

## 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:	4 cliënten
Noemer	Totaal aantal cliënten op de locatie:	145 cliënten
Percentage	2.8 %	

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:	4 afdelingen
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

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

4 afdelingen

Percentage 100 %

---

Opmerking bij indicator 1.2

...

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.

---

# 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? <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>
------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

#### Resultaat op locatieniveau

Teller	Aantal cliënten op de locatie waarbij ten minste één beleidsafpraak over behandeling rond het levenseinde in het zorgdossier is vastgelegd:	130 cliënten
Noemer	Totaal aantal cliënten op de locatie:	145 cliënten
Percentage	89.7 %	

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

Van de cliënten die onder behandeling zijn bij de huisarts, zijn deze gegevens bij de huisarts geregistreerd. Op één na zijn de vijftien cliënten waarvoor deze gegevens niet zijn geregistreerd onder behandeling bij de huisarts.

---

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:

..... 8 afdelingen

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

..... 8 afdelingen

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

---

**Opmerking bij indicator 3.1** .....

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 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): ..... 36 cliënten

**Noemer** Totaal aantal cliënten op de locatie met een ZZP V&V indicatie met behandeling en langer dan 6 maanden in zorg: ..... 145 cliënten

Percentage

24.8 %

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

Voor alle cliënten wordt halfjaarlijks een medicatiereview uitgevoerd in aanwezigheid van apotheker en specialist ouderengeneeskunde. Een deel van de medicatiereviews is uitgevoerd in het bijzijn van een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt. Het aangegeven percentage is een schatting. Afspraak is om dat consequent te gaan doen in aanwezigheid van een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt.

---

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

---

<b>Vraag per cliënt</b>	Zijn er op deze afdeling tijdens de afgelopen 30 dagen bij de cliënt middelen en maatregelen rond vrijheid toegepast? <ul style="list-style-type: none"><li>■ Ja (alle toegepaste interventies moeten aangekruist worden)<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mechanisch (zoals bedhekken)</li><li>2. Fysiek (zoals iemand met fysieke kracht in bedwang houden)</li><li>3. Farmacologisch</li><li>4. Psychologisch (dwingend spreken)</li><li>5. Elektronisch (alarm of camerabewaking)</li><li>6. Eén-op-één toezicht</li><li>7. In een ruimte afzonderen</li><li>8. Andere maatregel</li></ol></li><li>■ Nee</li></ul>
-------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

### Resultaat op locatieniveau

Totaal aantal cliënten op de locatie:

Noemer 145 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 15 cliënten

Percentage 1 10.3 %

2. fysiek middel of maatregel:

Teller 2 0 cliënten

Percentage 2 0 %

3. farmacologisch middel of maatregel:

Teller 3 3 cliënten

Percentage 3 2.1 %

4. psychologisch middel of maatregel:

Teller 4 0 cliënten

Percentage 4 0 %

5. elektronisch middel of maatregel:

Teller 5 48 cliënten

Percentage 5 33.1 %

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 14 cliënten

Percentage 8 9.7 %

---

Opmerking bij indicator 4.1

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.

---



# 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?

..... 801 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?

ja

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?

ja

---

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?

ja

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

ja

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

ja

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

ja

---

## 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?

ja

Hoeveel interne audits zijn er gedaan op uw locatie?

.....  
5 interne audits

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

ja

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

ja

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

ja

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

ja

---

**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?

ja

Hoeveel externe audits zijn er gedaan op uw locatie?

..... 0 externe audits .....

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

ja

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

ja

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

ja

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

ja

---

**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:

LEAN/Six Sigma methodiek

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?

ja

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?

ja

---

**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):

Implementatie van Oxivir: een nieuwe schoonmaakmethode die effectief en gebruiksvriendelijk is om tussen de schoonmaakbeurten door toe te passen bij verontreiniging met lichaamsvloeistoffen.

Implementatie van huisbezoeken voor of vlak na opname om beter te kunnen aansluiten op de persoon.

Implementatie van woonassistenten voor toezicht, sfeer, ondersteuning bewoners en familie en ontzorgen van de zorgmedewerkers. De woonassistenten spelen ook een wezenlijke rol bij het koken op de afdeling, wat kwaliteit verhoogt voor bewoners.

Zijn er evaluatie- en bijstellingsmomenten ingepland voor de verbeterplannen?

ja

---

**Vraag**

**5.7 - Openbaarheid**

Maakt u de uitkomsten van audits openbaar op uw website?

nee

Maakt u de verbeterplannen openbaar op uw website?

nee

---

Opmerking bij indicator 5

De Waalboog maakt gebruik van externe audits. Niet elke locatie wordt elk jaar bezocht, maar komt in de certificatieperiode wel voldoende aan bod.

Over auditresultaten en verbeterplannen wordt wel gecommuniceerd, maar de rapporten worden niet integraal gepubliceerd.

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:  
(meerdere antwoorden mogelijk)

minimaal ieder half jaar vindt een bespreking van het zorgplan plaats  
het systematisch werken met zorgplannen zijn onderdeel van interne audits

anders, namelijk:

Monitoring van de realisatie van de actualiteit van zorgleefplannen in de kwaliteitsmanagementrapportage.

---

#### Vraag

#### 6.2 - Bespreking en evaluatie zorgplan

Wie zijn betrokken bij de bespreking en evaluatie van het zorgplan?

(meerdere antwoorden mogelijk)

verzorgenden/verpleegkundigen

cliënt (vertegenwoordiger)

specialist Ouderengeneeskunde

interne behandel disciplines (bijv. psycholoog van de organisatie)

externe behandel disciplines (bijv. huisarts, 1e lijns fysiotherapeut)

---

#### 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?

ja

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, zowel elke individuele melding als op geaggregeerd niveau

---

Opmerking bij indicator 6

...

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.waalboog.nl/kwaliteit>

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**

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>  Welke bron gebruikt u voor de aanbevelingsscore? aanbevelingsscore Zorgkaart Nederland (ja/nee vraag)	
Teller	Aantal cliënten dat de zorglocatie aanbeveelt:	27 cliënten
Noemer	Wat was het totaal aantal bevraagde cliënten voor deze locatie in de verslagperiode?	36 cliënten
Percentage	Percentage cliënten dat de zorglocatie aanbeveelt:	75 %
	Opmerkingen:	---

---

#### Opmerking bij indicator 8

---

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: )

---

