

## Kwaliteitsgegevens Verpleeghuiszorg, verslagjaar 2019 - antwoordenoverzicht

---

### Uw aanlevering

---

#### Uw aanlevering

Gaat uw aanlevering over zorg die aan cliënten verleend wordt volgens de reikwijdte van het Kwaliteitskader? ja

#### Let op!

**De kwaliteitsindicatoren en de indicatoren personeelssamenstelling hoeven alleen te worden aangeleverd als zorg wordt verleend volgens de reikwijdte van het kwaliteitskader, zie onderstaande definitie.**

**Indien u hierboven "ja" kiest en deze pagina afrondt (onderaan in het scherm) komen de pagina's met de indicatoren beschikbaar.**

---

De uitvraag van deze indicatoren betreft de zorg die aan cliënten verleend wordt volgens de reikwijdte van het Kwaliteitskader: "cliënten met een ZZP indicatie 4 t/m 10, die 24 uur aangewezen zijn op WLZ zorg en ondersteuning. Dit gaat over zorg die geboden wordt aan groepen van cliënten, dan wel zorg die voor een deel van de tijd geclusterd geboden wordt, zoals tijdelijke opnamen. Het kader geldt ook voor situaties waarin mensen kiezen om met een persoonsgebonden budget in groepsverband zorg te krijgen".

**Om de administratieve lasten te beperken, is voor deelnemers aan de Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit (LPZ) die daarvoor akkoord hebben gegeven een deel van de indicatoren al ingevuld ('prefill'). Let op: U blijft wel zelf verantwoordelijk voor een goede aanlevering aan het ZiNL. U kunt de gegevens ook na het automatisch vullen nog aanpassen en uiteindelijk moet u zelf in de portal accorderen voor doorlevering aan het ZiNL.**

Klik [hier](#) <sup>L</sup> voor meer info.

- U heeft in uw organisatie de indicatoren Basisveiligheid gemeten op afdelingsniveau. Aanlevering bij de portal dient echter te gebeuren op locatieniveau. Om voor aanlevering de juiste getallen te hebben, dient u zelf de tellers en noemers van de indicatoren van de verschillende afdelingen op te tellen. In [dit document](#) <sup>L</sup> vindt u voorbeelden hoe u dit doet voor de indicatoren die geaggregeerd wordt naar een % cliënten (1.1 - 2 - 3.2 - 4.1 - 5 - 6) en voor de indicatoren die geaggregeerd wordt naar een % afdelingen (1.2 - 3.1).
  - In deze portal worden alléén de vragen meegenomen die van belang zijn voor de wettelijk verplichte aanlevering aan het ZiNL. De overige vragen zijn van belang voor de terugkoppeling in uw eigen organisatie voor leren en verbeteren, maar worden in deze portal overgeslagen. Dat betekent dat sommige antwoordcategorieën en een aantal indicatoren in zijn geheel (4.2 en 4.3) niet opgenomen zijn.
  - Indien de noemer bij indicatoren 1.1, 2, 3.2, 4.1, 5 en/of 6 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.
  - Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand, en wordt gepubliceerd op Kiesbeter.
- 

#### Opmerking bij "uw aanlevering" ...

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand, en wordt gepubliceerd op Kiesbeter.

---

# Samenstelling van deelvragenlijst 'Basisveiligheid'

---

## Samenstelling van deelvragenlijst 'Basisveiligheid'

Er zijn tien indicatoren 'Basisveiligheid'.

Drie daarvan moeten verplicht worden ingevuld, namelijk de indicatoren:

- 2 - Advance Care Planning
- 3.1 - Medicatieveiligheid: Bespreken medicatiefouten in het team
- 6 - Aandacht voor eten en drinken

Van de overige zeven indicatoren dient u er zelf ten minste twee te kiezen (waarbij geldt dat de indicatoren 4.2 en 4.3 alleen in combinatie mogen worden gekozen indien u in totaal meer dan twee indicatoren aanvinkt).

Ook is het uiteraard NIET de bedoeling dat u indicator 1.2 (Casuïstiekbespreking decubitus op de afdeling) kiest als er geen decubitus voorkomt op de locatie, of dat u 3.2 (Medicatiereview) kiest als u geen cliënten met behandeling in zorg heeft, of wanneer deze allen korter dan 6 maanden in zorg zijn.

Welke indicatoren heeft u gekozen voor 'leren en verbeteren' op uw locatie?

4.1 - Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking: Percentage cliënten op de afdeling waarbij vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen zijn toegepast

4.2 - Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking: Wijze waarop op de afdeling wordt gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen

U kunt uw indicatorkeuze toelichten in uw kwaliteitsverslag.

Ook de indicatoren direct uit het kwaliteitskader (7 en 8 ) zijn verplichte indicatoren.

---

Opmerking bij "Samenstelling van deelvragenlijst 'Basisveiligheid'"

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand, en wordt gepubliceerd op Kiesbeter.

---

# Thema 2 - Advance Care Planning

---

## Indicator 2

### Gezamenlijke afspraken over behandeling rond het levenseinde

---

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Vraag per cliënt</b> | Welke beleidsafspraken met de cliënt zijn vastgelegd in het zorgdossier? <ul style="list-style-type: none"><li>■ Wel of niet reanimeren</li><li>■ Wel of niet starten of stoppen met levensverlengende behandelingen, zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie</li><li>■ Wel of geen ziekenhuisopname</li><li>■ Anders</li></ul> |
|                         | <b>Let op:</b> het gaat hier ook om afspraken rondom levenseinde bij cliënten zonder behandeling.  |

---

### Resultaat op locatieniveau

|            |  |
|------------|--|
| Teller     | Aantal cliënten op de locatie waarbij ten minste één beleidsafpraak over behandeling rond het levenseinde in het zorgdossier is vastgelegd:<br><br>53 cliënten |
| Noemer     | Totaal aantal cliënten op de locatie:<br><br>53 cliënten   |
| Percentage | 100 %  |

Indien de noemer bij indicator 2 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

---

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Opmerking bij indicator 2 | de SO bespreekt beleid rondom levenseinde bij elke cliënt tijdens de opname. bij niet wilsbekwame cliënten gebeurt met de wettelijk vertegenwoordiger. dit beleid wordt vastgelegd in het medisch dossier. tijdens het MDO wordt dit beleid geëvalueerd en zonodig bijgesteld |
|---------------------------|---|

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand, en wordt gepubliceerd op Kiesbeter.

---

# Thema 3 - Medicatieveiligheid

---

## Indicator 3.1

### Bespreken medicatiefouten in het team

---

**Vooraf** Was in de verslagperiode op één of meer van de afdelingen binnen uw locatie sprake van (meldingen van) medicatiefouten?

ja

**Let op:** het gaat hier ook om medicatiefouten bij cliënten zonder behandeling.

---

**Vraag per afdeling** Worden medicatiefouten ten minste eens per kwartaal multidisciplinair besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan?

(ja/nee)

---

### Resultaat op locatieniveau

**Teller** Aantal afdelingen waar - indien er meldingen van medicatiefouten zijn geweest - deze tenminste eens per kwartaal multidisciplinair worden besproken met medewerkers van de afdeling:

..... 6 afdelingen

**Noemer** Totaal aantal afdelingen waar meldingen van medicatiefouten zijn geweest:

..... 6 afdelingen

**Percentage** ..... 100 %

---

**Opmerking bij indicator 3.1**

Elk team heeft een aandachtsvelder Melding Incidenten cliënten. deze heeft de beschikking over de alle meldingen van zijn / haar team. de aandachtsvelder bespreekt de meldingen structureel in het teamoverleg. hierbij zijn de behandelaars niet aanwezig. Er is 2 keer per jaar een bijeenkomst van de mic-aandachtsvelders van de locatie samen met de beleidsmedewerker kwaliteit. Medicatiefouten worden daarnaast nog 2 keer per jaar besproken in de Archipel medicatie beleidscommissie.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand, en wordt gepubliceerd op Kiesbeter.

---

## Indicator 3.2

U heeft deze indicator bij "Samenstelling van deelvragenlijst Basisveiligheid" **niet** geselecteerd.

## Medicatiereview

---

# Thema 4 - Gemotiveerd omgaan met vrijheidsbeperking

---

## Indicator 4.1

### Middelen en maatregelen rond vrijheid

---

#### Vraag per cliënt

Zijn er op deze afdeling tijdens de afgelopen 30 dagen bij de cliënt middelen en maatregelen rond vrijheid toegepast?

- Ja (alle toegepaste interventies moeten aangekruist worden)
  - Mechanisch (zoals bedhekken)
  - Fysiek (zoals iemand met fysieke kracht in bedwang houden)
  - Farmacologisch
  - Psychologisch (dwingend spreken)
  - Elektronisch (alarm of camerabewaking)
  - Eén-op-één toezicht
  - In een ruimte afzonderen
  - Andere maatregel
- Nee

---

#### Resultaat op locatieniveau

Totaal aantal cliënten op de locatie:

Noemer

53 cliënten

Indien de noemer bij indicator 4.1 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

Aantal cliënten op de locatie waarbij is toegepast:

1. mechanisch middel of maatregel:

Teller 1

0 cliënten

Percentage 1

0 %

2. fysiek middel of maatregel:

Teller 2

0 cliënten

Percentage 2

0 %

3. farmacologisch middel of maatregel:

Teller 3

0 cliënten

Percentage 3

0 %

4. psychologisch middel of maatregel:

Teller 4

0 cliënten

Percentage 4

0 %

5. elektronisch middel of maatregel:

Teller 5 ..... 0 cliënten

Percentage 5 ..... 0 %

6. één-op-één toezicht:

Teller 6 ..... 0 cliënten

Percentage 6 ..... 0 %

7. in een ruimte afzonderen:

Teller 7 ..... 0 cliënten

Percentage 7 ..... 0 %

8. andere maatregel:

Teller 8 ..... 0 cliënten

Percentage 8 ..... 0 %

Welke andere maatregelen zijn  
toegepast? .....

