

RAKKESTAD KOMMUNE

Omsorgsutvalget

MØTEINNKALLING

Omsorgsutvalget	
Møtedato/sted: 25.01.2012 Formannskapssalen	kl: 18.00

SAKLISTE:

Godkjenning av protokoll

1/12
SAMHANDLINGSREFORMEN
AVTALEDOKUMENTER OG STYRINGNOTAT

Saksdokumentene følger vedlagt.

De representanter som ikke kan møte p.g.a. lovlig forfall må omgående melde fra om dette til servicekontoret, tlf. 69225500. **Vararepresentanter møter kun etter nærmere innkalling herfra.**

Rakkestad, den 23.01.2012

Stein Bruland (s)
Leder

RAKKESTAD KOMMUNE

Omsorgsutvalget

Saksbehandler Anne Sofie Andersen

Arkiv nr. 060 &23

Utvalg	Saknr	Møtedato
Omsorgsutvalget	1/12	25.01.2012
KOMMUNESTYRET	/	

Utvalgssak 1/12

Saknr 12/111

Løpenr 738/12

1-12 SAMHANDLINGSREFORMEN AVTALEDOKUMENTER OG STYRINGSNOTAT

Rådmannens forslag til vedtak:

1. Rakkestad kommunestyret vedtar Overordnet samarbeidsavtale mellom Rakkestad kommune og Sykehuset Østfold med tilhørende retningslinjer som fremlagt.
2. Rakkestad kommunestyre tar fremlagte Styringsnotat for utvikling av helse- og omsorgstjenestene til orientering.

Saksopplysninger:

Vedlegg:

1. Samarbeidsavtale mellom Rakkestad kommune og Sykehuset Østfold med tilhørende retningslinjer (utkast inntil signert avtale foreligger fra Sykehuset Østfold)
2. Styringsnotat for utvikling av Helse- og omsorgstjenester i Rakkestad kommune 2012 - 2015

Bakgrunn for saken:

Samhandlingsreformen ble innført med nytt lovverk med virkning fra 1. januar 2012. Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene og Lov om Folkehelse er de mest sentrale for kommunal sektor.

Lovverket gir kommunene et medfinansieringsansvar for pasienter med medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten, samt ansvar for alle utskrivningsklare pasienter.

Utover disse økonomiske forpliktelsene er Samhandlingsreformen først og fremst en retningsreform som skal bidra til økt innsats for å forhindre sykdom, samt til mer samordnet pasientforløp når sykdom oppstår.

Gjennom nytt lovverk er kommunene og helseforetakene forpliktet til å inngå juridisk bindende samarbeidsavtaler, inkludert en rekke samarbeidsrutiner.

Frist for å inngå generell overordnet avtale er 31. januar 2012. Frist for å ha utarbeidet alle retningslinjer som er listet i generell del er satt til 1. juli 2012.

Sammen med generell avtale legges i denne saken frem 4 samarbeidsprosedyrer fra spesiell del i avtaleverket.

Kommunens ansvar for saken:

Samarbeidsavtale mellom Rakkestad kommune og Sykehuset Østfold vedtas av kommunestyret.

Retningslinjer tilhørende avtalen vedtas i Kommunestyret ved første gangs behandling. Påfølgende revisjoner og endringer i retningslinjene uten økonomiske eller prinsipielle konsekvenser vedtas i oppnevnte samarbeidsorganer, jf. pkt. 6 i Overordnet samarbeidsavtale.

Styringsnotat danner grunnlag for videre arbeid med helse- og omsorgsplan for Rakkestad kommune. Planen legges frem for vedtak i kommunestyret i løpet av 2012 etter behandling i Omsorgsutvalget.

Økonomi:

Rakkestad kommune mottar 9,2 millioner som del av rammetilskuddet beregnet mot kommunens forventede kostnader knyttet til Samhandlingsreformen.

Kommunes kostnader til medfinansiering av medisinske pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten er beregnet etter bruk i 2010, og utgjør 7,2 millioner i 2012.

Det er forventet kostnader for betaling av utskrivningsklare pasienter – anslagsvis opp mot kr. 100.000.

Det er i budsjett for 2012 dessuten beregnet ca. 1,8 millioner til styrking av kjernetjenester innen helse- og omsorg.

Administrasjonens vurdering:

Nytt avtaleverk mellom kommunen og Helseforetaket skal bidra til et gjensidig forpliktende og formalisert samarbeid. Avtaleverket består av en generell, overordnet del, og en spesiell del med samarbeidsprosedyrer. Disse delene er like for alle kommuner tilknyttet Sykehuset Østfold. I tillegg kan det mellom en enkelt kommune og sykehuset inngås en særskilt avtale del.

I Østfold har sykehuset og kommunene allerede for flere år siden etablert faste samarbeidsarenaer og hatt en frivillig samarbeidsavtale som la grunnlag for samarbeid, blant annet rutiner for inn- og utskrivning av pasienter.

Fremlagt avtale med samarbeidsorganer bygger på eksisterende avtaleverk med de presiseringer og tilpasninger som sentrale veiledere har gitt.

Det avtalepunktet som har vært gjenstand for mest diskusjoner er reglene for varsling om utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommune, når i løpet av døgnet og ukedagene dette kan gjøres og når kommunenes ansvar for pasienten, inkludert betaling for overliggedøgn trer inn. I fremlagte avtaletekst kan varsling skje til kommunen alle ukedager, inkludert helligdager i tidsrommet kl. 08.00 – 15.30. Kommunen vil da ha betalingsansvar fra påfølgende dag.

