

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

Sköld's Frisk- & Sjukvård



Verksamhetens styrsystem

Kvalitetspolicy

Miljöpolicy



SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

Innehållsförteckning

1. POLICY OCH BESKRIVNING AV VERKSAMHETS-MANUALEN

- 1.1 KVALITETSPOLICY
- 1.2 MILJÖPOLICY
- 1.3 BESKRIVNING AV VÅR VERKSAMHETS MANUAL (MILJÖ OCH KVALITET)
- 1.4 REDOVISANDE DOKUMENT KVALITÉ & MILJÖ

2. LEDNINGENS ANSVAR

- 2.1 LEDNINGENS GENOMGÅNG
- 2.2 MILJÖASPEKTER
- 2.3 LAGAR OCH ANDRA KRAV
- 2.4 FRAMTAGNING OCH UPPFÖLJNING AV VERKSAMHETSMÅL
- 2.5 REDOVISANDE DOKUMENT (LEDNINGENS ANSVAR)

3. PERSONAL- & KOMPETENSUTVECKLING, FÖRBÄTTRINGSARBETEN

- 3.1 VÅR ORGANISATION
- 3.2 KOMPETENSKRAV PÅ VÅR PERSONAL
- 3.3 VÅRT ARBETE MED KOMPETENSUTVECKLING
- 3.4 INTRODUKTION AV NYANSTÄLLD PERSONAL
- 3.5 KONSULTSAMTAL
- 3.6 FÖRBÄTTRINGSMÅL
- 3.7 REDOVISANDE DOKUMENT (PERSONAL OCH KOMPETENS-UTVECKLING)

4. KOMMUNIKATION

- 4.1 INTERN KOMMUNIKATION
- 4.2 EXTERN KOMMUNIKATION
- 4.3 DOKUMENT REDOVISNING

5. FÖRSÄLJNING/ANBUD

- 5.1 MARKNADSFÖRING
- 5.2 ANBUDSHANTERING
- 5.3 ÄNDRINGAR I ORDER
- 5.4 MALLAR
- 5.5 REDOVISANDE DOKUMENT (FÖRSÄLJNING)

6. INKÖP

- 6.1 VÅRA INKÖPSRUTINER
- 6.2 REDOVISANDE DOKUMENT (INKÖP)

7. KLINISKT ARBETE

- 7.1 BEMANNING RESPEKTIVE ECT-MOTTAGNING
- 7.2 KLINIKSTARBETE PÅ ECT-MOTTAGNINGARNA
- 7.2.1 DAGLIGA RUTINER
- 7.3 SPÅRBARHET
- 7.4 AVFALLSHANTERING
- 7.5 BRAND
- 7.6 NYCKELHANTERING OCH INBROTTSKYDD
- 7.7 REDOVISANDE DOKUMENT (KLINISKT ARBETE)

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

8. UPPFÖLJNING AV VERKSAMHETSSYSTEMET

- 8.1 AVVIKLESER, TILLBUD, FÖRBÄTTRINGAR OCH REKLAMATIONER
- 8.2 INTERNA REVISIONER
- 8.3 EXTERNA REVISIONER
- 8.4 KUNDUPPFÖLJNING
- 8.5 REDOVISANDE DOKUMENT (UPPFÖLJNING)

9. DOKUMENTSTYRNING

- 9.1 STYRNING AV DOKUMENTEN I VERKSAMHETSSYSTEMET
- 9.2 SFOS PM & DOKUMENT
- 9.3 DISTRIBUTION AV VERKSAMHETSAHANDBOKENS DOKUMENT
- 9.4 REDOVISANDE DOKUMENT

10. FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

- 10.1 REDOVISANDE DOKUMENT

11. PLANERING AV VERKSAMHETSARBETET

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

1. Policy och beskrivning av verksamhetsmanualen

1.1 Kvalitetspolicy

Skölds Friskvård- & sjukvårds strävan är att vi ska erbjuda den bästa anestesi-tjänsten inom ECT i Sverige.

Vår kvalitetspolicy är:

- Hög medicinsk kvalitet
- Kompetenta och erfarna medarbetare
- God kontinuitet av personal
- Engagerade och delaktiga medarbetare
- Resurseffektivitet och ständiga förbättringar
- Hög grad av tillgänglighet
- Nöjda uppdragsgivare & medarbetare
- Följer lagar & krav kopplade till verksamheten

1.2. Miljöpolicy

Miljöfrågor har en växande betydelse inom samhällets alla delar - också inom hälso- och sjukvård.

Sköld's Frisk- & Sjukvård bidrar till en bättre miljö och hållbar utveckling genom ett aktivt och förebyggande miljöarbete.

Sköld's Frisk- & Sjukvård miljöarbete ska styras så att kraven i ISO-standarderna uppfylls och att ständiga förbättringar uppnås genom att:

- Grunden för vårt miljöarbete är att uppfylla lagstiftningens krav.
- Vid varje beslut i verksamheten skall miljöaspekter beaktas likaväl som ekonomiska.
- Vi inriktar miljöarbetet på ett antal huvudområden – målområden - där våra insatser ger mest effekt.
- Att använda miljöeffektiva transportmedel där så är ekonomiskt och tekniskt möjligt.

