Risikoidentifikasjon og analyse

Enhet:

Mål / krav nr 1:

Oppfyllelse av krav, anbefalinger og føringer for kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset

Ansvarlig:

Dato: 25.01.2022

Hovedme

Veiledning

Risikomatrise, se under

Robusthetsanbefalinger gitt i "Kreftkirurgi Norge IS-2284" og egne anbefalinger for et godt akuttkirurgisk tilbud i HSYK	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå	Ledere i HSYK	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risikonivå
	Risiko før tiltak				**Risiko etter tiltak**		
Gjsn risiko for målet:	3	3	Middels		2	3	Middels

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå		S	K	Risiko-nivå
R1	- Minste antall spesialister i gastrokirurgi: 3	- Minst 2 overleger med på op. (alternativt overlege + LIS3) - Søke om spesialistgodkjenning for alle faste generelle kirurger som man mener oppfyller kravene. - HSYK skal ha et system som til enhver tid sørger for at de som utfører Tarmkreftkirurgi har tilstrekkelig formell- og realkompetanse. (Følge vanlig linjeleder ansvar) - Organisere aktiviteten slik at man utnytter alle spesialistene i HSYK til disse i disse operasjonene. Fleksible ordninger der helsepersonell har mulighet til å rullere mellom lokalisasjonene. (er den interne kompetanse hevingen vi er ute etter her) - Innen juni kan HSYK ha totalt 4 stk gastrokir. - Foreslått organisering som kan prøves ut: - Samle aktuelle operasjoner (både tarmkreft og andre større gastrokirurgiske inngrep) på avsatte dager for å utnytte intern kompetanse best mulig. (pakkeforløpsfrister og hastegrad må hensyntas) - Proctor/vikar vil kunne kompensere for manglende lokal gastrokirurg. - Proctor med første 6-12 mndr. Om mulig bør proctorer komme fra de samme avdelingene hvor personellet skal hospitere, gjerne fra NLSH eller UNN. Evaluere tiltakene etter 1 år.	4	3	Middels		2	3	Middels
R2	Minst 15 opr pr kir pr år	- Lar seg gjøre med 3 kirurger som opererer, der man rullerer på å være hovedoperatør. - 2 operatører fra HSYK tilstede vil også gjøre at man raskere kommer opp i krav om antall per kirurg. * forklaring - Ved å allokere operasjonene fra regionen til HSYK	3	4	Høy		2	4	Middels
R3	Minst 30 opr pr avdeling/team pr år	Tarmkreftkirurgien samles på en avdeling. Begge avdelingene sikres operasjoner som gjør at avdelingen har forløp som sikrer akuttkirurgisk kompetanse, god utdanning og god faglig utvikling av kirurgisk fagområde. Allokere egnede operasjoner fra andre sytkehus i regionen	4	4	Høy		1	4	Middels
R4	Minimum størrelse opptaksområde	- Rundt 100 000 - HSYK har ca 78 000 - Operasjoner fra andre foretak fordeles til HSYK slik at operasjonskapasitet utnyttes og kompetanse opprettholdes.	5	4	Høy		2	4	Middels
R5	Spesialist i gastrokir i døgnberedskap (for å opprettholde akutt beredskapen på 2 lokalisasjoner)	- Samle operasjoner for å følge opp postoperativt. - Bak-bakvaktsfunksjon på tvers i HSYK og telefonisk til NLSH og UNN dersom det er konstituert gastrokirurg på vakt - Bruke vikarer som har volum nok for god nok kompetanse fra andre sykehus. - Helst bruk av eget personell til hovedoperatør. - Best med faste vikarer.	3	3	Middels		3	3	Middels

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå		S	K	Risiko-nivå
R6	Intensivenhet med døgntilbud	Dette er på plass, med vi har tiltak som vil gjøre bemanningen mer robust. - Kalenderplan - Kompetanseplan - Bemanning skal være tilstrekkelig også med tanke på riktig kompetanse og skal tilstrebe å følge norsk standard for intensiv inntil normerende retningslinje er på plass. Bemanne forholdsmessig til aktuelle pasiente og til akuttfunksjonen. - Formøte med nøkkelpersoner som er involvert i forløpet. Sengepostene involveres. - Kategorisere pasientene – etter ressurs- /kompetansebehov - Sette sammen CORE-team som er særlig kjent med disse forløpene. - Hospitering for å øke kompetansen i alle ledd. Det må sikres reelt læringsutbytte i avtalene rundt hospiteringsordningene. - Utdanne/rekruttere/stabilisere for å øke tilgang på intensiv spl.	1	4	Middels		1	4	Middels
R7	Regelmessige tverrfaglige møter (MDT-møter)	Dette er på plass, med vi har tiltak som vil gjøre dette mer robust - Minimum ukentlig med kirurg, onkolog, patolog, forløpskoordinator. - Anestesileger i HSYK bør være med i MDT-møtene, dette innføres som en prøveordning i et år og evalueres deretter. - Frase for MDT-møte legges i Dips Arena - Det er viktig med gode forberedelser til møte. Pasienten skal være tilstrekkelig utredet også mtp frailty og komorbiditet før det avgjøres om pasienten skal opereres i HSYK eller på et høyere nivå.	1	3	Middels		1	3	Middels
R8									
R9	Deltakelse i klinisk forskning	Forskning er på plass. - Knytte seg til flere forskningsprosjekter ved UNN og NLSH eller andre samarbeidspartnere.	1	2	Lav		1	2	Lav
R10	Spesialistutdanning	- Sikre gode utdanningsløp og lett tilgang på operasjoner for å få god rekruttering - Bruke utdanningsansvarlig overlege i klinikken (UAO) og utdanningskoordinerende overlege i fagstab (UKO) - Starte på rekruttering av LIS1 og Sikre gode utdanningsløp	3	4	Høy		1	4	Middels
R11	Legeutdanning	- Legge til rette for både lærerkreftene blant klinikerne og studentene for gode utdanningsløp - Det kommer 5. og 6 års studenter om kort tid, HSYK gjør seg klar for det. - disse blir viktige ambassadører for HSYK vi skal ta godt vare på dem. Fagstab bidrar.	2	3	Middels		1	3	Middels
R12	Rekruttering/stabilisering av nøkkelpersonell	- Sikre rekruttering i alle tilhørende faggrupper - Kartlegge kompetansebehov og legge en rekrutteringsplan - Både intern rekrutteringsstrategi og regional handlingsplan er sentrale.	2	4	Middels		2	4	Middels
R13									
R14	Patologiservice til stede	Tilgjengelig på NLSH og samarbeid gjennom MDT-møtene er tilstrekkelig	2	3	Middels		2	3	Middels
R15	Urolog tilgjengelig	- Kompetansen er tilgjengelig selv om ikke fysisk tilstede. Samarbeid med Mosjøen og NLSH. Skriftlige samarbeidsrutiner her. - Pt ikke på stedet, men vil finnes ved én lokasjon i nye HSYK - Tilgjengelig tlf/telematikk. - Vurdere: Rullering med poliklinikk for fysisk tilstedeværelse på dager med planlagt tarmkreftop.	3	3	Middels		2	3	Middels
R16	Utdanningsfunksjon i gastrokirurgi	- Sørge for at LIS-leger får være med på operasjoner (selv om 2 overleger allerede er på op). - God tilgang på operasjoner vil tiltrekke utdanningskandidater. Viktig for rekruttering.	3	3	Middels		2	3	Middels
R17	Dedikert onkolog	Tilgjengelig via NLSH og UNN. Vurdere om det skal etableres ambuleringsordninger med «egne/faste» onkologer fra Bodø/Tromsø til dagenhet/poliklinikk	2	3	Middels		2	3	Middels
R18	Sikker logistikk til avd. som utreder og behandler levermetastaser	- Utredning er standardisert i retningslinjene, operativ behandling er sentralisert til UNN. - Kjemoterapeutisk behandling gjøres i samarbeid med onkologisk avdeling UNN og NLSH.	1	3	Middels		1	3	Middels

Risikoidentifikasjon og analyse

Enhet:

Mål / krav nr 2:

Oppfyllelse av krav, anbefalinger og føringer for kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset

Ansvarlig:

Dato: 25.01.2022

Hovedme

Veiledning

Risikomatrise, se under

Helsetilsynets anbefalinger			Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå	Ledere i HSYK	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå
			Risiko før tiltak				**Risiko etter tiltak**		
		Gjsn risiko for målet:	2	3	Middels		1	3	Middels
Risiko nr	**Kritiske suksessfaktorer**	**Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen**	**S**	**K**	**Risiko-nivå**		**S**	**K**	**Risiko-nivå**
R1	Anvendelse av nasjonale retningslinjer*	*Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm. Helsedirektoratet 2013. - HSYK skal ha dekningsgrad over anbefalt. - Skal følges opp systematisk på foretaksnivå.	2	3	Middels		1	3	Middels
R2	Komplett rapportering til nasjonalt register**	** Nasjonalt kvalitetsregister for tykk -og endetarmskreft. www.kreftregisteret.no - HSYK skal ha dekningsgrad over anbefalt. - Skal følges opp systematisk på foretaksnivå.	1	3	Middels		1	3	Middels
R3	Rapportering til NoRGast***	*** Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. www.norgast.no - HSYK skal ha dekningsgrad over anbefalt. - Skal følges opp systematisk på foretaksnivå.	3	3	Middels		1	3	Middels
R4	Praktisering av ERAS****	****Enhanced Recovery After Surgery - HSYK skal følge opp alle ERAS guidelines systematisk på foretaksnivå. - Det opprettes en tverrfaglig ERAS-gruppe i HSYK. Disse skal ha minst 4 møter pr år. - Bør ha skjema som inkluderer ERAS sjekkliste	3	3	Middels		1	3	Middels
R5	Deltagelse i kolon-nettverket i Helse Nord. Dekker kirurgi generelt.	HSYK deltar i kolon-nettverket.	3	3	Middels		1	3	Middels
R6	Følge anbefalte Retningslinjer for hele pasientforløpet	- Gå gjennom alle forløp de første 6 månedene for å identifisere forbedringspunkter og revidere prosedyrer/rutiner. Kan f.eks gjøres av ERAS-gruppa pluss kvalitetsrådgiver, proctor -flere.	2	4	Middels		1	4	Middels
R7									
R8									
R9									
R10									
R11									
R12									
R13									
R14									
R15									
R16									
R17									
R18									
R19									
R20									
R21									
R22									
R23									

Risikoidentifikasjon og analyse

Enhet:

Mål / krav nr 3:

Oppfyllelse av krav, anbefalinger og føringer for kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset

Ansvarlig: Hovedm

Dato: 25.01.2022 Veiledning

Risikomatrise, se under

Krav fra Helsetilsynet i endelig rapport	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå	Ledere i HSYK	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå
	Risiko før tiltak				Risiko etter tiltak		
Gjsn risiko for målet:	2	4	Middels		1	4	Middels

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Samhandling fag, Kultur, Arbeidsmiljø	- Rullering på tvers, utdypes. - Felles fagdager og simuleringstreninger - Felles undervisning. Koble på undervisning på UNN og/eller NLSH dersom mulig. HSYK bør være pådriver for regional undervisning - Samarbeid om prosedyrer og rutiner - Samarbeid om utdanning av LIS - Kvalitetsråd i klinikken - Kontinuerer arbeidsgruppa - Velferdstiltak, inkl det som arrangeres via velferdsstyret	3	3	Middels		2	3	Middels
R2	Kvalitet, Pasientsikkerhet	- Se andre faglige mål - Arbeid gjennom arbeid i kvalitetsrådene i klinikkene - Obligatorisk leder opplæring oppstart januar ang. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring - Definerte indikatorer skal rapporteres.	2	4	Middels		1	4	Middels
R3	Samhandling på tvers	- Etablering av KGO (klinisk gjennomgående organisering) - Struktur for rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, herunder reslutater som fremkommer i kvalitetsregistre: Rapporteres via linjen og kvalitetsråd	3	4	Høy		1	4	Middels
R4	Seleksjon etter kriterier	- Særlig de første 6 måneder må det være konservativ holdning til seleksjon. - Rutiner må følges og vurderinger og beslutninger dokumenteres i referat fra MDT-møter	2	4	Middels		1	4	Middels
R5	Akutte inngrep tarmkreft	Følge rutinen for akutt kreftkirurgi: RL8729 Midlertidig prosedyre for håndtering av pasienter ved Helgelandssykehuset som skal opereres for kreft i tarmkanalen	1	4	Middels		1	4	Middels
R6	Pre operativ behandling	Skriftlige rutiner Se prosedyretabell	2	4	Middels		1	4	Middels
R7	Post operativ behandling	Skriftlige rutiner Se prosedyretabell	2	4	Middels		1	4	Middels
R8	Delta i kvalitetsregistre	- Se tidligere punkt under mål 2 - Gjennomgang av registrering til de ulike registrene - Mål om 100% dekningsgrad - Dedikert sykepleier til dette arbeidet fagstab bistår.	1	3	Middels		1	3	Middels
R9	Presisering av melderutiner ved komplikasjoner og avvik	- Sikre rutiner for å melde alle - Dedikert sykepleier til dette arbeidet fagstab bistår	2	3	Middels		2	3	Middels
R10	Deltakelse i regionalt kvalitetsnettverk	HSYK deltar her	1	2	Lav		1	2	Lav
R11									
R12									
R13									
R14									

Risikoidentifikasjon og analyse

Enhet:

Mål / krav nr 4:

Oppfyllelse av krav, anbefalinger og føringer for kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset

Ansvarlig:

Dato: 25.01.2022

H Hovedmeny

Risikomatrise, se under

V

	Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
Pakkeforløp kreft, forløpsfrister skal overholdes	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå
Gjsn risiko for målet:	2	3	Middels	1	3	Middels

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	S	K	Risiko-nivå
R1	Ventetid innenfor Pakkeforløp kreft innenfor krav	- Sikre i MDT-møtene at frister overholdes med god margin - Holde av operasjonsdager i planen frem i tid slik at det er plass for disse operasjonene på dedikerte dager. - Allokere operasjonene fra regionen til HSYK når det er kortere ventetid. - Allokere operasjoner innad i HSYK for å frigjøre kapasitet til tarmkreft operasjoner.	2	4	Middels	1	4	Middels
R2	Forløpskapasitet tilstede? (op+int+pre/post)	- Planlegge operasjonsdagene overordnet og på tvers av lokalisasjoner slik at kapasiteten er tilstrekkelig. - Rullere personell mellom lokalisasjonene for å sikre at kompetansen på slike og lignende operasjoner opprettholdes i HSYK - Personell som planlegger og innkaller til operasjoner med i arbeidgruppa fremover.	2	3	Middels	1	3	Middels
R3	Iverksette tarmkreft op. I HSYK raskt pga ventetider i regionen	- Holde av operasjonsdager i planen frem i tid slik at det er plass for disse operasjonene på dedikerte dager. - Allokere operasjonene fra regionen til HSYK når det er kortere ventetid. - Allokere operasjoner innad i HSYK for å frigjøre kapasitet til tarmkreft operasjoner - Samarbeide regionen om system med tilbud til pasienter på venteliste.	3	3	Middels	1	3	Middels
R4								
R5								
R6								
R7								
R8								
R9								
R10								
R11								
R12								
R13								
R14								
R15								
R16								
R17								
R18								
R19								
R20								

Risikoidentifikasjon og analyse

Enhet: **Oppfyllelse av krav, anbefalinger og føringer for kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset**

Ansvarlig: **Hovedme**

Dato: **25.01.2022** **Veilednin**

Risikomatrise, se under

Mål / resultatkrav nr 5:

Styrevedtak HN sak 127-2020	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå	Ledere i HSYK	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå
	Risiko før tiltak				Risiko etter tiltak		
Gjsn risiko for målet:	3	3	Middels		2	3	Middels

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	UNN bidra m/ TVF-team	Dialog med Helse Nord om oppfølgingen av vedtaket	3	2	Lav		2	2	Lav
R2	NLSH/UNN/andre Hospitering	- Dialog med Helse Nord om oppfølgingen av vedtaket - Alle som inngår i det perioperative forløpet (operasjon/anestesispl/anestesileger/oppvåkning/intensiv/kirurgisk sengepost)	3	3	Middels		1	3	Middels
R3									
R4									
R5									
R6									
R7									
R8									
R9									
R10									
R11									
R12									
R13									
R14									
R15									
R16									
R17									
R18									
R19									
R20									

Risikoidentifikasjon og analyse

Enhet:

Oppfyllelse av krav, anbefalinger og føringer for kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset

Ansvarlig:

Dato: 25.01.2022

Hovedmen

Veiledning

Risikomatrise, se under

Mål / krav nr 6:

Oppfylle overordnede og politisk besluttede krav til nye HSYK

	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå	Ledere i HSYK	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå
	Risiko før tiltak				Risiko etter tiltak		
Gjsn risiko for målet:	3	4	Høy		2	3	Middels

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Hovedsykehuset skal ha bredest tilbud	- Gastrokirurgiske operasjoner må fordeles mellom begge lokalisasjonene for å opprettholde akuttfunksjon begge steder. - Urolog er tilgjengelig i hovedsykehuset når nye HSYK er ferdig (jfr faglig strategisk utviklingsplan)	1	2	Lav		1	2	Lav
R2	Oppretholde akuttkir med forsvarlig kompetanse begge steder	- Gastrokirurgiske operasjoner må fordeles slik at begge lokalisasjoner får tilstrekkelig mengde større abd-op - Vurdere om urologer skal få kompetanseheving som gjør dem vaktkompetent for akutt bløtdelskirurgi. - Benytte Bak-bakvaktsystem - Iverksette og følge opp kompetansehevnede tiltak med simulering, BEST-kurs, Hospitering, vikariater osv - Sikre gode, oppdaterte og tilgjengelig prosedyrer og rutiner - under opr. kunne benytte elektronisk/telemedisin kommunikasjon - Samarbeid på tvers mellom vaktlagene, ha kontakt, diskutere	3	4	Høy		2	4	Middels
R3									
R4									
R5									
R6									
R7									
R8									
R9									
R10									
R11									
R12									
R13									
R14									
R15									
R16									
R17									
R18									
R19									
R20									