Vedlagte styringsnotat gir en oversikt over de utviklingstrekk og strategier som ansees som nødvendig for å gjøre Rakkestad kommune rustet til å mestere økende oppgaver og utfordringer innen helse- og omsorg de kommende årene. Dette er meroppgaver både knyttet til forventede demografiske utviklingstrekk – eldrebølgen – og knyttet til Samhandlingsreformen.

Styringsnotatet skal danne grunnlag for videre arbeid med en mer omfattende Helse- og omsorgsplan for Rakkestad kommune. Planen legges frem for politisk behandling i løpet av 2012.

OVERORDNET SAMARBEIDSAVTALE

1. Parter

Avtalen er inngått mellom [REDACTED] kommune og Sykehuset Østfold.

2. Bakgrunn

Partene er etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e pålagt å inngå samarbeidsavtale.

3. Formål

Formålet med denne avtalen er å sikre tydelighet om fordeling av oppgaver og ansvar mellom kommunen og Sykehuset Østfold, herunder forutsigbarhet for partenes planlegging og budsjettering av de oppgavene som hver har ansvaret for.

Avtalen skal videre sikre trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet og tilrettelegge for at pasientene opplever at helsetjenestene

- a) er faglig gode
- b) er samordnede og helhetlige
- c) er preget av kontinuitet, og
- d) blir utført på en god måte på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivåene

4. Avtalens virkeområde

Virkeområdet for samarbeidsavtalen vil primært være de områder hvor loven pålegger partene å inngå samarbeidsavtale. Partene er gjennom lovverket tillagt hver sine kompetanse- og ansvarsområder. Områder hvor partenes ansvar overlapper hverandre og hvor det slik er behov for samordning mellom partene skal også inkluderes.

Samarbeidsavtalen har to nivåer – overordnet samarbeidsavtale og retningslinjene i punkt 6.

Partene kan velge andre områder for samarbeid ut over det som beskrives i forskrift, og i den forbindelse inngå bindende avtale formulert gjennom ny retningslinje (punkt 6). I tillegg til dette kan det inngås særavtaler mellom SØ og en eller flere kommuner.

I tilfelle uoverensstemmelse mellom overordnet samarbeidsavtale og retningslinjer, er bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale styrende.

5. Grunnleggende prinsipper for samarbeidet mellom partene

Partene er enige om at følgende prinsipper skal gjelde for samarbeidet:

- a) Tjenestene som ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven skal være forsvarlige
- b) Partene kan avtale at de utfører oppgaver for hverandre. Ansvar for den enkelte part har etter lov og forskrift vil likevel ikke endres

- c) Samarbeidet skal bygge på likeverdighet mellom partene
- d) Samarbeidet mellom partene skal være preget av dialog og en løsningsorientert tilnærming. Avgjørelser skal tas så nært brukeren som mulig
- e) Samarbeid mellom partene må skje i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt

6. Retningslinjer

Retningslinjer i oppstillingen nedenfor er en del av denne avtalen og rettslig bindende for partene, med mindre annet fremgår.

1) enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre **(ny og vedlagt)**

2) retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**

3) retningslinjer for innleggelse i sykehus, inkludert rutine, meldeskjema og pasientbrosjyre **(retningslinje ny/ ellers revidert og vedlagt)**

4) beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 3. ledd **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**

5) retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon, inkludert rutine og meldeskjema 1-4 **(retningslinje ny/ ellers revidert og vedlagt)**

6) retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**

7) samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**

8) samarbeid om jordmortjenester **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**

9) samarbeid om IKT- løsninger lokalt **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**

10) samarbeid om forebygging **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**

11) omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden **(ny og vedlagt)**

12) retningslinje for samarbeidsformer **(ny rutine/revidert tekst og vedlagt)**

13) individuell plan – felles rutiner **(videreføres)**

14) hospiteringsordning **(videreføres)**

15) følgepersonell ved innleggelse i SØ **(videreføres)**

16) håndtering av avvik fra godkjente rutiner (**videreføres**)

17) hjelpemiddelhåndtering når pasient er innlagt i SØ (**videreføres**)

Første gang punkt 1-12 skal vedtas gjøres dette av kommunestyret/ styret i SØ. Nye retningslinjer og senere endringer i vedtatte retningslinjer uten store økonomiske konsekvenser og/ eller prinsipielle endringer for partene, kan tas inn i avtalen gjennom vedtak i administrativt samarbeidsutvalg.

7. Samarbeidsformer

Partene har vedtatt retningslinje nr. 12 som beskriver følgende samarbeidsformer:

- Overordnet samarbeidsutvalg (OSU)
- Administrativt samarbeidsutvalg (ADMS)
- Kliniske samarbeidsutvalg
- Samhandlingsforum

8. Plikt til gjennomføring og forankring

Partene skal sette av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid. Partene forplikter seg til å holde hverandre informert og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområdet. Prosedyre for dette skal beskrives nærmere i retningslinjer innenfor det enkelte ansvarsområde.

Partene forplikter seg til å

- Gjøre avtalens innhold kjent og iverksatt innenfor egen virksomhet (ansatte og brukere)
- Involvere hverandre tidlig i prosessen om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter
- Opprette en samhandlingskontakt i egen virksomhet som har et *overordnet* ansvar for å veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom partene

9. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtaler. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.

Synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved Sykehuset Østfold, eldrerådet, rådet for funksjonshemmede i kommunen og andre instanser skal tillegges vekt.

