

## KWALITEITSHANDBOEK

---

*Altrio Thuisverpleging - Versie 2026.01<sup>1</sup>*

### 1. Algemeen kader en doelstelling

Dit kwaliteitshandboek versie 2026 beschrijft op geïntegreerde wijze hoe de dienst voor thuisverpleging de kwaliteit, veiligheid en professionaliteit van haar zorgverlening structureel organiseert, bewaakt, evalueert en bijstuurt. Het document vormt het formele referentiekader voor alle medewerkers en voor de bestuurlijke organen van de organisatie.

Kwaliteit wordt binnen de organisatie begrepen als een permanent proces van reflectie en verbetering. Het kwaliteitsbeleid heeft als doel de veiligheid en continuïteit van zorg te waarborgen, risico's tijdig te detecteren en beheersen, een open en lerende organisatiecultuur te stimuleren, professionele integriteit te verankeren en maatschappelijke verantwoordelijkheid concreet vorm te geven.

### 2. Missie, visie en waarden

De missie van de organisatie is om zorg fundamenteel beter te maken. Wij bouwen aan een model waarin technologie en empathie elkaar versterken, waarin zorgprofessionals leiderschap opnemen en waarin patiënten zich gedragen weten.

Onze visie is om uit te groeien tot een nurse-led organisatie waarin verpleegkundigen architecten van zorgtrajecten zijn en actieve partners in innovatie. Wij vertrekken vanuit drie fundamentele principes: disruptieve innovatie, synergie en maatschappelijke impact.

Deze principes vertalen zich in concreet gedrag via drie kernhoudingen: ownership, proactiviteit en collectivisme. Deze vormen het morele en professionele fundament van dit kwaliteitshandboek.

### 3. Strategische kwaliteitsdoelstellingen

De organisatie formuleert strategische kwaliteitsdoelstellingen voor een periode van drie jaar. Elke doelstelling wordt geconcretiseerd via uitvoeringsacties, meetbare indicatoren, evaluatiemomenten en expliciete bijstuuringsmechanismen.

---

<sup>1</sup> Dit document is onderschreven en goedgekeurd door de Raad van Bestuur op 02.03.2026.

### **3.1. Evaluatie van gerealiseerde kwaliteitsdoelstellingen 2024-2025**

In de beleidsperiode 2024–2025 heeft de organisatie expliciet ingezet op structurele professionalisering, digitalisering en governanceversterking. Deze inspanningen werden niet louter operationeel aangepakt, maar geformuleerd als kwaliteitsdoelstellingen met het oog op duurzame kwaliteitsverhoging en risicobeheersing.

#### **a. Digitalisering en controle op bekwaamheid via vernieuwd onboardingsproces**

Een eerste strategische kwaliteitsdoelstelling betrof de volledige herstructurering en digitalisering van het onboardingsproces voor nieuwe zorgverleners. Het doel hiervan was om de instroom van medewerkers systematisch te koppelen aan controle op bekwaamheid, juridische conformiteit en waardenintegratie.

In het vernieuwde onboardingtraject wordt de bekwaamheid van elke zorgverlener voorafgaand aan effectieve zorgverlening geverifieerd op basis van diploma, erkenning, relevante ervaring en wettelijke vereisten. Daarnaast wordt elke nieuwe medewerker gestructureerd ingeleid in de visie, waarden, gedragscode en kwaliteitsverwachtingen van de organisatie via verplichte opleidingen en kennisname van protocollen.

Deze doelstelling had als kwaliteitsimpact:

- versterking van patiëntveiligheid door voorafgaande competentiecontrole;
- vermindering van risico's inzake onbevoegde handelingen;
- verhoogde uniformiteit in professionele standaarden;
- betere verankering van de organisatiecultuur.

We leerden uit dit traject ook het belang van een sterke offboarding. Dit beleid werd dan ook volledig ontwikkeld en de basis werd reeds geïmplementeerd. In 2026 zetten we evenwel verder in op het feilloos laten verlopen hiervan.

#### **b. Volledige digitalisering van het opleidingsaanbod en invoering digitale urenteller**

Een tweede belangrijke kwaliteitsdoelstelling betrof de digitalisering van het volledige opleidingsaanbod. Het doel was om permanente vorming systematisch, transparant en controleerbaar te maken.

Het opleidingsaanbod werd volledig digitaal beschikbaar gemaakt. Daarnaast werd een digitale teller ingevoerd waarmee per zorgverlener automatisch wordt bijgehouden hoeveel opleidingsuren werden

gevolgd in het kader van de wettelijke verplichting van veertig uur bijscholing per voltijdse equivalent per twee jaar.

Deze digitalisering heeft als kwaliteitsimpact:

- realtime opvolging van opleidingsgraad,
- objectieve aantoonbaarheid bij inspectie,
- automatische signalering bij dreigend tekort aan opleidingsuren,
- strategische planning van opleidingsnoden op organisatieniveau.

Achterliggend werd tevens een individueel portfolio per zorgverlener ontwikkeld, waarin gevolgde opleidingen, competenties en ontwikkeltrajecten worden gebundeld. Dit portfolio is momenteel nog niet operationeel toegankelijk voor de individuele zorgverlener, maar wordt expliciet opgenomen als kwaliteitsdoelstelling voor 2026, met als doel transparantie, eigenaarschap en professionele ontwikkeling verder te versterken.

### **c. Uitwerking opleidingscurriculum voor regiocoördinatoren**

De organisatie formuleerde als kwaliteitsdoelstelling de ontwikkeling van een volledig gestructureerd opleidingscurriculum voor regiocoördinatoren.

Dit curriculum omvat onder meer:

- grondige opleiding in EPD-software en digitale workflows,
- integratie van de organisatiewaarden en -visie,
- toepassing van wetgeving inzake thuisverpleging,
- kwaliteits- en risicomanagement,
- leiderschapsvaardigheden en teambegeleiding.

Het doel hiervan was om regiocoördinatoren niet enkel operationeel maar ook beleidsmatig te versterken, zodat zij kwaliteitsbewaking op regioniveau actief kunnen opnemen.

De kwaliteitsimpact situeert zich in:

- betere opvolging van zorgkwaliteit,
- verhoogde uniformiteit tussen regio's,

- versterkte leidinggevende competenties,
- verbeterde escalatie van risico's.

#### **d. Integratie van Bingli in de werking**

Een volgende kwaliteitsdoelstelling betrof de integratie van Bingli in de operationele werking, met als startpunt de ondersteuning van huisartsenwachtposten.

Door de implementatie van digitale zorginhoudelijke intake van patiënten via Bingli wordt de eerste triage gestructureerd, objectiever en beter gedocumenteerd uitgevoerd. Dit versterkt de kwaliteit van zorgtoewijzing, vermindert risico's op foutieve inschattingen en verhoogt de efficiëntie van samenwerking met huisartsenwachtposten.

De kwaliteitsimpact bestaat uit:

- verbeterde zorgtriage,
- verhoogde patiëntveiligheid,
- betere informatieoverdracht,
- transparantere zorgregistratie.

