

## INSPECTIEVERSLAG: WOONZORGCENTRUM

### INRICHTENDE MACHT

Naam	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn van Oudenaarde
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	OCMW
Ondernemingsnummer	0212207789
Adres	Meerspoort 30, 9700 Oudenaarde

### INSPECTIEPUNT

Naam	Meerspoort
HCO-nummer	3278
Adres	Meerspoort 30, 9700 Oudenaarde
Dossiernummer	444.101

### INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	09/05/2025
Verslagnummer	ZI-2025-01366

### INSPECTIEBEZOEK

#### Meerspoort

Onaangekondigde inspectie op 25/04/2025 (09:00-12:30)

## INHOUDSOPGAVE

• Leeswijzer	3
• Situering	6
• Profiel en aantal bewoners	7
• Omkadering	8
o Personeelsformatie	8
o Personeelsdossiers	10
• Infrastructuur	11
• Handhygiëne	13
o Handhygiëne in de praktijk	13
• Medicatieveiligheid	15
• Hulp- en dienstverlening	19
o Woonzorgleefplan	19
o Afstemming van de zorg	24
o Bijkomende vaststellingen m.b.t. de zorgpraktijk	25
o Continuïteit zorgverlening	26
o Opvolgen reactietijd beloproepen	26
• Observaties tijdens rondgang	27
• Inspraak	30
o Gebruikersraad	30
• Documenten	31
o Procedure grensoverschrijdend gedrag	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 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 inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

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

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

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

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

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

## Methodiek

De inspecties vinden plaats in de voorziening.

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

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

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

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

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

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

## Verslag

### Inhoud inspectieverslag

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

### Opbouw van het verslag

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

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

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

### Reactiemogelijkheid

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

### **Toegepaste regelgeving**

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

### **Gebruikte afkortingen**

AP	aandachtspunt
AW	assistentiewoning
BE	bijkomende erkenning
BVR	Besluit Vlaamse Regering
CVH	centrum voor herstelverblijf
CVK	centrum voor kortverblijf
CDV	centrum voor dagverzorging
CDO	centrum voor dagopvang
CRA	coördinerend en raadgevend arts
DG	dienst gezinszorg
GAW	groep van assistentiewoningen
HVP	hoofdverpleegkundige(n)
IB	inbreuk
LDC	lokaal dienstencentrum
NAH	niet aangeboren 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	109
WZC erkend met toepassing van art. 48 van het woonzorgdecreet. Totale capaciteit van alle vestigingen van het WZC *	169

\*erkende capaciteit WZC + CVK

Erkenning voor twee vestigingen; Meerspoort 109 woongelegenheden en Scheldekant 60 woongelegenheden.

### Inspectiebezoek

**De inspectie vond plaats naar aanleiding van:**

- het structureel toezicht

### Directie WZC

Naam:

Petra Moens

Mevr. Petra Moens is waarnemend directeur van het WZC.

## 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	104
Totaal aantal bewoners CVK	0
Afwezigen	2
Andere	0
Totale bezetting (*)	106

(\*) 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.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Katz scores

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

O	A	B	C	CD	D	CC
10	5	40	5	32	14	0

Totaal aantal WZC = 106

Katz scores bewoners CVK

O	A	B	C	CD	D
0	0	0	0	0	0

Totaal aantal CVK = 0

Totaal aantal bewoners met Katz score	106
Aantal bewoners zonder Katz score	0
Totale bezetting	106

### Profiel bewoners

	Aantal
Bewoners met dementiesyndroom	68
Bewoners jonger dan 65 jaar	1

### 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 maart en april 2025
  - documenten m.b.t. de tewerkstelling van interimpersoneel 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 (*)
Verpleegkundige(n)(**)	13,84	13,68
Hoofdverpleegkundige(n)/ teamverantwoordelijke(n)	3,60	3,00
waarvan verpleegkundige(n)	2,60	1,00
Zorgkundigen	29,59	17,72
Medewerker(s) reactivering(***)	/	4,40
Kinesitherapeut(e)(n)	2,80	
Ergotherapeut(e)(n)	1,00	
Logopedist(e)(n)	0,00	
Andere	2,20	
Medewerker(s) i.k.v. levenseindezorg	2,26	0,26
Begeleider(s) wonen en leven	2,20	2,00
Andere		
Administratieve medewerker(s)	3,00	/
Logistieke medewerker(s)	8,81	/
Kwaliteitscoördinator(en)	1,00	/

(\*) 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 169 wgl.
Overkoepelende directeur	0,80	1,00
Aanspreekpunt	ja	ja
Keuken- en onderhoudspersoneel	10,30	11,27

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

- Stagiairs en personeelsleden die langdurig afwezig zijn, worden niet meegerekend in bovenstaande tabel.

