

INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

INRICHTENDE MACHT

Naam	Salvator Welzijnscentrum
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0423571581
Adres	Ekkelgaarden 17 101, 3500 Hasselt

INSPECTIEPUNT

Naam	Salvator
HCO-nummer	3601
Adres	Ekkelgaarden 17 , 3500 Hasselt
Dossiernummer	315.104

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	22/09/2025
Verslagnummer	ZI-2025-03366

INSPECTIEBEZOEK

Salvator

Onaangekondigde inspectie op 17/09/2025 (09:00-13:50)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	9
o Personeelsformatie	9
• Infrastructuur	12
• Handhygiëne	15
o Handhygiëne in de praktijk	15
• Medicatieveiligheid	17
• Hulp- en dienstverlening	20
o Woonzorgleefplan	20
o Bijkomende vaststellingen m.b.t. de zorgpraktijk	25
o Continuïteit zorgverlening	26
o Opvolgen reactietijd beloproepen	26
• Observaties tijdens rondgang	28
• Inspraak	31
o Gebruikersraad	31

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	279
--------------------------	-----

Andere erkenningen en toelatingen

Capaciteit CVK- erkenning	26
Aantal woongelegenheden aangemeld voor het verblijf van zelfredzame partners	11
Capaciteit bijkomende erkenning centrum voor oriënterend kortverblijf	16

Inspectiebezoek

De inspectie vond plaats naar aanleiding van:

- het structureel toezicht

Directie WZC

Naam:

Dhr. Peter Milde

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	279
Totaal aantal bewoners CVK	25
Afwezigen	3
Andere	0
Totale bezetting (*)	307

(*) 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.	☐	☒	☐
De voorziening heeft een erkenning voor 279 WZC-woongelegenheden. Op de dag van het inspectiebezoek verbleven er 281 bewoners in het WZC.			

Katz scores

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

O	A	B	C	CD	D	CC
19	56	90	32	74	8	0

Totaal aantal WZC = 279

Katz scores bewoners CVK

O	A	B	C	CD	D
2	7	10	4	1	1

Totaal aantal CVK = 25

Totaal aantal bewoners met Katz score	304
Aantal bewoners zonder Katz score	3
Totale bezetting	307

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	151
Bewoners jonger dan 65 jaar	12
Zelfredzame partners	3

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- 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 17/09/2025: er verbleven 281 bewoners in het WZC, terwijl de voorziening een erkenning heeft voor 279 WZC-woongelegenheden.

OMKADERING

PERSONEELSFORMATIE

- Vaststellingen op basis van het nazicht van:
 - o de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden augustus en september 2025
 - o documenten m.b.t. de tewerkstelling van zelfstandig personeel, interim-medewerkers 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)(**)	30,35	38,60
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	4,80	7,00
waarvan verpleegkundige(n)	4,80	1,00
Zorgkundigen	69,80	45,74
Medewerker(s) reactivering(***)	/	10,08
Kinesitherapeut(e)(n)	6,25	
Ergotherapeut(e)(n)	5,80	
Logopedist(e)(n)	0,00	
Andere	2,80	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,00	0,70
Begeleider(s) wonen en leven	2,98	3,75
Medewerkers keuken en onderhoud	31,54	20,47
Andere		
Administratieve medewerker(s)	6,51	/
Logistieke medewerker(s)	20,75	/
Kwaliteitscoördinator(en)	1,10	/
Manager(s)	2,60	/
Kapper(s)	1,21	/

(*) 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.
- De adjunct-hoofdverpleegkundigen (2,80 vte) werden meegerekend bij de verpleegkundigen.
- De medewerkers van de sociale dienst (1,80 vte), de muziektherapeut (0,50 vte) en de spiritueel begeleider (0,50 vte) werden meegerekend bij 'andere' onder medewerkers reactivering.
- De preventieadviseur (0,10 vte), de BelRAI-coördinator (0,50 vte) en de stafmedewerker (0,50 vte) werden meegerekend bij kwaliteitscoördinator.

- Jobstudenten zonder visum werden voor 4,68 vte meegerekend bij logistieke medewerkers. Jobstudenten met een visum zorgkundige (1,28 vte) werden meegerekend bij zorgkundigen.
- Het tekort aan medewerkers levensende zorg (0,70 vte) werd gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.
- Het tekort aan begeleiders wonen en leven (0,77 vte) werd gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.

Substitutieregel

	Aantal vte
Tekort verpleegkundigen	8,12
Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie (*)	11,58
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een medewerker met een diploma zoals vermeld in art. 45, §2, 8°	3,30
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een zorgkundige	4,82
Resterend tekort verpleegkundigen na toepassing van de substitutieregels.	0,00

(*) De voorziening maakt gebruik van de substitutieregels (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.

Erkenningsvoorwaarden bijkomende erkenning Centrum voor oriënterend kortverblijf

- In de bovenstaande tabel met het personeelsoverzicht worden de medewerkers die tewerkgesteld zijn in het oriënterend kortverblijf niet vermeld. Per 15 erkende verblijfseenheden bedraagt het vereiste personeelsbestand 3,5 vte, bovenop de vereiste vte voor het centrum voor kortverblijf. Hierbij moeten volgende disciplines vertegenwoordigd zijn: een verpleegkundige, een psycholoog, een ergotherapeut en een maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige.

