4. Navn på høringsinstans *

Oslo kommune, Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, ved kommunaldirektør Svein Lyngroth

5. Generelle kommentarer til pasientforløpsbeskrivelsen

Oslo kommune vurderer beskrivelsen som adekvat og hensiktsmessig, men etterlyser i større grad at også kommunehelsetjenesten, utover fastlegen, involveres. Pasienter i behov av sammensatte tjenester har i hovedsak behov for oppfølging fra både fastlege og fra bydelenes øvrige helse- og omsorgstjeneste. Ved avslag vil det ofte være rehabiliteringstjenesten i bydelen som følger opp i samarbeid med fastlege. Det kan derfor med fordel være bredere deltakelse fra kommunens helse- og omsorgstjeneste i utarbeidelsen/oppfølgingen av pasientforløpet.

6. Fase 1 Henvisning og start - generelle innspill

7. Aktivitet: Kriterier for inngang i najsonalt pasientforløp

Kommunen vil uttrykke bekymring som gjelder barn med langvarig utmattelse, da pasientforløpet gjelder for personer over 18 år (16 år hvis ikke noe barnetilbud finnes). Hvordan blir barn fulgt opp, og hva slags tilbud gis de? Det vil være ønskelig med et pasientforløp også for barn med langvarig utmattelse.

8. Aktivitet: Henvisning

9. Aktivitet: Start nasjonalt pasientforløp

Det er meget positivt at spesialisthelsetjenesten forpliktes til å gi råd og anbefalinger til videre/annen oppfølging ved et avslag og at veiledningsplikten til helse- og omsorgstjenesten er beskrevet. Kommunen gjør oppmerksom på at avslaget går til henviser, som oftest er fastlegen, og at dersom råd/anbefalinger er tiltak som skal vurderes gitt av øvrig helse- og omsorgstjenesten bør spesialisthelsetjenesten etablere dialog om dette også direkte med bydelstjenestene. Det understrekes i avsnittet kommunens ansvar for å sikre koordinerte tjenester, men deltagelse fra bydelstjenestene overlates til å inkluderes 'i samråd med pasient'. For å sikre at det ikke glipper i overgangene bør alle relevante aktører involveres underveis.

10. Fase 2 Kartlegging og utredning - generelle innspill

Utredningen ser ut til å styrke de normale prosedyrene som er i kommunen og klargjøre rettighetene til en gruppe med et komplekst sykdomsbilde. Det er særdeles positivt at det legges opp til samarbeid og gjensidig veiledningsplikt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i etterkant av utredningen i spesialisthelsetjenesten.

11. Aktivitet: Tverrfaglig utredning

12. Aktivitet: Oppsummerende samhandlingskonsultasjon

13. Fase 3 Oppfølging - generelle innspill

'Pasient, eventuelt med pårørende/ledsager, representanter fra det tverrfaglige teamet, samt fastlegen deltar. Deltakelse fra andre tjenesteytere fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten vurderes i samråd med pasienten'. Kommunen finner det hensiktsmessig at også øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste deltar dersom de er koblet på pasientforløpet da de ofte vil være en sentral del av det videre tilbud for denne pasientgruppen, i tillegg til fastlegen. For å oppnå koordinerte tjenester er det viktig at slike samhandlingsmøter inkluderer relevante aktører. Slik deltakelse bør beskrives som en forventet del av konsultasjonen i saker hvor bydelen er inne med tjenester – og ikke kun noe som 'vurderes i samråd med pasienten'. Fastlegen i Oslo forholder seg til tjenestetilbud i 15 forskjellige bydeler og vil ikke alene som kommunens representant kunne informere pasienten 'om hvem som har hovedansvar for å koordinere helsetilbudet videre, og om mulighet for individuell plan og koordinator i kommunen' samt 'vurdere aktuelle og tilgjengelige tilbud i kommunen'.

14. Aktivitet: Oppfølgende samhandlingskonsultasjon

Kommunen bør delta med bredere representasjon fra tjenesteapparatet, se begrunnelse i besvarelse fra pkt. 12.

15. Fase 4 Forløpstider - generelle innspill