

# Basisvragenlijst

Keten Complexe Zorg voor Ouderen

Versie april 2013

# Basisvragenlijst

Datum:            |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|

Tijdstip aanvang:   |\_|\_| - |\_|\_| uur

Naam POH: \_\_\_\_\_

## Algemene gegevens oudere

Naam oudere: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_  man  vrouw

BSN: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_

## Instructies

**Meenemen naar consult:** Probleemlijst van oudere.

### Vergoeding:

Uitbetaling van de Keten Complexe Zorg voor Ouderen verloopt via Medix.

Zie voor meer informatie over de Keten: [www.zio.nl/zorgprogramma's/ouderenzorg](http://www.zio.nl/zorgprogramma's/ouderenzorg)

### 1 Om welke reden(en) is de oudere geïncludeerd in Deel I van de Keten?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- laag lichaamsgewicht (*BMI < 20 / ongewenst gewichtsverlies > 5% in 6 maanden*)
- verminderde longfunctie
- lichamelijke inactiviteit
- verminderd cognitief functioneren
- slechthoortheid
- slechthoortheid
- incontinentie
- depressieve symptomen
- bekend met multimorbiditeit (*twee of meer chronische ziekten*)
- gebruik van vijf of meer medicamenten
- weinig ervaren regie over eigen leven
- alleenstaand en geen/incidenteel contact met huisarts
- afgelopen jaar partner/kind verloren
- lage SES
- van allochtone afkomst
- oudere is zelf een mantelzorger
- kernteam denkt dat er een zorgelijke situatie is

## Gezondheid algemeen

### 2 Hoe is in het algemeen uw gezondheid?

- Uitstekend
- Erg goed
- Goed
- Redelijk
- Slecht

### 3 In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?

- Veel beter dan een jaar geleden
- Iets beter dan een jaar geleden
- Ongeveer hetzelfde als een jaar geleden
- Iets slechter dan een jaar geleden
- Veel slechter dan een jaar geleden

### 4 Heeft u de afgelopen 1 à 2 maanden nog klachten gehad?

- Nee
- Ja

ga verder met vraag 6

### 5 Wat waren dan uw drie belangrijkste klachten?

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

## Medicatie

### 6 Gebruikt u medicatie, inclusief zelfzorgmiddelen?

- Ja, 1 tot 4 medicijnen
- Ja, 5 of meer medicijnen
- Nee

ga verder met vraag 9

### 7 Heeft u een actueel medicatieoverzicht (verkregen via de apotheek)?

- Ja komt dit overeen met de uitdraai uit het HIS? Zo nee, geef hieronder de verschillen weer
- Nee spreek een actie af om dit op te vragen bij de apotheek

---



---



---

### 8 Heeft u hulp nodig bij het gebruik van uw medicatie (bv in de vorm van een blister/mantelzorg)?

- Ja, maar ontvangt nog geen hulp
- Ja, en ontvangt reeds hulp
- Nee, geen behoefte aan hulp

## Zelfredzaamheid

### 9 Heeft u hulp nodig bij het uitvoeren van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), zoals zich wassen, aankleden, naar het toilet gaan?

- Ja
- Nee

ga verder met vraag 10

ga verder met vraag 11

### 10 De volgende vragen gaan erover of u op dit moment een aantal werkzaamheden op het gebied van ADL, die regelmatig gedaan moeten worden, zelfstandig kunt uitvoeren.

Omcirkel het getal bij het antwoord dat de oudere geeft.

Betekenis getallen: 1 = JA, zelfstandig zonder enige moeite  
 2 = JA, zelfstandig maar met enige moeite  
 3 = JA, zelfstandig maar met veel moeite  
 4 = NEE, niet zelfstandig, alleen met hulp van anderen

**Kunt u, geheel zelfstandig:**

A.	zich aan- en uitkleden?	1	2	3	4
B.	in en uit bed komen?	1	2	3	4
C.	vanuit een stoel overeind komen?	1	2	3	4
D.	uw gezicht en handen wassen?	1	2	3	4
E.	uw hele lichaam wassen en afdrogen?	1	2	3	4
F.	van en naar het toilet gaan?	1	2	3	4
G.	eten en drinken?	1	2	3	4
H.	rondlopen in huis (eventueel met hulpmiddel)?	1	2	3	4
I.	de trap op en af lopen?	1	2	3	4
J.	buitenshuis rondlopen (eventueel met hulpmiddel)?	1	2	3	4
K.	uw voeten en teennagels verzorgen?	1	2	3	4