	Effectief (vte)	Vereist voor een erkende capaciteit van 16 wgl
Medewerkers centrum voor oriënterend kortverblijf:	4,04	3,73

De voorziening vult het aantal vte in als volgt:

- 1,00 vte verpleegkundige
- 0,50 vte psycholoog
- 1,00 vte ergotherapeut
- 0,80 vte maatschappelijk werker/sociaal verpleegkundige
- 0,74 andere

De zorgkundige (0,74 vte) die verbonden is aan het centrum voor oriënterend kortverblijf werd meegerekend bij 'andere'.

	Ja	Nee	NB
De voorziening voldoet aan de bijkomende voorwaarden in het kader van de erkenning als centrum voor oriënterend kortverblijf.	☒	☐	☐

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.	☒	☐
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	26,16	63,37
Interim personeel	2,60	0,00
Zelfstandige verpleegkundigen / zorgkundigen	1,59	5,15
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	1,28
TOTAAL	30,35	69,80

(*) 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:

Niet weggewerkt

- De functie van hoofdverpleegkundige/teamverantwoordelijke wordt onvoldoende ingevuld. – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, 62, 7°.
 - o Vaststellingen 19/12/2023: er was een tekort van 0,11 vte hoofdverpleegkundigen.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: er was een tekort van 2,40 vte hoofdverpleegkundigen.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: er was een tekort van 1,60 vte hoofdverpleegkundigen.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: er was een tekort van 2,20 vte hoofdverpleegkundigen.

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: verschillende bewonerskamers, de gemeenschappelijke ruimtes, de gemeenschappelijke sanitaire ruimtes en de verpleegpost op de afdelingen 'Savannah', 'Safari', 'Sahara' en het 'Home'.
- 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
- WZC na 2009, voor 2017

Geplande wijzigingen:

Het 'Home' (dit is het oudste gedeelte van de voorziening waar 30 bewoners verblijven) zal volledig gesloten worden en verhuizen naar een recenter gedeelte binnen de voorziening. De verhuis wordt voorzien in 2028, omdat dit gedeelte momenteel tijdelijk in gebruik wordt genomen door personen met een verstandelijke beperking van het orthopedagogisch centrum Sint-Ferdinand. Met het oog op de verhuis zal er door een architect worden nagegaan welke eventuele infrastructurele wijzigingen er moeten worden aangebracht om te voldoen aan de erkenningsvoorwaarden. Aansluitend zullen de nodige aanpassingen worden uitgevoerd.

Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- CVK
- GAW

Op de site bevinden zich naast het woonzorgcentrum en het centrum voor kortverblijf en oriënterend kortverblijf nog een groep van assistentiewoningen met 55 wooneenheden.

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: 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 21/11/2024: in verschillende individuele sanitaire cellen op de tweede verdieping van het 'Home' waren twee handgrepen aan de achterkant van het toilet tegen de muur bevestigd, maar ontbraken de handgrepen aan beide kanten van het toilet. In verschillende individuele sanitaire cellen op de tweede verdieping van het 'rusthuis' was er slechts één handgreep naast het toilet voorzien.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: de situatie was ongewijzigd. In een aantal gemeenschappelijke toiletten en gemeenschappelijke badkamers werd een toiletkader met twee armsteunen die omhoog gekanteld kunnen worden, geplaatst om uit te testen. Indien dit positief geëvalueerd wordt, zal dit volgens de gesprekspartners in alle individuele sanitaire cellen waar geen twee handgrepen naast het toilet aanwezig zijn, voorzien worden.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: de situatie was ongewijzigd. Het gebruik van de toiletkaders met twee armsteunen die omhoog gekanteld kunnen worden, werd positief geëvalueerd. De

gesprekspartner verklaarde dat er voor 2026 budget werd voorzien om deze toiletkaders overal waar nodig te plaatsen.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

TOEGANKELIJKHEID

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- Niet alle voor de bewoners toegankelijke ruimtes zijn rolstoeltoegankelijk - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 17° en 26°.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: de douche in de gemeenschappelijke badkamer op de tweede verdieping van het 'Home' was niet genivelleerd. Hierdoor was de douche niet toegankelijk voor rolstoelgebruikers. Verder was het toilet in de gemeenschappelijke badkamer van het 'Home' niet rolstoeltoegankelijk. De gesprekspartners gaven aan dat dit toilet niet gebruikt wordt en dat bewoners gebruik maken van het aangrenzende gemeenschappelijk toilet. Echter, het toilet was niet afgesloten en dus toegankelijk voor bewoners.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: de situatie was ongewijzigd. Tijdens de rondgang werd vastgesteld dat dezelfde situatie zich voordeed in de gemeenschappelijke badkamer op de eerste verdieping van het 'Home'. Enkel was hier geen aangrenzend gemeenschappelijk toilet aanwezig waar bewoners gebruik van konden maken.
- De breedte van de gangen voldoet niet aan de erkenningsvoorwaarden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 52, 8° (WZC voor 2009), art. 53, 9° (WZC na 2009), art. 54, 6de lid, 2° (WZC na 2017).
 - o Vaststellingen 21/11/2024: op de tweede verdieping van het "home" waren de gang naar de Hazenlarenlaan en de gang naar de trappenhal naar de studentenkleedkamer te smal om twee rolstoelen elkaar te laten kruisen.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: de situatie was ongewijzigd.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: op 31 juli 2025 werd een afwijking aangevraagd bij Afdeling Woonzorg voor de breedte van de gang naar de Hazenlarenlaan en de gang naar de trappenhal naar de studentenkleedkamer op de tweede verdieping van het 'Home'. Op de dag van het inspectiebezoek had de voorziening nog geen goedkeuring voor deze aanvraag ontvangen.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

LEUNINGEN EN HANDGREPEN

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- In de gemeenschappelijke badkamers en toiletten werden niet overal voldoende handgrepen naast het toilet voorzien - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: in het gemeenschappelijk toilet naast de eet- en leefruimte op de tweede verdieping van het 'Home' waren twee handgrepen aan de achterkant van het toilet tegen de muur bevestigd, maar ontbraken de handgrepen aan beide kanten van het toilet. In een ander gemeenschappelijk toilet was er slechts één handgreep en in de gemeenschappelijke badkamer waren geen handgrepen voorzien naast het toilet.

