Høringsinstans	Asker kommune
Generelle kommentarer	God oversikt over formål, status, overordnede føringer og satsningsområder med mål og tiltak for videre utvikling. Utfordringsbildet som skisseres fremdeles i stor grad er det samme som mange år tilbake. Vi vil spesielt trekke frem to hovedutfordringer: 1) Fragmenterte og dårlig koordinerte pasient forløp, og 2) at fagfeltet fremdeles har et svakt kunnskapsgrunnlag for effekt av behandling/rehabilitering. Fagfeltet har trolig ikke fått den posisjon/status som det fortjener både innen spesialist- og kommunal helsetjeneste. Positivt: ønske om å redusere variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester. Ved å redusere disse variasjonene vil målet om mer likeverdige tjenester være innen rekkevidde.
Kapittel 1	Fysikalsk medisin og rehabilitering er et stort og komplisert fagfelt som omfatter mange aktører i alle deler av forløpet. En klar ansvars- og forventningsavklaring mellom offentlig spesialisttjeneste, private aktører med avtale og kommunen må derfor komme på plass. En slik avklaring må være realistisk og kunne gjennomføres. Kunnskapsgrunnlaget om fagfeltet må styrkes. Vi vil understreke at rehabiliteringen av innbyggere i kommunen også stadig blir mer kompleks og krever høyere kompetanse og tverrfaglig kapasitet. Her håper vi at planen vil være et virkemiddel ovenfor kommunene for å tydeliggjøre hva som også kreves av dem fremover.
Kapittel 2	Figur 2 på side 10 gir en god beskrivelse av rehabilitering og de ulike fasene av rehabiliteringen. Vi vil understreke viktigheten av ivaretakelse av en spesifikk gruppe: Pasienter som blir utskrevet til kommunen etter behandling i spesialisthelsetjenesten i påvente av ledig rehabiliteringsplass i spesialisthelsetjenesten - eller som kommer til kommune fordi de har for lavt funksjonsnivå til å mestre rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Noen pasienter går fra fase 2 til fase 4 i påvente av tilbud ihht. fase 3. Dette viser et behov for å vurdere å forbedre /utvide modellen både ift. struktur (tilbud) og innhold (kapasitet/ressurser) slik at disse pasientene ivaretas best mulig.
Kapittel 3	3.1 Kapasitet og innretning Se side 15 første avsnitt: Utvalgets forslag om bruk av samhandlingsbudsjetter vurderes som viktig, men dette må konkretiseres for rehabilitering som fagfelt med mål og tiltak.
Kapittel 3.2	
Kapittel 3.3	
Kapittel 4	Positivt: vektlegging av å redusere variasjon i spesialisthelsetjenesten. Men bør også se på hvordan variasjonen mellom kommunene kan reduseres. Oppstart av IP bør skje i spesialisthelsetjenesten. Planen bør være tverrfaglig, og utarbeidet i samarbeid med pasient og følge innbygger. Helsekompetansearbeidet må gjennomføres på alle nivå, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Prerehabilitering og ressursbruk bør vurderes og avgrenses, og ses i forhold til andre tidlige rehabiliteringstiltak. Mulig innsatsforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene bør avklares og hensyntas i budsjettprosessen.

Kapittel 5.1	Under mål 1 pkt 3: Det er viktig å inkludere kommunehelsetjenesten i arbeidet med å definere standardiserte kartleggingsverktøy for vurdering av rehabiliteringsbehov der det er hensiktsmessig. Det er allerede mange ulike kartleggingsverktøy som blir benyttet og anbefalt. Det vil være fordelaktig og mer effektivt om det er kjente og omforente kartleggingsverktøy på tvers av tjenestenivåene. Det brukes allerede mye tid på kartlegginger av brukere/pasienter i ulike faser. Det er også hensiktsmessig å se til hvilke kartleggingsverktøy som er beskrevet i pakkeforløpene som anbefalinger.
Kapittel 5.2	Viktig å avklare forventninger i forhold til forventet kompetanse, tjenestetilbud og intensitet når rehabiliteringsforløpet fortsetter i kommunen. Ved å love mye på kommunes vegne, får innbygger urealistiske forventinger. Spesialisthelsetjenesten/private aktører med avtale bør i større grad kontakte Koordinerende enhet tidlig, slik at det kan utpekes en koordinator som starter arbeidet med individuell plan når pasienten er innlagt: Et viktig bidrag til å oppnå mer sømløse overganger mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Viktig å bruke de samarbeidsverktøyene som allerede finnes. -Sikre at elektronisk melding benyttes i alle ledd i rehabiliteringsforløpet. Viktig med tidlig kontakt med de private avtalefysioterapeutene
Kapittel 5.3	Under dette satsningsområdet er det listet opp mange gode mål og tiltak. Her blir det viktig å videreutvikle mange gode lokale tjenester/tiltak og ikke minst få oversikt over disse. Det å etablere samarbeidsarenaer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene samt få en mer felles tilnærming, er og blir enda mer viktig i tiden fremover. Her anbefales også å sikre involvering av de private avtalefysioterapeutene i samarbeidsarenaer, faglig utveksling og forventningsavklaringer.
Kapittel 5.4	Her er det listet opp mange og viktige mål og tiltak. Vi støtter disse.
Kapittel 5.5	Det er viktig at spesialisthelsetjenesten deler sin kompetanse med kommunene og er med på å videreutvikle og etablere gode rehabiliteringstjenester i kommunene. Flere ambulante team fra spesialisthelsetjenesten kan være med å overføre kunnskap, sikre gode overføringer og trygge pasientene i deres videre rehabiliteringsforløp. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten tidlig melder behov om videre rehabilitering i kommunehelsetjenesten slik at en sikrer gode overganger mellom tjenestenivåene. Eks pakkeforløp hjerneslagpasienter. Fastlegene og deres rolle nevnes ikke i planen. Det kan gjerne spesifiseres hvordan samhandlingen sikres innad i kommunene og mellom nivåene.

Kapittel 5.6	Lokalt ser vi også at vi mangler tilstrekkelig kompetanse og kapasitet fra faggrupper som logopeder og synspedagoger, samt tilgang på psykolog. Dette er i mange tilfeller viktige faggrupper som kan utgjøre en stor forskjell for pasientene i rehabiliteringsprosessen. De kunne kanskje omtales i større grad både i spesialist og i kommunene. Det bør stilles krav til elektronisk melding fra spesialisthelsetjenesten og deres underleverandører slik at dialogen går via elektroniske meldinger i EPJ systemene, samt når riktig mottaker. Dette er også viktig for å sikre gode overganger mellom tjenestenivåene, samt at rehabiliteringsforløpet fortsetter som planlagt uten avbrudd.
Kapittel 6	Det er flott at dette løftes frem som et satsningsområde og at det legges opp til et forsknings- og utviklingsarbeid med kommunene.
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	