CERTIFIERINGSRAPPORT

Region Stockholm

10761651

Bureau Veritas Certification Sverige AB

Recertifieringsrevision / ISO 14001:2015

Denna rapport är konfidentiell och distribution är begränsad till Revisionsteamet, Företaget och Bureau Veritas Certifering's kontor.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 ALLMÄN INFORMATION

1.1 FÖRETAGSINFORMATION

1.2 KONTAKTINFORMATION

2 REVISIONSINFORMATION

2.1 REVISIONSSTANDARDER

2.2 SCOPE

2.3 REVISORER

3 REVISIONSPROCESS

3.1 AVVIKELSERAPPORT

4 REVISIONSSAMMANFATTNING

4.1 SLUTSATSER FRÅN REVISIONEN

4.2 SAMMANFATTNING AV REVISIONSRESULTATET

4.3 LEDNINGSSYTEMETS EFFEKTIVITET

4.4 GODA EXEMPEL

4.5 MÖJLIGHETER TILL FÖRBÄTTRING

4.6 OBSERVATIONER

5 REVISIONSLEDARENS REKOMMENDATION

1 ALLMÄN INFORMATION

1.1 FÖRETAGSINFORMATION

Företagsnamn	Region Stockholm		
Adress	Box 22550		
Stad	Stockholm		
Postnummer	104 22		
Län	-		
Land	Sweden		
Telefon Nr	08 123 144 11	Fax Nr	NA
Kontrakts nr	10761651		

1.2 KONTAKTINFORMATION

Kontaktperson	Christl Kronfeld		
E-postadress	christl.kronfeld@sll.se	Telefon Nr	08 123 144 11

2 REVISIONSINFORMATION

2.1 REVISIONSSTANDARDER

Standard(er)	ISO 14001:2015

2.2 SCOPE

Språk	Standard(er)	Anläggningsnamn	Huvudkontor	Scope text
Engelska	ISO 14001:2015	Region Stockholm	✓	NA
Svenska	ISO 14001:2015	Region Stockholm	✓	Strategiskt och operativt bereda och verkställa politiska beslut, planera, utreda, driva ärenden och projekt, upphandla varor och tjänster, ansvara för landstingets finansiella arbete, vara regionplaneorgan, driva naturbruksgymnasium, beställa hälso- och sjukvård samt tandvård, utbetalning av arvoden, kunskapsspridning, eHälsotjänster, bidra till utveckling av länets kultur, föreningsliv och folkbildning, fördela kulturstöd och bidrag, lotsande stö

Antal anläggningar	10
Antal anställda	1500
Huvudkontor	Region Stockholm

Om detta är en multi-site revision har en bilaga där alla relevanta anläggningar och/eller platser upprättats och bifogas revisionsrapporten.

Revison	Recertifieringsrevision				
Startdatum	2019-05-13	Slutdatum	2019-05-23	Antal Dagar	9

2.3 REVISORER

Revisionsledare	Initialer	Revisor(er)	Initialer
Erik Kutscher	EKU	Nils-Gunnar Danielsson	NDA

3 REVISIONSPROCESS

3.1 AVVIKELSERAPPORT

Avvikelser som specificerats här, skall lösas genom organisationens avvikelseprocess, I enlighet med de (relevanta) korrigerande åtgärderna enligt standardens krav.

Härunder hittar du Bureau Veritas Certification krav för:

- Beräknad tidsåtgång för att åtgärda avvikelser (a)
- Svaret Innehåller (b)

Beräknad tidsåtgång för att åtgärda avvikelser (a)

Korrigerande åtgärder för att åtgärda de större avvikelserna skall utföras omedelbart. Korrigering, grundorsaksanalys och korrigerande handlingsplan tillsammans med tillfredställande dokument som visar resultatet av den införda åtgärdens effekt, skall skickas inom **60 dagar efter revisionens sista dag om inget annat är överenskommet.**

Granskning av avvikelser görs via administrativ genomgång, dock, kan avvikelsens allvarlighetsgrad påverka om revisorn behöver göra ett besök för att säkerställa avvikelsens stängning och ta ställning till rekommendation för certifiering eller förlängning av certifikatets giltighetstid.

För mindre avvikelser skall, korrigerande åtgärd, grundorsaksanalys, korrigerande åtgärds plan godkännas av team leader och verifiering av införande av åtgärd(en) och effekt(en) av korrigerande åtgärd(er) genomförs vid nästa besök.
Det rekommenderas att kunden ger svar så tidigt som möjligt för att ge tid för eventuella ytterligare granskning.
För att säkerställa omcertifieringen tidsramar för avvikelsehantering definieras detta av teamledare för att ta i beaktande implementering/åtgärd före utgångsdatum av certifikat.
Eventuella svar på avvikelser som togs upp kan vara antingen i pappersform eller elektroniskt med hjälp av avvikelser presenterad häri (att föredra) och vidarebefordras till Bureau Veritas Certification.

