4. Navn på høringsinstans *

Helse Stavanger HF, infeksjonsseksjonen

5. Generelle kommentarer til pasientforløpsbeskrivelsen

6. Fase 1 Henvisning og start - generelle innspill

Kun fastlege bør få henvise til spesialist, ikke andre aktører.
Alltid vurdering fra DPS som ledd i utredningen. I utgangspunktet bør diagnosen stilles i primærhelsetjenesten, kun helt unntaksvis bruke sykehus mtp diagnostiseringsbiten.

7. Aktivitet: Kriterier for inngang i najsonalt pasientforløp

8. Aktivitet: Henvisning

Hvis det foreligger andre diagnoser som virker ekskluderende for en ME diagnose i henhold til Canada-kriteriene kan henvisningen avvises. Likeledes kan henvisningen avvises hvis totalbildet som beskrives ikke passer med ME.

9. Aktivitet: Start nasjonalt pasientforløp

10. Fase 2 Kartlegging og utredning - generelle innspill

For kort tid med konsultasjon 2 måneder etter mottatt henvisning. Bør opprettholde dagens praksis med 6 måneder for å gi rom for DPS vurdering i forkant. NB: Fastlege må kunne henvise direkte til DPS.

11. Aktivitet: Tverrfaglig utredning

For ambisiøst og uhensiktsmessig bruk av ressurser. Det er tilstrekkelig med en vurdering av fastlege + DPS. Relevant sykehusspesialitet trekkes kun inn for differensialdiagnostiske overveielser ved begrunnet tvil om diagnosen.

12. Aktivitet: Oppsummerende samhandlingskonsultasjon

Ikke nødvendig for sykehuslegen, men viktig i primærhelsetjenesten. Hvis vi på sykehuset skal bidra med differensialdiagnostiske overveielser er det tilstrekkelig med en konsultasjon med gjennomgang av status og prøvesvar.

13. Fase 3 Oppfølging - generelle innspill

14. Aktivitet: Oppfølgende samhandlingskonsultasjon

15. Fase 4 Forløpstider - generelle innspill