

INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

INRICHTENDE MACHT

Naam	ORELIA ZORG
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	NV
Ondernemingsnummer	0810196557
Adres	Selsaetenstraat 50 B, 2160 Wommelgem

INSPECTIEPUNT

Naam	Ter Velm
HCO-nummer	16824
Adres	Halingenstraat 76, 3806 Sint-Truiden
Dossiernummer	338.111

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	23/09/2025
Verslagnummer	ZI-2025-03358

INSPECTIEBEZOEK

Ter Velm

Onaangekondigde inspectie op 16/09/2025 (09:30-12:30)

INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	8
o Personeelsformatie	8
• Infrastructuur	10
• Handhygiëne	12
o Handhygiëne in de praktijk	12
• Medicatieveiligheid	14
• Hulp- en dienstverlening	16
o Woonzorgleefplan	16
o Afstemming van de zorg	20
o Bijkomende vaststellingen m.b.t. de zorgpraktijk	20
o Continuïteit zorgverlening	21
o Opvolgen reactietijd beloproepen	21
• Observaties tijdens rondgang	22
• Inspraak	25
o Gebruikersraad	25

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	126
--------------------------	-----

Andere erkenningen en toelatingen

Capaciteit CVK- erkenning	6
---------------------------	---

Inspectiebezoek

De inspectie vond plaats naar aanleiding van:

- het structureel toezicht

Directie WZC

Naam:

Ine Leenen

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	100
Totaal aantal bewoners CVK	6
Afwezigen	1
Andere	0
Totale bezetting (*)	107

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

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

	Ja	Nee	NB
De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt gerespecteerd.	☒	☐	☐

Katz scores

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

O	A	B	C	CD	D	CC
6	14	30	11	40	0	0

Totaal aantal WZC = 101

Katz scores bewoners CVK

O	A	B	C	CD	D
0	1	3	0	2	0

Totaal aantal CVK = 6

Totaal aantal bewoners met Katz score	107
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	107

Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	62
Bewoners jonger dan 65 jaar	7

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 augustus en september 2025
 - o documenten m.b.t. de tewerkstelling van interimmedewerkers, zelfstandigen 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)(**)	11,49	14,98
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	3,00	3,00
waarvan verpleegkundige(n)	3,00	1,00
Zorgkundigen	29,51	17,90
Medewerker(s) reactivering(***)	/	3,80
Kinesitherapeut(e)(n)	2,09	
Ergotherapeut(e)(n)	1,20	
Logopedist(e)(n)	0,50	
Andere	0,50	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,00	0,29
Begeleider(s) wonen en leven	2,31	2,00
Medewerkers keuken en onderhoud	12,96	7,13
Andere		
Administratieve medewerker(s)	1,00	/
Logistieke medewerker(s)	3,70	/

(*) 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.
- Jobstudenten zonder visum werden voor 3,00 vte meegerekend bij de logistieke medewerkers.
- Het hoofd bewonerszorg werd voltijds meegeteld bij verpleegkundigen.
- Het tekort aan medewerkers levenseindezorg wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering.

Substitutieregel

	Aantal vte
Tekort verpleegkundigen	3,49
Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie (*)	4,49
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een medewerker met een diploma zoals vermeld in art. 45, §2, 8°	0,20
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een zorgkundige	3,29
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.

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	9,26	25,67
Interim personeel	0,84	0,57
Zelfstandige verpleegkundigen / zorgkundigen	1,39	0,54
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	2,73
TOTAAL	11,49	29,51

(*) 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

- Er zijn onvoldoende begeleiders wonen en leven. - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §1, 3°.
 - Vaststellingen 18/02/2025: er was een tekort van 0,29 begeleiders wonen en leven.
 - Vaststellingen 16/09/2025: er waren voldoende begeleiders wonen en leven.

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: afdelingen Reinette, Bigarreau en Conference met telkens enkele bewonerskamer, de gemeenschappelijke badkamers, verpleegposten en eet- en zitruimte.
- 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 na 2009, voor 2017

Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- Het WZC bevindt zich op de voormalige Triamant- site waar tevens verschillende appartementen gelegen zijn. De voorziening wenst de appartementen, die rechtstreeks verbonden zijn aan het WZC, over te nemen om een GAW uit te baten. Op de dag van inspectie hebben verschillende personen die in de appartementen wonen een huurovereenkomst zoals voorzien in het Woninghuurdecreet volgens de gesprekspartners. Op dezelfde site bevindt zich een Spar.

