Høringsinstans	Sørlandet sykehus, Klinikk Somatikk, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Generelle kommentarer	God og gjennomarbeidet plan. Den brede involveringen i arbeidet med planen sikrer et eierforhold til mål og tiltak og bidra til at planen er lettere å implementere/gjennomføre.
Kapittel 1	Kapittelet beskriver oppdraget og prosessen på en oversiktlig måte.
Kapittel 2	God beskrivelse av fagfeltet. Er usikker på om kommunehelsetjenesten har felles forståelse av modellen "Nivåer innen rehabilitering." Mye av rehabiliteringsarbeidet i kommunene er også utredning og behandling og ikke "Friskliv". LMS foregår også innen flere nivåer både i kommune- og i spesialisthelsetjenesten.
Kapittel 3	God beskrivelse av status. Avgjørende å ha bred og oppdatert status for å få felles forståelse av utfordringene; variasjoner, organisering og kapasitet når planen skal "peke retning" og beslutningstakere skal bidra til likeverdige tjenester.
Kapittel 3.2	Ingen kommentar
Kapittel 3.3	Ingen kommentar
Kapittel 4	Ingen kommentar
Kapittel 5.1	Rapporten er presentert for ledergruppen i Klinikk Somatikk SSK. SSHF ser behovet for å iverksette plan for implementering av tidlig rehabilitering ved sykehusene for å få rehabiliteringskompetanse i akuttpostene og for å sikre optimalt forløp og forutsigbarhet for pasienter, pårørende og ansatte. Utfordringen er å prioritere av ressurser til dette, og SSHF ber om at HSØ vurderer dette når OBD utarbeides. Sykehuset imøteser felles standardiserte kartleggingsverktøy som skal benyttes for vurdering av rehabiliteringsbehov. Dette kan bidra til å redusere uønsket variasjon av tilbud. Sykehuset støtter også at finansieringssystemet i større grad gjenspeiler pasientpopulasjonen ressursinnsatsen
Kapittel 5.2	SSHF støtter utarbeiding av generiske pasientforløp, både ved oppstart i akuttfasen og for elektive pasienter. Dette for å redusere uønsket variasjon og for å sikre forutsigbarhet. SSHF er også enig i at "Helsefellesskapene" må ha en viktig rolle for å sette rehabilitering på dagsorden, for felles planer, samarbeid og organisering.
Kapittel 5.3	Introduksjonen nevner pasientforløpet for pasienter med langvarige og sammensatte smertetilstander. Dette "Pasientforløpet" kommer ikke til å omtale Fysikalsk medisin og rehabilitering i det hele tatt. Det beskriver et forløp i Smertepoliklinikkene, og har egentlig ikke involvert andre enn smertemiljøet. Det blir publisert ila de neste ukene og da bør noen se på innholdet før denne teksten ferdigstilles. Mål 3 punkt 1. Hva menes med utarbeide kriterier for samarbeid på tvers av fagområder? Dette punktet er ikke kjent for arbeidsgruppen og bør konkretiseres.

Kapittel 5.4	I introduksjonen beskrives utfordring mtp uforløst potensial i å aktivere kommunale tjenester. Det kan med fordel følges opp konkret i målene. F.eks legge til et siste mål: Mål 3 pkt 3: Spesialisthelsetjenesten bør bidra med kunnskapsutveksling ved opprettelse av lavterskeltilbud på "arbeid- og helsefeltet" i kommunene.
Kapittel 5.5	Støttes.
Kapittel 5.6	Støttes
Kapittel 6	Viktig å utarbeide en plan for gjennomføring og oppfølging og foreslåtte modell støttes. Burde det ikke beskrives hvem som skal prioritere tiltakene og følge opp de årlige handlingsplanene?
Satsningsområde: Inneliggende rehabilitering i tidlig fase	Rangering 1
Satsningsområde: Helhetlige og sammenhengende pasientforløp	
Satsningsområde: Muskel og skjelettplager og langvarige smertetilstander	Rangering 2
Satsningsområde: Arbeid og utdanning i rehabilitering	
Satsningsområde: Kompetanse, rekruttering og utdanning	
Satsningsområde: Forskning og fagutvikling	Rangering 3
Prioritert Kommentar	Prioritet 1, Inneliggende rehabilitering i tidlig fase er gjort med utgangspunkt i egne utfordringer. SSHF har behov for å igangsette arbeidet med "Tidlig rehabilitering" for å optimalisere forløpet. Muskel og skjelettplager og langvarige smertetilstander er 2 prioritet fordi det vil være klokt å trekke opp grensegangen mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og bruk av private institusjoner. Her er det store variasjoner mtp forbruk, diagnostisering og oppfølging. Prioritet 3, forskning og fagutvikling. Kunnskapsgrunnlaget er variabelt og det bør styrkes.