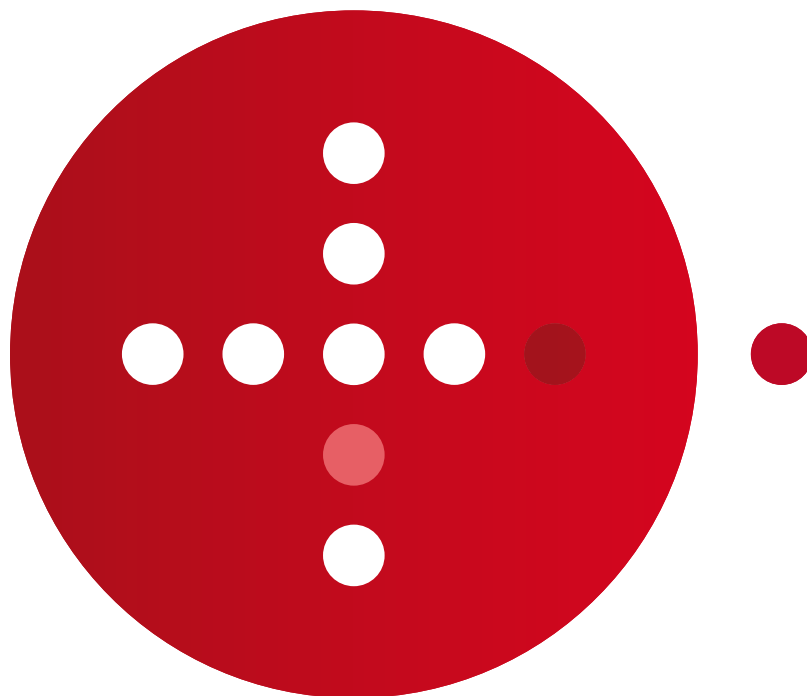




Oppdragsdokument

Oppdragsdokument 2011 Helse Midt-Norge RHF



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Oppdragsdokument

Oppdragsdokument 2011 Helse Midt-Norge RHF



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Innhold

1.	Overordnede føringer	3
1.1	Hovedprioriteringer 2011	5
1.2	Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan	5
2.	Tildeling av midler	5
3.	Aktivitet	8
4.	Nye forskrifter	9
5.	Nasjonale strategier og handlingsplaner	10
6.	Særskilte satsingsområder 2011	10
6.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	10
6.2	Kvalitet og pasientsikkerhet	11
6.2.1	Kvalitetsforbedring	11
6.2.2	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	12
6.2.3	Pasientsikkerhet	12
6.3	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)	13
6.4	Psykisk helsevern	14
6.5	Kreftbehandling	15
6.6	Innovasjon	15
7.	Andre områder	16
7.1	Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten	16
7.2	Habilitering og rehabilitering	16
7.3	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	17
7.4	Hjerteflimmerbehandling	17
7.5	Behandling av sykkelig overvekt	18
7.6	Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)	18
7.7	Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser	18
7.8	Ernæring og mattrygghet	18
7.9	Beredskap og smittevern	19
8.	Utdanning av helsepersonell	19
9.	Forskning	21
10.	Forholdet til Helsedirektoratet	22
11.	Oppfølging og rapportering	22

1. Overordnede føringer

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stiller gjennom oppdragsdokumentet de midlene som Stortinget har bevilget til Helse Midt-Norge RHF for 2011 til disposisjon. Helse Midt-Norge RHF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet.

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det regionale helseforetaket har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter.

Det regionale helseforetaket har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Videre skal det regionale helseforetaket sikre tilstrekkelig kompetanse i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. Det regionale helseforetaket skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. Helse- og omsorgsdepartementet vil fortløpende informere det regionale helseforetaket om lov- og forskriftsarbeid som berører spesialisthelsetjenesten.

Oppfølging av Helsetilsynets rapporter må ha større fokus. I 2011 skal det være særskilt oppmerksomhet på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må det regionale helseforetaket legge til rette for at underliggende helseforetak lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at Helse Midt-Norge RHF setter seg inn i Prop. 1 S (2010-2011) og tilhørende budsjettvedtak i Stortinget.

Ledig kapasitet for diagnostikk og behandling i egne virksomheter skal utnyttes. Det er i tillegg viktig at det regionale helseforetaket fortløpende vurderer hvilke oppgaver som kan løses ved å øke egen kapasitet innenfor de rammer og mål som stilles til disposisjon i oppdragsdokumentet.

Arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus skal videreføres. Dette kan bety at enkelte sykehus skal gjøre andre oppgaver enn i dag, blant annet sett i sammenheng med samhandlingsreformen. I dette arbeidet legges det til grunn at dagens

desentraliserte sykehustilbud skal opprettholdes. Dette vil blant annet sikre nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud, selv om slike tilbud ikke gis ved alle sykehus.

Ingen lokalsykehus skal legges ned. Lokalsykehusene skal spille en viktig rolle for å møte de store utfordringene vi står overfor med en større andel eldre innbyggere og flere pasienter med kroniske sykdommer og livsstilssykdommer. Dette vil kunne kreve endringer i tjenestetilbudet i det enkelte sykehus. Selv om demografiske og geografiske forhold skaper ulikheter i hvilke oppgaver et lokalsykehus skal ha, må dette ikke føre til ulike krav til kvalitet i tjenestene. Det skal stilles samme kvalitetskrav til store som til små sykehus. Sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av ideelle organisasjoner avgjørende samarbeidspartnere og skal sikres forutsigbare vilkår gjennom avtaler med det regionale helseforetaket. Avtalene må ha tilstrekkelig lengde og i stor grad vektlegge kvalitet.

Nasjonal helse- og omsorgsplan vil trekke opp den overordnede politikken for sykehussektoren. Beslutninger om struktur skal være i tråd med den til enhver tid gjeldende helse- og omsorgsplan.

Det faglige innholdet i tjenestetilbudet må være førende for helseforetakenes investeringer både i nybygg – og oppgradering av eksisterende sykehus. Fremtidige investeringsprosjekter i regionale helseforetak skal gjenspeile dette og ha et samhandlingsperspektiv.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Arbeidet skal baseres på prinsippet om å sentralisere det man må og desentralisere det man kan. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn i slike prosesser.

Det videre arbeidet med regionale planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal gjennomføres slik at kommunene gis en reell innflytelse og at et desentralisert fødetilbud som er nært og trygt legges til grunn.

Det skal iverksettes tiltak for å begrense bruk av ufrivillig deltid og midlertidige ansettelser i helseforetakene.

