

Pakkeforløp hjem, for pasienter med kreft

- behovskartlegging samhandlingspunkt 2 og 3

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.

Emneområde	<i>Fyll ut med informasjon som du ønsker å gi.</i>			
Diagnose	Hvilken diagnose har du fått?			
	Når fikk du diagnosen?			
Sivilstatus	Enslig <input type="checkbox"/>	Gift <input type="checkbox"/>	Partnerskap <input type="checkbox"/>	Samboer <input type="checkbox"/> Enke/Enkemann <input type="checkbox"/>
Familie og nettverk	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 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"/>
	Er det andre forhold i din familie/nettverk som har betydning for deg og din livskvalitet?			Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Har du eller familien behov for støtte eller hjelp, f.eks å snakke om situasjonen eller den praktiske hverdagen?			Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Hva er viktig for deg i forhold til familie og nettverk eller eventuelle tilleggskommentarer til området?			
Jobb/skole/ utdanning	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"/>
	Ufø			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"/>
Hva er viktig for deg i forhold til jobb/skole/utdanning eller eventuelle tilleggskommentarer til området?				
Økonomi og boforhold	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"/>
	Økonomien framover. Vil inntekten endres?			Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Har du behov for hjelp med å ivareta praktiske forhold rundt økonomi eller juridiske forhold (verge/legalfullmakt, fremtidsfullmakt eller annet)?			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"/>
	Har du gå avstand til butikk, post og kollektivtransport?			Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Hva er viktig for deg i forhold til økonomi og boforhold eller eventuelle tilleggskommentarer til området?			

Fritid/sosiale aktiviteter	Har du hobbyer, verv, medlemskap, frivillige oppgaver eller annet som har betydning for deg?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Er det forhold som er viktig for din livskvalitet og som påvirkes av sykdom og behandling?	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"/>
	Håp, mening, tro - har du noen å dele dine tanker med?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Hva er viktig for deg i forhold til fritid/sosiale aktiviteter eller eventuelle tilleggskommentarer til området?		
Fysisk aktivitet og fysisk funksjon	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 selvhjulpent i dagliglivets aktiviteter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Har du, eller trenger du hjelpemidler til forflytning?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Har du fått tilbud om fysikalsk behandling, rehabiliteringsopphold eller lignende?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Søvnkvalitet og lengde, opplever du å få nok søvn?	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?		
Ernæring/mat/måltider	Har kostholdet/spisevanene endret seg? Får du den næringen du trenger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Har du gått opp/ned i vekt etter at du ble syk?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Går du på noen form for dietter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Har du behov for kostholdsveiledning?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Har du svelgevansker?	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?		
Tannhelse	Har du utfordringer eller vansker med tannhelsen fra tidligere?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Har sykdom eller behandling påvirket tannhelsen din?	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"/>
	Har du smerter/sår i munnhulen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Hva er viktig for deg i forhold til tannhelse eller eventuelle tilleggskommentarer til området?		
Tanker, følelser og bekymringer	Har du tanker eller bekymringer som plager deg?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Har du følelsesmessige belastninger i sammenheng med kreftsykdom eller behandling?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
	Har du opplevd belastninger eller følelsesmessige vanskelige situasjoner tidligere i livet?	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"/>
	Har du utfordringer med avhengighet/overforbruk av medisiner, alkohol, spill	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?		

Seksualitet	Har sykdom/behandling hatt innvirkning på din seksualitet?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
	Har kroppsbildet ditt endret seg?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
	Har du endret opplevelse av egen seksualitet?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	Har du spørsmål rundt seksualitet og seksuell helse som du har behov for å drøfte med fagperson?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
	Hva er viktig for deg i forhold til seksualitet eller eventuelle tilleggskommentarer til området?				
Informasjon om ulike tilbud tilpasset din situasjon	Har du fått informasjon om, og eller har kunnskap om:				
	likeperson (en som har selv har hatt kreft eller er pårørende)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
	Pusterommet på Gjøvik, persontilpasset treningssenter eller lignende	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
	rehabiliteringstilbud	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
	brukerorganisasjoner	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 gjør du eller trenger du for å opprettholde/bedre din nåværende/ tidligere funksjon?	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?					
Egne ressurser/ læring og mestring	Har du kunnskap om hvordan sykdommen påvirker deg (sykdomskompetanse)?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
	Har du mestringsstrategier som best mulig ivaretar din psykiske og fysiske helse?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
	Har du fått informasjon om lærings- og mestringskurs?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
	Andre ressurser:				
Andre ting?					
Kontaktpunkt i kommunen	Navn og telefonnummer til kontaktpunkt i kommunen (fylles ut av helsepersonell)				
Kontaktpunkt i sykehuset	Navn og telefonnummer til kontaktpunkt i sykehuset (fylles ut av helsepersonell)				

Vennlig hilsen

Sykehuset Innlandet

Tlf. 915 06 200 | www.sykehuset-innlandet.no