

## INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

### INRICHTENDE MACHT

Naam	Woonzorgnet-Dijleland
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	VZW
Ondernemingsnummer	0500952540
Adres	Wingerdstraat 14, 3000 Leuven

### INSPECTIEPUNT

Naam	Dijlehof
HCO-nummer	3339
Adres	Minderbroedersstraat 9B , 3000 Leuven
Dossiernummer	237.109

### INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	08/01/2026
Verlagnummer	ZI-2025-02561

### INSPECTIEBEZOEK

**Dijlehof**  
Onaangekondigde inspectie op 06/01/2026 (10:20-13:30)

## 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	16
• Hulp- en dienstverlening	18
o Woonzorgleefplan	18
o Bijkomende vaststellingen m.b.t. de zorgpraktijk	21
o Continuïteit zorgverlening	21
• Observaties tijdens rondgang	22
• Inspraak	23
o Gebruikersraad	23

# 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 beleidsadvies 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 inspectieverlagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

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

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

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

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

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

## Methodiek

De inspecties vinden plaats in de voorziening.

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

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

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

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

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

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

## Verslag

### Inhoud inspectieverslag

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

### Opbouw van het verslag

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

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

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

### Reactiemogelijkheid

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

### **Toegepaste regelgeving**

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

### **Gebruikte afkortingen**

AP	aandachtspunt
AW	assistentiewoning
BE	bijkomende erkenning
BVR	Besluit Vlaamse Regering
CVH	centrum voor herstelverblijf
CVK	centrum voor kortverblijf
CDV	centrum voor dagverzorging
CDO	centrum voor dagopvang
CRA	coördinerend en raadgevend arts
DG	dienst gezinszorg
GAW	groep van assistentiewoningen
HVP	hoofdverpleegkundige(n)
IB	inbreuk
LDC	lokaal dienstencentrum
NAH	niet aangeboren hersenletsels
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	47
WZC erkend met toepassing van art. 48 van het woonzorgdecreet. Totale capaciteit van alle vestigingen van het WZC *	101

\*erkende capaciteit WZC + CVK

Het woonzorgcentrum Dijkehof is erkend met toepassing van art. 48 van het woonzorgdecreet, samen met het woonzorgcentrum Burenhof.

### Andere erkenningen en toelatingen

Capaciteit CVK- erkenning	5
Capaciteit bijkomende erkenning centrum voor oriënterend kortverblijf	3

### Inspectiebezoek

De inspectie vond plaats naar aanleiding van:

- de wijziging van de modaliteiten van de erkenning  
Aan vzw Woonzorgnet-Dijland, werd met een besluit van 10 juli 2025 onder het erkenningsnummer PE187 met ingang van 1 juli 2025 een erkenning verleend voor volgende vestigingen:
  - de erkende huisvestingscapaciteit werd verminderd met 43 woongelegenheden en de capaciteitsuitbreiding met 20 woongelegenheden van de vestiging Dijkehof werd voorlopig erkend voor de duur van één jaar. De maximale huisvestingscapaciteit bedraagt hierdoor 47 woongelegenheden.
  - de vestiging Burenhof werd voorlopig erkend voor maximaal 43 woongelegenheden voor de duur van één jaar, ter vervanging van 43 woongelegenheden van de vestiging Dijkehof.
- eerder vastgestelde inbreuken; tijdens dit inspectiebezoek wordt de remediëring van deze inbreuken nagegaan, alsook worden de huidige bewoners- en personeelsbezetting in kaart gebracht en wordt nagegaan of de continuïteit van de hulp- en dienstverlening wordt gegarandeerd.

### Directie WZC

Naam:

Rudi Logist en Roselien Bommeres

## 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	45
Totaal aantal bewoners CVK	4
Afwezigen	3
Andere	0
Totale bezetting (*)	52
Op het moment van inspectie waren er drie bewoners afwezig waarvan één bewoner in kortverblijf.	

