

9.2 Intern miljörevision

Sammanfattning

Intern miljörevision syftar till att granska att miljöledningssystemet fungerar enligt kraven i ISO-standard 14001:2015 och att miljöarbetet leder till förbättringar i miljöprestanda.

Bakgrund

Södra Älvsborgs Sjukhus ska med planerade intervall genomföra interna revisioner för att få information om verksamheten följer rutiner och riktlinjer. Detta är för att säkerställa lagefterlevnad, identifiera avvikelser och förbättringsförslag, sprida kunskap, skapa medvetenhet och bidra till att utveckla verksamhetens miljöarbete.

Förutsättningar

Sjukhusledningen ansvarar för att miljöledningssystemet och dess prestanda följs upp årligen. Resultatet från interna miljörevisionen redovisas vid Ledningens genomgång och sjukhusledningen kan då lämna synpunkter på revisionsprogrammets omfattning och inriktning.

Verksamhetschef säkerställer att tid och resurser avsätts för att planera, genomföra och följa upp revision. Enhetschef har kunskap och kompetens utifrån ansvar inom miljöarbetet och

riktlinjer och rutiner i ledningssystemet. Alla har ett ansvar att bidra till en god stämning och ett gott bemötande. Miljö- och kemikalieombud har kunskap och kompetens om verksamhetens praktiska miljöarbete.

Hållbarhetsenheten ansvarar för att revisionsprogram upprättas, att internrevisionerna genomförs och att säkerställer att uppkomna avvikelser åtgärdas.

Genomförande

Den interna miljörevisionen ska ge underlag för ständig förbättring samt följa upp att verksamheten:

- Efterlever miljölagar och andra miljökrav
- Arbetar strukturerat och målinriktat med de betydande miljöaspekterna
- Arbetar så att miljömål i verksamhetsplan och Hållbarhetsmålen 2030 uppnås
- Följer fastställda rutiner och instruktioner
- Att miljöronder genomförs och uppkomna avvikelser åtgärdas
- Att miljöfrågorna är aktuella och kommuniceras

Revisionen leds av en miljörevisor som ska vara oberoende av den verksamhet som granskas. Det innebär att revisorn inte organisatoriskt eller funktionellt ska tillhöra den arbetsplats som revideras.

Revisionsledarens uppdrag är att; ansvara för planering och samordning av revisionen, intervjua och sammanställa resultat samt skicka ut revisionsrapport till verksamheten.

Revisionsledaren skickar ut en uppföljande enkät för utvärdering av revisionen och rapporterar revisionsresultat till ledningen.

Till sin hjälp har revisionsledaren en internrevisor som deltar i planering, intervjuar, observerar och sammanställer dokumentation till revisionsrapport. Internrevisorn deltar också i arbetet med att följa upp avvikelser och utvärdera revisionen.

Revisionsprogram och revisionsplan uppdateras för varje revisionsomgång. Hela sjukhuset ska revideras under en treårsperiod och för att göra detta genomförs revisionerna på verksamhetsområdesnivå. Till grund för internrevision ligger resultaten av miljöronderna som görs årligen på enhetsnivå.

Arbetsgång vid revision

- Översyn av internrevisionsprogram. Inbjudan till verksamheter som ska revideras skickas ut senast 8 veckor före revision.
- Revision utförs på verksamhetsområdesnivå med stickprovsrepresentanter. Revisionsformen är antingen digital, platsbesök eller skrivbordsrevision där ca två timmar är avsatt för varje revisionstillfälle.
- Platsbesök genomförs hos verksamheter som inte rapporterat in miljöronder eller har avvikande resultat i miljöronderna.
- Dokumentation från inledande möte sammanfattas och revisionsrapport upprättas.
- Resultat kommuniceras med åtgärdsplaner och förslag till förbättringar (Stor avvikelse, Liten avvikelse, Notering avvikelse)
- Mall för svar på avvikelse skickas med till VO-chef. Svar ska rapporteras tillbaka inom en månad.
- Både revisionsrapport och åtgärdade avvikelser sparas som allmän handling i SharePoint.
- Utvärdering skickas till deltagare på revision för att kunna utveckla och förbättra revisionerna
- Den interna miljörevisionen följs upp vid ledningens genomgång

Redovisande dokument

1. Revisionsprogram/revisionsplan
2. Revisionsrapporter
3. Avvikelse rapporter från intern miljörevision
4. Upprättade handlingsplaner för genomförda åtgärder efter avvikelse

Uppföljning

I samband med årlig revision och vid ledningens genomgång.

Resultatet av genomförda revisioner sammanfattas minst en gång årligen vid ledningens genomgång. Sjukhusledningen beslutar då om övergripande åtgärder om så behövs.

Referensförteckning

1. Ledningens genomgång

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Julia Axengren, (julax5), Strateg

Granskad av: Julia Axengren, (julax5), Strateg

Godkänd av: Henrik Hermansson, (henhe), Administrativ chef

Dokument-ID: SAS9613-1190749860-102

Version: 7.0

Giltig från: 2025-05-28

Giltig till: 2027-05-28