

Kwaliteitsgegevens Verpleeghuiszorg, verslagjaar 2018 - 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](#) 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](#) vindt u voorbeelden hoe u dit doet voor de indicatoren die geaggregeerd wordt naar een % cliënten (1.1 - 2 - 3.2 - 4.1) 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 en/of 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.
- 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.

Thema 1 - Decubitus

Indicator 1.1

Decubitus

Vraag per cliënt	Heeft huidinspectie een decubitus categorie 2, 3 of 4 aangetoond? (ja/nee)
------------------	---

Resultaat op locatieniveau

Teller	Aantal cliënten op de locatie met decubitus categorie 2 of hoger: 3 cliënten
--------	---

Noemer	Totaal aantal cliënten op de locatie: 73 cliënten
--------	--

Percentage	4.1 %
------------	-------

Indien de noemer bij indicator 1.1 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.

Opmerking bij indicator 1.1

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 1.2

1.2. Casuïstiekbespreking decubitus op de afdeling

Komt er geen decubitus voor op de afdeling? Dan hoeft u deze indicator niet in te vullen.

Vraag per afdeling	Heeft een casuïstiekbespreking over decubitus op de afdeling plaatsgevonden op basis van de volgende items? ■ Waar is het huidletsel ontstaan? ■ Wat is de locatie? ■ Zagen we al risico's tijdens de anamnese? ■ Interventies tot op heden, duur van de wondgenezing etc. (ja/nee)
--------------------	--

Resultaat op locatieniveau

Teller	Aantal afdelingen op de locatie waar dit jaar een casuïstiekbespreking heeft plaatsgevonden, gebaseerd op alle vier de items: 2 afdelingen
--------	---

Noemer	Totaal aantal afdelingen op de locatie waar decubitus categorie 2 of hoger voorkomt: 3 afdelingen
--------	--

Percentage	66.7 %
------------	--------

Opmerking bij indicator 1.2

2 elke afdeling heeft een verzorgende / verpleegkundige die het aandachtsgebied wondzorg / decubitus heeft. deze aandachtsvelders krijgen scholing door van de wondverpleegkundige. ook de Artsen krijgen jaarlijks een scholing van de wondverpleegkundige. de wondverpleegkundige verzorgd 1 keer per 1-2 weken een wondronde op locatie. Hierbij wordt naast wondconsultatie ook training on the job verzorgd. bij een wondronde worden zonodig door wondverpleegkundige ook acties uitgezet naar andere disciplines zoals Arts, fysio, ergo.

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

Vraag per cliënt

Welke beleidsafspraken met de cliënt zijn vastgelegd in het zorgdossier?

- Wel of niet reanimeren
 - Wel of niet starten of stoppen met levensverlengende behandelingen, zoals antibiotica, bloedproducten en preventieve medicatie
 - Wel of geen ziekenhuisopname
 - Anders
-

Resultaat op locatieniveau

Teller

Aantal cliënten op de locatie waarbij ten minste één beleidsafpraak over behandeling rond het levenseinde in het zorgdossier is vastgelegd:

73 cliënten

Noemer

Totaal aantal cliënten op de locatie:

73 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

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:

7 afdelingen

Noemer Totaal aantal afdelingen waar meldingen van medicatiefouten zijn geweest:

7 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.

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

Medicatiereview

Vraag per cliënt Is in het afgelopen jaar een formele medicatiereview uitgevoerd bij de cliënt?

- Ja
- Nee
- Cliënt korter dan zes maanden in zorg

Resultaat op locatieniveau

Teller Aantal cliënten op de locatie, met een ZZP V&V indicatie met behandeling en langer dan 6 maanden in zorg, waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden (in het bijzijn van zowel apotheker, specialist ouderengeneeskunde als zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt):

73 cliënten

Noemer Totaal aantal cliënten op de locatie met een ZZP V&V indicatie met behandeling en langer dan 6 maanden in zorg:

73 cliënten

Percentage 100 %

Indien de noemer bij indicator 3.2 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 3.2

de SO en de Apotheker doen jaarlijks een medicatiereview van alle cliënten waarvoor hij / zij medisch verantwoordelijk is. Aanpassingen in de medicatie op basis van deze review worden via het elektronisch voorschrijfsysteem verwerkt in het medisch dossier van de cliënt. In het in het MDO van de individuele cliënt vindt daarnaast de inhoudelijk evaluatie van medicatie plaats in aanwezigheid van de contactverzorgende / zorgmedewerker.

