

Formulier Mantelzorg in het zorg(leef)plan

Naam mantelzorger:

Soort relatie met de cliënt:

Geboortejaar:

Telefoon:

Mobiele telefoon:

E-mail:

Woont u in hetzelfde huis als uw? ja / nee (omcirkel juiste antwoord)

Datum gesprek: (dd/mm/jj)

Naam verpleegkundige

NB: zoveel mogelijk voorafgaand aan het gesprek invullen.

Ervaring met mantelzorg

1. Hoe gaat het met u?

.....
.....
.....

2. Hoe is de zorg de afgelopen maand gegaan?

.....
.....
.....

Ervaren Druk door Informele Zorg

Instructie: Laat de mantelzorger dit formulier zelf invullen!

Er volgt nu een aantal uitspraken over de zorg die u aan uw naaste geeft. De bedoeling is dat u bij elk van deze uitspraken aangeeft, in hoeverre die op u van toepassing is. U heeft hierbij de volgende antwoordmogelijkheden: nee min-of-meer ja ja!

Als een uitspraak helemaal op u van toepassing is, zet u een kruisje bij 'ja!'. Wanneer een uitspraak helemaal niet op u van toepassing is, zet u een kruisje bij 'nee!'. Of iets er tussenin.

Vragen	Nee!	Nee	Min of meer	Ja	Ja!
1. Door de situatie van mijn kom ik te weinig aan mijn eigen leven toe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Het combineren van de verantwoordelijkheid voor mijn en de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin valt niet mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Door mijn betrokkenheid bij mijn doe ik anderen tekort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik moet altijd maar klaarstaan voor mijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mijn zelfstandigheid komt in de knel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De situatie van mijn eist voortdurend mijn aandacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Door mijn betrokkenheid bij mijn krijg ik conflicten thuis en/of op mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De situatie van mijn laat mij nooit los	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik voel me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van mijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kenmerken mantelzorg (Deze lijst vult de verpleegkundige / verzorgende zelf in)

	Groen	Oranje	Rood
1. Hoeveel uur per week verleent u zorg en ondersteuning?	0 – 2 uur	2-7 uur	8 uur of meer
2. Hoeveel dagen in de week verleent u zorg en ondersteuning?	0-1 dag	1-2 dagen	3 of meer dagen
3. Hoe lang zorgt u al?	1 maand	2 maanden	3 maanden of meer, nl.
4. Hoe vaak doet u huishoudelijke taken, zoals stofzuigen, wassen, strijken, boodschappen doen?	Soms	Regelmatig	Vaak
5. Hoe vaak verleent u begeleidende taken, zoals regelen van afspraken met de arts en vervoer, financiële administratie, emotionele steun?	Soms	Regelmatig	Vaak
6. Hoe vaak doet u verzorgende taken, zoals helpen bij wassen en aankleden, medicijnen toedienen, tillen of wondverzorging?	Soms	Regelmatig	Vaak
7. Combineert u de zorg voor uw (.....) met eigen huishouden, zorg voor kinderen, betaald of vrijwillig werk, opleiding, andere mantelzorg?	0-1 andere activiteiten, nl.	2-3 andere activiteiten nl.	4 of meer andere activiteiten nl.
8. Hoe ervaart u de fysieke beperkingen in het dagelijks functioneren van uw naaste?	Licht	Matig	Ernstig
9. Hoe ervaart u de psychische beperkingen van uw naaste?	Licht	Matig	Ernstig
10. Is er sprake van gedragsproblemen?	Licht	Matig	Ernstig
11. Kunt u uw naaste langer dan een half uur alleen laten?	Ja	Soms	Nee
12. Deelt u uw mantelzorg met familieleden, burens of vrienden	Ja, regelmatig	Ja, soms	Nee
13. Zorgt u ook nog voor andere mensen uit uw omgeving?	Nee	Soms	Ja
Subtotaal x1=..... x2=..... x3=.....
Totaal			

Behoeftte aan ondersteuning

Heeft u behoefte aan ondersteuning bij uw mantelzorgtaken? Zo ja, welke? Zo nee, waarom?

.....

.....

Weet u waar u terecht kunt voor ondersteuning? (Bijv. steunpunt mantelzorg, thuiszorg, dagopvang)

.....

.....