- o Vaststellingen 04/04/2025: in een aantal gemeenschappelijke toiletten en gemeenschappelijke badkamers werd een toilet kader met twee armsteunen die omhoog gekanteld kunnen worden, geplaatst om uit te testen. Indien dit positief geëvalueerd wordt, zal dit volgens de gesprekspartners in alle gemeenschappelijke badkamers en toiletten waar geen twee handgrepen naast het toilet aanwezig zijn, voorzien worden.
- o Vaststellingen 17/09/2025: de situatie was ongewijzigd. Het gebruik van de toilet kaders met twee armsteunen die omhoog gekanteld kunnen worden, werd positief geëvalueerd. De gesprekspartner verklaarde dat er voor 2026 budget werd voorzien om deze toilet kaders overal waar nodig te plaatsen.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- In de gemeenschappelijke badkamers met douche wordt niet overal een handgreep of leuning voorzien aan de douche - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: in een gemeenschappelijke badkamer op afdeling 'Safari' waren geen handgrepen bij de douche voorzien.

OPROEPSYSTEEM

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- Niet overal in de gemeenschappelijke toiletten en bij het toilet in de gemeenschappelijke badkamers is een permanent oproepsysteem voorzien dat gemakkelijk bereikbaar is voor de bewoner - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: in een gemeenschappelijk toilet op de tweede verdieping van het 'Home' was er geen oproepsysteem voorzien.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: in de gemeenschappelijke toiletten op de tweede verdieping van het 'Home' was een oproepsysteem voorzien. In een gemeenschappelijke badkamer van het 'Home' en het 'rusthuis' was er geen oproepsysteem bij het toilet voorzien. De gesprekspartners gaven aan dat het toilet in de gemeenschappelijke badkamer van het 'Home' niet gebruikt wordt en dat bewoners gebruik maken van het aangrenzende gemeenschappelijk toilet. Echter, het toilet was niet afgesloten en dus toegankelijk voor bewoners.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: in een gemeenschappelijk toilet van het 'Home' en bij het toilet in de gemeenschappelijke badkamers van het 'Home' was er geen oproepsysteem.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

HANDHYGIËNE

HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

Wastafels en producten

- Handhygiëne is de meest doeltreffende algemene maatregel ter preventie van zorginfecties en de verspreiding van (multiresistente) micro-organismen (o.a. bacteriën, virussen en schimmels). Handen kunnen enkel op een efficiënte manier gewassen en ontsmet worden indien aan onderstaande basisvoorwaarden inzake handhygiëne is voldaan.
- Vaststellingen op basis van de observaties tijdens de rondgang.

Er is een wastafel beschikbaar in:	Aantal gecontroleerde ruimtes	Ja	Nee	NB	NVT
de gemeenschappelijke toiletten	6	6	0	0	0
de gemeenschappelijke badkamers	7	7	0	0	0
de verpleegpost	4	4	0	0	0
de personeelstoiletten.	1	1	0	0	0

Bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de personeelstoiletten beschikt men over:	Aantal gecontroleerde wastafels	Ja	Nee	NB	NVT
vloeibare zeep	18	18	0	0	0
dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	18	18	0	0	0
aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	18	18	0	0	0

Er is handalcohol beschikbaar:	Ja	Nee	NB
bij elke bewonerskamer	☒	☐	☐
in elke verpleegpost	☒	☐	☐
in de gemeenschappelijke leefruimtes.	☐	☒	☐
In de gemeenschappelijke eet- en leefruimte van de beveiligde afdelingen was geen handalcohol beschikbaar.			

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- 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 21/11/2024: in twee gemeenschappelijke badkamers, één gemeenschappelijk toilet en één verpleegpost stond een vuilbak waarvan het deksel met de hand bediend moest worden.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: in verschillende gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke toiletten stond een vuilbak waarvan het deksel met de hand bediend moest worden. In één gemeenschappelijk toilet was er geen vuilbak bij de wastafel.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: de deksels van de vuilbakken werden daar waar nodig verwijderd. Bij de gecontroleerde wastafels was er een handenvrij te bedienen vuilbak aanwezig.

- Er is niet bij elke bewonerskamer handalcohol beschikbaar voor het zorgpersoneel - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: in verschillende bewonerskamers van het 'Home' (beveiligde afdeling) was er geen dispenser met handalcohol beschikbaar. De gesprekspartners verklaarden dat deze preventief waren weggenomen, ter voorkoming dat bewoners dit accidenteel zouden innemen.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: de situatie was ongewijzigd. De gesprekspartners verklaarden in gesprek te zijn met leveranciers van handalcohol om te bekijken of er varianten bestaan met een lager veiligheids- en gezondheidsrisico voor bewoners met dementie.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: er werden dispensers met handalcohol geplaatst in de bewonerskamers van het 'Home'.