*(Hier kunt u maximaal 400  
tekens invoeren: )*

---

Opmerking bij indicator 4.1

Binnen elk team vindt er frequent een multidisciplinair overleg plaats, vaak in aanwezigheid van arts/SO, psycholoog en contactverzorgende. In het overleg worden cliënten besproken met (specifieke / acute) hulpvragen. Aan de hand van de hulpvraag wordt het toekomstig beleid afgesproken en bij een volgend overleg geëvalueerd of de toegepaste interventie toereikend is. Dit gebeurt zo ook voor de vrijheid beperkende middelen en maatregelen

Definitie Wijze waarop de organisatie nadenkt over vrijheidsbevordering van cliënten

Archipel heeft een centrale commissie vrijheidsbevorderende middelen die verantwoordelijk is voor een actuele beleidsnotitie, werkinstructie en scholing voor de toepassing van VBM. Daarnaast monitort de commissie de centrale data op inzet en evaluatie van VBM. Praktische vertaling daarvan wordt opgevolgd op een locatie via de multidisciplinaire overlegvorm.

de registratie wordt vastgelegd in het medisch dossier Ysis. de classificatie van de VBM in Ysis is onderverdeeld in categorie 1 t/m 4. oftewel 1 = licht en 4 = zeer zwaar. het is hierdoor

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand, en wordt gepubliceerd op Kiesbeter.

---

## Indicator 4.2

### Terugdringen vrijheidsbeperking

---

**Vraag**  
*(Hier kunt u maximaal 400  
tekens invoeren: )*

Hoe wordt op de afdelingen gewerkt aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen? Vul hier een verwijzing in naar het kwaliteitsverslag waarbij duidelijk wordt aangegeven waar de informatie in het verslag staat. Dit kan door het hoofdstuk, paragraaf, alinea of bladzijdenummer aan te geven.

(Hier kunt u maximaal 400 tekens invoeren: )

Binnen elk team vindt er frequent een multidisciplinair overleg plaats. In het overleg worden cliënten besproken met (specifieke / acute) hulpvragen. Aan de hand van de hulpvraag wordt het toekomstig beleid afgesproken en bij een volgend overleg geëvalueerd of de toegepaste interventie toereikend is. Dit ook voor de vbm

[https://www.archipelzorggroep.nl/over-  
ons/kwaliteitskompas/basisveiligheid](https://www.archipelzorggroep.nl/over-<br/>ons/kwaliteitskompas/basisveiligheid)

---

Opmerking bij indicator 4.2

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand, en wordt gepubliceerd op Kiesbeter.

---

### Indicator 4.3

U heeft deze indicator bij "Samenstelling van deelvragenlijst Basisveiligheid" **niet** geselecteerd.

### Werken aan vrijheidsbevordering

---

# Thema 6 - Aandacht voor eten en drinken

---

## Indicator 6

### Aandacht voor eten en drinken

---

#### Vraag per cliënt

Zijn voedselvoorkeuren met de cliënt en/of familie van de cliënt in de afgelopen zes maanden besproken en vastgelegd in het zorgdossier?

- Ja, een van de volgende onderwerpen is besproken én vastgelegd:
    - voorkeuren voor bepaald eten en drinken
    - voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken (hoeveelheid, frequentie, vorm)
    - gewenste hulp bij eten en drinken
    - voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken
    - anders, namelijk... [open veld]
  - Nee
  - Onbekend
- 

#### Resultaat op locatieniveau

Totaal aantal cliënten op de locatie:

Noemer

53 cliënten

Indien de noemer bij indicator 6 lager is dan 10, wordt de score in verband met privacyoverwegingen en beperkte zeggingskracht niet doorgeleverd aan het Zorginstituut, maar wordt in het betreffende veld een codering opgenomen die aangeeft dat er wel gegevens zijn aangeleverd, maar dat de N lager is dan 10.

1. Aantal cliënten op de locatie waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden WEL zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 1

53 cliënten

Percentage 1

100 %

2. Aantal cliënten op de locatie waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden NIET zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 2

0 cliënten

Percentage 2

0 %

3. Aantal cliënten op de locatie waarbij het ONBEKEND is of voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier:

Teller 3

0 cliënten

Percentage 3

0 %

Welke afspraken worden op de locatie bij het merendeel van de cliënten besproken en vastgelegd?