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 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)
 1. Mechanisch (zoals bedhekken)
 2. Fysiek (zoals iemand met fysieke kracht in bedwang houden)
 3. Farmacologisch
 4. Psychologisch (dwingend spreken)
 5. Elektronisch (alarm of camerabewaking)
 6. Eén-op-één toezicht
 7. In een ruimte afzonderen
 8. Andere maatregel
- Nee

Resultaat op locatieniveau

Totaal aantal cliënten op de locatie:

Noemer

73 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 %

Opmerking bij indicator 4.1

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

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 niet mogelijk de VBM te classificeren volgens de bovenstaande gevraagde tellers.

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 5 - Sturen op kwaliteit en veiligheid

Indicator 5

Sturen op kwaliteit en veiligheid

Vraag

5.1 - Bron: incidentenmeldingen

Meldingen incidenten: onder meldingen incidenten verstaat de Inspectie meldingen van (bijna) fouten en incidenten (op afdelingsniveau) binnen de instelling, waarbij niet de (bijna) fout van een zorgverlener of het incident centraal staat, maar de condities waaronder mensen werken en de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Uitgangspunt is het streven om condities of de condities of organisatie te verbeteren om herhaling te voorkomen.

Gebruikt u incidentenmeldingen om de zorg systematisch te verbeteren?

ja

Hoeveel incidenten zijn er binnen uw locatie gemeld?

1004 incidenten

Worden de verkregen gegevens uit incidentenmeldingen besproken met de direct betrokkenen in de teams?

ja

Worden de verkregen gegevens uit incidentenmeldingen besproken met het managementteam van de locatie?

nee

Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van incidentenmeldingen naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?

ja

Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van incidentenmeldingen naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?

Vraag

5.2 - Bron: calamiteitenmeldingen

Calamiteit: een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt heeft geleid.

Let op: op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen (januari 2016) heeft de zorgaanbieder bij een calamiteit meldplicht aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Gebruikt u calamiteitenmeldingen om de zorg systematisch te verbeteren?

ja

Hoeveel calamiteiten zijn er binnen uw locatie gemeld?

0 calamiteiten

Worden de verkregen gegevens uit calamiteitenmeldingen besproken met de direct betrokkenen in de teams?

nee

Worden de verkregen gegevens uit calamiteitenmeldingen besproken met het managementteam van de locatie?

nee

Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van calamiteitenmeldingen naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?

Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van calamiteitenmeldingen naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?

Vraag

5.3 - Bron: interne audits

Interne Audit: een gestructureerd onderzoek van collega's onderling waarin geleerd wordt van elkaar door elkaar een spiegel voor te houden en waarin gezocht wordt naar verbeterpunten. Een audit kan zich richten op het geheel van de organisatie of op een bepaald onderwerp/ thema in een organisatie of systeem. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om de veiligheid (valpreventie, medicatieveiligheid) in het primair proces, een kwaliteit managementsysteem of de klachtenprocedure.

Gebruikt u interne audits om de zorg systematisch te verbeteren?

nee

Hoeveel interne audits zijn er gedaan op uw locatie?

interne audits

Worden de verkregen gegevens uit interne audits besproken met de direct betrokkenen in de teams?

Worden de verkregen gegevens uit interne audits besproken met het managementteam van de locatie?

Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van interne audits naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?

Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van interne audits naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?

Vraag

5.4 - Bron: externe audits

Externe Audit: een gestructureerd onderzoek door een externe organisatie naar de geleverde kwaliteit van zorg al dan niet resulterend in een certificatie- of accreditatie bewijs.

Gebruikt u externe audits om de zorg systematisch te verbeteren?

nee

Hoeveel externe audits zijn er gedaan op uw locatie?

externe audits

Worden de verkregen gegevens uit externe audits besproken met de direct betrokkenen in de teams?

Worden de verkregen gegevens uit externe audits besproken met het

managementteam van de locatie?

Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van externe audits naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?

Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van externe audits naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?

Vraag

5.5 - Bron: anders, namelijk...

Is er nog een andere bron die u gebruikt om de zorg systematisch te verbeteren?

ja

Andere bron, namelijk:

Archipel heeft een eigen kwaliteitssysteem ontwikkeld passend bij de missie, visie en kernwaarden van de organisatie: Kwaliteitskompas. Het uitgangspunt is de dialoog tussen de cliënt en de medewerker. Op basis van wat goed gaat en wat beter kan, worden verbeterpunten opgepakt. Teams leren van elkaar door verbeterpunten te delen en met elkaar in gesprek te gaan in de vorm van een kwaliteitsgesprek.

Het Kwaliteitskompas heeft verschillende reisdoelen. De inhoud van de reisdoelen van het Kwaliteitskompas zijn afgeleid uit het landelijk Kwaliteitskader en het programma 'Thuis in het verpleeghuis'. Het Kwaliteitskompas is tevens het kwaliteitsplan en -verslag van Archipel.