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

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

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

### Katz scores

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

O	A	B	C	CD	D	CC
0	3	26	9	3	6	0

Totaal aantal WZC = 47

Katz scores bewoners CVK

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

Totaal aantal CVK = 5

Totaal aantal bewoners met Katz score	52
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	52

### Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	21

### Bestaande inbreuk(en)

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

Weggewerkt

- De erkende capaciteit van het woonzorgcentrum wordt overschreden. Bijkomende woongelegenheden mogen pas worden uitgebaat nadat de Vlaamse Regering ze heeft erkend - WZD 15/02/2019, art. 39, §2, 6°.
  - Vaststellingen 23/05/2023: de erkende capaciteit van het woonzorgcentrum werd overschreden omwille van een opname van een bewoner van de assistentiewoningen in het kader van overbruggingszorg.
  - Vaststellingen 06/01/2026: de erkende capaciteit van het woonzorgcentrum werd niet overschreden.

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

# OMKADERING

## PERSONEELSFORMATIE

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
  - de personeelslijst en de uurroosters voor de maanden december 2025 en januari 2026
  - documenten m.b.t. de tewerkstelling van jobstudenten voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug

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

Functie	Totaal aantal vte medewerkers (*)	Vereist aantal vte WZC (*)
Verpleegkundige(n)(**)	9,55	7,27
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	3,00	1,00
waarvan verpleegkundige(n)	3,00	1,00
Zorgkundigen	15,36	8,77
Medewerker(s) reactivering(***)	/	2,18
Kinesitherapeut(e)(n)	0,80	
Ergotherapeut(e)(n)	0,80	
Logopedist(e)(n)	0,10	
Andere	0,65	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	0,00	0,14
Begeleider(s) wonen en leven	1,20	1,00
Andere		
Administratieve medewerker(s)	2,67	/
Logistieke medewerker(s)	5,92	/
Kapster	0,80	/
Technieker	1,35	/

(\*) 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.

### Erkenningsvoorwaarden voor WZC erkend met toepassing van art. 48 van het woonzorgdecreet

Functie	Effectief*	Vereist* voor een erkende capaciteit van 101 wgl.
Overkoepelende directeur	1,00	1,00
Aanspreekpunt	nee	ja
Keuken- en onderhoudspersoneel	14,62	6,73

\* Effectief en vereist personeel in functie van het aantal bezette en/of erkende woongelegenheden (wgl.) uitgedrukt in voltijds equivalent (vte).

- Personeelsleden die minstens 30 kalenderdagen aaneensluitend afwezig zijn en stagiairs worden niet

meegerekend in bovenstaande tabel.

- Onder 'andere' onder 'medewerkers reactivering' werd een psycholoog (0,30 vte) meegeteld en een maatschappelijk assistent (0,35 vte)
- Het tekort aan medewerkers levensindezorg (0,14 vte) wordt gecompenseerd door het surplus aan medewerkers reactivering (0,17vte).

### Substitutieregel

	Aantal vte
Tekort verpleegkundigen	0,00
Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie (*)	2,18
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een medewerker met een diploma zoals vermeld in art. 45, §2, 8°	0,00
Aantal vte verpleegkundigen vervangen door een zorgkundige	0,00
Resterend tekort verpleegkundigen na toepassing van de 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.

De substitutieregels moest niet worden toegepast.

### 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 3 wgl
Medewerkers centrum voor oriënterend kortverblijf:	1,45	0,69

De voorziening vult het aantal vte in als volgt:

- 0,60 vte verpleegkundige
- 0,50 vte psycholoog
- 0,10 vte ergotherapeut
- 0,25 vte maatschappelijk werker/sociaal verpleegkundige
- 0,00 andere

	Ja	Nee	NB
De voorziening voldoet aan de bijkomende voorwaarden in het kader van de erkenning als centrum voor oriënterend kortverblijf.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Personeelscategorieën

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

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

	Verpleegkundigen (*)	Zorgkundigen (*)
Personeel in loondienst of statutair personeel	9,55	14,00
Interim personeel	0,00	0,00
Zelfstandige verpleegkundigen / zorgkundigen	0,00	0,00
Personeel in loondienst bij een andere voorziening	0,00	0,00
Personeel tewerkgesteld in het kader van projectsourcing of projectstaffing	0,00	0,00
Jobstudenten	0,00	1,36
<b>TOTAAL</b>	<b>9,55</b>	<b>15,36</b>

(\*)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. Er werden 2,72 vte jobstudenten logistiek (zonder visum) meegeteld onder 'logistieke medewerkers'.

