



# **OPPDRAK FOR 2022**

**KREFTKLINIKKEN**  
**Desember 2021**

# 1. GENERELLE FORUTSETNINGER FOR OPPDRAGET

## 1.1. Oppdragets hovedformål

Oppdraget gjelder for budsjettåret 2022. Oppdraget inngås på bakgrunn av at Oslo universitetssykehus HF skal oppfylle de krav som Helse Sør-Øst RHF og styret for Oslo universitetssykehus HF har vedtatt for 2022.

Helseforetakene har fire lovbestemte oppgaver:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende

For å sikre midler til investeringer i utstyr med videre de nærmeste årene og for å kunne håndtere sterkt økende kapitalkostnader når nye bygg tas i bruk er det behov for å effektivisere driften også i 2022.

## 1.2. Dokumenter og vedtak som oppdraget bygger på

Oppdraget forutsetter at følgende dokumenter og vedtak skal følges aktivt opp:

- Budsjett 2022, Styresak 89/2021 i Oslo Universitetssykehus HF
- Dokumentet "Oppdrag og bestilling 2022 for Oslo Universitetssykehus HF" med vedlegg, forventet besluttet i første foretaksmøte i 2022 som normalt avholdes i februar.
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
- Fullmaktsinstruksen i Oslo universitetssykehus jf. styresak 173/2009 i Oslo Universitetssykehus HF med etterfølgende endringer
- OUS Strategi 2019-2022 og fagstrategier der det foreligger på sykehusnivå
- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst (referanse kommer)

Det vil kunne forekomme endringer som må implementeres i oppdraget i løpet av 2022. Disse endringer kan komme som følge av nye krav eller forutsetninger som følge av:

- Foretaksprotokoller fra foretaksmøter
- Vedtak i styret ved OUS
- Vedtak i sykehusledelsen

Vesentlige endringer i oppdraget vil være gjenstand for dialog og vil formidles skriftlig i etterkant.

### 1.3. Rapportering og oppfølging, fullmakter og koding

#### *Rapportering og oppfølging*

Klinikklederen skal rapportere til administrerende direktør til de månedlige oppfølgingsmøtene, til Ledelsens gjennomgang (LGG) og dersom det blir bedt om det. Ligger det an til avvik fra fastsatte mål skal klinikkleder på eget initiativ iverksette nødvendige korrektive tiltak. Ved manglende resultatoppnåelse vil administrerende direktør vurdere tettere oppfølging.

Det er etablert målekort i foretakets LIS-system hvor indikatorene (mål og måloppnåelse) vil synliggjøres ned til nivå 3 i organisasjonen.

Klinikklederen er ansvarlig for riktig registrering og koding av diagnoser, pakkeforløp, analyser, undersøkelser, pasientbehandling og andre tjenester. Klinikklederen har ansvar for at dokumentet «Registrering og koding av pasientrettet aktivitet (venteliste- og aktivitetsdata)» følges, jf. dokument 66 i eHåndbok. Dette innebærer også å sørge for tilstrekkelig opplæring og at klinikkens koding korrigeres og kontrolleres fortløpende, slik at endringene i forbindelse med tertialvise avslutninger har minst mulig omfang.

#### *Fullmakter*

Innenfor de økonomiske rammene som omtales i oppdraget har klinikklederen myndighet og ansvar som beskrevet i dokumentet Fullmakter i OUS, jf. dokument 26 i eHåndbok. Klinikklederen er ansvarlig for at medarbeiderne innenfor egen klinikk er gjort kjent med og følger OUS' gjeldende fullmaktreglement og administrative rutiner.

### 1.4. Videreføring av oppdrag 2022 i klinikkene

Klinikkleder skal fortrinnsvis i desember 2021, eventuelt i løpet av januar 2022, ferdigstille oppdrag til alle avdelingsledere i egen klinikk. Oppdraget skal dekke de områder som inngår i oppdraget til klinikken. Avdelingsledere har videre ansvar for å tydeliggjøre oppdrag for sine seksjonsledere.

## 2. MÅL OG SATSINGSOMRÅDER I 2022

Klinikkene i fellesskap skal bidra til at Oslo universitetssykehus HF når sine mål. Nedenfor redegjøres det for mål og satsingsområder for Oslo universitetssykehus HF for 2022. Alle overordnede målsetninger i dette kapitlet er ikke like aktuelle for alle klinikker. Klinikken kan se bort fra mål som ikke gjelder for klinikkens virksomhet.

Klinikkene skal spesielt bidra til at Oslo universitetssykehus HF samlet oppnår følgende overordnede styringsmål for 2022:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i tjenesten
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Økt bruk av teknologi og digitalisering
- Økt ressursutnyttelse og samordning

Nedenfor omtales nærmere målene på de enkelte områdene. Det gjøres oppmerksom på at det kan komme endringer i Oppdrag og bestilling for 2022 for Oslo universitetssykehus HF, jf. omtale ovenfor.

### 2.1. Pasientbehandling

Viktige mål for den kliniske virksomheten i 2022 er:

- Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
  - Tildeling av rett til helsehjelp skjer i henhold til prioriteringsveiledere (eHåndbok dokumenter ID: [40537/126325](#)) og nasjonale faglige retningslinjer
  - Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenlignet med 2021 og gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 55 dager for somatikken, 40 dager for PHV, 35 dager for PHBU og 30 dager for TSB. Det skal ikke være langtidsventende som har ventet mer enn ett år.
- For alle pakkeforløp kreft er
  - Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp minst 70 %
  - Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, minst 70 %
  - Klinikken organisert med forløpsledelse og forløpskoordinator(-er) for kreftpasienter, med nødvendige fullmakter
- Pakkeforløp for VOP, BUP og TSB
  - Forløpstid for utredning – andel innen anbefalt forløpstid, minst 80 %
  - Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk – andel innen anbefalt forløpstid, minst 80 %
  - Andel pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, minst 80 %
- Pakkeforløp for hjerneslag
  - Andel pasienter behandlet med trombolyse inne 40 min > 60 %
  - Andre pasienter innlagt slagenhet > 80 %

- Klinikken skal drive forbedringsarbeid for å forebygge og redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner til under 3 %
- Reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika med 30 % sammenlignet med 2012
- Andel pasienter som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning må være minst 93 %
- Minst 15 % av pasienter med hjerneinfarkt skal være behandlet med intravenøs trombolyse (NVR) (*nasjonalt mål for denne indikatoren iht. Norsk Hjernelagsregister*).
- Minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet skal få behandling innen 40 minutter etter innleggelse (NVR)
- Minst 30 % av pasienter som får dialyse er i hjemmedialyse (nasjonalt mål) (MED)
- Minst 95 % av pasienter med døgnopphold skal ha en NEWS-måling
- Pasient- og pårørendeopplæring er implementert i pasientforløpene
  - o Minst 70 % av pasienter med diagnosen KOLS skal ha gjennomført standardisert pasient- og pårørendeopplæring. (MED)
  - o Minst 70 % av pasienter med en kreftdiagnose skal ha gjennomført standardisert pasient- og pårørendeopplæring (MED, KRE, KIT, OPK, BAR, KVI)
- Klinikken skal utarbeide tiltak for å innfri på resultatmål fra nasjonale indikatorer hvor avdelinger/behandlinger i klinikken ligger under forventet nivå, eller hvor utviklingen er negativ
- Klinikken skal etablere interne kvalitetsregistre med definerte kvalitetsindikatorer der dette ikke er definert nasjonalt, og bruke dette i klinikkens forbedringsarbeid.
- Klinikken skal innenfor to høyspesialiserte områder finne sammenliknbare tjenester nasjonalt eller internasjonalt mht. benchmarking av klinisk relevante indikatorer
- Klinikkene skal utarbeide plan for utvidelse av åpningstider på poliklinikk til minimum kl.17, med løsninger som gir en positiv kost/nytte på klinikknivå
- Klinikkene skal implementere minst to tjenester innenfor satsingen OUS Hjemme inkludert utarbeidelse av nødvendige prosedyrer
- Minst 60 % av alle venteliste-brev (regional standard) skal sendes digitalt fra DIPS
- Klinikkene skal fortsette arbeidet med å lage og ta i bruk informasjonstekster om behandlinger og undersøkelser til sykehusets nettsider (Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten), og som ledd i dette arbeidet digitalisere informasjon som tidligere ble sendt som vedlegg til venteliste-brev
- Gjennomgang av fraser til bruk i digitale venteliste-brev og publisering av disse i eHåndbok iht. dok.id: 138385.
- Trykksårregistrering i Metavision og oppfølging i KDVH
- Klinikken skal styrke sin virksomhetsstyring i alle avdelinger, seksjoner og enheter, ved å etablere handlingsplaner basert på egne risikovurderinger
- Klinikken skal bidra aktivt i etablering og videreutvikling av vedtatte sentre for persontilpasset medisin
  - o Klinikker (BAR, KLM, KRN, MED, KRE og TIK) som skal lede et av sentrene skal involvere andre klinikker og avdelinger i sitt senter for å styrke og videreutvikle bruken av presisjonsdiagnostikk og persontilpasset medisin

## 2.2. Kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling

Et viktig satsingsområde i OUS er innenfor det enkelte fagfelt å tilstrebe standardisering basert på beste praksis. Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter opplever å få trygg og god helsehjelp. For klinikken betyr det at:

- Tiltakspakker og nasjonale råd fra I trygge hender 24/7 er inkorporert i klinikkens daglige drift
- Risikotavle for pasientsikkerhet og Det grønne korset skal være etablert på alle enheter med pasientbehandling
- Det skal gjennomføres mini-metodevurderinger som vil bli målt
- Det skal implementeres nye og reviderte prosedyrer
- Pasienterfaringer brukes i forbedringsarbeid og tiltak dokumenteres i Achilles
- Meldekulturen i Achilles forbedres ved uønskede hendelser/komplikasjoner som har klinisk konsekvens
- Internt nettverk for kontinuerlig forbedring nyttiggjøres til forbedringsarbeid i klinikken
- Likeverdskoordinator implementeres, ref. ledermøtesak 22.09.21
- Helsefelleskapet Oslo benyttes i tjenesteutvikling
- Klinikken har beskrevet minst to helhetlige og sammenhengende pasientforløp med fokus på nye arbeidsformer og trygg utskriving jf. prioriterte grupper i nasjonal helse- og sykehusplan 2021-2023:
  - barn og unge med langvarig behov for helsehjelp
  - personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
  - skrøpelige eldre
  - personer med flere kroniske lidelser
- Sykehuset ikke skal ha klagesaker på at kontaktlege/koordinator ikke er innført for pasienter med komplekse og sammensatte lidelser
- Klinikkene skal utarbeide årlige revisjonsplaner på bakgrunn av risikovurderinger og aktualitet
- Klinikken skal følge opp arbeidsmiljøtiltakene for 2021 besluttet i forbindelse med utarbeidelsen av klinikkens HMS-årsrapport
- I forbindelse med Ledelsens gjennomgang vil Klinik for laboratoriemedisin og Klinik for radiologi og nukleærmedisin bli bedt om å fremlegge klinikkvise data for hhv
  - Antall ikke kvitterte svar på patologiundersøkelser
  - Antall ikke kvitterte svar på bildeundersøkelserMålet er en forbedring fra foregående år på disse indikatorene

## 2.3. Forskning og innovasjon

Forskningsstrategi for OUS 2021-2025 og overordnet Handlingsplan forskning 2021-2023 skal følges opp i klinikkene gjennom klinikkspesifikke handlingsplaner for forskning.

Klinikkene skal opprettholde høyt volum av forskning, med høy kvalitet. For 2022 er det et spesifikt mål å øke antall nye kliniske studier, herunder både oppdragsstudier og forskerinitierte

studier. Antall kliniske behandlingsstudier og nye inkluderte pasienter per år måles gjennom et nasjonalt målesystem, der klinikkledelsen må sørge for at prosjektledere innrapporterer data gjennom tilsendt lenke (rapportering pågår mars-april, påminnelse vil bli gitt). Klinikken må planlegge ressursbruken slik at den styrker kapasiteten for å gjennomføre kliniske studier, jf. oppdrag fra eier.

Klinikken vil bli målt på et bredt sett av indikatorer for forskning og innovasjon, etter hvert tertial jf. Ledelsens gjennomgang.

Klinikken skal videre støtte opp om gjennomføring av Innovasjonsstrategi for OUS 2018-2022 og tilhørende handlingsplan.