*Meerdere antwoorden mogelijk*

voorkeuren voor bepaald eten en drinken

voorkeuren omtrent het aanbieden van eten en drinken (hoeveelheid, frequentie, vorm)



gewenste hulp bij eten en drinken  
voorkeuren voor tijd en plaats van eten en drinken

---

Opmerking bij indicator 6

elke afdeling heeft een aandachtsvelder Eten & drinken. deze  
aandachtsvelder heeft structureel overleg met de diëtist over alle cliënten  
van de afdeling mbt bovenstaande onderwerpen t.a.v. eten en drinken.  
indien nodig wordt de logopedist en/of ergotherapeut ingeschakeld.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere  
naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid  
bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand, en wordt gepubliceerd op  
Kiesbeter.

---

# Thema 7 - Kwaliteitsverslag (URL)

---

## Indicator 7

### Webadres Kwaliteitsverslag

---

#### Vraag

Wat is de URL van de publieke website waar het Kwaliteitsverslag 2019 van uw zorgorganisatie (concern) te vinden is?

<https://www.archipelzorggroep.nl/over-ons/kwaliteitskompas>

Vul hier een zo specifiek mogelijke URL in, waar het Kwaliteitsverslag direct te vinden is, en niet een algemene URL.

*Mogelijke URLs gevonden in uw antwoord (om de links te controleren):*

---

#### Opmerking bij indicator 7

het kwaliteitsplan / verslag is een realtime document op de website. aanpassingen in verbeterplannen worden meerdere keren per jaar geactualiseerd. hierdoor verwijst deze url naar het huidige kwaliteitsplan / verslag (2020).

Archipel heeft recent haar strategie aangepast. de plannen hieruit volgend worden momenteel uitgewerkt. zodra die beschikbaar zijn worden deze geactualiseerd op de website.

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand, en wordt gepubliceerd op Kiesbeter.

---

# Thema 8 - Aanbevelingsscore (Net Promotor Score)

---

## Indicator 8

### Aanbevelingsscore (Net Promotor Score)

---

|            |  |
|------------|--|
| Vraag      | <b>Wat is het percentage cliënten dat de zorglocatie aanbeveelt?</b><br><br>Welke bron gebruikt u voor de aanbevelingsscore?<br><br>aanbevelingsscore Zorgkaart Nederland (ja/nee vraag) |
| Teller     | Aantal cliënten dat de zorglocatie aanbeveelt:<br><br>.....<br>9 cliënten  |
| Noemer     | Wat was het totaal aantal bevraagde cliënten voor deze locatie in de verslagperiode?<br><br>.....<br>53 cliënten   |
| Percentage | Percentage cliënten dat de zorglocatie aanbeveelt:<br><br>.....<br>17 %<br><br>Opmerkingen:<br><br>.....   |

---

#### Opmerking bij indicator 8

Archipel verwijst cliënten naar de website van ZorgkaartNederland voor het achterlaten van feedback. Archipel haalt 3 keer per jaar zelf actief feedback op bij cliënten, vrijwilligers en leden cliëntenraden dmv het eigen Kwaliteitskompas. De uitslagen hiervan zijn te vinden op :  
<https://www.archipelzorggroep.nl/over-ons/kwaliteitskompas>

Let op! Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in opmerkingenvelden persoonsgegevens of andere naar personen herleidbare informatie in te vullen. Gebeurt dit toch, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de invuller. Dit veld wordt opgenomen in het Openbaar Databestand, en wordt gepubliceerd op Kiesbeter.

---

# Toelichting (optioneel)

---

## Toelichting door organisatie op de kwaliteitsinformatie

Een korte toelichting door organisatie (op locatieniveau) op de ingevulde indicatorset.

Onderstaande toelichting wordt met de data meegestuurd naar het Zorginstituut en wordt opgenomen in het Openbaar Databestand. Let u zelf op dat hier geen tijdsgebonden zaken of privacygevoelige informatie noteert.

---

Toelichting door organisatie op de kwaliteitsinformatie  
(Hier kunt u maximaal 500 tekens invoeren: )

Archipel is een zelfsturende organisatie. Op kwaliteitsonderwerpen zijn er concernbrede commissies die zorg dragen voor de signalering en borging (pdca) op locatie en teamniveau. Binnen de teams zijn aandachtsvelders per kwaliteitsthema.

Via het kwaliteitskompas maakt elk team 3 keer per jaar op basis van feedback haar eigen verbeterplan per kwaliteitsthema oftewel reisdoel. De kwaliteitsonderwerpen komen jaarlijks terug bij de reisdoelen van het archipel kwaliteitskompas.

---