Oppdragsdokumentet har en oppbygning der mål og føringer på de ulike områder blir beskrevet innledningsvis for hvert tema. Deretter følger styringsparametre og oppgaver for 2011 som skal bidra til å oppfylle målene. Oppgaver og styringskrav for 2011 er valgt ut fra en risikovurdering og med bakgrunn i aktuelle satsingsområder. Relevante mål og krav gitt i tidligere oppdragsdokument vil fortsatt være gjeldende.

1.1 Hovedprioriteringer 2011

Det er i Prop. 1 S (2010-2011) identifisert noen særskilte satsingsområder i 2011 for de regionale helseforetakene. Disse områdene er ventetider og fristbrudd, kvalitet og pasientsikkerhet, samhandlingsreformen, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, psykisk helsevern, kreftbehandling og innovasjon.

Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen. De regionale helseforetakene skal tilpasse virksomheten til de økonomiske rammebetingelsene som Stortinget har lagt for sektoren. Alle regionale helseforetak skal gå i økonomisk balanse i 2011.

1.2 Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan

Som ledd i oppfølgingen av samhandlingsreformen har regjeringen sendt forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov på høring. Samtidig er det publisert et dokument om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015):

Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle, som skal danne grunnlaget for en stortingsmelding om planen, jf. Innstilling 212 S (2009-2010). Det tas sikte på at dokumentene skal fremmes for Stortinget våren 2011, og at lovendringene skal tre i kraft fra 1.1.2012. Departementet vil komme tilbake til eventuelle nye oppdrag når Stortinget har behandlet lovforslagene og stortingsmeldingen.

I 2011 skal de regionale helseforetakene i dialog med kommunene på ulike områder forberede seg på reformens gjennomføring. Aktuelle områder for forberedelser kan være gjennomgang av pasientforløp for store pasientgrupper, inngåelse av avtaler med kommunene, videre utvikling av samhandlingstiltak, samarbeidsprosjekter med kommunene om lokale tilbud og samarbeid om utdanning, kompetanseutvikling og forskning. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med kommuner kartlegge muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus, og vurdere etablering av lokalmedisinske sentra.

2. Tildeling av midler

Grunnlaget for Helse Midt-Norge RHF's inntekter er i hovedsak bevilgningsvedtak i Stortinget. Det regionale helseforetaket skal bidra til at de ressurser som stilles til rådighet benyttes på en effektiv måte og kommer pasientene til gode. Helse Midt-Norge RHF skal i 2011 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1. Plan for departementets utbetalinger av tilskudd omtales i egne brev til de regionale helseforetak.

Det vises til helseforetaksloven § 45 samt Bevilgningsreglementet § 10, der departementet og Riksrevisjonen kan iverksette kontroll med at midlene nyttes etter forutsetningene.

Tabell 1 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF fordelt på kapittel og post.

Kap	Post	Betegnelse	Midler til Helse Midt-Norge RHF
719	70	Hivforebygging, smittevern mv., <i>kan overføres</i>	1 500 000
732	70	Særskilte tilskudd (kompensasjon for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift)	25 079 000
	70	Særskilte tilskudd (tilskudd til turnustjeneste)	5 116 000
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	11 164 389 000
	76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	1
	77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2
	78	Forskning og nasjonale kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	101 804 000
	79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	104 258 000
734	72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	1 340 000
781	79	Andre tilskudd (barn som pårørende)	2 500 000
782	70	Helseregistre. Tilskudd	5 000 000

Kap. 719, post 70 Smittevern mv. (Meticillinresistente stafylokokker - MRSA)

Det stilles 1,5 mill. kroner til disposisjon til videreføring av referansefunksjon for MRSA ved St. Olavs Hospital HF.

Kap. 732, post 70 Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter

Helse Midt-Norge RHF tildeles 5,116 mill. kroner. Tilskuddet skal kompensere turnussteder (helseforetak og private opptreningsinstitusjoner) for å ha turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Antallet turnuskandidater til fordeling i Helse Midt-Norge RHF fremgår av vedlegg 1. Det årlige tilskuddet per turnusplass er 26 600 kroner. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd til turnuskandidater i private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med. Det gjøres oppmerksom på at hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene.

Kap. 732, post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF

Basisbevilgningen skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten. Midler til vedlikehold av og investeringer i bygg og utstyr inngår som en del av basisbevilgningen.

Det vises til Prop. 1 S (2010-2011) hvor det er signalisert stor usikkerhet knyttet til anslag for pensjonskostnader for 2011 og at regjeringen vil komme tilbake til dette i revidert nasjonalbudsjett 2011. Dette påvirker ikke øvrige styringskrav, herunder aktivitetskrav, i oppdragdokumentet.

¹ Posten er forklart under tabellen

² Posten er forklart under tabellen

Helse Midt-Norge RHF skal sette av minst 2 mill. kroner av basisbevilgningen til forskning om samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tiltak for å øke aktiviteten innenfor poliklinisk radiologi

Helse Midt-Norge RHF skal øke aktiviteten innenfor polikliniske radiologiske undersøkelser, særlig innenfor CT og MR. Dette gjelder spesielt for pasienter hvor det er mistanke om svært alvorlig eller livstruende sykdom (jf. pasientrettighetsloven § 2-2, 4. ledd).

Basisbevilgningen til Helse Midt-Norge RHF er styrket med 6,3 mill. kroner mill. kroner. Statsbudsjettets kap. 732 post 77 *Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.* og kap 2711, post 76 *Private laboratorier og røntgeninstitutt* er styrket for å ta høyde for aktivitetsøkningen.

Det samlede tilbudet fra private og offentlige leverandører av poliklinisk radiologi skal sikre likeverdig geografisk tilgang.

Kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, overslagsbevilgning

Kap. 732, post 76 er en overslagsbevilgning. Samlet utbetaling over de aktivitetsbaserte ordningene skjer på grunnlag av registrert aktivitet. Dette innebærer at departementet på forhånd ikke vet hvor store utbetalingene over denne posten vil bli. I 2011 utgjør akontoutbetalingene over kap. 732, post 76 til Helse Midt-Norge RHF 2 875,2 mill. kroner.

Akontobeløpet er basert på en prognose for aktivitet fra 1. tertial 2010, og det er dette nivået det er lagt til rette for å videreføre og øke med 1,1 pst. i 2011. Akontobeløpet er basert på en anslått samlet DRG- produksjon på 193 347 DRG- poeng og 16,1 mill. kroner i tilleggsrefusjoner (posedialyse). Akontoutbetalingene baserer seg på en enhetspris på 36 968 kroner. Samlet sett tilsier aktivitetsbestillingen for 2011 en økning i antall DRG- poeng med 1,5 pst. fra første tertial 2010 når det tas hensyn til omgjøring av enkelte tilleggsrefusjoner til DRG- poeng og anslått effekt av endret registreringspraksis.