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

- De voorziening voldoet niet aan de voorwaarden voor WZC die erkend zijn cfr. art. 48: er is geen personeelslid dat fungeert als aanspreekpunt voor de dagelijkse leiding van de vestiging – BVR 19/7/2024, art. 28, 5°.
  - o Vaststellingen 06/01/2026: er was geen vast aanspreekpunt bij afwezigheid van de overkoepelend directeur (die halftijds beschikbaar is in WZC Burenhof en halftijds in WZC Dijkehof). De andere campusdirecteur was nog in opleiding bij de huidige campusdirecteur. Bij afwezigheid gelden de verschillende woonzorgcoördinatoren als aanspreekpunten.

## INFRASTRUCTUUR

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

## BESCHRIJVING INFRASTRUCTUUR

### Regelgeving van toepassing:

- WZC voor 2009

### Wijzigingen infrastructuur:

Het huis Lessius is niet meer in gebruik door het woonzorgcentrum. Deze bewoners verhuisden naar het woonzorgcentrum Burenhof. Volgens de gesprekspartner zijn een aantal kleine bewonerskamers niet meer in gebruik en kregen enkele reeds een andere bestemming zoals een ruimte voor pedicure, een ontvangstruimte voor studenten en een spreeklokaal. Voor andere lege bewonerskamers zal er nog bekeken worden welke 'bestemming' deze krijgen, aldus de gesprekspartner.

Er werden nieuwe keukens geplaatst in gemeenschappelijke leefruimtes.

### Andere woonzorgvoorzieningen op de site

- CVK
- CDV
- GAW

## BEWONERSKAMERS

### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

- In dit WZC (omgevingsvergunning van vóór 2017) is er in de sanitaire cellen geen draaicirkel van 1,5 m. Bijgevolg kan niet gesteld worden dat de sanitaire cel aangepast is aan de behoeften van een rolstoelgebruiker zoals gedefinieerd in art. 55 van bijlage 11 bij het BVR van 28/06/2019. Evenwel wordt hier, conform de ministeriële toelichtingsbrief van 03/01/2024, geen inbreuk gescoord. Van de voorziening wordt verwacht dat de beperkingen die dit met zich meebrengt, individueel per bewoner, zoveel mogelijk worden ondervangen.
  - Vaststellingen 23/05/2023: in de gecontroleerde sanitaire cellen was er geen draaicirkel van 1,5 meter.

## GEMEENSCHAPPELIJK SANITAIR

### Bestaande inbreuk(en)

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

**Niet weggewerkt**

- Niet overal in de gemeenschappelijke badkamers en gemeenschappelijke toiletten is er een spiegel voorzien die, indien van toepassing, aangepast of aanpasbaar is aan rolstoelgebruikers – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 26, 2<sup>de</sup> lid en art. 51, 3<sup>o</sup>.
  - Vaststellingen 23/05/2023: niet in alle rolstoelgemeenschappelijke toiletten waren de spiegels aangepast of aanpasbaar aan rolstoelgebruikers.
  - Vaststellingen 06/01/2026: de spiegels hingen op een hoogte van 105 cm. De spiegel moet op maximaal 100 cm hangen om aangepast te zijn aan een rolstoelgebruiker, tenzij deze kantelbaar is. In één rolstoeltoegankelijk toilet ontbrak een spiegel.

#### **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:

#### **Weggewerkt**

- Er zijn niveaoverschillen die niet worden signaleerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 17<sup>o</sup>.
  - Vaststellingen 23/05/2023: in het huis Lessius waren er individuele sanitaire cellen waarbij de douches een hoogteverschil hadden. Deze niveaoverschillen waren niet signaleerd. Volgens de gesprekspartner werden deze niet gebruikt, behalve door één bewoner.
  - Vaststellingen 06/01/2026: het huis Lessius was niet meer in gebruik voor bewoners. In de andere individuele sanitaire cellen was er geen niveaoverschil.