Deze implementatie wordt in 2026 geëvalueerd op basis van effectiviteit, tevredenheid en foutreductie. De doelstelling is om deze tool ook aan te wenden binnen de context van de transmurale zorg zodat ook hier een zorginhoudelijke triage met de nodige kwaliteitsondersteuning via AI kan gebeuren. Er blijft steeds een human-in-the-loop.

#### **e. Oprichting zorglijnoperatoren (24/7 bereikbaarheid)**

Een fundamentele kwaliteitsdoelstelling was de overgang van een vrijwillig permanentiesysteem naar een professioneel uitgebouwd systeem van zorglijnoperatoren die 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar zijn.

Het vroegere systeem, gebaseerd op vrijwillige permanentie, hield risico's in op het vlak van continuïteit en voorspelbaarheid. De nieuwe structuur met vaste zorglijnoperatoren heeft als kwaliteitsimpact:

- verhoogde bereikbaarheid,
- betere continuïteit van zorg,

- vermindering van organisatorische kwetsbaarheid,
- duidelijke verantwoordelijkheidsstructuur.

Deze hervorming versterkt rechtstreeks de patiëntveiligheid en de organisatorische stabiliteit.

#### **f. Digitaal ondertekeningsproces voor juridische documenten**

De organisatie heeft als kwaliteitsdoelstelling de volledige digitalisering van het ondertekeningsproces voor juridische documenten gerealiseerd.

Dit omvat onder meer:

- contracten,
- beleidsdocumenten,
- interne procedures,
- complianceverklaringen.

De digitalisering zorgt voor:

- traceerbaarheid,
- juridische zekerheid,
- vermindering van administratieve fouten,
- efficiëntere archivering.

De start gebeurde voor de contracten. In 2026 zullen bijkomende documenten via hetzelfde systeem worden ingebed (bv. kennisname van zorgprotocollen).

#### **g. Herstructurering van data**

Een belangrijke organisatorische kwaliteitsdoelstelling was de volledige herstructurering van data binnen de organisatie. Historische databestanden werden opgeschoond, duplicaten verwijderd en structuren geharmoniseerd.

Deze dataconsolidatie heeft als kwaliteitsimpact:

- verhoogde betrouwbaarheid van rapportering,
- betere monitoring van indicatoren,
- vermindering van administratieve fouten,
- sterkere basis voor beleidsbeslissingen.

#### **h. Voorbereiding op de hervorming van het beroep**

In anticipatie op de hervorming van het verpleegkundig beroep werd een volledig beleidskader uitgewerkt waarin taakafbakening, delegatie, verantwoordelijkheden en functiebeschrijvingen werden herzien. Daarbij werd ook een digitaal delegatieproces uitgetekend.

Hoewel de implementatie gefaseerd wordt uitgerold vanaf 2026, is de beleidsmatige voorbereiding reeds afgerond. Dit positioneert de organisatie als proactief en conform toekomstige regelgeving.

#### **i. Uitwerking volledig compliancebeleid**

De organisatie heeft een integraal compliancebeleid uitgewerkt waarin onder meer aandacht wordt besteed aan:

- wettelijke conformiteit,
- privacy en gegevensbescherming,
- beroepswetgeving,
- governance,
- interne controlemechanismen.

Vanaf 2026 worden binnen dit compliancekader gefaseerde kwaliteitsdoelstellingen geformuleerd voor de periode 2026–2029, met duidelijke opvolgingsmomenten.

#### **j. Verdere uitbouw van de ondersteunende werking**

Ten slotte werd de interne werking verder uitgewerkt en verfijnd met een ondersteuningsmodel dat zorgverleners maximaal faciliteert in hun dagelijkse praktijk.

Binnen dit model is een centraal aanspreekpunt voorzien voor:

- operationele vragen,
- digitale ondersteuning,
- administratieve begeleiding,
- kwaliteitsgerelateerde vragen en signalen.

Deze verdere uitbouw en verfijning heeft als kwaliteitsimpact:

- een gerichte ondersteuning van zorgverleners,
- meer ruimte en focus op patiëntenzorg,
- een efficiëntere en snellere opvolging van vragen,
- een versterkte interne samenwerking en ondersteuning,
- een betere afstemming door digitalisering en duidelijke rolverdeling.

## **Conclusie**

De gerealiseerde kwaliteitsdoelstellingen 2024–2025 tonen aan dat de organisatie systematisch heeft ingezet op professionalisering, digitalisering, governanceversterking en risicobeheersing. Deze verwezenlijkingen vormen geen eindpunt, maar het fundament voor de strategische doelstellingen 2026–2028, waarin implementatie, verdieping en verdere maturiteit centraal staan.

### **3.2. Strategische kwaliteitsdoelstellingen 2026-2028**

De periode 2026–2028 staat in het teken van implementatieverdieping, structurele monitoring en verdere maturiteit van het kwaliteitsmanagementsysteem. De organisatie bouwt voort op de gerealiseerde fundamenten van digitalisering, governanceversterking en compliance-uitwerking en vertaalt deze naar concreet meetbare en bestuurlijk opgevolgde kwaliteitsdoelstellingen. Elke doelstelling wordt niet enkel inhoudelijk gerealiseerd, maar systematisch geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd binnen de PDCA-cyclus (zie onderdeel kwaliteitsmanagementsysteem).

#### **Voortbouwen op realisaties van 2024-2025:**

Doelstellingen die voortbouwen op de doelstellingen en realisaties van 2024-2025:

- De gefaseerde implementatie van de hervorming van het verpleegkundig beroep binnen de organisatie, met aanpassing van functies, verantwoordelijkheden en interne processen.

- De verdere uitrol en operationalisering van het compliancebeleid, met integratie van governance, risicobeheer en interne controle in de reguliere kwaliteitsrapportering.
- De volledige operationalisering van het individuele professionele portfolio door de toegang voor zorgverleners en koppeling aan bekwaamheidsbewaking.
- De evaluatie en mogelijke uitbreiding van de Bingli-integratie binnen andere zorglijnen, op basis van effectiviteitsmeting en tevredenheidsanalyse.
- De verdere professionalisering van datamanagement, met uniforme indicatorendefinities en versterkte rapporteringsstructuren.
- De bestending en optimalisering van het 24/7 zorglijnoperatorensysteem, met focus op bereikbaarheid, kwaliteit van triage en continuïteit van zorg.

#### **a. Structurele en transparante registratie van klachten en meldingen m.i.v. grensoverschrijdend gedrag**

De organisatie stelt zich als strategische prioriteit om haar klachten- en meldingsbeleid verder te professionaliseren en volledig te verankeren in een transparant, traceerbaar en juridisch robuust registratiesysteem. Het doel is te waarborgen dat elke klacht en elke melding systematisch via dezelfde weg wordt geregistreerd, objectief onderzocht en opgevolgd met het oog op zowel individuele afhandeling als structurele kwaliteitsverbetering. We willen weg van het gebruik van verschillende communicatiewegen, handmatige excel-bestanden en persoonlijke inschattingen.

Dit wordt gerealiseerd door het verplicht gebruik van een digitaal meldkanaal (Odo) waarin elke melding wordt opgenomen met vermelding van ontvangst, aard, onderzoek, beoordeling van ernst, genomen maatregelen en afsluiting. Voor meldingen inzake grensoverschrijdend gedrag wordt een afzonderlijk geanonimiseerd (indien zo aangeduid) register bijgehouden.

