

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Giltig från: 2025-01-28

Innehållsansvar: Maria Karlsson, (marka283), Sektionsledare

Giltig till: 2027-01-27

Granskad av: Eva-Marie Ekman, (evmek1), Kanslichef

Godkänd av: Boubou Hallberg, (bouha1), Sjukhusdirektör

# Intern miljörevision

## Revideringar i denna version

Ändringar i denna version är en förkortning av revisionsperioden för att anpassa till att hela SU omfattas av extern revision på hösten.

Revisionsordningen justerad då miljökoordinator är samma för område 1 och 2 och enligt rutinen ska revisioner av det egna området undvikas.

## Syfte

Interna miljörevisioner utförs för att utvärdera om Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) uppfyller de krav som ställs i SUs miljöledningssystem, om miljöledningssystemet uppfyller kraven i aktuell ISO 14001-standard samt relevant lagstiftning inom miljöområdet. Den interna miljörevisionen syftar också till att hitta möjliga förbättringar i miljöledningssystemet och i miljöarbetet samt synliggöra goda exempel.

## Arbetsbeskrivning

För att kunna planera, genomföra, sammanställa och rapportera resultatet från de interna miljörevisionerna har SU en revisionsgrupp med interna revisorer.

### Revisionsgruppen

Gruppen består av revisionsledare, på SUs miljöavdelning, samt revisorsrepresentanter från områdena och sjukhusgemensam administration. Det är områdets miljökoordinator som är revisorsrepresentant. Revisionsgruppens uppgift är att ta fram revisionsprogram för SU och samordna internrevisionsarbetet.

### Revisor

Revisorns roll är att utföra interna miljörevisioner. Revisorn ska vara oberoende av reviderad verksamhet. Internrevisorer ska ha god

kännedom om SUs miljöledningssystem och genomgått minst en endagsutbildning i miljörevision som miljöavdelningen regelbundet anordnar.

Som ny/oerfaren revisor bör man först erbjudas möjlighet att medverka vid minst två revisioner för att praktiskt öva revisionsmetodik innan man börjar revidera som huvudrevisor.

### Revisionsprogram

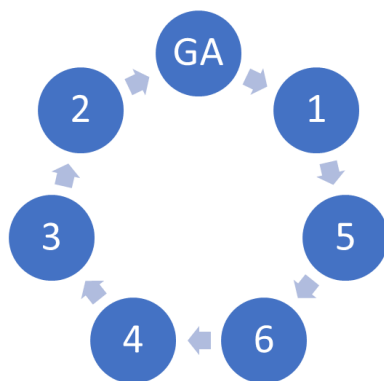
SUs revisorsledare upprättar ett detaljerat revisionsprogram. Alla verksamheter på SU ska revideras, revisionsintervall bestäms av verksamheternas miljöpåverkan och resultat av tidigare revisioner. Revisionsprogrammet beskriver när under revisionsperioden som sjukhusledning, områdeschefer, verksamhetschefer och enhets/avdelningschefer ska revideras. Internrevisionen innefattar samtliga krav i miljöledningsstandarden ISO 14001:2015:

### Revisionsordning 2025

Under 2025 revideras sjukhusledningen, verksamhetschefer, enhetschefer och sektionschefer.

Revisionsperioden är februari till augusti. Då hela SU omfattas av extern revision från hösten 2025 ska revisioner på verksamhetsområden vara genomfört senast 31 maj. SUs internrevisorer reviderar verksamhetschefer, enhetschefer och sektionschefer. Sjukhusledningen revideras av extern part i september.

Revisorerna från område 5 reviderar område 6, revisorerna från område 1 reviderar område 5 och så vidare enligt Figur 1.



Figur 1. Revisionsordning för 2025.

## Revisionsfrekvens

Varje verksamhet ska i sin helhet revideras under en fyraårsperiod. Det innebär att enheterna ska revideras minst vart fjärde år.

