



Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>	<b>Åsa Hammar, chefläkare</b>

## KVALITETSREDOVISNING HELÅR 2020

### VERKSAMHETSOMRÅDE: ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD

### KUNSKAPSBASERAD VÅRD

### KVALITETSINDIKATORER ENL VÅRDAVTALET MED REGIONEN

#### **INTENSIVVÅRD. OPLANERAD ÅTERINSKRIVNING PÅ INTENSIVVÅRDSAVD. ANDEL ÅTERINLÄGGNINGAR INOM 72 TIM**

Datakälla: SIR

- **Mål:** < 3%
- **Resultat:** 3,8 %
- **Analys:** Resultatet är högre än målnivån inom DSAB, vilket motiverar en noggrannare analys av de 30 vårdtillfällen där oplanerad återinläggning har skett. Tänkbara förklaringar innan sådan gjorts kan handla om det täta samarbetet mellan IVA och IMA där patienter kan byta vårdnivå flexibelt. Även pandemin kan förstås spela roll här.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inga förbättringsarbeten gjorda under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Någon sorts uppföljning av resultatet behöver göras. Om det ska bli genom en journalgranskning eller på annat sätt är ännu inte bestämt. En noggrannare genomgång av de 30 vårdtillfällen där oplanerad återinläggning skett behöver göras. Tänkbara förklaringar innan sådan gjorts kan handla om det täta samarbetet mellan IVA och IMA där patienter kan byta vårdnivå flexibelt. Även pandemin kan förstås spela roll här. Anmärkningsvärt är att både Karolinska Solna/Huddinge samt Södersjukhusets intensivvårdsavdelningar har bättre resultat än IVA DSAB.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inga förbättringsarbeten gjorda under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Någon sorts uppföljning av resultatet behöver göras. Om det ska bli genom en journalgranskning eller på annat sätt är ännu inte bestämt.

#### **INTENSIVVÅRD. RISKJUSTERAD MORTALITET EFTER VÅRD PÅ IVA**

Datakälla: SIR

- **Mål:** <1,05 %
- **Resultat:** 1,14



Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>	<b>Åsa Hammar, chefläkare</b>

- **Analys:** Mortaliteten är något högre än landets snitt på 1,0. Resultatet är högre än målnivån inom DSAB, vilket motiverar en noggrannare analys. Även här kan resultatet påverkas av det täta samarbetet mellan IVA och IMA där patienter kan byta vårdnivå flexibelt och där de "sjukaste" patienterna (dvs de med högst mortalitet) företrädesvis vårdas på IVA. Även här kan pandemin kan förstås roll. Detta behöver analyseras närmare.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inga förbättringsarbeten gjorda under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Liksom för indikatorn som handlar om oplanerad återinläggning så behöver här göras en analys över varför DSAB IVA ligger över landets genomsnitt. Hur denna analys ska ske är ännu inte bestämt.

### **INTENSIVVÅRD. ANDEL PAT MED INVASIV VENTILATION SOM HAR DOKUMENTERAT SEDERINGSMÅL**

Datakälla: SIR

- **Mål:** >70 %
- **Resultat:** 83,24 %
- **Analys:** Denna kvalitetsindikator är bara några år gammal. Vid införandet gjordes en utbildningsinsats för all personal och under 2020 har man fortsatt rapportera in data.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** se ovan.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** För att nå ännu högre resultat behöver en ny insats göras. Hur denna ska se ut är ännu inte bestämt.

### **TÄCKNINGSGRAD SPOR FÖR SPECIFIKA PARAMETRAR)**

Sjukhusspecifik indikator

1. *Täckningsgrad dokumentation av temperatur vid opslut 64%*
2. *Täckningsgrad dokumentation av smärta vid ankomst till postop 78%*
3. *Täckningsgrad dokumentation av illamående postoperativt. 81%*

- **Mål:** > 0%
- **Resultat:** se ovan.
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** 2 medarbetare har Hypotermi som funktionsuppdrag. Tempmätare på alla opsalar föreläsningar på APT. Regelbundet följt upp täckningsgraden som ökat. Mkt bra täckningsgrad på smärta, illamående postop.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Följa upp komplikationer regelbundet kopplat till indikatorerna. Lokala förbättringsarbeten. Utökad kunskap att uthämta data från SPOR. Sporråd är tillsatt på sjukhuset



Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>	<b>Åsa Hammar, chefläkare</b>

## SVENSKA PALLIATIVREGISTRET

Redovisa täckningsgrad i registret, andel patienter med utförd validerad smärtskattning samt andel pat med utförd munhälsobedömning

- **Målnivå:** Täckningsgrad > 70 %, Andel pat med utförd validerad smärtskattning > 52%, munhälsobedömning >62%
- **Resultat:** 26 % (108 avlidna varav 28 dödsfallsenkäter är registrerade) Två av de 28 dödsfallen är klassade som "väntade" och där har ingen fått munhälsobedömning (0 %) och en har fått validerad smärtskattning (50 %).
- **Analys:** Flera dödsfallsenkäter finns från senare delen av 2020, men dessa har inte hunnit registrerad på palliativregistrets hemsida ännu. Våren 2020:s resultat finns inte eftersom registreringen av dödsfallsenkäten prioriterades bort helt under pandemins första månader.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inget förbättringsarbete är genomfört under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Planeras för uppstart av registrering av dödsfallsenkäterna igen. Ev får vi in höstens enkäter i statistiken under de närmaste veckorna.

## ANTAL DOKUMENTERADE BRYTPUNKTSSAMTAL I SJUKHUSGEMENSAM LÄKARMALL

Datakälla: Qlikview

- **Målnivå:** >fg år (32)
- **Resultat:** 40
- **Analys:** Inget förbättringsarbete är gjort, däremot högre mortalitet än tidigare år (vilket på IVA innebär att man går över i palliativ vård i högre utsträckning) i kombination med att brytpunktssamtal kommit in i journalmallen kan ha gjort att resultatet ökat.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inget förbättringsarbete genomfört 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Inget förbättringsarbete planeras för 2021.

## SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Redovisa er viktigaste åtgärd för ökad patientsäkerhet 2020.

- Enhetsspecifika åtgärder kring läkemedel och rapportering av patienter

## PATIENTSÄKERHETSKULTUREN

Mål: Alla enheter har upprättat en handlingsplan för förbättrad patientsäkerhetskultur



Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>	<b>Åsa Hammar, chefläkare</b>

*Kort beskrivning av er analys utifrån resultatet av HSE (Hållbart Säkerhetsengagemang) - frågorna i medarbetarundersökningen och vilken /vilka åtgärder ni planerar att genomföra 2021 för att förbättra patientsäkerhetskulturen inom verksamhetsområdet*

- **Resultat 2019 jämfört med 2020:** Ingen stor skillnad
- **Analys:** Ändrade förutsättningar under 2020 gör att det är svåranalyserat.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Målsättningen är att arbeta mer konkret och strukturerat med inkomna patientärenden genom

## VÅRDAVVIKELSEHANTERING

### Medarbetarrapporterade vårdavvikelser i Händelsevis

**Syfte:** Genomföra förbättringar utifrån identifierade vårdavvikelser, frekvent förekommande eller som bedöms som allvarliga, inrapporterade från medarbetare

**Mål:** Öka antalet inrapporterade vårdavvikelser per anställd och år

**Mål:** Öka andelen medarbetare som rapporterar vårdavvikelser

- **Resultat:** 2020 rapporterades totalt 302 st vårdavvikelser från medarbetare, det är en minskning att jämföra mot 459 st under 2019.
- **Analys:** Under våren var det svårt för medarbetarna att hinna rapportera vårdavvikelser i Händelsevis pga den höga arbetsbelastningen med covid-vård. På intensivvalde man att förenkla genom att i stället ha en bok där medarbetarna skrev upp vårdavvikelser. En rimlig slutsats är att detta är orsaken bakom minskningen.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Strukturerat arbete med vårdavvikelser rörande intensivvård. VO har bildat en arbetsgrupp; verksamhetschef, vårdenhetschef iva, läkarchef iva, utbildningsledare iva samt patientsäkerhetscontroller. Arbetsgruppen har veckovis fångat upp inkomna vårdavvikelser, riskbedömt, identifierat bakomliggande orsaker och åtgärder samt utfört förbättringsarbeten. Detta har gett en direkt återkoppling till verksamheten och målet är delvis att öka benägenheten att rapportera när man som medarbetare märker att vårdavvikelsen leder till en förbättring
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Fortsätta med arbetssättet enligt ovan.

