Gäller för: Skaraborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Sigmar Gericke, (sigge1), Miljöstrateg
Granskad av: Carina Broman, (carbr13), Enhetschef
Godkänd av: Stellan Ahlström, (steah), Sjukhusdirektör

Giltig från: 2026-07-20
Giltig till: 2028-06-26

Intern miljörevision - vägledning

Förändringar sedan föregående version

Förtydligande om avvikelsehantering.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version 1
Innehållsförteckning 1
Syfte 1
Ansvar 1
Genomförande 2
Styrande dokument 4
Redovisande dokument 4
Hänvisningar 4

Syfte

Revisionen syftar till att kontrollera att miljöarbetet fungerar utifrån kraven i ISO 14001:2015 och att hitta möjliga förbättringar i miljöarbetet.

Ansvar

Sjukhusdirektören

Ansvarar för att det finns internrevisionsplaner (internrevisionsprogram) samt för att de blir genomförda.

Linjeansvar

Verksamhetschef samt chef för sjukhusgemensamma staben ansvarar för att tid och resurser avsätts för att planera, genomföra och följa upp internrevisionen.

Revisionsledaren

Ansvarar för att

- Revisionsplan/program upprättas för den aktuella revisionen
- Leda, genomföra samt rapportera resultatet av miljörevisionen

Uppdraget som revisionsledare kan innehas av miljöfunktionen alternativt kan miljöfunktionen stödja revisionsledaren i ovan arbete. Till sin hjälp kan revisionsledaren ha miljörevisorer.

Miljöfunktionen

Ansvarar för att

- Internrevisonsplaner/program tas fram
- Kommunicera identifierade revisionsavvikelser inom förvaltningen och följa upp att avvikelser åtgärdas
- Bedöma om avvikelser kan beröra andra förvaltningar och i sådant fall informera dessa eller Hållbarhetsavdelningen/Koncernkontoret om avvikelserna är av regionövergripande karaktär

Genomförande

Den interna miljörevisionen ska ge underlag för ständig förbättring samt följa upp i vilken grad verksamheten:

- Efterlever kraven i ISO 14001:2015
- Efterlever miljölagar och andra miljökrav
- Arbetar strukturerat och målinriktat med de betydande miljöaspekterna
- Bidrar till uppfyllelse av SkaS miljömål och VGR:s Hållbarhetsmål 2030
- Följer fastställda rutiner och instruktioner

Revisionslag

Intern miljörevision utförs av ett revisionslag bestående av revisionsledaren och miljörevisorer om sådana finns utsedda.

- Revisionsledaren ska ha genomfört revisioner tidigare och ha genomgått utbildning i revisionsteknik, eller ha motsvarande kompetens
- Miljörevisorer ska ha genomgått utbildning i revisionsteknik eller ha motsvarande kompetens
- Revisionsledaren och miljörevisorer ska vara oberoende av den verksamhet som granskas. Det innebär att dessa inte organisatoriskt eller funktionellt ska tillhöra den arbetsplats som revideras

Revisionsplanering

- Intern miljörevision ska göras enligt en treårsplan
- Varje enhet ska revideras minst en gång under treårsperioden. Verksamhetschef och chef för sjukhusgemensamma staben utser vilka enheter som ska revideras respektive år. Lämplig fördelning är ca en tredjedel av enheterna per år
- Alla kapitelkrav i ISO 14001:2015 ska kontrolleras varje år

Genomförande av revision

- Inbjudan till verksamheter som ska revideras skickas ut med god framförhållning
- Möten hålls där revisionslaget genomför intervjuer
- Platsbesök med rundvandring görs på utvalda enheter (stickprov)
- En sammanfattning av revisionsresultatet redovisas muntligen vid revisionstillfället. Därefter sammanställs en skriftlig revisionsrapport med avvikelser som kommuniceras med den reviderade verksamheten
- Revisionsrapporter hanteras enligt SkaS informationshanteringsplan

Åtgärdande av avvikelser

- Revisionsledaren skickar avvikelsen till berörd chef i MedControl Pro. Ledningen för den reviderade verksamheten hanterar avvikelserna enligt SkaS-gemensam rutin för avvikelsehantering
- Revisionsledaren eller miljöfunktionen följer upp att avvikelserna åtgärdas
- Revisionsledaren eller miljöfunktionen släcker avvikelsen när den bedöms åtgärdad och informerar berörd verksamhet

Uppföljning och beslut vid ledningens genomgång

Resultatet av genomförda revisioner sammanfattas minst en gång årligen vid ledningens genomgång. Sjukhusledningen beslutar då om övergripande åtgärder om så behövs. Vidare kan resultatet ligga till grund för kommande revisionsplan.

Styrande dokument

- Beslut från ledningens genomgång

Redovisande dokument

- Revisionsplan/program
- Revisionsrapporter från internrevisionen

Hänvisningar

- Mall för revisionsplan/program

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Sigmar Gericke, (sigge1), Miljöstrateg

Granskad av: Carina Broman, (carbr13), Enhetschef

Godkänd av: Stellan Ahlström, (steah), Sjukhusdirektör

Dokument-ID: SKAS9730-1455443510-239

Version: 2.0

Giltig från: 2026-07-20

Giltig till: 2028-06-26