

Styret i Helse Nord RHF's høringsuttalelse – forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vedlegg til endelig vedtak i styresak 3-2011

Bakgrunn og formål

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har sendt ut forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester på høring. Dette forslaget sendes ut samtidig med forslag til ny folkehelselov. Begge disse lovforslagene vil sammen med ny nasjonal helse- og omsorgsplan være å forstå som Regjeringens viktigste grep for oppfølging av samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Sett i sammenheng vil lovforslagene erstatte *loven om kommunehelsetjenester, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet*.

Den nye loven har flere formål:

- Å harmonisere den kommunale helse- og sosiallovgivningen gjennom en ny felles lovgivning
- Å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordelingen både innad i kommuner og mellom forvaltningsnivåene
- Å legge til rette for at kommunene skal bli bedre i stand til følge opp ansvar og oppgaver som følger av samhandlingsreformen

Hovedtrekk i lovforslaget

De viktigste elementene i lovforslaget kan oppsummeres slik:

- Kommunenes overordnede ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester tydeliggjøres som et "sørge-for-ansvar", i tråd med måten dette ansvaret i 2001 ble presisert for spesialisthelsetjenesten i helseforetaksloven. I tråd med historiske forutsetninger for det kommunale selvstyret i Norge, gir loven ingen anvisning med hensyn til hvordan dette ansvaret skal ivaretas i forhold til måter å organisere tjenester på.
- De plikter kommunene er pålagt gjennom de lover som avløses av ny lov, blir i hovedsak videreført, men utformes på en mer overordnet og profesjonsnøytral måte.
- Det presiseres at kommunene må planlegge, organisere, gjennomføre og overvåke, evaluere og justere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov og forskrift. Tilsvarende presiseringer er foreslått tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven.
- Det klassiske skillet mellom helse- og omsorgstjenester oppheves, med den konsekvens at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter loven.
- De pasient- og brukerrettigheter som i dag er knyttet til tjenestene videreføres, men samles i pasientrettighetsloven.
- Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid tydeliggjøres (jf. egen høringssak om forslag til ny folkehelselov).

- Det stilles lovbestemte krav om at alle virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten skal drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten og det systematiske arbeidet for kvalitetsforbedring.
- Det lovfestes å etablere et avtalesystem mellom kommuner og helseforetak som skal sikre at aktører og enheter på ulike nivåer samhandler og koordinerer tjenestene slik at pasientene mottar helhetlige og sammenhengende tjenester.

Noen innholdsmessige presiseringer i den nye loven

Ovennevnte kulepunkter av mer generell art er supplert med mer utfyllende og konkretiserte bestemmelser i høringsdokumentet for den nye loven. I dette avsnittet listes noen av de viktigste:

- Kommunenes ansvar for å tilby forsvarlige tjenester, inkludert forsvarlighetskrav på systemnivå, inkludert krav til å ha forsvarlige journal- og informasjonssystemer
- Forskriftshjemmel til å pålegge elektronisk føring av pasientjournal
- Krav om koordinator for pasienter med behov for langvarige tjenester som forutsettes samordnet, og om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Kommunen gis hovedansvar for å utarbeide individuell plan for pasienter som har behov for tjenester fra begge nivåene, men med krav om medvirkning fra spesialisthelsetjenesten.
- Det foreslås å forskriftsfeste kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester, basert på kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsgrupper som skal omfattes.
- Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter lovfestes.

I høringsnotatet drøftes forutsetninger for at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelser for pasienter som har behov for døgnopphold, observasjon, undersøkelse eller behandling. Det argumenteres med at forslaget om kommunal medfinansiering vil være et tilretteleggende insitament for kommunal etablering av slike alternativer i kommunal regi. Likevel ber departementet høringsinstansene om særskilt å vurdere behovet for å lovfeste en plikt for kommunene til å sørge for døgntilbud på intermediært nivå (prehospitale observasjonssenger m. m.).