- De (externe) waarnemend directeur heeft een mandaat voor 4 dagen per week de taken van directie op te nemen. Ze werd in de tabel aangeduid als 0,80 VTE.
- Onder de noemer 'andere' bij reactivering werden vermeld:
  - 1,30 vte maatschappelijk werker
  - 0,40 vte psycholoog
  - 0,50 referente dementie
- De keuken wordt volledig uitbesteed aan een cateringfirma.
- Jobstudenten zonder visum werden voor 2,16 vte meegerekend bij de logistieke medewerkers.

### Substitutieregel

	Aantal vte
Tekort verpleegkundigen	0,00
Maximum aantal vte verpleegkundigen die mogen vervangen worden door een medewerker met een andere kwalificatie (*)	4,10
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 voorziening voldoet aan de personeelsnorm verpleegkundigen. De substitutieregels werd niet toegepast.

### 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	12,80	24,30
Interim personeel	1,04	1,54
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	3,75
TOTAAL	13,84	29,59

(\*) 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.

### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er is geen voltijdse directie - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 45, §1, 1°.
  - Vaststellingen 25/04/2025: er is geen voltijdse directie.

## PERSONEELSDOSSIER

- 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**

- Het woonzorgcentrum kan niet aantonen dat aan elke medewerker bij aanwerving wordt gevraagd om een uittreksel uit het strafregister voor te leggen - BVR 28/06/2019, art. 11.
  - Vaststellingen 20/03/2025: er kon niet worden aangetoond dat bij aanwerving systematisch een uittreksel uit het strafregister ter inzage wordt gevraagd.
  - Vaststellingen 25/03/2025: in navolging van de vorige inspectie werd bij alle medewerkers een uittreksel uit het strafregister opgevraagd. Voor de reguliere medewerkers werd voor elke medewerker een attest bekomen. Zeven studenten die nog geen bewijs konden voorleggen werden niet meer ingeschakeld op de werkvloer. Voor de stagiairs en de interimmedewerkers werd afgesproken met school of interim-bureau dat zij geen studenten/personeel kunnen inzetten dat geen uittreksel kan voorleggen. Voor één externe medewerker wacht men nog op een attest uit het buitenland.

### 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: drie afdelingen met bezoek aan de gemeenschappelijke delen en per afdeling enkele bewonerskamers per steekproef.
- 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

- GAW

## GEMEENSCHAPPELIJK RUIMTES

### Bestaande inbreuk(en)

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

#### Weggewerkt

- Het WZC beschikt niet over een volwaardige rookruimte met aangepast ventilatiesysteem die vlot en beschut bereikbaar is voor de bewoners - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 6.
  - Vaststellingen 24/03/2022: de voorziening beschikt op de eerste verdieping over een rookruimte. Op het moment van inspectie was deze echter afgesloten en kon dus niet gebruikt worden. Volgens de gesprekspartner is dit nog een gevolg van de corona maatregelen.
  - Vaststellingen 25/04/2024: de situatie was ongewijzigd. Er zijn plannen om een nieuwe rookruimte te maken ter hoogte van de liften op het gelijkvloers.
  - Vaststellingen 25/04/2025: de situatie was ongewijzigd.

### 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°.
  - Vaststellingen 25/04/2024: op afdeling Koppenberg is er in een deel van de gang geen leuning aan een muur. Op afdeling Edelaarberg ontbrak een stuk leuning ter hoogte van kamer 120.
  - Vaststellingen 25/04/2025: de situatie was ongewijzigd.

### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## OPROEPSYSTEEM

### Bestaande inbreuk(en)

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

#### **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°.
  - Vaststellingen 25/04/2024: in de gemeenschappelijke badkamer van afdeling Edelaarberg was het permanent oproepsysteem nabij het toilet stuk.
  - Vaststellingen 25/04/2025: op de drie bezochte gemeenschappelijke badkamers was er een permanent oproepsysteem bij het toilet.
  
