Høringsinstans	Sunnaas sykehus (med alle underliggerende enheter)
Generelle kommentarer	Det er blitt en bra fagplan for området fysikalsk medisin og rehabilitering, og hovedtrekkene i satsingene vil Sunnaas sykehus gjerne støtte. Vil som en forsterkning komme med noen kommentarer. Savner ett kulepunkt som beskriver at fagplanen skal bidra til kontinuerlig forbedring i klinisk virksomhet der analyser av resultater og tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og andre interessenter benyttes for å forbedre tjenester og faget. Til å være en fagplan har den mange organisatoriske tiltak, og færre mer tydelige faglige føringer. Generelt oppfordrer Sunnaas sykehus at RHFet aktivt bruker sitt rehabiliteringsforetak der rehabilitering er sentralt, og gir tydelige krav til helseforetakene innen fagområde.
Kapittel 1	Foreslår at mandatet/ grunnlaget/ hensikten og hvem som har deltatt kunne kommet tydeligere fram innledningsvis.
Kapittel 2	Forslag om tydeliggjøre skille mellom habilitering og rehabilitering hvor teksten side 10 første avsnitt. I siste setning ……mens ervervede tilstander har behov for habilitering……Her må «ervervede» byttes ut med ordet «medfødte». Modellen med fasene er vel kjent, men den er mer statisk enn virkeligheten. Det er mange kontakter mellom den ny-skadde pasienten på akuttsykehuset før pasienten kommer til Sunnaas sykehuset. Dialogen og tilsyn med traumepasientene starter dag 2 etter en alvorlig hendelse.
Kapittel 3	Det bør nevnes at Helse Sør-Øst har et eget helseforetak, Sunnaas sykehus HF, som tilbyr høyspesialisert rehabilitering i fase 3 og 5. Dette er unikt i Norge. 3.1.1 Tallene fra Samdata er krevende som kilde innen rehabilitering. Kodingen av primær og sekundær rehabilitering, gjenspeiler organisatoriske forskjeller. Ex får ryggmargskade pasienter som kommer til Sunnaas sykehus en annen kode enn det pasienter får for samme rehabiliteringstilbud på St. Olav hospital, der tilbudet gis innenfor samme helseforetak. Viktig å se at tallene om «indikasjoner på uønsket variasjon», og ikke som fakta. Videre er det behov for at under og overforbruk skiller mellom hvilke pasientgrupper man omtaler, og ikke rehabilitering generelt.
Kapittel 3.2	Tilbud om kognitiv rehabilitering for moderat hjerneskade er ulikt i de ulike helseforetakene i regionen, samt i hele landet. Det er lange ventelister på eksisterende rehabiliteringstilbud, noe som etterspørres fra både pasienter og pårørende. Det er også jevnlig pågang fra fagpersoner med behov for å øke kompetanse innen feltet. Behov for tilbud til pasienter med behov for samtidig rehabilitering og behandling av alvorlig psykisk lidelse/ruslidelse støttes. Bør det etableres et system for oppfølging av fysisk rehabiliteringsbehov under innleggelse psykiatrisk avdeling. Evalueringskriteriene nå være målbare, ikke som økt poliklinikk og oppfølging av multitraume pasienter, rus/psykiatri
Kapittel 3.3	TRS for sjeldne diagnoser ønsker at planen ivaretar også barn/unge med sjeldne diagnoser som har behov for rehabilitering, da de fortsatt opplever store utfordringer med å få barna inn i et rehabiliteringsforløp etter større operasjoner. Når det skal igangsettes et regionalt arbeid for å utarbeidet faglige anbefalinger, anbefales det å i større grad inkludere lokalmiljøet til barnet og familien.

Kapittel 4	De overordnede føringene som beskrives er i stor grad organisatoriske føringer. Det er ønskelig at Fagplanen i større grad har i seg faglige prioriteringer, eksempel kan være felles metode bruk, kartleggingsverktøy, intervensjoner etc. Angående 1. Uønsket variasjon. Sunnaas sykehus ser at mangel på tilbud til pasienter med behov for kognitiv rehabilitering, gir en tilfeldighet i hvem som får rehabilitering for sin kognitive svikt. Angående 5. Arenafleksibilitet-Nye måter å jobbe på. Det er vesentlig at nye arbeidsmåter følges med økonomiske insentiver som dekker de reel kostnadene.
Kapittel 5.1	Sunnaas sykehus støtter denne omleggingen fagplanen beskriver at rehabilitering starter samtidig med medisinsk behandling. Vesentlig å få gode nytte-beskrivelser av dette tiltaket, da etablering av egne senger til tidlig rehabilitering, innebærer ofte at noen må redusere sine sengeplasser.