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

1.3 Beskrivning av vår verksamhetsmanual (miljö och kvalitet)

Vårt verksamhetssystem baseras på ISO 9001:2015 (Kvalité), 14001:2015 (miljö)

Det omfattar delar av Skölds Frisk- & Sjukvårdsverksamhet. De delar som certifieras är de som inbegriper sjukvårdstjänster.

Syftet med verksamhetssystemet är att:

- Tydligt redogöra hur vi arbetar, genom aktuella PM, processer & styrsystem
- Verksamhetssystemet syftar till gott samarbete med ECT-enheterna och att tillsammans med ECT-enheterna utarbeta tillfredsställande arbetsrutiner för dagens arbete på respektive enhet
- Gemensamma rutiner inom SFOS
- Lättillgänglig information till medarbetare om våra rutiner, PM, Miljöarbete, kvalitetsarbete och mål, genom vår nya plattform, SFOS's hemsida.
- Lättillgängligt förmedla senaste vetenskapen kring ECT & anestesi, tex efter kurser/seminarier där några av våra medarbetare deltagit.
- Friskare patienter som erhåller kvalitetssäkrad och evidensbaserad vård/anestesi av SFOS personal.
- Nöjda kunder / beställare
- Nöjda medarbetare
- Minskad miljöpåverkan.
- Ökad effektivitet och lönsamhet.

Tillämpningar

Följande områden i ISO 9001:2015 omfattas vi inte av:

<i>Krav i ISO 9001:2015</i>	<i>Orsak till friskrivning</i>
8.3 Konstruktion och utveckling	Vi omfattas inte av detta avsnitt då vi inte utvecklar nya tjänster eller konstruerar i vårt tjänsteutförande
7.1.5.2 Service & underhåll av övervaknings- & mätinstrument. Spårbarhet vid mätning.	Utförs i kundens regi på respektive sjukhus

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

1.4 Redovisande dokumentation kvalité & miljö

Följande dokument ingår och beskriver vårt verksamhetssystem:

- Hemsidan ” **Verksamhetsmanual & styrande dokument**”.
Verksamhetsmanualen
Kvalitetsmål för året
Miljömål för året
Regionens miljöpolicy
PM & processer som styr verksamheten
- Hemsidan ” **Arbetsbeskrivning**”.
Beskrivning av det praktiska vårdarbetet för anestesipersonalen.
- Hemsidan ” **Pm & Rutiner**”
Vårdspecifika pm för olika situationer, tillstånd & läkemedel.
Processer för vårdavdelningar & vårdgivare inför ECT.
- Hemsidan ” **Protokoll personalmöten**”. Här finns protokoll från personalmöten.

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

2 Ledningens ansvar

I verksamhetssystemets andra kapitel beskrivs företagsledningens ansvar. Detta utgör navet i verksamhetens struktur och arbetet på respektive ECT-enhet.



Vi har följande externt utlagda processer:

- Ekonomifunktionen – Larsson Bokföringsservice, Rimbo.

2.1 Ledningens genomgång

Ledningen arbetar kontinuerligt med verksamhetssystemet inom företaget.

1g/år följs arbetet upp via ett ledningsmöte (ledningens genomgång). Sammanställande för ledningens genomgång är chefs-ssk.

Ledningen ansvarar för att samla in nödvändig information inför mötet samt för att lämna förslag på förbättringar av verksamhetssystemet.

Inför ledningens genomgång skall kundundersökning för respektive enhet och medarbetarenkäten samlas in. Dessa dokument skall redovisas och behandlas under ledningens genomgång.

2.2 Miljöaspekter

Ledningens ansvarar för att uppdateringen av registret för miljöaspekter samt bedömningen av miljöaspekterna.

2.2.1 Uppdatering och bedömning av miljöaspektregister

Miljöaspekt-registret skall uppdateras och miljöaspekterna bedömas 1g/år. Uppdatering av miljöaspekt-registret innebär att miljöaspekterna går igenom för att se om några nya miljöaspekter har tillkommit eller om några gamla har försvunnit.

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

Uppdatering av miljöaspekt-registret, skall även ske vid större förändringar i verksamheten.
Miljöaspekterna bedöms enligt kriterierna som finns angivna i miljöaspektregistret.

2.2.2 Betydande miljöaspekter

Som betydande miljöaspekter klassas miljöaspekter som får ≥ 16 poäng.

2.2.3 Hantering av betydande miljöaspekter

För de betydande miljöaspekterna skall;

- Personal och aktiviteter (processer) som påverkar betydande miljöaspekter identifieras. Detta dokumenteras i blad "Betydande miljöaspekter" i.
- Leverantörer och entreprenörer som påverkar de betydande miljöaspekterna identifieras. Vi skall sedan kommunicera relevanta miljökrav med dessa. Detta dokumenteras i miljöaspektregistret, "Betydande miljöaspekter".
- Minst ett miljömål tas fram som betydande/år
- Resultatet från bedömningen av miljöaspekter skall också redovisas vid ledningens genomgång se ledningens genomgång.

2.3 Lagar och andra krav

För att säkerställa vårt åtagande om att följa de krav som ställs ur miljö och kvalitetssynpunkt på vår verksamhet och våra tjänster, har vi sammanställt register över de lagar och andra krav som vi anser är viktiga för vår verksamhet.