- Niet in alle bewonerskamers is er een oproepsysteem beschikbaar dat bereikbaar is vanuit het bed en vanuit de zetel - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 51,20°.
  - Vaststellingen 20/06/2024: bij één bewoner was het oproepsysteem dat bereikbaar was vanuit de zetel defect.
  - Vaststellingen 25/04/2025: er waren geen indicaties voor het defect zijn van de oproeppunten op de bewonerskamers.

### 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.
- 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.

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.	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	10	10	0	0	0
dispenser met papieren wegwerphanddoekjes	10	10	0	0	0
aangepaste vuilbak (niet met de hand te bedienen).	10	8	2	0	0
Op twee bezochte gemeenschappelijke badkamers was er geen aangepaste vuilbak.					

Er is handalcohol beschikbaar:	Ja	Nee	NB
bij elke bewonerskamer	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in elke verpleegpost	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in de gemeenschappelijke leefruimtes.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 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 vloeibare zeep voorzien – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
  - Vaststellingen 24/03/2022: in één gemeenschappelijke badkamer was er geen zeep.
  - Vaststellingen 25/04/2024: in één gemeenschappelijke badkamer was er geen zeep.
  - Vaststellingen 25/04/2025: op de drie bezochte gemeenschappelijke badkamers was zeep aanwezig.
- Er wordt niet bij elke wastafel in het gemeenschappelijk sanitair, de verpleegpost en de personeelstoiletten een dispenser met papieren wegwerphanddoekjes voorzien – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 26, 1ste lid, 8° en 2de lid.
  - Vaststellingen 24/03/2022: in één gemeenschappelijke badkamer waren er geen

- wegwerphanddoekjes.
- o Vaststellingen 25/04/2024: de situatie is ongewijzigd, in twee gemeenschappelijke badkamer waren er geen wegwerphanddoekjes.
- o Vaststellingen 25/04/2025: op de drie bezochte gemeenschappelijke badkamers was een dispenser met papieren wegwerphanddoekjes aanwezig.

**Niet 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 24/03/2022: in twee gemeenschappelijke badkamers was er geen aangepaste vuilbak die niet met de hand te bedienen was.
  - o Vaststellingen 25/04/2024: in drie gemeenschappelijke badkamers was er geen aangepaste vuilbak die niet met de hand te bedienen was.
  - o Vaststellingen 25/04/2025: op twee bezochte gemeenschappelijke badkamers was er geen aangepaste vuilbak.

**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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• geen armbanden, ringen, uurwerken ter hoogte van de handen en polsen/voorarmen</li> <li>• verzorgde en kortgeknipte nagels</li> <li>• geen nagellak of kunstnagels (inclusief gel- en harsnagels)</li> <li>• werkkledij met korte mouwen.</li> </ul>	12	12	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:
  - 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.

	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).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De informatie m.b.t. het toedienen van de medicatie kan geconsulteerd worden op het moment van toedienen.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	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.	5	2	3	0	0
Uit de steekproef bleek dat niet altijd de intervaltijd of de maximale dosis werd vermeld. Gesprekspartners gaven aan dat dit uitdovend is. Er werd in de software ingebouwd dat men verplicht is voor nieuwe 'medicatie indien nodig' de nodige informatie te vermelden alvorens te kunnen opslaan.					

	Aantal gecontroleerde dossiers	Ja	Nee	NB	NVT
Het klaarzetten van de medicatie wordt consequent geregistreerd.	3	1	2	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.	0	0	0	0	0
Het aftekenen voor klaarzetten van de medicatie gebeurde niet consequent voor twee van de drie nagekeken medicatiefiches (steekproef voor registraties van drie dagen).					

Gesprekspartners gaven aan dat er op de dag van de inspectie geen bewoners waren met een variabel schema insuline.

	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.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens het nazicht van een steekproef van de medicatie werd enkel medicatie aangetroffen met een vervaldatum die nog niet verstreken is.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Men hanteert een systeem om de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening (vb. oogdruppels, neusdruppels) op te volgen.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
In de voorraadkast werd één vervallen medicijn aangetroffen (sinds februari 2025). Op één geopend flesje Haldol werd geen openingsdatum genoteerd.			