Departementet foreslår å videreføre dagens kommunelegeordning og betoner samtidig fastlegenes sentrale rolle for å nå målene i samhandlingsreformen. I høringsnotatet foreslås en presisering av gjeldende forskriftshjemmel om at det kan gis forskrifter om kvalitets- og funksjonskrav. I den forbindelse tar departementet sikte på (etter hvert) å foreslå endringer i fastlegeforskriften, slik at den mer blir regulert i forskrift og mindre i avtaleverket. Det vurderes å presisere denne forskriften med hensyn til hvilke tjenester fastlegene har ansvar for å gi listepasientene, samt å vurdere nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende krav om rapportering.

Fordi forslaget om ny lov for kommunale helse- og sosialtjenester er å forstå som nødvendige tilpasninger til den forestående samhandlingsreformen, har den også konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, og forutsetter derfor også justeringer og tilføyelser i denne lovgivningen. Her nevnes noen av disse:

- Ordningen med pasientansvarlig lege avvikles og å erstattes med en pasientansvarlig koordinator med et mer avgrenset virkeområde enn det som var forutsatt for pasientansvarlig lege.
- Spesialisthelsetjenesten pålegges å inngå avtaler med kommunene om utskrivningsklare pasienter.

- Hensynet til effektiv elektronisk samhandling skal vektlegges ved anskaffelse og videreutvikling av journal- og informasjonssystemer.
- Meldeplikten etter § 3-3 om hendelser som har ført til eller kunne ført til betydelig personskade, skal ikke som før gå til Helsetilsynet, men adresseres til Nasjonalt kunnskapssenter. Med denne endringen vil meldeplikten inngå som ledd i et læringssystem, med forbedring – istedenfor kontroll og sanksjon – som formål.
- Lovfesting av krav til arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet

Lovforslaget omhandler ikke helsetjenesten på Svalbard.

Helse Nord RHF's vurderinger av forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Helse Nord RHF vurderer den foreslåtte harmonisering av lovgivningen på det kommunale helse- og omsorgsfeltet som helt nødvendige tilpasninger til den forestående iverksetting av samhandlingsreformen. Det vurderes som entydig positivt at kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenestene tydeliggjøres og at kommunene dermed gis et "sørge-for-ansvar" på linje med det ansvar de regionale helseforetakene i dag har for spesialisthelsetjenesten. Helse Nord RHF vil også aktivt bifalle de åpninger forslagene i høringsnotatet gir for å løse "sørge-for-ansvaret" i samarbeid med andre offentlige eller private virksomheter, der forutsetningene for fullstendig egenregi ikke er tilstede. Dette vil særlig være aktuelt for små kommuner. For øvrig vurderes det som viktig at den samlede lovgivning, inkludert spesialisthelsetjenesteloven, justeres og tilpasses på en konsistent og sammenhengende måte, slik at de primære ansvarsområdene mellom nivåene er så godt og entydig avklart som mulig. En slik avklaring er det beste grunnlaget for god samhandling.

Samarbeid og avtaler mellom kommuner og helseforetak

Det er i løpet av de siste årene inngått en rekke samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. I mange deler av landet har slike avtaler lagt et grunnlag for bedre samarbeid mellom nivåene, men det materielle innholdet i disse avtalene er nok til dels svært forskjellig i ulike foretaksområder. Helse Nord RHF stiller seg derfor positivt til forslaget om en sterkere formalisering av samhandlingen gjennom å lovfeste kravet om inngåelse av slike avtaler. Erfaringene med inngåelse, vedlikehold og oppdatering av slike samarbeidsavtaler med kommunene har imidlertid lært oss at slike prosesser i sum kan bli svært transaksjonskrevende. Det er derfor ønskelig at det utvikles nasjonale maler som i overordnet forstand regulerer innholdselementene i slike avtaler, og at det legges opp til avtaleprosesser som i størst mulig grad standardiserer innholdet i avtalene med de enkelte kommuner. Det er derfor en forutsetning for å få håndterlige avtaleprosesser at kommunene i det enkelte foretaksområde innbyrdes samordner sine interesser vis a vis helseforetakene.

Fastlegens rolle

Helse Nord RHF vil gi tilslutning til forslaget i høringsnotatet om å presisere gjeldende forskriftshjemmel slik at det kan gis forskrifter om kvalitets- og funksjonskrav for fastlegenes virksomhet. Det bør tilrettelegges for avtaler som knytter fastlegenes ansvar sterkere til kommunenes samlede ansvar i helse- og sosialtjenesten og hvor fastlegenes oppgaver tydeliggjøres. Det er behov for å styrke kravene til kvalitet og dokumentasjon av praksis. Med utgangspunkt i dokumentasjon av praksis og praksisvariasjon, er det viktig å etablere gode og likeverdige dialoger mellom fastlegene/kommunene og spesialisthelsetjenesten om hva som er god praksis. Det er videre viktig at spesialisthelsetjenesten legger til rette for den faglige understøttelse av kommunene og fastlegene som kan styrke kvaliteten i hele pasientforløpet.

Helse Nord RHF ser disse forslagene primært som en justering og videreutvikling av en fastlegereform som i hovedsak må vurderes som vellykket.

Profesjonsnøytral utforming:

Høringsnotatenes forslag om en mer overordnet og profesjonsnøytral utforming av de kommunale pliktene vurderes som positivt i forhold til å bygge ned fragmenterte og suboptimaliserte løsninger basert på revirtenkning. Dette vil kunne åpne for mer profesjonsnøytrale organisasjonsmodeller, og mer fleksible, innovative og samarbeidsorienterte arbeidsmåter. For å lykkes med dette må også utdanningssystemet i større grad stimulere til utvikling av mer tverrfaglige samarbeidskulturer. Anvendt på mange små og rekrutteringsmessig sårbare kommuner er det likevel grunn til å påpeke at profesjonsnøytraliteten også kan innebære risiko i forhold til de viktige hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet som ellers framheves i høringsnotatene. Slik Helse Nord RHF ser det, bør det derfor vurderes om tjenestene – i lov eller forskrifts form – bør gis et såpass tydelig og substansielt definert innhold, at det vil fremgå hvilken kompetanse som kreves for å utføre en oppgave.

Kvalitet, pasientsikkerhet og læring

Helse Nord RHF sier seg svært tilfreds med at hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet er så sterkt vektlagt i høringsnotatet til ny kommunal helse- og omsorgslov. Det gis derfor tilslutning til forslaget om å innføre en ny bestemmelse om plikt til systematisk pasientsikkerhetsarbeid i ny helse- og omsorgslov, og en tilsvarende bestemmelse foreslås tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven. Helse Nord RHF gir også støtte til forslaget om at internkontrollforskriften revideres med hensyn på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringsarbeid. Det gis videre støtte til at forsvarlighetsplikten gjøres gjeldende for kommunene på samme måte som for spesialisthelsetjenesten, og til den presisering av forsvarlighetsplikten som forutsetter at kommunen tilrettelegger sine tjenester på en integrert og samordnet måte.

Helse Nord RHF gir ellers tilslutning til forslaget om at adressat for meldeordningen (om skader m. m.) endres fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Den foreslåtte endringen på dette punkt vil kunne bidra til å øke rapporteringen, skape bedre tillit mellom aktørene og bidra til utviklingen av bedre læringskultur i fagmiljøene.

Kommunale døgntilbud for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

En av de viktigste begrunnelsene for samhandlingsreformen, er å legge til rette for en mer bærekraftig utvikling av helsetjenesten gjennom å avlaste sykehusene for oppgaver som lar seg løse på et lavere omsorgsnivå. Det viktigste virkemidlet for å oppnå dette, er utvikling av intermediært tilbud i kommunene, slik at fastlegene gis alternativer til sykehusinnleggelse for enklere medisinske tilstander. Slike tilbud (sykestuesenger, observasjonssenger e.l.) kan etableres i egenregi eller gjennom interkommunalt samarbeid. Etter Helse Nord RHF's vurdering er dette et så fundamentalt element i samhandlingsreformen at plikten til å etablere slike tilbud bør lov- eller forskriftsfestes. Helse Nord RHF ser at det kan bli krevende å iverksette en slik plikt allerede fra 2012. Det avgjørende er at det økonomiske grunnlaget for etablering av slike kommunale døgntilbud understøttes av de finansieringsordninger som vedtas.

Ansvar for å koordinere tjenester

Behovet for å samordne tjenester er en viktig bærende idé i samhandlingsreformen. Helse Nord RHF støtter derfor forslagene om å presisere plikten til etablering av koordinerende tjenester både i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester og i loven om spesialisthelsetjenester. Det vurderes også som hensiktsmessig at hovedansvaret for utarbeidelse av individuell plan legges til kommunen. Både nærhets- og kontinuitetshensyn tilsier en slik løsning. Ordningen med pasientansvarlig lege kan knapt sies å ha fungert spesielt godt. Helse Nord RHF er derfor enig i forslaget om å avløse denne ordningen med en pasientansvarlig koordinator. Denne rollen som koordinator i spesialisthelsetjenesten forutsettes å kunne innehas av andre enn leger, men Helse Nord RHF foreslår at det stilles krav om helsefaglig utdanning for innehaveren.

Helsetjenesten på Svalbard

I dag er ansvaret tillagt Helse Nord, både for kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester, herunder helsemessig beredskap for kriser og katastrofer. I gjennomføring av ny helselovgivning må Helse Nord gis ressursmessige rammebetingelser som avspeiler det samlede ansvaret, tilsvarende som for fastlands-Norge.

Finansieringsordninger – kommunal medfinansiering

Helse Nord RHF ser at det er flere argumenter som taler mot innføring av kommunal delfinansiering:

- 1) Både danske og norske beregninger dokumenterer svak eller ingen sammenheng mellom dimensjoneringen av henholdsvis kommunale helsetjenester og forbruket av spesialisthelsetjenester.
- 2) Kommunene har ingen styring med fastlegenes henvisningspraksis.
- 3) Medfinansiering som incitament for utvikling av egne tilbud vil derfor ha usikker, men mest sannsynlig svak effekt.
- 4) En ordning med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester vil svekke den finansielle forutsigbarheten både for helseforetakene og kommunene. Risikoen for helseforetakene er at det må avgis penger uten å vite hvor meget man får tilbake. For kommunene er det en utfordring at de i liten grad har kontroll med sykehusforbruket. Denne mangelen på forutsigbarhet vil i særlig grad kunne ramme små kommuner.

Helse Nord RHF's prinsipale vurdering er derfor at en mer direkte og målrettet finansieringsordning ville gitt en raskere og mer effektiv måloppnåelse. De alternative medfinansieringsordninger som foreslås i høringsnotatet er imidlertid mer avgrenset enn opprinnelig forslag i stortingsmeldingen, og inneholder dermed også mindre risiko. Helse Nord RHF vil gi subsidiær tilslutning til det alternativet som innebærer 20 prosent DRG-basert medfinansiering av medisinske pasienter. Dette alternativet foretrekkes klart framfor det alternativet som begrenser medfinansieringen til medisinske pasienter over 80 år. En slik aldersavgrenset ordning vil kunne oppfattes som diskriminerende i forhold til eldre pasienters tilgang til sykehustjenester og dessuten ha for svak finansiell stimulerings effekt.

En medfinansieringsordning med 20 prosent DRG-takst for inneliggende og polikliniske pasienter, vil gi et nasjonalt uttrekk for den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten på ca 3,6 mrd kroner, hvilket for Helse Nord tilsvarer i underkant av 400 mill kroner. Dersom kommunene reduserer sitt sykehusforbruk med 10 prosent, vil "tapte" DRG-inntekter utgjøre anslagsvis 40 mill kroner, antagelig betydelig mindre fordi DRG-vekten må forventes å være klart lavere enn gjennomsnittet (DRG-vekt=1,0) for de pasientene kommunene overtar.

Den usikkerhet som knytter seg til medfinansieringsordningen tilsier behov for en løpende dokumentasjon og evaluering av faktisk utvikling. Helse Nord RHF vil dessuten påpeke behovet for løpende – gjerne månedlige – avregninger av ISF-inntekter, slik at partene raskest mulig kan tilpasse finansieringsordningen.

Finansieringsordninger – styrking og eventuell øremerking av kommunenes rammer

Det vil ikke være mulig for kommunene å finansiere alternativer til sykehusinnleggelse gjennom å bli tilført 20 prosent av DRG-satsen for en pasient. Også i høringsnotatet er det spor av denne erkjennelsen. Følgelig må det legges mer penger i potten, først og fremst gjennom at intermediærtilbud delfinansieres via kommunenes rammetilskudd, men også gjennom spleiselag med helseforetakene. Slike spleiselag må eventuelt konkretiseres i de avtaler som inngås mellom helseforetakene og kommunene. Helse Nord RHF mener at en opptrappingsplan over flere år, understøttet av en øremerket styrking av kommunenes rammer til dette formålet, ville være et effektivt virkemiddel for å realisere samhandlingsreformens ambisiøse målsettinger.

Finansieringsordninger – spleiselagsmodeller

Spleiselagsmodeller er allerede i dag etablert, både for sykestuene i Finnmark og for distriktsmedisinske sentre i Helse Midt-Norge. Disse modellene er i hovedsak basert på en tredelt finansiering med det regionale helseforetak, helseforetakene og kommunen som likeverdige finansielle bidragsytere. Det kan sies mye positivt om denne modellen som - under gitte forutsetninger - har vist seg bærekraftig i ovennevnte områder. En storskala implementering må imidlertid forventes å være noe mer finansielt krevende for RHF-/HF-nivået enn dagens begrensede implementering. Dersom kommunene får hånd om 20 prosent av DRG-satsen, vil det dessuten være nødvendig å nedjustere RHF-enes og helseforetakenes andel av den totale finansiering i en spleiselagsmodell. Forutsetningene for slike spleiselagsmodeller bør derfor utredes nærmere, som ledd i et samlet finansieringsregime.

Finansieringsordninger – sykestuene i Helse Nord

Sykestuene har en helt spesiell tradisjon, funksjon og begrunnelse i et fylke der avstandene til sykehus er eksepsjonelt store for nærmere to tredeler av befolkningen. Inntil ganske nylig ble imidlertid sykestuene i Finnmark vurdert som en stor økonomisk belastning både for Helse Finnmark HF og for de 16 sykestuekommunene. Gjennom sykestueprosjektet – i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Helse Nord RHF, Helse Finnmark HF og kommunene – har vi imidlertid lyktes med å konsolidere den økonomiske situasjonen for sykestuene. Dette har skjedd gjennom tilførsel av midler fra både HOD og Helse Nord RHF. Det treårige samarbeidsprosjektet gir inntak til kunnskap og erfaringer som antas å ha betydelig nasjonal relevans for samhandlingsreformen og særlig for andre utkantområder, både i Nord-Norge og andre deler av landet. Helse Nord RHF vil understreke den helt spesielle faglige og avstandsmessige begrunnelse for sykestuene i små kommuner.

Hensynet til generelle nasjonale modeller må derfor ikke bli til hinder for å håndtere de spesielle behov og utfordringer som knytter seg til opprettholdelse og videreutvikling av sykestuene og at disse sikres en bærekraftig finansiering.

Med unntak for sykehuskommunene Hammerfest (inkludert Kvalsund) og Sør-Varanger, må det antas at effekten av intermediærløsninger (les: sykestuene) på sykehusforbruket langt på vei allerede er tatt ut, og kommunene har allerede fått tilført ressurser fra helseforetakene som medfinansiering av sykestueplassene. Det er følgelig nødvendig å konsekvensvurdere forslagene i høringsnotatet i forhold til sykestuene i Finnmark.

Helse Nord RHF vil derfor foreslå at disse problemstillingene vies særskilt oppmerksomhet av departementet, og at samarbeidet gjennom sykestueprosjektet bør kunne skape et grunnlag for å komme fram til gode løsninger.

