Høringsinstans	Rehabiliteringssentret AIR
Generelle kommentarer	Planen har et høyt ambisjonsnivå, og hvor eks. rehabiliteringstilbud inne i akuttsykehus (et ønsket og viktig tiltak), vil utfordre den kapasiteten som finnes innen FMR mht legespesialister. Nasjonen har utfordringer knyttet til deltagelse i arbeidsliv i alle aldersgrupper, men med en ekstra bekymring knyttet til unges, økende andel utenforskap. Kommunene er tildelt store oppgaver og mye ansvar knyttet til ungt utenforskap, i et område som har store mangler på kunnskap om hvem de er, metodikk kartlegging, samhandling mellom aktører eks skole/ utdanning/ NAV/ helsetjeneste, og innretning/ nytte av ulike programmer.
Kapittel 1	
Kapittel 2	
Kapittel 3	
Kapittel 3.2	ARR kreft: Det signaliseres usikkerhet knyttet til kreftrehabilitering, iom at tilbud ikke virker og bli brukt fullt ut vs de avtaler som er inngått. Dette står i kontrast til rapporter eks. Kreftforeningen som peker på insidens på 15 000 kreftoverlevere, prevalens 340 000, og prosentvis svært mange som ikke kommer tilbake til jobb selv om de er «kurert» for grunnsykdommen. Her foreligger det helt tydelig et stort behov for både synliggjøring av eksisterende tilbud og sannsynligvis utvikling av nye tilbud hvor arbeidsrettet metodikk innpasses i større grad enn nå, for å motvirke en så uheldig trend. Metodikk og erfaringer fra Arbeidsrettet Rehabilitering bør integreres i etablering av nye tilbud ARR Kreft.
Kapittel 3.3	Det beskrives at det er svakt kunnskapsgrunnlag for barn med lidelser som faller utenfor området alvorlig sykdom / skade. Denne avgrensningen fremstår som for snever. Det pekes på et begrenset kunnskapsgrunnlag. Det bør være klare ambisjoner for denne gruppen. Kommunene har ikke nødvendig kompetanse, i et område hvor skole/ utdanning, NAV, helse både primær- og spesialisthelsetjeneste – har mange samtidige oppgaver. Mangel på samtidighet, mangel på felles metodikk, stort spill av tid knyttet til utredninger hvor «alle andre tiltak stopper opp», etc. Det behøves en helt annen nasjonal organisering knyttet til praktiske tiltak, utvikling og forskning i dette feltet.
Kapittel 4	
Kapittel 5.1	
Kapittel 5.2	Evaluering av RKE sin funksjon og mandat: Vi ser en utfordring mht rettighet til pasienter som enten har for dårlig funksjonsnivå eller eks. opplever seg presset til å gjennomføre rehabilitering pga krav fra eks NAV, og hvor motivasjon for opphold ikke er til stede. Slik søknadsskjema fra fastlege og grunnlag for tildeling av rettighet er utformet, vil det alltid være utfordringer knyttet til tildeling av rettighet. Punkter det er viktig å få gjennomgått er: - gjennomgang/ standardisering av avslagskriterier - bedre avklaring av rehabiliteringspotensiale lokalt hos fastlege eller i spesialistpoliklinikk - inntakskoordinator/ vurderingsmulighet etter kartlegging i regi av den enkelte private institusjon

Kapittel 5.3	Nasjonale satsninger som pakkeforløp smerte og tretthet er bygget opp rund tverrfaglighet/ biopsykososial tilnærming,hvor rehabiliteringsmetodikk står sentral. Kommunal kapasitet er påpekt i rapport som liten og mangelfull. Behovene for tilstrekkelig systematikk og kapasitet knyttet til bevegelsesapparat og såkalte sammensatte problemstillinger med samtidig arbeidslivproblematikk/ utdanningsproblematikk er store. Kommunene har ikke nødvendig kompetanse, i et område hvor skole/ utdanning, NAV, helse både primær- og spesialisthelsetjeneste – har mange samtidige oppgaver. Mangle på samtidighet, mangel på felles metodikk, stort spill av tid knyttet til utredninger hvor «alle andre tiltak stopper opp», etc.
Kapittel 5.4	Det er også i arbeidsgruppen spilt inn tydelig fra Nasjonalt Kompetansesenter Arbeidsrettet REhabilitering ved Chris Jensen som har deltatt i arbeidsgruppen. Betydningen av en ny organisering av tjenester, forskning og utviklingsarbeid knyttet til den overordnede overskriften Arbeid og Helse står sentralt. Arbeid og Helse omfatter en rekke aktører både kommunalt, regionalt og nasjonalt, som gjør det utfordrende å organisere og forstå dette feltet fra de ulike ståsteder.
Kapittel 5.5	I utviklingsplan generelt ligger det i sum ambisjoner som virker urealistiske uten at det tas grep mht rekruttering, annen / utvidet bruk av spesialist, annen håndtering av portvokterrolle, annen/ utvidet bruk av private. - LIS rekruttering: Integrering av utdanningskapasitet/ sjekklistepunkter hos private, som pt har falt ut, bør raskt vurderes gjeninnsatt. -Bruk av spesialist: Spesialister i private rehabiliteringsinstitusjoner kan og er interessert i å delta i poliklinisk arbeid. Modellen laget mellom Rehabiliteringssentret AIR og Sykehuset Telemark er et eksempel på en «desentralisert poliklinikk» som en del av sykehuset, men hvor en utnytter kapasitet spesialist innenfor det private.
Kapittel 5.6	Det bør overveies om et regionalt forskningsnettverk bør utvides slik at ikke bare helseforetak, men også private institusjoner med spesialisthelsetjenestetilbud, kommunale representanter og NAV kan delta. Det pekes på tverrfaglige pasientforløp og det kan være en fordel om alle vesentlige aktører ikke bare vurderes som samarbeidspartner men egentlige deltakere i et forskningsnettverk som drives av HSØ. Det nevnes at forskning innen FMR ofte kommer dårlig ut i tradisjonelle søknadsevalueringer, derfor bør det overveies hvordan man tilgodeser forskning på området med spesifikke midler.
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	Rangering 2
Satsningsområde: Kompetanse, rekruttering og utdanning	
Satsningsområde: Forskning og fagutvikling	Rangering 3
Prioritert Kommentar	Behandlingsforløp er et helt avgjørende punkt mht organisering av tjenester, kapasitet, fagutvikling og forskning.