Risikoidentifikasjon og analyse

Enhet:

Oppfyllelse av krav, anbefalinger og føringer for kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset

Ansvarlig:

Dato: 25.01.2022

Hovedme

Veilednin

Risikomatrise, se under

Mål / krav nr 7:

Akuttkirurgi opprettholdes begge plasser, jfr også tidligere mål	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå	Ledere i HSYK	Risiko-vurdering S	Risiko-vurdering K	Risiko-nivå
	Risiko før tiltak				Risiko etter tiltak		
Gjsn risiko for målet:	3	3	Middels		2	3	Middels

Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko-nivå	Frist:	S	K	Risiko-nivå
R1	Nok tarmopr. til å opprettholde kompetanse i hele pasientforløpet	- Fordeling av benigne op* - Hospitering pr. kirurg, må ha godt innhold, ikke bare tilskuer på op -stua. - Simulator, Grisemodeller, Kurs - Kval.system på begge lokalisasjoner som fanger opp hva som er bra og hva som bør forbedres - Samarbeid på tvers om kvalitet - Bruke kvalitetsrådene systematisk	2	3	Middels		1	2	Lav
R2	Tilstrekkelig aktuelle operasjoner pr lokalisasjon	- Fordele aktuelle operasjoner ,mellom lokalisasjonene og innad i regionen. - God fordeling av casus/operasjoner for å opprettholde og bygge kompetanse på begge loklalisasjoner. - Helse Nord bør delta i arbeidet med fordeling av pasienter som kan behandles ved HSYK som står på ventelister andre steder. - Sikre optimal behandling for hver pasient til rett tid og på rett sted	3	3	Middels		2	4	Middels
R3	Sikre robuste vaktordninger	- Samarbeid med andre sykehus og mellom lokalisasjonene i HSYK - Sikre tilstede eller bak-bakvakt av gastrokir kompetanse	2	3	Middels		2	3	Middels
R4	Seleksjon av pasienter til HSYK	- Følge rutiner og sikre god utredning før MDT-møtet. - Dokumentere i standardisert frase for MDT-møtene	2	3	Middels		2	3	Middels
R5	Tydelig avklart hvilke pasienter med akutte kirurgiske tilstander som skal til høyere nivå	- Ha tydelige avtaler med mottagende sykehus for enkel kommunikasjon i akutt-tilfeller og klare prosedyrer for hvilke pasienter som bør vdieresendes. Dette for å sikre stabilisering og videresendeing av pasienter når det er det er riktig. - Rutiner for dokumentasjon av kommunkasjon og beslutninger. jfr.: RL8729 Midlertidig prosedyre for håndtering av pasienter ved Helgelandssykehuset som skal opereres for kreft i tarmkanalen	3	4	Høy		2	4	Middels
R6	Bør være 5-delt bakvakt på hver lokalisasjon	- Kan løses med f.eks 3-4 egne og 1-2 vikarer - Kan benytte bak-bakvaktsystem for å sikre tilgjengelig kompetanse når generell kirurg eller LIS3 som er konstituert overlege i vakt.	3	3	Middels		3	3	Middels
R7									
R8									
R9									
R10									
R11									
R12									
R13									
R14									
R15									

Samlet risikovurdering - målnivå

Enhet: Oppfyllelse av krav, anbefalinger og føringer for kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset

Dato: 25.01.2022

		Risiko før tiltak			Risiko etter tiltak		
Mål / krav:	**Målnr**	**Sannsynlighet**	**Konsekvens**	**Risiko-nivå**	**Sannsynlighet**	**Konsekvens**	**Risiko-nivå**
Robusthetsanbefalinger gitt i "Kreftkirurgi Norge IS-2284" og egne anbefalinger for et godt akuttkirurgisk tilbud i HSYK	M 1	3	3	Middels	2	3	Middels
Helsetilsynets anbefalinger	M 2	2	3	Middels	1	3	Middels
Krav fra Helsetilsynet i endelig rapport	M 3	2	4	Middels	1	4	Middels
Pakkeforløp kreft, forløpsfrister skal overholdes	M 4	2	3	Middels	1	3	Middels
Styrevedtak HN sak 127-2020	M 5	3	3	Middels	2	3	Middels
Oppfylle overordnede og politisk besluttede krav til nye HSYK	M 6	3	4	Høy	2	3	Middels
Akuttkirurgi opprettholdes begge plasser, jfr også tidligere mål	M 7	3	3	Middels	2	3	Middels