

Rehabhotellet Sthlm AB

Vårt miljöledningssystem



Utfärdare: Maria Malmgren
Godkännande av dokumenten: Jeanette Karlsson

Giltig från datum 2013-02-01
Senast uppdaterat 2024-05-22

	2
1 DOKUMENTFÖRTECKNING	4
2 NORMATIVA HÄNVISNINGAR	
3 TERMINOLOGI OCH DEFINITIONER	
4 ORGANISATIONENS FÖRUTSÄTTNINGAR	
4.1 Att förstå organisationen och dess förutsättningar	6
4.2 PATIENTSÄKERHETSBERÄTTELSE	
4.2.1 Att förstå intressenters behov och förväntningar.....	
4.3 Att bestämma miljöledningssystemets omfattning.....	6
4.4 Miljöledningssystem	1-20
5. LEDARSKAP	
5.1 Ledarskap och åtagande	6
5.2 Miljöpolicy	6
5.3 Roller,ansvar och befogenheter inom organisationen.....	6
6. PLANERING	
6.1 Åtgärder för att hantera risker och möjligheter	
6.1.1 Allmänt.....	6
6.1.2 Miljöaspekter.....	7
6.1.3 Bindande krav.....	7
6.1.4 Planering av åtgärder.....	7
6.2 MILJÖMÅL OCH PLANERING FÖR ATT UPPNÅ DEM	
6.2.1 Miljömål.....	8
6.2.2 Planering av åtgärder för att uppnå miljömål.....	8
7. STÖD	
7.1 RESURSER.....	
7.2 Kompetens	8
7.3 Medvetenhet	
7.4 Kommunikation.....	8
7.4.1 Allmänt.....	
7.4.2 Intern kommunikation.....	8
7.4.3 Extern kommunikation.....	8
7.5 DOKUMENTERAD INFORMATION	
7.5.1	
Allmänt.....	9
7.5.2 Skapande och uppdatering.....	
7.5.3 Styrning av dokumenterad information.....	9

8. VERKSAMHET

8.1 Planering och styrning av verksamheten	9
8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen	14

9. UTVÄRDERING AV PRESTANDA

9.1 Övervakning, mätning, analys och utvärdering	14
9.1.1 Allmänt.....	14
9.1.2 Utvärdering av efterlevnad.....	15
9.2 intern revision.....	15
9.2.1 Allmänt.....	15
9.2.2 Internt revisionsprogram.....	
9.3 Ledningens genomgång	17

10. FÖRBÄTTRING

10.1 Allmänt.....	17
10.2 Avvikelse och korrigerande åtgärd	18
10.3 Ständig förbättring.....	20

1. Dokumentförteckning

Bilaga	Dokumentbeskrivning
1	Omfattning
2	Normativa hänvisningar
3	Termer och definitioner
4	Organisationens förutsättningar
4.1	Rehabhotellets organisationsschema 2024-03-20
4.1.1	Omvärldsanalys 2022-09-28
4.2	Patientsäkerhetsberättelse Rehabhotellet ASIH/SPSV 2022 2024-02-27
4.2.1	Att förstå intressenters behov och förväntningar 2023-03-28
4.3	Ledningssystem 2024-02-05
4.4	Vårt miljöledningssystem (detta dokument) 2024-03-20
5	Ledarskap
5.1	Ledarskap och åtagande
5.1.1	Arbetsbeskrivning för styrelsen 2023-01-26
5.1.2	Arbetsbeskrivning för VD 2024-02-27
5.1.3	Arbetsbeskrivning för verksamhetschef 2024-02-27
5.2	Miljöpolicy 2024-02-27
5.3	
5.3.1	Befattningsbeskrivning administratör/sekreterare 2023-01-26
5.3.2	Befattningsbeskrivning för legitimerad läkare 2024-02-27
5.3.3	Befattningsbeskrivning MAS 2023-01-26
5.3.4	Befattningsbeskrivning dietist 2023-01-26
5.3.5	Befattningsbeskrivning leg sjukgymnast 2023-01-26
5.3.6	Befattningsbeskrivning/delegering miljösamordnare/miljöansvarig 2023-01-26
5.3.7	Befattningsbeskrivning undersköterska 2023-01-26
5.3.8	Befattningsbeskrivning leg. Arbetsterapeut 2023-01-26
5.3.9	Befattningsbeskrivning kurator 2023-01-26
5.3.10	Befattningsbeskrivning leg sjuksköterska 2023-01-26
5.3.11	Befattningsbeskrivning kvalitetssamordnare 2023-04-24
6	Planering
6.1.3	Lagar och krav 2023-03-21
6.1.4- 6.2.2	Mål och handlingsplan 2023-02-27