	Aantal gecontroleerde medicatiepletter(s)/pillensnijder(s)	Ja	Nee	NB	NVT
De medicatiepletter(s)/pillensnijder(s) bevat(ten) geen medicatieresten.	1	1	0	0	0
Er wordt gebruik gemaakt van een medicatiepletter waarbij de medicatie in een zakje wordt geplet.					

	Ja	Nee	NB
Er zijn schriftelijke richtlijnen m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Aantal gecontroleerde koelkasten	Ja	Nee	NB	NVT
De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt opgevolgd.	2	1	1	0	0
De temperatuur van de koelkast op afdeling Koppenberg werd maandelijks opgevolgd, maar niet wekelijks.					

**Bestaande inbreuk(en)**

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

**Weggewerkt**

- Medicatie wordt niet op naam van de bewoner bewaard - BVR 28/06/2019 bijlage 11, art. 23.
  - Vaststellingen 25/05/2024: één fles Laxoberon siroop en één flacon Haldol werd niet op naam van een bewoner bewaard.
  - Vaststellingen 25/04/2025: er werd geen medicatie aangetroffen die niet op naam stond van

de bewoner.

- Medicatie die vooraf wordt klaargezet, is niet identificeerbaar tot op het moment van toedienen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
  - Vaststellingen 24/03/2022: nazicht van de klaargezette medicatie toonde dat een magistrale bereiding werd klaargezet in een potje zonder identificeerbaar te zijn
  - Vaststellingen 25/04/2024: in de voorziening wordt robotmedicatie geleverd door de apotheek welke identificeerbaar is op het zakje van de apotheek. Daarnaast zet de verpleegkundige de niet-robotmedicatie klaar. Voor twee bewoners werd in de door de voorziening klaargezette medicatie telkens een medicijn teruggevonden dat niet te identificeren was. De gesprekspartner verklaarde dat in de toekomst een nieuw systeem wordt uitgewerkt waarbij alle medicatie door de apotheek zal worden geleverd als robotmedicatie.
  - Vaststellingen 25/04/2025: de medicatie was identificeerbaar tot op het moment van toedienen.
  
- Er zijn geen richtlijnen i.v.m. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
  - Vaststellingen 24/03/2022: er waren geen schriftelijke afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt.
  - Vaststellingen 25/04/2024: de situatie was ongewijzigd. Er waren geen schriftelijke afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt.
  - Vaststellingen 25/04/2025: er waren schriftelijke afspraken m.b.t. de grenswaarden voor de temperatuur van de koelkast waarin medicatie wordt bewaard.

#### **Niet weggewerkt**

- De temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, wordt onvoldoende opgevolgd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
  - Vaststellingen 24/03/2022: de temperatuur van de koelkast waarin medicatie bewaard wordt, werd niet opgevolgd.
  - Vaststellingen 25/04/2024: de temperatuur van vier koelkasten waarin medicatie bewaard wordt werden gecontroleerd. Voor drie koelkasten werd de temperatuur niet wekelijks opgevolgd.
  - Vaststellingen 25/04/2025: twee koelkasten werden gecontroleerd. De temperatuur van één koelkast op afdeling Koppenberg werd maandelijks opgevolgd, maar niet wekelijks.
  
- 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 24/03/2022: nazicht van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid toonde aan dat er geen systeem gehanteerd werd om de openingsdatum op te volgen.
  - Vaststellingen 25/04/2024: de gesprekspartner verklaarde dat oogdruppels maximaal één maand open mogen blijven. Op afdeling Koppenberg stonden op de medicatiekar twee flacons met oogdruppels waarbij de openingsdatum langer dan één maand was. Op afdeling Volkegemberg en Kattenberg stonden op de medicatiekar flacons (o.a. Laxoburon siroop en Haldol druppels) zonder openingsdatum.
  - Vaststellingen 25/04/2025: de gesprekspartner verklaarde dat de openingsdatum van geneesmiddelen met beperkte houdbaarheid na opening wordt opgevolgd door deze op de verpakking te noteren. Op één geopend flesje Haldol werd geen openingsdatum genoteerd.