**11 Heeft u hulp nodig bij het uitvoeren van Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL), m.a.w. bij het doen van het huishouden (koken, poetsen, boodschappen, etc.)?** Ja

ga verder met vraag 11

 Nee

ga verder met vraag 12

**12 De volgende vragen gaan erover of u op dit moment een aantal werkzaamheden op het gebied van HDL, die regelmatig gedaan moeten worden, zelfstandig kunt uitvoeren.****Kunt u, geheel zelfstandig:**

L.	ontbijt of lunch klaarmaken?	1	2	3	4
M.	warm eten klaarmaken?	1	2	3	4
N.	'lichte' huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijv. stof afnemen of prullen opruimen)?	1	2	3	4
O.	'zware' huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijv. ramen lappen, stofzuigen of dweilen)?	1	2	3	4
P.	uw kleren wassen en strijken?	1	2	3	4
Q.	de bedden verschoneren en / of opmaken?	1	2	3	4
R.	de boodschappen doen?	1	2	3	4

**13 Heeft u de afgelopen drie maanden ongewenst urineverlies gehad (al is het maar een kleine hoeveelheid)?** Ja Nee**14 Heeft u de afgelopen drie maanden ongewenst ontlasting verloren?** Ja Nee

## Lichamelijk functioneren

### Visus

**15** Heeft u een bril of lenzen?

- Ja,  voor dichtbij (*leesbril*)  voor veraf  
 Nee

**16** Ondervindt u momenteel problemen in het dagelijks leven door slecht zien  
 (*ondanks dat u een bril draagt*)?

- Ja  
 Nee

ga verder met vraag 20

**17** Is uw gezichtsvermogen het laatste half jaar verslechterd?

- Ja  
 Nee

**18** Heeft u problemen met het lezen van de krant?

- Ja  
 Nee

**19** Heeft u moeite om een gezicht te herkennen op 4 meter afstand?

- Ja  
 Nee

### Gehoor

**20** Heeft u een gehoorapparaat?

- Ja, gebruikt u dit gehoorapparaat ook?  ja  nee  
 Nee

**21** Ondervindt u momenteel problemen in het dagelijks leven door slecht gehoor  
 (*ondanks dat u een gehoorapparaat heeft*)?

- Ja  
 Nee

ga verder met vraag 24

**22** Is uw gehoor het laatste half jaar verslechterd?

- Ja
- Nee

**23** Vinden de mensen in uw omgeving dat u slecht hoort?

- Ja
- Nee

**Voeding / gewicht****24** Het meten van gewicht en lengte indien niet bekendGewicht:     kgLengte:     cm**25** Heeft u de afgelopen maand of de afgelopen 6 maanden ongewenst gewichtsverlies gehad?

- Ja,  een gewichtsverlies van > 4 kg in de laatste 6 maanden
- een gewichtsverlies < 4 kg in de laatste 6 maanden
- Nee

- ▶ Indien de oudere niet weet of hij/zij is afgevallen, vraag dan na of: kleding ruimer is gaan zitten, de riem een gaatje strakker moet of dat het horloge ruimer om de pols zit.

**Bloeddruk****26** Het meten van de bloeddruk  /   mm / Hg

- ▶ Indien RR > 150/90 mmHg dan nogmaals RR meten gedurende het huisbezoek

**Leefstijl****Bewegen**

- ▶ Landelijk geldt de beweegnorm van gemiddeld 30 minuten per dag, minimaal 5 dagen per week. Onder deze beweegnorm vallen ook huishoudelijke klussen zoals stofzuigen, boodschappen doen en de auto wassen. Het gaat erom dat men zich redelijk inspant, men er behoorlijk voor moet ademen en dat het hart er sneller van gaat kloppen. Overigens maakt het niet uit of je dertig minuten achter elkaar beweegt, of drie keer tien minuten.

**27** Beweegt u gemiddeld 30 minuten per dag, minimaal 5 dagen per week?

- Ja
- Nee



## Roken

### 28 Rookt u?

- Ja, aantal sigaretten / sigaren per dag \_\_\_\_\_ / aantal jaar \_\_\_\_\_
- Nooit ga verder met vraag 30
- Gestopt sinds \_\_\_\_\_ ga verder met vraag 30
- aantal sigaretten / sigaren per dag \_\_\_\_\_
- aantal jaar \_\_\_\_\_
- hulpmiddelen bij stoppen:  nicotine vervangende middelen  
 medicatie  
 anders, namelijk \_\_\_\_\_
- Poging in het verleden \_\_\_\_\_
- aantal sigaretten / sigaren per dag \_\_\_\_\_
- aantal jaar \_\_\_\_\_
- hulpmiddelen bij stoppen:  nicotine vervangende middelen  
 medicatie  
 anders, namelijk \_\_\_\_\_

### 29 Heeft u behoefte om te stoppen?

- Ja
- Nee
- Later

## Alcohol

### 30 Heeft u in de laatste drie maanden wel eens bij een gelegenheid meer dan 4 (voor vrouwen) of 5 (voor mannen) alcoholische eenheden gedronken?

- Ja
- Nee ga verder met vraag 39

### 31 Hoe vaak drinkt u alcohol?

- 0 tot 1 keer per week ga verder met vraag 39  2 à 3 keer per week ga verder met vraag 39
- 4 à 5 keer per week ga verder met vraag 38  6 of meer keer per week ga verder met vraag 38

### 32 Hoeveel glazen alcohol drinkt u dan gemiddeld per keer?

- 1 of 2       3 of 4       5 of meer

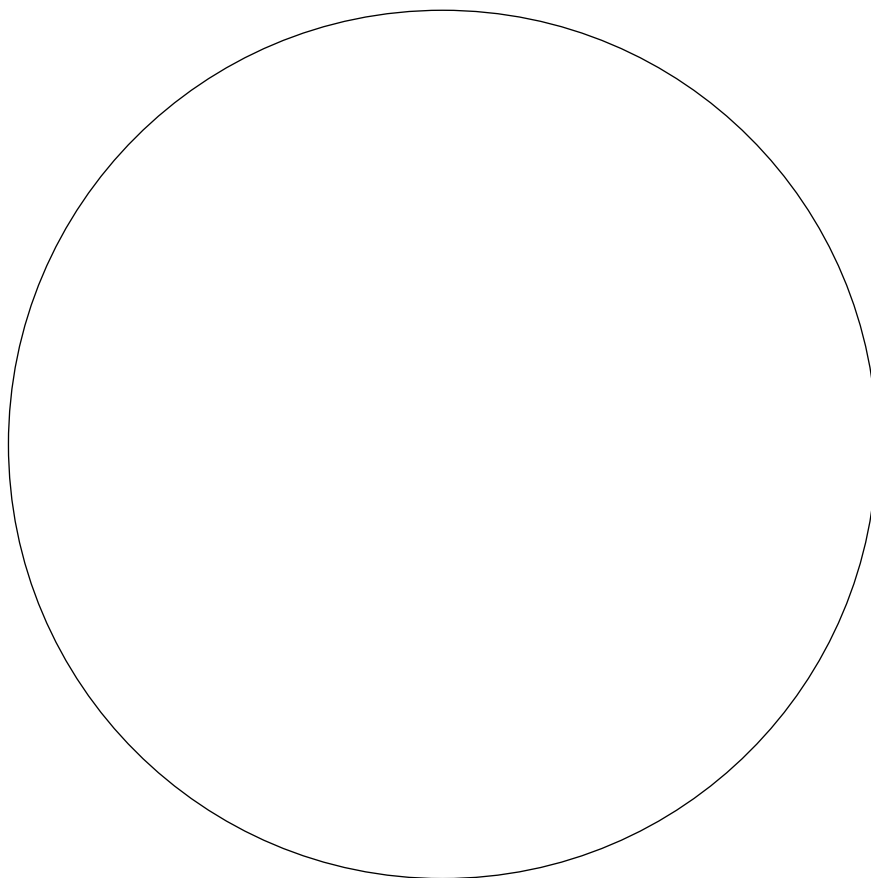
## Psychisch functioneren

### Geheugen

**33** Begin met drie woorden die de oudere dient na te zeggen namelijk:  
BOEK - PLANT - MOLEN

**34** KLOK tekenen

Deze cirkel stelt de voorkant van een klok voor. Kunt u de cijfers zo aanbrengen dat het op een klok lijkt en vervolgens de tijd op 10 over 11 zetten.



Score: \_\_\_\_\_ / 5 (zie instructie score op volgende pagina)

Toelichting: \_\_\_\_\_

► Scores KLOK

5.	perfecte klok
4.	kleine fouten m.b.t. ruimtelijk inzicht
3.	foutieve voorstelling van de tijd (10 over 11) als de organisatie m.b.t. ruimtelijk inzicht goed is
2.	matig ruimtelijk inzicht (disorganisatie van cijfers zodat nauwkeurige beschrijving van '10 over 11' onmogelijk is)
1.	ernstige mate van disorganisatie m.b.t. ruimtelijk inzicht
0.	onvermogen om een redelijke vertegenwoordiging van een klok te maken

**35** Laat de oudere de drie woorden uit vraag 33 herhalen (BOEK – PLANT – MOLEN)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3 goede woorden | <input type="checkbox"/> 2 goede woorden |
| <input type="checkbox"/> 1 goed woord    | <input type="checkbox"/> 0 goede woorden |

## Angst

**36** Stel de volgende vragen en omcirkel de scores. De uitspraken hebben betrekking op hoe u zich de afgelopen 4 weken heeft gevoeld.

HADS-A		bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd
A.	Ik voel me de laatste tijd gespannen	0	1	2	3
B.	Ik krijg de laatste tijd het angstige gevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren	0	1	2	3
C.	Ik maak me de laatste tijd ongerust	0	1	2	3
D.	Ik kan de laatste tijd rustig zitten en me ontspannen	3	2	1	0
E.	Ik krijg de laatste tijd een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag	0	1	2	3
F.	Ik voel me de laatste tijd rusteloos	0	1	2	3
G.	Ik krijg de laatste tijd plotseling gevoelens van angst en paniek	0	1	2	3

Score per onderdeel

Score totaal

## Depressie

**37** Stel de volgende vragen en omcirkel de scores:

<b>GDS-minivragenlijst</b>		<b>ja</b>	<b>nee</b>
A.	Bent u over het algemeen tevreden met uw leven?	0	1
B.	Verveelt u zich vaak?	1	0
C.	Voelt u zich vaak hopeloos?	1	0
D.	Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	1	0
E.	Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	1	0

**Score per onderdeel**       

**Score totaal**   

## Persoonlijkheidsstoornissen

**38** Stel de volgende vragen en omcirkel de scores: *(niet verplicht)*

<b>GPS-minivragenlijst</b>		<b>ja</b>	<b>nee</b>
A.	Heeft u tijdens belangrijke momenten in uw leven veel last gehad van zenuwen, spanningen of somberheid?	1	0
B.	Heeft u in het verleden vaak gebruik gemaakt van zenuwtabletten en / of slaaptabletten?	1	0
C.	Heeft u wel eens tegen familie of bekenden gezegd een einde te willen maken aan uw leven?	1	0

**Score per onderdeel**       

**Score totaal**

## Sociaal functioneren

### Veiligheid / vallen

#### 39 Bent u in het afgelopen half jaar gevallen?

- Nee ga verder met vraag 41
- Ja, \_\_\_\_\_ keer

#### 40 Wat was de oorzaak van het vallen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Externe factoren: gestruikeld, etc. ▶ Indien oudere in woning is gevallen: observeer de woonomgeving. Liggen er veel matten, zijn er drempels?
- Interne / lichamelijke oorzaak: zoals duizeligheid, slecht zien, balansstoornis (kan te maken hebben met medicatiegebruik, alcoholmisbruik)
- Weet niet

#### 41 Bent u wel eens bezorgd dat u zult vallen?

- Nooit
- Bijna nooit
- Soms
- Vaak
- Heel vaak

#### 42 Vermijdt u bepaalde activiteiten omdat u bezorgd bent daarbij te vallen (bijv. boodschappen doen, reizen met openbaar vervoer, huishoudelijk werk, wandelen)?

- Nooit
- Bijna nooit
- Soms
- Vaak
- Heel vaak

**43 Get up and go test**

*Noot: Als tijdens het consult blijkt dat de oudere goed beweegt, zoals: uit stoel op staat, naar keuken loopt, zelf deur open doet, etc. dan is deze test niet noodzakelijk.*

▶ **Get-up and go-test**

Uitgevoerd met stoel zonder leuning. De test wordt uitgevoerd met het normale schoeisel van de oudere. De oudere mag loophulpmiddelen gebruiken.

	1.	2.	3.
Opstaan uit stoel	<input type="checkbox"/> Vlotte beweging	<input type="checkbox"/> Aarzelend	<input type="checkbox"/> Hulp / steun nodig
Moment blijven staan	<input type="checkbox"/> Vlotte beweging	<input type="checkbox"/> Aarzelend	<input type="checkbox"/> Hulp / steun nodig
3 meter lopen	<input type="checkbox"/> Vlotte beweging	<input type="checkbox"/> Aarzelend	<input type="checkbox"/> Hulp / steun nodig
Omdraaien	<input type="checkbox"/> Vlotte beweging	<input type="checkbox"/> Aarzelend	<input type="checkbox"/> Hulp / steun nodig
Terug naar stoel	<input type="checkbox"/> Vlotte beweging	<input type="checkbox"/> Aarzelend	<input type="checkbox"/> Hulp / steun nodig
Omdraaien	<input type="checkbox"/> Vlotte beweging	<input type="checkbox"/> Aarzelend	<input type="checkbox"/> Hulp / steun nodig
Weer gaan zitten	<input type="checkbox"/> Vlotte beweging	<input type="checkbox"/> Aarzelend	<input type="checkbox"/> Hulp / steun nodig