### Enskilda synpunkter på vården från patienter/närstående



Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>	<b>Åsa Hammar, chefläkare</b>

**Mål:** Genomföra förbättringar utifrån identifierade vårdavvikelser, frekvent förekommande eller som bedöms som allvarliga, inrapporterade från patienter/närstående

Synpunkter på vården som inkommit direkt till VO via 1177, brev, samt enskilda ärenden från IVO och Patientnämnden.

- **Resultat:** Antalet ärendet till VO har ökat från 5 inkomna synpunkter under 2019 till 9 st 2020. Det har varit skriftliga brev eller e-post direkt till VO samt synpunkter via 1177. VO har mottagit 10 ärenden från IVO, 2019 var det 3 ärenden. Från Patientnämnden har 2 st ärenden inkommit jämfört med 6 st 2019.
- **Analys:** Antalet ärenden är förhållandevis litet men vi ser en tydlig ökning jämfört med föregående år. Flera av de synpunkter som har kommit in till VO är relaterade till pandemin och rör behandling av patient på Covid-intensiven, tex rör ett par ärenden flytt till annan intensivvårdsavdelning i regionen och ett par ärenden behandlingsbegränsningar.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

## RISKANALYSER

**Mål:** öka antalet riskanalyser för att förebygga antalet inträffade vårdskador.

- **Resultat:** Flertalet riskanalyser har utförts på VO under året.  
KK-uva bemannas med barnmorska för att ta hand om planerade sectio,  
Tidigare stängning av kk-uva må-to,  
Omfördelning av personal från anestesin till intensiven under pandemin  
Dubbelbelägga enkelsal på iva ,
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Pågående arbete med vårdavvikelser rapporterade på iva. Arbetet har resulterat i 20 mindre riskanalyser med åtgärder och förbättringsarbeten utförda på iva, 18 utifrån vårdavvikelser och 2 utifrån arbetsmiljöavvikelser.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

## LEX MARIA OCH HÄNDELSEANALYSER/INTERNUTREDNINGAR

- **Genomförda åtgärder utifrån händelseanalyser/internutredningar 2020:** Fyra djupare analyser av inträffade händelser har genomförts. En händelseanalys i samarbete med BB-



Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>	<b>Åsa Hammar, chefläkare</b>

Stockholm, två internutredningar varav en i samarbete med VO kvinnosjukvård och förlossning samt en analys av avvikelse gällande medicinteknisk produkt. En av dessa utredningar har resulterat till beslut om anmälan till lex Maria.

Händelseanalys "Kvinna som krampar tre gånger" utförd tillsammans med BB-Stockholm. Gemensamma bakomliggande orsaker framkom vara: Bristande kommunikation och informationsöverföring och åtgärderna blev Läkarmöte typ Mortality och Morbidity, aktivitet för att öka användandet av SBAR, träna kommunikation och SBAR i samband med A-HLR utbildning, införande av Obstetrisk NEWS, uppdaterad riktlinje med en kortversion samt översyn av larmrutiner för akuta situationer på BB-Stockholm

Internutredning "Meningit efter sectio i ryggbedövning". En tillfällig rutin under pandemin var att endast spinalläggare skulle bära munskydd och inte assistent pga av hotande brist på munskydd. Åtgärder för att minimera risken att det händer igen blev att direkt återinföra munskydd på assistent Återinförelse av munskydd på assistent, återkoppla till medarbetare och revidera den lokala riktlinjen för spinalläggning.

Analys av avvikelse gällande medicinskteknisk produkt. Narkosapparat behöver bytas ut under pågående operation pga stigande entidalt CO2, högre andningsfrekvens än inställt värde samt stor skillnad i inandad och utandad tidalvolym. Narkosapparaten tas ur produktion och lämnas till Medicintekniska enheten på Danderyds sjukhus för felsökning.