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

Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met de direct betrokkenen in de teams?

ja

Worden de verkregen gegevens uit deze bron besproken met het managementteam van de locatie?

nee

Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in de teams?

ja

Worden de verbetermaatregelen, die uit de bespreking van deze bron naar voren kwamen, opgevolgd in het managementteam?

Vraag

5.6 - Verbetermaatregelen

Zijn er verbeterplannen opgesteld op basis van de uitkomsten van eerdergenoemde bronnen?

ja

Noem de (maximaal) drie belangrijkste thema's voor de locatie waarop verbeteringen zijn doorgevoerd (elk thema in een eigen tekstveld):

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

...

...

Zijn er evaluatie- en bijstellingsmomenten ingepland voor de verbeterplannen?

ja

Maakt u de uitkomsten van audits openbaar op uw website?

nee

Maakt u de verbeterplannen openbaar op uw website?

ja

Opmerking bij indicator 5

Archipel heeft de afgelopen jaren een transitie doorgemaakt naar een zelfsturende organisatie. dat betekent dat de verantwoordelijkheid zo dicht mogelijk bij de client ligt...dus bij de teams. De huidige organisatiestructuur is een 3 hoofdige raad van bestuur waaraan teams rechtstreeks verantwoording afleggen. er is geen sprake van andere managementlagen op locatie.

op kwaliteitsonderwerpen zijn er concernbrede commissies, zoals incidentencommissie of medicatieveiligheidscommissie die zorg dragen voor de signalering en borging (pdca) op locatie en teamniveau. binnen de teams zijn aandachtsvelders per kwaliteitsthema.

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 6 - Continuïteit van de zorg

Indicator 6

Continuïteit van de zorg

Vraag	6.1 - Cyclisch systeem Heeft de locatie een systeem waarmee het werken met zorgplannen van cliënten cyclisch beoordeeld wordt op volledigheid en actualiteit? ja Zo ja, geef aan hoe: <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i> minimaal ieder half jaar vindt een bespreking van het zorgplan plaats
Vraag	6.2 - Bespreking en evaluatie zorgplan Wie zijn betrokken bij de bespreking en evaluatie van het zorgplan? <i>(meerdere antwoorden mogelijk)</i> verzorgenden/verpleegkundigen cliënt (vertegenwoordiger) specialist Ouderengeneeskunde interne behandel disciplines (bijv. psycholoog van de organisatie)
Vraag	6.3 - Gebruik zorgdossier Kunnen in uw locatie alle betrokken zorgverleners, behandelaren en paramedici alle onderdelen van het zorgdossier lezen? nee Kunnen in uw locatie alle betrokken zorgverleners, behandelaren en paramedici in alle onderdelen van het zorgdossier schrijven? nee Kunnen cliënten(vertegenwoordigers) het zorgdossier inzien? deels Kunnen cliënten(vertegenwoordigers) in het zorgdossier schrijven? nee
Vraag	6.4 - Incidenten in zorgdossier Worden (bijna)incidenten in de zorg voor de cliënt in diens zorgdossier gemeld? ja Indien ja, vindt er met betrokkenen een evaluatie plaats? ja, op geaggregeerd niveau (d.w.z. op basis van trends die wordenesignaleerd)
Opmerking bij indicator 6	bij archipel wordt niet gewerkt met een integraal cliënt dossier van 1 leverancier. we hebben een behandeldossier en een apart zorgdossier. er is een koppeling gerealiseerd tussen deze dossiers waardoor het mogelijk is dat behandelaars informatie vanuit het behandeldossier

kunnen delen via het zorgdossier. het is de verantwoordelijk van de behandelaar om welke informatie dit gaat.

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 2018 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 (2019).

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	Wat is het percentage cliënten dat de zorglocatie aanbeveelt? Welke bron gebruikt u voor de aanbevelingsscore? aanbevelingsscore Zorgkaart Nederland (ja/nee vraag)
Teller	Aantal cliënten dat de zorglocatie aanbeveelt: 28 cliënten
Noemer	Wat was het totaal aantal bevraagde cliënten voor deze locatie in de verslagperiode? 33 cliënten
Percentage	Percentage cliënten dat de zorglocatie aanbeveelt: 84.8 % Opmerkingen:

Opmerking bij indicator 8	Archipel verwijst klanten naar de website van ZorgkaartNederland voor het achterlaten van feedback. In 2018 is nog een belteam van zorgkaart nederland hiervoor ingezet. Daarnaast haalt archipel 3 keer per jaar zelf actief feedback op bij klanten, vrijwilligers en leden cliëntenraden dmv het eigen Kwaliteitskompas. De uitsagen hiervan zijn te vinden op : https://www.archipelzorggroep.nl/over-ons/kwaliteitskompas Let op! Het is nadrukkelijk <u>niet</u> 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:)