Niet weggewerkt

- Er is geen handalcohol beschikbaar in de gemeenschappelijke leefruimtes - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: in de gemeenschappelijke eet- en leefruimte van het 'Home' en 'Bohesa' (beveiligde afdelingen) was er geen dispenser met handalcohol beschikbaar. De gesprekspartners verklaarden dat deze preventief waren weggenomen, ter voorkoming dat bewoners dit accidenteel zouden innemen.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: de situatie was ongewijzigd. De gesprekspartners verklaarden in gesprek te zijn met leveranciers van handalcohol om te bekijken of er varianten bestaan met een lager veiligheids- en gezondheidsrisico voor bewoners met dementie.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: in de gemeenschappelijke eet- en leefruimte van de beveiligde afdelingen was er nog geen dispenser met handalcohol geplaatst.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Medewerkers

- Vaststellingen op basis van de observaties tijdens de rondgang.

De algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne worden in de praktijk door de medewerkers nageleefd:	Aantal geobserveerde medewerkers	Ja	Nee	NB	NVT
• geen armbanden, ringen, uurwerken ter hoogte van de handen en polsen/voorarmen • verzorgde en kortgeknipte nagels • geen nagellak of kunstnagels (inclusief gel- en harsnagels) • werkkledij met korte mouwen.	11	11	0	0	0

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 observaties tijdens de rondgang
 - o communicatie met de externe apotheek.

	Ja	Nee	NB
In het woonzorgleefplan zijn de bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie terug te vinden (vb. onder toezicht, eigen beheer, pletten, nuchter, afwijkend tijdstip,...) (geen tegenindicaties).	☒	☐	☐
De informatie m.b.t. het toedienen van de medicatie kan geconsulteerd worden op het moment van toedienen.	☒	☐	☐
De bijzonderheden m.b.t. het toedienen van de medicatie werden vermeld op de medicatiefiches. Deze fiches konden op het moment van toedienen geconsulteerd worden via laptops op de medicatiekarren.			

	Aantal gecontroleerde medicatiefiches	Ja	Nee	NB	NVT
Op de medicatiefiche worden voor "medicatie indien nodig" (voorgeschreven door de arts) de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening vermeld.	3	0	3	0	0
Op de nagekeken medicatiefiches waren niet altijd alle gegevens vermeld bij de 'medicatie indien nodig'. De gesprekspartners lichtten toe dat de voorziening samenwerkt met een externe apotheek die de medicatiefiches van de bewoners beheert. Tijdens het inspectiebezoek toonde de gesprekspartner aan dat de gegevens bij de 'medicatie indien nodig' volledig werden doorgegeven aan de apotheek, maar dat deze gegevens niet altijd volledig werden overgenomen op de medicatiefiches. De voorziening had reeds meerdere meldingen gedaan van dit probleem bij de apotheek.					

	Aantal gecontroleerde dossiers	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd.	3	0	3	0	0
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd.	3	0	3	0	0
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd.	1	1	0	0	0
In de nagekeken woonzorgleefplannen werd het klaarzetten en toedienen van de medicatie niet altijd geregistreerd in de gecontroleerde drie dagen.					

	Aantal bewoners waarvoor de medicatie, die werd klaargezet, vergeleken werd met de medicatiefiche	Ja	Nee	NB	NVT
De klaargezette medicatie stemt overeen met de medicatiefiche.	3	3	0	0	0
Voor drie bewoners waarvan de klaargezette medicatie werd gecontroleerd, stemde de klaargezette medicatie overeen met de medicatiefiche.					

	Ja	Nee	NB
Medicatie die vooraf wordt klaargezet, blijft identificeerbaar tot op het moment van toedienen.	☒	☐	☐
Tijdens het nazicht van een steekproef van de medicatie werd enkel medicatie aangetroffen met een vervaldatum die nog niet verstreken is.	☒	☐	☐
Men hanteert een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening (vb. oogdruppels, neusdruppels) op te volgen.	☒	☐	☐
Het merendeel van de medicatie werd aangeleverd in robotzakjes door een externe apotheek. Voor de restmedicatie die in medicatiepotjes klaargezet werd door de voorziening, leverde de apotheek voorgedrukte etiketten met daarop vermeld de naam van de bewoner, het kamernummer, de datum en het tijdstip van toedienen en de naam en dosis van het geneesmiddel. Tijdens een steekproefcontrole van vijftien geneesmiddelen in de medicatiekoelkast en de voorraadkast werd geen vervallen medicatie aangetroffen. Volgens de gesprekspartner werden de vervaldatum maandelijks gecontroleerd. Bij de vier gecontroleerde geneesmiddelen met een beperkte houdbaarheid na opening werd de openingsdatum genoteerd op de verpakking/flacon.			

	Aantal gecontroleerde medicatiepletter(s)/pillensnijder(s)	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s)/pillensnijder(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	1	1	0	0	0
De gecontroleerde medicatiepletter was proper.					

	Ja	Nee	NB
Er zijn schriftelijke richtlijnen m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt.	☒	☐	☐

	Aantal gecontroleerde koelkasten	Ja	Nee	NB	NVT
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt opgevolgd.	1	1	0	0	0
De medicatiekoelkast was geprogrammeerd om een alarm te geven bij het overschrijden van vooraf ingestelde grenswaarden.					

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- Op de medicatiefiche ontbreken de nodige gegevens m.b.t. de "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 19/12/2023: drie van de vier nagekeken medicatiefiches waren onvolledig: twee keer ontbrak het interval voor toediening en één keer ontbrak de maximum dosis per 24 uur.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: op drie van de drie nagekeken medicatiefiches ontbraken voor de "medicatie indien nodig" gegevens rondom de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24 uur en/of het interval voor toediening.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: op drie van de drie nagekeken medicatiefiches ontbraken voor de "medicatie indien nodig" gegevens rondom het interval voor toediening bij verschillende geneesmiddelen en de maximum dosis per 24 uur bij één geneesmiddel.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: op drie van de drie nagekeken medicatiefiches waren niet altijd alle gegevens vermeld bij de 'medicatie indien nodig'.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Het klaarzetten 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 17/09/2025: in drie van de drie nagekeken woonzorgleefplannen werd het klaarzetten van de medicatie niet altijd geregistreerd.
- 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 17/09/2025: in drie van de drie nagekeken woonzorgleefplannen werd het toedienen van de medicatie niet altijd geregistreerd.

