Høringsinstans	Regionalt PKO-leder nettverk HSØ-RHF, Enhet for Samhandling og brukermedvirkning, HSØ-RHF
Generelle kommentarer	Fagplanen er strukturert oppbygget med godt definerte mål og anbefalinger for tjenesteutviklingen innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering. Utvalgte prioriterte satsingsområder gir et godt grunnlag for fremtidig utvikling av fagfeltet. Fagplanen inneholder mange gode intensjoner. Om disse kan oppfylles vil være helt avhengig av ressursene som medfølger i forhold til utvikling av kompetanse og tjenestetilbud. Det er ikke tvil om at kompetansen må styrkes. Det vil bli svært viktig med samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for å få det til å fungere. En klar rolle og ansvarsfordeling må tydeliggjøres.
Kapittel 1	Etablering av innspills grupper for hvert satsningsområde med bred deltakelse fra helseforetak, private avtaleparter, kommune, PKO, NAV og brukere ansees som en god prosess. Kort innspillsrunde om satsingsområdene i henholdsvis kommunehelsetjenesten og i Regionalt PKO-ledernettverk HSØ-RHF var et positivt tiltak. Fremskriving av behov og kapasitet må være realistisk, der medisinskfaglige faktabaserte vurderinger må vektlegges fremfor økonomi.
Kapittel 2	Variasjon i tilbud og kompetanse i så vel spesialisthelsetjeneste og kommune/bydel er en betydelig utfordring. Likeledes variasjon i henvisningspraksis og rettighetsvurdering. Det er viktig at medisinsk faglige faktabaserte vurderinger legges til grunn. Dette betinger økt innsats på forskning og fagutvikling.
Kapittel 3	Her er vi spesielt bekymret for stor variasjon både hva gjelder tilbud, kompetanse og praksis rundt rettighetsvurdering i spesialisthelsetjenesten. Vi har blitt klar over at enkelte sykehus har etablert en praksis der pasienter allerede ved innleggelse blir orientert om at sykehuset ikke henviser noen pasienter til tverrfaglig spesialisert behandling. Dersom pasienten mener at det er behov for slik oppfølgende behandling, får de beskjed om å kontakte fastlegen som i sin tur må søke RKE. Det foreligger altså ingen individuell medisinsk faglig vurdering bak et slikt avslag. Dette er helt uakseptabelt både fra et brukerperspektiv og et fastlege perspektiv. Vi stiller et spørsmålstegn ved om en slik praksis ligger innenfor rammene av lovverket.
Kapittel 3.2	Fagplanen definerer ulike pasientgrupper med udekket behov. For å utvikle tilbudene til disse pasientgruppene, kreves god samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste og planer for dette må utarbeides i et likeverdig samarbeid. Pasient- og pårørende opplæring bør utvikles bedre i kommunene. Postviralt tretthetssyndrom / fatigue krever ytterligere forskning og tverrfaglig tilnærming som sannsynligvis best vil kunne ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder kompleks sammensatte lidelser der ofte et element av kognitiv svikt inngår. Kompetanseoverføring til kommunene blir viktig etter et innledende vurderingsopphold, som bør strekke seg over 1-3 uker.

