Høringsinstans	Fredrikstad Kommune etat Friskliv og mestring
Generelle kommentarer	Fagplanen viser retning og rammer for fremtidige prioriteringer for helseforetakene og private ideelle sykehus med driftsavtale. Det er dog en svakhet at planen for regionen fremst er forankret og kun gjeldende for helseforetakene og ikke helsefellesskapet som en helhet. Vi tror allikevel at helseforetakets regionale fagplanen skal bidra til å redusere uønsket variasjon og få etablert en klar ansvars- og forventningsavklaring mellom spesialisttjeneste, private aktører med avtale og kommunen. Vi vil særlig trekke frem satsningene innenfor arbeid og utdanning som viktige for den enkelte og ressursutløsende for samfunnet. Det savnes avklaring av Sunnaas RKR rolle kontra Kalnes som tiltenkt rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt.
Kapittel 1	
Kapittel 2	Figur 1. s 10 gir en visualisering av nivåene men beskriver i liten grad innslag, innhold og ønsket dimensjonering av tjenestene. Vi foreslår å benytte fremstillings modell for rehabilitering som benyttes i andre Helseområder (her et eksempel fra Helse Nord). Denne forklaringsmodellen er benyttet i mange offentlige planverk, føringer og organisasjoner og er godt kjent i de fleste kommuner. Helse Nord har supplert modellen med nødvendig differensiering av spesialisert rehabilitering som vi mener er god. https://www.helse-nord.no/499f5f/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/rapporter-og-dokumenter/rehabilitering-i-nord-norge---endelig-prosjektrapport.pdf
Kapittel 3	Variasjon og hvordan helseforetakene utfordrer. Rehabiliteringsfeltet bør styrkes med kompetanse innen psykisk helse. Deltagelsesperspektivet utløser individets ressurser og bør introduseres allerede tidlig i spesialisthelse og følger bruker ut. Fravær av ambulant rehabiliteringsaktivitet er ugunstig. Mangel av rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt i Kalnes utfordrer. Helsefaggrupper utdannet innenfor rehabilitering som ergoterapi og fysioterapi er mangelvare. Få terapeutressurser på sykehuset og i kommunen bidrar også til en allerede presset kompetansesituasjon. Mer nyansert beskrivelse av rekruterings/kompetanse utfordringen og da se hele rehab tjenesten mer over ett som en ende til ende tjeneste. Finansordning bør konkretiseres.
Kapittel 3.2	Kommunen kan tilby mer til kreft overlevere som skal komme tilbake til hverdagen og sine viktige aktiviteter og delta i samfunnet. Vi opplever i for liten grad at brukere blir henvist tilbake til kommunen. Det stilles spørsmål om denne gruppen får tilbud om nødvendig rehabilitering og da særlig knyttet til hvordan mestre hverdagen og de viktige aktivitetene. Får denne gruppa tilbud et annet sted i helsefellesskapet? Det etterlyses et tettere samarbeid. Fredrikstad har kapasitet og kompetanse om fatigue, manglende kapasitet og aktivitetsdeprivasjon som er vanlige symptomer for denne brukergruppa. Helsetjenestene i kommunen opplever å komme for sent inn i forhold til denne gruppa.

Kapittel 3.3	Kommunen støtter fagrådets anbefaling om å utarbeide regionale anbefalinger for rehabilitering barn og unge og at det sees opp mot grenseganger og synergier mot habilitering. I dette arbeidet må kommunene kobles på tidlig. Mer av det rehabiliteringen skjer i barnets hjem, barnehage og skole enn mer tradisjonelt rehabiliteringsforløp for voksne. Dette bør hensyntas ved tjenesteutvikling av dette fagområdet. Kommunene har for eksempel i liten eller ingen grad egne rehabiliteringssenger fro barn og unge. Dessuten er fagområdene mer splittet i kommunen for barn og unge og ergo og fysioterapi ressursene enda mindre enn for voksne.
Kapittel 4	Beskrivelse og forslag støttes. Tillegg: Uønsket variasjon mellom kommunene bør vurderes inn. Brukers mål, ressurser bør avklares tidlig og følge bruker. Digital helse kompetanse - mange helsetilbud har digitale plattformer. Prehab bør avklares nærmere - kan kreve ressurser av kommunen vi ikke har. Digital utvikling støttes men det må sees på samordning av løsning på tvers av helsesamarbeidet. Offentlig anskaffelse bør gjøres/planlegges av helsefellesskapet og ikke av helseforetaket alene. Rehab er ressursutløsende og viktig i individ – samfunnsperspektiv. Avgjørende at rehab blir en integrert del av alle pasientløp og brukers mål/ressurser fremmes før kompenserende bistand gis.