Kap. 732, post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., overslagsbevilgning

Kap. 732, post 77 er en overslagsbevilgning. Samlet utbetaling over posten skjer på grunnlag av registrert aktivitet. En aktivitet i tråd med Prop. 1 S (2010-2011) og Innst. 11 S (2010-2011) tilsier en utbetaling på 333,5 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF. Beløpet er basert på en prognose fra regnskapstall fra juni 2010, og det er dette nivået som kan videreføres og økes i 2011. Samlet sett tar bevilgningen høyde for en vekst i poliklinisk aktivitet på om lag 4,5 pst. Bevilgningen legger til grunn en vekst på 5 pst. innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Videre tar bevilgningen høyde for økt aktivitet innenfor poliklinisk radiologi, jf. omtale under kap. 732, post 72.

Det skal innføres en ny finansieringsordning for poliklinisk radiologi fra 1. januar 2012. De regionale helseforetakene må påse at datasystemer mv. tilrettelegges innenfor

gjeldende krav og tidsfrister. Helsedirektoratet vil koordinere dette på nasjonalt nivå. De regionale helseforetakene skal delta i det nasjonale koordineringsarbeidet i samsvar med de føringer og frister direktoratet setter.

Kap. 732, post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre

Det øremerkede tilskuddet til forskning tildeles i tråd med føringer i brev av 25.3.2008. Kriteriene for tildeling av tilskudd til forskning er endret fra 2011, jf. Prop. 1 S (2010-2011).

Kap 732, post 79 Raskere tilbake

Helse Midt-Norge RHF tildeles inntil 104,258 mill. kroner til tiltak under ordningen "Raskere tilbake". Av disse skal 3,8 mill. kroner benyttes til videreføring av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene, og 37,258 mill. kroner benyttes til prosjektet Hysnes Helsefort. Den reelle aktiviteten innenfor ordningen vil avgjøre de endelige inntektene innenfor rammen. Utbetalingen vil skje a konto. Departementet vil vurdere a konto-beløpets størrelse i forhold til rapportert aktivitet innenfor ordningen. Dersom det er mindre behov for midler enn rammen for bevilgningen, vil departementet holde tilbake penger.

I tillegg til rapportering i årlig melding, skal det rapporteres i ØBAK i henhold til avtalt mal på de ordinære midlene innen "Raskere tilbake". For midlene til arbeidsmedisinske avdelinger og prosjektet Hysnes Helsefort skal Helse Midt-Norge RHF rapportere på bruken av midlene og effekten av tiltakene i årlig melding.

Kap. 734, post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Helse Midt Norge RHF tildeles 1,34 mill. kroner til videreføring av rusmestringsenhet ved fengselet i Leira og Hustad fengsel Molde.

Kap 781, post 79 Andre tilskudd (Barn som pårørende)

Det tildeles 2,5 mill. kroner til videreføring av forsøk med familieambulatoriet i Nord-Trøndelag HF. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for at forsøket evalueres i 2011.

Kap. 782, post 70 Helseregistre. Tilskudd

Det tildeles 5 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF ved HEMIT for utvikling av tekniske fellesløsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

3. Aktivitet

Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet, legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med om lag 1,4 pst. fra 2010 til 2011, jf. omtale i Prop. 1 S (2010-2011) og Innst. 11 S (2010-2011). Veksten kan imidlertid fordele seg ulikt innenfor forskjellige behandlingsområder. Det understrekes at vekst i aktivitet som omfattes av innsatsstyrt finansiering på 1,1 pst. (post 76) og refusjoner for poliklinisk behandling på om lag 4,5 pst. (post 77) på vanlig måte måles henholdsvis i forhold til prognoser per 1. tertial 2010 og 1. halvår 2010. Dersom veksten i 2010 blir høyere enn dette, vil veksten i 2011 bli tilsvarende lavere. Veksten gjelder behandling

som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og refusjoner for poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabiliteringsopphold utenfor sykehus, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige). Økte tilskudd gjennom Opptappingsplan for rusfeltet kommer i tillegg til dette.

Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at aktivitetsbasert finansiering skal dekke hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlaget for kravet til gjennomføring av til aktivitet. Det er avgjørende at det regionale helseforetaket er seg dette bevisst for å oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.

Det legges til grunn at midlene til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av Opptappingsplan for rusfeltet.

Det øremerkede tilskuddet innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

Styringsparametre:

- Antall produserte DRG- poeng.
- Refunderte polikliniske inntekter.

4. Nye forskrifter

Endret forskrift 18. desember 2001 nr 1539 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten trer i kraft 1.januar 2011. For nasjonale tjenester vises det til kap. 7.1.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal søke Helse- og omsorgsdepartementet om godkjenning av bruk av betegnelsen universitetssykehus innen 1. mai 2011.

Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

Ny refusjonsordning for dekning av utgifter til helsehjelp utenfor sykehus i andre EU/EØS- land trer i kraft 1.1.2011. Refusjonsordningen vil gi pasientene større valgfrihet. HELFO skal administrere ordningen. De regionale helseforetakene skal dekke refusjonsutgiftene for de tjenestetyper de har "sørge for"-ansvaret for etter nærmere bestemte regler.

5. Nasjonale strategier og handlingsplaner

For 2011 gjelder følgende strategier for spesialisthelsetjenesten:

- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)
- Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2011)
- Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2011)
- Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011)
- Strategi for kvinners helse (2003-2013)
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009-2014).
- Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014)
- Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)

Det forutsettes at de regionale helseforetakene er kjent med innholdet i strategiene og handlingsplanene, og at det legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områdene.

6. Særskilte satsingsområder 2011

6.1 Ventetider, pasientforløp og fristbrudd

Ventetidene i spesialisthelsetjenesten skal reduseres. Tiltak for å nå målet skal iverksettes innenfor de vedtatte økonomiske rammer. Aktuelle tiltak kan være økt utredningskapasitet og bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Det er på sikt en målsetting at ventetidene skal ytterligere reduseres. Andelen fristbrudd i spesialisthelsetjenesten er for høy. Fristbrudd for rettighetspasienter kan ikke aksepteres.

Det er et mål å få bedre oversikt over pasientenes bevegelser mellom institusjoner og nivå i helsetjenesten. Det bør framgå av pasientadministrative system og Norsk pasientregister hvilken instans, institusjon eller enkeltlege som har henvist pasienten til sykehus, og til hvilken instans eller institusjon pasienten skrives ut/overføres.

Styringsparametre:

- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker.
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen somatikk.
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP).
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP).

- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB).
- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten (styringsmål: ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011).
- Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %).
- Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen 65 virkedager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %).
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: 0 %).

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at helseforetakene registrerer, kvalitetssikrer og rapporterer data om henvisninger til Norsk pasientregister.

6.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, trygge og sikre. Det er et ledelsesansvar å ha oversikt over status på kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Mangelfull kommunikasjon og språkforståelse er en risikofaktor og en viktig kilde til feilbehandling.