Ledningens ansvarar sedan för att uppdatera registren 1 ggr/år samt för att kommunicera eventuella ändringar med berörd personal. Alla ändringar i nationell eller lokala miljöbestämmelser förs in i lagregistret.

- **Laglista;** Uppdatering och lagefterlevnad av laglistan / verksamheten kontrolleras mot www.notisum.se
- **Hälso-sjukvårdslagen;** Kontrolleras via IVO's hemsida.
- **Legitimation personal;** kontrolleras v.a år och vid nyanställning, via IVO's hemsida
- **Krav från kunder, beställare & avtalskrav.** Återfinns i avtalet, kommuniceras med avtals-controller på Regionen. För närvarande : Emelie Ahlström
- **Försäkringar;** SFOS personal omfattas Länsförsäkringars ansvarsförsäkring, praktikförsäkring hos Folksam. SFOS är anslutet till FORA.

Eventuella ändringar som påverkar verksamheten tas upp vid ledningens genomgång. Företagsledningen beslutar sedan om eventuella åtgärder (t.ex. nya rutiner) för att säkerställa att vi följer lagkraven.

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

2.4 Framtagning och uppföljning av verksamhetsmål

Ledningen fastställer målen och handlingsplanerna.

Det skall finnas en röd tråd mellan;

miljöpolicy ↔ kvalitetspolicy ↔ handlingsplaner

Miljömål 2025 – 2026

- Minskad miljöpåverkan av medicinska gaser
- Minskad miljöpåverkan av resor
- Minskad förbrukning av engångsmaterial
- Förbättrad avfallshantering & återvinning
- Miljömedveten personal & styrning
- Grön upphandling och leverantörskrav

Utförlig beskrivning av mål och handlingsplan finns på hemsidan ”**Verksamhetsmanual – styrande dokument**”

Kvalitetsmål 2025-2026

- Patientsäkerhet
- Läkemedelshantering
- Anestesiprocessen
- Patientupplevelse - enkät
- Kompetens och fortbildning – kompetensmatris personal
- Dokumentation
- IT-säkerhet – 7 security.

Utförlig beskrivning av mål och handlingsplan finns på hemsidan ”**Verksamhetsmanual – styrande dokument**”

Verksamhetsmål 2025-2026

- Ny upphandling, start 2026 – ta fram process
- Uppstart av ny mottagning på Nacka Sjukhus – processer, PM & rutiner.
- Planering av ny Schemaplattform kopplad till Onedrive?
- Omstrukturering av allt webbaserat material r/t nya krav på IT säkerhet (2026)

Handlingsplaner

- Genomför utbildning i HLR 1 g/år
- Utbildningsdag för medarbetare:
 - Genomgång av PM & rutiner på personalmöte
 - Internutbildning finns på hemsidan
 - Regionen ombesörjer miljö-utb (via web) & brandutbildning (web & praktisk v.a år)
 - Internt miljöarbete (anestesi-relaterat) kommuniceras på personalmöte, vid nyanställning och på veckomötet (ffa nya gas-flödes policyn på Nacka sjukhus)
- Kundenkät 1g/år
- Medarbetar/underkonsult enkät 1g/år

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

2.5 Redovisande dokument

Målen och handlingsplanerna följs sedan upp vid [Ledningens](#) genomgång och redovisas på Hemsidan ” **Redovisande dokument: verksamhet – miljö - kvalité**”

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

3 Personal och kompetensutveckling

SFOS personal utgör företagets värdefullaste resurs. Inom SFOS har flertalet medarbetare varit anställda eller arbetat på konsultuppdrag i många år. SFOS har en gedigen och mycket erfaren personal, både inom anestesi i allmänhet, och de flesta, ECT i synnerhet.

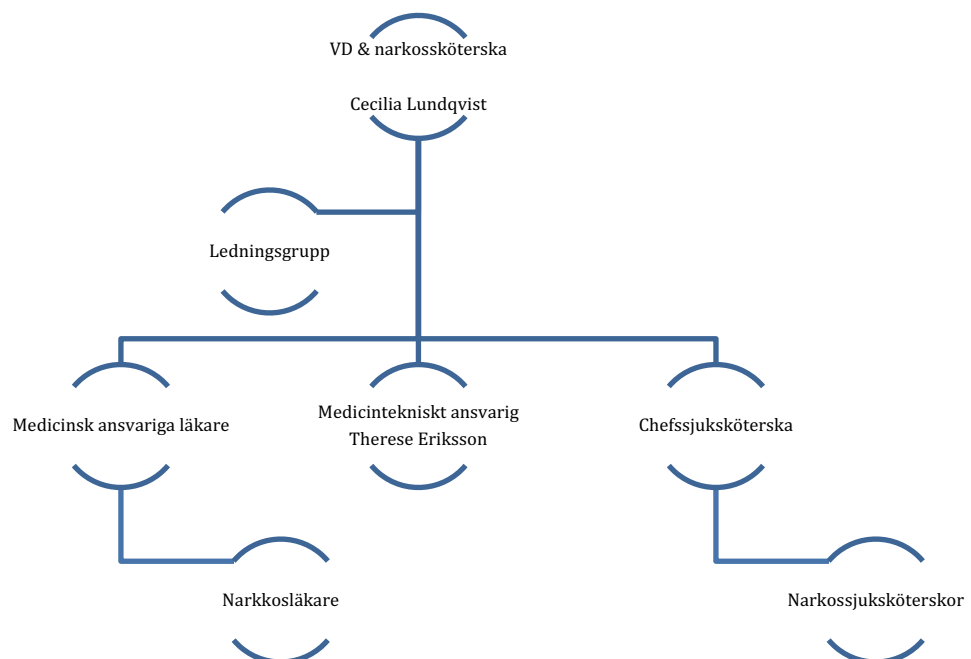
Under de senaste 20 åren har SFOS personal årligen haft möjlighet att utbilda sig inom ECT och anestesi, på årliga kurser i Nyköping (hos Håkan Odelberg.) samt att 2-3 medarbetare har åkt till NACT (nordic association for convulsive therapy) konferens som anordnas vartannat år på olika platser i Europa.

