

INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

INRICHTENDE MACHT

Naam	Vulpia Vlaanderen
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0521970559
Adres	Ruiterijschool 6, 2930 Brasschaat

INSPECTIEPUNT

Naam	Villa ter Molen
HCO-nummer	27000
Adres	Dorpsstraat 63, 2940 Stabroek
Dossiernummer	166.102

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	10/07/2025
Verslagnummer	ZI-2025-02321

INSPECTIEBEZOEK

Villa ter Molen

Onaangekondigde inspectie op 04/07/2025 (09:20-11:45)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Klachtonderzoek	7
• Profiel en aantal bewoners	11
• Omkadering	12
o Personeelsformatie	12

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.

Meer informatie is te vinden op onze website: 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 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	51
--------------------------	----

Andere erkenningen en toelatingen

Capaciteit CVK- erkenning	8
Aantal woongelegenheden aangemeld voor het verblijf van zelfredzame partners	1

Inspectiebezoek

De inspectie vond plaats naar aanleiding van:

- een klacht

Directie WZC

Naam:

Else Bouwens

KLACHTONDERZOEK

SITUERING KLACHT

- Door de Woonzorglijn werd op datum van 30/06/2025 een onderzoek gevraagd naar aanleiding van een klacht die werd ingediend.
- De klachtindiener vroeg om de klacht anoniem te behandelen.
- Volgende klachtelementen werden geuit:
 - te weinig personeel
 - bewoners blijven heel de dag in de eetzaal zitten
 - urinegeur op de 2e verdieping
 - niet gekwalificeerd personeel wordt ingeschakeld voor de maaltijdbegeleiding van bewoners met slikproblemen.

WERKWIJZE INSPECTIEBEZOEK

- De klachtelementen werden onderzocht tijdens een onaangekondigd inspectiebezoek op 04/07/2025..
- De klachtelementen werden onderzocht op basis van volgende bronnen:
 - o gesprek met directeur, hoofd bewonerszorg, afdelingsverantwoordelijke en 2 bewoners
 - o inzage in de woonzorgleefplannen
 - o rondgang in de voorziening op de 2e verdieping
 - o nazicht van personeelslijst, uurroosters en bewijs van tewerkstelling van jobstudenten, zelfstandige verpleegkundigen en interim verpleegkundigen.

VASTSTELLINGEN EN CONCLUSIES

Klachtelement 1

Beschrijving

Volgens de klachtindiener is er te weinig personeel met als gevolg dat er te weinig tijd is voor kwalitatieve zorg.

Vaststellingen

Voor een overzicht van het personeelsbestand wordt verwezen naar de module personeel verder in dit verslag. Uit het overzicht blijkt dat er een tekort is van 0,12 vte personeel reactivering en 0,5 vte begeleiders wonen en leven. Voor het overige voldoet men aan de erkenningsnormen inzake personeelsinzet.

De hoofdverpleegkundige licht toe dat men op weekdays werkt met de volgende standaardbezetting:

- ochtendzorg: 6 zorgkundigen (2 per afdeling)
- avondzorg: 5 zorgkundigen

De zorgkundigen worden gemiddeld 4 à 5 dagen per week ondersteund door 2 logistieke medewerkers.

Bijkomend is er doorlopend 24u/24u een verpleegkundige aanwezig in de voorziening.

De hoofdverpleegkundige en de afdelingsverantwoordelijke worden doorgaans niet meegerekend voor het behalen van deze vooropgestelde bezetting.

Uit het nazicht van de uurroosters blijkt dat deze standaardbezetting doorgaans wordt behaald. Voor het garanderen van de verpleegkundige permanentie is men genoodzaakt om een zelfstandige verpleegkundige en interim-verpleegkundigen in te schakelen.

Volgens de gesprekspartners tracht men zoveel als mogelijk tijdelijke medewerkers in te schakelen die bekend zijn met het woonzorgcentrum en de bewoners.

De gesprekspartners lichten toe dat de inzet van tijdelijke medewerkers wordt afgebouwd.

Tijdens de rondgang in de voorziening werden 2 bewoners bevraagd. Beide bewoners verklaarden dat zij zeer tevreden zijn van hun verblijf in de voorziening en dat het personeel altijd zeer vriendelijk is. Beide bewoners verklaarden tevens dat zij wekelijks een bad of douche kunnen nemen en dat er doorgaans snel wordt gereageerd op noodoproepen.

Uit het nazicht van een steekproef van de woonzorgleefplannen blijkt dat de uitvoering van de zorg consequent wordt geregistreerd, er werden geen hiaten vastgesteld.

Tijdens de rondgang kon worden vastgesteld dat men de bewoners een normaal dagritme aanbiedt. Het ontbijt wordt aangeboden om 8u30, om 10u15 was alles reeds afgeruimd, alle bewoners hadden ontbijt gehad en de meeste waren ondertussen terug op hun kamer.