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 uit ziet 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.

Medische- en sociale anamnese

	Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het woonzorgleefplan bevat informatie m.b.t. de medische anamnese, huidige diagnose en allergieën.	3	3	0	0	0
Het woonzorgleefplan bevat de sociale anamnese, opgemaakt bij opname, met minstens informatie over: • loopbaan • hobby's en interesses • samenstelling gezin/belangrijke levensgebeurtenissen.	5	3	2	0	0

Voor twee bewoners die opgenomen werden in 2017 en 2022 was er geen sociale anamnese terug te vinden in het woonzorgleefplan. De gesprekspartner gaf aan dat de sociale dienst sinds 2023 bij elke nieuwe opname een sociale anamnese opmaakt en dat dit voor bewoners die voor 2023 werden opgenomen, gefaseerd in orde gemaakt zal worden door de sociale dienst.

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggevoerd

- In het woonzorgleefplan ontbreekt informatie m.b.t. de sociale anamnese (loopbaan, hobby's, interesses, samenstelling gezin en belangrijke levensgebeurtenissen) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- o Vaststellingen 21/11/2024: in twee van de drie nagekeken woonzorgleefplannen van bewoners die in 2019 en 2020 werden opgenomen, was er geen sociale anamnese terug te vinden. De gesprekspartners lichtten toe dat de sociale dienst sinds 2023 een sociale anamnese maakt bij elke nieuwe opname.
- o Vaststellingen 04/04/2025: in twee van de drie nagekeken woonzorgleefplannen van bewoners die in 2021 en 2023 werden opgenomen, was er geen sociale anamnese terug te vinden.
- o Vaststellingen 17/09/2025: in twee van de vijf nagekeken woonzorgleefplannen van bewoners die in 2017 en 2022 werden opgenomen, was er geen sociale anamnese terug te vinden.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Zorg- en ondersteuningsplan

	Ja	Nee	NB
Het zorg- en ondersteuningsplan wordt opgemaakt per zorgmoment.	☒	☐	☐

	Aantal gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorg- en ondersteuningsplan bevat - indien nodig - voor alle zorgmomenten actuele instructies m.b.t. wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, continëntie en eten (geen tegenindicaties).	3	3	0	0	0

Het zorg- en ondersteuningsplan bevat - indien nodig - actuele instructies (geen tegenindicaties) m.b.t.:	Aantal gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen	Ja	Nee	NB	NVT
baddag	3	2	0	1	0
toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen	3	3	0	0	0
uit te voeren wondzorg	3	3	0	0	0
te meten parameters (op instructie van de arts)	3	3	0	0	0
specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril....)	3	3	0	0	0
Eén bewoner waarvan het woonzorgleefplan werd geconsulteerd, ging niet meer wekelijks in het bad/de douche. Deze beslissing werd genoteerd en beargumenteerd in het woonzorgleefplan van de betrokken bewoner.					

	Ja	Nee	NB
De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg.	☒	☐	☐
De zorg- en ondersteuningsplannen konden geconsulteerd worden via displays op de bewonerskamers. De gesprekspartner lichtte toe dat er een project werd opgestart om het consulteren en registreren van de zorginstructies via tablets te laten gebeuren.			

Bestaande inbreuk(en)

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

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 21/11/2024: in twee van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen ontbrak bij één bewoner de instructie rondom het aan- en uitdoen van Dauerbinde en bij een andere bewoner de instructie m.b.t. de alternating matras.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: in drie van de drie nagekeken woonzorgleefplannen ontbraken instructies m.b.t. het aan- en uitdoen van een gebitsprothese, het aan- en uitdoen van een hoorapparaat en de alternating matras.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: in drie van de drie nagekeken woonzorgleefplannen waren er actuele instructies m.b.t. de detailzorg (o.a. het dragen van een bril en Dauerbinde).

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Registraties

	Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt consequent geregistreerd.	3	0	3	0	0
In de nagekeken woonzorgleefplannen waren in de gecontroleerde drie dagen verschillende hiaten in de registraties van uitgevoerde zorginstructies.					

	Aantal gecontroleerde parameters	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd.	3	1	2	0	0
Voor twee bewoners waarbij de bloeddruk dagelijks of wekelijks gemeten moest worden, waren er in de gecontroleerde week resp. maand verschillende hiaten in de registraties van de bloeddrukwaarden.					

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen.	3	2	1	0	0
Voor één bewoner ontbrak er in de gecontroleerde zes maanden een maandelijks gewichtsregistratie in mei 2025.					