- 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 24/03/2022: in de gecontroleerde dossiers ontbrak telkens de maximale dosis per 24u en het interval. Ook de dosis ontbrak in twee van de drie dossiers.
  - Vaststellingen 25/04/2024: in één van drie gecontroleerde medicatiefiches ontbrak voor het staand order medicijn Temesta de maximum dosis en het interval voor toediening.
  - Vaststellingen 25/04/2025: in drie van de vijf gecontroleerde medicatiefiches ontbrak de vereiste informatie.

#### **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.
  - Vaststellingen 25/04/2025: het aftekenen voor klaarzetten van de medicatie gebeurde niet consequent voor twee van de drie nagekeken medicatiefiches (steekproef voor registraties van drie dagen).
- De vervaldata van geneesmiddelen worden onvoldoende opgevolgd - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23.
  - Vaststellingen 25/04/2025: in de voorraadkast werd één vervallen medicijn aangetroffen.

# 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.

### 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.	5	5	0	0	0
Het woonzorgleefplan bevat de sociale anamnese, opgemaakt bij opname, met minstens informatie over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• loopbaan</li> <li>• hobby's en interesses</li> <li>• samenstelling gezin/belangrijke levensgebeurtenissen.</li> </ul>	5	3	2	0	0
Hobby's en interesses waren niet aanwezig in twee van de vijf nagekeken woonzorgleefplannen.					

**Bestaande inbreuk(en)**

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

**Niet weggewerkt**

- 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°.
  - Vaststellingen 24/03/2022: de sociale anamnese gebeurt in principe via het onthaalgesprek door de sociale dienst. Nazicht toonde dat deze informatie niet geconsulteerd kon worden in de zorgdossiers.
  - Vaststellingen 25/04/2024: in één van drie gecontroleerde woonzorgleefplannen ontbrak informatie m.b.t. de sociale anamnese.
  - Vaststellingen 25/04/2025: hobby's en interesses waren niet aanwezig in twee van de vijf nagekeken woonzorgleefplannen.

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

**Zorg- en ondersteuningsplan**

	Ja	Nee	NB
Het zorg- en ondersteuningsplan wordt opgemaakt per zorgmoment.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	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).	5	5	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	2	1	0	0
uit te voeren wondzorg	2	2	0	0	0
te meten parameters (op instructie van de arts)	1	1	0	0	0
specifieke zorgen (hoorapparaat, gebitsprothese, wisselhouding, Dauerbinde, bril....)	3	3	0	0	0
In één zorg- en ondersteuningsplan was er geen instructie in verband met de toe te passen vrijheidsbeperkende maatregel (voorzettafel).					

	Ja	Nee	NB
De zorg- en ondersteuningsplannen kunnen geconsulteerd worden tijdens de zorg.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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. wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, continentie en eten voor alle zorgmomenten - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - Vaststellingen 20/06/2024: de zorg- en ondersteuningsplannen bevatten onvoldoende duidelijke instructies rond continentie gedurende de nacht en bevatten geen instructies inzake het helpen en stimuleren van bewoners die niet meer zelfstandig kunnen drinken.
  - Vaststellingen 25/04/2025: de nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen bevatten de nodige instructies terzake.

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

- 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 25/04/2025: in één zorg- en ondersteuningsplan was er geen instructie in verband met de toe te passen vrijheidsbeperkende maatregel (voorzettafel).

**Registraties**

	Aantal gecontroleerde woonzorg-leefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
Het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan wordt consequent geregistreerd.	3	0	3	0	0
De registraties voor uitvoeren van de instructies werden voor drie bewoners nagekeken voor drie dagen. Op 24/4/25, 23/4/2025 en 12/4/2025 waren er respectievelijk 23, 47 en 16 ontbrekende registraties,					

	Aantal gecontroleerde parameters	Ja	Nee	NB	NVT
De waarden van de parameters worden volgens de instructies van de arts geregistreerd.	1	1	0	0	0

