd een afwijking aangevraagd. Op het moment van inspectie was de aanvraag nog in behandeling bij het Departement Zorg.
- 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 20/11/2019: in verschillende gemeenschappelijke badkamers was er niet altijd een toilet aanwezig.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: de situatie was ongewijzigd. In de gemeenschappelijke badkamer op de afdelingen 'Zonnedaauwlaan' en 't Binnenhof' was er geen toilet aanwezig.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: de situatie was ongewijzigd. Er werd een afwijking aangevraagd. Op het moment van inspectie was de aanvraag nog in behandeling bij het Departement Zorg.

#### **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.

#### **Bestaande aandachtspunt(en):**

#### **Niet weggewerkt**

- In deze voorziening (omgevingsvergunning van vóór 2017) zijn niet alle traphallen beveiligd. 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).
  - o Vaststellingen 27/05/2024: de traphallen waren niet beveiligd.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: bij de traphallen was een codeklavier geplaatst en was er bekabeling voorzien om deze te beveiligen. Op het moment van inspectie waren de traphallen nog niet beveiligd, maar was een externe firma bezig met het installeren van de beveiligingscodes waarna de traphallen beveiligd zouden zijn.

## **OPROEPSYSTEEM**

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

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

#### **Weggewerkt**

- Niet overal in de gemeenschappelijke ruimtes is er een oproepsysteem beschikbaar - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in de gemeenschappelijke eet- en leefruimte op de afdelingen 'Lupinedreef' en 't Binnenhof' was er geen oproepsysteem voorzien. Ook in het kapsalon ontbrak er een oproepsysteem. De gesprekspartner lichtte toe dat bewoners nooit alleen zijn in het kapsalon en in de gemeenschappelijke eet- en leefruimte op de afdeling 'Lupinedreef' en dat deze ruimtes steeds afgesloten worden. Desalniettemin behoren deze ruimtes te beschikken over een oproepsysteem.

- o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd.
- o Vaststellingen 21/01/2026: de gemeenschappelijke ruimtes waren voorzien van een oproepsysteem.

#### **Niet weggewerkt**

- Niet in elke individuele sanitaire cel is bij het toilet een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in verschillende individuele sanitaire cellen was er geen oproepsysteem voorzien of bevond het oproepsysteem zich dermate ver van het toilet, dat het zittend vanop het toilet niet gemakkelijk bereikbaar was voor bewoners.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: in verschillende individuele sanitaire cellen was er een koordje aangebracht aan het oproeppunt tegen de muur waardoor het oproepsysteem binnen het bereik van de bewoner gebracht kon worden, maar dit was niet het geval in alle bezochte individuele sanitaire cellen (o.a. kamer 214, 311, 405 en 409).
  - o Vaststellingen 21/01/2026: in verschillende individuele sanitaire cellen was het oproepkoordje in de nabijheid gebracht van de bewoner, zodat dit gemakkelijk bereikbaar was voor de bewoner zittend vanop het toilet. In één van de bezochte individuele sanitaire cellen bevond het oproepsysteem zich tegen de muur aan de overkant van het toilet en was hierdoor niet bereikbaar voor de bewoner zittend vanop het toilet.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

# 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 27/05/2024: in de verpleegposten was er geen wastafel voorzien.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de situatie was ongewijzigd. De gesprekspartners verklaarden dat de -reeds geleverde- wastafels in de week na het inspectiebezoek geplaatst zouden worden.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: er was een wastafel voorzien in de verpleegposten.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## MEDICATIEVEILIGHEID

- Vaststellingen op basis van:
  - o een steekproef van de woonzorgleefplannen
  - o een steekproef van de medicatiefiches
  - o bijkomende registraties inzake medicatie.
- 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.

Volgens de gesprekspartners was er op de dag van het inspectiebezoek één bewoner met een variabel insulineschema.

### **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 27/05/2024: de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van medicatie onder toezicht en m.b.v. het slikhulpmiddel Medispend werden niet vermeld in het woonzorgleefplan van bewoners.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van medicatie onder toezicht en m.b.v. het slikhulpmiddel Medispend werden niet vermeld in het woonzorgleefplan van bewoners.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: in drie van de drie nagekeken woonzorgleefplannen werden de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van medicatie, zoals het toedienen van medicatie onder toezicht en/of met behulp van het slikhulpmiddel Medispend, vermeld.

