Høringsinstans	Sykehuset i Vestfold
Generelle kommentarer	Det er svært viktig at en slik plan endelig kommer, og det er et godt og relevant innhold i planen. Arbeidet med planen fremstår som godt organisert og og det har vært god og bred involvering. Det er viktig at planen omhandler både fysikalsk medisin og rehabilitering. Inndeling med satsingsområder er bra, men kan være litt krevende med oppbygging "satsingsområder" og " egne kapitler". Det hadde styrket planen om det i noe større grad hadde vært henvisninger til evidens der det finnes, eks kap 3 om at det i å være i jobb reduserer bruk av helsetjenester. Viktigheten av en finansiering som understøtter satsingsområdene kunne vært mer poengtert. Men alt i alt: veldig bra!!
Kapittel 1	Bra beskrevet!
Kapittel 2	Vedr figur 1: Bedre formulering " nivåene overlapper hverandre". Figur 2 - fasemodellen:Nyttig modell,men vi tenker den nå er moden for revisjon. Det er uklare oppganger når en pasient er kjapt innom kommune før et rehabiliteringsopphold. Likeledes er det uklart om modellen også beskriver poliklinisk oppfølging eller bare synliggjør døgnbasert rehabilitering
Kapittel 3	Regionale funksjoner: Det står at dette gjelder primært rehabilitering i tidlig fase samtidig med medisinsk behandling. Dette stusser vi over. OUS har regional funksjon på hodeskader i fase 2, ellers er de andre regionale funksjonene i senere faser. I 3.1.1 Utfordringer: Avsnittet om rolle- og ansvarsfordeling er viktig og bør tydeliggjøres mer - det handler om flere ulike samordninger mot kommunene og mot andre aktører i spesialisthelsetjenesten. Her bør utfordringene beskrives tydeligere og sorteres mer. Mer samordning og jobbing på tvers blir helt nødvendig med fremtidens ressurutfordringer
Kapittel 3.2	Her brukes begrepene "udekket og underdekket behov" litt om hverandre. Bør tydeliggjøres. I oversikten over Pasientgrupper som i dag mangler tilbud er vi uenige i at rehabilitering av pasienter med behov for rehabilitering etter sykdom/skade og i tillegg har psykiske plager/rusproblematikk bør sentraliseres. Disse pasientene blir det stadig flere av - og det må bygges kompetanse både på foretakene i alle faser av rehabilitering og ikke minst i kommunene.
Kapittel 3.3	For barn er det viktig at det meste skjer i tilknytning til hjemsted. Det bør komme frem. Når det er behov for spesialisert rehabilitering er det foretak som allerede har rehabiliteringstilbud til barn, eksempelvis Sykehuset i Vestfold. Kompetanse, lokaler, samarbeid med SIMskolen er viktige faktorer som bør være avgjørende for fremtidige satsinger. Det står lite om det i kapitlet. Det slås fast at det er behov for nye retningslinjer for rehabilitering etter kreft for barn. Uklart om det er faglige retningslinjer eller om det skal omhandle hvor tilbudene skal ligge.
Kapittel 4	Ingen kommentarer! Bra!

Kapittel 5.1	Definisjonen av tidligrehabilitering: Foreslår å ta vekk setning nr 2. sette inn i stedet: Overføring til neste instans - spesialisthelsetjeneste eller kommune - må også ivaretaes. Det er muligens nødvendig med en trinnvis modell, men det bør komme tydeligere frem i kapitlet at egne, dedikerte senger er det som kan ivareta tidligrehabilitering godt nok. Mål og tiltak er ok, kan det være lurt å si noen om koblingen mellom intensivsenger kategori 1 og 2 og tidligrehabiliteringssenger? Det bør også være et evalueringspunkt på om det faktisk er etablert tidligrehabiliteringssenger på foretaket
Kapittel 5.2	Savner beskrivelse av aktørene i spesialisthelsetjenesten (foretak og private) sin oppgavedeling fremover for å få helhetlige pasientforløp Mål 1, tiltak 2: dette er ambisiøst, her har vi svært ulike pasientgrupper og svært ulike tilnærminger (døgn, poliklinikk, spes.helsetjeneste, kommune). Usikker på om dette arbeidet bør prioriteres. Det bør være et evalueringspunkt på hvorvidt rehabilitering er satsingsområde/del av satsingsområde i Helsefellesskapene
Kapittel 5.3	Utfordringer: uønsket variasjon mellom forvaltningsnivåer - hva menes med det? Det sies at regionen anskaffer i liten grad utredning/kartlegging: det kan vel endres på? Begrepet avslagsprosenten brukes - er det ikke riktigere å bruke "avslagspraksis"? Mål 1 - tiltak 1: Vi foreslår endring til "tydeliggjøres ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og..." Mål 2 tiltak 1: Viktig, er ikke gjort noe med til nå, jmfr arbeidet med pasientforløp CFS/ME og smerte
Kapittel 5.4	Første setning i avsnittet gir ikke mening. Kapitlet er uklart mht om det gjelder alle pasienter i spesialisthelsetjenesten eller pasienter med behov for rehabilitering. Gjelder både mål og evalueringskriterier. Det bør vel her være fokus på pasienter med rehabiliteringsbehov i tillegg til pasienter med høy grad av sykefravær, eks muskel/skjelett
Kapittel 5.5	Avsnittet om Rehabiliteringsprosesser tar ofte lang tid... synes malplassert i dette kapitlet.
Kapittel 5.6	ingen kommentarer, bra!
Kapittel 6	Dette er kanskje det viktigste kapitlet. Der Helse Sør Øst får ansvar må det tydeliggjøres hvordan dette skal settes ut i livet; gjennom fagrådet eller på annet vis. Der HFene har ansvar bør det legges inn i OBD.
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	Alle områdene er viktige, men vi må klare å prioritere. Rehabilitering må få sin naturlige plass inn i akuttsykehuset. Prioriteringen må ligge der. Mye av døgnrehabiliteringen senere i forløpet mener vi med fordel kan gjøres poliklinisk, arenafleksibelt eller i kommunene. Ressurser må flyttes fra avtaler med private til foretakene for å bygge opp tilbud i tidlig fase og til kommunene. Det er også viktig å få en samlet strategi på pasienter med muskel/skjelett og smerte - her er det sprikende nasjonale føringer, til dels overbehandldig eller mangel på tilbud avhengig av geografi. Denne pasientgruppen er totalt sett svært ressurskrevende for Norge.