4. Navn på høringsinstans *

Sykehuset Innlandet HF, Avdeling Fysikalsk medisin og rehabilitering

5. Generelle kommentarer til pasientforløpsbeskrivelsen

Det er fint med en forløpsbeskrivelse. Dog er det viktig å huske at helseforetakene har svært marginale fagmiljøer/få fagpersoner som jobber med pasientgruppen. Det er derfor viktig at det ikke legges for stort oppfølgingsansvar å spes.ht. etter gjennomført utredning. Eventuelle oppfølgende samhandlingskonsultasjoner bør være behovsprøvd, ikke for alle.

6. Fase 1 Henvisning og start - generelle innspill

7. Aktivitet: Kriterier for inngang i najsonalt pasientforløp

Kulepunkt tre: Pasienter der fastlegen har stilt diagnosen CFS/ME, men der det er behov for en tverrfaglig
vurdering og funksjonskartlegging i spesialisthelsetjenesten. Når er det "behov for"? Spesifiser eller eksemplifiser?

Barneavdeling bør ha alle opp til 18 år.

8. Aktivitet: Henvisning

Angående "Informasjon/dialog med pasient". Det bør presiseres at dette er fastlegens ansvar og oppgaver.

9. Aktivitet: Start nasjonalt pasientforløp

10. Fase 2 Kartlegging og utredning - generelle innspill

11. Aktivitet: Tverrfaglig utredning

Dette er pasienter som får juridisk frist på om lag 6 måneder som hovedregel. Stiller spørsmål ved om det er hensiktsmessig/nødvendig å sette forløpstid på 2 måneder for start utredning.

For pasienter som er henvist for diagnostisering vil det som regel ta lengre tid enn 1 måned, da det ofte medfører utredning fra flere fagfelt (utelukkelsesdiagnose). I tillegg har pasientene begrenset kapasitet, noe som begrenser fremdrift.

Lege og psykolog er påkrevd. Andre faggrupper som fysio, sykepleier, ergot., KEF og sosionom ved behov.

Angående "Utredningen bør inkludere":
Punktene har stor overlapp mot det fastlegen skal gjøre før henvisning til spesialisthelsetjenesten. Her bør det fremkomme tydeligere hva som skal være bidraget fra spesialisthelsetjenesten for å gi merverdi ut over det fastlegen har gjort. Unngå dobbeltarbeid.
Kulepunkt "funksjon": Her er det nevnt ett spesifikt skjema. Men mange av punktene kan diverse skjema være relevante for. Skrive mer generelt?

12. Aktivitet: Oppsummerende samhandlingskonsultasjon

Angående "Plan for oppfølging og behandling bør inneholde", eksempler på tiltak:
Frisklivssentral bør nevnes spesifikt.
Hva menes med henvisning til fysikalsk medisinsk poliklinikk? Når er det aktuelt for denne pasientgruppen? Det er ikke et tiltak, men en enhet.
Hvorfor henvisning til videre psyk. vurdering? Burde vært behandling? Eller er det tenkt utredning av psykisk helse som ikke er naturlig del av tverrfaglig vurdering?

Hvorfor er det bare satt krav til oppstartstid for LMS-kurs og rehabiliteringsopphold, og ikke de andre tiltakene? Og er det ment 6 måneder fra oppsummerende samhandlingskonsultasjon?

13. Fase 3 Oppfølging - generelle innspill

14. Aktivitet: Oppfølgende samhandlingskonsultasjon

Behovsprøvd eller for alle? Ser ikke at dette er hensiktsmessig for pasienter som etter utredning skal følges opp i kommunale tjenester og fastlege, og ikke ha videre spes.ht. Bør avgrenses til pasienter som har tilbud i spes.ht.

Må gjøres tydelig at det er fastlegen som har oppfølgings-/koordineringsansvaret for pasientene frem til eventuell oppfølgende samhandlingskonsultasjon. Fastlegen har ansvar for å henvise etc.

Ang. krav om oppfølgende konsultasjon. Se over, LMS/rehab skal starte innen seks måneder etter oppsummerende konsultasjon? Oppfølgingskonsultasjon vil da potensielt være samtidig med oppstart LMS/rehab.

15. Fase 4 Forløpstider - generelle innspill