De risico-inschatting van een melding inzake klachten of grensoverschrijdend gedrag gebeurt via een gestructureerd beoordelingsformulier dat digitaal wordt ingevuld. Op basis van de ingevoerde parameters genereert het systeem een automatische risicoclassificatie volgens vooraf bepaalde risiconiveaus. Deze classificatie fungeert als objectiverend en ondersteunend instrument bij de verdere besluitvorming en bepaalt welke vervolgstappen minimaal moeten worden overwogen, zoals intern onderzoek met hoor en wederhoor, tijdelijke beschermingsmaatregelen of externe melding.

De uiteindelijke beoordeling en beslissing worden steeds genomen door de CEO of een daartoe bevoegde leidinggevende afhankelijk van de risicobeoordeling. Het digitale systeem ondersteunt de risico-inschatting maar vervangt geen professionele oordeelsvorming.

De organisatie evalueert dit systeem per kwartaal via analyse van registraties en via een jaarlijkse trendanalyse waarin klachten worden gecategoriseerd naar aard en herkomst. Deze analyse wordt besproken op c-levelniveau en leidt tot concrete verbeteracties. Indien blijkt dat registraties onvolledig zijn, termijnen systematisch worden overschreden of terugkerende patronen onvoldoende structureel worden aangepakt, wordt het proces herzien, worden bijkomende opleidingen georganiseerd of worden verantwoordelijkheden aangescherpt. De data die nodig is om objectieve beslissingen in deze te maken worden volledig in het digitale proces voorzien.

Op die manier fungeert klachten- en meldingsbeheer niet louter als reactief mechanisme, maar als actief instrument van kwaliteitssturing.

## **b. Verdere ontwikkeling en digitalisering van het delegatieproces**

Een tweede strategische doelstelling betreft de verdere digitale ontwikkeling, operationalisering en borging van het delegatieproces tussen verpleegkundigen en zorgkundigen of basisverpleegkundigen (in het kader van de hervorming van het beroep). Delegatie wordt daarbij beschouwd als een klinisch en juridisch kernproces waarin een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden essentieel blijft voor patiëntveiligheid en zorgkwaliteit.

Het beleidskader en de onderliggende processen werden voor de hervorming in 2025 uitgewerkt (verder bouwend op de reeds gekende processen omtrent de structurele equipe) en vormen vandaag reeds een duidelijke en gedragen basis binnen de organisatie. In de volgende fase ligt de nadruk op een verdere versterking en verfijning van deze bestaande werking, met bijzondere aandacht voor de digitale ondersteuning, controlemechanismen en delegatie in complexe zorgsituaties. De (digitale) implementatie zal tegen Q3 2026 gefaseerd worden uitgerold.

Concreet wordt het bestaande delegatiekader verder verdiept door een nauwere integratie met Odo, waarbij bijkomende geautomatiseerde controles worden ingebouwd. Deze controles functioneren aanvullend op het EPD en maken het mogelijk om op een onafhankelijke en systematische manier de registraties en beslissingen van verpleegkundigen extern te toetsen. Dit draagt bij aan een verhoogde transparantie, uniformiteit en betrouwbaarheid van het delegatieproces, zonder afbreuk te doen aan de professionele autonomie van de verpleegkundige.

De kwaliteit van het delegatieproces wordt blijvend opgevolgd. De uitbreiding met digitale controles via Odo zorgt hier voor een bijkomende objectivering en versterking van de bestaande toetsingsmechanismen. Bevindingen worden besproken met de betrokken regio's en leiden waar nodig tot gerichte bijsturing of bijkomende ondersteuning. Er worden automatische blokkeringen voorzien wanneer niet wordt voldaan aan de organisatorische vereisten.

In het kader van deze verdere professionalisering werden reeds opleidingen voorzien:

- 26.02.2026: toelichting van het beleids- en juridisch kader (fysiek event, nadien digitaal beschikbaar)
- 2026: webinars rond klinisch redeneren en complexe zorgsituaties, met nadruk op het gebruik van het zorgplan

Indien risico's of afwijkingen worden vastgesteld, kan de organisatie gerichte ondersteunende maatregelen nemen, zoals tijdelijke beperking van bevoegdheden of bijsturing van het delegatiekader. Het uitgangspunt blijft evenwel faciliterend: het versterken van een duidelijk, transparant en robuust kader waarin verpleegkundigen op een veilige en kwalitatieve manier kunnen delegeren binnen de structurele equipe (en het gestructureerd zorgteam) conform de geldende regelgeving en interne afspraken .

### **c. Versterking van medicatiebeleid, hygiënebeleid en infectiepreventie**

De organisatie engageert zich om medicatieveiligheid, hygiënische praktijkvoering en infectiepreventie structureel te versterken. Deze domeinen worden erkend als kritische kwaliteitsindicatoren binnen de thuisverpleging.

Protocollen worden geactualiseerd op basis van recente richtlijnen en wetenschappelijke inzichten. De implementatie wordt ondersteund via peer reviews en opleiding voor zorgverleners, waarbij zowel theoretische kennis als praktische toepassing aan bod komen. Daarnaast worden controlemechanismen ingebouwd, zoals systematische analyse van incidentmeldingen en verplichte educatietrajecten.

De effectiviteit van dit beleid wordt geëvalueerd via jaarlijkse auditrapporten en via kwartaalanalyse van medicatiegerelateerde incidenten. Indien clusters of terugkerende fouten worden vastgesteld, wordt onmiddellijk bijgestuurd door middel van heropleiding, procesaanpassing of bijkomende controlemaatregelen. De evolutie van incidentcijfers wordt opgenomen in de jaarlijkse kwaliteitsrapportering aan de Raad van Bestuur.

Het uiteindelijke doel is een aantoonbare reductie van vermijdbare medicatiefouten en een consistente naleving van infectiepreventierichtlijnen.

### **d. Gestructureerd en functie-specifiek opleidingstraject**

Een vierde strategische doelstelling betreft de verdere uitbouw en operationalisering van een gestructureerd en functie-specifiek opleidingstraject voor alle medewerkers. De organisatie wil hiermee zowel wettelijke conformiteit als duurzame professionele ontwikkeling waarborgen. De regiocoördinatoren kwamen reeds aan bod in 2025. De functie van coördinator zorg (provinciaal) wordt de eerste focus in 2026.

Het digitale opleidingsplatform vormt hierbij het centrale instrument. Per zorgverlener wordt via een digitale teller opgevolgd hoeveel opleidingsuren werden behaald in het kader van de verplichting van veertig uur bijscholing per voltijdse equivalent per twee jaar. Deze bijscholingsuren gelden ook voor alle back-officemedewerkers. Daarnaast wordt het individuele professionele portfolio verder ontwikkeld zodat competenties, gevolgde opleidingen en ontwikkeltrajecten transparant zichtbaar worden voor zowel organisatie als medewerker.