BEWONERSKAMERS

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:

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 02/03/2023: in de gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten was er slechts één handgreep.
 - o Vaststellingen 24/10/2023: omdat bepaalde voormalige gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten als berging werden gebruikt zijn andere gemeenschappelijke toiletten op de gangen van de afdeling toegankelijk voor bewoners. Deze toiletten zijn te klein voor rolstoelgebruikers, hebben geen of slechts één handgreep.
 - o Vaststellingen 19/01/2024: in de gecontroleerde gemeenschappelijke rolstoeltoegankelijke toiletten was er slechts één handgreep.
 - o Vaststellingen 27/09/2024: niet overal waren er twee handgrepen. De gesprekspartners gaven aan dat men bezig was om overal waar nodig een tweede handgreep te plaatsen.
 - o Vaststellingen 18/02/2025: de bezochte gemeenschappelijke toiletten op de afdelingen beschikten over twee handgrepen aan het toilet. De gemeenschappelijke (niet rolstoeltoegankelijke) toiletten ter hoogte van het kapsalon (-1) beschikten niet over twee handgrepen naast het toilet. De gesprekspartners verklaarden dat deze toiletten enkel gebruikt werden door medewerkers en bezoekers. De aanduiding hieromtrent werd besteld, aldus de gesprekspartners.

- o Vaststellingen 16/09/2025: het gemeenschappelijke (niet-rolstoeltoegankelijke toilet) t.h.v. het kapsalon werd aangeduid als een ' bezoekerstoilet'.
- Niet overal in de gangen werden aan beide zijden leuningen aangebracht - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18°.
 - o Vaststellingen 02/03/2023: in de gang naar het kantoor van de directeur, die ook toegang geeft tot het onthaal en de leefruimte naast het onthaal, waren er geen leuningen terwijl dit overal waar bewoners kunnen komen aan beide zijden moet worden voorzien, ook waar er raampartijen zijn of door deuren onderbroken muren. Op het gelijkvloers in afdeling Bigarreau ontbrak een leuning richting kamer 1. In de ondergrondse gang die de afdelingen met elkaar verbindt, waar ook bewoners komen, waren er geen leuningen aan beide zijde van de gangen.
 - o Vaststellingen 19/01/2024: de situatie was ongewijzigd.
 - o Vaststellingen 27/09/2024: er werden leuningen bijgeplaatst aan beide zijden van de gang waar onder andere het kantoor van de directeur ligt, op de afdelingen en gedeeltelijk op niveau -1. De gesprekspartners gaven aan dat er nog leuningen zullen worden bijgeplaatst ter hoogte van het kapsalon en in de verbindingsgang op niveau -1 naar o.a. de gemeenschappelijke leefruimte en afdeling Conférence.
 - o Vaststellingen 18/02/2025: de leuningen in de gang ter hoogte van het bureel van de directeur werden bijgeplaatst. De verbindingsgang (-1) richting afdeling Conference en ter hoogte van het kapsalon werd deels voorzien van leuningen. De gesprekspartners verklaarden dat er een bijbestelling werd gedaan.
 - o Vaststellingen 16/09/2025: de verbindingsgang (-1) werd voorzien van leuningen aan beide zijden van de gang.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VEILIGE INFRASTRUCTUUR I.F.V. DWAALGEDRAG EN VALINCIDENTEN