**Score totaal**

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Uitsluitend 1 gescoord     | Eindscore 1 |
| <input type="checkbox"/> 1-2 maal 2 gescoord        | Eindscore 2 |
| <input type="checkbox"/> 3-5 maal 2 gescoord        | Eindscore 3 |
| <input type="checkbox"/> 6-7 maal 2 gescoord        | Eindscore 4 |
| <input type="checkbox"/> Eenmaal of meer 3 gescoord | Eindscore 5 |

**Maatschappelijke participatie****44 Bent u tevreden over uw daginvulling?**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, helemaal        |
| <input type="checkbox"/> Ja, meestal wel     |
| <input type="checkbox"/> Soms wel, soms niet |
| <input type="checkbox"/> Nee, meestal niet   |
| <input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet  |

**45 Doet u wekelijks activiteiten buitenshuis?**

- Ja  
 Nee

**Zo ja, welke?** (meerdere antwoordopties zijn mogelijk)

- Vrijwilligerswerk  Oppassen op kleinkinderen  
 Naar een vereniging gaan, nl: \_\_\_\_\_  
 Hand- en spandiensten  Naar theater, bioscoop  
 Winkelen, naar de stad gaan  
 Naar dagopvang, nl: \_\_\_\_\_  
 Andere, nl: \_\_\_\_\_

**Zo nee, wat is de reden oftewel de oorzaak van het niet naar buiten komen?**  
(meerdere redenen zijn mogelijk)

- Lichamelijke oorzaak (bijv. slecht zien, slecht ter been)  
 Psychische oorzaak (bijv. angst om te vallen)  
 Sociale oorzaak (bijv. geen sociale contacten of bezigheden)  
 Geen behoefte aan  Problemen t.a.v. vervoer  
 Anders, nl: \_\_\_\_\_

**Eenzaamheid****46 Stel de volgende vragen en omcirkel de scores:**

Items	Nee	Min of meer	Ja
A. Ik ervaar een leegte om me heen	0	1	1
B. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	1	1	0
C. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	1	1	0
D. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	1	1	0
E. Ik mis mensen om me heen	0	1	1
F. Vaak voel ik me in de steek gelaten	0	1	1

Score totaal 

- Totaalscore 0, 1, 2  
 Totaalscore  $\geq$  3

ga verder met vraag 47

ga verder met vraag 48

**47** Uit de antwoorden die u op vraag 46 gaf, blijkt dat u zich (soms) eenzaam voelt. Wat denkt u dat de oorzaak is van hiervan? *(meerdere oorzaken zijn mogelijk)*

- Lichamelijke oorzaak (bijv. slechte lichamelijke gezondheid)
- Psychische oorzaak (bijv. angst, depressie)
- Sociale oorzaak (bijv. geen sociale contacten of bezigheden, dierbare overleden)
- Andere, nl: \_\_\_\_\_

## Mantelzorg

**48** Geeft u mantelzorg aan anderen? Met andere woorden, geeft u hulp aan familie en / of vrienden bij het dagelijks functioneren (bijv. de was, boodschappen, vervoer), zonder dat u hiervoor betaald krijgt?

- Nee ga verder met vraag 51
- Ja

**49** Zo ja, aan wie geeft u mantelzorg? *(meerdere antwoorden zijn mogelijk)*

- Partner
- Inwonend(e) kind(eren)
- Uitwonend(e) kind(eren)
- Overige familieleden
- Buren
- Anders, nl: \_\_\_\_\_

**50** Vindt u het geven van mantelzorg zwaar? *(meerdere antwoorden zijn mogelijk)*

- Nee, nooit
- Ja, af en toe
- Ja, vaak
- Ja, altijd

► Bij antwoord 'ja, af en toe' geef de folder van Steunpunt Mantelzorg.



**51** Ontvangt u mantelzorg? Met andere woorden krijgt u hulp van familie en/of vrienden bij het dagelijks functioneren zoals de was of boodschappen doen?

- Ja:  Partner  Buren  
 Kind(eren)  Anders, namelijk \_\_\_\_\_  
 Overige familieleden \_\_\_\_\_
- Nee

ga verder met vraag 53

► Indien mantelzorg aanwezig bij gesprek: folder Steunpunt Mantelzorg uitreiken.

**52** Maakt u zich zorgen over deze persoon die u helpt?

- Nee  
 Ja

Zo ja, welke zorgen zijn dit dan en wilt u hierover met uw huisarts of iemand anders praten?

---



---

**53** Stel dat u morgen ziek wordt (bijv. een been breekt) hoe gaat u dan alles thuis regelen?  
*(Instructie: het gaat erom dat de oudere aangeeft wie binnen zijn of haar sociale omgeving hulp kan bieden. Niet bedoeld wordt bijvoorbeeld de huisarts of de thuiszorg.)*  
 M.a.w.: is er een sociaal netwerk aanwezig?

