

## Gesprekstool Leefstijl

Deze tool is speciaal ontwikkeld om leefstijlcoaches te ondersteunen bij het in kaart brengen van de ondersteuningsbehoeften van cliënten met een dwarslaesie, caudalaesie of spina bifida. Daarbij wordt rekening gehouden met verschillende factoren, zoals co-morbiditeiten, loopfunctie, algemene kennis van cliënten over leefstijl, zelfredzaamheid en de sociale omgeving.

De gesprekstool dient als hulpmiddel om het gesprek te faciliteren over leefstijl en ondersteuningsbehoeften na de revalidatie.

Gebruik daarom uitsluitend de onderdelen die relevant zijn voor het specifieke gesprek. De invulling en volgorde van de onderdelen kunnen flexibel worden aangepast, op basis van de expertise van de gespreksleider op het gebied van leefstijlcoaching en interviewtechnieken.

| Gesprekstool Leefstijl                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Naam cliënt:                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Datum:                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Diagnose:<br><input type="checkbox"/> Dwarslaesie<br><input type="checkbox"/> Caudalaesie<br><input type="checkbox"/> Spina bifida | <i>Indien van toepassing</i><br><input type="checkbox"/> Hoogte van de laesie<br><input type="checkbox"/> Compleetheid van de laesie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Co-morbiditeit(en)                                                                                                                 | <i>Heeft u nog andere klachten die u mogelijk belemmeren in uw (zelfstandig) functioneren?</i><br><i>Toelichting</i><br><input type="checkbox"/> Hart- vaat stelsel <input type="checkbox"/> Bewegingsapparaat<br><input type="checkbox"/> Luchtwegen <input type="checkbox"/> Maag- darmstelsel<br><input type="checkbox"/> Oncologisch <input type="checkbox"/> Nieren, Urinewegen, geslachtsorganen<br><input type="checkbox"/> Anders<br><i>In welke mate wordt u beperkt door deze klachten?</i> |
| Specialistische zorg nodig<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee                                             | <i>Toelichting</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Loopfunctie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welke loopfunctie heeft u op dit moment?                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Community loper<br><input type="checkbox"/> Household loper<br><input type="checkbox"/> Exercise loper<br><input type="checkbox"/> Non-ambulator                                                                                                                                                      | <i>U loopt binnen- en buitenhuis, eventueel met een hulpmiddel voor lange afstanden</i><br><i>U loopt binnenshuis met een hulpmiddel. U gebruikt de rolstoel voor sommige bezigheden binnenshuis en voor alle bezigheden buitenshuis</i><br><i>U loopt als therapie. U gebruikt uw rolstoel voor alle transportbehoeften</i><br><i>U bent volledig rolstoelafhankelijk</i> |
| Persoonlijke omstandigheden                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Samenwonend<br><input type="checkbox"/> Gehuwd<br><input type="checkbox"/> Alleenstaand<br><input type="checkbox"/> Kinderen<br><input type="checkbox"/> Anders                                                                                                                                       | <i>Welk sociaal netwerk heeft u waar u op terug kunt vallen?</i><br><i>In hoeverre voelt u zich gesteund door uw omgeving?</i>                                                                                                                                                                                                                                             |
| Algemene kennis leefstijl                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Tijdens de revalidatieperiode heeft u veel informatie gehad. Heeft u behoefte aan meer informatie of ondersteuning?                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Energiebehoefte<br><input type="checkbox"/> Voeding<br><input type="checkbox"/> Gewichtsmanagement<br><input type="checkbox"/> Alcohol<br><input type="checkbox"/> Roken<br><input type="checkbox"/> Lichamelijke (in)activiteit<br><input type="checkbox"/> Stress<br><input type="checkbox"/> Slaap | <i>Toelichting</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Zelfmanagement                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Waar ligt volgens u uw kracht?</p> <p>Op welke leefstijlgebieden gaat het goed?</p> <p>Op welke leefstijlgebieden gaat het nog niet goed?</p> <p>Wat wilt u weer of nog graag kunnen doen?</p> <p>Bent u digitaal vaardig?</p> <p>Optioneel: meten van zelfmanagement met SMAS 30 vragenlijst<br/> <a href="https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/SMAS-30-meetinstr.pdf"> (https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/SMAS-30-meetinstr.pdf) </a></p>                                                                                                                                                                                                                              |
| Leefstijl en voorkeuren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>Leefstijlroer<br/>(zie bijlage 1)</p> <p><input type="checkbox"/> Voeding</p> <p><input type="checkbox"/> Verbinding</p> <p><input type="checkbox"/> Middelen</p> <p><input type="checkbox"/> Beweging</p> <p><input type="checkbox"/> Ontspanning</p> <p><input type="checkbox"/> Slaap</p> <p><input type="checkbox"/> Anders</p> | <p>Laten we samen eens kijken naar dit model (bijlage 1). Dit is het leefstijlroer</p> <p>Aan welke leefstijlgebieden wilt u de komende periode gaan werken?</p> <p>Welk leefstijlgebied is voor u het meest belangrijk?</p> <p>Vul de belangrijkste leefstijlgebieden in en omcirkel hoe belangrijk dit voor u is (meer of minder dan 3 is mogelijk).</p> <p><b>Leefstijlgebied 1:</b> .....<br/> <b>Niet belangrijk</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>Meest belangrijk</b></p> <p><b>Leefstijlgebied 2:</b> .....<br/> <b>Niet belangrijk</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>Meest belangrijk</b></p> <p><b>Leefstijlgebied 3:</b> .....<br/> <b>Niet belangrijk</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>Meest belangrijk</b></p> <p>Toelichting:</p> |

