Høringsinstans	Unicare Norge AS
Generelle kommentarer	Fagplanen peker på at man nå i større grad retter blikket mot den kommunale rehabiliteringstjenesten, og oppbygging av denne, og at den spesialiserte rehabiliteringstjenesten må "tilpasse" seg dette. Dette betyr "reduksjon". Man har bygd fagplanen rundt forutsetningen om at rehabiliteringen har et primært sykehusopphold som utgangspunkt. Mange pasienter henvises til spesialisert rehabilitering fra fastleger, sykehusleger på poliklinikkene eller avtalespesialister ofte lenge etter at diagnose er stilt. Fagplanen presenterer ikke en modell for hjelp til en avklaring i ansvarsfordelingen mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten. Vi skulle ønske at planen uttalte seg noe mer tydelig på dette området.
Kapittel 1	En generell opptrapping av den offentlige delen av rehabiliteringsinnsatsen medfører en risiko for at godt etablerte spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner vil forsvinne. Om lag 50% av all spesialisert rehabiliteringsaktivitet i Helse Sør-Øst leveres,- anbudsutsatt – av private rehabiliteringsinstitusjoner. En nedtrapping av disse vil undergrave forutsigbarhet, kontinuitet og medføre ytterligere uønsket variasjon i pasientenes rehabiliteringstilbud. Det er viktig å ta hensyn til bosetningsmønster og geografiske forhold i Norge når man diskuterer dette temaet. Vi etterlyser en tydelig konkretisering i fagplanen i å videreutvikle samarbeidet med private avtaleparter og kommunene (samhandling).
Kapittel 2	Det settes et skille mellom den medisinske spesialiteten «Fysikalsk medisin og rehabilitering» som en egen medisinsk spesialitet og som er spesialisthelsetjenesten ansvar, og rehabilitering som et eget fagområde hvor både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten har et «sørge for ansvar». Skaper dette et kunstig skille ut fra den enkelte pasients rehabiliteringsbehov? (Se også kommentar til punkt 5.2.) Rehabilitering angår alle medisinske fagdisipliner, og trenger dermed ikke å utøves av spesialist i faget.
Kapittel 3	At man ut fra Samdatarapporten tolker at det foreligger et «overforbruk» av rehabiliteringstilbud «subakutt og senere faser» bør spesifiseres nærmere. Alle avtaleinngåelsene med de private er basert på nærmere definerte volum av pasienter under hver delytelse. Samarbeid mellom Frisklivssentral (der hvor det finnes), lærings- og mestringstilbud og spesialisthelsetjenesten: Her bør det etterlyses både en nærmere kartlegging av nåværende praksis og utarbeides retningslinjer for hvordan fremme dette. Finansiering må også inngå. Det samme gjelder hva angår samhandling mellom somatiske helsetjenester/rehabilitering og psykisk helsevern, rusomsorg.

Kapittel 3.2	Eksisterende tilbud, men hvor en bør vurdere en økt kapasitet: Det er uklart om pasienter med sykelig overvekt omfattes av fagplanen. Hvor skal denne pasientgruppen følges opp? Pasientgruppen er stor og voksende. Mange har betydelige og sammensatte utfordringer. En stor andel har spiseforstyrrelser og psykosomatiske plager og er i behov for tverrfaglig oppfølging. Vi mener at deler av denne pasientgruppen hører hjemme i spesialisthelsetjenesten. Rapport: Overvekt og fedme kostet samfunnet 238 milliarder i fjor (dagensmedisin.no)
Kapittel 3.3	
Kapittel 4	
Kapittel 5.1	
Kapittel 5.2	Koordinering og samarbeid på tvers av forvaltnings- og fagområder er utfordret både faglig, ledelsesmessig og av forskjellige rammebetingelser. Fagspråk, problemforståelse, tradisjoner og kulturer varierer på tvers av fagområder (i.e. helsetjeneste, NAV). Ut fra et brukerperspektiv er det viktig for den enkelte pasient å oppleve en større sammenheng og gjennomsiktighet i et rehabiliteringsforløp. Relevant informasjon samt kommunikasjon som er stringent og tydelig er avgjørende for å fremme formålet. Det er behov for en større sammenheng i lovgivningen på de forskjellige forvaltningsområdene som ivaretar rehabilitering.
Kapittel 5.3	Vi savner konkrete forslag til samarbeidsarenaer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten slik at partene raskt kan komme i gang med god samhandling til det beste for pasienten. Mmed avtale om tverrfaglig spesialisert rehabilitering av denne pasientgruppen, er vår erfaring at mange av pasientene har sammensatte plager med behov for tverrfaglig intensiv oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Vi stiller spørsmålstegn ved om kommunehelsetjenesten har den tverrfaglige kompetansen, koordineringen av tjenester og kapasiteten som skal til for å til å følge opp denne store pasientgruppen. Det etterlyses fortsatt nasjonale (og internasjonale) føringer hva gjelder rehabiliteringstilbud til store undergrupper av denne populasjonen.
Kapittel 5.4	Innen spesialisert rehabilitering er de arbeidsrettede tilbudene tverrfaglige og helhetlige. Tilbudene er diagnoseuavhengige og tar utgangspunkt i pasientens funksjon og med utgangspunkt i ICF. Tilbudene bør samles og tilbys som en helhetlig oppfølging. Tidsperspektivet er viktig – arbeidsrettet rehabilitering bør tilbys tidligere, og det kan med fordel tidfestes når arbeidsrettet rehabilitering skal igangsettes. Det vises til en aktuell forskningsartikkel som presiserer viktigheten av «rett person - til rett tid - på rett sted»: https://www.dagensmedisin.no/gjor-vi-for-lite-for-langtidssykmeldte-og-for-sent/571581 I dag er det svært utfordrende å finne felles samhandlingsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og NAV.
Kapittel 5.5	
Kapittel 5.6	
Kapittel 6	

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	