Giltig från datum 2013-02-01
Senast uppdaterat 2024-05-22

7	Stöd
7.1	Resurser 2022-09-28
7.2	Kompetens 2023-02-28
7.3	
7.4	Kommunikation och förändringar 2017-02-09
7.4.1	
7.4.2	Intern kommunikation 2022-09-14
7.4.3	Extern kommunikation 2022-09-14
7.5	Redovisande dokument 2023-02-27
7.5.1	Checklista för nyanställda ASiH 2024-01-31
7.5.2	Checklista för nyanställda SPSV 2024-02-07
7.5.3	
8.	Beskrivning av verksamheten
8.1	Verksamhetsprocess Rehabhotellet Sthlm AB 2023-02-27
8.1.1	Beskrivning av verksamheten 2023-02-27
8.1.2	Verksamhetsrutiner 2023-02-27
8.1.3	Rutin för avfallshantering 2023-02-27
8.1.4	Rutin för hantering av läkemedel och skötsel av läkemedelsrum 2023-02-27
8.1.5	Introduktion Rehabhotellet 2024-02-27
8.1.5.1	Bilaga: Checklista Introduktion Rehabhotellet Sthlm AB 2022-09-01
8.1.6	Leverantörslista 2022-09-27
8.1.7	Avfallshantering för dig som är hyresgäst, Locums hållbarhetsarbete med statistiksammanställning år 2022
8.2	Nödlägesberedskap vid brand 2023-02-27
8.2.1	Rutiner brandlarm 2023-02-27
8.2.2	Säkerhetsinformation 2022-09-05
9	Utvärdering av prestanda
9.1.1	Livscykelanalys 2023-02-27
9.1.2	Måluppföljning statistik 2023-04-24
9.1.3.1	Signerings lista APT ASIH 2023-04-24
9.1.3.2	Signerings lista APT SPSV 2023-02-08
9.2	Revisionsanteckningar 2023-03-10
9.2.1	
9.2.2	Revisionsprogram 2023-04-14
9.3	Ledningens genomgång 2023-03-10
10	Förbättringar
10.1	Processkarta avvikelser 2022-02-14
10.2	Avvikelser 2024-02-29
10.3	

4.3 Ledningssystem

Verksamheten följer Region Stockholms miljöpolitiska program Miljöutmaning 2016, som en del av detta har en miljödiplomering genomförts 2013/2014. Vårt miljöledningssystem är vårt verktyg för att organisera, genomföra, följa upp och förbättra miljöarbetet. Verksamheten har också miljöcertifierat sig ISO 14001 år 2015, ISO 14001:2015 år 2017 och år 2022. I miljöledningssystemet ingår dessa dokument samt som resultat av miljöarbetet även ett antal redovisande dokument.

5.2 Miljöpolicy

Miljöpolicyen kommuniceras via vår hemsida (www.rehabhotellet.se) till kunder samt allmänheten. Vid framtagande av policyen togs hänsyn till de betydande miljöaspekterna. Vår miljöpolicy finns uppsatt i lokalerna och är kommunicerad till alla anställda. VD ansvarar för att miljöpolicyen ses över minst en gång per år för eventuell uppdatering.

Bilaga: Miljöpolicy bilaga 5.2

5.3 Roller, Ansvar, och befogenheter inom organisationen

Organisation och ansvar

VD Jeanette Karlsson har högsta ansvaret för verksamheten, för miljöarbetet och för att det finns resurser att arbeta effektivt med miljöfrågor och att tillsammans med miljösamordnare arbeta mot att ständigt förbättra miljöledningssystemet samt att hålla systemet uppdaterat.

Nyanställd personal

Nyanställd personal introduceras av den yrkeskategori som den nyanställde tillhör dvs. ssk introducerar ssk osv. enligt Rehabhotellets introduktionsdokument. Samtlig ny personal får samma introduktion då de kommer. Introduktionsperioden är en vecka med respektive yrkeskategori.

Bilaga: Introduktionsdokument, bilaga 8.1.5

6. Planering

6.1.2 Vår miljöpåverkan/miljöaspekter

En kartläggning av verksamhetens miljöpåverkan har gjorts och har sammanställts i en miljöaspektlista. Ansvaret för att miljöaspektlistan uppdateras och att miljöaspekterna tas fram är VD i samarbete med miljösamordnaren. Listan ska ses över och uppdateras varje år i samband med ledningens genomgång. Dessa miljöaspekter kommuniceras inte externt, om inte frågan ställs via mail eller telefonsamtal till miljösamordnaren.

Giltig från datum 2013-02-01
Senast uppdaterat 2024-05-22

De viktigaste miljöfrågorna (de betydande miljöaspekterna) är:

- Smittorisk
- Läkemedelshantering
- Förbrukningsartiklar
- Transporter och inköpsrutiner
- Farligt avfall

Värdering av miljöaspekter

Värderingen delas upp i miljöpåverkan (1-5) och kvantitet (1-5). Både miljöpåverkan och kvantitet värderas inbördes. Vid värderingen tas inte hänsyn till förutsättningarna eller resursåtgång för att reducera miljöpåverkan eller vad det skulle kosta.