## Genomförande

Revisorn ska

- I god tid kontakta berörda chefer på de verksamheter och avdelningar/enheter som ska revideras för att boka tider. Chefen får i sin tur kontakta sitt miljöombud och andra relevanta personer. Verksamheter med respektive enheter ska revideras vid samma tillfälle.
- i samband med tidsbokningen skicka ut information om kommande revision till de verksamheter och avdelningar/enheter som ska besökas
- granska tidigare revisionsrapporter, begära in och granska de övriga dokument som är aktuella för revisionen
- genomföra revision på plats i verksamheten med intervjuer och rundvandring
- redovisa en muntlig sammanfattning av revisionsresultatet vid revisionstillfället
- sammanställa en skriftlig revisionsrapport där avvikelser och observationer samt goda exempel finns beskrivna. Spara rapporten i revisionsgruppens gemensamma SharePoint-yta Miljörevision SU.
- lägg in identifierade avvikelser i MedControl PRO och notera ärendenummer i revisionsrapporten.
- fylla i identifierade avvikelser och observationer i det övergripande Exceldokumentet, notera även här ärendenummer från MedControl PRO.
- skicka slutgiltig revisionsrapport med eventuella avvikelser ifyllda som PDF, till deltagande enhetschefer och verksamhetschef, med kopia till miljöombud, verksamhetsområdets miljöombud och miljökoordinatör på området som reviderats.
- publicera PDF-versionen av rapporten som allmän handling, handlingstyp; 1.5 Revisionsrapport, intern enskild.

På miljöportalen finns flera hjälpmedel för att planera och genomföra revisioner bland annat *revisionschecklista* med aktuella revisionsfrågor.

## Rapportering av resultat och uppföljning

Efter avslutad revision skriver revisorn en samlad revisionsrapport där den reviderade verksamheten och samtliga reviderade enheters

miljöarbete framgår och resultatet av identifierade goda exempel, observationer, avvikelser beskrivs. Det finns en mall som stöd för rapportskrivningen.

### **Goda exempel**

Internrevisionen syftar till att hitta goda exempel som kan spridas mellan verksamheter och enheter.

### **Observation**

Revisorn gör bedömningen att den reviderade verksamheten/enheten kan förbättra miljöarbetet inom ett visst område. Observationen är ett stöd med syfte att ge verksamheten en möjlighet att förbättra sitt miljöarbete.

### **Avvikelse**

Avvikelse ges till verksamhetsområdet. Om samma avvikelse återfinns på flera enheter skriv det som en avvikelse men det är viktigt att i avvikelserna skriva på vilken/vilka enheter den upptäckts på. Exempel:

- Lagöverträdelser, återkommande brister eller avsaknad av hela kravelement/sektioner av standarden eller miljöledningssystemet.
- Brister i efterlevnaden av rutiner eller instruktioner.

Revisionsavvikelse läggs in i Med Control PRO för att kunna sökas ut och visa historik. Revisionsavvikelse läggs också in i den gemensamma SharePoint-ytan Miljörevision SU i ett sammanfattande Exceldokument. Dokumentet utgör underlag för rapportering.

### **Kommunikation av revisionsrapporten**

Revisorn skickar slutgiltig revisionsrapport med eventuella avvikelser, som PDF, till deltagande enhetschefer och verksamhetschef, med kopia till miljöombud, verksamhetsområdets miljöombud och miljökoordinatören på området som reviderats. Verksamhetschefen ansvarar för att resultatet kommuniceras till samtliga anställda vid verksamheten.

Revisorn sparar också revisionsrapporten på den gemensamma SharePoint-ytan Miljörevision SU, i PDF-format som allmän handling enligt Informationshanteringsplanen, dokumenttyp 1.5 Revisionsrapport, intern enskild.

Revisorsrepresentanterna sammanställer en revisionsrapport för det område som områdets revisorer reviderat. Revisorsrepresentanten ska skicka revisionsrapporten till områdeschefen för det reviderade området

samt miljökoordinatör för det området. Områdesrapporten ska också sparas i den gemensamma SharePoint-ytan Miljörevision SU.

Revisionsledaren från miljöavdelningen sammanställer sedan en revisionsrapport för SU som godkänns av miljöstrategen. Miljöstrategen ansvarar för att rapportera resultatet av revisionen till sjukhusledningen senast vid ledningens genomgång. Rapporten diarieförs i enlighet med Informationshanteringsplanen.

### **Hantering av revisionsavvikelser och observationer**

Revisionsavvikelse ska åtgärdas av verksamheten/enheten/avdelningen där avvikelsen identifieras. Avvikelsen ska spridas inom verksamhetsområdet och åtgärdas på samtliga enheter bristen finns även om de ej var med vid revisionen. Revisorn ska ange i revisionsrapporten när åtgärderna ska vara genomförda.