De opleidingsgraad wordt jaarlijks geanalyseerd. Indien tekorten worden vastgesteld, wordt een individueel opleidingsplan opgesteld. Daarnaast wordt de relevantie van het opleidingsaanbod geëvalueerd via de medewerkerstevredenheidsmeting. Op basis van deze feedback wordt het aanbod aangepast of uitgebreid.

Door opleiding niet louter administratief maar strategisch te benaderen, versterkt de organisatie haar klinische competentie, haar compliance en haar aantrekkelijkheid als werkgever.

#### **e. Implementatie van BelRAI en train-the-trainer model**

Een bijkomende strategische doelstelling voor de periode 2026–2028 betreft de gefaseerde implementatie van de BelRAI Screener binnen de organisatie als instrument voor gestructureerde zorginschatting en kwaliteitsvolle zorgplanning. De organisatie wil hiermee de objectivering van zorgzwaarte, de onderbouwing van zorgplannen en de kwaliteit van verslaggeving versterken. In 2026 ligt de focus op de implementatie binnen de pilootprojecten en de opleiding van de betrokken zorgverleners. Nadien is het de bedoeling om dit organisatie-breed aan te bieden via een train-the-trainer-model.

Het digitale zorgdossier vormt hierbij het centrale platform waarin de BelRAI-gegevens worden geïntegreerd. Zorgverleners die deelnemen aan het pilootproject volgen een verplichte opleiding waarin wordt toegelicht wat BelRAI inhoudt, hoe het instrument klinisch moet worden geïnterpreteerd, wat dit betekent voor de dagelijkse zorgverlening en welke verwachtingen er gelden inzake verslaggeving en zorgplanning. Parallel wordt een train-the-trainer model opgezet waarbij interne referentiepersonen worden opgeleid om de kennis duurzaam binnen de organisatie te verankeren en toekomstige implementaties te begeleiden.

De implementatie voor het pilootproject start begin maart 2026.

#### **f. Versterking van klinische deskundigheid in complexe thuiszorg**

Een volgende strategische doelstelling betreft de structurele versterking van de klinische deskundigheid van thuisverpleegkundigen in het licht van de toenemende complexiteit van zorg in de thuissituatie. De organisatie wil hiermee anticiperen op de verschuiving van zorg van ziekenhuis naar thuisomgeving en de rol van de thuisverpleegkundige als klinisch expert expliciet versterken.

In dit kader wordt een inhoudelijk verdiept opleidingsprogramma uitgerold met aandacht voor onder meer wondzorg in de thuisverpleging, diabeteszorg, infuustherapie en katheterzorg, palliatieve zorg, klinisch redeneren, omgaan met polyfarmacie, zorg bij ouderen met cognitieve achteruitgang, complexe zorgsituaties in de thuiscontext en samenwerking met huisartsen. Daarnaast wordt bijzondere aandacht besteed aan de veranderende rol van de thuisverpleegkundige in het kader van de hervorming van het beroep, inclusief delegatie, bekwaamheid en verantwoordelijkheid.

Deze opleidingen worden geïntegreerd in het digitale opleidingsplatform en gekoppeld aan het competentieprofiel van de zorgverlener. De impact wordt geëvalueerd via analyse van incidentmeldingen in complexe zorgsituaties en (medewerkers)tevredenheidsmetingen. Indien blijkt dat bepaalde thema's onvoldoende doorwerken in de praktijk, wordt het opleidingsaanbod inhoudelijk bijgestuurd of wordt aanvullende begeleiding voorzien. Door klinische deskundigheid systematisch te versterken, verhoogt de organisatie de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten in complexe thussituaties.

#### **g. Versterking van psychosociale en communicatieve competenties**

Een aanvullende strategische doelstelling betreft de ondersteuning van zorgverleners in het omgaan met psychosociaal complexe zorgcontexten en emotioneel belastende situaties. De organisatie erkent dat thuisverpleging niet enkel klinische expertise vereist, maar ook sterke communicatieve en emotionele vaardigheden.

Opleidingen worden voorzien rond communicatie met mantelzorgers en familie, het hanteren van verwachtingen en grenzen, omgaan met weerstand, wantrouwen en zorgmijndend gedrag, agressie en grensoverschrijdend gedrag, evenals zelfzorg en mentale veerkracht voor thuisverpleegkundigen. Deze opleidingen hebben als doel zowel patiëntveiligheid als medewerkerswelzijn te versterken.

De impact wordt gemonitord via medewerkerstevredenheidsmetingen, analyse van meldingen inzake grensoverschrijdend gedrag en opvolging van psychosociale signalen binnen teams. Indien verhoogde belasting of terugkerende knelpunten worden vastgesteld, wordt bijkomende ondersteuning voorzien. Door aandacht te besteden aan mentale veerkracht en communicatie versterkt de organisatie de duurzaamheid van haar zorgmodel.

#### **h. De implementatie van het digitale doorverwijsvoorschrift**

Een bijkomende strategische doelstelling voor 2026–2028 betreft de implementatie van het digitale doorverwijsvoorschrift binnen de organisatie. Deze doelstelling kadert in de versterking van continuïteit van zorg, informatieoverdracht en conformiteit met de erkenningsvoorwaarden rond samenwerking met andere hulpverleners.

Het digitale doorverwijsvoorschrift zal geïntegreerd worden in de bestaande digitale systemen, zodat verwijzingen gestructureerd, traceerbaar en uniform worden geregistreerd. Dit moet bijdragen aan een betere informatieoverdracht naar andere hulpverleners, een correcte documentatie in het gebruikersdossier en een versterking van de zorgcoördinatie.

De toepassing van het digitale doorverwijsvoorschrift wordt opgevolgd via dossiersteekproeven en een vaste rapportage van indicatoren (startende met een nulmeting). Daarbij wordt nagegaan of verwijzingen tijdig, volledig en conform de afgesproken procedures worden geregistreerd. Indien afwijkingen worden vastgesteld, wordt het proces bijgestuurd en worden betrokken medewerkers bijkomend begeleid.

De implementatie zal bij een kleine groep in de organisatie eerst getest worden met aanvang net voor Q3 van 2026. Na testing en aanpassing waar nodig zal de groep gebruikers systematisch vergroot worden binnen de organisatie. Het doel is om einde 2028 de volledige organisatie in de werking ingebed te hebben.

Door het doorverwijsproces te digitaliseren en te standaardiseren, versterkt de organisatie de kwaliteit van interdisciplinaire samenwerking en de continuïteit van zorgverlening.

## 4. KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEEM

### 4.1 Doel van het kwaliteitsmanagementsysteem

Het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) vormt het geïntegreerde beleidskader waarmee de organisatie de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid systematisch beheerst, bewaakt en continu verbetert. Het systeem is niet louter een verzameling van procedures, maar een strategisch sturingsinstrument dat alle kernprocessen van de organisatie omvat.

Het KMS heeft als eerste doel het structureel borgen van kwaliteit en veiligheid. Dit betekent dat zorgprocessen, klinische handelingen, administratieve processen en ondersteunende activiteiten zodanig georganiseerd worden dat risico's op fouten, schade of kwaliteitsverlies maximaal worden beperkt. Door middel van monitoring, opleiding, interne controle en duidelijke verantwoordelijkheden wordt een stabiele en betrouwbare zorgomgeving gecreëerd.