10. Håndtering av avvik fra godkjente rutiner

Partene skal håndtere avvik fra godkjente rutiner iht. retningslinje 16 i kap. 7

11. Håndtering av uenighet - tvisteløsning

Partene er enig om følgende prinsipper for håndtering av uenighet knyttet til overordnet avtale med retningslinjer:

a) Pasientrelaterte enkeltsaker

Pasient skal ikke bli skadelidende ved uenighet mellom partene. Partenes intensjon er å løse uenighet så nært pasient som mulig.

Ved fortsatt uenighet opprettes en uenighetsprotokoll (mal vil bli utarbeidet) og saken løftes til overordnet myndighetsnivå i sykehus/ kommune. Partene skal selv definere og beskrive hvilke personer som har ansvar på dette nivået.

I saker hvor det ikke oppnås enighet lokalt sendes uenighetsprotokollen til Nasjonalt tvisteløsningsorgan for uttalelse dersom en av partene krever det.

Ferdigbehandlede saker der det er opprettet uenighetsprotokoll sendes til administrativt samarbeidsutvalg til orientering.

b) Saker knyttet til retningslinjer, rutiner eller øvrig tolkning av avtalen

Saker meldes til administrativt samarbeidsutvalg for behandling. Saker kan sendes Nasjonalt tvisteløsningsorgan hvis det ikke er mulig med lokal tvisteløsning.

For a) og b) gjelder:

Partene kan i hver enkelt sak avtale at uttalelsen fra Nasjonalt tvisteløsningsorgan skal være bindende. I saker hvor partene ikke er enige om at uttalelsen fra Nasjonalt tvisteløsningsorgan skal være bindende, kan hver av partene bringe saken inn for de ordinære domstoler med Fredrikstad tingrett som vernetting.

12. Mislighold

Dersom en av partene misligholder sin del av avtalen, og dette påfører den annen part dokumenterte tap, kan tapet kreves dekket av den som misligholder avtalen.

13. Varighet, revisjon og oppsigelse av avtalen

Avtalen trer i kraft fra 1. januar 2012 og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen innen desember hvert år og sørge for jevnlig rapportering og evaluering. Sykehuset Østfold skal ta initiativ til slik gjennomgang som beskrevet i oktober hver år. Første virkeår (2012) skal avtalen revideres og suppleres med manglende retningslinjer i kapittel 6 innen 1. juli.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres.

Retningslinje nr. 1 - Oppgavedeling

Formål

Retningslinjen regulerer/ omhandler oppgaver og tiltak som kommunen og sykehuset skal eller kan samarbeide om, jf. blant annet helse- og omsorgstjenestelovens § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e.

Partene kan ikke ved denne retningslinjen eller andre avtaler innskrenke ansvar eller plikter som partene er tillagt etter lov og forskrifter.

Generelt om lovgrunnlaget

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61, og senere endringer
- Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63, og senere endringer
- Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64, og senere endringer
- Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr 29
- Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 nr 56

Listen er ikke uttømmende, og også bestemmelser i annet lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover. Dette gjelder blant annet bestemmelser om bruk av tvang i psykisk helsevern og overfor rusmiddelavhengige.

Videre arbeid

Partene forplikter seg til, i løpet av 2012, å starte arbeidet med å kartlegge og definere gråsoner og grenseflater. Videre skal følgende ansvarsområder avklares:

- Rus og psykiatri
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Lærings- og mestringstilbud
- Helsehus/lokalmedisinsk senter

Fastlegene er en viktig samarbeidspartner i dette arbeidet.

Retningslinje nr. 3 – Innleggelse i Sykehuset Østfold (SØ)

Formål

Formålet med denne avtalen er å:

- a) sørge for at pasienten opplever en best mulig sammenhengende helsetjeneste og unngå at det oppstår feil gjennom å klargjøre SØ og kommunens ansvar og oppgaver der pasienten henvises sykehuset
- b) sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene (elektronisk når dette er mulig)
- c) sikre at pasienten mottar tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet),

Øyeblikkelig hjelp

Kommunens ansvar og oppgaver:

- a) Innleggende lege konsulterer sykehuslege med adekvat kompetanse om hvorvidt innleggelse i sykehus er nødvendig. Kommunal behandling skal være vurdert som ikke tilstrekkelig. Avgjørelse tilligger i endelig instans innleggende lege
- b) Innleggende lege henviser som øyeblikkelig hjelp og sender kopi av innleggelsesskrivet inklusive medikamentopplysninger med pasienten
- c) Innleggende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilpasset transport/ ledsager til sykehuset
- d) Innleggende lege melder fra til kommunal instans at pasient som mottar kommunal helse- og omsorgstjeneste innlegges i sykehus
- e) Kommunen sender innleggelsesrapport/ meldeskjema, inklusive pasientopplysninger og navn på kontaktpersoner. Hvis skriftlige pasientopplysninger ikke følger pasienten gis dette i tillegg pr. tlf.
- f) Kommunen bistår pasienten med å informere pårørende om sykehusinnleggelsen hvis situasjonen tilsier dette (skal dokumenteres)

SØs ansvar og oppgaver:

- a) Stiller adekvat kompetanse til rådighet for telefonkonsultasjon ved tvil om innleggelse er nødvendig eller ved spørsmål om ø-hjelpspoliklinikk kan benyttes neste dag
- b) Innhenter supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, sykehjemslege og pårørende ved behov
- c) Sikrer at nødvendig informasjon er gitt til pårørende, hvis dette ikke allerede er utført av kommunen
- d) Vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av kommunal ledsager under behandling. Se retningslinje 15 *Følgepersonell ved innleggelse i SØ*
- e) Informerer fastlege om innleggelse av pasient