## 2.4. Personell, utdanning, kompetanse og arbeidsmiljø

Klinikken skal:

- Følge opp Lederutviklingsprogrammet og lederforventningene, med et særlig fokus på pasientsikkerhet, forbedringsarbeid og endringsledelse
- Aktivt jobbe med etterfølgelsesplanlegging og sikre at nye ledere mottar god oppfølging og opplæring
- Styrke ledelse på alle nivåer i sin virksomhet. Nivå 4-5 ledere skal særskilt sikres og utvikles, og ha støtte og forutsetninger for å fylle sin lederrolle. Aktivt jobbe med ledergruppeutvikling, med et spesielt fokus på nivå 3-ledergruppen og mellomlederrollen.
- Støtte opp om gjennomføring av utdanningsstrategien med tilhørende handlingsplan
- Følge opp implementeringen av ny LIS-utdanning og planlegge for tilstrekkelig tid til disse oppgavene
- Lage en fremdriftsplan for opplæring i Kompetanseportalen og har ansvar for at alle ansatte har fått tildelt en kompetanseplan gjennom Kompetanseportalen
- Klinikken skal identifisere og beskrive minst to oppgavedelingsprosjekt basert på prosjektmandat, verktøy og metodikk for oppgavedelingsprosesser etablert av prosjektet «Rett kompetanse til rett oppgave»

Tiltak og programmer samkjøres med de sentrale programmene.

Organisasjonsutvikling, omorganiseringer og omstillingsprosesser skal gjennomføres i samsvar med etablerte retningslinjer og avtaleverk. Det skal legges opp til god samhandling med og medvirkning fra berørte ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten i prosessene.

Det er en målsetting at 90 % av ansatte blir vaksinert mot influensa.

## 2.5. Andre mål og rammer for 2022

Klinikken skal:

- Følge opp antikorrupsjonsprogrammet til Helse Sør-Øst
- Følge opp krav til internkontrollhandlinger for 2022 på økonomiområdet, jf. dokument 138549 i eHåndboken
- Sørge for lojalitet til alle gjeldende rammeavtaler. Vare- og tjenestekjøp skal gjøres i henhold til gjeldende fullmakter, og innkjøpssystemet skal benyttes
- Rapportere fremdrift og gevinstoppnåelse på klinikkvise prosjekter i klinikkens forbedringsprogram
- Delta i prosjekter under porteføljen «Utvikling av OUS»

## 2.6. Nye Oslo universitetssykehus – aktiviteter 2022

I 2022 vil det pågå flere ulike aktiviteter innen prosjektporteføljen Nye Oslo universitetssykehus:

- Programmet Nye Radiumhospitalet
- Programmet Storbylegevakten
- Programmet Nye Rikshospitalet
- Programmet Ny Sikkerhetspsykiatri
- Programmet Nye Aker
- Programmet OUS i Livsvitenskapsbygget

Klinikken skal bidra i arbeidet med Nye Oslo universitetssykehus, herunder:

- Aktivt bidra til konkretisering og tydeliggjøring av effektmål, ambisjoner og satsningsområder på eget fagområde, og for sykehuset i sin helhet
- Iverksette og gjennomføre organisasjonsutviklingstiltak og kontinuerlig forbedring i daglig drift
- Foreta de nødvendige omstillinger i tråd med Oslo universitetssykehus HF strategi, OUS og regionens utviklingsplaner, og ambisjoner og føringer i departementets Helse og sykehusplan
- Motivere og engasjere organisasjonen til prosjektarbeidet
- Sørge for at avtalte ressurser blir stilt til rådighet og samtidig å ivareta faglig forsvarlig drift
- Bidra med innspill til de igangsatte organisasjonsutviklingsprosjekter
- Melde inn nye, mulige innovasjoner/prosjekter til porteføljestyret eller programstyrene
- Bidra og delta i relevante pilot- og innovasjonsprosjekter som igangsettes av programstyrene
- Følge opp om tiltak besluttet av de ulike programstyrene
- Bidra i den totale samhandling og kommunikasjon knyttet til utviklingsarbeidet
- Kompetanseheving, HMS og kvalitetsforbedring
- Bidra med å identifisere gevinster som følge av de nye byggene
- Bidra til endring av arbeidsprosesser og utvikling av konsepter som del av forbedret drift og gevinstrealisering i forkant av innflytting i nye bygg



- Sørge for tilstrekkelig opplæring, nødvendig sertifisering og forberedelse til ibruktakelse av nye bygg.