Kapittel 5.2	Dette satsningsområdet omfatter i prinsippet områdene tidlig rehabilitering, muskel/skjelett og arbeid/helse. Generiske forløp er viktig, og videre arbeidet må definere indikatorer for samhandling. Ang mål 2 pkt 2 1. -rehabilitering kommer på dagsorden i Helsefellesskapene. Sunnaas sykehus som har pasienter fra ca 250 kommuner og ikke partner i noe Helsefelleskap, vil gjerne bidra i dette. Ang mål 3 pkt 2. RHFet bør være tydelig bestiller av tverrspesialiserte poliklinikker. Vesentlig at evaluering av RKE skjer før man gjør endringer i dagens ordning. Det tar tid å innarbeide ny forvaltningspraksis. Hvis endringer prøves ut, må hensikt og målbare tiltak, være tydlig. Sunnaas sykehus og RKE vil legge til rette for en god evaluering.
Kapittel 5.3	Den store utfordringen er som Fagplanen beskriver at Helse Sør-Øst RHF i liten grad har anskaffet utredning/kartlegging til pasientgruppen. RKE avslår i alt ca 50% av alle henviste innen denne ytelsen. Ca 90% av de som får rett av RKE får rett til kartlegging/ vurdering. RKE endret praksis som følge av konsernrevisjonens anbefalinger i 2019. Et tiltak i fagplanen bør være å endre avtaler og peke på at Helsefelleskapene kan være et nyttig fora for å endre til tilbud som kan hjelpe pasienten over tid. Det må samtidig presiseres at det er mange med alvorlig skade/sykdom som har smerter som konsekvens av skaden. Igjen er det nyttig å gjøre en tydeligere beskrivelse av pasientgruppen.
Kapittel 5.4	Helsegevinsten med å være i arbeid er godt dokumentert. Samarbeidet med NAV har mange utfordringer, Sunnaas sykehus vil gjerne delta i arbeidet med å utvikle tjenestemodeller som samtidige tjenester fra NAV og spesialisthelsetjenesten. Det vises her til Strategi 2021 – Strategi for fagfeltet arbeid og helse.pdf (helsedirektoratet.no)

Kapittel 5.5	Sunnaas sykehus ser det som avgjørende at det er tilstrekkelig kapasitet til å utdanne leger i spesialiteten Fysikalsk medisin og rehabilitering. Støtter fagplanen i «det må sikre forutsigbare utdanningsløp for LIS fra mindre institusjoner.» Dette kapitelet henviser til flere av de regionale delstrategiene, og Sunnaas sykehus foreslår at helsekompetanse og pasient- og pårørende opplæring tas med under Mål 3. Økt kompetanse hos rehabiliteringspasienten er helt avgjørende for å forebygge komplikasjoner. At RHFet vil arbeid med regionale kompetanseplaner for feltet kan være nyttig verktøy for å øke kompetanse i hele tjenesten. Sunnaas sykehus bidrar gjerne i dette arbeidet.
Kapittel 5.6	KPMGs evaluering (2020) understreket behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget. Slik kapittelet er skrevet, omtales et forskningssvakt fagområde uten det arbeidsgruppen beskrev som utfordringene for forskning på dette området. Foreslås tatt inn igjen. Finansiering og behov for øremerkede midler til rehabiliteringsforskning som målrettet virkemelddel for å øke forskning slik RHFet tidligere har gjort for psykisk helse, bør inn i planen. Sunnaas sykehus kunne ta en regional rolle slik arbeidsgruppen foreslo. Videre etterlyses det større satsning på randomiserte, kontrollerte studier, forskningsbasert innovasjon og registerforskning innenfor dette feltet.
Kapittel 6	Vesentlig å få en god gjennomføringsplan med gode og målbare resultatkrav.
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 3
Satsningsområde: Forskning og fagutvikling	Rangering 2
Prioritert Kommentar	Sunnaas sykehus mener at et helhetlig og sammenhengende pasientforløp er det viktigste ut ifra et pasientperspektiv uavhengig av årsaken til behovet for spesialisert rehabilitering, samt at dette understøtter god kvalitet og ressursbruk i tjenesten. For å oppnå dette trenger vi forskning og fagutvikling for å sikre at de riktige tilbudene og de riktige pasientene blir prioritert, og at tjenestene er av høy kvalitet. Videre trenger vi tilstrekkelig med personell med riktig kompetanse for å utføre rehabiliteringstjenester av høy kvalitet.