Planlagt behandling

Kommunens ansvar og oppgaver:

- a) Innleggende lege sender henvisning (*Den gode henvisning*), inklusive medikamentopplysninger
- b) Innleggende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilpasset transport/ ledsager til sykehuset
- c) Kommunen sender innleggelsesrapport/ meldeskjema, inklusive pasientopplysninger og navn på kontaktpersoner. Gjelder pasienter som mottar kommunale helsetjenester fra tidligere

SØs ansvar og oppgaver:

- a) Vurderer henvisningen etter gjeldende forskrifter og prioriteringsveiledere
- b) Foreslår eventuelt forebyggende helsetjenester, behandlingsmuligheter og oppfølgingsplan utenfor sykehus som alternativ til innleggelse der dette er relevant
- c) Innhenter supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, lege og pårørende ved behov
- d) Vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av kommunal ledsager under behandling. Se retningslinje 15 *Følgepersonell ved innleggelse i SØ*

Vedlegg

- Rutine ved innleggelse av somatiske pasienter
 - Meldeskjema
 - Pasient/ pårørendebrosjyre

Retningslinje nr. 5 – Utskrivning av pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester

Formål

Formålet med denne avtalen er å:

- a) Sørge for at pasienten opplever en best mulig sammenhengende helsetjeneste og unngå at det oppstår feil
- b) Sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt
- c) Sikre at pasienten mottar tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet)
- d) Sikre enighet om definisjon for utskrivningsklar pasient og kommunal betalingsplikt

Vilkår for når en pasient er utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) Problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart
- b) Øvrige problemstillinger som har framkommet skal være avklart
- c) Dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- d) Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- e) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen og forventet framtidig utvikling skal være vurdert
- f) Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives
- g) Epikrise eller tilsvarende informasjon inkludert medikamentliste skal følge pasienten ved utskrivelse

SØ er forpliktet, mot betaling fra kommunen, til å gi et tilbud til pasienten i påvente av at kommunen finner et forsvarlig tilbud. Dersom det oppstår uenighet om pasienten er utskrivningsklar, forsøkes saken løst gjennom dialog (se overordnet sam.avtale, kap. 11a)

Kommunal betalingsplikt

Kommunen skal betale det regionale helseforetaket for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i SØ i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Betaling skjer etter den døgnpris som til enhver tid er fastsatt i statsbudsjettet.

Følgende meldingsrutiner om utskrivningsklar pasient gjelder dersom betalingsplikten skal inntre:

- a) SØ gir melding senest innen 24 timer etter innleggelse om innlagt pasient, dvs. status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, dersom pasienten antas å ha behov for tiltak fra kommunehelsetjenesten etter utskrivning. Dersom vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av oppholdet, skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at et slikt behov foreligger
- b) Melding om utskrivningsklar pasient skal gis kommunen i tidsrommet 08.00 -15.30 alle dager, inkl. helge- og høytidsdager. Kommunen er forpliktet til å ha ett telefonnummer for meldingsutveksling som betjenes i samme tidsrom

- c) Kommunene gir så raskt som mulig tilbakemelding om pasienten kan mottas, senest innen 2 timer (i tidsrommet 08.00 – 15.30) fra kommunen mottok melding fra SØ. Dersom slik tilbakemelding ikke gis, inntreer betalingsplikten
- d) For pasienter som meldes utskrivningsklare på utreisedagen før kl. 12.00 inntreer betalingsplikten samme dag. Meldes pasienten etter kl. 12 (og før 15.30) inntreer betalingsplikten neste dag. Gjelder alle dager, inkl. helge- og høytidsdager. Uavhengig av betalingsplikten skal kommunen motta utskrivningsklar pasient så raskt som mulig
- e) Kommunal betalingsplikt inntreer ikke når SØ avstår fra å skrive ut pasienten, dersom pasienten er definert som utskrivningsklar og kommunen har akseptert å motta pasienten

Plikt til redegjørelse

Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger SØ har foretatt slik at det kan etterprøves at vurderingene er i tråd med denne retningslinje og forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Evaluerings

Punktet om kommunal betalingsplikt i denne retningslinjen avviker (positivt) fra forskriften som sier at varsling kan gjøres 24 timer i døgnet. Varslingsrutinen må derfor vurderes spesielt ifm. revisjon 01.07.2012

Vedlegg

- Rutine ved utskrivning av somatiske pasienter
 - Meldeskjema 1 – orientering om innlagt, somatisk pasient
 - Meldeskjema 2 – legeopplysninger
 - Meldeskjema 3 – sykepleieopplysninger
 - Meldeskjema 4 – sjekklister

Retningslinje nr. 11 – Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

Formål

Retningslinjen skal sikre en videreføring og utvikling av samarbeidet innenfor krise- og katastrofeberedskap på det akuttmedisinske området.

Bakgrunn

Plikten til å utarbeide omforente beredskapsplaner er slått fast i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven. I henhold til overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan (2007) skal kommuner og helseforetak samordne sine beredskapsplaner. Fylkesmannen er, som sektor- og samordningsmyndighet, tillagt en sentral rolle i samordning og koordinering. Det vises også til forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (2001-07-23). Jfr. *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* (2005-03-18)

Virkeområde

Retningslinjen gjelder helse- og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver i den akuttmedisinske kjeden, herunder krise- og katastrofeberedskap, og er avgrenset mot redningstjenester som ligger under Justis- og Politidepartementet v/ Hovedredningssentralen (HRS). Samvirkeprinsippet medfører dog at ressursene ved behov stilles til rådighet for HRS.

Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunalt helsepersonell i vakt, bil-, båt-, og luftambulanser, nødemeldetjenesten og mottak for akutt syke i kommuner og helseforetak.

Samarbeid innenfor krise- og katastrofeberedskap

Partene forplikter seg til å:

- a) samordne og dele egne planer for sosial- og helsemessig beredskap for større ulykker, kriser og katastrofer, samt pandemier, basert på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser), herunder planer for:
 - forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr
 - varsling og innkalling av personell
 - krisekommunikasjon
- b) samarbeide om opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse i krisehåndtering
- c) samarbeide om planlegging og gjennomføring av øvelser

Samarbeid knyttet til den akuttmedisinske kjede

Partene forplikter seg til å:

- a) videreføre samarbeidet i *Utvalg for akuttmedisinsk beredskap (UFAB)* med representasjon fra SØ og legevaktene i fylket
- b) holde hverandre oppdatert om tilbudet i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som nødvendig får behandling på rett behandlingssted/-nivå
- c) etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner
- d) avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner for utrykning og samhandling i akutte situasjoner i henhold til gjeldende lovverk
- e) tilrettelegge for og bidra til at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig akuttmedisinsk kompetanse, herunder kunnskap om system, ansvar og roller

Videre arbeid

Partene forplikter seg til, i løpet av 2012, å nedsette et klinisk utvalg som skal utvikle forpliktende samarbeidsrutiner knyttet til krise- og katastrofeberedskap.

Retningslinje nr. 12 - Samarbeidsformer

Partene er enige om at følgende samarbeidsformer videreføres fram til 1. Juli 2012. Overordnet samarbeidsavtale og retningslinjen revideres våren 2012, og samarbeidsformene videreutvikles i tråd med ny samarbeidsavtale og nytt lovverk.

Overordnet samarbeidsutvalg

Overordnet samarbeidsutvalg er et partssammensatt, overordnet strategisk og utviklingsorientert utvalg mellom Sykehuset Østfold (SØ) og kommune i Østfold.

Utvalget skal utrede økonomiske, formelle og andre problemstillinger som følge av ny sykehusstruktur i Østfold (SØ 2015) og samhandlingsreformen. Utvalget er rådgivende overfor kommunene i Østfold og SØ.

Administrerende direktør i SØ og styret i KS Østfold oppnevner 3 representanter hver. Utvalget møtes minimum 2 ganger pr. år. Leder for administrativt samarbeidsutvalg, jf. pkt. 2.2, er sekretær for utvalget. Leder og nestleder- funksjonen alternerer årlig mellom SØ og kommunene (er leder fra kommunene her skal leder i adm. samarbeidsutvalg, jf. pkt. 2.2) være fra sykehuset og motsatt for nestleder). Partene bærer selv egne kostnader.

Administrativt samarbeidsutvalg

Administrativt samarbeidsutvalg er et partssammensatt samarbeidsutvalg mellom SØ og kommunene i Østfold.

Oppgaver

Administrativt samarbeidsutvalg har ansvar for å

- a) følge opp og ha ansvar for vedlikehold av denne samarbeidsavtalen
- b) avgjøre saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter vedrørende samhandling om pasienter/ brukere
- c) opprette kliniske samarbeidsutvalg for ulike områder, jf. pkt. 2.3
- d) drøfte uenighetssaker og anbefale løsning, jf. Overordnet samarbeidsavtale kap.11b
- e) godkjenne rutiner og prosedyrer vedrørende samhandling om felles pasienter etter forslag fra kliniske samarbeidsutvalg eller en eller flere av partene
- f) arrangere samhandlingsforum, en felles arena for samhandling i Østfold, jf. pkt. 2.4
- g) fokusere på erfaringsutveksling, kompetanseoverføring og felles møteplasser
- h) bidra til utvikling og spredning av gode modeller for samhandling
- i) ha en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekter i Østfold

Sammensetning

Utvalget består av 5 representanter fra kommunene og 5 representanter fra SØ. Det oppnevnes vararepresentanter. Utvalgets medlemmer oppnevnes av og representerer henholdsvis kommunenes rådmenn og administrerende direktør i SØ. Medlemmene er ansvarlig for å etablere faste samarbeidsmøter med de kommuner som de representerer. Kommunenes 5 medlemmer representerer regionene/ kommunene slik:

Fredrikstad – Fredrikstad, Hvaler

Halden – Aremark, Halden

Indre Østfold – Askim, Eidsberg, Hobøl, Marker, Skiptvet, Spydeberg, Trøgstad

Moss – Moss, Rygge, Råde, Våler

Sarpsborg – Rakkestad, Sarpsborg

I tillegg deltar 2 observatører med tale- og forslagsrett:

- a) Brukerrepresentant utpekt av Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
- b) Praksiskoordinator (fastlege) i SØ – lege med koordinerende ansvar for praksiskonsulentene (fastleger)

Arbeidsform

Utvalget konstituerer seg selv, leder og nestlederfunksjon alternerer årlig mellom SØ og kommunene (funksjonsperiode for utvalget er fra september – september). Saker fremmes av partene gjennom representantene, som har et selvstendig ansvar for å bringe fram temaer/ saker til behandling. Vedtak forutsetter enstemmighet og forplikter partene. Den administrative ledelse i henholdsvis SØ og den enkelte kommune har ansvar for at vedtak gjennomføres.

Utvalget møtes minimum seks ganger pr. år og møteplan for funksjonsperioden avtales. Utvalget legger frem årsrapport i 1. kvartal. Sekretærfunksjonen tillegges SØ. Partene bærer ellers egne kostnader.