Bilaga: Miljöaspektlista, bilaga 6.1.4-6.2.2

6.1.3 Lagar och andra krav

En förteckning finns över den aktuella, relevanta miljölagstiftningen samt de övriga krav som berör verksamheten. Lagsammanställningen uppdateras *två gånger per år* och vi bevakar ny lagstiftning via Notisums hemsida, socialstyrelsen hemsida och Region Stockholms miljöbrev via mejl. Vi följer med i miljöutveckling via landstingets miljömöten och frukostar. Laglistan går igenom vid ledningens genomgång 1 ggr per år. Ansvaret för genomgång av lagefterlevnaden och genomgång är VD i samverkan med miljösamordnaren.

Efterlevnadskontroll – genomförs 2 ggr/år i samband med APT möte och på ledningens genomgång.

Bilaga: Laglista med kontroll av lagefterlevnad, bilaga 6.1.3

En riskinventering av verksamheten görs 1ggr/år.

Bilaga: Riskinventering, bilaga 6.1.4-6.2.2

6.1.4-6.2.2 Mål och handlingsplan

För att leva upp till vår miljöpolicy har mål och handlingsplan med aktiviteter tagits fram. Dessa finns dokumenterade i miljöledningsspärmen samt på vår server under mappen miljö.

Vid framtagande av mål har vi utgått från resultatet i miljöaspektlistan och de mest betydande miljöaspekterna.

All personal deltar aktivt i vårt miljöarbete med våra mål och handlingsplaner. Företaget avsätter resurser i tid och pengar för att miljöutbilda all personal, och att se till att all personal följer gängse rutiner vad gäller t.ex. läkemedel, sophantering, pappersförbrukning, transporter m.m.

Uppföljning sker via avvikelser, och på APT-möten går man igenom avvikelserna och följer upp vad som hänt med dessa. *Uppföljning sker också via ledningens genomgång en gång per år.* Dokumentation över mål och handlingsplan finns i miljöparmen och på den gemensamma servern.

Bilaga: Mål och handlingsplan, bilaga 6.1.4-6.2.2

7.2 Kompetens och utbildning

All personal har den kompetens som krävs för att utföra sitt dagliga arbete. Detta säkerställs i samband med anställning i företaget. Personalen skall vara miljöutbildad och tillfälle till miljöutbildning ges av Regionen årligen via Lärtorget. Sjuksköterskor, läkare och undersköterskor går miljöutbildningen. Utbildningar bokas via Region Stockholms hemsida på ramavtal. Dokumentation finns över vilka som gått utbildningen och vilket datum de har utfört den. Utbildningsbehovet ses över 1ggr/år vid ledningens genomgång

7.4 Kommunikation

7.4.2 Intern kommunikation

Verksamheten informerar om sitt miljöarbete internt på APT möten. En fast agenda finns för mötena och protokollförs. VD ansvarar för att APT mötena genomförs, mjdöansvarig förbereder och kallar till möten. Externa intressenter hanteras löpande av VD
Myndighetskontakter ex. Hälsosjukvårds förvaltning, socialstyrelsen m.fl. hålls löpande av VD och verksamhetschefen, vid förändring.

Agenda APT möten:

1. Omvärldsinformation och verksamhet
2. Personalfrågor
3. Jämställdhet
4. Arbetsmiljö
5. Miljö
6. Ekonomi
7. Patientsäkerhet
8. Utbildning
9. Övriga frågor

7.4.3 Extern kommunikation

Verksamhetens miljöarbete kommuniceras via hemsidan där man kan hitta vår policy. Ansvar för att miljöarbetet kommuniceras är VD.

Bilaga: Extern kommunikation, bilaga 7.4.3

7.5.3 Dokumentstyrning

I samband med att vårt miljöarbete utvecklas skapas ett antal miljödokument som är kopplade till vårt ledningssystem. En lista över vilka dokument som ingår i systemet finns, se bilaga 7.5.

Miljösamordnaren ansvarar för att dokumenten finns och respektive ägare av dokumenten ansvarar för uppdatering.

Dokumentstyrningen säkerställs via APT, ledningens genomgång, och stickprovskontroller som genomförs av verksamhetschefen.

Styrande dokument: så som miljöaspektlista, lag lista, mål och handlingsplan och rutiner innehar dokumentshuvud/dokumentfot innehållande: Dokumentnamn, utfärdat av, godkänt av, giltigt från, senast uppdaterat, sid nr

Övriga dokument: Dokument så som protokoll, checklistor, instruktion innehar endast datum för när dokumentet utfärdades.

Redovisande dokument

Dokumenterna redovisas 1 ggr/år vid ledningens genomgång. Redovisande dokument visar resultat från miljöledningssystemet, t ex måluppföljningar. Miljösamordnaren hanterar de redovisande dokumenten löpande under året.