Under åren 2024-2025 har vi utökat vår personalstab med nya medarbetare, dessa kommer under 2025 – 2026 ha möjlighet att utbilda och specialisera sig inom ECT & anestesi, de besitter redan gedigen erfarenhet inom anestesi.

SFOS har en personalstab, både anestesiläkare och anestesisjuksköterskor, där kombinationen av gedigen erfarenhet och yngre kompetenta medarbetare, är en värdefull resurs.

SFOS har en egen medicinteknisk handläggare. SFOS har 2 st egna kompletta vagnar för anestesi under ECT, utrustning för behov av säkerställande av säker luftväg, sug och övervakning under anestesi.

3.1 Vår organisation



SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

<i>Befattning</i>	<i>Ansvar</i>	<i>Befogenheter</i>
Ledningen Cecilia Lundqvist	Det totala ekonomiska, kvalitativa och praktiska ansvaret för företaget. Ansvar gentemot beställare och kunder. Ta fram miljö- och kvalitetsmål och handlingsplaner samt följa upp dessa tillsammans med ledningsgruppen Utredda problem samt ta fram förslag på korrigerande åtgärder Säkerställa att de processer som krävs för miljö- och kvalitetsarbetet upprättas, införs och underhålls Rapportera miljö, - och kvalitetsarbetets status samt ge förslag på förbättringar till företagsledningen Informera personalen om kundkrav samt hur dessa skall om möjligt uppnås	
Medicinsk ansvarig läkare SFOS Huddinge sjukhus: Bertil Wåglund Nacka sjukhus: Åsa Wallinder	Övergripande medicinskt ansvar för anestesibedömningar inför ECT, medicinska rutiner & PM	Sedvanliga arbetsuppgifter jämte ansvar, för medicinskt ansvarig anestesiläkare.
Internrevisor Lina Segrell Verksamhetsstrateg Norrtälje kommun	Utföra interna revisioner och rapportera resultatet till Miljö- och kvalitetssamordnaren Se till att innehållet i verksamhetsmanualen "Vårt arbetssätt" stämmer överens med verkligheten	Ta del av alla uppgifter inom företaget för att kunna revidera verksamheten
Personalsamordnare Cecilia Lundqvist Susanne Westgärds (Huddinge sjukhus schema)	Personalsamordnare, personaladministration Schemaläggning Utredda problem samt ta fram förslag på korrigerande åtgärder	Schemaläggare ssk Huddinge(S.W)

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

Medicinteknisk samordnare SFOS utrustning Therese Eriksson	Ansvarar för kontroll och inköp av medicinteknisk utrustning för SFOS.	Inköp stäms av med VD

3.2 Kompetenskrav på vår personal

<i>Befattning</i>	<i>Kompetenskrav</i>
Narkosläkare	Leg läkare med specialistkunskap i anestesi. Minst 5 års klinisk erfarenhet eller erfarenhet av anestesi i samband med ECT-behandlingar sedan tidigare
Narkossjuksköterska	Leg sjuksköterska med vidareutbildning i anestesi. Minst 5 år yrkeserfarenhet eller klinisk erfarenhet av anestesi i samband med ECT-behandlingar sedan tidigare
All personal	Grundläggande utbildning i följande: • Vår miljö- och kvalitetspolicy • Vårt miljö- och kvalitetssystem • Roller/ansvar i miljö- och kvalitetssystemet • Kundernas krav • Vår betydande miljöpåverkan • Arbetsmiljö & smittskydd
Ledningen	Kunskap i följande: • ISO 9001 • ISO 14001 • Vårt miljö- och kvalitetssystem • Aktuella miljöförfattningar samt andra krav • Miljökunskaper
Chefsjuksköterska	Kunskap i följande: Leg. sjuksköterska med vidareutbildning i anestesi.
Internrevisor	• Vårt miljö- och kvalitetssystem • Aktuella miljöförfattningar samt andra krav • ISO 9001 • ISO 14001 • Revisionsteknik • Personaladministration

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

3.3 Vårt arbete med kompetensutveckling

Sköld Frisk- & Sjukvård ska ha de mest kompetenta medarbetarna inom sitt verksamhetsområde. Hög medicinsk kompetens och personlig lämplighet.