Kliniske samarbeidsutvalg

Administrativt samarbeidsutvalg kan opprette faste eller midlertidige kliniske samarbeidsutvalg for aktuelle faglige og/ eller administrative utfordringer. Mandat og tidsramme for arbeidet fastsettes. Kliniske samarbeidsutvalg er partssammensatt og følger som hovedregel de samme prinsippene for representasjon og arbeidsform som administrativt samarbeidsutvalg. Oppnevning skjer etter forslag fra partene og det bør tilstrebes brukerrepresentasjon, jf. kap. 9 i Overordnet samarbeidsavtale. Kliniske samarbeidsutvalg rapporterer til administrativt samarbeidsutvalg.

Samhandlingsforum

Samhandlingsforum har som formål å skape en arena for drøfting av ulike tema som omhandler samhandling, fag- og tjenesteutvikling, undervisning og veiledning. Forumet avholdes to ganger per år – i høstsemesteret for sykehusets ledelse og kommunenes administrative og politiske toppledelse, og i vårsemesteret for fagpersonell og mellomledere. Partene har selv et ansvar for å melde inn temaer.



Styringsnotat for utvikling av helse- og omsorgstjenester Rakkestad kommune 2012-2015

Saksnr. 12/111
Dato: 23.01.2012

Journalnr. 872/12 Arkiv 060 &23



RAKKESTAD
mangfold og samhold

INNLEDNING

Samhandlingsreformen ble presentert første gang for tre år siden som regjeringens mottrekk mot betydelig økende kostnader til helsetjenester hver år – en utgiftsvekst Norge om få år ikke vil ha bærekraft til å tåle.

Samhandlingsreformen er innført med nytt lovverk for kommuner og spesialisthelsetjenesten med virkning fra 1. januar 2012. Viktigste lovendringer for kommunene er:

- Medfinansiering medisinske pasienter
- Ansvar for alle utskrivningsklare pasienter
- Lovpålagt ansvar for folkehelsearbeid

I det store og hele er likevel Samhandlingsreformen først og fremst en retningsreform hvor målsetningen er å vri samlet innsats mer i retning av å forebygge sykdom, behandle sykdom på lavest mulig innsatsnivå, samt bedre koordinert innsats mellom tjenestenivåene når sammensatt og avansert behandling er nødvendig. Kostnadskrevende kapasitet i spesialisthelsetjenesten skal brukes så rasjonelt som mulig. Der igjennom vil kommunene få tilleggsoppgaver i form av utskrivningsklare pasienter og økte forventninger om å unngå innleggelser i enklere tilfeller.

Status for Rakkestad kommune

Oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten mot kommunene vil kreve økt kapasitet på plasser og personell. I tillegg vil nye oppgaver kreve annen kompetanse blant personalet innen flere faggrupper.

Denne utviklingen kommer i tillegg til de utfordringer kommunene allerede har stått overfor i forhold til tilstrekkelig kapasitet for å ivareta eldreomsorg i takt med den såkalte eldrebølgen.

I forhold til noen nøkkeltall i KOSTRA har Rakkestad kommune følgende status:

	RAKKESTAD	KOMMUNEGR. 10	ØSTFOLD	LANDET u/ Oslo
Legeårsverk/10.000 innbyggere	8.1	9.5	9.5	9.6
Fysioterapiårsverk/10.000 innbyggere	8.4	8.3	7.4	8.6
Andel plasser enerom i institusjon	85.5	92.8	89.1	93.5
Andel innbyggere over 80 år i institusjon	12.3	13.2	11.9	13.9

Økonomi

Rakkestad kommune mottar 9,2 millioner som del av rammetilskuddet beregnet mot kommunens forventede kostnader knyttet til Samhandlingsreformen.

Det største økonomiske elementet er 20% medfinansiering for alle pasienter som er innlagt til medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunens kostnader i 2012 er beregnet på grunnlag av bruk i 2010, og er beregnet til ca. 7,2 millioner kroner.

Videre har kommunen betalingsansvar for alle utskrivningsklare pasienter som blir liggende i sykehus på grunn av manglende mulighet til å ta i mot pasienten. Døgnsats for dette er for 2012 satt til kr. 4000. Rakkestad kommune har ikke hatt store kostnader knyttet til overliggende pasienter inntil 2012. Inntil 2012 har kommunen betalt for pasienter som har ligget mer enn 8 døgn i sykehus etter at de var utskrivningsklare. Dette har medført at kommunens rutiner med inntaksmøter kun en gang i uken inntil nå har vært tilstrekkelig.

MÅLSETNINGER

Overordnet målsetning for helse- og omsorgstjenestene i Rakkestad kommune er å løse tjenestebehovet i størst mulig grad innenfor egne rammer.

Nærhet til tjenestene for innbyggere veier tungt i denne sammenheng, og kjenneskap til brukere er en ressurs.

For enkeltsaker med spesielle kompetansebehov eller særskilt behov for ressurser er det ikke realistisk at egne tjenester skal kunne løse dette - verken forsvarlig eller kapasitetsmessig.

I slike tilfeller vil en naturlig samarbeidspartner være Sarpsborg kommune.

UTVIKLING I GRUNNLEGGENDE TJENESTER – KAPASITET OG KOMPETANSE

Videre utvikling innen helse- og omsorgstjenestene vil kreve et tydeligere skille på **pleie- og omsorgstjenester** fra **helse- og rehabiliteringstjenester** enn det som er tilfelle i dag.