Finansieringsløsninger – sekvensiell innfasing av ulike delsektorer

Samhandlingsreformen vurderes som transaksjonsmessig krevende for alle parter. Det er viktig å komme i gang, men mulighetene for å lykkes vurderes som bedre gjennom en trinnvis implementering. Helse Nord RHF foreslår derfor at medfinansieringsmodellen i første omgang (fra 1. januar 2012) avgrenses til den somatiske virksomheten. Dermed er det ikke sagt at psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller rehabilitering er mindre viktig for samhandling. På disse fagområdene er det imidlertid et behov for å gjøre enn innholdsmessig avklaring av arbeidsdelingen mellom nivåene: Hva som er spesialisthelsetjenester og hva som er kommunehelsetjenester. Helse Nord RHF vil derfor foreslå at disse spørsmål prioriteres for faglig utredning. I forlengelsen av en slik helsefaglig utredning, bør det også avklares, hvilke finansieringsordninger som bør legges til grunn for en eventuell med- eller samfinansiering av disse tjenestene.

Helse Nord RHF vil ellers tilrå at det åpnes for piloter og forsøksordninger på områder som foreløpig ikke er tilrettelagt for storskala nasjonal implementering. Slike utprøvende forsøk gir grunnlag for erfaring og læring som i neste omgang kan bidra til å kvalitetssikre gjennomføring av nasjonale løsninger. Helse Nord RHF vil videre be departementet vurdere om det finnes områder som berøres av samhandlingsreformen, der det ville være tjenlig med overgangsordninger som ivaretar pasientene på en utvetydig måte.

Betaling for utskrivningsklare pasienter fra dag 1

Helse Nord RHF sier seg enig i forslaget om at kommunene skal betale for utskrivningsklare pasienter fra dag 1 og vil tilrå at døgnprisen som fastsettes blir tilstrekkelig motiverende for at kommunene skal ta hånd om disse pasientene. Forslaget om en døgnpris på 3-5000 kr tilsier et samlet uttrekk på 500-800 mill kroner for landet som helhet, og anslagsvis tiendeparten for Helse Nord. Helse Nord RHF vil likevel fraråde at døgnprisen for kommunene uten videre koples direkte til uttrekket fra rammen til helseforetakene. Kostnaden for å motta utskrivningsklare pasienter i kommunal regi antas å være klart mindre enn marginalkostnadene for å ha slike pasienter liggende på sykehus. Helse Nord RHF vil derfor tilrå at førstnevnte kostnader bør legges til grunn for uttrekk av rammen i helseforetakene, mens sistnevnte marginalkostnad bør legges til grunn som døgnpris for kommunene.

Helse Nord RHF vil dessuten påpeke nødvendigheten av å avklare faglige og organisatoriske kriterier som skal ligge til grunn for at pasient skal kunne betegnes som utskrivningsklar. En slik avklaring av mål på generelt grunnlag avstemmes mellom fagmiljøer på begge nivåer og inngå som del av de avtaler som skal regulere samarbeidet mellom helseforetakene og kommunene.

Lokalsykehusenes plass og stilling i samhandlingsreformen

Både lokalsykehusene og ideene bak samhandlingsreformen har som formål å tilby flest mulig helsetjenester så nært folks bosteder som det er faglig grunnlag for. Formålet med samhandlingsreformen er blant annet å overføre oppgaver fra sykehus - også lokalsykehus - til kommuner. For lokalsykehus med begrenset befolkningsunderlag, kan dette tenkes å få konsekvenser for både pasientunderlag og enhetskostnader for lokalsykehusene.

Basiskostnader knyttet til beredskap og vaktordninger vil nødvendigvis sette noen grenser for lokalsykehusenes mulighet for å tilpasse kostnader til færre pasienter. Helse Nord RHF vil gjøre departementet oppmerksom på dette mulige spenningsforholdet og tilrå at det utvikles rammebetingelser og samarbeidsløsninger som styrker samspillet mellom lokalsykehusene og kommunene. Eventuell ledig kapasitet i lokalsykehusene kan eksempelvis utnyttes til å utvikle intermediærløsninger i samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet. Slike ordninger er etablert gjennom Helseparken som er lokalisert til sykehuset i Mo i Rana og ivaretar viktige avlastnings- og rehabiliteringsfunksjoner.