Kapittel 5.1	Helseforetaket tilbyr ikke egne rehabiliteringssenger i akuttsykehuset. Dersom mål 1 (Tidlig tverrfaglig rehabilitering skal starte…) skal nås, må sykehuset ha rehabfaglig tyngde og ha tilstrekkelig tilgang til rehabiliteringspersonell som er utdannet innen rehabilitering som ergoterapeut, fysioterapeut m.f. og dessuten sørge for at andre faggrupper som bør inngå i det tverrfaglige arbeidet innehar nødvendig rehabiliterings kompetanse. Etablering av et rehab faglig tyngdepunkt i akuttdelen av organisasjonen, samt at det skal utarbeides en sjekkliste for riktig rehab kompetanse til riktig tid i tidlig fase er nødvendig. Kommunen forventer at spesialisthelse har mer spesialisert og bredere kompetanse på rehabilitering enn kommunen.
Kapittel 5.2	Rehabtilbudet er lite kjent. Spesialisth. oppleves å være lite tilgjenging for diskusjon og bistand. Fragmenterte tjenester utfordrer og outsourcing med mange aktører gjør overganger og samordning vanskeligere enn nødvendig. Mangelen av samordnede kriterier for rehabilitering ved kommunal/privat/ ved sykehus eller høy- spesialiserte sykehus som Sunnaas, få avklarte strategiske føringer og mangel av felles utvikling utfordrer oss i forhold til helhetlige og sammenhengende rehabtjenester. Vi støtter derfor målet om å skape likeverdige tjenester i hele landet på tvers helsefellesskap. Det foreslås at et av evalueringskriteriene bør omhandle helsefellesskapene der kommunene inngår som en del av helhetlige og sammenhengende pasientløp.
Kapittel 5.3	Ut over målene og tiltakene som listes opp ønsker vi i tillegg fokus på manglende ivaretagelse av psykisk helseutfordringer etter somatiske tilstander/hendelser som listes opp her. En generell betraktning er utfordring med en felles oversikt over tilbud til

	denne gruppen på tvers av forvaltingsnivåene gjøres kjent for bl.a. fastleger ol.
Kapittel 5.4	Kommunens rehabiliteringstjenester erfarer at tett samarbeid mellom rehabiliteringsfeltet og Nav som aktør med rehabilitering som arbeidsmetodikk, bidrar til at flere igjen deltar i utdanning eller arbeid. Oppramsende tiltak støttes.
Kapittel 5.5	Rehabilitering har tverrfaglig fokus der faglig bredde og kompetanse om rehab er det viktigste. Få terapiressurser, manglede bredde av faggrupper og manglende generell rehabkompetanse. Ekspertutvalget påpeker store utfordringer med å rekruttere små yrkesgrupper med rehabiliteringskompetanse som ergoterapeuter og fysioterapeuter. Evalueringen av opptrappingsplan for Hab-rehab kap. 4.2 Kompetanse og kapasitet i spesialisth. – påpeker at antallet årsverk ergoterapeuter og fysioterapeuter (faggrupper med rehabkompetanse) nærmest er uendret de siste 10 år. Gjennom RETHOS (Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene) utviklingsarbeidet er det utviklet nasjonale retningslinjer innen helse- og sosialfag som evalueres i 2023.
Kapittel 5.6	Forsking og utvikling bør strekkes til å gjelde partene i helsesamarbeidet og ikke kun helseforetakene i størst mulig grad. Det etterspørres også hvilken rolle RKR (Sunnaas) har her.
Kapittel 6	Kommunen ser det som svært positivt at rehabilitering blir et satsingsområde og at kommunen inkluderes i dette arbeidet.
Satsningsområde: Inneliggende rehabilitering i tidlig fase	Rangering 2
Satsningsområde: Helhetlige og sammenhengende pasientforløp	Rangering 1
Satsningsområde: Muskel og skjelettplager og langvarige smertetilstander	
Satsningsområde: Arbeid og utdanning i rehabilitering	Rangering 3
Satsningsområde: Kompetanse, rekruttering og utdanning	
Satsningsområde: Forskning og fagutvikling	
Prioritert Kommentar	