



# OPPDRAK FOR 2021

KREFTKLINIKKEN

# **Innholdsfortegnelse:**

## **Oppdrag for 2021**

Del 1 - Generelle forutsetninger for oppdraget	s. 3
Del 2 - Mål og satsingsområder for 2021	s. 5
Del 3 – Klinikkspesifikke deler	s. 11

# DEL 1 og 2

## 1. GENERELLE FORUTSETNINGER FOR OPPDRAGET

### 1.1. Oppdragets hovedformål

Oppdraget gjelder for budsjettåret 2021. 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 2021.

Helseforetakene har fire lovbestemte oppgaver:

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

For å sikre midler til investeringer i utstyr mv 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 2021.

### 1.2. Dokumenter og vedtak som oppdraget bygger på

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

- Budsjett 2021, Styresak 91/2020 i Oslo Universitetssykehus HF
- Dokumentet "Oppdrag og bestilling 2021 for Oslo Universitetssykehus HF" med vedlegg, forventet besluttet i første foretaksmøte i 2021 som normalt avholdes i februar.
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
- Fullmakter i Oslo universitetssykehus; Jf. styresak 055/2015 i Oslo Universitetssykehus HF
- OUS Strategi 2019-2022 og fagstrategier der det foreligger på sykehusnivå
- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst

Det vil kunne forekomme endringer som må implementeres i oppdraget i løpet av 2021. 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, 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 2021 i klinikkene

Klinikkleder skal i løpet av januar 2021 utarbeide 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 FOR 2021

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 2021. 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 OUS samlet oppnår følgende overordnede styringsmål for 2021:

- 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

Covid-19 pandemien preger OUS inn i 2021. Tiltak for å håndtere denne situasjonen, herunder smittevern, beredskap og behandling av Covid-19 syke pasienter, skal gis høy prioritet.

Nedenfor omtales nærmere målene på de enkelte områdene. Det gjøres oppmerksom på at det kan komme endringer i Oppdrag og bestilling for 2021 for Oslo universitetssykehus HF, jf. omtale ovenfor.

### 2.1. Pasientbehandling

Viktige mål for den kliniske virksomheten i 2021 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 2020 og gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 55 dager for somatikken, 40 dager for PHV/PHBU og 35 dager for TSB. Ingen langtidsventende over ett år.
- For alle pakkeforløp kreft er
  - andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp 70 %.
  - andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp, 70 %.
  - Klinikken er organisert med forløpsledelse og forløpskoordinator(-er) for kreftpasienter, med nødvendige fullmakter.
- Pakkeforløp for VOP, BUP og TSB
  - Forløpstid for utredning – andel innen anbefalt forløpstid, 80 %
  - Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk – andel innen anbefalt forløpstid, 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 og etablerer egne mål for forbedringer i resultatene som inngår i prevalensundersøkelsen og Nasjonal Overvåking av Infeksjoner i Sykehus.
- Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.
- Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenlignet med året før.
- Det skal ikke være korridorpasienter.
- Reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika med 30 % sammenlignet med 2012.
- Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
- Andel pasienter skal ha timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning må være minst 93 %.
- 50 % av epikriser innenfor psykisk helse og rus skal være sendt ut innen 24 timer.
- 70 % av epikriser innenfor somatikken skal være sendt ut innen 24 timer.
- Minst 15 % av pasienter med hjerneinfarkt skal være behandlet med intravenøs trombolyse (*nasjonalt mål for denne indikatoren iht. Norsk Hjerneregister*).
- Minst 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet skal få behandling innen 40 minutter etter innleggelse.
- Minst 30 % av pasienter som får dialyse er i hjemmedialyse (nasjonalt mål).
- Minst 95 % av operasjoner skal være utført med dokumentert trygg kirurgi.
- Minst 95 % av pasienter med døgnopphold skal ha en NEWS-måling.
- Minst 70 % av pasienter med diagnosen KOLS skal ha gjennomført standardisert pasient- og pårørendeopplæring.
- Minst 70 % av pasienter med en kreftdiagnose skal ha gjennomført standardisert pasient- og pårørendeopplæring.
- Klinikken skal utarbeide tiltak for å innfri på resultatmål fra nasjonale indikatorer hvor OUS ligger under forventet nivå eller hvor utviklingen er negativ.
- Klinikkene skal utarbeide plan for økning av andelen telefon- og videokonsultasjoner, ref. styrets vedtak i sak 90/2020.
- 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.

Nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres årlig. Klinikken skal vurdere å definere egne måltall der dette ikke er definert nasjonalt. I tillegg skal klinikken vurdere bruk og utvikling av egne indikatorer fra interne kvalitetsregistre og bruke dette i klinikkens forbedringsarbeid.

## 2.2. Forskning og innovasjon

Forskningsstrategi for OUS for perioden 2021-2025 er vedtatt. Strategien og overordnet handlingsplan for forskning skal følges opp i klinikkene gjennom klinikkspesifikke handlingsplaner.

Klinikkene skal opprettholde høyt volum av forskning, med høy kvalitet. For 2021 er det et spesifikt mål å øke antall nye kliniske studier, herunder både oppdragsstudier og forskerinitierte studier. Klinikkene må planlegge ressursbruken slik at den styrker kapasiteten for å gjennomføre kliniske studier, jf. oppdrag fra eier.

Klinikkene vil bli målt på et bredt sett av indikatorer for forskning og innovasjon, tertialvis og/eller årlig (jf. Ledelsens gjennomgang). Tre av disse indikatorene er fremhevet med måltall i kapittel 3: Antall artikler, antall nye kliniske behandlingsstudier og antall eksternt finansierte forskningsårsverk.

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

## 2.3. Personell, utdanning, kompetanse og arbeidsmiljø

Klinikken skal følge opp Lederutviklingsprogrammet og lederforventningene inkludert innen pasientsikkerhet og forbedringsarbeid. Klinikken skal 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. Klinikken skal også aktivt jobbe med ledergruppeutvikling.

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.

Klinikken skal støtte opp om gjennomføring av utdanningsstrategien med tilhørende handlingsplan. Klinikken skal følge opp implementeringen av ny LIS-utdanning og planlegge for tilstrekkelig tid til disse oppgavene.

Klinikken skal følge opp arbeidsmiljøtiltakene for 2021 besluttet i forbindelse med utarbeidelsen av klinikkens HMS-årsrapport.

Det er en målsetting at 90 % av ansatte blir vaksinert mot influensa. Klinikken skal i tråd med prioriteringskriteriene bidra til at flest mulig ansatte blir vaksinert mot covid-19.

Resultatene fra den årlige medarbeiderundersøkelsen- og pasientsikkerhetsundersøkelsen ForBedring skal følges opp i klinikken gjennom tilbakemeldingsmøte, utarbeidelse av handlingsplan og oppfølging av tiltak. Resultat og handlingsplan skal behandles i klinikkvise AMU og legges frem i klinikkens pasientsikkerhetsråd.

## 2.4. Kunnskapsutvikling, kvalitet og pasientsikkerhet

Et viktig satsingsområde i OUS er innenfor det enkelte fagfelt å tilstrebe standardisering, basert på beste praksis. Klinikken skal søke kunnskap ved å gjennomføre mini-metodevurderinger, og vil bli målt på antall innmeldte mini-metodevurderinger og antall mini-metodevurderinger gjennomført. Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. For klinikken betyr det:

- At ansatte gjennomfører besluttede opplæringsopplegg, kurs og e-læring
  - At tiltakspakker og nasjonale råd fra I trygge hender 24/7 og Handlingsplan for pasientsikkerhet i OUS 2020-2023 er inkorporert i klinikkens daglige drift.
  - Daglig risikostyring (Risikotavle for pasientsikkerhet, side 6 i Manual for Tavlemøter og Det grønne korset) skal være etablert på laveste nivå for alle enheter med pasientbehandling
  - Å bidra til Råd for faglige dokumenter og implementere nye og reviderte prosedyrer
  - At pasientsikkerhetsmålinger og pasienterfaringer brukes i forbedringsarbeid og tiltak dokumenteres i Achilles.
  - Forbedring i meldekultur i Achilles og resultat på Sikkerhetsklima i spørreundersøkelsen ForBedring.
  - At internt nettverk for kontinuerlig forbedring er involvert i konkrete forbedringsprosjekter i klinikken
  - Pasientsikkerhet og forbedringsarbeid skal være en del av utdanningen av Leger i spesialisering (LIS).
  - Klinikken har beskrevet minst 2 helhetlige og sammenhengende pasientforløp inkludert trygg utskrivning j.fr 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
  - «Helhetlig pasientforløp for eldre og kronisk syke pasienter - Oslomodellen» (Presentert i kvalitetsutvalget i november 2020. Kommer i eHåndboka over nyttår.)
  - Implementere anbefalinger om samarbeid mellom kommunale leger og sykehus.
  - Pasient- og pårørendeopplæring er implementert i pasientforløpene
  - Klinikken skal 2021 ikke ha klagesaker på at kontaktleger /koordinator ikke er innført for pasienter med komplekse og sammensatte lidelser jr. sykehusets retningslinjer
  - I forbindelse med LGG vil Klinikken for laboratoriemedisin og Klinikken for radiologi og nukleærmedisin bli bedt om å fremlegge klinikkvise data for hhv
    - Antall ikke kvitterte svar på patologiundersøkelser
    - Antall ikke kvitterte svar på bildeundersøkelser
- Målet er en forbedring fra 2020 til 2021 på alle disse indikatorene
- Klinikken skal utarbeide årlige revisjonsplaner:
    - Revisjonsområdene blir valgt ut på bakgrunn av risikovurderinger og aktualitet. Interne revisjoner i klinikken skal bidra til forbedringer og tilføre organisasjonen merverdi. Dette skal skje ved at kunnskap om årsaker og konsekvenser av feil, svakheter og mangler som oppdages gjennom



revisjonsarbeidet, formidles den reviderte part og i organisasjonen, slik at disse kan skape læring og forbedringer.

## 2.5. Andre mål og rammer for 2021

Klinikken plikter å følge opp antikorrupsjonsprogrammet til Helse Sør-Øst.

Klinikkene skal følge opp krav til internkontrollhandlinger for 2021 på økonomiområdet, jf. dokument 138549 i eHåndboken.

Klinikken skal sørge for lojalitet til alle gjeldende rammeavtaler. Vare- og tjenestekjøp skal gjøres i henhold til gjeldende fullmakter, og innkjøpssystemet skal benyttes.

Klinikken skal i 2021 videreføre arbeidet med klinikkvise forbedringsprogram. Det skal rapporteres status i LGG på hhv. fremdrift og gevinstoppnåelse og på månedlige oppfølgingsmøter på forespørsel. Klinikkene skal også delta i prosjekter under porteføljen «Forbedring av driften» og under porteføljen «Nye Oslo universitetssykehus», jf. omtale nedenfor.

## 2.6. Nye Oslo universitetssykehus – aktiviteter 2021

I 2021 vil det pågå flere ulike aktiviteter innen prosjektporteføljen Nye Oslo universitetssykehus:

- Program Nytt Radiumhospital
- Program Storbylegevakten
- Program Nye Rikshospital
- Program Ny Sikkerhetspsykiatri
- Program Nye Aker sykehus

I 2021 vil det også pågå aktiviteter tilknyttet planlegging av Oslo universitetssykehus HF sin mulige virksomhet i nytt Livsvitenskapsbygg.

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

- Aktivt bidra til konkretisering og tydeliggjøring av effektmål, ambisjoner og satsningsområder på eget fagområdet, 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

- Bidra og delta i relevante pilot- og innovasjonsprosjekter som igangsettes av porteføljestyret eller programstyrene
- Følge opp om tiltak besluttet i porteføljestyret og 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

## 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 en hver 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 2021-2024 og vedtatt budsjett for 2021. 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 2021 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 jfr. 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 bidra til at prosjektene i porteføljen Forbedring av driften i Oslo universitetssykehus HF blir gjennomført på en god måte og arbeide aktivt for å realisere prosjektenes gevinstmål. Prosjektene vil involvere de relevante klinikkene tidlig når det gjelder identifisering av gevinster og planlegging av gevinstrealisering. Ved avslutning av prosjektene skal det etableres 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 og helsefag utvikler for å støtte både sykehusovergripende og klinikkvise prosjekter.