6.2.1 Kvalitetsforbedring

Det er et mål at de regionale helseforetakene har mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som understøtter gode pasientforløp. Dette målet kan nås blant annet ved å implementere nasjonale faglige retningslinjer. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingseffekt over tid, og gir grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Det er et mål å etablere slike registre innen viktige fagområder. Videreutviklingen av kvalitetsregisterområdet skal være i tråd med handlingsplanen for Nasjonalt helseregisterprosjekt. I alt 19 medisinske kvalitetsregistre har status som nasjonale registre, og det er et mål å gjøre disse registrene landsdekkende og operative i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid i 2011.

Det skal normalt ikke være korridorpasienter.

Styringsparametre:

- Andel epikriser sendt ut innen sju dager (mål: 100%).
- Andel korridorpasienter.
- Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombololyse.
- Andel pasienter med sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4.
- Diabetes - Ben/fotamputasjoner pr 100.000 innbyggere.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter.

- Helse Nord RHF ved SKDE og Helse Midt-Norge RHF ved HEMIT skal sikre at de elementer som må være på plass for at et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister skal settes i produksjon er utviklet i 2011, herunder fungerende innregistreringsløsning, driftsmiljø, pålogging/autentisering og rapportering. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre gjøres tilgjengelige for bruk i tråd med formålet med registrene.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at de godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i regionen implementerer felles elektroniske innregistreringsløsninger som er tilgjengelig for alle som skal levere og bruke data i henhold til registrenes formål.
- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at egne enheter er i stand til å levere og å bruke data fra alle godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre, herunder etablere og ivareta infrastruktur som gjør det mulig med elektronisk kommunikasjon mellom egne avdelinger og de nasjonale medisinske kvalitetsregistre.
- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å tilrettelegge for bruk av mini-HTA i helseforetakene (herunder utvikling av mini-HTA skjema og nødvendige støttefunksjoner) i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet.

6.2.2 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning

Det er et mål at reell brukervedvirkning skal ligge til grunn for lokalt utviklings- og omstillingsarbeid og forskning. Det bør sees hen til erfaringene fra Nasjonalt pilotsykehusprosjekt.

Tjenestene skal være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Dette innebærer både fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse. Det bør tilstrebes at lokale brukerundersøkelser fokuserer på betydningen av kommunikasjon og språkforståelse for behandlingskvalitet.

Styringsparametre:

- Brukererfaringer kreftpasienter, justert for case-mix.
- Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel.
- Fastlegers erfaringer med distriktopsykiatriske sentre.

6.2.3 Pasientsikkerhet

Det er et ledelsesansvar å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve det trygt å melde, og meldingene skal følges opp fra et system- og læringsperspektiv.

Antall uønskede hendelser skal reduseres. I 2011 starter Nasjonal pasientsikkerhetskampanje – i trygge hender (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen skal legge grunnlaget for varige systemer, strukturer og kompetanse om pasientsikkerhet og bidra til bedre pasientsikkerhetskultur. Nasjonale innsatsområder i kampanjen er postoperative sårinfeksjoner, riktig legemiddelbruk, behandling av hjerneslag og psykisk helsevern. Kampanjen starter med en basismåling av omfang av pasientskader ved hjelp av Global Trigger Tool. Innsatsområdene innføres gradvis.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at alle virksomhetene deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.

6.3 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Tjenestene innen TSB skal være samordnet, tilpasset pasienter med sammensatte lidelser og sikre et sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser. Samordning med tjenestene innen psykisk helsevern er særskilt viktig. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.

Det er et mål å ha gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.

Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten tilknyttet rusmestringsenhetene skal bidra til at innsatte ved rusmestringsenhetene blir vurdert med hensyn til rett til nødvendig helsehjelp for sin rusmiddelavhengighet.

For samiske pasienter må tiltakene ta utgangspunkt i samiske pasienters rett til tilrettelagte tjenester med utgangspunkt i samisk språk og kultur.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal øke kapasiteten innen TSB.
- Helse Midt-Norge RHF skal etablere behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart av behandling i samarbeid med kommunene.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB.
- Helse Midt-Norge RHF skal bistå HOD og Helsedirektoratet i arbeidet med ny stortingsmelding om ruspolitikken.

6.4 Psykisk helsevern

Pasienter/brukere skal få tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv. Tilbudet skal gis på kommune- eller DPS- nivå der dette er forsvarlig. Det er et mål at DPS skal utvikles til å ha nødvendige akuttfunksjoner slik at alle henvendelser kan rettes dit uavhengig av tid på døgnet. DPS forutsettes å være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Videre er det et mål at DPS skal ha tilstrekkelig kompetanse om psykiske lidelser hos eldre. Sykehusene skal ivareta oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå. Akuttnettverket forutsettes videreført med sikte på en videre utvikling av akuttfunksjonene.

Antall tvangsinnleggelses og omfanget av tvangsbruk i psykisk helsevern skal reduseres og kvalitetssikres. Det må legges til rette for at rettighetene til fengselsinnsatte med psykiske og rusrelaterte lidelser ivaretas.

Datakvaliteten innen psykisk helsevern skal bedres.

Styringsparametre:

- Andel tvangsinnleggelses, ratejustert for befolkning i opptaksområdet.
- Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.
- Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner kan etableres ved DPSene.
- Helse Midt-Norge RHF skal gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilråding fra Nasjonal strategigruppe II.
- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i Helsedirektoratets gjennomgang av ressursbruk, prioriteringer og arbeidsmåter innen psykisk helsevern for barn og unge.
- Helse Midt-Norge RHF skal bistå Helsedirektoratet i tilknytning til oppdrag vedrørende utarbeidelse av statusrapport og vurdering av status for ambulant virksomhet innen psykisk helsevern og TSB.
- Helse Midt-Norge RHF skal rapportere utskrivningsklare pasienter til DPS og kommuner til Norsk pasientregister.

Det skal iverksettes et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet i påvente av etablering av ny særreaksjonsordning i 2011 for utilregnelige som begår grove, vedvarende lovbrudd. Prosjektet skal gjennomføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kommunale instanser, politi/kriminalomsorg og NAV. Formålet er å utvikle

arbeidsmåter/vinne kunnskap som kan bidra til å forebygge dommer på ny særreaksjonsordning og som kan bidra til en bedre gjennomføring når dom foreligger.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om etablering og gjennomføring av pilotprosjektet.

6.5 Kreftbehandling

Høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle ledd på kreftområdet er viktige mål. Pasientforløp skal ivareta god behandlingskvalitet og sikre at kreftpasientene unngår unødig venting på utredning og behandling. Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.

Arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenesten skal ta utgangspunkt i Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning.