Interutredning "Vaginal tamponad kvar efter hemgång" utförd tillsammans med kvinnosjukvård och förlossning. Identifierade bakomliggande orsaker: Bristande följsamhet till "timeout" (WHO's checklista), brister i rutin och riktlinje att läsa journaldokumentation, brist i IT-systemet ORBIT (operationsplaneringsprogram). I handlingsplanen ingick följande åtgärder: Säkerställa följsamhet till time-out och att informationen når fram till teamet vid operationslut, uppdatering av checklista inför utskrivning från kk-uva och c-postop. Rättning av bugg i operationsplaneringsprogrammet Orbit, vilket säkerställer att information från operationsfliken överförs till postop.fliken. Den här utredningen är anmäld till lex Maria.

- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Aktiviteter för att träna på kommunikation och informationsöverföring. Såsom SBAR-övningar i samband med studiedagar och A-HLR scenarioträning. Arbetsgrupp som ser över WHO's checklista.

## **MRSA, VRE OCH ESBL ODLINGAR FÖR RISKPAT I SLUTENVÅRDEN**

Datakälla: Rapportor Målnivå 90 % för MRSA



Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>	<b>Åsa Hammar, chefläkare</b>

- **Resultat:** Ingen patient hade riskfaktorer vid ankomst till sjukhuset. Därför finns inget resultat att redovisa.
- **Analys:** Eftersom IVA har så få platser blir mätningar i punktprevalensform (PPM) svåra att dra några slutsatser av. Något år har resultatet blivit 50 % och andra (som i år) 0 %.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Tidigare har ett förbättringsarbete kring vem som ska påminna om att odlingar ska genomföras mynnat ut i att den som är arbetsledande sjuksköterska i möjligaste mån ska försöka hjälpa ansvarig sjuksköterska att reflektera över om odlingar ska tas eller inte.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Inget förbättringsarbete planeras.

## FÖLJSAMHET TILL BASALA HYGIENMETODER

*Andel medarbetare som desinfekterar händerna före patientkontakt*

*Datakälla: Rapportor*

- **Mål:** > 66%
- **Resultat:** 74%
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Pga pandemin och den initiala särskilda skyddsutrustningsklädseln blev alla medarbetare tvungna att utföra e-utbildning: Covid-19 Hindra smittspridning och skydda personal, Triage och användande av personlig skyddsutrustning, BHK. Dessutom har ökad tillgänglighet av handdesinfektionsflaskor möjliggjorts på alla enheter. Aktivt deltagande i smittskyddsombudsgruppen har gjorts via smittskyddsombud och kvalitetsutvecklare. Muntlig och skriftlig information från chefer flera gånger per vecka om vikten av basala hygienrutiner. Synligt informationsmaterial för medarbetare och patienter är uppsatt.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Identifiera bibehålla bra arbetsätt. Fortsatt deltagande i smittskyddsombudsgruppen. Gemensamt utformat dokument gällande skyddsutrustning på VO.

## VÅRDRELATERADE INFEKTIONER

*Datakälla: Rapportor, Målnivå < 7,7 % förekomst, särredovisa egenförvärvade VRI*

- **Resultat:** 25 % (1 av 4)
- **Analys:** En patient av 4 inneliggande vid punktprevalensmätningen (PPM) hade en VRI som uppstått under vården på DSAB. Även om målet för DSAB är väsentligen lägre så är det inte konstigt att patienter med VRI ibland behöver intensivvård (som i detta fallet). Att dra några slutsatser av detta är omöjligt.





Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>	<b>Åsa Hammar, chefläkare</b>

- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inget förbättringsarbete genomfört under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Inget förbättringsarbete planeras för 2021.

### **ANDEL PAT MED KAD RESPEKTIVE CENTRALVENÖS INFART SOM HAR DOKUMENTERATS I AVSEDD MÄTVÄRDESMODUL I TAKE CARE**

Datakälla: Rapportor, Målnivå < 54 %

- **Resultat:** 100 % för både KAD och CVI.
- **Analys:** Resultatet indikerar att IVA har god dokumentationsvana för olika invasiva slangar som är av stor vikt för patienter i behov av intensivvård.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Dokumentationsgruppen har under året genomfört flera tillfällen där undersköterskorna fått refresh-utbildning i vilken dokumentation de ska göra i Take Care (TC). Tex att den som sätter en KAD också ska dokumentera den i TC.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Dokumentationsgruppen planerar refresh-utbildningar för usk och ev också för ssk (ej bestämt ännu).