Bilaga: Redovisande dokument bilaga 7.5

8 Beskrivning av verksamheten

Rehabhotellet Sthlm AB bedriver avancerad sjukvård i hemmet och har även en vårdavdelning med 12 platser där man bedriver specialiserad palliativ slutenvård på uppdrag av Region Stockholm.

Patienterna inkommer på remiss från vårdcentral eller annat sjukhus. Vårdtagare är patienter med behov av specialiserade medicinska och omvårdnadsmässiga insatser där det krävs hög kontinuitet och tillgänglighet för att kunna visas i hemmet. Detta innefattar bland annat:

- Multisjuka patienter
- Cancerpatienter
- Patienter med KOL/astma
- Patienter med kronisk hjärtsjukdom
- Patienter med hematologisk sjukdom
- Patienter med pågående infektionsbehandling
 - Patienter med infusionsbehandling
 - Patienter med behov av smärtlindring
- Patienter med behov av blodtransfusion
- Patienter med total parenteral nutrition

Arbetsområden för verksamheten är City, Norrmalm, Södermalm, Kungsholmen, Östermalm, Djurgården, Gamla stan, Lidingö och Solna.

Verksamheten bedrivs av ett multiprofessionellt team bestående av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och dietist. Vid behov finns även psykolog, präst, kiropraktor, lymfterapeut och diakon tillgänglig.

Giltig från datum 2013-02-01
Senast uppdaterat 2024-05-22

Bilaga: Vår organisation, se bilaga 4.1 och 5.3

Antal anställda: 61 st. anställda med olika anställningsformer.

Hyresvärd: *Locum*

Förbrukning av el: används för dator, belysning, tvättmaskin, diskdesinfektator, laddning av telefon.

Användande av elektronisk utrustning:

Telefonladdare, dator, dokumentförstörare - stängs av senast 20.00 varje dag, och startas upp kl. 06.00 varje morgon. Skrivare, fax, kopiator – ligger i sleep läge.

8.1 Verksamhetsrutiner

Rutin Inköp av produkter och tjänster

Inköp till verksamheten görs av och är uppdelat enligt följande:

Maria Malmgren - kontorsmaterial

Eva Nord – sjukvårdsmaterial

Kristina Björkgren - läkemedelsinköp

Jeanette Karlsson – bilar, möbler arbetskläder m. m

Inköpen görs via respektive leverantörs hemsida eller rutin. Leverantörer som anknyts till Rehabhotellet är upphandlade av Region Stockholm, som ställer specifika miljökrav.

1) första hand används Region Stockholms upphandlade leverantörer (lista finns på www.regionstockholm.se)

2) om Region Stockholm saknar önskad leverantör skall den mest miljöanpassade väljas.

Val av leverantör görs efter följande kriterier: Leverantörerna väljs utifrån upphandlingsavtal, se Region Stockholms avtalskatalog på www.regionstockholm.se. Skulle det visa sig att produkter som vi ska ha inte finns med i upphandlingen så tittar vi i första hand på följande:

- miljöcertifierade/diplomerade,
- att företaget har ett viktigt miljötänk (miljö/kretslopp)
- miljöbilar
- transportsträckor, kostnad, och leveranstid.

Bilaga: Förteckning leverantörer, bilaga 8.1.6

8.1.3. Rutin för Avfallshantering

All antibiotika skall förpackas i Pacto safen. Övrigt avfall källsorteras i respektive kärl. Läkemedel och stickande/skärande sorteras i gult förslutbart kärl och ställs i miljörummet på ASIH. Korrekt etikett över innehållet sätts på kärlet. Skriv GKS, Rehabhotellet Sthlm AB samt

Giltig från datum 2013-02-01
Senast uppdaterat 2024-05-22

telefonnummer: 08219950 på etiketten. Miljösamordnare och/eller lokalvårdare ställer ner i Miljörummet. Karolinska sjukhuset/Coor hämtar kärnen för källsortering i enlighet med Karolinska sjukhusets rutin för avfallshantering. Hämtning av batterier, elektronik och lysrör görs av Coor. Miljöavdelningen för Karolinska sjukhuset/Coor säkerställer att riktlinjer och anvisningar hålls uppdaterade och följs så att upphandlat företag hämtar fraktionerna. Miljöavdelningen redovisar uppgifter över mängder avfall i miljöredovisningen, miljörapporten samt i årsrapporten för farligt gods. (Se bilaga 8.1.7)

SEKA, vilka bokas per telefon då det är aktuellt, hämtar de gula kärnen.

Bilaga: Riktlinje för avfallshantering, bilaga 8.1.7

Vid avvikelser från avfallsrutinen skriv en avvikelserapport och kontakta MAS.

