

Questback for kartlegging av tilbud til CFS/ME pasienter

Sendes alle helseforetak: Både barne- og voksenmedisin.

Aldersgrense mtp hvem som utredes på Barneavdelingen og hvem som går til voksenavdelingen:

1. Aksepterer dere henvisinger på diagnostisk utredning av pasienten med langvarig utmattelse?

JA	NEI*

*Hvis nei, hopp til spørsmål 4

2. Gir dere dem rett til helsehjelp?

JA	NEI

3. Hvis ja på spørsmål 1, inngår CFS/ME pasienter i dette tilbudet?

JA	NEI

4. Har CFS/ME pasienter et eget tilbud**

JA	NEI

** Type tilbud vil bli spesifisert nærmere under.

5. Hvilke sykehus og avdeling(er) gjør en diagnostisk utredning av CFS/ME

--

Type Utredning:

6. A Utelukkelse av andre årsaker til symptomene uten og sette CFS/ME diagnosen***

JA	NEI

ELLER***:

6. B Utelukkelse av andre årsaker til symptomene og setter CFS/ME diagnosen*.**

JA	NEI

Hva slags utredning gjøres?

7. Hvordan utføres utredningen?

Poliklinisk:	
Ambulant team:	
Sengepost:	
Annet, vennligst spesifiser:	

8. Følger dere den nasjonale veilederen for CFS/ME når det gjelder utredningen?

JA	NEI

9. Har dere laget egen lokal veileder?

JA	NEI

10. Hvilke(n) diagnosekriterie(r) brukes i utredningen?

Fukuda 1994	
Canada Kriteriene 2003	
Internasjonale Konsensuskriteriene 2011	
SEID/IOM 2015	
Pediatriiske Kriterier (Jason 2006)	
Andre, Spesifiser:	

11. Hvilke faggrupper er involvert i utredningen?

Merknad [IBH1]: Her bør det settes inn lege også; evt type spesialist

Fysioterapeut:	
Psykolog:	
Psykiater:	
Sykepleier:	
Ergoterapeut:	
Ernæringsfysiolog:	
Sosionom:	
Andre, spesifiser:	

Tilbud om behandling/oppfølging

12. Har dere eget oppfølgingstilbud til pasientgruppen?

JA****	NEI

12 A** - Hvis ja:**

Poliklinisk oppfølging:	
Medikamentell behandling, hvilken type?	
Gradert trening/aktivitetsavpasning	
Kognitiv atferdsterapi	
Annen psykoterapi	
Tverrfaglig/poliklinisk rehabiliteringstilbud dagtilbud	
Tverrfaglig/poliklinisk rehabiliteringstilbud døgntilbud	
Kunnskapsoverføring til primærhelsetjenesten rundt den enkelte pasient	
Oppfølging av kommunal tjeneste, spesifiser	Hva mener vi her?
Rådgivning til primærhelsetjenesten	
Mestringskurs	
Kurs for pårørende	
Annet (Som for eksempel Fysioterapi, Yoga, ChiGong	

13. Er det flere steder det gis oppfølgingstilbud til CFS/ME pasienter i deres helseforetak?

LMS Kurs – hvor?	
Oppfølging eks LMS kurs – Hvor?	
Annet:	

14. Har dere kjennskap til Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME?

JA	NEI

15. Har dere behov for tjenester fra Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME

JA*****	NEI

15. A*** Hvis ja: Spesifiser:**

--

16. Hva mener dere nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME bør fokusere på fremover?

--

17. Andre opplysninger/Kommentarer?

--

Skjemaet er fylt ut av

Navn:

Stilling:

Avdeling:

Kontaktperson:

Ved spørsmål.

XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Mail:

Telefon: