

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Innehållsansvar: Maria Karlsson, (marka283), Sektionsledare

Godkänd av: Boubou Hallberg, (bouha1), Sjukhusdirektör

Giltig från: 2025-01-27

Giltig till: 2027-01-27

Risکاناليس avseende yttre miljö

Revideringar i denna version

Inga ändringar i denna version.

Syfte

Syftet är att identifiera risker för den yttre miljön till följd av organisationens verksamhet, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser. Miljörisiker definieras i rutinen som faktiska eller potentiella hot med negativa effekter på levande organismer och miljön genom emissioner, avlopp, avfall, resursförbrukning etc.

Arbetsbeskrivning

När riskanalyser genomförs ska miljöpåverkan beaktas. Exempel på faktorer som innebär miljöpåverkan kan vara transporter, avfallshantering, farligt avfall, kemikaliehantering, flytt eller förändringar av befintlig reningsutrustning. Riskanalys kan göras både i befintlig verksamhet och vid förändringar. Vid förändringar ska analysen avse tiden efter förändringen och göras innan förändringen genomförs. Samtidigt görs en kontroll av om förändringen berörs av krav i miljölagstiftningen t.ex. anmälningsplikt, kemikaliehantering eller regler om farligt gods.

Risکاناليس ska genomföras

- vid större verksamhetsförändring t.ex. inför en organisationsförändring,
- vid införande av ny teknik eller när nya metoder tas i bruk,
- när större eller upprepade avvikelser med påverkan på yttre miljö identifieras,

- när situationer med oväntade händelser eller nödlägen uppstår,
- för att identifiera om oväntade händelser eller nödlägen med påverkan på yttre miljö kan uppkomma,
- innan användning av kemikalier som inte tidigare har använts i verksamheten och vid uppdatering och framtagande av ny metodbeskrivning.

Deltagare i analysgruppen ska ha tillräcklig kompetens inom det område som riskanalysen ska genomföras. Miljökompetens ska finnas i analysgruppen. I analysgruppen ska alla personalkategorier som berörs delta. Även andra förvaltningar ska delta om de berörs av förändringen t.ex. via avfallshanteringen.

En analys ska omfatta nedanstående punkter:

1. Initiera riskanalys och utse analysledare
2. Identifiera risker
3. Bedöma sannolikhet för inträffande och riskens allvarlighetsgrad
4. Identifiera orsaker och om möjligt bakomliggande orsaker
5. Utarbeta åtgärdsförslag och metod för uppföljning
6. Skriva slutrapport och upprätta handlingsplan

Bedömning av riskens storlek görs genom att sannolikhet respektive allvarlighetsgrad värderas på en skala från 1 till 4. Först görs en uppskattning av sannolikhet för inträffande för den negativa händelsen och sedan uppskattning av allvarlighetsgrad om den negativa händelsen sker. Sannolikhet och allvarlighetsgrad multipliceras. Alla risker med riskpoäng 8 eller mer ska analyseras vidare. För risker med riskpoäng 1–6 avgör analysteamet. Analysteamet ska noga överväga om det finns skäl att fortsätta analysen även om riskpoängen är låg. Tabellen nedan redovisar de kriterier för sannolikhet respektive allvarlighetsgrad som kan användas. När det gäller bedömningskriterier för sannolikhet får man bestämma vilken av skalorna (tabell 1 eller 2) som man vill använda för riskanalysen. När det gäller bedömningskriterier för allvarlighetsgrad används tabell 1 för konsekvenser på miljön och tabell 2 för konsekvenser med påverkan på människors liv/hälsa. Vid genomförandet av riskanalysen används riskanalyschema för att dokumentera samtliga identifierade risker, orsaker och åtgärder.

Sannolikhet/ Allvarlighetsgrad och konsekvens	Mycket liten (1)	Liten (2)	Stor (3)	Mycket stor (4)
Mindre (1)				
Måttligt (2)				
Betydande (3)				
Katastrofal (4)				

Efter avslutad analys ska svar finnas på hur man omhändertar identifierade risker.

- Vilka åtgärder som ska genomföras
- När åtgärderna ska vara genomförda
- Vem som ansvarar för att åtgärderna genomförs
- Kontroll av att genomförda åtgärder får avsedd effekt

Ansvar

Sjukhusdirektören och sjukhusledning ansvarar för att

- riskanalyser genomförs inom SU
- övergripande åtgärder som behöver göras för att minska risker utförs.

Samtliga chefer ansvarar för att

- genomföra riskanalys i sin verksamhet/organisation
- vidta åtgärder för att eliminera eller reducera risker
- se till att genomförda åtgärder får avsedd effekt.

Uppföljning, utvärdering och revision

Rutinen följs upp i samband med internrevision. Avvikelser från rutin hanteras i MedControl Pro som en miljöavvikelse. Miljöstrategen på SU ansvarar för att rutinen revideras och en aktuell version finns tillgänglig på intranätet.

Relaterad information

[Projektuppdrag, riskanalys](#)

[Slutrapport, liten riskanalys](#)

[Slutrapport, riskanalys](#)

[Riskanalys-schema](#)

Handbok Riskanalys och händelseanalys, SKR

Blankett för riskbedömning av kemikalier och kemiska produkter

Instruktion för riskbedömning av kemikalier och kemiska produkter

ISO-standard 14001:2015

Dokumentation

Rapport från riskanalys

Beslutsprotokoll och handlingsplan

Styrande dokument arkiveras i Sofia STY.

Redovisande dokument ska hanteras enligt dokumenthanteringsplanen.

Granskare/arbetsgrupp

Maria Pettersson, miljösamordnare

Maria Karlsson, miljösamordnare

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Innehållsansvar: Maria Karlsson, (marka283), Sektionsledare

Godkänd av: Boubou Hallberg, (bouha1), Sjukhusdirektör

Dokument-ID: SU9771-677637494-83

Version: 7.0

Giltig från: 2025-01-27

Giltig till: 2027-01-27