Avfallsslag	Förvaringskärl/ var	Vem hämtar/ transportör
<i>Papper</i>	Miljörum asih, desinfektionsrum avd, Miljöstation	Karolinska sjukhuset/Coor
<i>Metall</i>	Miljörummet asih, desinfektionsrum avd, Miljöstation	Karolinska sjukhuset/Coor
<i>Toner</i>	Miljörum asih, Miljöstation	Karolinska sjukhuset/Coor
<i>Plast</i>	Miljörum asih, desinfektionsrum avd, Miljöstation	Karolinska sjukhuset/Coor
<i>Glas</i>	Miljörum asih, desinfektionsrum avd, Miljöstation	Karolinska sjukhuset/Coor
<i>Wellpapp/kartong</i>	Miljörum asih, desinfektionsrum avd, Miljöstation	Karolinska sjukhuset/Coor
<i>Bioavfall</i>	Personalköken, 2 st, Avdelningskök, Miljörum ASiH, Miljöstation	Karolinska sjukhuset/Coor
Farligt avfall	Förvaringskärl/ var	Vem hämtar/ transportör
<i>Batterier</i>	Miljörum ASIH, desinfektionsrum avd, Miljöstation	Karolinska sjukhuset/Coor
<i>Lysrör</i>	Miljöstation	Karolinska sjukhuset/Coor
<i>Elektronik</i>	Miljöstation	Karolinska sjukhuset/Coor
<i>Kemikalier</i>	Miljöstation	SEKA

Giltig från datum 2013-02-01
Senast uppdaterat 2024-05-22

<i>Stickande skärande</i>	Gul förslutbar burk - i Miljörum	SEKA
<i>Läkemedel</i>	Gul förslutbar burk - i Miljörum	SEKA

8.1.4 Rutin för hantering av läkemedel och skötsel av läkemedelsrum

Syftet med denna rutin är att:

- ✓ Läkemedel skall vara i fullgott skick
- ✓ Läkemedel skall vara överskådligt ordnade
- ✓ Läkemedel skall förväntas komma till användning inom rimlig tid
- ✓ Läkemedel avfall ska hanteras på rätt sätt

Brutna förpackningar:

Kassera förpackningar med överskridet utgångsdatum och överflödiga förpackningar. Förpackningarna kasseras i utsedda behållare för läkemedel på rekommendation av apoteket.

Brutna förpackningar hos patient:

Personalen tar hand om överblivet läkemedel och lämnar till MAS som sorterar och kasserar läkemedel enligt gällande riktlinjer.

Obrutna förpackningar:

Kassera förpackningar med överskridet utgångsdatum. Förpackningar som inte används regelbundet och inte behövs av beredskapsskäl, kan returneras till ApoEx. Det finns då en möjlighet att omsätta förpackningen till annan enhet.

Fel på läkemedel vid leverans

Vid fel på förpackningar eller innehåll vid leverans skall detta reklameras till ApoEx.

Narkotika

Narkotikapreparat räknas 1 gång/dygn av MAS och/eller nattpersonalen, och signeras i narkotikajournalen.

Genomgång av förråd

Förrådet går igenom 1 ggr/månad, översynen dokumenteras med datum och ansvarig sköterska på uppsatt lista.

Kontroll av temperaturer:

Kontrollerna skall ske dagligen i kylskåpet. Avläsning sker på termometern utanför kylskåpet. (Temperaturen skall ligga inom +2 - +8 C).

Signeringslista finns i överskåp i läkemedelsrummet. När listan är full läggs denna i MAS postfack.

Många läkemedel är känsliga för frost och behöver kasseras om det utsatts för temperatur under 0 grader celsius. Avfrostning av kylskåp skall göras var 3:e vecka enligt signeringslistan.

Giltig från datum 2013-02-01
Senast uppdaterat 2024-05-22

Rumstemperaturen skall avläsas på kylskåpstermometern värdet står högst upp på termometern. Temperaturen skall vara +15 -25 celsius. Signera utförd avläsning på signeringslistan på kylskåpet.

Städ och desinfektion

Desinfektion av arbetsytor skall göras dagligen och signeras på separat checklista. Städning av golvytor skall göras dagligen med såpa och vatten och signeras på separat checklista.

Rutin för hantering av kemikalier (städkemikalier)

Rehabhotellet Sthlm AB verksamhet ska följa gällande lagar och krav vad gäller riktlinjer för hantering av hälso- miljö- och brandfarliga kemiska produkter.

Ansvaret för kemikaliehantering har verksamhetschefen dvs. verksamhetschefen är ansvarig för hantering av hälso- miljö- och brandfarliga kemiska produkter:

- Köpa/beställa kemiska produkter från ramavtals leverantörer.
- Tillse att säkerhetsblad finns.
- Tillse att medarbetarna får information om hantering.
- Kontrollera att produkten inte innehåller farliga ämnen som finns på Region Stockholms utfasningslista.
- Vid behov ta fram instruktioner om säker hantering.
- Tillse att förteckning finns över farliga kemiska produkter.

Verksamhetsspecifika förteckningar upprättas över kemiska produkter som används i verksamheten.

Förteckningens innehåll:

- Produktens namn
- Produktens klassificering
- Uppgifter om årsförbrukning
- Säkerhetsdatablad

För alla produkter som finns i förteckningen finns säkerhetsdatablad som innehåller risk och skyddsinformation. Dessa blad ska hållas tillgängliga för all personal.

För avfallshantering ska instruktioner i säkerhetsbladet följas.

Rutin för riskinventering kemikalier

Riskbedömning har genomförts enligt Arbetsmiljöverkets blankett på samtliga kemikalier totalt 7 st. som används i verksamheten. Bedömning har gjorts utifrån säkerhetsdatabladerna och resultatet visar att inga av kemikalierna behöver särskild skyddsutrustning eller hantering.

Rutin för Transporter

Följande transportmedel används inom verksamheten: buss, tunnelbana samt taxi, då väljs om möjligt miljötaxi. Verksamheten har också ett antal företagsfordon som används (se nedan).

2 st SL kort med laddade biljetter och att de som har egna har möjlighet att köpa via företaget

Cykel 1st

Bil 6 st.

8.2 Nödlägesberedskap vid brand och annan fara

Verksamheten följer fastighetsägarens brandföreskrifter och utrymningsplan är utmärkta och uppsatta. Verksamheten är utrustad med 4 stycken godkända brandsläckare, detta sköts av hyresvärden Locum och L&T. Sannolikheten för brand bedöms som liten, dock finns tre möjligheter att brand uppstår:

1. brand i annan verksamhet i samma byggnad
2. brand i Rehabhotellets lokaler
3. brand i patientrum

Ansvarig för att samtlig personal har brandutbildning är VD. Personalen får grundutbildning i brandskydd (teori, risker, skador, skadeförebyggande m.m.). Brandinformation ingår även i nyanställdas introduktion. Brandskyddsutrustningen går igenom 1 ggr/ år.

Säkerhetsinformation finns utplacerade i lokalen.

9. Utvärdering av prestanda

Miljöledningssystemet revideras med hjälp av intern revision och extern revision. Intern revision genomförs av verksamhetens egna utbildade interna revisorer. Extern revision genomförs av ackrediterat revisionsbolag. Miljösamordnaren ansvarar för att revisionen förberedes och bokas, och VD ansvarar för att revisionen genomförs.

9.1. Uppföljning och mätning

9.1.1 Mätning och resultat av miljöarbetet

Uppföljning sker löpande på APT möten. Resultaten hämtas från bokföringen, och sammanställs i dokument för resultatmiljömål. Ansvarig för uppföljningen är miljösamordnaren som presenterar resultaten på Ledningens genomgång och APT-möten. VD ansvarar för att resurser finns för att uppnå målen.

Bilaga: Måluppföljning statistik 9.1

WIM – följs upp årligen utav VD och går igenom i Ledningens genomgång och i styrelsen.

Mål och handlingsplan (redovisande dokument)

Mål och handlingsplan följs upp en gång i halvåret i samband APT-möten och slutresultaten presenteras och går igenom i Ledningens genomgång.

Uppföljning av ”betydande miljöaspekter”

Miljöaspektlistan inkl. värderingen uppdateras 1 ggr/år i samband med Ledningens genomgång. De betydande miljöaspekterna som inte är målsatta ses över en gång per år i samband med revidering av målen. Syfte är att se om någon förändring har skett och om någon annan miljöaspekt ska målsättas till nästa år. Ansvarig för genomgången är miljösamordnaren.

9.1.2 Lagefterlevnadskontroll

Uppföljning av lagefterlevnad görs i samband med intern miljörevision och vid ledningens genomgång. Uppföljningen sparas som redovisande dokument ”Lagförteckning och kontroll av lagefterlevnad” som finns på servern.

9.2.1 Revision

Miljöledningssystemet revideras med hjälp av intern revision och extern revision. Intern revision genomförs av verksamhetens egna utbildade interna revisorer. Extern revision genomförs av ackrediterat revisionsbolag. Miljösamordnaren ansvarar för att revisionen förberedes och bokas, och VD ansvarar för att revisionen genomförs.

Revisionens syfte

Intern revision genomförs för att upptäcka avvikelser och genomföra förbättringar. Intern revision genomförs årligen. Revision genomförs genom insamling av dokumentation och intervjuer. Revisorn ska ha kunskaper om miljöledningssystem och miljöarbete samt revisionsteknik. Revision genomförs för att:

1. Kontrollera att gällande lagstiftning följs
2. Följa upp verksamhetens mål
3. Bedöma om ledningssystemet är infört, fungerar och underhålls på ett riktigt sätt
4. Bilda underlag för ständiga förbättringar av arbetet
5. Bedöma att ledningssystemet är i överensstämmelse med standarden för miljöledningssystem ISO 14001.