Samtliga anställda ska lämna in betyg och legitimation när de anställs eller kontrakteras. Personalens legitimation kontrolleras vid nyanställning samt vart annat år gentemot IVO's register över legitimerad personal.

På ledningens genomgång diskuteras resultatet av genomgångna utbildningar och nästa års utbildningsinsatser.

Vartannat år kallas all personal till internutbildning.

Personalakten sparas under anställningstiden och 1 år efter avslutad anställning.

Vår hemsida är nu väl utbyggd med alla våra styrdokument, arbetsbeskrivningar & kontaktlistor. Hemsidan besöks flitigt av vår personal.

www.skoldfriskosjukvard.se

3.4 Introduktion av nyanställd personal

VD eller chefssjuksköterska introducerar ny personal. Introduktion varierar efter behov och tidigare erfarenheter. Till sin hjälp används Checklista nyanställd personal, dokument finns på

- Hemsidan ”**SFOS ledning**”.

3.5 Konsultsamtal/ undersökning

Anställda & konsulter besvarar en enkät 1g/år. Resultatet av denna går igenom på ledningens genomgång, dokumentet finns på

- Hemsidan ”**Redovisande dokument: verksamhet – kvalitet – miljö**”

3.6 Förbättringsarbete

SFOS tagit fram en redovisning för förbättringsarbeten i dokumentet Förbättrings-arbete SFOS. I denna kommer förbättringsarbeten hanteras löpande under året, för att sedan redovisa resultaten under ledningsgenomgång, dokumentet finns på

- Hemsidan ”**Redovisande dokument: verksamhet – kvalitet - miljö**”

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

3.7 Redovisande dokument (personal och kompetensutveckling)

<i>Dokument</i>	<i>Förvaringsplats</i>	<i>Ansvarig</i>	<i>Arkiveringstid</i>
Utbildning & kompetens	Personalakt/ pärm	VD/Chefs-ssk	Under anställningstid
Introduktion av ny personal	Personalakt/pärm	VD/Chefs.ssk	Under anställningstid
Anteckningar konsultsamtal	Personalakt/pärm	VD/Chefs.ssk	Under anställningstid
Avvikelser	Personalakt/pärm	VD/Chefs.ssk	5 år
Sekretessförbindelser	Personalakt/pärm	VD/Chefs.ssk	Under anställningstiden
Förbättrings-mall SFOS	www.sköldsfriskosjukvard.se Redovisande dokument	Chefs-ssk	Löpande, resultat redovisas vid ledningens genomgång.

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

4 Kommunikation

Vår planlagda regelbundna kommunikation finns under **11 planläggning av verksamheten**.

Vår interna kommunikation är:

- Ny hemsida / plattform där våra gemensamma dokument, rutiner, schema och kontaktuppgifter till kollegor och mottagningarna finns tillgängliga
- Gemensamma personalmöten med träffar för läkare & sjuksköterskor, utöver personalmöte i respektive grupp.

4.1 Daglig & vecko-kommunikation respektive mottagning

<i>Kommunikationsväg</i>	<i>Ansvarig</i>	<i>Vad som skall avhandlas Redovisas / förvaras</i>	<i>Hur ofta</i>
Morgonmöte resp mottagning	Ansv.ssk	Dagens arbete, flöde.	Vid varje arbetsdags start
Anestesikonsultation utanför mottagningens öppettider samt vid högriskpatienter	Medicinskt ansvarig anestesiläkare på respektive enhet	Lämplig anestesi, eller avrådan från anestesi, vid högriskpatienter. Ev konsult rådgivning av annan specialitet innan anestesi, samt kontakt med narkosläkare vid anestesi i annan lokal med högre medicinsk säkerhet, ex centraloperation.	Vid behov
Veckomöte resp mottagning & ledning. Oftast digitalt möte	Chefs-ssk	Huddinge: v.a.v Onsdag (Nacka; v.a.v Onsdag)	Varannan vecka

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

4.2 Extern kommunikation

:

<i>Intressent</i>	<i>Ansvarig befattning</i>
Kunder	VD/ medicinskt ansvariga läkare / chefs.ssk
Leverantörer	VD/ chefs.ssk
Myndigheter	VD/Chefs.ssk
Massmedia	VD, ingen kontakt, hänvisar till kundkontakt på vårdenhet
Certifieringsbolag	Ledningen

4.3 Dokumentation av vårt miljöarbete

Vi har beslutat att kommunicera vårt miljöarbete genom information på vår hemsida att vi är ISO-certifierade. Detaljerad information om aktuellt miljöarbete och fokusområde finns i detta dokument samt i miljöaspekt-registret.

Synpunkter från externa intressenter

Vi tar emot klagomål eller andra synpunkter, med risk för vårdskada eller betydande miljöaspekter, tas emot genom vår blankett för avvikelser.

Blankett för avvikelserapport finns på hemsidan ”**SFOS ledning**”

Åsikter och synpunkter, utan risk för vårdskada eller betydande miljörisk kan även kommuniceras via SFOS förbättringsmodell, som finns tillgänglig på båda enheterna och samlas in för analys löpande. Resultatet går igenom på ledningens genomgång.

Ifyllda rapporter på avvikelser, sparas i företagspärm hos chefs.ssk. Avvikelse som lett fram till ny rutin redovisas på hemsidan som nytt PM eller rutin i aktuellt ämne.

