Høringsinstans	Beitostølen Helsesportsenter
Generelle kommentarer	Forslag til forbedring: Rehabilitering kan forstås som å gjenvinne, bevare, forstå og kompensere for funksjon og funksjonshindringer for best mulig mestring, livskvalitet, likeverdighet og deltagelse. Sammendraget bør samsvare med hovedtekstens ordlyd og faktainformasjon. Det savnes sentrale referanser (se høringssvar Kpt 1), eksempler/redegjørelse for rehabiliteringsbehov i et livsløpsperspektiv, mål/tiltak for pasientforløp i senfase og samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, samt belysning av fagområdets verdigrunnlag kjennetegnet av respekten for menneskeverd og likeverdighet uavhengig av funksjonsevne og mestring. ICF-modellens omgivelses- og personlige faktorer er ofte avgjørende for rehab-behov i senere faser.
Kapittel 1	Arbeidet med denne fagplanen synes å ha vært en ryddig og god prosess. Imidlertid kunne prosjektet vært tjent med et tettere samarbeid og samkjøring med tilsvarende prosesser i andre helseregioner og HSØ's tilsvarende arbeid for habiliteringsfeltet. Vi synes også fagplanen har med noen overflødige referanser samtidig som det savnes flere sentrale, eksempelvis spesialisthelsetjenesteloven, Folkehelsemeldingen, KPMG-rapporten Rehabilitering og habilitering 2017-2019, Prioriteringsforskriften, pluss referanser som beskriver spesialisert rehabilitering, ung utenforskap samt rehabiliteringsbehov mtp deltagelse i et livsløpsperspektiv for personer med en varig funksjonshemming (kan oversendes i egen mail)
Kapittel 2	Tilsvarende senfase for ordinære rehabiliteringspopulasjoner, kan medfødte/tidlig ervervede tilstander ha behov for rehabilitering (re-læring) pga funksjonstap/-endring etter interkurrent sykdom, psykisk lidelse og livsfaseoverganger som stiller større/andre krav til funksjon. Rehabiliteringspopulasjoner har ofte behov for intensiverte rehabiliteringsperioder for ny-læring, tilpasninger og mengdetrening for å mestre rullestol og aktivitetshjelpemidler knyttet til fritids- og familieaktiviteter. Rehabiliteringsbehov som avdekkes i kommunen er ofte komplekse/sjeldne. Det bør utarbeides en egen modell som favner dette. Rehabiliteringsbehov etter elektiv innleggelse kan enkelt tas inn i Fig 2.
Kapittel 3	Avsnitt om kunnskapsgrunnlag, forskning og tidlig rehabilitering bør bearbeides og forkortes. Savner omtale av populasjoner med kroniske tilstander og behov senfaserehab for best mulig funksjon gjennom livet (følger etter hjerneslag/ulykker/sjeldne diagnoser/CP). Mtp Folkehelsemeld. savnes omtale av a) kontekst og tidlig rehab. som forebyggende innsats, b) sårbare populasjoner med fysisk/kognitiv funksjonshemming, lav mestring/motivasjon og behov for spesialisert/intensivt rehab tilbud. Mtp under-/overforbruk kreves inngående kunnskap om suksesskriteriene for vellykket rehab og forhold som tilsier større rehab innsatser enn forventet (diagn/funksjonsvansker). Slik kunnskap bør danne grunnlag for videre styring og utvikling av fagområdet.

Kapittel 3.2	Følgetilstander etter ervervet hjerneskade, ryggmargsskade og kroniske progressive/ikke progressive nevrologiske tilstander bør ses på som kroniske sykdommer med behov for regelmessig oppfølging og målrettede rehabiliteringsintervensjoner når det oppstår funksjonsvansker som resultat av nye krav (livsfaseovergang/nye roller), annen sykdom/hendelser. I henhold til biopsykososial forståelse og ICF-modellen vil dette være pasienter som trenger både en rehabiliteringsintensitet og -kontekst som vil være krevende for kommunene og sykehusene å imøtekomme. Savner omtale ParkinsonNet som mulig løsning for å imøtekomme behov, kvalitetssikre rehabprosess /-forløp og involvere/forplikte rehabiliteringsinst med spesialisert funksjonskompetanse.