Resultatet från revisioner ska dokumenteras i en revisionsrapport.

Redovisande dokument

- Minnesanteckningar uppföljning av mål och rutiner
- Revisionsrapport

Miljörevisorer

Revisionerna kan utföras av personer inom den egna verksamheten eller av en miljörevisor som anlitas. Miljösamordnaren anlitar och VD godkänner revisorerna.

De interna revisorerna och revisionsledaren ska uppfylla följande krav:

- person med personlig lämplighet och kompetens att genomföra en revision.
- vara oberoende av de verksamheter de reviderar, inte på den egna arbetsplatsen.
- vara väl förtrogna med organisationens verksamhet.
- ha genomgått en kurs om de olika delkraven i SS EN ISO 14 001, eller på annat sätt erhållit motsvarande kunskaper.
- ha genomgått en kurs i revisionsteknik, eller på annat sätt erhållit motsvarande kunskaper.
- ha kunskap om relevant miljölagstiftning.
- ha kunskap om verksamhetens miljöpåverkan.

Frekvens och omfattning

Med hjälp av stickkontroller genomförs normalt intern revision varje år inom verksamheten. Under en treårsperiod ska samtliga delkrav i ISO 14001 ha genomgått revision inom verksamheten.

Genomförande

Den interna miljörevisionen genomförs genom granskning av dokument, egenkontroll av ISO 14001 (med hjälp av enkät för egenkontroll), intervjuer och arbetsplatsbesök. Arbetet delas upp i tre faser.

1. **Planering:** upprättande av detaljerad revisionsplan inläsning av dokumentation. Genomgång av egenkontroll, därav urval, stickprover
2. **På plats:** intervjuer och arbetsplatsbesök.
3. **Rapportering:** rapporteringen sker skriftligt.

Berörd chef svarar för att verksamheten tar del av de avvikelser som uppkommit - vid såväl intern som extern revision - och att eventuella korrigerande åtgärder vidtas.

Revisionsplan

Ett årligt revisionsprogram beslutas vid ledningens genomgång. Före varje revision utarbetar miljösamordnaren i samråd med VD, en revisionsplanering som godkänns av VD.

Rapportering

Resultatet av utförd revision dokumenteras i en rapport. Revisionsrapporten innehåller eventuella avvikelser och en sammanfattning. Den skriftliga rapporten ska vara klar senast två veckor efter slutförd revision. Rapporter från revisioner sparas och arkiveras som redovisande dokument och finns på servern. Miljösamordnaren ansvarar för att resultatet från granskningarna rapporteras till ledningsgruppen samt diskuteras på arbetsplatsträffarna och ledningens genomgång.

Åtgärder

Verksamhetschefen utser ansvarig för att vidta korrigerande åtgärder för respektive avvikelse. Resultatet av korrigerande åtgärder följs upp vid nästkommande revisioner.

9.3 Ledningens genomgång

Verksamhetens miljöarbete följs upp i ledningens genomgång. Ansvar för att ledningens genomgång genomförs är VD och miljösamordnaren förbereder och kallar till mötet. En fast agenda enligt nedan används:

Agenda ledningens genomgång

- Uppföljning av föregående protokoll (aktivitetslistan)
- Genomgång av miljöaspektlistan, riskinventering
- Resultatmål och handlingsplan
- Resultat från revision (intern, extern)
- Policyns aktualitet
- Revisionsplan ink. revisionsprogram
- Synpunkter från kunder och intressenter
- Förebyggande åtgärder
- Avvikelser och Förbättringsförslag
- Utbildning och kompetens
- Kontroll av lagefterlevnad och nya lagar som berör verksamheten
- Resurser för framtida miljöarbete
- Hur fungerar vårt ledningssystem

10. Förbättring

10.2.1 Rutin vid Avvikelser och förbättringar

Med miljöavvikelse avses en händelse i verksamheten som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada för miljön och patienter. Avvikelsehanteringen är en del i det systematiska miljöarbetet och syftar till att förebygga vårdskador. Enligt ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården skall rutiner finnas för att identifiera, dokumentera och rapportera och följa upp negativa händelser och tillbud. Vården skall arbeta med risk- och händelseanalyser. Negativa och positiva erfarenheter från avvikelsehanteringen skall återföras till verksamhetens personal och andra berörda.

Giltig från datum 2013-02-01
Senast uppdaterat 2024-05-22

Rapportering av avvikelser

Hela avvikelssystemet är till för att hitta systemfel i organisationen och utgör ett viktigt underlag för kvalitetsförbättring i verksamheten. Det är viktigt att inte fokusera på vem som gjort fel utan grundorsaken till händelsen skall identifieras. Det skall finnas en lokal rutin för hantering av avvikelser inom verksamheten.

Miljöavvikelse hanteras på lika sätt som övriga avvikelser, dokumenteras i TC men ej i patientjournal.