- Ja  
 Twijfel  
 Nee

## Financiën

**54** Heeft u het afgelopen jaar financieel goed kunnen rondkomen?

- Ja  
 Nee  
 Niet gevraagd/oudere wilt geen antwoord geven.

## Kwaliteit van leven

**55** Welk rapportcijfer geeft u uw leven op dit moment?

(vul een cijfer van 0 -10 in)

## Overige vragen

**56** In wat voor type woning woont u?

- A Eengezinswoning met een trap naar de eerste verdieping
- B Eengezinswoning met een traplift naar de eerste verdieping
- C Gelijkvloerse woning begane grond
- D Flat / appartement zonder lift
- E Flat / appartement met lift

**57** Zijn er nog zaken die u graag nog zou willen bespreken?

---

---

---

---

# Invullen door praktijkondersteuner

Eindtijd afname basisvragenlijst:     -  uur

Het afnemen van de basisvragenlijst is uitgevoerd:

met alleen de oudere

met de oudere en met \_\_\_\_\_

**Bijlage 1**    Formulier 'Zorggebruik', samen met oudere nakijken

**Bijlage 2**    Observatieformulier, in praktijk invullen of tussentijds

**Bijlage 3**    Formulier 'Zorgbehandelplan'

Copyright © 2013: ZIO O&O

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, geluidsband, elektronisch of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.



# Formulier Zorggebruik

Datum: [ ] - [ ] - [ ]

## A. Ontvangt de oudere momenteel zorg van andere professionele zorgverleners?

Thuiszorg	Ja	Nee	Soort zorg: Naam:
Dagopvang	Ja	Nee	Naam:
Maaltijdvoorziening	Ja	Nee	
Sociale Alarmering	Ja	Nee	
Audicien	Ja	Nee	
Optometrist	Ja	Nee	
Fysiotherapie	Ja	Nee	Naam:
Ergotherapie	Ja	Nee	Naam:
Logopedie	Ja	Nee	Naam:
Diëtist	Ja	Nee	Naam:
Ouderenadviseur	Ja	Nee	Naam:
Maatschappelijk werk	Ja	Nee	Naam:
GGZ	Ja	Nee	Specialisme Naam:
Steunpunt Mantelzorg	Ja	Nee	Naam:
Specialisten	Ja	Nee	Specialisme: Naam:
Verpleegkundigen (bijv. hartfalen, diabetes of geriatrisch)	Ja	Nee	Specialisme: Naam:
Overige			

## B. Maakt de oudere gebruik van een WMO-voorziening?

WMO-voorziening	Ja, namelijk: <input type="checkbox"/> Aanpassing in de woning (bijv traplift) <input type="checkbox"/> Rolstoel <input type="checkbox"/> Vervoersvoorzieningen (vervoer op maat of scootmobiel) <input type="checkbox"/> Hulp bij het huishouden	Nee
-----------------	---	-----

# Observatieformulier

Datum:  -  -

Tijd nodig om in te vullen:  minuten

Om actief te kunnen signaleren, is het van belang bewust te observeren.  
Op dit formulier kruist u de signalen aan die u observeert tijdens het huisbezoek.

## A. Psychische en gedragssignalen

- Nee [ga naar B](#)
- Ja, namelijk:
- Ruikt naar alcohol en/of heeft trillende handen
  - Spreekt met dubbele tong
  - Is traag, suf
  - Gedraagt zich onrustig
  - Is verward
  - Valt voortdurend in herhaling
  - Kan niet op bepaalde woorden komen tijdens het gesprek
  - Herhaalt steeds dezelfde handeling (dwangmatig)
  - Is achterdochtig, vermoedt slechte bedoelingen
  - Geeft onbetrouwbare antwoorden op vragen
  - Vertoont dreigend/agressief gedrag

## B. Lichamelijke signalen

- Nee [ga naar C](#)
- Ja, namelijk:
- Maakt een verwaarloosde, onverzorgde indruk
  - Heeft een mager en ondervoed uiterlijk
  - Vragen dienen herhaald te worden door slecht gehoor

## C. Signalen uit de woonomgeving

- Nee [ga naar D](#)
- Ja, namelijk:
- Een verwilderde tuin/vuil in de tuin
  - Een vervuilde woning
  - Achterstallig onderhoud aan de woning
  - Geen of bedorven voedsel in de koelkast
  - Veel drank(flessen) in huis
  - Onveilige vloer: glad, drempels en of lossen vloerkleden

## D. Andere signalen

- [ga naar bijlage 3](#)
- Ja, namelijk:
- Overbelaste mantelzorger
  - Antwoorden komen niet overeen met observatie

Opmerkingen/overige: \_\_\_\_\_

# Formulier Zorgbehandelplan

Datum:  -  -

Naam oudere: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_  man  vrouw

BSN: \_\_\_\_\_

Vul de tabel in op de volgende pagina.