## 2.7. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring og god drift

Klinikken skal levere et regnskap i balanse. Styring etter årsverk (egne ansatte og innleide) er virkemidler for å levere et regnskap i balanse. Ressursbruken må til enhver tid tilpasses klinikkens reelle økonomiske situasjon. Dette betyr at indikatorene for årsverk og innleie i kapittel 3.1 er underordnet målet om resultat i balanse. De økonomiske rammer bygger på prinsippene i den vedtatte økonomiske langtidsplanen for 2022-2025 og vedtatt budsjett for 2022. Ved identifisert eller risiko for avvik fra budsjett må det settes i verk korrigerende tiltak. De viktigste månedlige oppfølgingspunktene for klinikken knyttet til økonomistyring for budsjettåret 2022 vil være:

- Periodens resultat, akkumulert resultat og årsprognose
- Klinikkenes bemanningsutvikling opp mot budsjett
- Klinikkenes aktivitet opp mot budsjett
- Klinikkenes gjennomføring av omstillingstiltak

De konkrete omstillingstiltakene skal fremgå av de avtaler klinikkleder inngår med avdelingslederne jf. pkt. 1.4 over. Dersom klinikken ikke har tilstrekkelig med tiltak må nye korrektive tiltak iverksettes. For klinikker som har en uløst utfordring ved oppstart i driftsåret skal dette løses med nye korrektive tiltak.

Klinikkene skal følge opp vedtatt prioritering av aktiviteter innenfor programmene av Nye Oslo universitetssykehus, innenfor gitte budsjettrammer.

Klinikkene skal bidra til at prosjektene i porteføljen Utvikling av OUS blir gjennomført på en god måte, herunder fristille nødvendige ressurser og arbeide aktivt i prosjekt- og linjeorganisasjon for å realisere prosjektens resultat- og effektmål. Prosjektene vil involvere de relevante klinikkene tidlig når det gjelder identifisering av gevinster og planlegging av gevinstrealisering. Før gjennomføring av prosjektene vedtas (investeringsbeslutningen), skal det etableres forpliktende gevinstavtaler som synliggjør bidraget til hver klinikk i gevinstrealiseringen, og som klinikkene må arbeide med å realisere.

Klinikkene skal ta i bruk metodikk, rammeverk og kompetanseutviklingstiltak innen prosjekt som Porteføljekontoret ledet av Stab medisin, helsefag og beredskap utvikler for å støtte både sykehusovergripende og klinikkvise prosjekter.

### 3. KLINIKKENS MÅL FOR VIRKSOMHETEN I 2022

#### 3.1 Kvantitative måleindikatorer for 2022

Måleindikatorer oppdrag for 2022				
Kilde	Måleområde	Enhet	B 2022	Prognose 2021
	<b>Aktivitet</b>			
Målekort LIS	Antall ISF poeng somatikk	Antall	32 135	30 832
Målekort LIS	Antall polikliniske konsultasjoner ISF refusjon somatikk	Antall	198 695	192 330
Målekort LIS	Andel video- og telefonkonsultasjoner	Andel	økning fra 2021	17 %
Målekort LIS	Antall operasjoner	Antall	2 045	1 966
Målekort LIS	Andel operasjoner med trygg kirurgi	Andel	95 %	92,4 %
Målekort LIS	Andel strykninger	Andel	3,0 %	3,2 %
	Fremmøter til stråleterapi totalt	Antall	100 000	98 566
	Poliklinisk mediakamentell behandling	Antall	22 348	22 127
Målekort LIS	Knivtid i timer	Antall	-	3 592
Målekort LIS	Stuetid i timer	Antall	-	6 011
Målekort LIS	Andel korridorpasienter	Andel	0 %	1 %
	<b>Ressurser og økonomi</b>			
Målekort LIS	Resultat	MNOK	0	-11
Målekort LIS	Brutto årsverk intern finansierte	Antall	1 460	1 460
Målekort LIS	Eksternt innleide	Antall	0	0
Målekort LIS	Sykefravær totalt	Andel	5,8 %	6,3 %
	Antall brudd på arbeidstidsbestemmelser	Antall brudd	2 725	2 870
	Andel kreftpasienter inkludert i pakkeforløp	Andel	>70 %	79 %
	Andel pakkeforløp kreft innenfor standard forløpstid	Andel	> 70 %	75 %
	<b>Tilgjengelighet</b>			
Målekort LIS	Andel epikriser sendt innen 1 dag	Andel	70 %	66 %
Målekort LIS	Andel fristbrudd	Andel	0 %	1 %
Målekort LIS	Vurderingstid henvisninger (median)	Antall	3	3
Målekort LIS	Antall pasientkontakter som har passert planlagt tid	Antall	143	159
Målekort LIS	Gj.snittl.ventetid avviklet	Antall dager	24	24
	<b>Forskning</b>			
	Antall artikler	Antall	> 450	495