#### **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**

- Niet overal in de gangen werden aan beide zijden leuningen aangebracht - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51, 18<sup>o</sup>.
  - Vaststellingen 23/05/2023: in de gang op het gelijkvloers, ter hoogte van de burelen, waren ramen tot op de grond, ontbraken leuningen aan één zijde van de gang. Deze gang loopt naar de bewonerskamers.
  - Vaststellingen 06/01/2026: er werden leuningen bijgeplaatst in de gang op het gelijkvloers ter hoogte van de burelen, maar nog niet overal waar nodig.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

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

- De infrastructuur garandeert onvoldoende de veiligheid van de bewoners: de ramen kunnen niet beveiligd worden - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 51, 24<sup>o</sup>.
  - Vaststellingen 06/01/2026: niet elk raam kon beveiligd worden (in woning Neerdijle).

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

- In deze voorziening (omgevingsvergunning van vóór 2017) zijn niet alle traphallen beveiligd. Van de voorziening wordt verwacht dat men de leefkansen en risico's die deze niet beveiligde traphallen bieden, met de bewoner bespreekt. Eventuele maatregelen om het gebruik van de trappenhal te beperken, zijn afgestemd met de bewoner, en zijn erop gericht de leefwereld van de bewoner zo groot mogelijk te houden. Over de genomen maatregelen wordt consequent gerapporteerd in het woonzorgleefplan. (Toelichtingsnota WZC, CVK).
  - Vaststellingen 06/01/2026: in het woonzorgcentrum was een trappenhal die niet beveiligd is.

## **OPROEPSYSTEEM**

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

- 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°.
  - Vaststellingen 06/01/2026: in een doucheruimte was het oproepsysteem moeilijk bereikbaar zittend vanop het toilet. In een rolstoeltoegankelijk toilet was het oproepsysteem stuk en in een gemeenschappelijke badkamer ontbrak een oproepsysteem aan het toilet.

# HANDHYGIËNE

## HANDHYGIËNE IN DE PRAKTIJK

### **Wastafels en producten**

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

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

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

#### **Niet weggewerkt**

- Er is geen wastafel voorzien in de verpleegpost(en) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
  - Vaststellingen 23/05/2023: in een verpleegpost was er geen wastafel beschikbaar.
  - Vaststellingen 06/01/2026: de situatie was ongewijzigd.
- 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.
  - Vaststellingen 23/05/2023: acht van de negen controleerde vuilnisbakken hadden een deksel en moesten met de hand bediend worden.
  - Vaststellingen 06/01/2026: de vuilnisbakken werden vervangen door open vuilnisbakken. Aan één rolstoeltoegankelijk toilet ontbrak een aangepaste vuilnisbak aan de lavabo (in woning Neerdijle). Op de vijfde verdieping ontbrak ook een aangepaste vuilnisbak aan het gemeenschappelijk toilet.

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

- 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.
  - Vaststellingen 06/01/2026: niet aan elke bewonerskamers (of in de onmiddellijke nabijheid) was er handalcoholgel beschikbaar.

## 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 bedelingsstelsel
  - de klaargezette medicatie via steekproef
  - bijkomende registraties inzake medicatie
  - observaties tijdens de rondgang
- Tijdens dit inspectiebezoek werd deze module niet volledig bevestigd. 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**

- 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 23/05/2023: op twee van de drie gecontroleerde medicatiefiches ontbrak het interval bij sommige "medicatie indien nodig".
  - Vaststellingen 06/01/2026: op drie van de drie gecontroleerde medicatiefiches stond de nodige informatie genoteerd bij de "medicatie indien nodig".
- Medicatie die vooraf wordt klaargezet, is niet identificeerbaar tot op het moment van toedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
  - Vaststellingen 23/05/2023 niet alle medicatie die niet via de robot werd klaargezet was identificeerbaar tot op het moment van toedienen.
  - Vaststellingen 06/01/2026: er werd geen medicatie aangetroffen die niet identificeerbaar was tot op het moment van toedienen.