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de traphallen zijn niet beveiligd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 54, 6de lid, 3° (WZC na 2017).
 - o Vaststellingen 02/03/2023: de stalen brandtrap in de omheinde buitentuin van de afdeling Bigarreau is niet beveiligd. Er werd vastgesteld dat de traphal op het gelijkvloers in de afdeling Conference, waartoe toegang is via de lift vanuit de leefruimte waar aan animatie wordt gedaan, niet beveiligd was. Er wordt volgens de directeur overwogen om deze tuin een andere invulling te geven, maar er zijn nog geen officiële (architectonische) wijzigingen vastgelegd t.g.v. de overdracht van Triamant naar Orelia.
 - o Vaststellingen 24/10/2023: de situatie was ongewijzigd en er werden bijkomende elementen vastgesteld zoals een deur van een leefruimte (die toegang gaf tot een traphal) die niet meer sloot waardoor men genoodzaakt was om een kast ervoor te zetten. De inbreuk werd niet geremedieerd.
 - o Vaststellingen 19/01/2024: de situatie was ongewijzigd. De inbreuk werd niet geremedieerd.
 - o Vaststellingen 16/09/2025: de traphallen werden beveiligd.

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.

Er is een wastafel beschikbaar in:	Aantal gecontroleerde ruimtes	Ja	Nee	NB	NVT
de gemeenschappelijke toiletten	3	3	0	0	0
de gemeenschappelijke badkamers	3	3	0	0	0
de verpleegpost	3	3	0	0	0
de personeelstoiletten.	3	3	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	12	12	0	0	0
dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	12	12	0	0	0
aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	12	12	0	0	0

Er is handalcohol beschikbaar:	Ja	Nee	NB
bij elke bewonerskamer	☒	☐	☐
in elke verpleegpost	☒	☐	☐
in de gemeenschappelijke leefruimtes.	☒	☐	☐

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.	8	8	0	0	0

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Niet alle medewerkers passen de algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne in de praktijk toe - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
 - o Vaststellingen 18/02/2025: één medewerker droeg een horloge.
 - o Vaststellingen 16/09/2025: tijdens de rondgang pasten de geobserveerde medewerkers de algemeen geldende basisvoorschriften inzake handhygiëne in de praktijk toe.

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:
 - een steekproef van de woonzorgleefplannen
 - een steekproef van de medicatiefiches
 - het medicatieopslag- en bedelingssysteem
 - de klaargezette medicatie via steekproef
 - bijkomende registraties inzake medicatie
 - observaties tijdens de rondgang

	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.	☒	☐	☐

	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	3	0	0	0

	Aantal gecontroleerde dossiers	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd.	3	3	0	0	0
Het toedienen van de medicatie wordt consequent geregistreerd.	3	3	0	0	0
Het aantal toegediende eenheden insuline bij een variabel schema wordt consequent geregistreerd.	1	1	0	0	0
Op de dag van inspectie was er volgens de gesprekspartners maar één bewoner, waarbij een variabel schema voor insuline van toepassing was, aanwezig in de voorziening.					

	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

	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.	☒	☐	☐

	Aantal gecontroleerde medicatiepletter(s)/pillensnijder(s)	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s)/pillensnijder(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	3	3	0	0	0

	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.	2	2	0	0	0

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Op de medicatiefiche ontbreken de nodige gegevens m.b.t. de, door de arts voorgeschreven, "medicatie indien nodig" (de indicatie, de dosis, de maximum dosis per 24u en het interval voor toediening) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 29, 2°, e en art. 30, 2° en 3°.
 - Vaststellingen 18/02/2025: op één van de drie geconsulteerde medicatiefiches ontbrak voor één geneesmiddel (bij de indien nodig medicatie) het interval voor toediening.
 - Vaststellingen 16/09/2025: drie van de drie medicatiefiches beschikten over de nodige gegevens m.b.t. door de arts voorgeschreven "medicatie indien nodig".

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

HULP- EN DIENSTVERLENING

WOONZORGLEEFPLAN

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

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

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

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

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

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

- Vaststellingen op basis van:
 - o observaties tijdens de rondgang
 - o het nazicht van een steekproef van de woonzorgleefplannen en andere registraties m.b.t. de zorg.

