4. Navn på høringsinstans *

ReHabiliteirngsklinikken, Helse Bergen

5. Generelle kommentarer til pasientforløpsbeskrivelsen

Det er viktig med et forløp med tiltak som bygger opp under tidlig diagnostikk/kartlegging, og et helhetlig perspektiv med både somatisk kompetanse og kompetanse innen psykisk helsevern samtidig integrert. Samtidig er det viktig at tverrfagligheten er god nok, uten dobbeltarbeid, god (digital) samhandling og en bærekraftig ressursbruk.
Viktig at primærutredningen gjøres av fastelege.
Digitalisering av tilbud kunne vært mer fremhevet, både i forhold til forsamtaler, gjerne sammen med fastlege, under utredning og i forhold til oppfølgningen.

6. Fase 1 Henvisning og start - generelle innspill

Generelt positivt med god beskrivelse av innhold og prosesser i forbindelse med henvising.

7. Aktivitet: Kriterier for inngang i najsonalt pasientforløp

Forslag til endring:
Følgende pasienter kan henvises:
• Mistanke om CFS/ME der differensialdiagnostiske problemstillinger gjør det vanskelig å stille diagnose
• Pasienter der fastlegen har stilt diagnosen CFS/ME, men der det er behov for en tverrfaglig vurdering og funksjonskartlegging i spesialisthelsetjenesten

8. Aktivitet: Henvisning

Henviser bør begrenses til kun fastlege og vikar som kjenner pasienten. Ikke andre spesialiteter eller andre involverte. Dette for å få best mulig informasjonsflyt, og ikke realistisk at andre henvisere vil kunne klare å være involvert i hele forløpet.

9. Aktivitet: Start nasjonalt pasientforløp

Tverrfaglig inntaksmøte vurderes ikke nødvendig. Kan forsinke forløpet og er mindre bærekraftig ressursmessig, Hvis dette skal være med foreslås heller formulering: «Ved behov kan henvisninger drøftes tverrfaglig» eller vurdering av henvisninger gjøres ut fra en biopsykososial forståelsesmodell.

10. Fase 2 Kartlegging og utredning - generelle innspill

"Tverrfaglig utredning" bør presiseres. Det bør skilles på tverrfaglig diagnostisk utredning eller tverrfaglig vurdering og funksjonsutredning, da dette ved noen behandlingssteder/sykehus skilles mellom de som har ansvar for differensialdiagnostikk, og de som har ansvar for tverrfaglig vurdering og funksjonsutredning. Førstnevnte er gjøres ofte ved en medisinsk eller nevrologisk avdeling, mens sistnevnte gjerne ved en avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering. Noen steder gjør begge deler.

At utredning/kartlegging er gjort ut fra en biopsykososial modell er viktigst. Noen ganger kan det være nok med en fagperson for en god nok kartlegging, andre ganger to eller flere. (Dette er annerledes mtp oppfølgningen, den bør ofte være tverrfaglig).

11. Aktivitet: Tverrfaglig utredning

Det foreslås at «den tverrfaglige utredningen bør starte senest 2 måneder etter mottatt henvisning». Prioriteringsveilederen sier 6 måneder for langvarige tilstander, og det bør derfor endres til 6 måneder.

12. Aktivitet: Oppsummerende samhandlingskonsultasjon

Oppsummering av utredning bør skje med pasienten, og ved behov i samråd med pasienten, være tverrfaglig. Dette bør være behovsstyrt og individuelt tilpasset, og ikke som en mal for alle.

13. Fase 3 Oppfølging - generelle innspill

14. Aktivitet: Oppfølgende samhandlingskonsultasjon

Oppfølgende samhandlingskonsultasjon innen 6 måneder for evaluering av behandling bør være behovsstyrt og i samråd med pasienten, ikke et krav. Formålet er å evaluere, følge opp og evt. justere tiltak som er iverksatt. Det er en utfordring da tiltakene og behandlerne er i kommunen, og spesialisthelsetjenesten ikke kan påvirke dette. Hvis behov for møtet bør det gjerne være tverrfaglig.

15. Fase 4 Forløpstider - generelle innspill

Forløpstidene vurderes for lange. I tilfeller uten konkrete oppfølgingspunkter og pasienten ikke fremmer behov, mener vi at oppfølgningen kan avsluttes uten en tverrfaglig samhandlingskonsultasjon. Pasienten bør heller bli re-henvist. Bør være mer fokus på samhandling med primærhelsetjenesten.