Daarnaast beoogt het systeem het proactief identificeren en beheersen van risico's. In plaats van uitsluitend te reageren op incidenten of externe signalen, hanteert de organisatie een systematische risicoanalyse waarbij juridische, operationele, financiële en reputatierisico's periodiek worden geëvalueerd. Op basis van deze analyse worden beheersmaatregelen en actieplannen opgesteld, zodat potentiële knelpunten tijdig worden aangepakt.

Een derde doelstelling is het garanderen van wettelijke en reglementaire conformiteit. De organisatie ziet erop toe dat alle activiteiten in overeenstemming zijn met het Woonzorgdecreet, de toepasselijke Besluiten van de Vlaamse Regering, RIZIV-regelgeving, patiëntenrechtenwetgeving, GDPR-verplichtingen en andere relevante normen. Het kwaliteitsmanagementsysteem fungeert hierbij als controlemechanisme om naleving aantoonbaar te maken.

Verder organiseert het KMS de continue verbetering van de organisatie op structurele wijze. Verbetering gebeurt niet ad hoc, maar via een vastgelegde methodiek waarin doelstellingen, metingen, analyses en corrigerende maatregelen systematisch worden opgevolgd. Incidenten, klachten, auditbevindingen en tevredenheidsmetingen vormen hierbij belangrijke input voor structurele optimalisatie.

Tot slot ondersteunt het kwaliteitsmanagementsysteem de strategische besluitvorming op bestuursniveau. Door middel van KPI-rapportering, risicoanalyse en jaarverslagen verschaft het KMS objectieve informatie die beleidskeuzes onderbouwt. Hierdoor wordt kwaliteit een integraal onderdeel van de governance van de organisatie.

Het systeem werkt integraal volgens de PDSA-cyclus (Plan–Do–Study–Act). Dit betekent dat kwaliteitsdoelstellingen gepland worden, operationeel uitgevoerd worden, systematisch gecontroleerd

worden en waar nodig bijgestuurd worden. Deze cyclische benadering garandeert een dynamisch en lerend kwaliteitsbeleid.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is expliciet bestuursverankerd. Kwaliteit is geen louter operationele verantwoordelijkheid, maar een kernopdracht binnen de organisatie.

#### 4.2 Governance en verantwoordingsstructuur

De governance van het kwaliteitsmanagementsysteem is duidelijk gedefinieerd en formeel vastgelegd.

De Chief Compliance Officer (CCO) draagt de eindverantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid. De CCO ziet toe op de ontwikkeling van het kwaliteitsmanagementsysteem en waakt over de naleving van wettelijke verplichtingen en interne kwaliteitsnormen. De CCO coördineert de risicoanalyse, de incidentenopvolging, de auditwerking en de zelfevaluatie. De Chief Business Officer (CBO) draagt de eindverantwoordelijkheid voor de operationele werking van het normenkader.

De kwaliteitsmeting wordt opgevolgd via semesterrapportering aan het C-level door de medewerker kwaliteit en beleid. Tijdens deze rapporteringen worden KPI's, incidenten, klachten, risico's en verbeteracties besproken. Afwijkingen worden geanalyseerd en waar nodig worden bijkomende maatregelen beslist.

Op strategisch niveau wordt minimaal semesterieel gerapporteerd aan de Raad van Bestuur. Deze rapportering omvat een overzicht van de belangrijkste kwaliteitsindicatoren, significante risico's, ernstige incidenten, auditbevindingen en de voortgang van verbeteracties. De Raad van Bestuur houdt toezicht op de effectiviteit van het kwaliteitsbeleid en kan bijkomende strategische richtlijnen formuleren.

Daarnaast wordt jaarlijks een kwaliteitsverslag opgesteld. Dit verslag vormt een geïntegreerde evaluatie van het voorbije jaar en bevat onder meer een analyse van doelstellingen, KPI-trends, incidenten, klachten, auditresultaten en strategische prioriteiten voor het volgende jaar. Het verslag is een publiek intern document en wordt ter kennisname en goedkeuring voorgelegd aan het bestuursniveau.

#### 4.3. Methodiek

Het kwaliteitsmanagementsysteem is integraal opgebouwd volgens de PDSA-cyclus (Plan–Do–Study–Act). Dit betekent dat kwaliteit geen afzonderlijke activiteit is, maar een continu sturingsmechanisme dat verweven zit in alle bestuurs- en zorgprocessen.

In de **Plan-fase** worden strategische kwaliteitsdoelstellingen geformuleerd op basis van risicoanalyse (die voortvloeit uit wetgeving, audits, klachten,...). Deze risico-domeinen zijn hieronder opgenomen

In de **Do-fase** worden deze doelstellingen operationeel uitgevoerd binnen de dagelijkse zorgpraktijk. Dit omvat zorgverlening, dossierregistratie, opleiding, delegatiebeheer, interne communicatie en naleving van procedures. Digitale systemen ondersteunen hierbij de correcte uitvoering en registratie.

In de **Study-fase** wordt systematisch gemonitord via KPI-dashboards, interne audits, incidentanalyses, klachtenanalyse, tevredenheidsmetingen en zelfevaluaties. Deze fase heeft als doel afwijkingen, trends en risico's objectief vast te stellen.

In de **Act-fase** worden corrigerende, preventieve of structurele maatregelen genomen. Deze worden opgenomen in het verbeteractieregister, toegewezen aan een verantwoordelijke en opgevolgd tot effectiviteit aantoonbaar is. De resultaten van deze fase voeden opnieuw de strategische planning, waardoor een continue verbetercyclus ontstaat.

#### 4.4 Risicodomeinen

Strategisch risicobeheer is essentieel om proactief te handelen in plaats van reactief. Er werden 4 risicodomeinen gedefinieerd:

##### 1) Zorgprocessen

Het betreft de manier waarop zorg wordt georganiseerd, uitgevoerd, geëvalueerd en bijgestuurd. Het gaat hier niet over individuele casussen, maar over de structuur van het zorgsysteem.

Concreet houdt dit in:

Wat evalueren we?	Hoe evalueren we? Op basis waarvan?	Bijkomende basis: opgenomen KPI in beleidsdocumenten
Continuïteit van de zorg Toepassing van de zorgplanning Respect voor patiënten Educatie omtrent zorgprotocollen en richtlijnen	Meldingen Tevredenheidsmetingen Gevolgde uren opleidingen m.b.t. zorgprocessen	Medicatiebeleid Beleid meldingen & incidenten Beleid zorgcyclus Beleid continuïteit van de zorg

##### 2) RIZIV-conformiteit

Het betreft de beoordeling van de correcte toepassing van RIZIV-regelgeving en structurele eeupevoorwaarden.

Concreet houdt dit in:

Wat evalueren we?	Hoe? Op basis waarvan?	Bijkomende basis: opgenomen KPI in beleidsdocumenten
eID-inlezingen KATZ-inschalingen Facturatieblokkeringen w-waarde overschrijding dienst-vereisten van de structurele equipe	Eventuele terugvorderingen Communicatie vanwege het RIZIV Meldingen Facturatie-data en analyses	Fraudebeleid Regularisatiebeleid Beleid KATZ-schaal

### 3) Teamwerking

Evaluatie van samenwerking, communicatie, taakverdeling binnen het zorgteam.