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.	3	3	0	0	0

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, continentie en eten (geen tegenindicaties).	3	3	0	0	0

	Aantal gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het zorg- en ondersteuningsplan bevat - indien nodig - actuele instructies (geen tegenindicaties) m.b.t.:					
baddag	3	3	0	0	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

	Ja	Nee	NB
De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg.	☒	☐	☐

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Registraties

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt consequent geregistreerd.	3	3	0	0	0

	Aantal gecontroleerde parameters	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd.	3	3	0	0	0

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoners worden minstens maandelijks gewogen.	3	3	0	0	0

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

De wondzorgfiche vermeldt alle relevante gegevens:	Aantal gecontroleerde wondzorgfiches	Ja	Nee	NB	NVT
startdatum	3	3	0	0	0
beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	3	3	0	0	0
aard van de behandeling	3	3	0	0	0
frequentie van de behandeling	3	3	0	0	0

	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

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- De wondzorgfiche vermeldt geen behandelingswijze - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - o Vaststellingen 18/02/2025: op één van de drie wondzorgfiches werd het protocol m.b.t. het behandelen van de wonde niet ingevuld. Hierdoor was de aard van de behandeling onduidelijk.
 - o Vaststellingen 16/09/2025: bij drie van de drie geraadpleegde wondzorgfiches werd de aard van de behandeling omschreven.
- De wondzorgfiche vermeldt geen frequentie van de behandeling - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - o Vaststellingen 18/02/2025: op één van de drie wondzorgfiches werd het protocol m.b.t. het behandelen van de wonde niet ingevuld. Hierdoor was de frequentie van de behandeling onduidelijk.
 - o Vaststellingen 16/09/2025: bij drie van de drie geraadpleegde wondzorgfiches werd de frequentie van de behandeling omschreven.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

Kinesithérapie

	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

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Het woonzorgleefplan bevat onvoldoende informatie m.b.t. de kinesitherapeutische behandeling - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°, h.
 - o Vaststellingen 18/02/2025: voor drie van de drie geconsulteerde woonzorgleefplannen werd de frequentie van de kinesitherapeutische behandeling niet opgenomen.
 - o Vaststellingen 16/09/2025: voor drie van de drie geconsulteerde woonzorgleefplannen werd de frequentie (en de aard) van de kinesitherapeutische behandeling omschreven.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

AFSTEMMING VAN 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.

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- Het resultaat van de bespreking in het intern overleg wordt niet toegevoegd aan het individuele woonzorgleefplan van de betrokken bewoner - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
 - o Vaststellingen 29/10/2024: men kon op het moment van inspectie het verslag van het laatste MDO van één bewoner niet voorleggen.
 - o Vaststellingen 16/09/2025: voor drie van de drie bewoners kon het laatste verslag van het MDO voorgelegd worden.

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.

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
 - o observaties tijdens de rondgang.

	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.	☒	☐	☐	

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

OPVOLGEN REACTIETIJD BELOPROEPEN

- Vaststellingen op basis van:
 - o toelichting door de gesprekspartner
 - o procedure beloproepen
 - o registraties reactietijden

	Ja	Nee	NB
Men beschikt over een werkvoorschrift voor het beantwoorden van de beloproepen, waarin een concrete reactietijd na een beloproep wordt vooropgesteld.	☒	☐	☐
Het systeem laat toe om de reactietijd na beloproepen te registreren.	☒	☐	☐
De concrete reactietijden na beloproepen worden minstens trimestrieel opgevolgd.	☒	☐	☐
De reactietijden worden wekelijks met de diensthoofden overlopen. Uitschieters worden rechtstreeks met de betrokken zorgmedewerkers besproken aldus gesprekspartners.			

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

OBSERVATIES TIJDENS RONDGANG

- Vaststelling 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).	☒	☐	☐

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.	☐	☒	☐

Verschillende muren en deuren op de afdelingen waren beschadigd. Daarnaast was het pleisterwerk aan het afbrokkelen ter hoogte van het gemeenschappelijk toilet op -1. Het afbrokkelend plijsterwerk werd gedeeltelijk vervangen (de muren werden behandeld tegen opstijgend vocht). De gesprekspartners verklaarden dat men eerst wilde afwachten om te kijken of deze manier van werken afdoende zou zijn alvorens de resterende muren op -1 te behandelen.