### **ANDEL PAT MED CENTRALVENÖS INFART SOM HAR AKTIVITETSPLAN AKTIVERAD**

Datakälla: Rapportor, Målnivå 81 %

- **Resultat:** 100 %
- **Analys:** Resultatet indikerar att IVA har god dokumentationsvana för olika invasiva slangar som är av stor vikt för patienter i behov av intensivvård.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inget förbättringsarbete genomfört under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Inget förbättringsarbete planeras för 2021.

### **PREVENTION OCH FÖREKOMST AV TRYCKSÅR**

Datakälla: Rapportor, Målnivå < 3% egenförvärvade kat 2-4 inkl A/B, aktivitetsplan > 65 %

- **Resultat:** Inget trycksår grad 2-4 som förvärvats under vårdtid på DSAB fanns vid PPM.
- **Analys:** Under årens lopp har enbart något enstaka trycksår funnits vid PPM-mätningar. I intensivvården ingår tryckavlastande madrass och individuellt planerat vändschema för alla patienter.
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:** Inget förbättringsarbete genomförts under 2020.
- **Planerat förbättringsarbete 2021:** Inget förbättringsarbete planeras för 2021.





Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställt/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>	<b>Åsa Hammar, chefläkare</b>

## PATIENTFOKUSERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

### PATIENTUPPLEVD KVALITET

Redovisa resultat från **eventuellt** genomförda mätningar,

Datakälla: Rapportor, Touchpoint ev andra datakällor

**VO Ane/IVA har inte haft några genomförda mätningar under 2020.**

Dimension	Frågeställningar	Resultat öppenvården  <i>andel positiva svar %- svarsalternativ 4-5 på en femgradig skala</i>	Respondent- volym Öppenvård
<b>Delaktighet och involvering</b>	- "Är du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskar?"		
<b>Information och kunskap</b>	- "Fick du tillräckligt med information om din vård/ behandling?"		
<b>Helhetsintryck</b>	- "Skulle du rekommendera vårdavd/mott till någon i din situation?"		

- **Mål:**
- **Analys:**
- **Genomfört förbättringsarbete 2020:**
- **Planerat förbättringsarbete 2021:**

## ÖVRIGT



Namn på dokument <b>Kvalitetsredovisning, verksamhetsområden, DSAB, mall för helår 2020</b>	
Enhet: <b>Kvalitet och Verksamhetsutveckling</b>	Urspr. version (datum) 2012-11-29
Fastställd/Gäller från: <b>2020-11-30</b>	Ansvarig: <b>Lena Martin, kvalitetsstrateg</b>
Översyn/revision: <b>2021-10-01</b>	<b>Åsa Hammar, chefläkare</b>

## INTERNA/EXTERNA REVISIONER OCH INSPEKTIONER

*Kort redovisning av vidtagna eller planerade åtgärder samt resultat utifrån ovan, i förekommande fall*

*Extern revision av Bureau Veritas för kvalitetsledningssystem post-Covid genomfördes under september 2020 gemensamt för bl.a. IVA, infektion, akuten med fler.*

### Summering / Slutsats från rapporten:

Imponerande insatser för att ställa om verksamheten för hantering av covid-19.

Lätt att hitta goda exempel på mycket bra resultat tack vare samarbete och mobilisering inom hela sjukhuset. Av nödvändighet har verksamheten behövt prioritera om vilka aktiviteter som i pandemi-läge behövt utföras.

► Många av de aktiviteter som man i normalt läge i enlighet med upplägg i ledningssystemet skulle ha utfört har varit nödvändiga att pausa.

► Positivt är att man på flera sätt kunnat utnyttja strukturer etablerade i ledningssystemet för ett omställt fokus på covid-19

( se Styrkor).

### Avvikelser:

► Det bedöms inte som verkningsfullt att i detta läge via stickprov lägga avvikelser mot exempel på aktiviteter som inte blivit utförda pga nödvändig omprioritering.