Pleie- og omsorgstjenester omfatter først og fremst langtidsplasser i institusjon, omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorgstjenester og øvrige hjembaserte tjenester. Demensomsorg representerer et eget fagområde innen pleie- og omsorgstjenestene. Grunnleggende tjenester innen tilbudet for utviklingshemmede hører også inn under pleie- og omsorgstjenester.

Helse- og rehabiliteringstjenester omfatter i første rekke alle typer korttidsplasser i Skautun. Disse plassene er imidlertid helt avhengig av fagttjenester i Familiesenter og legetjenester organisert under Utvikling og beredskap for å være et fullverdig tilbud. Behandling og rehabilitering omfatter også tilbud til hjemmeboende og tilbud gitt ved privat fysioterapitjeneste.

Videre utvikling må ha fokus på **KAPASITET** og **KOMPETANSE**. Dette er det grunnleggende faktorene å kunne imøtekomme de utfordringer helse- og omsorgstjenestene utsettes for.

Kapasitet: Plasser innen institusjon og heldøgns pleie- og omsorg

Både pleie- og omsorgstjenester og helse-/rehabiliteringstjenester er avhengig av riktig kapasitet på institusjonsplasser og omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorg. Det er kun i omsorgsboliger tilknyttet Skautun-komplekset det er mulig å opprettholde rasjonell bemanning tilsvarende heldøgns omsorg. Øvrige kommunale botilbud er derfor ikke tatt med videre i denne sammenheng.

I forhold til de strategier som er lagt gjennom budsjett, økonomiplan og planer øker kommunens **kapasitet på institusjonsplasser med 25 plasser frem mot 2015**. Dette er ikke mer enn behovet tilsier, men også opp mot hva bærekraft skulle tilsa.

Det er ikke økning av antall omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorg i perioden, men gjennom nybygg til erstatning for boliger som går til institusjon søkes kapasiteten opprettholdt.

Utvikling i plasser og boliger med høyt omsorgsnivå ser da slik mot 2015:

Omsorgsboliger - heldøgns pleie og omsorg		
	2012	2015
Fiolen	10	
Bjørkebo	16	16
Helsehusvn.	10	
Andebo	13	10
Nybygg	0	25
	49	51

Institusjonsplasser		
	2012	2015
Avd. B	11	8
Avd. A	10	15
Avd. C	12	12
Avd. D	10	10
Avd. E	12	12
Lyngen	12	12
Fiolen		10
	67	79

Med omgjøring av Lyngen og Fiolen til sykehjemsplasser øker antall sykehjemsplasser med 22.

Det er nødvendig med større kapasitet på rehabiliterings-, behandlings- og andre typer korttidsplasser i institusjon. Dette krever ikke enerom, og derigjennom økes antall institusjonsplasser ytterligere.

Av disse plassene vil 4 plasser være øremerket utskrivningsklare pasienter, og etter hvert også brukes til sykdomstilfeller som trenger pleie og tilsyn tilsvarende institusjon, men hvor sykehusbehandling ikke er påkrevd.

Demensplanen følges opp gjennom tilpasninger i avdeling B og Andebo. For å ha bedre tilrettelagte bomiljøer og gi plass til et tilfredsstillende dagtilbud for demente i samme enhet reduseres antall plasser noe.

Totalt vil antall langtidsplasser øke anslagsvis med 12 plasser. Antall korttidsplasser (rehabilitering, avlastning, utskrivningsklare m.m.) øker anslagsvis med 15 plasser, og totalt øker antall plasser fra 55 i 2012 mot 79 plasser inn mot 2015.

Antall omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorg holdes tilnærmet stabilt ved å erstatte Lyngen og Fiolen, samt nye boliger i Helsehusveien med nybygg tilknyttet Skautun.

Kompetanse: Organisering av tjenester

Seksjon Skautun og seksjon Hjembaserte tjenester har frem til 2012 vært rent driftsmessig organisert. Skautun har i sin avdelingsinndeling vært preget av mange påbygginger. Hjembaserte tjenester har en organisering som er rent geografisk betinget.

I løpet av 2011 er det gjennomført organiseringsprosesser i Skautun som endrer fokus mot målgruppe og ulike kompetansebehov. Fra og med åpning av Lyngen som ny sykehjemsavdeling organiseres Skautun med egen enhet for Langtidsplasser og egen enhet for Korttidsplasser, inkludert utskrivningsklare, avlastning og rehabilitering.

Rutiner og delegasjon for tildelingsutvalget legges om for å imøtekomme behovet for fortløpende vurdering til plasser forbeholdt utskrivningsklare pasienter og etter hvert erstatning for sykehusinnleggelse.

Demensomsorgen krever særskilt kompetanse og organiseres derfor i egen enhet som skal dekke både institusjons- og hjembaserte tjenester.

I hjembaserte tjenester samles dessuten tjenester med heldøgns pleie- og omsorg til en egen enhet. Dette er i dag fordelt på alle de tre geografisk baserte enhetene.

Prosesser i Hjembaserte tjenester er ikke startet opp. De vil igangsettes i løpet av februar 2012, og endelig organisering vil neppe være på plass før boligformålene også er ferdigstilt inn mot 2015.

Personalet organisert mot ulike målgrupper med ulike kompetansebehov er kompetansegivende i seg selv. Alle blir gode på det de jobber mye med. Kompetanseutvikling og kompetanseplaner blir dessuten lettere å tilrettelegge da ikke alle skal ha kunnskap og oppdatering om alt.

Kompetanse: Sykepleiere og annet høgskolepersonell

Med økte faglige utfordringer både i Hjembaserte tjenester og Skautun øker behovet for andel høgskolepersonell i grunnturnusene. I alle prosesser med økt bemanning og nye turnuser er det lagt inn fortetting av høgskolepersonell. Det samme kan vurderes i alle stillinger ved ledighet.