\*Måltallet for indikatoren «Brutto årsverk internt finansierte» er ekskl. årsverk knyttet til covid-19 håndtering

\*\*Klinikken vil bli bedt om rapportere på et bredere sett av indikatorer for forskning og innovasjon, tertialvis og/eller årlig

### 3.2 Klinikkens egne områder for forbedring av tilbudet og utvikling av virksomheten for 2022

- Utvikling av tilbudet om hjemmesykehus
  - Dagens tilbud til pasienter ved Avdeling for blodsykdommer omfatter i dag ca 20% av pasientene som gjennomgår benmargstransplantasjon (ca 50 pasienter pr år) og kan utvides men er avhengig av økt kapasitet gjennom flere leiligheter der pasienter kan være sammen med pårørende. Behandlingstilbudet er nasjonalt og det er kun et begrenset antall pasienter som kan bo i egen bolig på grunn av avstandskrav til sykehuset.
  - Vurdere om det er pasienter i Avdeling for kreftbehandling som er egnet for et hjemmesykehustilbud (spesielt for pasienter som gjennomgår benmargstransplantasjon).
- Utviklet tilbudet til pasientene ved hjelp av teknologiske muligheter. Det gjelder både bruk av digitale hjelpemidler til å gjennomføre konsultasjoner og å utvikle tilbud til pasientene gjennom kurs og live-sendinger over nettet. Det settes mål for andel digitale konsultasjoner.
- Forbedre palliativ behandling gjennom å etablere et forsterket palliativt tilbud på Radiumhospitalet og et ambulant palliativt team for OUS' opptaksområde
- Starte kompetanseoppbygging og etablere mottaksorganisasjon for protonterapi og bidra til å etablere et nasjonalt protonterapi register. I 2022 skal det etableres detaljerte kompetanseplaner for onkologer, stråleterapeuter og medisinske fysikere.
- Videre klinisk utprøving av nye diagnostiske metoder med grunnlag i digital patologi og kunstig intelligens: histotyping for kolorektalkreft og lungekreft og nucleotyping for kolorektalkreft, ovariekreft og endometriekreft
- Bidra til utviklingen av presisjonsmedisin i Norge gjennom å inkludere pasienter i kliniske studier og være pådriver for utvikling av nye analyser for våre pasientgrupper.
- Ferdigstille konsolidering i OUS av doseplan- og stråleterapi-informasjonssystemene som er det to viktigste IKT-systemene i stråleterapi
- Effektiv og rasjonell drift av stråleterapi gjennom å finne optimal fordeling av pasientene på dag- og kveldsskift gitt den aktuelle maskinparken.

### 3.3 Klinikkenes omstillingstiltak 2022

Klinikken har planlagt tiltak for å gjennomføre driften i 2022 innenfor tildelt budsjett med til sammen 25,8 mnok. Klinikken skal rapportere gjennomføring gjennom året. Dersom ikke tiltak har planlagt virkning, må nye korrektive tiltak iverksettes. For klinikker som har en uløst utfordring ved oppstart i driftsåret skal dette løses med nye tiltak.

Tiltakstype	Budsjettert økonomisk effekt
Aktivitetsbaserte inntekter	14 045
Andre driftskostnader	4 000
Medikamentkostnader	7 800
<b>Totalsum</b>	<b>25 845</b>

  
Adm.dir Bjørn Atle Bjørnbeth