Styringsparametre:

- Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft.
- Tid fra henvisning til første behandling brystkreft.
- Tid fra henvisning til første behandling lungekreft.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal etablere systemer for å sikre at den vedtatte funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi i regionen følges opp.
- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om planlegging og igangsetting av et pilotprogram for tykk- og endetarmskreft.

6.6 Innovasjon

Innovasjon dreier seg om å utvikle og innføre nye og bedre produkter og tjenester, men også om virksomhetsforbedringer i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientforløp. I henhold til St. meld. nr. 7 (2008-2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* ble det besluttet å forlenge den pågående satsingen på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, forutsatt en positiv halvveisevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon. Halvveisevalueringen sluttføres våren 2011. De regionale helseforetakene er sentrale aktører i satsingen og er bidragsyttere i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2017).

Det er et potensial for å utnytte den samlede nasjonale kommersialiseringskompetansen bedre, bl.a. gjennom økt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren. Det er videre et potensial for å øke innovasjonsaktiviteten gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

Det er behov for å vurdere og videreutvikle dagens sett med indikatorer for innovasjon i helsesektoren. Målinger av innovasjonsaktivitet i helseforetakene bør fange opp alle sider ved innovasjon – også endringer som resultat av prosess- og tjenesteinnovasjoner slik at indikatorene på en adekvat måte fanger opp både kommersiell og ikke-kommersiell innovasjonsaktivitet. Dagens indikatorsett må gjennomgås med tanke på at rapportering hovedsaklig skal skje basert på etablerte datakilder.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med øvrige helseforetak iverksette tiltak for å ivareta innovasjonspotensialet knyttet til offentlige innkjøp blant annet gjennom før-kommersielle avtaler.
- Helse Midt-Norge RHF skal, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, innen 30. september 2011 utarbeide forslag til et sett med nasjonale indikatorer for innovasjon i helsesektoren. Forslaget skal vurdere dagens indikatorer, samt foreslå nye indikatorer som dekker prosess og tjenesteinnovasjon.

7. Andre områder

7.1 Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Betegnelsen nasjonale tjenester omfatter nasjonale kompetansetjenester (tidligere nasjonale kompetansesentre) og nasjonale og flerregionale behandlingstjenester (tidligere lands- og flerregionale funksjoner). Den foreliggende gjennomgangen av nasjonale tjenester fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet og de vedtatte forskriftsendingene vil ligge til grunn for endringer i nasjonale tjenester i 2011.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal implementere nytt styringssystem for nasjonale tjenester fra den tid departementet beslutter.

7.2 Habilitering og rehabilitering

Rehabiliterings- og habiliteringstiltak skal være en integrert del av pasientforløpet hos barn og voksne med ulike sykdommer og skader. Samhandlingsreformens mål om mer helhetlige og sammenhengende tjenester uten unødige brudd og forsinkelser gjelder i stor grad for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Gjennom samhandlingsreformen skal det vurderes om kommunene skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering.

Det er et mål å systematisere barne- og voksenhabiliteringsarbeidet og sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.

Tjenester som tilbys fra koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten skal være synlige og lett tilgjengelige.

Pasienter skal få nødvendige behandlingshjelpemidler som del av medisinsk behandling, og tildeling av behandlingshjelpemidler skal skje ut fra en individuell vurdering i det enkelte tilfelle.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal be samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universitetene og høyskolene om å gjennomgå fagplaner for utdanningene med sikte på å sikre tilrettelegging av praksis innenfor habilitering og rehabilitering, samt understreke tjenestens ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.
- Helse Midt-Norge RHF skal i 2011 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2010. Det forutsettes at det tas hensyn til forventet bruk av tjenester i disse institusjonene fra andre regionale helseforetak.

7.3 Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Nødmedle- og ambulansetjenesten skal ha god kompetanse og rask respons. Det skal være likeverdig tilgang til nødmeldetjenesten for funksjonshemmede, minoritetsspråklige og den samiske befolkningen. Det er et mål å bedre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og de frivillige organisasjonene.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK- sentralene.
- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet i å utvikle nasjonale krav til ambulansebiler, både de som brukes til akutte oppdrag og de som brukes til ordinær bærepassienttransport.
- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å etablere et nasjonalt system for rapportering og bearbeiding av data fra de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

7.4 Hjerteflimmerbehandling

Pasienter med hjerteflimmer skal tilbys behandling i henhold til nasjonale faglige anbefalinger. På bakgrunn av de nye anbefalingene fra Helsedirektoratet for behandling av pasienter med atrieflimmer og av hensyn til likebehandling av pasientene, finner departementet det riktig at alle pasienter med behov for ablasjon vurderes i forhold til

prioriteringsforskriften eller forsvarlighetskravet, jf. brev fra departementet til de regionale helseforetakene 27.10.2010.

Oppgave:

- Det bes om statusrapportering for dette arbeidet innen utgangen av 1. tertial 2011.

7.5 Behandling av sykkelig overvekt

En gjennomgang viser at ventetiden for utredning og behandling av sykkelig overvekt er ulik og noen steder for lang jf. Helsedirektoratets prioriteringsveileder for sykkelig overvekt, IS-1702. Pasienter med sykkelig overvekt skal sikres et helhetlig og sammenhengende tilbud.

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal gjennomgå og eventuelt øke kapasiteten for utredning og behandling av sykkelig overvekt.

7.6 Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

Tilbudet om diagnostikk, behandling, og rehabilitering, herunder lærings- og mestringstilbud til pasienter CFS/ME skal være adekvat og i henhold til oppdatert kunnskap. Helsedirektoratet skal innen utgangen av 2. tertial 2011 ha gjennomført en oppsummering av relevant forskning om oppfølging av pasienter med CFS/ME. På oppdrag fra Helsedirektoratet foretar SINTEF Teknologi og samfunn en gjennomgang av tilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge. Departementet vil, på bakgrunn av råd fra Helsedirektoratet, komme tilbake med oppdrag for å sikre denne pasientgruppen et best mulig tilbud om diagnostisering og oppfølging.

7.7 Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser

Det er et mål å styrke den nasjonale kompetansen innenfor astma, allergi og overfølsomhetssykdommer og utvikle gode rutiner for utredning, diagnostisering og behandling av astma og allergisk sykdom/ overfølsomhet hos barn og voksne

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal som oppfølging av Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012) etablere et regionalt tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med hovedfokus på rådgivning og kompetanseoverføring for et best mulig tilbud lokalt.

7.8 Ernæring og mattrygghet

Gode rutiner og kompetanse skal sikre at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet. Veiledningsoppgaven ovenfor kommunene skal ivaretas på ernæringsområdet. Eldres ernærings situasjon skal ha spesiell oppmerksomhet

Oppgave:

- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonskjøkken.