Wat evalueren we?	Hoe? Op basis waarvan?	Bijkomende basis: opgenomen KPI in beleidsdocumenten
Peer review uren Gestructureerde samenwerking (duidelijke rollen en taakverdeling) Communicatiekanalen en informatiedeling Zorginhoudelijke ondersteuning bij complexe dossiers Incidenten - conflicten	Urenteller peer review Meldingen (ook HR) Tevredenheidsmeting Verslagen peer review Performance review	Beleid meldingen & incidenten Beleid Peer review GDPR-beleid Beleid continuïteit van de zorg IT en toegangsbeheer Beleid samenwerking zelfstandigen Beleid bekwaamheid en bevoegdheid

### 4) Opleidingen

Wat evalueren we?	Hoe? Op basis waarvan?	Bijkomende basis: opgenomen KPI
Opleidingsuren Invulling verplichte onderdelen Relevante gevolgde opleidingen t.o.v. risico's Opleiding na melding (verbetertrajecten) Inhoudelijke thema's en tevredenheid	Urenteller opleidingen Meldingen (ook HR) Enquêtes na opleiding Tevredenheidsmetingen Performance review	Beleid meldingen & incidenten Beleid opleidingen algemeen Beleid opleidingen per functie

## 4.6. Verbeteractieregister

Om de interventies (gestoeld om de strategische risico's die gemonitord worden via de KPI's) gestructueerd te overzien wordt er gewerkt aan een verbeteractieregister. Dit is het centrale beheersinstrument waarin alle corrigerende en preventieve acties worden verzameld. Dit wordt vanaf Q3 2026 voorzien binnen Odoo.

Op basis van categorieën van meldingen, zelfevaluaties en trendanalyses zal een register bijgehouden worden van verbetermaatregelen die genomen worden binnen de organisatie. Deze worden per kwartaal op het niveau van c-level gerapporteerd en jaarlijks opgenomen in een verslag aan de Raad van Bestuur.

#### 4.7. Zelfevaluatiekader

Een gestructureerde, periodieke reflectie op de werking en doelstellingen van de organisatie:

- Jaarlijks sinds 2026: kwaliteitsrapport en auditrapport
- 3-jaarlijks: volledige zelfevaluatie (laatste zelfevaluatie afgesloten op 01.02.2023 (zorginspectie) – volgende geplande zelfevaluatie 01.03.2026)  
*\*later aangezien er een due dilligence van de organisatie gebeurde tussen mei-december 2025*

De zelfevaluatie omvat een systematische beoordeling van de kernprocessen van de organisatie. Deze beoordeling is gebaseerd op objectieve gegevens, waaronder KPI-monitoring, interne auditresultaten en melding-analyses.

De evaluatie wordt opgebouwd rond de vier inhoudelijke domeinen die als risico-domeinen werden gedefinieerd (zie 4.5).

#### Interne auditbevindingen en analyses

##### Audit en analyses

Een interne audit is een systematische, onafhankelijke en gedocumenteerde toetsing van een proces of norm aan vooraf vastgelegde criteria. Ze tonen de feitelijke conformiteit, procesafwijkingen en naleving van de regelgeving. Auditbevindingen zijn cruciaal omdat ze onafhankelijke verificatie bieden en ze vormen een onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem. Een analyse is een gestructureerde, risico-gestuurde evaluatie van een proces, systeem of organisatieonderdeel met als doel trends, kwetsbaarheden en verbeterkansen te identificeren.

De audit- en analyseplanning gebeurt jaarlijks tussen de CCO en de medewerker kwaliteit en beleid. De eerste audit van 2026 is voorzien vanaf Q3 2026.

## Kwaliteitsdocumenten intern

## Gedragcode professionele integriteit - Altrio thuisverpleging versie 2026 1.0

### 1. Doel en positionering

Deze gedragscode beschrijft de professionele en ethische normen die gelden binnen de dienst voor thuisverpleging. Zij concretiseert de waarden waarop de organisatie steunt en vertaalt deze naar verwacht gedrag in de zorgpraktijk.

De gedragscode beoogt:

- De fysieke en psychische veiligheid van patiënten te waarborgen
- De professionele integriteit van zorgverleners te beschermen
- Duidelijke grenzen vast te leggen binnen de zorgrelatie
- Een veilige samenwerkingscultuur te ondersteunen, ook met de medewerkers van de organisatie
- Grensoverschrijdend gedrag te voorkomen

Deze gedragscode is bindend voor alle zelfstandige verpleegkundigen en zorgkundigen verbonden aan de dienst, de coördinerend verpleegkundigen, alle medewerkers van de organisatie, de leden van de Raad van Bestuur, stagiairs, studenten en externe samenwerkingspartners.

Het document wordt via e-mail ter beschikking gesteld aan alle zorgverleners die aangesloten zijn bij Altrio, evenals aan de medewerkers van de backoffice.

Daarnaast zal het document ook beschikbaar zijn onder “Documenten” in Altrionet, zodat het ten alle tijden kan worden geraadpleegd.

Deze procedure wordt eveneens opgenomen in de onboarding documentatie, zodat nieuwe zorgverleners en medewerkers bij hun opstart toegang hebben tot deze richtlijnen.

Deze code vervangt op geen enkele manier de wetgevende bepalingen of regelgevende kaders. Naast deze beknopte code geldt er voor een aantal onderdelen een volledig uitgewerkt compliance kader dat eveneens dient te worden nagekomen (bv. grensoverschrijdend gedrag, meldingen, GDPR, klokkenluidersregeling, fraudebeleid,...).

## 2. Waardenkader

De organisatie vertrekt vanuit een nurse-led visie waarbij professionele autonomie steeds gepaard gaat met verantwoordelijkheid.

Binnen deze context gelden volgende uitgangspunten:

- Professioneel handelen vertrekt vanuit praktijkkennis en expertise
- Autonomie wordt uitgeoefend binnen duidelijke ethische grenzen
- Samenwerking gebeurt in functie van het geheel
- Veiligheid en vertrouwen hebben voorrang op individueel comfort
- Transparantie en aanspreekbaarheid zijn fundamenteel

De gedragsprincipes van verantwoordelijkheid (ownership), proactief handelen en collectieve verantwoordelijkheid vormen de basis van deze code.

## 3. Professionele grenzen in de zorgrelatie

De zorgrelatie is een professionele relatie waarin een inherent onevenwicht bestaat tussen zorgverlener en patiënt. De zorgverlener draagt steeds de grootste verantwoordelijkheid voor het bewaken van grenzen.

Daarom tolereren wij absoluut niet:

- Fysiek contact zonder therapeutische noodzaak of zonder (geïnformeerde) toestemming
- Seksueel getinte opmerkingen, gedragingen of suggesties
- Intimiderend, vernederend of bedreigend gedrag
- Misbruik van afhankelijkheid of machtspositie
- Financieel misbruik of het vragen of aanvaarden van ongepaste voordelen
- Het aangaan van romantische of seksuele relaties met patiënten
- Het vermengen van professionele en persoonlijke belangen

Professionele afstand is een noodzakelijke voorwaarde voor veilige en ethisch verantwoorde zorgverlening.

