

Revisionsrapport intern miljörevision

Syfte

Revisionen syftar till att utvärdera om verksamheten arbetar enligt SU:s miljöledningssystem och miljöledningsstandarden ISO 14001:2015. Revisionen utförs även i syfte att hitta förbättringsmöjligheter i verksamheten samt att utvärdera om miljöledningssystemet är ändamålsenligt och effektivt.

Datum: 2024-05-02

Revisorer: Jenny Ryberg, Rebecca Revelj, Naida Babic Mulic

Närvarande vid revisionen:

Verksamhetsområde	Chef	Miljöombud/kemikalieombud
Neurosjukvård	Åsa Lundgren Nilsson, VC	Torleif Johnson
Neurosjukvård	Mikael Edsbagge, stf VC	
Enheter		
Neuromottagning, Stroke Forum, Neurodagsjukvård	Karin Hallén, EC Ingrid Blankenau, EC	
Avd 133	Nina Lavås Nyqvist, VEC	
Avd 135, Strokeenheten	Eva Lyckfjär, VEC Matilda Errind Arvgård, VEC	
Sektionen för neurologi	Christer Ewaldsson, SC	
Sektionen för neurologi	Annika Nordanstig, SC	
Verksamhetsassistent	Birgitta Von Fieandt	

Revisionsresultat

Revisionen har resulterat i ett antal avvikelser samt observationer. I tabellen nedan redovisas samtliga avvikelser som identifierats under revisionen. Avvikelser som upptäckts på en eller flera enheter ska spridas och åtgärdas på samtliga enheter inom verksamhetsområdet.

Krav ISO 14001	Avvikelse	Åtgärdas senast datum:
7.2	Chefer saknar miljöutbildning riktad till chefer	2024-12-31
8.1	Bristande skyltning och märkning på kärl avd 133, Neuromottagning.	2024-06-30
8.1	Rutiner för hantering av spill saknas (uppdaterade riskbedömningar) avd 133, Neuromottagning	2024-06-30
8.1	Disk- och torkmedel saknar invallning på Neuromottagning.	2024-06-30

Krav ISO 14001	Avvikelse	Åtgärdas senast datum:
8.1	Stickprovskontroll finns ej dokumenterad.	2024-11-31
8.2	SBA finns ej dokumenterad enligt rutin (4 gånger/år).	2024-06-30

Krav ISO 14001	Observation
8.1	Se över mängden brandfarlig vätska i plåtskåp i sköljrummet på avd 133.
9.3	Notera fattade beslut i ledningens genomgång.

Goda exempel	
Enheten för Rehabiliteringsmedicin har köpt in flegångsmuggar i plats som ersätter engångsmuggarna.	

Kommentarer och slutsatser

Allmänt

Inom verksamhetsområde Neurosjukvård arbetar cirka 560 medarbetare. Verksamheten har i uppdrag att ge högspecialiserad-, region- och länssjukvård, diagnostik, behandling och rehabilitering till patienter med sjukdomar i hjärna, ryggmärg, nerver och muskler. I Neurosjukvården ingår neurologi, neurokirurgi, klinisk neurofysiologi, rehabiliteringsmedicin och neurologopedi. De är belägna på Sahlgrenska sjukhuset, Högsbo sjukhus, Östra sjukhuset samt på Drottning Silvias barnsjukhus.

Identifiering och bedömning av miljöaspekter (6.1.2), Miljöpolicy (5.2), Miljömål och handlingsplaner (6.2)

Verksamhetens största miljöpåverkan beror på användning av engångsmaterial. Operationerna som utförs inom verksamheten genererar mycket avfall. Eftersom de inte äger operation, har de svårt att påverka mängden engångsmaterial. Även läkemedel har de identifierat som en miljöpåverkan. Handlingsplanen för 2024 är färdigställd och innehåller många bra mål med tillhörande aktiviteter. Ett mål är att minska antalet engångsprodukter i plast genom att byta till flegångsalternativ, här bör man som aktivitet förtydliga vilka engångsprodukter i plast det gäller samt identifiera vilka gröna alternativ som finns.

Miljöarbetets organisation, ansvar och roller (5.3), Resurser (7.1), Utbildning och identifiering av kompetensbehov – miljö (7.2). Intern och extern kommunikation – miljö (7.4)

Cheferna har kännedom om roller och ansvar. De har tillsatt verksamhetsmiljöombud, enhetsmiljöombud och kemikalieombud. Cheferna känner till Miljöportalen, men önskar att man enklare kan hitta till den på intranätet, men också att man enklare kan navigera i själva portalen. Chefer har genomgått riktad miljöutbildning med några undantag (A). Miljöombud har gått riktad utbildning, men all personal har ännu inte gått Hållbarhetsutbildningen på grund av tidsbrist(A). Det finns en frustration över den tidsåtgång som krävs för att gå utbildningen.

