

TOPICS-MDS



Project - ziekenhuis ID:

Volgnummer:

VRAGENLIJST

Zorgvrager

UW ERVARINGEN ZIJN WAARDEVOL

In deze lijst staan vragen over uw lichamelijke en geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven . Uw antwoorden worden gebruikt om de zorg voor ouderen in kaart te brengen. Want hoe meer er bekend is over zorg voor ouderen, hoe beter er rekening mee gehouden kan worden. Uw ervaringen zijn dus waardevol, ook voor andere ouderen.

AANWIJZINGEN BIJ DEZE VRAGENLIJST

- Het invullen van de vragenlijst kost u ongeveer 10 minuten.
- Als u het moeilijk vindt om de vragen te begrijpen of in te vullen, vraag dan hulp aan uw partner, een familielid of vriend.
- Lees elke vraag eerst helemaal door voordat u een antwoord kiest.
- Bent u klaar, kijk dan of u geen vragen vergeten bent.

Kruis het antwoord aan dat het beste bij u past.

A Algemene gezondheid

Op een schaal van 0 tot 10: hoe is in het algemeen uw gezondheid?
Waar 0 'volledig ziek' betekent en 10 'volledig gezond'.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B Pijn/ongemak **Geen Een beetje Matig Ernstig Extreem**

Heeft u op dit moment pijn of ongemak?

C Hersenfuncties **Nee Ja**

Heeft u klachten over uw geheugen?

D Taken en bezigheden in het dagelijkse leven

Kunt u zich, geheel zelfstandig..				
	Ja, dat kan ik zelfstandig			Nee, dat kan ik niet zelfstandig
	zonder enige moeite	met enige moeite	met veel moeite	alleen met hulp van anderen
... aan- en uitkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vanuit een stoel overeind komen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uw hele lichaam wassen en afdrogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de trap oplopen en aflopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... buitenshuis rondlopen (eventueel met een stok of een rollator)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kunt u zich, geheel zelfstandig..				
	Ja, dat kan ik zelfstandig			Nee, dat kan ik niet zelfstandig
	zonder enige moeite	met enige moeite	met veel moeite	alleen met hulp van anderen
... uw voeten en teennagels verzorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lichte huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijvoorbeeld afstoffen, opruimen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de boodschappen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uw medicijnen innemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... van uw eigen of openbaar vervoer gebruik maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E	Hoe u zich voelt	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
	Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken...						
1	... voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	... voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	... voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F	Sociale activiteiten	Voortdurend	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
	Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen <i>gedurende de afgelopen 4 weken</i> uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vraag gaat over uw 'kwaliteit van leven'. Daarmee wordt bedoeld wat u van uw leven vindt. Bijvoorbeeld of u tevreden bent met uw leven, of u plezier in uw leven heeft en of uw leven u voldoening geeft.

Op een schaal van 0 tot 10: hoe tevreden bent u met uw leven?

Waar 0 'volledig ontevreden' betekent en 10 'volledig tevreden'.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Afsluiting

1 Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?

Nee, ik heb de lijst alleen ingevuld

Ja, iemand heeft mij geholpen met het invullen van de lijst, namelijk _____

(voorbeelden zijn: uw partner, broer, zus, kind, kleinkind, vriend/vriendin, kennis, verpleegkundige)

2 Zo ja, waaruit bestond de hulp?

Iemand anders heeft de antwoorden genoteerd; ik heb de antwoorden zelf gekozen

Ik heb de antwoorden samen met iemand gekozen en genoteerd

Iemand heeft de antwoorden voor mij gekozen en genoteerd

Dit is het einde van de vragenlijst. Wij danken u hartelijk voor het invullen.

Bijlage 1. Casemix variabelen KLINISCH

Project - ziekenhuis ID:

Volgnummer:

Naam zorgverlener:

Vul in en / of kruis het antwoord aan dat het beste bij de medische gegevens van deze patiënt past.