Korrigerande åtgärder ska vara genomförda senast tre månader efter revisionstillfället, om inte revisorn och verksamheten kommit överens om annat.

Miljökoordinatör på det reviderade området ska ta reda på om avvikelserna är åtgärdade och rapporterar detta i det sammanfattande Exceldokumentet för avvikelser som ligger i SharePoint ytan Miljörevision SU.

Observation ska beaktas, men det är upp till verksamhet/enhet/avdelning att avgöra hur de vill hantera dessa.

### **Uppföljning av revision**

Verksamhetschefen ska inom den i rapporten angivna tidsramen återkoppla till sitt områdes miljökoordinatör och visa att de korrigerande åtgärderna har genomförts och haft effekt.

## **Ansvar**

Sjukhusdirektören ansvarar för att

- intern miljörevision genomförs
- rutinen följs
- revisionsprogram fastställs och följs upp
- revisionsledare finns utsedd

Områdescheferna ansvarar för att

- området har tillräckligt många (minst fyra) internrevisorer och att det finns tid avsatt för uppdraget
- revisioner blir genomförda på sina respektive områden
- området har en miljökoordinatör som är revisorsrepresentant

#### Verksamhetscheferna ansvarar för att

- resultatet av revisionerna på verksamheten kommuniceras till samtliga anställda vid verksamheten
- återkoppla till miljökoordinatoren inom den tidsram som anges i revisionsrapporten för sitt område, för att visa på att de korrigerande åtgärderna har utförts och gett önskad effekt

#### Varje chef ansvarar för att

- åtgärda avvikelser som noterats inom den egna verksamheten/enheten enligt tidplan

#### Miljöstrategen ansvarar för att

- följa upp sjukhusövergripande avvikelser inom SU
- bedöma om avvikelserna bör lyftas till miljöavdelningen vid koncernkontoret i Västra Götalandsregionen (om avvikelserna berör regionsövergripande arbete)
- rapportera resultatet av miljörevisionen till sjukhusledningen
- regelbundet anordna utbildningen för internrevisorer

#### Revisionsledaren ansvarar för att

- upprätta revisionsprogram
- leda och rapportera resultatet av miljörevisionen till miljöstrateg
- sammanställa förslag till revisionsrapport för SU.

#### Miljökoordinatorerna ansvarar för att

- utföra uppdraget som revisorsrepresentant
- följa upp identifierade avvikelser inom den tidsram som angivits i revisionsrapporten

#### Revisorsrepresentanterna ansvarar för att

- löpande se till att revisionsprogrammet är uppdaterat med avseende på enheter/verksamheter
- sammanställa en revisionsrapport för det område som områdets revisorer reviderat
- se till att nya revisorer inom området får den handledning de behöver
- se till att listan över interna miljörevisorer uppdateras löpande

## Uppföljning, utvärdering och revision

Rutinen följs upp och utvärderas i samband med internrevision.

Miljöstrategen ansvarar för att rutinen revideras och att aktuell version finns publicerad på intranätet.

Revisionsrapporterna utgör ett av underlagen vid ledningens genomgång på verksamhets-, områdes- och sjukhusnivå.

## Relaterad information

- Revisionschecklista
- Mall revisionsrapport
- Aktuell ISO 14001-standard
- Anvisning för miljörevisorer
- Miljöarbetets organisation, ansvar och roller
- Utbildning och identifiering av kompetensbehov-miljö
- Hantering av miljöavvikelse

## Dokumentation

- Detaljerat revisionsprogram med aktuella verksamheter och chefer samt frekvens för revision. (Excel)
- Revisionsrapporter på verksamhetsnivå, områdesnivå och SU.

## Granskare/arbetsgrupp

Ramona Kiilsgaard, miljösamordnare

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Sahlgrenska Universitetssjukhuset

**Innehållsansvar:** Maria Karlsson, (marka283), Sektionsledare

**Granskad av:** Eva-Marie Ekman, (evmek1), Kanslichef

**Godkänd av:** Boubou Hallberg, (bouha1), Sjukhusdirektör

**Dokument-ID:** SU9771-677637494-73

**Version:** 18.0

**Giltig från:** 2025-01-28

**Giltig till:** 2027-01-27