Enhetsombuden har ingen schemalagd tid för miljöarbetet, men får den tid som krävs när behov uppstår. Verksamhetsmiljöombudet önskar mer tid avsatt för miljöarbetet, i nuläget är det svårt att hinna med både ordinarie arbetsuppgifter och miljöarbetet.

APT används som främsta kommunikationskanal för att sprida miljöinformationen. Förutom det skickas aktuell miljöinfo med i verksamhetens veckobrev. Verksamhetsmiljöombudet har även möte med enhetsombuden två gånger om året.

Verksamhetsstyrningsrutiner (8.1)

Avfall

Verksamheten sorterar delvis enligt Sorteringsguiden. Flertalet behållare saknar märkning och skyltning. Märkning av riskavfall bör ske på flera sidor vid risk för att behållaren placeras med fel sida utåt, alternativt att skriva notering om att den bör placeras med märkningen utåt. Skyltning vid några avfallssektioner saknas och vissa behöver uppdateras på Neuromottagningen och avd 133 (bör ses över på hela verksamheten). På avd 133 behöver ett kärl för sugpåsar (risk- smittavfall) i sköljen märkas (A). Revisorerna informerar om att Sahlgrenska kommer att införa Standardiserat avfall hösten 2024. Matavfall sorteras på alla enheter, dock fungerar inte hämtningen av matavfall på vissa enheter. På Avd 133 tömmer Regionservice inte matavfallet varför ekonomibiträden sköter den uppgiften.

Energi

Verksamheten har en uppdaterad avstängningslista och kontroller/ronder görs av personalen nattetid. Dokumenterad stickprovskontroll saknas på Neuromottagningen och avd 133 (A). Det förekommer delvis sensorstyrd belysning på enheterna. Revisorerna tipsar om att kontakta områdets miljökoordinator för beställning av sensorer där de saknas. Verksamheten frågar revisorerna om Sahlgrenska har bytt belysning till LED-lampor. Revisorerna tar med frågan.

Kemikalier

Märkning och skyltning av kemikalier är bra. I sköljen på mottagningen behöver diskmedel på hyllplan invallas (A). Samtliga enheter har aktuella förteckningar i KLARA. Dokumenterade riskbedömningar saknas på avd 133 och är ouppdaterade på Neuromottagningen (A). Riskbedömningar behöver uppdateras och göras kända för personalen. Syftet med dessa bör tas upp.

Transporter

Rese- och mötespolicyn är känd bland cheferna. Verksamhetsassistenten beställer resor och stämmer av flygresor med verksamhetschefen. Under 2023 minskade verksamhetens inrikesflyg med 35 % (km) vilket inte riktigt nådde upp till de måltal som de hade satt i handlingsplanen. Digitala möten har ökat sedan pandemin och prioriteras i de fall det är möjligt.

Säkerhetshandboken (8.2)

Brandombud finns på alla enheter. Dock kunde verksamheten (Neuromottagningen och avd 133) inte uppvisa dokumenterade SBA-kontroller (A). Revisorerna påminner om att brandsskyddsansvaret ligger hos cheferna.

Förteckning över styrande och redovisande dokument - miljö (7.5), Förbättringsarbete - Hantering av miljöavvikelse (10.2) Lagefterlevnadskontroll miljö (9.1.2) Ledningens genomgång (9.3)

Verksamheten lagrar dokumentation på en verksamhetsgemensam SharePoint yta.

Verksamhetsmiljöombudet och verksamhetsassistenten hämtar mallar på Miljöportalen för att säkerställa senaste version. Under 2023 registrerades två avvikelser i MedControl relaterade till miljö. Det ena ärendet gällde fraktioner som hade blandats ihop på en sorteringsvagn och det andra gällde att temperaturen i ett medicinskåp hade nått undermåliga temperaturer.

Revisorerna upplever innehållet i ledningens genomgång som gediget och är lätt att följa. Dock saknas tagna beslut noterade i ledningens genomgång.

Att förstå intressenters behov och förväntningar (4.2) Ledarskap och åtagande (5.1) Medvetenhet (7.3)

Verksamheten önskar att det fanns bättre möjligheter till att göra val som är mer miljövänliga. T ex finns ett önskemål om att Miljöteamet och upphandlingsgruppen hade en bättre kommunikation. Idag finns det för få gröna val i Marknadsplatsen. Verksamheten vill också att SU och Regionen lägger fram en tidsplan för sol- och energifångare.

Efter revisionen genomfördes platsbesök på Neuromottagningen och avd 133.