

Risikoidentifikasjon og analyse		Ansvarlig:		Hovedtema		Risiko-matrise, se under	
Enhet:		Dato: 13.09.2022		Hovedtema		Risiko-matrise, se under	
Mål / krav nr 8:		Deltakere i prosessen:		Veiledning		Risiko etter tiltak	
HSYK sine utvalgte Topp 10 mål		Risiko før tiltak		Risiko etter tiltak		Risiko-nivå	
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko-vurdering S K	Risiko-nivå	Risiko-vurdering S K	Risiko-nivå	S	K
Gjenn risiko for målet:							
R1	Risiko for manglende måloppnåelse For få spesialister, og ubesatte stillinger generelt. PSYK: Ventetid, krav 28 OD Prehosp: Trombolyse innen anbefalt tid (30 min)	3	Middels	3	Middels	2	3
R2	Forsinket EKG, problemer med EKG-overføring, forsinket analyse av EKG og tilbakemelding til ambulanse Forsinket tilgang på fly og politiledsagere	3	Middels	3	Middels	2	3
R3	Transport til akuttpsyk. avd. i Bodø iverksatt innen 2 timer	4	Middels	3	Middels	3	3
R4	PPT over 5 % grunnet ulike årsaker	2	Middels	1	Middels	1	3
R5	AKM klinikk: Operasjonsstyrkinger under 5 % (sammenfallende med kirurgisk klinikk)	5	Middels	3	Middels	3	3
R6	AKM klinikk: Tidlig oppstart	3	Middels	2	Middels	2	3

Topp 10 mål 2022 2. tertial

Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen
Optimalisere arbeidsprosesser slik at klinisk personell bruker mer av tiden på klinisk arbeid. Følge utviklingen tett. Ingen endring pr. mai(?) måned.
Proseduren anses godt kjent. Det tar iblant for lang tid å få EKG analysert av LIS og tilbakemelding gitt til ambulansen. Klinikken følger tidsbruk, som er en nasjonal kvalitetsindikator. Vi ligger på nasjonalt nivå, men best i Helse Nord. Likevel potensiale for forbedring. Måloppnåelse 2021 var 26 %.
Ny rutine iverksatt i mars 2021 som innebærer overgang fra fly til landveis transport. Målet er transport iverksatt innen 2 timer. Overordnet vakt Ambulanse/AMK konsulteres alltid mht valg av transportmiddel. Ofte benyttes ambulanser i beredskap for å unngå ekstra innleie. Ofte uten politifølge. Måloppnåelsen er 1 2022 90 % i gj.snitt.

Tiltak som allerede er satt i verk:
Rekrutteringsprosesser innenfor flere spesialiteter, kvelids-/helgepoliklinikk, gjennomgang av prioriteringsveiledere med leger.
*Status pr. 05.09.22
Gastroenterologisk kirurgi 9,1 %
Generell kirurgi 23,7 %
Hud 11,1 %
Ortopedi 24,4 %
Urologi 10,8 %
ØNH 19,8 %
Øye 38,7 %
Gynekologi 19,6 %
Plastikkirurgi 18,4

6,2 % pr august - positiv utvikling (6,8 % i 1. kvartal). Hyppigst brukte årsakskoder er: pasient syk, ikke indikasjon og ikke kapasitet kirurg. Tiltak må rettes mot årsakene vi kan påvirke. Her er kirurgene nøkkelpersoner i tillegg til driftskontorene.
Målet for oppstart av operasjoner er kl 08.30. I tillegg til arbeid internt i akuttmedisinsk klinikk så er vi avhengig av ressurser i kirurgisk klinikk for å lykkes med tiltaket. Kirurgene er en del av nøkkeltressursene.

Nye tiltak:
Utnytte kapasitet på tvers i klinikken. Lage rutiner knyttet til ventelister og kvalitetssikring av henvisningsdata. Utløse ledige stillinger raskt/måltrettet annonsering. Hyppige pas.liste gj.ganger/ avslutte
Undersøkelsen "H-tide" forventes publisert snart og vil vise hvor idstyrene ligger. Blir fulgt opp av fagutviklerne. FSU etablert for kommunene Hattefjell, Grane og Vetsn for implementering av handlingsplanene i Trygg akuttmedisin.

Risikoeier:
Prehospital og medisinsk klinikk
Prehospital klinikk

Ansvarlig:
Klinikksejef
Klinikksejef i samarbeid med fagutviklerne og Medisinsk klinikk

Frist:
31.12.2022
31.12.2022

AMK: fortløpende vurdering av egnet transportmiddel, revisjon av prosedyre, som skal gi en mer treffsikker tusselvurdering.
Avvise henvisninger som ikke tilfredsstillter krav til behandling i spes.helsejensesten, særskilt otopedi.
Ny gjennomgang prioriteringsveiledere for å sikre at det ikke settes for korte frister.
Det er små variasjoner i forhold til sist rapportering, de store fagområdene holder seg stabil høyt.
Få de fagområder som enda ikke er kommet inn under felles inntakskontor overført dit for å kunne få en mest mulig optimalt oppsett og maks utnyttelse av kapasitet.
Fortsatte rekrutteringsarbeidet.
Kvalitetspoliklinikk gjennomføres på noen av fagområdene.
Sees på hvilke kontroller som kan overføres til fasilteger, unngå at vi overtar fastlegeoppgaver
Vi ser stor økning i andel PPT på alle områder fra mars/april 21 samtidig som dyps arena ble tatt i bruk, derfor gjennomgang av registrering.

Innen 01.10 møte med kirurgisk klinikk vedrørende tiltak for å redusere styrkinger, særlig innenfor ikke indikasjon og ikke kapasitet kirurg.
Kantlegging av flaskehals for uke 18. Tiltak skal iverksettes på bakgrunn av funn. Grøme korset skal implementeres for å daglig å vurdere flyt og logistikk inne på opr.
Klinikksejef AMK og kir. klinikk
Avd.ledere opr/an

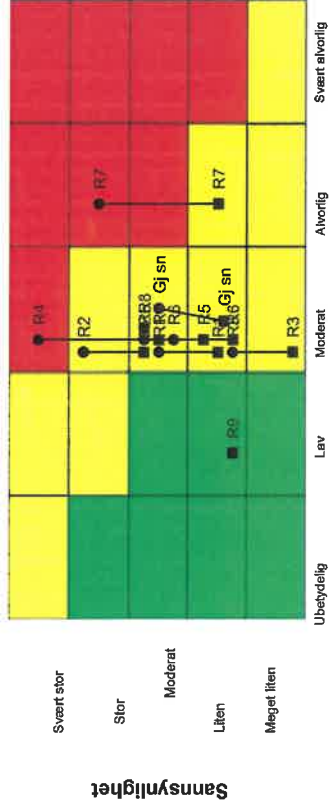
Mål / krav nr 8:

HSYK sine utvalgte Topp 10 mål

Når risikovurdering før og etter tiltak er utført er:

- = Risikonivå før tiltak
- = Risikonivå etter tiltak

Risikovurdering



Konsekvens