Aandachtsgebied	Gesignaleerde problematiek	Actie	Doel	Vervolgactie	Evaluatiedatum
	Kruis aan indien probleem is gesignaleerd op dit gebied	Indien probleem gesignaleerd <input checked="" type="checkbox"/> kruis aan of er wel of geen actie ondernomen wordt op dit gebied	Geef aan wat het doel van de ingezette actie is	Indien actie <input checked="" type="checkbox"/> kruis aan welke actie ingezet wordt (meerdere antwoorden mogelijk)	Geef aan op welke datum evaluatie plaatsvindt (maak hiervan een notitie in uw agenda)
<b>Lichamelijk functioneren</b>					
Medicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Afname Gebruikersanalyse Medicatie door POH <input type="checkbox"/> Medicatieanalyse HA en apotheker <input type="checkbox"/> Bliester regelen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	
HDL/ADL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	Stap 1: <input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> Stap 2: <input type="checkbox"/> "Consult voor onderzoek" aanvragen bij ergo-therapeut <input type="checkbox"/> "Consult voor onderzoek" aanvragen bij fysio-therapeut <input type="checkbox"/> Doorverwijzing naar Wmo-loket <input type="checkbox"/> Verwijzing naar fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Verwijzing naar ergotherapeut <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	Stap 1: Stap 2:
Incontinentie, urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	Stap 1: <input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> Stap 2: <input type="checkbox"/> Verwijzing naar continenceverpleegkundige thuiszorg <input type="checkbox"/> Verwijzing naar fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Verwijzing naar Pelvic Care Centrum MUMC <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	Stap 1: Stap 2:



Aandachtsgebied	Gesignaleerde problematiek	Actie	Doel	Vervolgactie	Evaluatiedatum
Incontinentie, ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b> <input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> <b>Stap 2:</b> <input type="checkbox"/> Verwijzing naar continëntieverpleegkundige thuiszorg <input type="checkbox"/> Verwijzing naar fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Verwijzing naar Pelvic Care Centrum MUMC <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b>  <b>Stap 2:</b>
Visus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b> <input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> <b>Stap 2:</b> <input type="checkbox"/> Verwijzing naar oogarts <input type="checkbox"/> Verwijzing naar opticien <input type="checkbox"/> Verwijzing naar optometrist <input type="checkbox"/> Verwijzing naar Visio voor hulpmiddelen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b>  <b>Stap 2:</b>
Gehoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA/POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b> <input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> <b>Stap 2:</b> <input type="checkbox"/> Verwijzing naar afdeling KNO <input type="checkbox"/> Verwijzing naar audiologisch centrum <input type="checkbox"/> Verwijzing naar audicien <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b>  <b>Stap 2:</b>

Aandachtsgebied	Gesignaleerde problematiek	Actie	Doel	Vervolgactie	Evaluatiedatum
BMI, ondergewicht/ ondervoeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA/POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b> <input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> <b>Stap 2:</b> <input type="checkbox"/> Voorlichting/advies <input type="checkbox"/> Verwijzing naar diëtist <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b>  <b>Stap 2:</b>
BMI, overgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA/POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Verwijzing naar diëtist <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	
Bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA/POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b> <input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> <b>Stap 2:</b> <input type="checkbox"/> Volgen RHZ protocol Ketenzorg HVZ <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b>  <b>Stap 2:</b>
<b>Leefstijl</b>					
Bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA/POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Verwijzing naar beweegaanbod <input type="checkbox"/> Verwijzing naar fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	

Aandachtsgebied	Geïsignaleerde problematiek	Actie	Doel	Vervolgactie	Evaluatiedatum
Roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA/POH <input type="checkbox"/> reeds bekend/behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Starten H-mis interventie HA <input type="checkbox"/> Verwijzing naar groepscurcus stoppen met roken <input type="checkbox"/> Verwijzing naar internetbegeleiding stoppen met roken <input type="checkbox"/> Motiveren tot stoppen met roken <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend / behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b> <input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> <b>Stap 2:</b> <input type="checkbox"/> Voorlichting <input type="checkbox"/> Verwijzing naar Mondriaan <input type="checkbox"/> Verwijzing naar zelfhulporganisatie AA <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b>  <b>Stap 2:</b>
<b>Geestelijk functioneren</b>					
Geheugen / dementie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend / behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Verdere diagnostiek m.b.v. MMSE, <b>Verdiepingsvragenlijst [G]OUD door POH</b>	
Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend / behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b> <input type="checkbox"/> Verdere anamnese / diagnostiek door praktijk-medewerker GGZ <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> <b>Stap 2:</b> <input type="checkbox"/> Volgen ZIO protocol Keten zorg GGZ-angst <input type="checkbox"/> Diagnostiek GT i.c.m. somatiek <input type="checkbox"/> Verwijzing angstcentrum Vijverdal <input type="checkbox"/> Verwijzing GGZ tweede lijn <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b>  <b>Stap 2:</b>
Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend / behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Verdere diagnostiek m.b.v. GDS-15, <b>Verdiepingsvragenlijst [G]OUD door POH</b>	