De verslaggeving van de 4 laatste gebruikersraden werden nagelezen. In één verslag (daterend van eind 2024) werd vermeld dat bewoners aangeven dat zij aanvoelen dat er weinig personeel is en dat ze soms lang moeten wachten op hulp. In de verslaggeving van de daaropvolgende gebruikersraden kwam deze opmerking niet meer terug.

Besluit

Uit het overzicht van de personeelsformatie blijkt dat er tekorten zijn bij de medewerkers reactivering en de begeleiders leven en wonen.

Tijdens de rondgang werden bewoners bevraagd en werd een steekproef van de woonzorgleefplannen nagekeken. Er werden geen vaststellingen gedaan die zouden wijzen op onvoldoende kwalitatieve zorg.

Klachtelement 2

Beschrijving

Volgens de klachtindiener laat men de bewoners van de tweede verdieping de hele dag in de eetruimte zitten en neemt men niet de moeite om de bewoners naar de kamer te brengen.

Vaststellingen

Tijdens de onaangekondigde rondgang op de tweede verdieping kon er worden vastgesteld dat om 10u15 nog 4 bewoners in de eet/leefruimte aanwezig waren.

De afdelingsverantwoordelijke licht toe dat twee van deze bewoners doorgaans de hele dag in de leefruimte doorbrengen omdat zij niet alleen op de kamer kunnen verblijven en er in de leefruimte steeds toezicht vanuit de verpleegpost mogelijk is.

De twee andere bewoners zouden volgens de gesprekspartners nog naar de kamer gebracht worden.

De overige bewoners (op de afdeling verblijven 21 bewoners) zaten allemaal op hun kamer.

De gesprekspartners vermoeden dat de klachtindiener verwijst naar een dag waarop het warmteactieplan actief was. Op dergelijke warme dagen worden alle bewoners gestimuleerd om naar de eet/leefruimte te komen en er de dag door te brengen omdat deze ruimte uitgerust is met een koelsysteem en de temperatuur er veel aangenamer is dan op de kamers.

Tijdens de rondgang werd er met 2 bewoners gesproken. Zij bevestigden het bovenstaande.

Besluit

Tijdens de rondgang kon worden vastgesteld dat op 4 bewoners na, alle bewoners op hun kamer verbleven.

Twee van de vier bewoners die nog aanwezig waren in de leefruimte brengen daar altijd de dag door omdat zij meer toezicht nodig hebben.

Klachtelement 3

Beschrijving

Volgens de klachtindiener hangt er een doordringende urinegeur op de 2e verdieping.

Vaststellingen

Tijdens de rondgang op de 2e verdieping kon geen geurhinder worden vastgesteld. De voorziening oogde heel goed onderhouden.

De gesprekspartners lichten toe dat het mogelijk is dat tijdens de ochtendzorg, als het gebruikte incontinentiemateriaal wordt verzameld in de afvalzakken, er een urinegeur valt waar te nemen. Op het moment van de rondgang (10u15) was de ochtendzorg echter achter de rug en was er geen afval meer aanwezig op de afdeling.

Besluit

Tijdens het onaangekondigde inspectiebezoek werd geen geurhinder vastgesteld.

Klachtelement 4

Beschrijving

Volgens de klachtindiener wordt niet-gekwalficeerd personeel ingeschakeld voor de maaltijdbegeleiding van bewoners met slikproblemen.

Vaststellingen

De afdelingsverantwoordelijke licht toe dat gemiddeld 5 dagen per week, twee logistieke medewerkers worden ingeschakeld bij het maaltijdgebeuren.

Eén van deze logistieke medewerkers heeft een visum van zorgkundige.

De logistieke medewerkers zonder visum worden volgens de afdelingsverantwoordelijke enkel ingeschakeld voor halen en wegbrengen van bewoners, bedeling van de maaltijden en voorbereiding van de maaltijden. Er wordt aan hen niet gevraagd om te helpen bij de maaltijdbegeleiding.

De hoofdverpleegkundige verklaart dat zij dit principe streng handhaaft en zij is er van overtuigd dat ook haar collega afdelingsverantwoordelijke hetzelfde principe hanteert.

De gesprekspartners lichten toe dat de klachtindiener misschien niet wist dat één van de logistieke medewerkers ook een visum heeft van zorgkundige.

Het woonzorgleefplan van een bewoner met slikproblemen die op de tweede verdieping verblijft werd nagekeken. Er kon worden vastgesteld dat het woonzorgleefplan bij het item "maaltijdbegeleiding" de vermelding bevat "Familie komt zoveel mogelijk om eten te geven, anders dient dit te gebeuren door VK/ZK/Logopedie".