## Goalsetting

*Laten we concrete doelen formuleren op basis van de door u gekozen leefstijlgebieden.*

*Wat zijn voor u de belangrijkste doelen (meer of minder dan 3 is ook mogelijk)?*

*Hoeveel vertrouwen heeft u in het behalen van deze doelen?*

**Doel 1: .....**

**Niet belangrijk** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Meest belangrijk**

**Weinig vertrouwen** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Veel vertrouwen**

**Doel 2: .....**

**Niet belangrijk** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Meest belangrijk**

**Weinig vertrouwen** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Veel vertrouwen**

**Doel 3: .....**

**Niet belangrijk** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Meest belangrijk**

**Weinig vertrouwen** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Veel vertrouwen**

*Toelichting:*

| Verwijzing                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Heeft u nog behoefte aan begeleiding na de revalidatie?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Aan welke begeleiding heeft u behoefte?<br/>(Fysiotherapeut/Oefentherapeut, Diëtist, Leefstijlcoach, Sociale domein, Ondersteuning revalidatiecentrum)</p> <p>Vorm: op welke manier wilt u idealiter begeleid worden?<br/>(Fysieke begeleiding, Digitale begeleiding, Blended care (afwisselend fysiek en digitaal).</p> <p>Anders, namelijk</p> <p><input type="checkbox"/> Nee (het gesprek wordt afgerond)</p> <p>Verwijs de cliënt naar de Dwarslaesieorganisatie (DON) <a href="https://www.dwarslaesie.nl/">https://www.dwarslaesie.nl/</a><br/>of Spina Bifida Hydrocephalus vereniging <a href="https://sbhnederland.nl/">https://sbhnederland.nl/</a><br/>Netwerk eerstelijns therapeuten, sportverenigingen.<br/>Adviseer de cliënt de spinalis brochure te lezen <a href="https://spinalis.se/wp-content/uploads/2019/09/Spinalis-brochure-NL-klein.pdf">https://spinalis.se/wp-content/uploads/2019/09/Spinalis-brochure-NL-klein.pdf</a></p> |
| Afsluiting en afspraken                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Vul in op basis van gesprek</p> <p>Ondersteuningsbehoefte</p> <p><input type="checkbox"/> Hoog</p> <p><input type="checkbox"/> Gemiddeld</p> <p><input type="checkbox"/> Laag</p> <p>Mate van zelfredzaamheid</p> <p><input type="checkbox"/> Hoog</p> <p><input type="checkbox"/> Gemiddeld</p> <p><input type="checkbox"/> Laag</p> | <p><i>Ik wil u bedanken voor dit gesprek.</i></p> <p><i>Gemaakte afspraken:</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

### Meer informatie?

- Voor meer informatie over Voeding, gewicht en gezondheid voor mensen met een dwarslaesie kunt u de *Spinalis brochure* downloaden: <https://spinalis.se/wp-content/uploads/2019/09/Spinalis-brochure-NL-klein.pdf>
- Voor meer informatie over bewegen en sporten met een dwarslaesie kunt u het boek: Hoe blijf je fit met een dwarslaesie (2012) raadplegen. Dit boek is geschreven door L. Valent en R. Broeksteeg en verkrijgbaar via de Dwarslaesie Organisatie Nederland. Voor meer informatie over voeding bij een dwarslaesie kunt u terecht op de dwarslaesiewiki, de website van de Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON) of deelnemen aan een weer op weg cursus. Zie: <https://www.dwarslaesie.nl/>
- Voor meer informatie over vezelrijke of eiwitrijke voeding kunt u de website van het Voedingscentrum raadplegen. Zie: [www.voedingscentrum.nl](http://www.voedingscentrum.nl)
- Het leefstijlroer kunt u gratis downloaden via [Leefstijlroer | Vereniging Arts en Leefstijl](#)