Aandachtsgebied	Gesignaleerde problematiek	Actie	Doel	Vervolgactie	Evaluatiedatum
Persoonlijkheidsstroomissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend / behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Verdere diagnostiek m.b.v. GPS-15, <b>Verdiepingsvragenlijst [G]OUD door POH</b>	
<b>Sociaal functioneren</b>					
Veiligheid / vallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend / behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b> <input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> "Consult voor onderzoek" aanvragen bij ergotherapeut <input type="checkbox"/> "Consult voor onderzoek" aanvragen bij fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Verwijzing naar ergotherapeut voor Veiligheidscheck woning <input type="checkbox"/> Verdere diagnostiek door poli Ouderengeneeskunde azM <input type="checkbox"/> Verdere diagnostiek door DOC Somatiek <b>Stap 2:</b> <input type="checkbox"/> Verwijzing naar beweegaanbod <input type="checkbox"/> Verwijzing naar Wmo <input type="checkbox"/> Verwijzing naar Eerstelijns Valpoli <input type="checkbox"/> Verwijzing naar interventie <input type="checkbox"/> Verwijzing naar fysiotherapeut <input type="checkbox"/> Verwijzing naar ergotherapeut <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<b>Stap 1:</b> <b>Stap 2:</b>

Aandachtsgebied	Geïsignaleerde problematiek	Actie	Doel	Vervolgactie	Evaluatiedatum
Maatschappelijke participatie / eenzaamheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend / behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<p>Stap 1:</p> <input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verdere diagnostiek door Ouderenadviseur / maatschappelijk werk (m.b.v. digitale verwijsbrief)	<p>Stap 1:</p> <p>Stap 2:</p> <input type="checkbox"/> Verwijzing naar Ouderenadviseur/maatschappelijk werk (m.b.v. digitale verwijsbrief) <input type="checkbox"/> Verwijzing naar Steunpunt Mantelzorg (m.b.v. digitale verwijsbrief) <input type="checkbox"/> Verwijzing naar buurtactiviteiten <input type="checkbox"/> Verwijzing naar aanbod t.a.v. rouwverwerking <input type="checkbox"/> Anders, nl.:
Mantelzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend / behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Verdere anamnese/diagnostiek door POH <input type="checkbox"/> of HA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verwijzing naar Steunpunt Mantelzorg (m.b.v. digitale verwijsbrief) <input type="checkbox"/> Vervolggesprek tussen POH, pt en mantelzorg <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	
Financiën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend / behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Verwijzing naar Ouderenadviseur/maatschappelijk werk (m.b.v. digitale verwijsbrief) <input type="checkbox"/> Verwijzing naar kredietbank <input type="checkbox"/> Verwijzing naar buurtloket (gemeente Maastricht) <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	
Type woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="checkbox"/> geen prioriteit pt <input type="checkbox"/> geen prioriteit HA / POH <input type="checkbox"/> reeds bekend / behandeld <input type="checkbox"/> anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Diagnosticeren <input type="checkbox"/> Verminderen <input type="checkbox"/> Verhelpen <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	<input type="checkbox"/> Opnemen als aandachtspunt <input type="checkbox"/> Verwijzing naar W/mo <input type="checkbox"/> Anders, nl.:	

**NB:** *vervolgacties dienen te verlopen conform het stroomschema [G]OUD.  
Dit is te vinden op de website [www.zio.nl](http://www.zio.nl).*

**Overige vervolgacties:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Overige opmerkingen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## **Regio Maastricht-Heuvelland**

Projectleider Ingeborg Wijnands-Hoekstra

T 043 - 350 69 25

M 06 - 57 55 22 65

E [i.wijnands@zio.nl](mailto:i.wijnands@zio.nl)

Projectmedewerker Maud van Hoof

T 043 - 350 69 28

E [m.vanhoof@zio.nl](mailto:m.vanhoof@zio.nl)

## **Secretariaat [G]OUD**

Jolanda Roemgens

Wilhelminasingel 81, 6221 BG Maastricht

T 043 - 350 69 14

E [j.roemgens@zio.nl](mailto:j.roemgens@zio.nl)