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

**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°.

- o Vaststellingen 25/04/2024: het uitvoeren van de instructies op het zorg- en ondersteuningsplan, werd in drie gecontroleerde zorg- en ondersteuningsplannen op twee verschillende dagen niet consequent geregistreerd.
- o Vaststellingen 20/06/2024: in de drie nagekeken zorg- en ondersteuningsplannen werden hiaten vastgesteld in de registraties van de uit te voeren zorgen.
- o Vaststellingen 25/04/2025: de registraties voor uitvoeren van de instructies werden voor drie bewoners nagekeken voor drie dagen. Op 24/4/25, 23/4/2025 en 12/4/2025 waren er respectievelijk 23, 47 en 16 ontbrekende registraties,

**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.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

**Fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen**

	Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
De bewoner en/of familie werd(en) betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	3	0	3	0	0
De arts werd betrokken bij de beslissing m.b.t. de fysieke vrijheidsbeperkende maatregel(en).	3	0	3	0	0
De inspraak van bewoner en/of familie in functie van vrijheidsbeperkende maatregelen was niet aantoonbaar. De arts wordt niet altijd betrokken bij de beslissing. Binnen het WZC laat men de bewoner en/of familie en arts een fixatiefiche ondertekenen wanneer een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast. In drie van de drie gecontroleerde woonzorgleefplannen ontbrak de handtekening van de bewoner en/of familie en arts, waardoor hun betrokkenheid niet kon aangetoond worden.					

**Bestaande inbreuk(en)**

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

**Niet weggewerkt**

- Men beschikt niet over een procedure fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen die minstens de volgende elementen bevat (BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 25 en 26): definitie fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen, te doorlopen stappen in het besluitvormingsproces waaronder het onderzoeken van oorzaken en het overwegen van alternatieven, overleg met bewoner en/of familie, wijze en periodiciteit van de evaluatie.
  - o Vaststellingen 24/03/2022: men had in de procedure fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen geen periodiciteit voorzien voor de evaluatie van fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen.
  - o Vaststellingen 25/04/2024: de situatie was ongewijzigd. De procedure fysieke

vrijheidsbeperkende maatregelen vermeldde geen periodiciteit voor de evaluatie van fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen.

- o Vaststellingen 25/04/2025: gesprekspartners lichten toe dat de procedure werd herwerkt doch nog niet werd goedgekeurd.

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

- 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 25/04/2025: de inspraak van bewoner en/of familie in functie van vrijheidsbeperkende maatregelen was niet aantoonbaar voor drie nagekeken dossiers.

**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 25/04/2025: de inspraak van de arts in functie van vrijheidsbeperkende maatregelen was niet aantoonbaar bij drie nagekeken bewoners.

**Wondzorg**

	Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen	Ja	Nee	NB	NVT
In geval van wondzorg wordt er voor elke wonde een wondzorgfiche opgemaakt	4	4	0	0	0

De wondzorgfiche vermeldt alle relevante gegevens:	Aantal gecontroleerde wondzorgfiches	Ja	Nee	NB	NVT
startdatum	4	4	0	0	0
beschrijving wonde (plaats, soort, grootte, diepte)	4	4	0	0	0
aard van de behandeling	4	3	1	0	0
frequentie van de behandeling	4	3	1	0	0
De aard van de behandeling en de frequentie ontbrak in één wondzorgfiche.					

	Aantal gecontroleerde wonden	Ja	Nee	NB	NVT
De evolutie van de wonde is af te leiden uit de observaties in het woonzorgleefplan.	4	4	0	0	0

**Bestaande inbreuk(en)**

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

**Niet weggewerkt**

- De wondzorgfiche vermeldt geen frequentie van de behandeling - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - o Vaststellingen 24/03/2022: op één van de drie gecontroleerde wondzorgfiches werd geen

- o frequentie van de behandeling vermeld.
- o Vaststellingen 25/04/2024: één van de twee gecontroleerde wondzorgfiches vermeldde geen frequentie van de behandeling.
- o Vaststellingen 25/04/2025: de frequentie ontbrak in één wondzorgfiche.

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

- De wondzorgfiche vermeldt geen behandelingswijze - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 30, 2°.
  - o Vaststellingen 25/04/2025: de aard van de behandeling ontbrak in één wondzorgfiche.

**Kinesitherapie**

	Aantal gecontroleerde woonzorgleefplannen	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.

**AFSTEMMING VAN 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.
- Vaststellingen op basis van:
  - o de verslaggeving van het intern overleg.