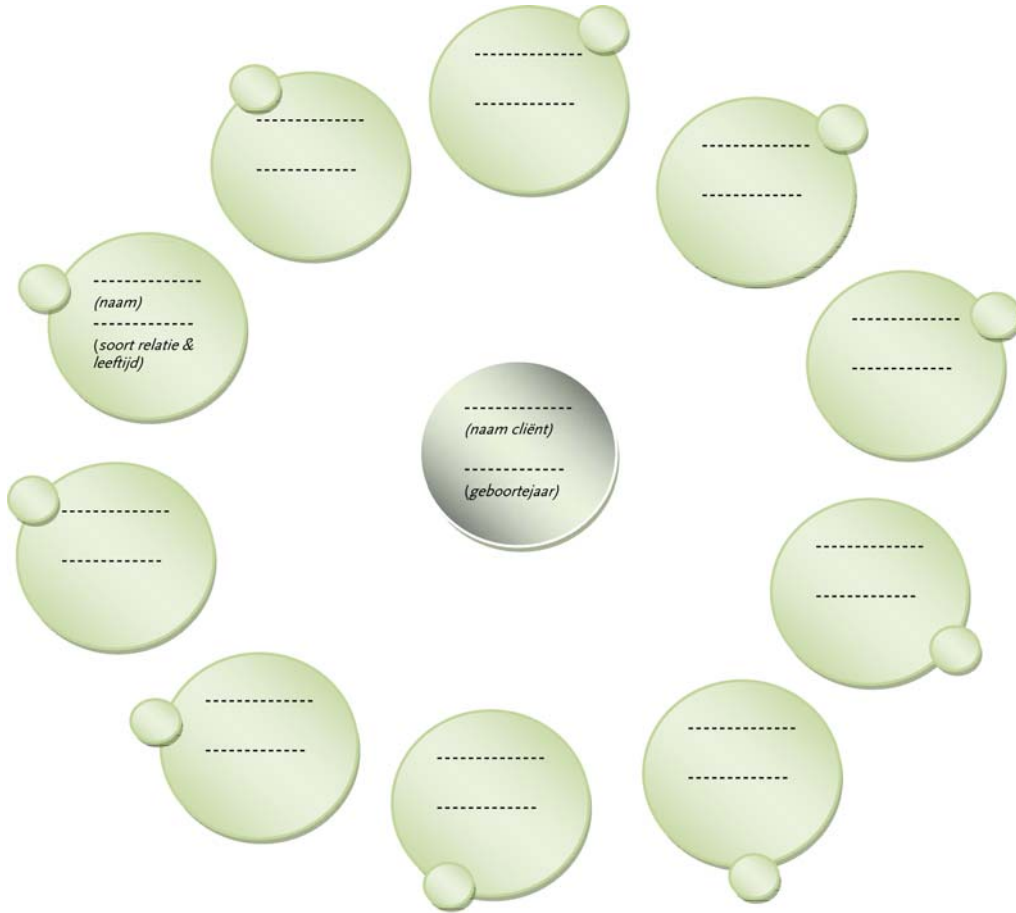
Maakt u gebruik van één van deze vormen van ondersteuning? Zo ja, welke? Zo nee, waarom?

.....












.....

Ecogram

Hulpmiddel om mantelzorgsituatie in kaart te brengen en zorgdeelopties helder te krijgen



Dit formulier is ontwikkeld in samenwerking tussen het Expertisecentrum Mantelzorg, het Integraal Kankercentrum Zuid en de Brabantse Raad Informele Zorg met financiële steun van de Provincie Noord-Brabant.
© Dit formulier mag vrij gebruikt worden met bronvermelding.

 G = Gezelschap	 P = Persoonlijke zorg
 H = Huishoudelijke hulp	 R = Regeltaken
 K = Klussen/tuinieren	 A = Advies en informatie geven
 E = Emotionele steun	
 = Neutrale relatie	
 = Gespannen relatie	
 = Zorgrelatie	
 = Potentiële zorgrelatie	

Samenvatting & Advies

1. Uit uw antwoorden op de vragen komt het volgende naar voren:

- a. Subjectieve belasting (score EDIZ): groen / oranje / rood (*Omcirkel het juiste antwoord*).
- b. Objectieve belasting (kenmerken mantelzorg): groen / oranje / rood (*Omcirkel het juiste antwoord*).
- c. Herkent u zich in deze uitslag? Voelt u dit ook zo?

d. Algemene indruk van de verpleegkundige/verzorgende (*observatie*):

2. Zijn er nog punten die u graag wilt bespreken en die nog niet aan de orde gekomen zijn?

3. Wat zou u het liefst anders willen zien? Wat zou u als eerste willen doen/veranderen, om zo met een goed gevoel de zorg voor uw naaste vol te kunnen houden?

4. Om dat te kunnen bereiken, adviseer ik u het volgende (*zie instructieformulier voor mogelijkheden*):

5. Meegegeven folders/brochures:

6. Hoe heeft u dit gesprek ervaren?

7. Wilt u een nieuwe afspraak?

Nee, mantelzorger(s) wil(len)/hoeft (hoeven) geen volgend gesprek, omdat:

Ja, we spreken af om over weken/maanden de situatie opnieuw te bekijken

Ja, mantelzorger(s) willen nog een keer een gesprek op: / / (dd/mm/jj)

Registratie duur van het gesprek: minuten

Vervolggesprek

Ik wil graag met u terugkijken naar het vorige gesprek over uw mantelzorgsituatie en naar de afgelopen periode.

1. Hoe gaat het nu met u? *(evt. EDIZ weer invullen en kijken of de score veranderd is)*

.....
.....

2. De vorige keer heeft u vooral problemen ervaren bij
..... *(zie Samenvatting 1^e gesprek).*

en u zou daarbij de volgende actie ondernemen om dit probleem aan te pakken

..... *(zie Samenvatting 1^e gesprek).*

Heeft u dit gedaan?

a. Zo, ja, in hoeverre heeft dit u geholpen?

.....
.....

b. Zo, nee, wat was de reden dat u geen actie heeft ondernomen?

.....
.....

3. Mijn advies aan u is, om: *(zie instructieformulier voor mogelijkheden):*

.....
.....

4. Hoe heeft u dit gesprek ervaren?

.....
.....

5. Wilt u een nieuwe afspraak?

- Nee, mantelzorger(s) wil(len)/hoeft (hoeven) geen volgend gesprek, omdat
- Ja, we spreken af om over weken/maanden de situatie opnieuw te bekijken
- Ja, mantelzorger(s) willen nog een keer een gesprek op: / / (dd/mm/jj)

Registratie duur van het gesprek: minuten