7.9 Beredskap og smittevern

Det er et mål at det finnes oppdaterte og øvede beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelser, og for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Sektorens beredskaps- og smittevernarbeid forutsetter samarbeid mellom regionale helseforetak, kommuner, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Strålevernet og andre aktører. Kommunale og private institusjoner og øvrige samarbeidspartnere skal få nødvendig smittevern bistand. Det skal arbeides målrettet for å forebygge sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens, antibiotikabruk skal overvåkes, og det må sikres at smittevernpersonell i regionen har nødvendig kompetanse. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen skal bidra til økt fokus på infeksjonskontroll i helseforetakene og bedre kvalitet på rapportering til Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS).

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringen av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.

8. Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er et viktig virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig helsepersonell. Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring blir svært viktig for å lykkes med samhandlingsreformen.

Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer. I 2011 hvor samhandlingsreformen forberedes blir det svært viktig å utnytte etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner på en god og kraftfull måte. Arenaer for samarbeid med kommunene om utdanningsbehov og praksis bør vurderes. Regionale helseforetak har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner. Vedlegg 1 viser blant annet aktivitetskravene Kunnskapsdepartementet har satt til universiteter og høyskoler.

Gjennom fordeling av legestillinger og tilrettelegging av effektive utdanningsløp har regionale helseforetak ansvar for at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. Det må legges til rette for å sikre breddekompetanse, særlig på mindre sykehus. De regionale helseforetakene skal ha særskilt

oppmerksomhet på legestillinger som kan styrke utvikling av lokalsykehus og samhandling med kommunene.

På spesialistområdet skjer det i 2011 flere omlegginger og arbeider. Helsedirektoratet overtar fra høsten 2011 offentlig spesialistgodkjenning. Helsedirektoratet har flere sentrale oppgaver på spesialistområdet og skal blant annet vurdere struktur og innhold i legenes spesialistutdanning samt hvorvidt andre personellgrupper skal få offentlig spesialistgodkjenning. Regionale helseforetak vil bli involvert på egnet måte. De regionale helseforetakene skal etterleve kravene i det lovbaserte legefördelingsssystemet og bidra til implementering og drifting av det nye systemet for forvaltning av legehjemler.

Regionale helseforetak har ansvar for å sikre tilstrekkelig kompetanse i samisk språk og kultur.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF må analysere framtidig behov for legespesialister for å avdekke områder hvor det kan bli diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister. Det må iverksettes tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter. Regionale helseforetak bør samarbeide om denne oppgaven.
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansearbeiderutdanningen.
- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i Helsedirektoratets arbeid med å skaffe bedre oversikt og data over personellutvikling og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten framover. Tilleggskompetanse utover grunnutdanningene skal ha et særlig fokus.
- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med utdanningsinstitusjonene (Universitetene i Bergen og Oslo) sørge for et tilstrekkelig antall stillinger for tannleger under spesialisering i oral kirurgi og oral medisin. Det bør spesielt vurderes om det kan opprettes stilling(er) i Helse Sunnmøre HF.
- De fem regionale ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RTVS) er gitt i oppdrag å implementere opplæringspakke for å styrke tilbudet til FN- og NATO-veteraner i alle regioner. Helse Midt-Norge RHF skal påse at opplæringen gjennomføres i sin region.
- Helse Midt-Norge RHF skal heve kompetansen innen steriltforsyning. De regionale kompetansesentre for smittevern kan være aktuelle samarbeidspartnere ved utvikling og vedlikehold av opplæringsprogram.

- God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og helsepersonell. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.

9. Forskning

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten bidrar til å sikre at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst. Både helseforetak med universitetssykehusfunksjon og mindre helseforetak skal delta i forskning.

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning, herunder forskerinitierte, kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og forskning av høy relevans i helseforetakene. Pasientenes rett til nødvendig informasjon må sikres i utprøvende behandling. Det er et mål å sikre oppbygning av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, samtidig som det er viktig å stimulere forskningsmiljøer av høy kvalitet slik at disse miljøene kommer i posisjon til å få eksterne midler nasjonalt og internasjonalt, bl.a. gjennom EUs 7. rammeprogram. Det er fremdeles et potensial for økt nasjonalt forskningssamarbeid. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for forskningsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Norge, herunder det pågående arbeidet med å etablere en nasjonal oversikt over pågående og slutførte kliniske studier i helseforetakene. Det er ønskelig med norsk deltakelse i det europeiske nettverket for forskningsinfrastruktur for kliniske studier European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN), <http://www.ecrin.org/>.

Øremerkingen av midler i basisbevilgningen til samhandlingsforskning videreføres. Med samhandlingsforskning menes forskning der en skal etablere ny kunnskap om hvordan faglige, organisatoriske, kulturelle, økonomiske og teknologiske forhold i tjenestene bidrar til å identifisere barrierer eller understøtte samhandlingsreformens målsettinger.

En felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (Norsk vitenskapsindeks) i helse, institutt og universitets- og høyskolesektoren etableres fra 1.1.2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene. Dette innebærer en vesentlig omlegging av dagens rutiner for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Det vises til revidert oppdragsdokument for 2010. I 2011 skal det rapporteres til NIFU etter dagens system innen 15. mai 2011 samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011.

Det skal innføres et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystemer for forskning ved bruk av Health Research Classification System, (<http://www.hrcsonline.net>).

Det er ønskelig at det tilrettelegges for størst mulig åpenhet og tilgjengeliggjøring av forskningsresultater. Det vises til at forskningsarkivet HeRa er åpent tilgjengelig for alle helseforetak, <http://hera.helsebiblioteket.no/hera/>.

Oppgaver:

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene legge til rette for etablering av et norsk nettverk for forskningsinfrastruktur for kliniske studier (norsk ECRIN) og søke om norsk deltagelse i ECRIN- nettverket.
- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette nødvendige prosesser og sikre at det avsettes ressurser og kompetanse ved helseforetakene slik at Norsk vitenskapsindeks kan benyttes som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner i helseforetakene fra 2011.

10. Forholdet til Helsedirektoratet

Departementet har i tildelingsbrevet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikkutforming eller tiltak som retter seg mot de regionale helseforetakene.

Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede samarbeidsformer. I fellesrundskriv IS-1/2011 omtaler Helsedirektoratet en del sentrale oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at de regionale helseforetakene bidrar til finansiering av Helsebiblioteket slik at tilskuddet i 2011 blir på samme nivå som i 2010.

11. Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi departementet informasjon om måloppnåelse av helsepolitiske mål.

