

# Pakkeforløp hjem, for pasienter med kreft

## - behovskartlegging samhandlingspunkt 1

Helsedirektoratet har bestemt at det skal gjennomføres behovskartlegging hos pasienter med kreft i sykehus og kommunehelsetjenesten. Derfor inviteres du til å fylle ut skjema for behovskartlegging. Du velger selv hvilken informasjon du vil dele.

<b>Emneområde</b>	<i>Fyll ut med informasjon som du ønsker å gi.</i>				
<b>Diagnose</b>	Når fikk du diagnosen?				
<b>Sivilstatus</b>	Enslig <input type="checkbox"/>	Gift <input type="checkbox"/>	Partnerskap <input type="checkbox"/>	Samboer <input type="checkbox"/>	Enke/Enkemann <input type="checkbox"/>
<b>Familie og nettverk</b>	Har du noen du kan snakke fortrolig med?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Vet familien din om sykdommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Snakker dere om sykdommen og hvordan den påvirker familien din?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Har familien behov for mer informasjon?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Har du barn (0-18 år) som pårørende?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Hvis ja, ønsker du at barnet får tilbud om samtale?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Har du støttespillere i familien eller i nettverket ditt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Hva er viktig for deg i forhold til familie og nettverk eller eventuelle tilleggskommentarer til området?				
<b>Jobb/skole/ utdanning</b>	Ansatt	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Selvstendig næringsdrivende	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Pensjonist	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Ufør	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Arbeidsavklaringspenger (AAP)/sykmeldt	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Student	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
<b>Økonomi og boforhold</b>	Eid bolig <input type="checkbox"/>	Leid bolig <input type="checkbox"/>	Annet <input type="checkbox"/>		
	Er det forhold i boligen som gjør at du bekymrer deg?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Har du felles økonomi med evt. partner?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Har du/dere bekymringer rundt økonomi?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Har du kjennskap til tilbud, støtteordninger og rettigheter (jamfør sykdom)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Hva er viktig for deg i forhold til økonomi og boforhold eller eventuelle tilleggskommentarer til området?				
<b>Fritid/sosiale aktiviteter</b>	Har du hobbyer, verv, medlemskap, frivillige oppgaver eller annet som har betydning for deg?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Har du religiøs tilhørighet det er viktig for helsepersonell å kjenne til?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Hva er viktig for deg i forhold til fritid/sosiale aktiviteter eller eventuelle tilleggskommentarer til området?				
<b>Fysisk aktivitet og fysisk funksjon</b>	Opplever du din egen fysiske helse som god?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Har du andre fysiske sykdommer som påvirker fysisk helse og funksjon?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Er du selvhjulpen i dagliglivets aktiviteter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		
	Hva er viktig for deg i forhold til fysisk aktivitet/ fysisk funksjon eller eventuelle tilleggskommentarer til området?				

<b>Ernæring/mat/ måltider</b>	Går du på noen form for dietter? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Hva er viktig for deg i forhold til ernæring, mat og måltider eller eventuelle tilleggskommentarer til området?
<b>Tannhelse</b>	Har du utfordringer eller vansker med tannhelsen fra tidligere? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Har du tannlegeskrekk eller er det andre forhold som gjør det vanskelig å oppsøke tannlege ved behov? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Hva er viktig for deg i forhold til tannhelse eller eventuelle tilleggskommentarer til området?
<b>Tanker, følelser og bekymringer</b>	Har du tanker eller bekymringer som plager deg? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Har du opplevd belastninger eller følelsesmessige vanskelige situasjoner? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Har du eller har du tidligere hatt oppfølging fra psykisk helsevern? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Hva er viktig for deg i forhold til tanker, følelser og bekymringer eller eventuelle tilleggskommentarer til området?
<b>Seksualitet</b>	Fungerer du godt sammen med din partner (intimitet og nærhet)? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Kan du snakke med din partner om endringer, utfordringer eller bekymringer? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Hva er viktig for deg i forhold til seksualitet eller eventuelle tilleggskommentarer til området?
<b>Informasjon om ulike tilbud tilpasset din situasjon</b>	Har du fått informasjon om, og eller har kunnskap om: brukerorganisasjoner Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	forberedelse til oppstart behandling, prehabilitering Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Har du eller ønsker du noen å snakke med f. eks. kreftkoordinator? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Har du eller ønsker du noen å snakke med f. eks. psykisk helse og rustjenesten i din kommune? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Hva er viktig for deg i forhold til informasjon om ulike tilbud eller eventuelle tilleggskommentarer til området?
<b>Egne ressurser/ læring og mestring</b>	Har du kunnskap om hvordan sykdommen påvirker deg (sykdomskompetanse)? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Andre ressurser:
<b>Informasjons- utveksling</b>	Kan sykehuset videreformidle informasjon som er gitt i denne kartleggingen til helsetjenesten i kommunen? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<b>Andre ting?</b>	

Vennlig hilsen

Sykehuset Innlandet

Tlf. 915 06 200 | [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no)