Kapittel 3.3	Barn og unge med medfødte og tidlig ervervede tilstander (habiliteringspopulasjonen) kan også ha behov for rehabilitering («re-læring») på grunn av større enn forventet funksjonstap eller funksjonsendring etter f eks interkurrent sykdom, skade, medisinsk/kirurgisk behandling, psykisk lidelse eller i livsfaseovergang som stiller større eller andre krav til funksjon. Dette gjelder overgang fra barnehage til skole, fra barneskole til ungdomsskole og videregående skole, og derfra til høyere utdanning og overgang til et selvstendig voksenliv. Det kan i disse fasene være behov for intensive rehabiliteringsperioder med fokus på målrettet trening av ferdigheter som kreves for optimal deltakelse i nye fysiske og sosiale kontekster.
Kapittel 4	Uønsket variasjon kan i stor grad forklares av ulikheter i faglig praksis og ulik kunnskap om rehabilitering, kommunenes selvråderett og hvordan helsepolitiske myndigheter forstår og prioriterer rehabilitering, når forventningene og mulighetene er større enn de økonomiske rammene (prioriteringsgapet). Man bør være oppmerksom på at samhandlings- og samarbeidsfokuset på system- og fagnivå kan medføre at man glemmer hvorfor – den enkelte pasient/bruker. Flere pasienter som kommunen skal ta hånd kan ha behov for spesialisert tilbud, f eks tilpasning og/eller opplæring i bruk av aktivitetshjelpemidler. Med tanke på forventninger og rollekrav kan rehabiliteringsbehovet være svært sammensatt og uttalt i senfase.
Kapittel 5.1	Både forskning og klinisk erfaring underbygger betydningen av tidlig rehabilitering for best mulig funksjonsnivå. For eks kan målrettet rehabilitering i tidlig fase forebygge og/eller redusere risiko for medisinske komplikasjoner, kontrakturer, sår, unødig vekttap, identifisere rehabiliteringsbehov og bidra til gode rehabiliteringsforløp med tanke på best mulig mestring av livssituasjonen, sosialt liv og deltagelse. Vi savner en omtale av hvordan "tidlig" også kan forstås som tidlig rehabiliteringsinnsats for barn og unge med ulike fysiske funksjonshemminger og deres foreldre og søsken for best mulig mestring av livssituasjonen, sosialt liv og deltagelse, herunder betydningen av et aktivt familieliv og å bygge identitet som fysisk aktiv.

Kapittel 5.2	Helhetlige og sammenh pasientforløp – omfatter alle fasene i rehabiliteringsprosessen og vil sikre rett behandling til rett tid med rett nivå. Kommunene er svært forskjellige med hensyn til størrelse og ressurser. For at kommunene skal være i stand til å yte likeverdige rehabiliteringstjenester uten uønsket variasjon er det nødvendig med systematisk samarbeid mellom relevante rehabiliteringsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette gjelder både oppfølging i kommunen etter rehabiliteringsopphold med eventuelle korte re-opphold/kontoopphold og rehabiliteringsbehov som avdekkes i kommunen. De kan være både komplekse og sjeldne med særegne behov som krever samarbeid med fagmiljøer med spesialisert rehabiliteringskompetanse.