Kapittel 3.3	Kapittelet er godt beskrevet i fagplanen. En prioritert pasientgruppe ikke minst med tanke på helsegevinst i et langt livsløp.
Kapittel 4	Det er viktig at Fagplanen harmoniserer med planene kommunene selv har, og at pasientene ikke blir skadelidende. Tilbud må ikke bygges ned i spesialisthelsetjenesten før tilsvarende tilbud er bygget opp i kommunen/bydelene. I så fall må det også følge midler med.
Kapittel 5.1	Vi støtter absolutt at igangsetting med rehabilitering i tidlig fase er viktig og nyttig. Et tverrfaglig kartleggingsopphold i spesialisthelsetjenesten kan gjennomføres både i sykehus og hos private avtaleparter, og vil synliggjøre videre rehabiliteringsbehov som i stor grad forventes ivaretatt i kommune/bydel. Strammere budsjetter i helseforetakene og manglende tilgang på spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og andre yrkesgrupper er utfordrende. Kartlegging og planlegging av videre rehabiliteringsforløp må prioriteres i tidlig fase av et sykdomsforløp og vil best kunne ivaretas av et tverrfaglig vurderingsopphold i spesialisthelsetjenesten.
Kapittel 5.2	Et helhetlig og sammenhengende pasientforløp betinger god kommunikasjon og samhandling. Kommunen/bydel skal i stadig større grad overta ansvaret for rehabilitering av flere og større pasientgrupper. En slik overføring av behandlingsansvar kan ikke realiseres før nødvendige ressurser og kompetanse er bygget opp i primærhelsetjenesten. En klar ansvarsfordeling når det gjelder de ulike fasene i rehabiliteringen må klargjøres. Dette må være basert på realistiske forutsetninger i forhold til økonomi, personell og kompetanse.
Kapittel 5.3	Med økende alder er dette en voksende pasientgruppe med mye tap av arbeidskapasitet, livskvalitet og store samfunnskostnader. Andre medisinske tilstander hos pasienten vil ofte komplisere sykdomsbildet med tilhørende innvirkning på rehabiliteringsbehovet. Et tverrfaglig vurderingsopphold i spesialisthelsetjenesten vil sikre at pasienten "kommer riktig ut av hoppet." Det er viktig å ha et realistisk syn på varigheten av et slikt opphold, da komplekse tilstander med tilhørende behov kan kreve noe tid å få oversikt over. Oppfølgende døgnopphold med tverrfaglig spesialisert tilnærming kan for enkelte pasientgrupper være hensiktsmessig. Det viktige her er å skape et godt utgangspunkt for videre konservative tiltak og rehabilitering i kommunene.
Kapittel 5.4	Mål som er satt i høringsutkastet er blant annet at helseforetakene/private avtalepartnere har rutine for at funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning kartlegges for alle pasienter i arbeidsfør alder. Dette er et viktig mål! Det er også viktig med fokus på sammenheng mellom psykisk helse og redusert fysisk funksjon. Man må sørge for at kommune/bydel gir et godt nok tilbud til de som faller utenfor arbeidslivet. NAV kobles ofte på for sent i pasientforløpet. Det burde være bedre samarbeid/koordinering mellom NAV, arbeid og helse i forhold til

	tidlig arbeidsrettet rehabilitering. Dette gjelder ikke minst pasient kategorien som omtales i kapittel 5.3.
Kapittel 5.5	Manglende rekruttering av legespesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering representerer en betydelig utfordring i forhold til hvor realistisk det er å få gjennomført intensjonene som fremkommer i fagplanen. Dette gjelder både på sykehus og i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Tverrfaglig tilnærming betinger også tilgang på andre yrkesgrupper / kompetanse. Økt satsing på habilitering og rehabilitering er tiltak som vil kunne gi mindre behov for fremtidige pleie- og omsorgstjenester, og dermed redusere behovet for personell totalt sett i et lenger tidsperspektiv.
Kapittel 5.6	Det er viktig med kunnskapsbaserte behandlingsforløp innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Dokumentasjon av behandlingseffekt vil kunne fremskaffes ved økt innsats på forskning. Forskningen må drives på tvers av helsenivåene og ikke være styrt av hvilket forvaltningsnivå som skal bære kostnadene.
Kapittel 6	Det er viktig at Fagplanen harmoniserer med planene kommunene selv har, og at pasientene ikke blir skadelidende. Tilbud må ikke bygges ned i spesialisthelsetjenesten før tilsvarende tilbud er bygget opp i kommunen/bydelene. Dette betinger en prioritert overføring av økonomi, personell og kompetanse til kommunal helsesektor.
Satsningsområde: Inneliggende rehabilitering i tidlig fase	
Satsningsområde: Helhetlige og sammenhengende pasientforløp	Rangering 1
Satsningsområde: Muskel og skjelettplager og langvarige smertetilstander	
Satsningsområde: Arbeid og utdanning i rehabilitering	
Satsningsområde: Kompetanse, rekruttering og utdanning	Rangering 2
Satsningsområde: Forskning og fagutvikling	Rangering 3

Prioritert Kommentar	Samtlige satsningsområder er viktige. I helhetlige og sammenhengende pasientforløp inngår også økt satsning på inneliggende rehabilitering i tidlig fase. Økt satsning på rehabilitering av pasienter med muskel og skjelettplager og langvarige smertetilstander avkrever videre fagutvikling og tilstrekkelig tilgjengelig kompetanse/personell.