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- 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 21/11/2024: bij één bewoner waarvan de bloeddruk wekelijks gemeten moest worden, ontbrak twee keer een registratie van de bloeddrukwaarde in de gecontroleerde twee maanden. Bij één bewoner waarvan de glycemie dagelijks gemeten moest worden, ontbraken drie registraties en bij een andere bewoner waarvan de glycemie dagelijks vier keer gemeten moest worden, waren er dagelijks slechts drie glycemiewaarden genoteerd in de gecontroleerde twee weken.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: bij één bewoner waarvan de bloeddruk twee keer per week gemeten moest worden, ontbraken twee registraties en bij een andere bewoner waarvan de bloeddruk wekelijks gemeten moest worden, ontbrak één registratie in de gecontroleerde drie weken. Bij twee bewoners waarvan de glycemie vier keer per dag gemeten moest worden, werden de glycemiewaarden consequent geregistreerd in de gecontroleerde week.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: in twee van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen ontbraken verschillende registraties van de dagelijks of wekelijks te meten bloeddrukwaarden.
- 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 14/08/2023: in drie zorg- en ondersteuningsplannen waren meerdere prestaties niet afgetekend. Voor de maand augustus 2023 werd er voor één bewoner in de ochtend geen enkele prestatie afgetekend (de weekenddagen werden wel afgetekend, de weekdays niet).
 - o Vaststellingen 19/12/2023: er werden hiaten vastgesteld bij het registreren voor het uitvoeren van de zorginstructies, zowel bij individuele prestaties binnen één shift als bij volledige shiften.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: in drie van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen waren er verschillende hiaten in de registraties van uitgevoerde zorginstructies.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: in drie van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen waren er verschillende hiaten in de registraties van uitgevoerde zorginstructies.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: in drie van de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen waren verschillende hiaten in de registraties van uitgevoerde zorginstructies.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- De bewoners worden niet minstens maandelijks gewogen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: in één van de drie nagekeken woonzorgplannen ontbrak een maandelijks gewichtsregistratie in mei 2025.

Observaties

	Ja	Nee	NB
Alle aanwezige disciplines noteren observaties m.b.t. de bewoner in het zorgdossier zodat de toestand van de bewoner multidisciplinair kan opgevolgd worden.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoner en/of familie werd(en) betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	3	3	0	0	0
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	3	3	0	0	0

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Wondzorg

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
In geval van wondzorg wordt er voor elke wonde een wondzorgfiche opgemaakt	3	3	0	0	0

	Aantal gecontroleerde wondzorgfiches	Ja	Nee	NB	NVT
De wondzorgfiche vermeldt alle relevante gegevens:					
startdatum	3	3	0	0	0
beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	3	0	3	0	0
aard van de behandeling	3	3	0	0	0
frequentie van de behandeling	3	3	0	0	0
Op de nagekeken wondzorgfiches was geen informatie terug te vinden over de grootte en diepte van de wonde. Op één wondzorgfiche werd niet gespecificeerd om welk soort wonde het ging.					

	Aantal gecontroleerde wonden	Ja	Nee	NB	NVT
De evolutie van de wonde is af te leiden uit de observaties in het woonzorgleefplan.	3	3	0	0	0

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- De wondzorgfiche vermeldt geen beschrijving (plaats, soort, grootte, diepte) van de wonde - BVR

28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.

- o Vaststellingen 17/09/2025: op drie van de drie nagekeken wondzorgfiches ontbrak informatie over de grootte en diepte van de wonde en op één wondzorgfiche werd niet gespecificeerd om welk soort wonde het ging.

Kinesitherapie

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het woonzorgleefplan bevat -indien nodig- volgende informatie m.b.t. de kinesitherapeutische behandeling: - aard behandeling - frequentie behandeling	3	3	0	0	0

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

BIJKOMENDE VASTSTELLINGEN M.B.T. DE ZORGPRAKTIJK

- Zorginspectie besteedt tijdens de rondgang ook aandacht aan verschillende meer algemene, aspecten van wonen en zorg die niet in de andere modules aan bod komen. Deze aspecten zijn zodanig algemeen en complex dat er op basis van een momentopname geen algemene beoordeling over de totaliteit kan gegeven worden (vb. bewoners krijgen de dagelijkse zorg, zorginstructies worden uitgevoerd, ...) . Enkel indien er aanwijzingen zijn dat de zorg lacunes vertoont, vermeldt Zorginspectie in deze module de vaststellingen. Er worden geen uitspraken gedaan over de totaliteit van de zorgpraktijk.
- Vaststellingen op basis van:
 - o observaties tijdens de rondgang
 - o het nazicht van een steekproef van de woonzorgplannen en andere registraties m.b.t. de zorg.

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 04/04/2025: bij twee bewoners met een variabel schema voor insuline werd vastgesteld dat de genoteerde toegediende eenheden insuline niet altijd overeenkwamen met de eenheden die volgens het schema toegediend moesten worden, bv. men noteerde 10 eenheden, terwijl dit volgens het schema 14 eenheden moesten zijn.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: bij een bewoner met een variabel schema voor insuline kwamen de genoteerde eenheden insuline in de gecontroleerde zeven dagen niet altijd overeen met het aantal eenheden dat volgens het variabel schema, zoals voorgeschreven door de arts, toegediend moest worden.

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.	☒	☐	☐	☐
Tijdens de nacht is er voldoende personeel aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden (minimaal 1 zorgmedewerker per 60 bewoners).	☐	☒	☐	
Er is een actieve nachtdienst.	☒	☐	☐	
In de uurroosters wordt structureel overlapping voorzien tussen de verschillende diensten in functie van de informatieoverdracht.	☒	☐	☐	
In de referentieperiode waren op 20/08/2025, 25/08/2025 tot en met 27/08/2025, 06/09/2025 en 14/09/2025 vijf in plaats van zes zorgmedewerkers aanwezig tijdens de nacht.				

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Tijdens de nacht is er onvoldoende personeel (minimaal 1 zorgmedewerker per 60 bewoners) aanwezig om tijdig aangepaste hulp te bieden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 48.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: in de referentieperiode waren gedurende zes nachten vijf in plaats van zes zorgmedewerkers aanwezig.

OPVOLGEN REACTIETIJD BELOPROEPEN

- Vaststellingen op basis van:
 - o toelichting door de gesprekspartner
 - o procedure beloproepen
 - o rapport beloproepen
 - o documenten m.b.t. de opvolging van de beloproepen.

	Ja	Nee	NB
Men beschikt over een werkvoorschrift voor het beantwoorden van de beloproepen, waarin een concrete reactietijd na een beloproep wordt vooropgesteld.	☒	☐	☐
Er was een procedure beloproepen waarin een concrete reactietijd werd vooropgesteld.			
Het systeem laat toe om de reactietijd na beloproepen te registreren.	☒	☐	☐
De concrete reactietijden na beloproepen worden minstens trimestrieel opgevolgd.	☒	☐	☐
Maandelijks werd er een rapport opgesteld door de zorgmanager met het aantal beloproepen per afdeling per bewoner per maand, de gemiddelde reactietijd per afdeling en het aantal beloproepen per bewoner. Dit rapport werd volgens de gesprekspartners maandelijks verstuurd naar alle diensthoofden die dit vervolgens tijdens een maandelijks intern overlegmoment bespraken in hun team.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Bestaande aandachtspunt(en):

Weggewerkt

- Het is aan te bevelen om schriftelijke afspraken te maken m.b.t. de reactietijd na een beloproep.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: de gesprekspartners gaven aan dat men ernaar streeft om de beloproepen binnen 5 minuten te beantwoorden, maar deze richtlijn was niet schriftelijk vastgelegd.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: een eerste ontwerp van de schriftelijke procedure 'beloproepen' was klaar, maar deze was op de dag van het inspectiebezoek nog niet definitief.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: er was een procedure beloproepen waarin een concrete reactietijd werd vooropgesteld.

OBSERVATIES TIJDENS RONDGANG

- Vaststellingen op basis van observaties tijdens de rondgang.

BEJEGENING

	Ja	Nee	NB
De bewoners zijn goed gepositioneerd.	☒	☐	☐
De bewoners zien er uiterlijk verzorgd uit.	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB
De privacy van de bewoner wordt gerespecteerd. (vb. er hangt geen persoonlijke info over de bewoner uit op plaatsen waar bezoekers of andere bewoners dit kunnen lezen, geen inkijk, afscheiding tussen 2 bedden, dossiers worden veilig bewaard...).	☒	☐	☐
Indien incontinentiemateriaal in de individuele sanitaire cellen of in de gemeenschappelijke toiletten en badkamers wordt opgeborgen, gebeurt dit discreet.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB
Er wordt een huiselijke en rustige sfeer gecreëerd tijdens het maaltijdgebeuren.	☒	☐	☐
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

BEWONERSKAMERS

	Ja	Nee	NB
De bewoner beschikt steeds over drinkbaar water. Het water moet beschikbaar gesteld worden in een voor de bewoner gemakkelijk te hanteren recipiënt dat - indien nodig - binnen handbereik gebracht wordt.	☒	☐	☐
De bewoner kan vanuit het bed het licht bedienen.	☒	☐	☐
De bewoner beschikt steeds over een aangepast oproepsysteem (het oproeppunt is bereikbaar vanuit het bed en vanuit de zetel).	☒	☐	☐
In verschillende bewonerskamers van de beveiligde afdelingen was er geen oproepsysteem aanwezig omdat de betrokken bewoners dit volgens de gesprekspartner niet meer konden bedienen. De beslissing om geen oproepsysteem te voorzien, werd genoteerd en beargumenteerd in het woonzorgleefplan van de betrokken bewoners.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VERWARMING, VERLICHTING EN ONDERHOUD

	Ja	Nee	NB
In alle lokalen zijn de verwarming en verlichting aangepast aan de bestemming van het lokaal (geen tegenindicaties).	☒	☐	☐
De gebouwen en de lokalen worden regelmatig onderhouden:	Ja	Nee	NB
dagelijks onderhoud	☒	☐	☐
structureel onderhoud.	☐	☒	☐
De gemeenschappelijke toiletten en de toiletten in de individuele sanitaire cellen van het 'Home' vertoonden een zwarte aanslaglaag. De gesprekspartner gaf aan dat er contact was geweest met verschillende gespecialiseerde firma's en dat de oorzaak van het probleem duidelijk was. Er werd ook een aanbevolen product getest voor de verwijdering van de zwarte aanslag, maar dat had vooralsnog niet het gewenste effect.			

Bestaande inbreuk(en)

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

Niet weggewerkt

- Het structurele onderhoud is onvoldoende - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 10°, 11° en art. 29, 1°, b.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: de gemeenschappelijke toiletten en de toiletten in de individuele sanitaire cellen op de tweede verdieping van het "home" vertoonden een zwarte aanslaglaag. De gesprekspartners gaven aan dat dit veroorzaakt werd door een Bifipro waterbehandelingssysteem dat gebruikt wordt ter preventie van legionella.
 - o Vaststellingen 04/04/2025: de situatie was ongewijzigd.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: de situatie was ongewijzigd. Op advies van een gespecialiseerde firma werd een product getest voor de verwijdering van de zwarte aanslag in de toiletten, maar dit had volgens de gesprekspartner vooralsnog niet het gewenste effect.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VEILIGHEID

	Ja	Nee	NB
Men neemt de nodige maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen, rekening houdend met hun toestand:			
medicatie en verzorgingsproducten worden veilig bewaard	☒	☐	☐
onderhoudsproducten worden veilig bewaard	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

INFORMATIE VOOR BEWONERS

	Ja	Nee	NB
Het menu wordt ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld.	☒	☐	☐
Het programma begeleiding wonen en leven wordt bekendgemaakt.	☒	☐	☐
De gegevens van de Woonzorglijn worden op een zichtbare plaats uitgehangen.	☒	☐	☐

	Ja	Nee	NB
Volgende zaken zijn geafficheerd op een zichtbare plaats: • dagprijzen • extra vergoedingen • regeling van de voorschotten ten gunste van derden.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

INSPRAAK

GEBRUIKERSRAAD

- Vaststellingen op basis van het nazicht van:
 - o toelichting door de gesprekspartner
 - o de verslagen van de gebruikersraad
 - o de verslagen van de familieraad.