Samtliga avvikelser skall dokumenteras i patientens omvårdnads- arbetsterapi- eller sjukgymnastikjournal förutom de avvikelser som ej är direkt knutna till enskild patient. Avvikelser som skall rapporteras kan delas in i skada, tillbud, risk och man kan även lämna in förslag på åtgärder. All denna rapportering sker i vårt avvikelssystem, Flexite, och som man kommer in i via vår hemsida, *rehabhotellet.se*. Där kan både personal, patienter och anhöriga skicka in avvikelser. Detta avvikelssystem är uppbyggt i processer.

Bilaga: Processkarta avvikelser 10.1

Avvikelse rapporterna sparas i systemet och kan när som helst plockas upp för att ta del av.

MAS skall omgående ha in avvikelser rapporten (original eller kopia) på samtliga händelser som rör:

- Läkemedelshantering
- Brist i informationsöverföring/dokumentation/ vårdplanering
- Övriga händelser där andra vårdgivare är involverade
- Brister i/utebliven hälso- och sjukvårdsinsats
- Avvikelser som lett till skada
- Avvikelser där medicintekniska produkter är inblandade (till exempel hjälpmedel av olika slag)

I den månatliga uppföljningen på APT möten skall samtliga avvikelser och hur man hanterat dem redovisas.

Sammanställning av samtliga avvikelser 1gång/år

Ansvarsfördelning vid avvikelse/brister

Omvårdnadspersonal som uppmärksammar händelsen eller bristen ansvarar för att:

- Patienten omhändertas på lämpligt sätt.
- Kontakt omgående tas med sjuksköterska då avvikelserna gäller läkemedel, fall eller annan allvarlig händelse.
- Avvikelse rapport skrivs och lämnas till sjuksköterska/ enhetschef.

Sjuksköterska som uppmärksammar händelsen eller bristen ansvarar för att:

- Patienten omhändertas på lämpligt sätt vilket även kan innebära kontakt med annan vårdgivare eller kommunal sjukgymnast eller arbetsterapeut.

- Dokumentation av händelsen och vidtagna åtgärder i Take Care
- Avvikelse rapport skrivs i avvikelssystemet Flexite och skickas vidare därifrån till berörd chef.

Sjuksköterska ansvarar dessutom för:

- Akut och långsiktig åtgärd samt uppföljning av de avvikelser som uppmärksammats av omvårdnadspersonal då dessa omfattar hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Dokumentation av händelsen och vidtagna åtgärder i omvårdnadsjournal och i avvikelserapport.

Arbets terapeut/ sjukgymnast som uppmärksammar händelsen eller bristen, ansvarar för att:

- Patienten omhändertas på lämpligt sätt, vilket även kan innebära kontakt med annan vårdgivare eller kommunal sjuksköterska.
- Dokumentation av händelsen och vidtagna åtgärder i Take Care
- Avvikelse rapport skrivs i avvikelssystemet Flexite och skickas vidare därifrån till berörd chef.

Enhetschef som uppmärksammar händelsen eller bristen ansvarar för att:

- Patienten omhändertas på lämpligt sätt.
- Kontakt omgående tas med sjuksköterska då avvikelserna gäller läkemedel, fall eller annan allvarlig händelse.

Enhetschef ansvarar dessutom för att:

- Avvikelse rapport skrivs i avvikelssystemet Flexite och skickas vidare därifrån till berörd chef.
- Rutinen är känd på enheten.
- Det finns kända rutiner på enheten för hur och när kontakt skall tas med sjuksköterska, arbets terapeut och sjukgymnast.
- Lämpliga åtgärder för att utreda och säkerställa patientsäkerheten vidtas och att dessa dokumenteras på avvikelseblankett/sammanställningsblankett.
- Händelseanalys krävs för samtliga avvikelser som gäller läkemedel, informationsöverföring, dokumentation och medicintekniska produkter
- I de fall annan enhetspersonal är involverad i händelsen skickas kopia av avvikelserapporten till aktuell enhetschef för komplettering och eventuell åtgärd.
- Avvikelse rapporterna inklusive åtgärder och statistik återrapporteras till enhetens personal och används för att förbättra och utveckla kvaliteten i verksamheten.

MAS ansvarar för att:

- Utreda och analysera händelsen, initiera eventuell teknisk utredning samt bedöma när det är aktuellt med anmälan till Läkemedelsverket och Socialstyrelsen.

- Patienten eller närstående blir informerad och ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen om anmälan görs till Socialstyrelsen enligt Lex Maria eller Patientnämnden
- Patienten eller närstående får en kopia av Socialstyrelsens beslut efter en anmälan.

För avvikelser rörande personligt hjälpmedel se även Rutin för avvikelshantering med personligt hjälpmedel involverat. Avvikelse som rör andra vårdgivare rapporteras av MAS i Take Care.

10.3 Uppföljning av avvikelser och förbättringsförslag