Rapportering på aktivitet

Den ressursrammen som er vedtatt legger til rette for en vekst i den ISF- finansierte aktiviteten med 1,1 pst. i 2011 med utgangspunkt i 1. tertial 2010. Dette er konkretisert i form av antall DRG- poeng. De regionale helseforetakene skal rapportere antall DRG- poeng i årlig melding og ikke vekst i antall DRG- poeng fra 2010. Veksten i ISF- finansiert aktivitet i 2011 vil kunne avvike fra det som er lagt til grunn i styringsparameteren avhengig av aktivitetsutviklingen i 2. og 3. tertial 2010.

Rapportering på styringsparametre

Det fremgår av vedlegg 2 hvilke styringsparametre det skal rapporteres på i 2011 samt rapporteringsfrekvens- og tidspunkt. Samtlige styringsparametre skal rapporteres i

henhold til rapporteringsmal som vil bli overlevert det regionale helseforetaket i foretaksmøtet i januar 2011. Departementet legger til grunn at de regionale helseforetakene bruker de datakilder som er angitt i vedlegg 2 som grunnlag for rapporteringen. For brukererfaringer skal det brukes data fra de nasjonale brukererfaringundersøkelsene som gjennomføres i 2011. Helse- og omsorgsdepartementet kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter rundt enkelte styringsparametre.

Særskilt rapportering

Det bes om statusrapportering for arbeidet med å vurdere alle pasienter med behov for ablasjon i forhold til prioriteringsforskriften eller forsvarlighetskravet og sørge for at pasienten tilbys ablasjonsbehandling når dette anses som nødvendig helsehjelp, jfr. brev fra departementet til de regionale helseforetakene 27.10.2010, etter utgangen av 1. tertial 2011.

Det bes om statusrapportering på helseforetakenes medvirkning i og resultater fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.

Rapportering i årlig melding

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan de regionale helseforetakene har fulgt opp oppgaver i oppdragsdokumentet for 2011. Videre er det i vedlegg 3 en tabell som skal brukes som grunnlag for rapportering på spesifiserte områder. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 1.3.2012.

Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes departementet når slike avvik blir kjent.

Helse Midt-Norge RHF skal komme med innspill til statsbudsjettet for 2013 innen 10.12.2011.

Rapporteringen skal skje elektronisk til postmottak@hod.dep.no med kopi til rapportering@hod.dep.no

Oslo, 22. desember 2010



Anne-Grete Strøm-Erichsen

Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommune har ansvar for de videregående skolene og for å sikre den enkeltes rett til slik utdanning. I de fleste fylker er det et opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

VIDEREUTDANNING omfatter spesialistutdanning av leger og tannleger, og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene (jf Helsemod/ www.ssb.no). Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2011/2012:

Helse region	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK-sykepleie	Jordmor **
		Syke pleie	Radio grafi	Bio ingeniør	Fysio terapi	Ergo terapi	Verne pleie		
Helse Sør –Øst RHF	Akershus	108					142	20	40
	Gjøvik	181	25					20	
	Hedmark	153						17	
	Lillehammer						23		
	Oslo	443	38	62	144	51		130	
	Østfold	136		28			64	17	
	Diakonova	82						30	
	Lovisenberg diak.	170						37	
	Diakonhjemmet	114					76*		
Helse Vest RHF	Univ. i Agder	234					23	31	
	Buskerud	162	15						
	Telemark	136					55*		
	Vestfold	129						50	0
Helse Vest RHF	Bergen	194	31	22	51	22	58	47	40
	Sogn og Fjordane	138					29	7	
	Univ. i Stavanger	204						32	
	Stord/Haugesund	163						10	
	Betanien Diakonale	63						15	
	Haraldsplass diakonale høgskole Diakonhjemmet	70							
Helse Midt-Norge RHF	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	211					26		
	Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	75	0
	Ålesund	130		30				39	
Helse Nord RHF	Bodø	155						33	
	Finnmark	63							
	Harstad	78					33		
	Narvik	35							
	Univ. i Tromsø	145	30	21	22	24		65	25
		4 003	173	202	274	145	611	675	105

De fleste ABIOK-utdanningene har ikke årlige opptak, og aktivitetskravene for disse gjelder gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. Audiografutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har aktivitetskrav 31.

Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annet hvert år på jordmorutdanningen. For disse institusjonene blir derfor aktivitetskravet lik 0 for jordmorutdanningen for 2011/2012. For 2012/2013 blir aktivitetskravet lik 21 for Høgskolen i Sør-Trøndelag og 14 for Høgskolen i Vestfold. For Diakonhjemmet Høgskole er det et samlet aktivitetskrav for ergoterapi og vernepleie på 76 studiepoengsenheter. For 2012/2013 vil dette være 106. I 1998 ble det inngått en avtale mellom Høgskolen i Telemark og Diakonhjemmet Høgskole om samarbeid på vernepleierutdanning. Avtalen ble fornyet i 2002. De to institusjonene alternerer (annet hvert år) om å tilby 30 nye studieplasser til desentralisert vernepleieutdanning. For 2011/2012 har Høgskolen i Telemark disse plassene. For 2012/2013 har Diakonhjemmet Høgskole disse plassene.

Behovet for praksisplasser er høyere enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonene som følge av forventet frafall må ta opp et høyere antall personer enn det aktivitetskravet viser. Det gjøres oppmerksom på at KD for 2011, i tillegg til ovenstående aktivitetskrav, også tildeler nye studieplasser som utdanningsinstitusjonene kan fordele fritt på fagområder. Fordelingen blir kjent 1. mars 2011. Noen studieplasser forventes å gå til fag som trenger praksisutdanning i helseforetakene. Samarbeidsorganet må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høyskoler, revidert 20. januar 2004).

Følgende aktivitetskrav er fastsatt for hhv medisin, psykologi og farmasi ved universitetene:

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	97	57
Universitetet i Bergen	127	70	
NTNU	116	55	
Universitet i Tromsø	89	32	24

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Antallet turnusplasser for leger økes med 25 fra og med august 2011. Fordelingen over antall kandidater som begynner i turnustjeneste vår og høst 2011 framgår av tabellen nedenfor.

Helseregion		Vår 2011	Høst 2011
Helse Sør-Øst RHF	Leger	202	214
	Fysioterapeuter	72	72
Helse Vest RHF	Leger	85	91
	Fysioterapeuter	31	31
Helse Midt-Norge RHF	Leger	83	87
	Fysioterapeuter	26	26
Helse Nord RHF	Leger	80	83
	Fysioterapeuter	11	11
Leger totalt		450	475
Fysioterapeuter totalt		140	140

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger og fordele disse på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammetildelingen har de regionale helseforetakene et ansvar i å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. God lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og mellom spesialiteter skal legges til grunn. For 2011 er fordelingen som følger:

	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	SUM
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)	15	20	20	20	75
Utdanningsstillinger (herunder fordypningsstillinger)	10	10	5	5	30
"til RHFets disposisjon"					
SUM					105

Helse Sør-Øst RHF tildeles i tillegg 30 midlertidige overlegestillinger til omstillingsprogrammet for hovedstadsområdet.