## 4. Respectvolle zorgverlening

Elke zorgverlener:

- Handelt volgens geldende professionele standaarden en richtlijnen
- Respecteert de lichamelijke en psychische integriteit van de patiënt
- Werkt hygiënisch en veilig
- Documenteert correct, volledig en tijdig
- Respecteert zorgplanningen
- Houdt rekening met de culturele en sociale context van de patiënt
- Communiceert duidelijk, eerlijk en respectvol

Nalaten van afgesproken zorg, slordige verslaggeving of niet respectvolle communicatie worden beschouwd als niet conform professioneel gedrag.

## 5. Samenwerking en werkcultuur

De organisatie verwacht een veilige en respectvolle samenwerking tussen alle betrokkenen.

Niet toegelaten zijn:

- Pesten of systematische uitsluiting
- Discriminatie
- Seksuele intimidatie
- Verbale of psychische agressie
- Het bewust ondermijnen van collega's

Iedereen draagt verantwoordelijkheid voor het creëren van een werkklimaat waarin constructieve feedback mogelijk is en problemen tijdig bespreekbaar worden gemaakt.

## 6. Proactief handelen bij risico's

Van elke betrokkene wordt verwacht dat signalen van grensoverschrijdend of onveilig gedrag tijdig worden herkend en gemeld.

Proactief handelen houdt in:

- Het bespreekbaar maken van twijfel of spanningen
- Het tijdig signaleren van risico's
- Het niet minimaliseren van incidenten
- Het naleven van de meldprocedure

Meldingen kunnen desgevallend geanonimiseerd gebeuren. De organisatie beschermt melders tegen represailles.

## 7. Digitale en gegevensintegriteit

Patiëntgegevens worden verwerkt conform GDPR en interne richtlijnen.

Het is o.a. niet toegelaten:

- Patiëntgegevens op privétoestellen te bewaren
- Onbeveiligde communicatiekanalen te gebruiken voor zorginformatie
- Privécommunicatie met patiënten via sociale media of persoonlijke accounts te onderhouden

### Gebruik van sociale media

Zorgverleners delen geen patiëntinformatie, beeldmateriaal of zorgsituaties op sociale media. Publicatie kan enkel uitzonderlijk gebeuren wanneer voorafgaandelijk expliciete en geïnformeerde toestemming van de patiënt werd verkregen en wanneer privacy, waardigheid en GDPR-regels volledig gerespecteerd worden.

Ook wanneer een patiënt toestemming geeft, behoudt de zorgverlener steeds de professionele verantwoordelijkheid om te beoordelen of publicatie gepast is binnen een zorgrelatie. In alle gevallen wordt de grootst mogelijke terughoudendheid verwacht.

Digitale veiligheid maakt integraal deel uit van professionele integriteit.

## 8. Nultolerantie voor grensoverschrijdend gedrag

Grensoverschrijdend gedrag omvat onder meer:

- Fysiek geweld
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag
- Psychisch of verbaal geweld
- Diefstal
- Ernstige schending van zorgnormen
- Misbruik van afhankelijkheid

Dit geldt in alle richtingen (zorgverlener, patiënt, collega, mantelzorger) en in fysieke en digitale context.

Elke vaststelling wordt behandeld conform de procedure grensoverschrijdend gedrag.

## **9. Leiderschapsverantwoordelijkheid**

De coördinerend verpleegkundige en de Raad van Bestuur dragen bijkomende verantwoordelijkheid in het bewaken van deze gedragscode.

Dit omvat:

- Voorbeeldgedrag
- Transparante besluitvorming
- Objectieve beoordeling van meldingen
- Cultuurversterkend optreden
- Structurele opvolging via zelfevaluatie

Leiderschap binnen de organisatie betekent verantwoordelijkheid opnemen voor het geheel.

## **10. Kernregels van Professionele Integriteit**

1. Professionele grenzen worden te allen tijde gerespecteerd.
2. De lichamelijke en psychische integriteit van patiënten staat centraal.
3. Afhankelijkheid wordt nooit misbruikt.

4. Communicatie gebeurt eerlijk, respectvol en transparant.
5. Zorg wordt uitgevoerd volgens professionele en hygiënische standaarden.
6. Patiëntgegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.
7. Onveilig of grensoverschrijdend gedrag wordt gemeld.
8. Samenwerking gebeurt in functie van het collectieve belang.
9. Professionele autonomie gaat samen met verantwoordelijkheid.
10. Iedere betrokkene draagt persoonlijk bij aan een veilige zorgcultuur.

## **Procedure preventie en aanpak grensoverschrijdend gedrag - Altrio Thuisverpleging** versie 1.0 2026

### **1. Doel en wettelijke basis**

Deze procedure beschrijft de systematische aanpak inzake grensoverschrijdend gedrag, met aandacht voor preventie, detectie, melding, opvolging en registratie, conform artikel 10 §1 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019.

Het document wordt via e-mail ter beschikking gesteld aan alle zorgverleners die aangesloten zijn bij Altrio, evenals aan de medewerkers van de backoffice.

Daarnaast zal het document ook beschikbaar zijn onder "Documenten" in Altrionet, zodat het ten alle tijden kan worden geraadpleegd.

Deze procedure wordt eveneens opgenomen in de onboarding documentatie, zodat nieuwe zorgverleners en medewerkers bij hun opstart toegang hebben tot deze richtlijnen.

### **2. Definitie**

Onder grensoverschrijdend gedrag wordt verstaan elke vorm van: fysiek geweld, seksueel grensoverschrijdend gedrag, psychisch geweld, intimidatie, verbale agressie, diefstal, misbruik van afhankelijkheid en ernstige schending van professionele zorgnormen. Dit gedrag kan zowel plaatsvinden in fysieke contacten als via digitale communicatie.

Onder grensoverschrijdend gedrag wordt verstaan elke vorm van:

Dit gedrag kan plaatsvinden tussen:

- Zorgverlener en patiënt
- Patiënt en zorgverlener
- Medewerkers onderling
- Mantelzorgers en medewerkers

### **3. Preventiebeleid**

De organisatie voert een actief preventiebeleid en hanteert een nultolerantie ten aanzien van grensoverschrijdend gedrag.

Preventiemaatregelen omvatten:

- De formele gedragscode
- Casusbespreking en reflectiemomenten tijdens peer reviews
- Sensibilisering rond professionele grenzen
- Toegang tot een psycholoog met beroepsgeheim
- Integratie in kwaliteitsmonitoring
- Jaarlijkse evaluatie via zelfevaluatie

#### **4. Meldingsprocedure**

Meldingen kunnen gebeuren door zorgverleners, medewerkers, patiënten, mantelzorgers of andere betrokkenen.

Meldingen kunnen gemaakt worden bij:

- Coördinator Zorg
- HR
- Chief Compliance Officer
- Raad van Bestuur

Meldingen kunnen anoniem gebeuren. Elke melding wordt vertrouwelijk behandeld en geregistreerd.