**Bestaande inbreuk(en)**

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

**Weggewerkt**

- De bewoner en/of zijn vertegenwoordiger en mantelzorger(s) worden niet betrokken bij het interne overleg omtrent de individuele zorg en ondersteuning - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 31.
  - o Vaststellingen 20/06/2024: er is geen systeem om de bewoner en/of zijn vertegenwoordiger en mantelzorger(s) op systematische wijze te betrekken bij het interne overleg omtrent de individuele zorg en ondersteuning. Enkel op vraag van familie of op vraag van zorgverleners wordt een overleg met de familie omtrent de toestand van de bewoner ingepland.
  - o Vaststellingen 25/04/2025: in de voorziening is men gestart met het organiseren van een jaarlijks zorgoverleg met de bewoner gekoppeld aan de BelRAI. Een zorgoverleg met de familie kan plaatsvinden om specifieke situaties te bespreken of indien familieleden veel vragen hebben. Verslaggeving van het overleg wordt bewaard in het woonzorgleefplan van de betrokken bewoner.

**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:
  - observaties tijdens de rondgang
  - 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:

#### **Weggewerkt**

- Men kan niet aantonen dat elke bewoner minstens eenmaal per week een bad of douche kan nemen - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°, b.
  - Vaststellingen 20/06/2024: Op basis van een steekproef van de laatste 4 weken bij 3 bewoners die minder mobiel zijn, kon in totaal op 4 van de 16 gecontroleerde dagen niet aangetoond worden dat de bewoners effectief een (bed)bad of douche kregen. De prestaties werden niet geregistreerd en uit de observaties in het dagboek kon niet afgeleid worden dat de bewoners wel een (bed)bad of douche kregen.
  - Vaststellingen 25/04/2025: tijdens huidige inspectie waren er geen indicaties voor het niet geven van de nodige baden of douches.

#### **Niet weggewerkt**

- Men kan niet aantonen dat de bewoners altijd de nodige hulp krijgen bij de dagelijkse verzorging - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 29, 2°.
  - Vaststellingen 20/06/2024: de voorziening houdt de reactietijden na een beloproep bij. In de nagekeken periode van 07/06/2024 tot en met 20/06/2024 was de reactietijd bij 155 beloproepen hoger dan 20 minuten. Aldus kan men niet aantonen dat de bewoners altijd tijdig de nodige hulp krijgen bij de dagelijkse verzorging.
  - Vaststellingen 25/04/2025: door zorginspectie werd een oproep geplaatst aan het gemeenschappelijk toilet. Er werd vastgesteld dat hierop geen reactie volgde. Bij navraag bij een zorgmedewerker in de leefruimte (ergotherapeut) bleek dat de oproepen naar de verpleeg- en zorgkundigen worden gestuurd. Bij navraag bij een zorgmedewerker die op de gang liep, bleek dat de oproep wel binnenkwam op de DECT, maar niet werd gehoord. Bij één bewoner werd vastgesteld dat er tweemaal per week kine nodig was. Uit de registraties bleek er slechts één kine behandeling per week door te gaan.

### **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.

## OPVOLGEN REACTIETIJD BELOPROEPEN

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

	Ja	Nee	NB
Er zijn schriftelijke afspraken m.b.t. de reactietijd na een beloproep.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De reactietijd na een beloproep wordt opgevolgd.	<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.

### BEJEGENING

	Ja	Nee	NB
De bewoners zijn goed gepositioneerd.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De bewoners zien er uiterlijk verzorgd uit.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	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...).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indien incontinentiemateriaal in de individuele sanitaire cellen of in de gemeenschappelijke toiletten en badkamers wordt opgeborgen, gebeurt dit discreet.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- De privacy van de bewoners wordt onvoldoende gerespecteerd – BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23, art. 31, 2de lid, 2°, art. 51, 1°, 2° en 4°, art. 54, 4de lid (WZC na 2017).
  - Vaststellingen 25/04/2025: op een bewonerskamer werden zorginstructies omhoog gehangen.

### MAALTIJDEN

	Ja	Nee	NB
Er wordt een huiselijke en rustige sfeer gecreëerd tijdens het maaltijdgebeuren.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewoners kunnen kiezen voor alternatieven als ze iets niet lusten.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Op afdeling Koppenberg werd vastgesteld dat één medewerker rechtstond tijdens de maaltijdbegeleiding van een hulpbehoevende bewoner.			

#### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

- Er wordt geen huiselijke en rustige sfeer gecreëerd tijdens het maaltijdgebeuren - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 32, 8°.
  - Vaststellingen 25/04/2025: Op afdeling Koppenberg werd vastgesteld dat één medewerker rechtstond tijdens de maaltijdbegeleiding van een hulpbehoevende bewoner.

### 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.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De bewoner kan vanuit het bed het licht bedienen.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De bewoner beschikt steeds over een aangepast oproepsysteem (het oproeppunt is bereikbaar vanuit het bed en vanuit de zetel).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De gebouwen en de lokalen worden regelmatig onderhouden:	Ja	Nee	NB
dagelijks onderhoud	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
structureel onderhoud.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
onderhoudsproducten worden veilig bewaard	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Op twee bewonerskamers werden verzorgingsproducten aangetroffen.			

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

- Men neemt onvoldoende maatregelen om de veiligheid van de bewoners te garanderen: medicatie en verzorgingsproducten worden niet veilig bewaard - BVR 28/06/2019, bijlage 11, art. 23 en art. 51, 4°.
  - o Vaststellingen 25/04/2025: op twee bewonerskamers werden verzorgingsproducten aangetroffen.

**INFORMATIE VOOR BEWONERS**

	Ja	Nee	NB
Het menu wordt ten minste één dag vooraf aan de bewoners meegedeeld.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het programma begeleiding wonen en leven wordt bekendgemaakt.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De gegevens van de Woonzorglijn worden op een zichtbare plaats uitgehangen.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nee	NB
Volgende zaken zijn geafficheerd op een zichtbare plaats: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dagprijzen</li> <li>• extra vergoedingen</li> <li>• regeling van de voorschotten ten gunste van derden.</li> </ul>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Nieuw vastgestelde inbreuk(en)**

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

# INSPRAAK

## GEBRUIKERSRAAD

- Vaststelling op basis van het nazicht van:
  - de verslagen van de gebruikersraad

	Ja	Nee	NB	NVT(*)
Er is een gebruikersraad die minstens 1 x per trimester samenkomt.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(\*) 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.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het woonzorgcentrum kan aantonen dat de opmerkingen en suggesties die aan bod kwamen in de gebruikersraad worden gehoord, opgevolgd en teruggekoppeld aan de gebruikersraad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uit de verslagen van de gebruikersraden bleek er vooralsnog geen terugkoppeling te zijn omtrent de opvolging van opmerkingen die tijdens vorige gebruikersraden werden geformuleerd.			

	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).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

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

### **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 20/06/2024: in de verslagen van de laatste 4 gebruikersraden komen steeds dezelfde opmerkingen aan bod rond personeelstekort en het laattijdig beantwoorden van beloproepen. Het is onvoldoende duidelijk welke opvolging hieraan gegeven werd.
  - Vaststellingen 25/04/2025: uit de verslagen van de gebruikersraden bleek er vooralsnog geen terugkoppeling te zijn omtrent de opvolging van opmerkingen die tijdens vorige gebruikersraden werden geformuleerd.

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

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.

## DOCUMENTEN

### PROCEDURE GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

- Vaststellingen op basis van:
  - Het nazicht van de procedure grensoverschrijdend gedrag.

#### Bestaande inbreuk(en)

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

#### **Niet weggewerkt**

- De voorziening beschikt niet over een procedure grensoverschrijdend gedrag - BVR 28/06/2019, art. 10, §1.
  - Vaststellingen 20/03/2025: de voorziening beschikt niet over een procedure grensoverschrijdend gedrag. De interne psycholoog en de zorgcoördinator zijn bezig met het uitwerken van een beleid ter zake.
  - Vaststellingen 25/04/2025: in navolging van de vorige inspectie werd de procedure opgemaakt. Opgemerkt werd dat de procedure focuste op grensoverschrijdend gedrag van medewerkers naar bewoners. Men voorziet eerstdaags het luik grensoverschrijdend gedrag door de gebruikers of bezoekers op te nemen in de procedure. Op de dag van de inspectie was de procedure nog niet volledig.

#### Nieuw vastgestelde inbreuk(en)

Er werden geen nieuwe inbreuken vastgesteld.