Kapittel 5.3	Det savnes omtale av satsningsområdet i lys Folkehelsemeldingen, helsekompetanse og biopsykososial forståelsesmodell/ICF. Betydningen av sentrale "folkehelsekomponenter" som søvn, kosthold og fysisk aktivitet. Kompleksiteten ved langvarige smertetilstander og komorbide tilstander, f. eks. nevrologiske tilstander. Personer med psykososialt belastet livssituasjon/manglende mestring (f eks ungt utenforskap pga spesielle behov) kan ha behov for intensitet og kompetanse tilsvarende rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, eventuelt i et periodisk samhandlingsforløp til livssituasjonen er mer avklart.
Kapittel 5.4	Rehabilitering handler primært om å bevare eller gjenvinne funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse hvor det å ha et utdannings- eller arbeidsforhold er en svært viktig arena for nettopp dette. Vi mener at skole, utdanning og arbeid bør inkluderes i alle rehabiliteringsprogram av en viss varighet for barn, unge, unge voksne og voksne; og gjelde både i tidlig-, mellom- og senfase. Noen rehabiliteringsprogrammer bør også omfatte fritid og frivillig arbeid og det bør tenkes nytt rundt samhandling, kompetanse og senfaserehabilitering. Satsningsområdet bør også ses i lys Folkehelsemeldingen, "Leve hele livet reformen" og rehabiliteringspopulasjonene som kan anses som en kronikergruppe med behov for senfaserehabilitering.
Kapittel 5.5	Savner relevant omtale mtp satsningsområdet arbeid og utdanning, f eks sosialfaglig/sosionom og rettigheter. Savner også speshelsetjenestens ansvar/rolle mot kommunene på pas-/systemnivå samt omtale ParkinsonNet som mulig virkemiddel for å øke kompetanse og redusere uønsket variasjon. Tiltak 3/mål 1 bør omform. for å sikre tilstrekkelig kompetansenivå:"Helseforetak/sykehus og private institusjoner med HSØ-avtale om spesialisert rehabilitering utarbeider lokale planer for utdanning, rekruttering,videreutdanning og kompetanseheving for alle relevante yrkesgrupper". Tiltak 1/mål 2:"Helse Sør-Øst RHF arbeider for at det utarbeides planer for oppgavedeling, med formål å redusere uønsket variasjon og benytte tilgjengelig kompetanse best mulig".

Kapittel 5.6	Savner omtale og betydningen av brukermedvirkning og tverrfaglig forskning. Siste setning første avsnitt bør omformuleres til "En forutsetning for opprettelse av et forsknings- og fagutviklingsnettverk kan f.eks. være å sette krav til deltakelse fra ikke universitetssykehusene og avtaleinstitusjonene i Helse Sør-Øst" Første setning avsnitt to bør omformuleres til noe à la: "Helse Sør-Øst RHF vil i planperiodene også stimulere til utstrakt bruk av kvalitetsregisterdata og at de enkelte institusjoner beskriver sine rehabiliteringsprogrammer med tilhørende kartleggings- og evalueringsinstrumenter".
Kapittel 6	Beskrivelsen av hvordan Helse Sør-Øst RHF skal følge opp planen videre fremstår logisk, fornuftig og samtidig krevende, siden mye vil være avhengig av samtidig innsats. Det kan tenkes man hadde vært tjent med en prioritert og ressursallokert kraftinnsats som best mulig grunnlag for videre kunnskapsbasert og bærekraftig utvikling. HSØ anbefales egen styringslinje for rehabiliterings- og habiliteringsfeltet for å sikre synlighet, målrettet arbeid og uthenting av synergier.
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	Helhetlige og sammenhengende pasientforløp – innbefatter alle fasene i rehabiliteringsprosessen og vil sikre rett behandling til rett tid med rett nivå. Kompetanse, rekruttering og utdanning – kompetent og motivert personell er kritisk for god rehabilitering uansett fase, for å redusere uønsket variasjon og for god ressursutnyttelse Forskning og fagutvikling – avgjørende for å sikre den best dokumenterte rehabilitering til enhver tid. Vi må tenke effektivitet/effekt og prioritere blant flere goder, derfor er det viktig med best mulig beslutningsgrunnlag