#### **Niet weggewerkt**

- Men heeft geen systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening op te volgen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
  - Vaststellingen 23/05/2023: op de gecontroleerde geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening, stond er geen openingsdatum of geen houdbaarheidsdatum genoteerd.
  - Vaststellingen 06/01/2026: er was geen systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening op te volgen voor bv. oogdruppels.

### 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 bevroegde element.

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

## **Zorg- en ondersteuningsplan**

Het woonzorgcentrum schakelde sinds november 2025 over naar een ander elektronisch zorgdossier. De gesprekspartner gaf aan dat het personeel nog volop in opleiding is om hiermee te leren werken. Tijdens de inspectie verliep het werken met het elektronisch zorgdossier nog moeizaam.

## **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 toe te passen vrijheidsbeperkende maatregelen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - Vaststellingen 23/05/2023: in één van de drie gecontroleerde woonzorgleefplannen stond instructie m.b.t. de voorzettafel niet op het zorg- en ondersteuningsplan.
  - Vaststellingen 06/01/2026: in twee van de twee gecontroleerde woonzorgleefplannen stond de instructie m.b.t. de voorzettafel op het zorg- en ondersteuningsplan.

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de uit te voeren wondzorg - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - Vaststellingen 23/05/2023: in één van de drie gecontroleerde woonzorgleefplannen stond de instructie m.b.t. de wondzorg niet op het zorg- en ondersteuningsplan.
  - Vaststellingen 06/01/2026: in één gecontroleerd woonzorgleefplan stond de instructie m.b.t. de wondzorg op het zorg- en ondersteuningsplan.

#### **Niet weggewerkt**

- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de te meten parameters - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - Vaststellingen 23/05/2023: in één van de twee gecontroleerde woonzorgleefplannen stond de instructie m.b.t. de te meten parameter (bloeddruk) niet op het zorg- en ondersteuningsplan.
  - Vaststellingen 06/01/2026: in twee van de twee gecontroleerde woonzorgleefplannen ontbrak de instructie m.b.t. de te meten parameter (saturatie en bloeddruk) op het zorg- en ondersteuningsplan.

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

- Het zorg- en ondersteuningsplan wordt niet opgemaakt per zorgmoment - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30.
  - Vaststellingen 06/01/2026: er werd vastgesteld dat er voor een zwaar zorgbehoevende bewoner geen elektronisch zorgdossier voorhanden was in het nieuwe systeem. Tijdens inspectie werd vastgesteld dat door de transitie van het ene elektronische zorgdossier naar het andere er iets misgelopen was voor het dossier van deze bewoner, waardoor men voor deze bewoner niet over een elektronisch zorgdossier beschikte. De medicatiefiches waren wel ter beschikking en de medicatie kon worden afgetekend. De gesprekspartner gaf aan dat er nog drie bewoners waren waarbij er iets misgelopen zou zijn met de overstap naar het nieuwe elektronische zorgdossier. Men was bezig met dit na te kijken, aldus de gesprekspartner. De zorginstructies voor deze bewoners konden niet afgetekend worden. De gesprekspartners gaven aan dat er wel takenlijsten waren voor studenten waar de instructies opstonden m.b.t. de zorg. De bewoner zag er op het moment van inspectie verzorgd uit en ook dauerbinde waren aangedaan.
- Het zorg- en ondersteuningsplan bevat geen actuele instructies m.b.t. de baddag - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - Vaststellingen 06/01/2026: voor één bewoner werd vastgesteld dat instructie m.b.t. de baddag ontbrak op het zorg- en ondersteuningsplan.

#### **Registraties**

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

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

##### **Niet weggewerkt**

- Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt niet consequent geregistreerd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30 en art 29, 2°.
  - Vaststellingen 23/05/2023: in drie van de drie gecontroleerde woonzorgleefplannen waren er hiaten in het aftekenen van de instructies.
  - Vaststellingen 06/01/2026: in twee van de twee gecontroleerde woonzorgleefplannen waren er hiaten in het aftekenen van de instructies op 03/01/2026, 04/01/2026 en op 05/01/2026.
- De bewoners worden niet minstens maandelijks gewogen – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.
  - Vaststellingen 23/05/2023: in twee van de drie gecontroleerde woonzorgleefplannen waren

de gewichten niet geregistreerd in de maanden maart 2023 en april 2023.