A Algemene gegevens

1 Geboortedatum van de patiënt: Datum Maand Jaar

--	--	--

2 Geslacht:

Man

Vrouw

3 Datum van vandaag:

Datum Maand Jaar

--	--	--

B Persoonlijke gegevens

1 In welk land is de patiënt geboren?

Nederland

Ander land:

2 In welk land is de vader van de patiënt geboren?

Nederland

Ander land:

3 In welk land is de moeder van de patiënt geboren?

Nederland

Ander land:

4 Wat is de burgerlijke staat van de patiënt?

Gehuwd

Gescheiden

Weduwe / weduwnaar / partner overleden

Ongehuwd, geen partner

Duurzaam samenlevend, ongehuwd

5 Wat is de woonsituatie van de patiënt?

Zelfstandig, alleen

Zelfstandig, met anderen (partner, kinderen enzovoorts)

Zorginstelling (verpleeghuis/woonzorgcentrum)

Anders, nl: _____

6 Wat is de hoogste opleiding van de patiënt die hij/zij heeft afgemaakt?

Minder dan 6 klassen lagere school

6 klassen lagere school

Meer dan lagere school / basisschool zonder verder afgesloten opleiding

Ambachtschool

Mulo / mms / mavo / middelbaar beroepsonderwijs

Hbs / gymnasium / atheneum

Universiteit / hoger onderwijs

C Ziektelast

1 Welke aandoening heeft de patiënt op dit moment heeft of heeft de patiënt in de afgelopen 12 maanden gehad?

Kruis "Ja" als de patiënt de ziekten / aandoening heeft.

Kruis "Nee" als de patiënt de ziekte / aandoening *niet* (gehad) heeft.

	Ja	Nee		Ja	Nee
a. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. CVA of TIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. (Heup)fractuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hartfalen, myocardinfarct atriumfibrilleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Een vorm van kanker, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Ziekte van het zenuwstelsel (Parkinson, MS, epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 200px; margin-bottom: 5px;"></div>			m. Vallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, of CARA/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Urine incontinentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. Angst- en/of paniekstoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Artrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. Gehoorproblemen (ondanks gehoorapparaat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Reumatoïde artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. Problemen met zien (ondanks bril/lenzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Functionele gegevens gedurende opname

1 Hoe is de mobiliteit van de patiënt BIJ OPNAME? (klinische observatie)

- Zelfstandig mobiel zonder hulpmiddel
- Zelfstandig mobiel met hulpmiddel
- Mobiel met hulp van 1 of 2 personen
- Bedlegerig

2 Wat is de mate van cognitief functioneren van de patiënt TIJDENS OPNAME? (klinische observatie of naar aanleiding van klinimetrie)

- Geen cognitieve stoornissen
- Lichte / milde cognitieve stoornissen
- Dementie
- Cognitieve stoornissen anders omschreven (bijv. delier bij opname)
- Onbekend

3 Hoe is de mobiliteit van de patiënt BIJ ONTSLAG? (klinische observatie)

- Zelfstandig mobiel zonder hulpmiddel
- Zelfstandig mobiel met hulpmiddel
- Mobiel met hulp van 1 of 2 personen
- Bedlegerig

E Opname

1 Soort kliniek:

- Opname afdeling Geriatrie (door naar vraag 3, sla vraag 2 over)
- Medebehandeling / consult (door naar vraag 2, sla vraag 3 over)

2 Betreft het een specifiek zorgpad/zorgketen?

- Nee
- Ja, nl _____

3 De opname op de afdeling Geriatrie betreft een:

<input type="checkbox"/> Acute opname	<input type="checkbox"/> Overname ander intern specialisme
<input type="checkbox"/> Electieve opname	<input type="checkbox"/> Overname ander ziekenhuis

4 Wat is de ziekenhuisopnameduur?

_____dagen (vul aantal dagen in van de totale opnameduur)

5 Wat is de ontslagbestemming van de patiënt?

- Terug naar eigen woonsituatie (ook bij VZH of VPH bewoners zo vermelden)
- Verzorgingshuis of woonzorgcentrum
- Verpleeghuis verblijfsituatie / terminaal bed / palliatief bed
- Verpleeghuis reactivering / revalidatie
- Ander ziekenhuis
- Overlijden