#### **Niet weggewerkt**

- 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 27/05/2024: in één van de drie nagekeken woonzorgleefplannen was het aanbrengen van een zalf om 8u00 op één van de twee gecontroleerde dagen niet afgetekend, zonder dat daar een verklaring voor terug te vinden was in het woonzorgleefplan.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: in één van de drie nagekeken woonzorgleefplannen was de toediening van de avond- en nachtmedicatie op één van de drie gecontroleerde dagen niet geregistreerd.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: in één van de vijf nagekeken woonzorgleefplannen werd in de drie dagen voorafgaand aan het inspectiebezoek het toedienen van de nachtmedicatie één keer niet geregistreerd.
- 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 20/11/2019: het aantal toegediende eenheden insuline i.f.v. de glycemiewaarde werd niet altijd geregistreerd in het zorgdossier.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in één nagekeken woonzorgleefplan waren hiaten in de registratie van het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema op drie momenten in de gecontroleerde periode van twee weken.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: in één van de twee nagekeken woonzorgleefplannen ontbrak er in de week voorafgaand aan het inspectiebezoek één registratie van het aantal toegediende eenheden insuline.

- o Vaststellingen 21/01/2026: in één nagekeken woonzorgleefplan ontbrak er in de week voorafgaand aan het inspectiebezoek één registratie van het aantal toegediende eenheden insuline.

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

# HULP- EN DIENSTVERLENING

## WOONZORGLEEFPLAN

- 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.

### **Zorg- en ondersteuningsplan**

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

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

#### **Niet weggewerkt**

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de specifieke zorgen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - o Vaststellingen 20/11/2019: in de nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen ontbraken actuele instructies m.b.t. detailzorg (tandprothese en het dragen van een bril).
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in twee van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen ontbraken actuele instructies m.b.t. detailzorg (gebitsprothese en hoorapparaat).
  - o Vaststellingen 11/06/2025: in één van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen ontbrak er een actuele instructie m.b.t. detailzorg (gebitsprothese).
  - o Vaststellingen 21/01/2026: in twee van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen waarbij de bewoners hulp nodig hadden met het aan- en uitdoen van het hoorapparaat, was er een actuele algemene instructie 'detailzorg uitvoeren'. Deze algemene instructie bevatte een opsomming van de meest voorkomende detailzorgen (hoorapparaat, gebit, parfum, nagels knippen, scheren, bril, haren kammen,...), maar werd verder niet gepersonaliseerd waardoor het niet duidelijk was welke detailzorg er concreet uitgevoerd moest worden bij deze specifieke bewoners.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

### **Registraties**

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

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

#### **Weggewerkt**

- De bewoners worden niet minstens maandelijks gewogen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in twee van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen van bewoners waarbij het gewicht wekelijks gemeten moest worden, ontbraken er twee gewichtsregistraties in de gecontroleerde vier maanden.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: in de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen ontbraken de gewichtsregistraties van december 2024.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: in drie van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen werd het lichaamsgewicht van de bewoner minimaal maandelijks geregistreerd.

### **Niet weggewerkt**

- Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art 29, 2°.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in twee van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen was er niet afgetekend voor uitgevoerde zorg op één zorgmoment in de gecontroleerde drie dagen.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: in twee van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen waren niet alle uitgevoerde zorginstructies consequent geregistreerd: bij één bewoner was de ochtendzorg niet afgetekend en bij een andere bewoner was de wondzorg niet afgetekend op één van de drie gecontroleerde dagen.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: in één van de vijf nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen werd in de drie dagen voorafgaand aan het inspectiebezoek de wondverzorging één keer niet geregistreerd als uitgevoerd.
- De waarden van de parameters, worden niet volgens de instructies van de arts geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art. 29, 2°.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in twee van de twee nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen van bewoners waarbij de bloeddruk wekelijks en vier keer per week gemeten moest worden, ontbraken er telkens twee registraties in de gecontroleerde periode van respectievelijk twee maanden en één maand.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: in twee van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen van bewoners waarbij de bloeddruk drie keer per week en de glycemie vier keer per dag gemeten moest worden, ontbraken er in de week voorafgaand aan het inspectiebezoek verschillende registraties.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: in één van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen waarbij de glycemie van de bewoner dagelijks (vier keer per dag) gemeten moest worden, ontbrak er in de week voorafgaand aan het inspectiebezoek één registratie.