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

5 Försäljning/anbud

5.1 Marknadsföring

Obefintlig, men en hemsida finns. Uppdragen erhålls genom anbudsförfrågningar.

5.2 Anbudshantering

VD ansvarar för att ta fram anbudsunderlag, bevaka dessa samt skriva avtal. detta. Anbuden och avtal är dels sparade i pappersform, dels inskannade. Under 2025 - 2026 kommer ett dokument utarbetas för att säkerställa och effektivisera informationsflödet vid nya upphandlingar. Redovisas på hemsidan **"SFOS ledning"** när det är klart.

5.3 Ändringar i order

VD ansvarar för ändring av avtal. VD eller chefs-ssk ansvarar för att informationen når till berörd personal.

5.4 Mallar

Prislista finns i respektive avtal. Prisjustering enligt AKI sker årligen.

5.5 Redovisande dokument (försäljning)

<i>Dokument</i>	<i>Förvaringsplats</i>	<i>Ansvarig</i>	<i>Arkiveringstid</i>
Uteliggande anbud offerter	Företagspärm	VD	10 år
Antagna avtal	Företagspärm	VD	Avtalstiden+10 år

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

6 Inköp

Vid inköp skall i första hand miljöalternativ väljas, dvs. miljömärkta/energisnåla produkter eller alternativ som klassas som miljöalternativ (t ex miljöbilar).

Vi väljer alltid miljömärkta, energisnåla och ergonomiska alternativ när det är tekniskt möjligt och ekonomiskt rimligt.

VD har det övergripande ansvaret för inköp.

6.1 Våra inköpsrutiner

Inköp av förbrukningsvaror

Chefs-ssk ansvarar för inköp av förbrukningsvaror.

I möjligaste mån. kommunicerar vi inom företaget via möten, mail och telefon. Vid möten skickas agenda och mötesprotokoll ut via delade dokument, via dator. Där papperskopior är nödvändigt används genomgående svanenmärkt papper.

Förbrukningsmaterial såsom toner används påfyllningsbara, som returneras till leverantören för påfyllning/utbyte.

VD ansvarar för inköp av tjänstebilar och tjänsteresor.

Miljöbästa val vid inköp av fordon ska alltid övervägas. Sedan 2022 används 100% elbil för SFOS lednings resor. resor. Kollektiva färdmedel prioriteras vid tjänsteresor. Flygresor ska enbart användas för längre resor > 50 mil.

6.2 Redovisande dokument

Antagna anbud och inköp finns i Företagspärmen.

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

7 Kliniskt arbete

- Vi arbetar aktivt för att förbättra och effektivisera vår verksamhet genom kontinuerliga genomgångar med beställare (mottagningarna) och personal. Genomgångar av ev. avvikelserapporter och inkomna synpunkter, samt årliga kunduppföljning.
- PM & rutiner i vårdarbetet finns på www.sköldsfriskosjukvård.se ”Pm & Rutiner”
- Arbetsbeskrivning för anestesi finns på www.sköldsfriskosjukvård.se ”ECT-ane i praktiken”

7.1 Bemanning SFOS personal respektive ECT—mottagning

Ane-läkare Huddinge ECT-mott	Ane-läkare Nacka ECT-mott
Medicinskt ansvarig läkare: Tjänstgörande läkare	Medicinskt ansvarig läkare: Tjänstgörande läkare
Narkosläkare: Bertil Wåglund Peter Lindvall Anders Stam Johan UUsijärvi Åsa Wallinder Pelle Conradi Carl Noré Nyköping	Narkosläkare: Åsa Wallinder Henrik Lundvall Pelle Conradi Emil Nilvebrant Johan Uusijärvi Bertil Wåglund

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

Ane-ssk Huddinge ECT-mott	Ane-ssk Nacka sjukhus ECT-mott
Chefs-ssk: Cecilia Lundqvist	Chefs-ssk: Cecilia Lundqvist
Narkos-ssk: Susanne Westgärds Mia Palm Karin ström Olav Reppert Anna-Carin Olsberg Cecilia Lundqvist Maryam Hosseini Magdalena Wårdh	Narkos-ssk: Cecilia Lundqvist Emma Ekblom Maryam Hosseini Magdalena Wårdh Olav Reppert ACO Olsberg

7.2 Kliniskt arbetet på Ect-mottagningarna

VD/Chefs.ssk ansvarar för att lokala instruktioner för Sköld's frisk- & sjukvårdspersonal finns tillgänglig alla medarbetare via www.skoldsfriskosjukvard.se

I övrigt bedrivs arbetet utifrån lokala rutiner och instruktioner på respektive arbetsplats.

Beställaren tillhandahåller utrustning och läkemedel.

SFOS har 2 st anestesipelare med Berner-ventil, sug, och rotameterar för O2 & luft (N2O vb) och intubationsutrustning. Den ena av dessa används på Danderyds ECT-mottagning.

Journalföring sker under arbetet enligt gällande lagstiftning.

Arbetet med våra ECT-patienter bygger på ett nära samarbete med psykiatri-klinikens personal. Vi arbetar på ett "gränsöverskridande" sätt, där vi hjälper varandra med de arbetsuppgifter vi kan för att underlätta ett lugnt och smidigt flöde i arbetet.