	Ja	Nee	NB	NVT(*)
Er is een gebruikersraad die minstens 1 x per trimester samenkomt.	☒	☐	☐	☐
Op de open afdelingen werd er in 2025 elk trimester een gebruikersraad georganiseerd. Op de beveiligde afdelingen werd de gebruikersraad vervangen door een familieraad.				

(*) In de voorziening verblijven enkel bewoners met cognitieve problemen, de gebruikersraad wordt vervangen door een familieraad

	Ja	Nee	NB
Van de vergaderingen van de gebruikersraad wordt een verslag opgemaakt dat aan alle bewoners en hun vertegenwoordigers bezorgd wordt.	☒	☐	☐
Het woonzorgcentrum kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de gebruikersraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de gebruikersraad.	☒	☐	☐
De verslagen van de gebruikersraad werden aan elke bewoner op papier bezorgd. Aan het begin van elke vergadering werden de opmerkingen en suggesties van de vorige vergadering opgevolgd en werd het verslag goedgekeurd.			

	Ja	Nee	NB	NVT(**)
Er is een familieraad die minstens 1 x per 6 maanden vergadert (1 x per trimester indien in WZC voor bewoners met cognitieve problemen de gebruikersraad vervangen wordt door de familieraad).	☐	☒	☐	☐
Op de beveiligde afdelingen werd er in het eerste semester een familieraad georganiseerd, maar aangezien er op de beveiligde afdelingen geen gebruikersraden zijn, moet hier minstens één keer per trimester een familieraad georganiseerd worden. Op één van de vier open afdelingen had er in het eerste semester van 2025 geen familieraad plaatsgevonden.				

(**) Er wordt geen aparte familieraad georganiseerd, de familieleden worden uitgenodigd op de bewonersraad.

	Ja	Nee	NB
Van de vergaderingen van de familieraad wordt een verslag opgemaakt dat aan alle bewoners en hun vertegenwoordigers bezorgd wordt.	☒	☐	☐
Het woonzorgcentrum kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de familieraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de familieraad.	☐	☐	☒
De verslagen van de familieraad werden uitgehangen op de afdeling en aan elke bewoner op papier bezorgd. Op de beveiligde afdelingen werden de verslagen ook uitgehangen en naar de contactpersonen van de bewoners gemaïld.			

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Het woonzorgcentrum kan onvoldoende aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de gebruikersraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de gebruikersraad - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §2.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: de afdeling gebonden vragen en mededelingen werden onmiddellijk tijdens de gebruikersraad besproken en beantwoord, maar niet opgenomen in een verslag waardoor de opvolging en terugkoppeling van opmerkingen en suggesties niet aangetoond kon worden.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: aan het begin van elke vergadering werd het vorige verslag hernomen voor verdere opvolging en goedkeuring.
- Er wordt van de vergadering van de familieraad geen verslag opgemaakt dat aan alle bewoners en hun familie of mantelzorgers bezorgd wordt - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §2.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: er werd niet altijd een verslag opgemaakt van de vergaderingen van de familieraad en als er een verslag werd opgemaakt, werd dit niet bezorgd aan bewoners en familieleden.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: er werden verslagen gemaakt van de familieraad. Deze verslagen werden uitgehangen op de afdeling en aan elke bewoner op papier bezorgd. Op de beveiligde afdelingen werden de verslagen naar de contactpersonen van de bewoners gemaild.

Niet weggewerkt

- De familieraad vergadert niet minstens één keer per 6 maanden (1 x per trimester indien in WZC voor bewoners met cognitieve problemen de gebruikersraad vervangen wordt door de familieraad) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §1.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: niet op alle open afdelingen was er minstens één keer per zes maanden een familieraad. Voor de familieleden van bewoners van de beveiligde afdelingen, waar geen gebruikersraden werden georganiseerd, werd er niet elk trimester een familieraad georganiseerd.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: op de beveiligde afdelingen, waar de familieraad de gebruikersraad vervangt, werd er niet elk trimester een familieraad georganiseerd. Op één van de vier open afdelingen had er in het eerste semester van 2025 geen familieraad plaatsgevonden.

Niet beoordeeld

- Het woonzorgcentrum kan onvoldoende aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de familieraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de familieraad - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §2.
 - o Vaststellingen 21/11/2024: er werd niet altijd een verslag opgemaakt van de vergaderingen van de familieraad waardoor de opvolging en terugkoppeling van opmerkingen en suggesties niet aangetoond kon worden.
 - o Vaststellingen 17/09/2025: deze inbreuk zal tijdens een volgend inspectiebezoek beoordeeld worden. Aangezien er sinds de vorige inspectie nog geen twee familieraden per afdeling hadden plaatsgevonden en er bijgevolg geen twee verslagen voorgelegd konden worden, werd dit niet beoordeeld.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.