### **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:

### **Niet weggewerkt**

- De wondzorgfiche vermeldt geen beschrijving (plaats, soort, grootte, diepte) van de wonde - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: op drie van de drie nagekeken wondzorgfiches ontbrak de informatie over de grootte en de diepte van de wonden.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: op twee van de drie nagekeken wondzorgfiches ontbrak de informatie over de grootte en de diepte van de wonden.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: op drie van de drie nagekeken wondzorgfiches ontbrak de informatie over de grootte en de diepte van de wonden bij de start. Tijdens de evaluatiemomenten werden de grootte en diepte van de wonden wel genoteerd (aan de hand van het TIME-model).

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## **BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN M.B.T. DE ZORGPRAKTIJK**

- Vaststellingen op basis van:
  - o het nazicht van een steekproef van de woonzorgplannen 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.

De werkwijze m.b.t. het registreren van het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel insulineschema was als volgt: bij het toedienen van de basis moesten de vooraf ingevoerde basiseenheden afgetekend worden. Als er meer of minder eenheden insuline werden toegediend, moest de vooraf ingevoerde basiseenheid aangepast worden in het systeem.

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

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

#### **Niet weggewerkt**

- Men kan niet aantonen dat zorginstructies altijd in de praktijk worden uitgevoerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2° en 3°.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: bij één bewoner met een variabel schema voor insuline werd vastgesteld dat de genoteerde toegediende eenheden insuline op drie momenten in de gecontroleerde twee weken niet overeenkwamen met de eenheden die volgens het schema toegediend moesten worden, bv. men noteerde de basis, terwijl dit volgens het schema +2 eenheden moest zijn.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: bij twee bewoners met een variabel schema voor insuline kwamen de genoteerde toegediende eenheden insuline niet altijd overeen met de eenheden die volgens het voorgeschreven schema toegediend moesten worden, bv. men noteerde de basis, terwijl dit volgens het schema +1 eenheid moest zijn.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: bij één bewoner met een variabel insulineschema kwamen de genoteerde toegediende eenheden insuline in de week voorafgaand aan het inspectiebezoek op twee momenten niet overeen met de eenheden die volgens het schema van de arts toegediend moesten worden, bv. men tekende de basiseenheden af, terwijl dit volgens het schema +1 eenheid moest zijn.

### **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.
- 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.

|                                                                                                                                      | 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

- Vaststellingen 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.

## BEJEGENING

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

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

#### **Weggewerkt**

- Het incontinentiemateriaal wordt onvoldoende discreet opgeborgen - Woonzorgdecreet 15/02/2019, art. 4, §1, 2°.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in verschillende individuele sanitaire cellen was het incontinentiemateriaal niet discreet opgeborgen.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: in verschillende individuele sanitaire cellen was het incontinentiemateriaal niet discreet opgeborgen.
  - o Vaststellingen 21/01/2026: het incontinentiemateriaal werd discreet opgeborgen.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## 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 20/11/2019: in verschillende bewonerskamers bevond de lichtknop zich achter het bed, waardoor de bewoner het licht niet vanuit het bed kon bedienen.
  - o Vaststellingen 27/05/2024: in verschillende bewonerskamers was er geen lichtknop in de nabijheid van het bed of bevond de lichtknop zich achter het bed, waardoor de bewoner het licht niet vanuit het bed kon bedienen. In de bezochte tweepersoonskamers was er slechts één lichtknop aanwezig voor twee bewoners.
  - o Vaststellingen 11/06/2025: in verschillende bewonerskamers was er een koordje aangebracht aan de lichtschakelaar waardoor het licht vanuit het bed bediend kon worden, maar dit was niet het geval in alle bezochte bewonerskamers (o.a. kamer 213 en 416).
  - o Vaststellingen 21/01/2026: in verschillende bewonerskamers hing het koordje van de lichtschakelaar op een plaats (bv. achter het hoofdeinde van het bed) die liggend vanuit het bed niet bereikbaar was voor de bewoner.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.