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

7.2.1 Dagliga rutiner

- Pm för respektive personalkategori finns under www.sköldsfriskosjukvård.se -> Pm & Rutiner -> "Dagliga rutiner & arbete på ECT-mottagning"
- Checklista ska användas, för att signera akut-lm & att hjärtstartares funktion har kontrollerats, samt dagligen ange hur många patienter som behandlats. Aktuell checklista finns i pärm på enheten, originaldokument finns i mappen: www.sköldsfriskosjukvård.se -> PM & Rutiner -> "Checklista"

7.3 Spårbarhet

Spårbarhet sker genom journalsystemet på respektive sjukhus.

Internt sker spårbarheten genom schemaläggningen.

<i>Krav i ISO 9001:2015</i>	<i>Orsak till friskrivning</i>
7.6 Behandling av kalibrerings- och mätutrustning	Vi omfattas inte av detta avsnitt då vi inte hanterar någon kalibrerings- eller mätutrustning

7.4 Avfallshantering

Avfallshanteringen sker efter respektive sjukhusrutiner. Vår personal skall följa lokala rutiner för källsortering & läkemedelshantering.

7.5 Brand

Om arbetet utförs på ett sjukhus så ansvarar fastighetsägaren/verksamhets ägaren för brandskyddet i lokalerna.

Brandövningar arrangeras vid behov utifrån kunden/beställarens krav. För att förebygga brand släcks, om möjligt, all elektronisk utrustning efter dagens slut.

Om brand ändå skulle inträffa skall följande direktiv följas;

1. Varna
2. Larma
3. Släck

7.6 Nyckelhantering och inbrottsskydd

Fastighetsägaren/verksamhetsägaren ansvarar för nyckelhanteringen och larmskyddet på respektive arbetsplats. Samtliga mottagningar är utrustade med passerkortets-läsare, all SFOS personal skall ha passerkort med tillgång till nödvändiga lokaler.

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

7.7 Redovisande dokument (kliniskt arbete)

Dokument	Förvaringsplats	Ansvarig	Arkiveringstid
Journalanteckningar	• Resp. arbetsplatsjournalssystem samt • Ane-journal i "ECT administration" I Take Care. <i>(Original i mapp: <u>2020 styrande dokument – "ECT journal"</u> molntjänst)</i>	Resp. medarbetare	Enligt sjukhusets rutiner
Preanestesibedömn.	• Respektive journal, Take Care.	Narkosläkare	Enligt sjukhusets rutiner
Personal	• Schema • Checklista	Narkos-ssk	1 år

8 Uppföljning av verksamhetssystemet

Sköld's frisk- & sjukvård arbetar med att aktivt och kontinuerligt försöka förbättra vår verksamhet genom årliga konsultsamtal, kundundersökning till respektive ECT-enhet samt löpande förbättringsarbete efter gemensamma förslag.

Årligen sker internrevision för kontroll efterlevnad av ledningssystemet.

Årligen sker extern revision av ledningssystemet med kontroll mot ISO 9001:2015 och 14001:2015

8.1 Avvikelser, tillbud, förbättringar och reklamationer

Tillbud och avvikelser vilket kan påverka kvalitén på våra tjänster eller på yttre miljön, skall rapporteras på [Avvikelserrapport](#). Även inkomna klagomål och förbättringsförslag ska rapporteras in på denna blankett eller via förbättrings mallen på respektive mottagning.

Rapporteringen skall göras av berörd personal, alt VD eller chefs.ssk. Inkomna avvikelser går igenom av ledningen med berörd personal. VD eller chefs.ssk ansvarar för ev. nya åtgärder eller annan uppföljning efter avvikelserrapportering, de samma ansvarar för att berörd personal informeras.

Sköld's frisk- & sjukvårdspersonal kan även bli berörd av sjukhusens avvikelshanteringssystem. Sköld frisk- och sjukvård skall vara enhetens personal behjälplig med information i sådana fall. Sköld's frisk- & sjukvård har ingen egen access till sjukhusens avvikelserapportering.

Avvikelserna bör hanteras inom 4 veckor från det inträffade.

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

8.2 Interna revisioner

Ledningen anlitar extern internrevisor som ansvarar för att internrevision utförs enligt revisionsplan.

Interna revisioner skall genomföras varje år. Internrevisionen redovisas i företagspärm.

Revision sker genom att handboken kontrolleras mot standarden ISO 9001 och ISO 14001, samt för att kontrollera att åtagandena i handboken efterlevs. Eventuella avvikelser dokumenteras i dokumentet.

Avvikelseerna bör hanteras inom 4 veckor från revisions-tillfället. Ändringar av rutiner ändras vartefter ny, säkrare rutin utvärderats och etablerats. Detta följs upp vid veckomöten och vid internrevision.

8.3 Externa revisioner

Externa revisioner genomförs enligt avtalet med certifieringsorganet. Extern revision innebär att en utomstående revisor kommer och granskar hur vi uppfyller kraven i ISO 9001 och 14001 samt att vi genomför det vi har åtagit oss i vårt miljö- och kvalitetssystem. Avvikelseerna från de externa revisionerna skall åtgärdas inom föreskriven tid, enligt avtalet med certifieringsorganet. Ledningen ansvarar för att vidta och följa upp korrigerande åtgärder samt att rapportera resultatet vid ledningens genomgång.