Denne situasjonen er lik for alle kommuner, og allerede nå har kommunen utfordringer med å rekruttere kvalifiserte sykepleiere i alle stillinger. Arbeid med å øke deltidsstillinger har dessuten vist at kommunen ikke har en reservekapasitet blant ansatte i deltidsstilling. Arbeidet med bevisste rekrutteringsstrategier blir derfor sentralt videre i 2012, og egne rekrutteringspakker blir et tema.

Som et tiltak for å sikre forsvarlighet i det daglige arbeidet er det igangsatt utredning mot egen sykepleierturnus på tvers av enheter i hjembaserte tjenester. Dette sikrer rasjonell bruk av sykepleierkompetansen og gjør vakter mindre sårbare i forhold til sykepleierdekning. Dette vil kunne innføres allerede fra sommeren 2012.

Kompetanse: Annet høgskolepersonell

Tidligere utskrevne pasienter har vært en merkbar utvikling også før lovendring i januar 2012. I løpet av 2011 ble både private fysioterapitjenester og kommunal hjemmel knyttet mot institusjon og rehabilitering styrket.

Det samme gjelder jordmortjeneste. Kapasiteten er nå doblet etter vedtak i budsjettet. I tillegg er helsesøster-ressursene økt gjennom budsjett 2012.

Fagtjenester innen Familiesenter vil videre ha en sentral funksjon i alle helseforebyggende oppgaver, men ressursbehov er ikke utredet før en folkehelsekartlegging foreligger for kommunen.

Kommunen har, i likhet med landet for øvrig, økte utfordringer innen rus- og psykiatriomsorg, og vi har ikke oppfølgingskapasitet utover de mest trengende sakene. Dette er ikke direkte relatert til endringer gjennom Samhandlingsreformen. Revisjon av rusmiddelpolitisk handlingsplan og psykiatriplan som deler i Helse- og omsorgsplan må kartlegge må gi svar på hva slags tjenestetilbud vi skal prioritere kommunalt og nødvendig arbeidsfordeling og kapasitet i forhold til dette.

Kapasitet og kompetanse: Legetjenester

Knyttet til nytt lovverk følger også revidert forskrift for fastlegeordningen. Denne er ikke ferdigstilt, men høringsutkastet tillegger fastleger blant annet større forebyggende fokus for sine listepasienter. Kombinert med forventet større behov for oppfølging av tidligere utskrevne pasienter fra sykehus, må Rakkestad kommune forvente å øke antall fastlegehjemler, kanskje allerede inneværende år.

Med utbygging av Skautun øker dessuten behovet for institusjonslege.

Kommunen har i dag 0,5 årsverk for institusjonslege, inkludert utvidelse gjennom budsjett 2012. Dette er noe under anbefalt norm i forhold til type plasser og antall pasienter. Ved videre utbygging av antall institusjonsplasser, samt flere korttidsplasser med behov for større legedekning, må hjemmel for institusjonslege økes til noe i overkant av et helt årsverk.

Kommunale legetjenester innen institusjon, helsestasjon og skolehelsetjeneste er i dag basert på fastlegeavtalene og kommunens anledning til å inngå avtale på inntil 8 timer kommunale oppgaver. Legene er ikke forpliktet til å inngå avtaler utover 8 timer pr. uke, men allerede i dag er kommunal oppgavedekning avhengig av utvidede avtaler med fastlegene. Ved ytterligere økning av kommunale legeoppgaver må det vurderes andre typer ansettelsesforhold og stillingskombinasjoner enn dagens løsning som i all vesentlig grad er basert på fastlegeavtalene.

Tilsvarende vil økte krav til forebyggende tiltak kreve noe utvidelse av legetimer innen helsestasjons- og skolehelsetjeneste. I budsjett for 2012 ligger det en økning på 4 timer/uke som skal være rettet mot generelt forebyggende arbeid. Disse er ikke tatt i bruk.

UTVIKLING - FOLKEHELSE OG FOREBYGGENDE TJENESTER

Folkehelse skal gjennomsyre kommunal virksomhet for hele livsløpet og på alle tjenesteområder.

Grunnleggende forebyggende helsearbeid utføres først og fremst av faggruppene innen Familiesenter, men i tiltaksarbeid er lagt flere enheter involvert. Nærmere 40 løpende tiltak er relatert til og rapporteres under folkehelseprogrammet for 2011. Slike tiltak videreføres etter evaluering og behov.

Utover dette vil Folkehelsearbeidet endre karakter med innføring av ny Folkehelselov fra januar 2012.

Kommunen er nå pålagt å kartlegge helsetilstand og årsakssammenhenger blant egne innbyggerne. Et betydelig informasjonsmateriale foreligger allerede gjennom Folkehelseinstituttet og ny database som er tilgjengeliggjort fra desember 2011. Fylkeskommunen og Østfoldhelse gjennomfører for tiden en større helseundersøkelse for alle kommuner i Østfold.

Dette materialet må imidlertid analyseres, og eventuelt suppleres med lokale kartlegginger.

Største utfordring for Folkehelsebildet i Norge er sosiale helseforskjeller og at disse øker. Rakkestad kommune vil ha som målsetning å ha et samlet grunnlagsmateriale for helsetilstand i løpet av første halvår 2013. Dette materialet må inkludere sosiale helseforskjeller.

Først etter grundig kartlegging av dette materialet vil det være mulig å sette ny tiltaksplan for folkehelsearbeid i Rakkestad.