Stillinger til psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering, behandling av kroniske sykdommer og kreftbehandling skal spesielt vurderes.

De 12 utdanningsstillinger i geriatri som ble tildelt som ekstra kvote i 2009 skal fortsatt øremerkes samme formål. RHFene anmodes om å prioritere bruk av ledige overlegestillinger til hjemler i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig utdanningskapasitet.

RHFet skal vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger til HFene. For ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen, gjelder dette også for utdanningsstillinger.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) skal på basis av innrapporterte tall fra RHFene ha oversikt over stillingsstrukturen for leger i helseforetakene. RHFene skal på forespørsel innrapportere hvordan fordelte stillinger er benyttet og gi en oversikt over ubesatte og "ikke fordelte" stillinger.

Vedlegg 2 – Styringsparametre 2011

Styringsparametre	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	Rapporterings-frekvens
Antall produserte DRG-poeng ³		Regionale helseforetak	Månedlig	Månedlig
Refunderte polikliniske inntekter ⁴		Regionale helseforetak	Månedlig	Månedlig
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	100 %	Helsedirektoratet	Helsedirektoratet	Tertialvis
ENDRET: Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen somatikk		NPR	Månedlig	Månedlig
ENDRET: Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)		NPR	Månedlig	Månedlig
ENDRET: Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)		NPR	Månedlig	Månedlig
ENDRET: Gjennomsnittlig og median ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)		NPR	Månedlig	Månedlig
NY: Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten ved utgangen av 2011	Ned mot 65 løpedager	NPR	Månedlig	Månedlig
Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager	100 %	NPR	Tertialvis	Tertialvis
Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen 65	100 %	NPR	Tertialvis	Tertialvis

³ ISF- finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra regionale helseforetak til NPR.

⁴ ISF- finansiert aktivitet er basert på tertialvis rapportering fra regionale helseforetak til NPR.

virkedager i psykisk helsevern og TSB for personer under 23 år				
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	0 %	NPR	Tertialvis	Tertialvis
Andel epikriser sendt ut innen en uke	100 %	NPR	Tertialvis	Tertialvis
Andel korridorpasienter		NPR (Nasjonale kvalitetsindikator)	Tertialvis	Tertialvis
ENDRET -Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse		NPR	Tertialvis	Tertialvis
NY - Sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4		MFR	Halvårlig	Årlig
NY – Diabetes Ben/fotamputasjoner pr 100.000 innbyggere		NPR	Årlig	Årlig
NY – Brukererfaringer kreftpasienter, justert for case-mix		Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)	Årlig	Årlig
NY – Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel		Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)	Årlig	Årlig
NY – Fastlegers erfaringer med DPS		Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelser)	Årlig	Årlig
Andel tvangsinnleggelse, ratejustert for befolkning i opptaksområdet		NPR (Nasjonale kvalitetsindikator)	Tertialvis	Tertialvis
NY - Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft		NPR	Tertialvis	Tertialvis
NY - Tid fra henvisning til første behandling lungekreft		NPR	Tertialvis	Tertialvis
NY - Tid fra henvisning til første behandling brystkreft		NPR	Tertialvis	Tertialvis
NY - Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	100 %	NPR	Tertialvis	Tertialvis
NY - Datakvalitet	100 %	NPR	Tertialvis	Tertialvis

lovgrunnlag psykisk helsevern voksne				
NY - Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne	100 %	NPR	Tertialvis	Tertialvis

Vedlegg 3 – Rapportering på særskilte områder

Rapporteringsområder	Datakilde	Kommentar
Antall nye desentraliserte tiltak		Skriftlig tilbakemelding
Antall nasjonale medisinske kvalitetsregistre som har elektronisk innrapporteringsløsning.		Skriftlig tilbakemelding
Antall barn som fødes av kvinner i LAR-behandling og systematisk registrering av type tilbud denne gruppen får.	MFR	Skriftlig tilbakemelding
Antall oppsøkende/ambulante team innen TSB.		Skriftlig tilbakemelding
Antall pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og DPS per 10 000 innbygger over 18 år fordelt på døgninnleggelser, poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern.		Skriftlig tilbakemelding
Antall DPS som tilbyr brukerstyrte plasser.		Skriftlig tilbakemelding
Antall ambulante team, fordelt på hvs akutteam, rus/dobbeltdiagnose-team, andre behandlingsteam og ambulante team innen psykisk helsevern for barn og unge.		Skriftlig tilbakemelding
Antall læreplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningen.		Skriftlig tilbakemelding
Antall utdanningsstillinger for tannleger under spesialisering.		Skriftlig tilbakemelding
Antall OFU (evt. IFU) løpende og nye kontrakter i 2011, samlet prosjektverdi og helseforetakets bruk av ressurser målt i kroner på de to kategorier.	Innovasjon Norge/ Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
Antall FORNY (kommersialisering av FoU-resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter i 2011.	Norges forskningsråd /interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
Antall registrerte oppfinnelser i 2011.	DOFI	Skriftlig tilbakemelding
Antall innleverte, i 2011, og videreførte patentsøknader (PCT).	Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
Antall bedriftsetableringer i 2011.	Brønnøysu	Skriftlig

	nd registeret/ interne kilder	tilbakemelding
Antall lisensavtaler i 2011.	Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
Antall forprosjekter finansiert av InnoMed.	InnoMed	Skriftlig tilbakemelding
Antall og andel av alle innkomne e-søknader som omtaler innovasjonspotensial i 2011.	http://forskningsprosjekter.ihehelse.net..	Skriftlig tilbakemelding
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse Midt-Norge RHF.	NIFU	Beregnes av NIFU
Årlige publikasjoner rapportert til Cristin innen 1. september.	Cristin	Beregnes av NIFU
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Midt-Norge RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU).	NIFU	Beregnes av NIFU
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i Helse Midt-Norge RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning inkl samhandlingsforskning (jf definisjonen under pkt. 7.1 , herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes, eldremedisin og samhandlingsforskning i 2011. Rapporteringen skal omfatte alle helseforetak med forskningsaktivitet og baseres på elektronisk rapportering.	http://forskningsprosjekter.ihehelse.net.	Rapport utgis
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. rammeprogram for forskning og teknologiutvikling i 2011.	Norges forsknings råd	Skriftlig tilbakemelding
Status samt resultater under hvert fagområde der det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG), herunder etablert nettverk, koordineringsfunksjon samt forskningsprosjekter med deltakere fra flere helseregioner.	Interne kilder	Skriftlig tilbake- melding

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Trykk: Departementenes servicesenter
01/2011 - opplag 150