8.4 Kunduppföljning

En gång per år delas kundenkäten ut på plats till respektive enhetschef. Frågorna poängsätts och poäng < 2p kräver analys -åtgärd -redovisning.

2025-2026 skall även en medarbetarenkät skickas ut till konsulter som arbetar för SFOS.

Resultaten sammanställs och tas upp på Ledningens genomgång. Personalen informeras om resultatet på årliga utbildningar/träffar & via hemsidan **"protokoll personalmöten"**

8.5 Redovisande dokument

- Internrevision 1g/år. Redovisas: Företagspärm
- Externrevision 1g/år. Redovisas: Företagspärm
- Kunduppföljning 1g/år. Redovisas: Företagspärm
- Felrapporter / Avvikleser. Arkiveras i Företagspärm
- Förbättringsåtgärder / åtgärder publiceras www.sköldsfriskosjukvård.se -> Pm & Rutiner" -> "kvalite"

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

9 Dokumentstyrning

God struktur och ordning på Sköld's frisk- & sjukvårds dokument inom företaget för att säkerställa att relevant dokumentation/information finns lättillgänglig och bevaras på ett korrekt sätt.

9.1 Styrning av dokumenten i verksamhetssystemet

Ledningen	Granskar, tar fram nya eller ändrar i gamla rutiner. Granskningen omfattar genomgång av att rutinen uppfyller kraven i ISO 9001 14001. Ansvarar även för att rätt utgåva finns tillgänglig för all personal.
VD/Chefssjuksköterska	Granskar att framtagna rutiner kan tillämpas praktiskt och är tillämplig samt att eventuella medföljande resursbehov kan tillgodoses. Godkänner även dokumenten.

9.2 PM & Dokument tillhörande SFOS

Identitet på ingående styrande rutiner i verksamhetshandboken utgörs av det sidhuvud/sidfot som finns i dokumenten. Alla SFOS pm & rutiner skall ha SFOS logotype på sidhuvud, samt datum dokumentet gäller from, samt vem som tagit fram det och vem som godkänt dokumentet.

9.3 Distribution av verksamhets handbokens dokument

Handbok	Förvaringsplats	Ansvarig
Senaste upplaga av verksamhetsmanual SFOS	www.sköldsfriskosjukvård.se	VD/ Chefs. ssk
Pm & rutiner för daglig verksamhet	www.sköldsfriskosjukvård.se	VD/ Chefs.ssk

Ändringar i verksamhetshandboken "Vårt arbetssätt"

Ändrat dokument får nytt utgåva-nummer. År 2024-2025 är utgåva no.14

Ändringar skall kommuniceras med berörd personal, via tillgång till dokumenten via www.sköldsfriskosjukvård.se

SFOS

Verksamhetsmanual

No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

9.4 Redovisande dokument

Redovisande dokument är dokument som uppstår som ett resultat av att verksamhetssystemet är aktivt och infört i företaget, t ex revisionsrapporter, protokoll från ledningens genomgång etc.

Hur vi hanterar redovisande dokument, dvs. förvaring, ansvarig och arkiveringstid, anges i respektive rutinbeskrivning. Ansvarig för respektive redovisande dokument ansvarar även för gallringen av dessa dokument.

Företagsledningen ansvarar för att bestämma arkiveringstiden för de olika redovisande dokumenten.

Aktuella redovisande dokument finns i Molntjänst Onedrive SFOS [2022-2023 Redovisande dokument](#) och www.sköldsfriskosjukvård.se

10 Förebyggande åtgärder

För att förebygga problem som kan påverka vår verksamhet, arbetar vi systematiskt med att;

- Kartlägga de risker som finns ur anestesilogisk kvalitets- & miljösynpunkt
- Genomgång, analys & åtgärd vid ev felrapporter eller avvikelser.
- Vidtar förebyggande åtgärder för att minimera riskerna
- Tillhandahåller rutiner för hur vi skall agera om det trots allt händer

10.1 Redovisande dokument förebyggande åtgärd

Dokument "förbättringsförslag" skall finnas på respektive enhet, (sitter längst fram i SFOS rutin-pärm) för att på enkelt sätt skriva ner förbättringsförslag på det dagliga arbetet. Kan fyllas i av ECT-enhetens personal eller SFOS personal.

- I de fall förbättringsförslaget landar i en ny rutin, presenteras den på www.sköldsfriskosjukvård.se -> "Nyheter" samt i "Pm & Rutiner"

SFOS
Verksamhetsmanual
No. 15

Framtagen av:
Cecilia Lundqvist

Godkänd av:
Cecilia Lundqvist

Gäller from -tom:
Nov 2025 – Nov 2026

11 Planering av verksamhetens arbete

Aktivitet ☐	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Ledningens genomgång										X		
Konsultsamtal (för konsulter arbetande >15%)								X				
Uppdatering lagregister löpande via Notisum												
Uppdatering miljö-aspektregister										X		
Externrevision												X
Interna revision				X								
Uppföljning miljö-/kvalitetsmål				X								
Kunduppföljningar									X			
Sjusköterskemöte	X								X			
Läkarmöte	X								X			
personalmöte	X								X			