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 08/08/2023: er werd door de gesprekspartners aangegeven dat een bad in de gemeenschappelijke badkamer op afdeling Conference enkele maanden defect is geweest en sinds ongeveer een maand is hersteld. Tijdens de rondgang in afdeling Reinette werd vastgesteld dat een ander bad in de gemeenschappelijke badkamer niet werd gebruikt omdat dit ook defect was.
Het structureel onderhoud van de baden is ontoereikend aangezien er meerdere maanden geen herstelling gebeurde.
 - o Vaststellingen 24/10/2023: er werd vastgesteld dat het structureel onderhoud onvoldoende was. Verschillende herstellingen waren nodig zoals defecte naamborden aan de kamers, lampen die niet tijdig worden vervangen, een deur van een leefruimte (die toegang gaf tot een traphal) die niet meer sloot waardoor men genoodzaakt was om een kast ervoor te zetten, flikkerende verlichting op de afdelingen, lampen in gemeenschappelijke toiletten die worden vervangen door rode lampen o.w.v. een gebrek aan gewone lampen,...
 - o Vaststellingen 19/01/2024: in een inkomhal die toegang geeft tot een afdeling, zaten rode lampen in de lichtarmaturen. Het slot van de vluchtdeur naar de stalen buitentrapp was kapot op het eerste verdiep van afdeling Biggareau. Op het gelijkvloerse verdiep van afdeling Conference waren sommige stukken van de muren van de gang beschadigd, sommige stukken van de muren van de gang waren vuil. De naambordjes op de kamers werden hersteld of vervangen en er waren geen flikkerende lampen meer.
 - o Vaststellingen 27/09/2024: sommige sloten van deuren waren nog niet hersteld. Een gedeelte onderaan een vaatwasmachine in een gemeenschappelijke eetruimte was defect. Er was een kapotte tegel op het gelijkvloers. Op meerdere plaatsen waren sommige stukken van de muren van de gang beschadigd en/of vuil.
 - o Vaststellingen 18/02/2025: de sloten van de deuren waren hersteld. De vaatwasmachine was weggehaald en de tegels werden vervangen of gerepareerd. Er werd vastgesteld dat verschillende muren en deuren op de afdelingen waren beschadigd. Daarnaast was het pleisterwerk aan het afbrokkelen ter hoogte van het gemeenschappelijk toilet op -1.
 - o Vaststellingen 16/09/2025: verschillende muren en deuren op de afdelingen waren beschadigd. Daarnaast was het pleisterwerk aan het afbrokkelen ter hoogte van het gemeenschappelijk toilet op -1. Het afbrokkelend plijsterwerk werd gedeeltelijk vervangen (de muren werden behandeld tegen opstijgend vocht). De gesprekspartners verklaarden dat men eerst wilde afwachten om te kijken of deze manier van werken afdoende zou zijn alvorens de resterende muren op -1 te behandelen.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

VEILIGHEID

Men neemt de nodige maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen, rekening houdend met hun toestand:	Ja	Nee	NB
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

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
 - 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.	☒	☐	☐	☐

(*) 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.	☒	☐	☐
Het verslag van de gebruikersraad wordt uitgehangen in de eet- en zitruimte.			

	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).	☒	☐	☐	☐

(**) 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 worden aan de vertegenwoordigers van de bewoner bezorgd via e-mail en liggen ter inzage aan het onthaal.			

Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- De gebruikersraad vergadert niet minstens één keer per trimester - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §1.
 - o Vaststellingen 29/04/2024: er was geen verslag van een bewonersraad in het eerste trimester van 2024 beschikbaar.
 - o Vaststellingen 18/02/2025: in 2024 was er, voor het eerste trimester, geen verslag van de gebruikersraad beschikbaar. De gesprekspartners toonden aan dat er daarna trimestrieel een gebruikersraad werd georganiseerd. De volgende gebruikersraad staat gepland voor maart '25, aldus de gesprekspartners.
 - o Vaststellingen 16/09/2025: er werden vier verslagen van gebruikersraden voorgelegd waaruit

bleek dat er minstens één keer per trimester vergaderd werd.

Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er wordt van de vergadering van de gebruikersraad geen verslag opgemaakt dat aan alle bewoners en hun familie of mantelzorgers bezorgd wordt - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 41, §2.
 - o Vastellingen 16/09/2025: de verslagen van de gebruikersraden werden volgens gesprekspartners uitgehangen en niet aan alle bewoners bezorgd.