# DEL 3 – klinikkspesifikke deler

## KRE – MÅL FOR VIRKSOMHETEN I 2021

### Kvantitative måleindikatorer for 2021

Måleindikatorer oppdrag 2021				
Kilde	Måleområde	Enhet	B 2021	R 2020(P)
	<b>Aktivitet</b>			
Målekort LIS	Antall ISF poeng somatikk	Antall	32213	30721
Målekort LIS	Antall polikliniske konsultasjoner ISF refusjon somatikk	Antall	193471	187986
Målekort LIS	Andel video- og telefonkonsultasjoner	Andel	≥15%	
Målekort LIS	Antall operasjoner	Antall	2045	2036
Målekort LIS	Andel operasjoner med trygg kirurgi	Andel	92 %	89 %
Målekort LIS	Andel strykninger	Andel	4,3 %	4,4 %
	Fremmøter til stråleterapi totalt	Antall	100 000	98 036
	Poliklinisk mediakamentell behandling	Antall	21 639	23 144
Målekort LIS	Knivtid i timer	Antall	3600	3625
Målekort LIS	Stuetid i timer	Antall	6000	6028
Målekort LIS	Andel korridorpasienter	Andel	0 %	1 %
	<b>Ressurser og økonomi</b>			
Målekort LIS	Resultat	MNOK	0	-45
Målekort LIS	Brutto årsverk intern finansierte	Antall	1443	1460
Målekort LIS	Eksternt innleide	Antall	0	0
Målekort LIS	Sykefravær totalt	Andel	5,7 %	7,1 %
Tas inn i målekortet fra GAT	Antall brudd på arbeidstidsbestemmelser	Antall brudd	Reduksjon	3 309
	Andel kreftpasienter inkludert i pakkeforløp	Andel	>70 %	74 %
	Andel pakkeforløp kreft innenfor standard forløpstid	Andel	> 70 %	72 %
	<b>Tilgjengelighet og kvalitet</b>			
Målekort LIS	Andel epikriser sendt innen 1 dag	Andel	70 %	63 %
Målekort LIS	Andel fristbrudd	Andel	0 %	10 %
Målekort LIS	Vurderingstid henvisninger (median)	Antall	2	2
Målekort LIS	Antall pasientkontakter som har passert planlagt tid	Antall	Reduksjon	256
Målekort LIS	Gj.snittl.ventetid avviklet	Antall dager	27	28
Kreftregisteret?	Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter	Andel registrert	≥ 80 %	78 %
	<b>Forskning</b>			
	Antall artikler	Antall	Økning	483
	Antall nye kliniske behandlingsstudier	Antall	Økning	98
	Eksternt finansierte forskningsårsverk	Antall	Økning	241

\*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

## Klinikkens egne områder for utvikling og endring av tilbudet for 2021

### De viktigste områder klinikken vil jobbe med innenfor vedtatt budsjett

- Utvikling av tilbudet om hjemmesykehus
  - Utvidelse av tilbudet i Avdeling for blodsykdommer og vurdere om dette også kan tilbys pasienter i Avdeling for kreftbehandling
  - Utvide tilbudet om hjemmebehandling i Avdeling for kreftbehandling
- Utvikle arenafleksible tilbud gjennom videokonsultasjoner og tilbud om digitale løsninger behandling, pasientrapportering og for rehabiliteringstilbud i gruppe
- Forbedre palliativ behandling gjennom å etablere et forsterket palliativt tilbud på Radiumhospitalet og et ambulant palliativt team for OUS' opptaksområde
- Starte inklusjon av pasienter i presisjonsmedisinstudier
- Starte kompetanseoppbygging og etablere mottaksorganisasjon for protonterapi og gjennomføre forprosjekt for et utvidet stråleterapiregister
- Ta i bruk nye diagnostiske metoder med grunnlag i digital patologi og kunstig intelligens: histotyping for kolorektalkreft og lungekreft og nucleotyping for kolorektalkreft, ovariekreft og endometriekreft
- Konsolidering av doseplan- og stråleterapi-informasjonsystemene som er det to viktigste IKT-systemene i stråleterapi
- Bidra til utvikling av cellulær immunterapi gjennom å etablere ACT-senteret (finansiert gjennom en privat donasjon) og komme i gang med genoverføring iht. GMP

### Klinikkens omstillingstiltak 2021

Klinikkene har planlagt tiltak for å gjennomføre driften i 2021 innenfor tildelt budsjett med til sammen 29,9 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 korrektive tiltak.

Tiltakstype	Budsjettert økonomisk effekt
Aktivitetsbaserte inntekter	7 722
Andre driftskostnader	5 300
Fast bemanning	4 161
Medikamentkostnader	12 700
<b>Total</b>	<b>29 883</b>