- o Vaststellingen 06/01/2026: in twee van de drie gecontroleerde woonzorgleefplannen waren de gewichten niet geregistreerd in de maanden november 2025 en december 2025.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## **Observaties**

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

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

#### **Weggewerkt**

- Niet alle aanwezige disciplines noteren observaties m.b.t. de bewoner in het woonzorgleefplan - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - o Vaststellingen 23/05/2023: van de begeleiders wonen en leven konden geen observaties aangetoond worden.
  - o Vaststellingen 06/01/2026: er werden observaties van de begeleiders wonen en leven aangetoond.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## **Fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen**

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

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

#### **Weggewerkt**

- Men kan niet aantonen dat de bewoner en/of familie betrokken werd(en) bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en) - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 31.
  - o Vaststellingen 23/05/2023: in één van de drie gecontroleerde woonzorgleefplannen kon de betrokkenheid van de familie niet aangetoond worden m.b.t. de beslissing van een vrijheidsbeperkende maatregel (een voorzettafel).
  - o Vaststellingen 06/01/2026: in twee van de twee gecontroleerde woonzorgleefplannen kon de betrokkenheid van de familie en/of bewoner bij de beslissing m.b.t. de vrijheidsbeperkende maatregelen worden aangetoond.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

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

- Het is aan te bevelen om de arts te betrekken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen.
  - o Vaststellingen 23/05/2023: in één van de drie gecontroleerde woonzorgleefplannen kon de betrokkenheid van de arts niet aangetoond worden (voor het gebruik van een voorzettafel).
  - o Vaststellingen 06/01/2026: in twee van de twee gecontroleerde woonzorgleefplannen kon de betrokkenheid van de arts niet aangetoond worden bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen.

## Wondzorg

### Bestaande inbreuk(en)

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

#### Weggewerkt

- Men kan niet aantonen dat in geval van wondzorg voor elke wonde een wondzorgfiche wordt opgemaakt - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
- Vaststellingen 23/05/2023 er werden geen wondzorgfiches opgesteld voor de wonden. Observaties m.b.t. de wonden werden genoteerd in het dagboek.
- Vaststellingen 06/01/2026: er werden wondzorgfiches opgesteld voor de wonden.

### 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:
  - het nazicht van de personeelslijst
  - het nazicht van het uurrooster voor een referentieperiode die loopt van de dag voor het inspectiebezoek tot 30 dagen terug
  - observaties tijdens de rondgang.

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

### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## OBSERVATIES TIJDENS RONDGANG

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

## BEJEGENING

### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Het incontinentiemateriaal wordt onvoldoende discreet opgeborgen - Woonzorgdecreet 15/02/2019, art. 4, §1, 2°.
  - Vaststellingen 06/01/2026: in twee individuele sanitaire cellen was het incontinentiemateriaal niet discreet opgeborgen.

## VEILIGHEID

### Bestaande inbreuk(en)

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

### Niet weggewerkt

- Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: onderhoudsproducten worden niet veilig bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
  - Vaststellingen 23/05/2023: in de keukens in de gemeenschappelijke leefruimten en in een berging van een gemeenschappelijke badkamer (die enkel 's nachts op slot gedaan werd) bevonden zich onderhoudsproducten.
  - Vaststellingen 06/01/2026: in de keukens in de gemeenschappelijke leefruimte bevonden zich onderhoudsproducten in een kast, die niet op slot werd gedaan.

### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

# INSPRAAK

## GEBRUIKERSRAAD

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

### Bestaande inbreuk(en)

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

#### **Niet 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.
  - Vaststellingen 23/05/2023: uit de verslagen van de gebruikersraad bleek niet welke opmerkingen en suggesties bewoners hebben en of deze opgevolgd en teruggekoppeld werden.
  - Vaststellingen 06/01/2025: uit de verslagen van de gebruikersraden bleek niet welke opmerkingen en suggesties bewoners hebben of deze opgevolgd en teruggekoppeld werden.

### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.