4. Navn på høringsinstans *

Sykehuset i Vestfold

5. Generelle kommentarer til pasientforløpsbeskrivelsen

Vi mener at et pasientforløp i den formen det er presentert her er feil for pasienter med utmattelsestilstander. Det skyldes at det ikke finnes en etablert konsensus for hva som er etiologien, patofysiologien, tilstrekkelig utredning og rett behandling. Etter vår oppfatning må man forsøke å forankre en mer felles faglig forståelse av tilstandene og behandlingen først. Når det er på plass vil det være hensiktsmessig å organisere driften ut fra denne forståelsesrammen.

Pasientforløpet innebærer mye ressurser på kartlegging av allerede grundig utredede tilstander. Jf. «Primærutredning utføres hovedsakelig av fastlege.» Vi er usikre på hvilken behandlingsmessig effekt dette vil ha og mener vi heller bør komme raskere i gang med behandlingsrettede tiltak.

Totalt sett mener vi pasientforløpet er unødvendig ressurskrevende uten at vi har tilstrekkelig grunnlag for å si at en slik ressursinnsats vil gi vesentlig effekt. Tilbudet bør behovsprøves for hver pasient og utformes individuelt. Vi opplever at dette strider imot overordnede føringer om å arbeide mer effektivt og smartere jf. helsekommisjonen. Dette vil for vår poliklinikk bety betydelig høyere personellinnsats for disse pasientene .

6. Fase 1 Henvisning og start - generelle innspill

7. Aktivitet: Kriterier for inngang i najsonalt pasientforløp

8. Aktivitet: Henvisning

9. Aktivitet: Start nasjonalt pasientforløp

10. Fase 2 Kartlegging og utredning - generelle innspill

Det virker unødvendig omfattende at pasienten må til 4 forskjellige helsepersonell for å få kartlagt dette. Mye kan kartlegges digitalt før oppmøte. Den kliniske vurderingen bør være monofaglig med mulighet til å koble på flere profesjoner ved behov.

11. Aktivitet: Tverrfaglig utredning

12. Aktivitet: Oppsummerende samhandlingskonsultasjon

Samhandlingskonsultasjoner er i seg selv veldig ressurskrevende både for primær- og spesialisthelsetjenesten, (sett i forhold til effekten). God dialog mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten kan ivaretas på andre måter, for eksempel med dialogmeldinger eller annen digital kommunikasjon.

En samhandlingskonsultasjon hvor både fastlege og spesialisthelsetjenesten deltar kan fungere godt hvis helsepersonellet er samstemt i sin forståelse og behandlingstilnærming. Slik er det ikke alltid, og da vil en slik konsultasjon fremstå forvirrende og virke mot sin hensikt. Vi mener derfor at det både er økonomiske/praktiske og medisinske grunner til å være skeptiske til å gjøre denne konsultasjonen obligatorisk.

13. Fase 3 Oppfølging - generelle innspill

14. Aktivitet: Oppfølgende samhandlingskonsultasjon

Som nevnt mener vi at samhandlingsmøter ikke bør være en obligatorisk del av pasientforløpet. Vi er kritiske til å tidfeste et slikt møte langt fram i tid. Det kliniske forløpet vil variere fra pasient til pasient, og da blir det ikke riktig å insinuere at forløpet blir langt. Spesielt mener vi at oppfølgende samhandlingsmøte 2 blir unaturlig dersom pasienten ikke har fått oppfølgingen/behandlingen i utredende poliklinikk.

15. Fase 4 Forløpstider - generelle innspill

Tid fra henvisning mottatt til utredning start 8 kalenderuker:
Dette vil gi denne pasientgruppen høyest prioritert av samtlige pasienter på fysikalsk medisinsk poliklinikk. Selv om rask avklaring av tilstanden alltid er viktig, kan vi ikke se at det er medisinsk grunnlag for å gi denne pasientgruppen høyere prioritet enn andre.