Besluit

De gesprekspartners kunnen dit klachtelement niet plaatsen. Zij stellen dat de maaltijdbegeleiding van bewoners met slikproblemen steeds door hiervoor gekwalificeerd personeel gebeurt. Het woonzorgleefplan bevat instructies en observaties die dit bevestigen.

OVERZICHT INBREUKEN

Omkadering

Personeelsformatie

Inbreuken

Nieuwe inbreuken

- Er zijn onvoldoende medewerkers reactivering. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §2 en bijlage 8, art. 17, 2°.
 - o Vaststellingen 04/07/2025: er is een tekort van 0,12 vte medewerkers reactivering.
- Er zijn onvoldoende begeleiders wonen en leven. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §1, 3°.
 - o Vaststellingen 04/07/2025: er is een tekort van 0,5 vte begeleiders wonen en leven.

Weggewerkte inbreuken

- De functie van hoofdverpleegkundige/teamverantwoordelijke wordt onvoldoende ingevuld. – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, 62, 7°.
 - o Vaststellingen 23/04/2024: er is een tekort van 0,16 vte hoofdverpleegkundigen/teamverantwoordelijken.
 - o Vaststellingen 04/07/2025: sinds 16/06/2025 werd de ergotherapeute aangeduid als afdelingsverantwoordelijke waardoor het tekort werd weggewerkt.

PROFIEL EN AANTAL BEWONERS

- Vaststellingen op basis van de bewonerslijst op datum van het inspectiebezoek.

Bezettingsgegevens

	Aantal
Totaal aantal bewoners WZC	48
Totaal aantal bewoners CVK	8
Afwezigen	1
Andere	0
Totale bezetting (*)	57

(*) 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.	☒	☐	☐

Katz scores

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

O	A	B	C	CD	D	CC
3	4	28	4	10	0	0

Totaal aantal WZC = 49

Katz scores bewoners CVK

O	A	B	C	CD	D
0	0	7	1	0	0

Totaal aantal CVK = 8

Totaal aantal bewoners met Katz score	57
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	57

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	16

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 juni en juli 2025
 - o documenten m.b.t. de tewerkstelling van interim verpleegkundigen en zelfstandig verpleegkundigen voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug
 - o documenten m.b.t. de tewerkstelling van jobstudenten.

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)(**)	8,87	8,52
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	2,40	2,00
waarvan verpleegkundige(n)	1,80	1,00
Zorgkundigen	14,30	9,47
Medewerker(s) reactivering(***)	/	1,92
Kinesitherapeut(e)(n)	1,10	
Ergotherapeut(e)(n)	0,00	
Logopedist(e)(n)	0,70	
Andere	0,00	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,20	0,17
Begeleider(s) wonen en leven	0,50	1,00
Medewerkers keuken en onderhoud	5,10	3,80
Andere		
Administratieve medewerker(s)	0,80	/
Logistieke medewerker(s)	1,50	/

(*) 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 worden niet meegerekend in bovenstaande tabel.
- Bij de hoofdverpleegkundigen werd vermeld: 1 vte hoofd bewonerszorg, 0,8 vte hoofdverpleegkundige en 0,6 vte afdelingsverantwoordelijke.
- De afdelingsverantwoordelijke werd conform de personeelslijst voor 0,2 vte vermeld bij de medewerkers in het kader van levenseindezorg.

Personeelscategorieën

	Ja	Nee
De voorziening doet (voor verpleegkundigen en zorgkundigen) beroep op medewerkers met een ander statuut.	☒	☐
De inzet van de medewerkers met ander statuut werd door de voorziening aangetoond en werd mee opgenomen in bovenstaand overzicht van de personeelsformatie.	☒	☐

	Verpleegkundigen (*)	Zorgkundigen (*)
Personeel in loondienst of statutair personeel	7,50	13,30
Interim personeel	0,77	0,00
Zelfstandige verpleegkundigen / zorgkundigen	0,60	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	1,00
TOTAAL	8,87	14,30

(*) 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, 62, 7°.
 - o Vaststellingen 23/04/2024: er is een tekort van 0,16 vte hoofdverpleegkundigen/teamverantwoordelijken.
 - o Vaststellingen 04/07/2025: sinds 16/06/2025 werd de ergotherapeute aangeduid als afdelingsverantwoordelijke waardoor het tekort werd weggewerkt.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er zijn onvoldoende medewerkers reactivering. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §2 en bijlage 8, art. 17, 2°.
 - o Vaststellingen 04/07/2025: er is een tekort van 0,12 vte medewerkers reactivering.
- Er zijn onvoldoende begeleiders wonen en leven. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §1, 3°.
 - o Vaststellingen 04/07/2025: er is een tekort van 0,5 vte begeleiders wonen en leven.