Wie een melding doet, wordt door de organisatie beschermd. Meldingen worden zo snel mogelijk behandeld.

#### **5. Eerste risico-inschatting**

Een eerste beoordeling bij de melding gebeurt op basis van een acuut risico op de fysieke of psychische veiligheid van het slachtoffer of potentiële slachtoffers. Bij een acuut risico worden meteen voorlopige

maatregelen genomen zoals: stopzetting van de zorg bij één of meerdere patiënten, tijdelijke stopzetting van de samenwerking, vervangen van een vrouwelijke zorgverlener door een mannelijke zorgverlener als de continuïteit van de zorg dient te worden gewaarborgd, enzovoort. Bij een vastgestelde inbreuk (meer dan risico) kan meteen overgegaan worden tot onmiddellijke stopzetting van de samenwerking tussen de zorgverlener en Altrio Thuisverpleging.

Na een melding gebeurt een eerste beoordeling van het mogelijke risico voor de fysieke of psychische veiligheid van het slachtoffer of andere betrokkenen.

Wanneer een acuut risico wordt vastgesteld, kunnen onmiddellijk voorlopige maatregelen genomen worden, zoals:

- Stopzetting van zorg bij een of meerdere patiënten
- Tijdelijke schorsing van de zorgverlener
- Aanpassing van de zorgplanning
- Vervanging van een zorgverlener om de continuïteit van zorg te garanderen.

Wanneer reeds bij de eerste beoordeling een duidelijke inbreuk wordt vastgesteld, kan onmiddellijk worden overgegaan tot stopzetting van de samenwerking tussen de zorgverlener en Altrio Thuisverpleging.

## 6. Onderzoek

Het onderzoek verloopt onafhankelijk en objectief, met respect voor hoor en wederhoor. Alles binnen het onderzoek wordt gedocumenteerd.

## 7. Besluitvorming en maatregelen

Na onderzoek en op basis van objectieve vaststellingen zijn volgende maatregelen mogelijk:

- Schriftelijke waarschuwing
- Evaluatieperiode (bijv. 3 maanden)
- Tijdelijke schorsing
- Stopzetting samenwerking
- Stopzetting zorgrelatie

- Elke bevestigde vorm van grensoverschrijdend gedrag wordt gemeld aan de toezichtcommissie bij de FOD Volksgezondheid (federale overheid) en het Agentschap Zorg en Gezondheid (Vlaamse overheid). Bij strafbare feiten wordt er melding gemaakt aan de politie.
- Bij ernstige of strafbare feiten kan onmiddellijk contact worden opgenomen met de politie of bevoegde instanties.

De beslissing wordt genomen in overleg tussen CCO, HR en Raad van Bestuur.

## **8. Registratiesysteem**

De organisatie houdt een centraal register bij met de relevante gegevens (datum melding, type gedrag, risico-inschatting, onderzoeksresultaat, genomen maatregelen).

De registratie gebeurt geanonimiseerd in rapportering. Trendanalyses worden opgenomen in kwaliteitsrapportering.

## **9. Nazorg**

Nazorg kan omvatten: psychologische ondersteuning, herverdeling van zorg, teamreflectie en preventieve bijsturing.

Deze nazorg kan zowel betrekking hebben op het slachtoffer als op betrokken medewerkers of teams.

## **10. Rapportage**

Minstens jaarlijks wordt aan de Raad van Bestuur een rapport bezorgd omtrent alle meldingen, onderzoek, resultaten, genomen maatregelen, trendanalyses enzovoort.

## AFSPRAKEN OMTRENT KWALITATIEVE ZORGVERLENING

Deze afspraken maken integraal deel uit van de samenwerking binnen de dienst voor thuisverpleging en zijn bindend voor alle aangesloten zorgverleners.

### 1. Permanentieregeling

Om de continuïteit en bereikbaarheid van zorg te waarborgen, werkt de dienst met een vaste permanentieregeling.

- De dienst voorziet in een georganiseerde bereikbaarheid voor patiënten buiten de reguliere zorgmomenten.
- Zorgverleners respecteren de afspraken rond wachtdienst en bereikbaarheid zoals vastgelegd in de planning.
- Bij verhindering (ziekte, overmacht, vakantie) verwittigt de zorgverlener tijdig de coördinator zodat vervanging kan worden georganiseerd.
- De zorgverlener werkt constructief mee aan een vlotte overdracht van zorg wanneer vervanging noodzakelijk is.

Doel: garanderen dat elke patiënt, behalve in geval van overmacht, de afgesproken zorg ontvangt. Meer informatie omtrent het beleid kan je vinden op AltrioNet.

### 2. Aanleggen en bewaren van het gebruikersdossier

Voor elke patiënt wordt een gebruikersdossier (patiëntendossier, verpleegdossier) aangelegd en bijgehouden.

De zorgverlener verbindt zich ertoe:

- Correct en tijdig te registreren in het elektronisch patiëntendossier (EPD).
- Volgende elementen steeds te documenteren:
  - Zorgplan en verpleegkundige doelstellingen
  - Uitgevoerde zorgen

- Observaties en relevante wijzigingen in toestand
- Medische instructies
- KATZ-schaal indien van toepassing
- Evaluatie van de zorg, het zorgplan en de KATZ-schaal
- Te werken conform GDPR en vertrouwelijkheid strikt te respecteren.
- Geen patiëntgegevens te bewaren op privétoestellen of via onbeveiligde communicatiekanalen te delen.

Het dossier moet steeds een correct en volledig beeld geven van de verleende zorg.

### **3. Verplicht gebruik van steriel materiaal**

De zorgverlener engageert zich om:

- Steeds steriel materiaal te gebruiken wanneer de zorg dit vereist.
- De geldende professionele richtlijnen en hygiënevoorschriften strikt na te leven.
- Geen compromissen te sluiten op het vlak van infectiepreventie.
- Onregelmatigheden of tekort aan geschikt materiaal onmiddellijk te melden aan de dienst.

Patiëntveiligheid primeert te allen tijde. Meer informatie omtrent het beleid kan je vinden op AltrioNet.

### **4. Aanwezigheid van noodzakelijk verzorgingsmateriaal**

Voor elke zorgsituatie moet het nodige materiaal aanwezig zijn om kwalitatieve en veilige zorg te kunnen verlenen.

De zorgverlener:

- Ziet erop toe dat het noodzakelijke verzorgingsmateriaal beschikbaar is bij de patiënt.
- Signaleert tijdig wanneer materiaal ontbreekt of moet worden aangevuld.
- Informeert patiënt of mantelzorger indien bijkomend materiaal moet worden voorzien.

- Meldt structurele tekorten aan de coördinator.

De zorg mag niet worden uitgevoerd onder omstandigheden die de veiligheid of kwaliteit in het gedrang brengen. De zorgverleners staan zelf in voor de materialen.

## **Conclusie**

Deze afspraken zijn essentieel voor:

- De continuïteit van zorg
- De patiëntveiligheid
- De wettelijke conformiteit van de dienst
- De professionele verantwoordelijkheid van elke zorgverlener

Door samenwerking met de dienst verklaart de zorgverlener zich akkoord met deze afspraken en verbindt hij/zij zich ertoe deze correct na te leven.