Förväntad åtgärd innehåll (b)

Organisationens svar på avvikelsen bör granskas av huvudrevisor utifrån tre delar, korrigering, grundorsaksanalys och korrigerande åtgärder.
Vid granskningen av de tre delarna efterfrågan revisorn planen och sedan bevis för att planen genomförs.

Korrigering

1. Omfattningen av avvikelsen har bestämts (avvikelsen har korrigerats och kunden har granskat systemet för att se om det finns andra exempel som måste rättas). Se till att korrigeringen svarar på frågan """"Är detta ett enstaka fall eller inte?"""" Med andra ord """"Finns det en risk att detta kan upprepas på andra plats(er) / avdelning(ar)?""""
2. Om åtgärden inte kan ske omedelbart, skall en plan för att korrigera avvikelsen vara lämplig/ändamålsenlig (med ansvarig och datum definierad).
3. Bevis på att korrigeringen genomfördes eller belägg för att planen genomförs.

Grundorsaksanalys

1. Grundorsaken är inte att upprepa avvikelsen eller den direkta orsaken till problemet.
2. En väl genomtänkt analys för att fastställa den verkliga orsaken: t.ex. att någon inte följer en process skulle vara en direkt orsak, att ta reda på varför någon inte följer en process skulle leda till den verkliga grundorsaken.
3. Grundrsaken måste fokusera på en enda fråga utan att några uppenbara """"varför"""" frågor återstår. Om en """"varför"""" fråga återstår kan detta indikera på att analysen inte gått tillräckligt långt.
4. Se till att den grundläggande orsaken svarar på frågan, """"Vad i systemet misslyckades så att problemet uppstod?""""
5. Att skylla på den anställde kommer inte att accepteras som den enda enda gundorsaken
6. Adressera problem med processen samt vad bevakningen misslyckades

Korrigerande åtgärd

1. Den korrigerande åtgärden eller plan för korrigerande åtgärder behandlar grundorsak(erna) som bestäms i grundorsaksanalysen. Om du inte har definierat ”den sanna” grundorsaken kan du inte hindra problemet från dess upprepning

2. För att acceptera planen skall den innehålla;
- Åtgärder för att ta itu med orsak(er)
- Identifiering av ansvariga parter för de åtgärder och
- Ett plan (med datum) för genomförandet.

- Alltid innehålla en """"förändring""""" i ditt system. Utbildning och / eller publicera ett nyhetsbrev är inte ändringar i systemet

3. För att acceptera bevis för genomförande:
a. Tillräckligt med bevis tillhandahålls för att visa på att korrigerinar genomförs som beskrivs i planen (datum).
b. Obs: Fullt bevis behövs inte för att stänga en avvikelse, vissa bevis kan revideras under kommande revision vid verifiering av korrigerande åtgärder.

Revisionen är baserad på stickprov av den tillhandahållna informationen och metoderna för denna revisionen har varit intervjuer, observationer, besök av aktiviteter och genomgång av dokumentation.

Fylls i av Bureau Veritas

Datum	Organisation	Kontrakts nr	Rapport nr
2019-05-20	Region Stockholm	10761651	14KSMEKU01

Avvikelse observerad under	Huvudrevision
Process	Hållbarhet
Standard(er)	ISO 14001:2015
Delkrav	14K-9.2 Intern revision
Anläggningsnamn	Regionledningskontoret, Region Stockholm

Avvikelse beskrivning av objektiva bevis

1. Standardkrav.: 9.2 Intern revision
2. Beskrivning av avvikelse: Organisationens interna revisioner följer inte helt standardens krav.
3. Objektiva bevis: Det framgår inte av revisionsplanen eller revisionsrapporten mot vilka standardkrav de olika processerna/enheterna revideras mot.

Gradering	Revisionsledare		Revisor		Org. Representant
Mindre	Erik Kutscher		Erik Kutscher		Christl Kronfeld
Genomförs innan					
2019-09-02	EKU	1-17ITH-64	EKU	1-17ITH-64	

Fylls i av organisationen

Grundorsaksanalys (Vad misslyckades i systemet som gav denna avvikelse)

_

.

Korrigering (Vad har gjorts för att lösa detta problem)

_

.

Korrigerande Åtgärd (Vad görs för att problemet inte upprepas)

_

.

Implementering av korrigerande åtgärder	Datum för slutförandet	_
	Organisationens representant	_

Fylls i av Bureau Veritas

Datum för verifiering	Datum	Status	Revisor
		Inväntar Korrigerande Åtgärd	Erik Kutscher
Kommentar			

Fylls i av Bureau Veritas

Datum	Organisation	Kontrakts nr	Rapport nr
2019-05-20	Region Stockholm	10761651	14KSMEKU02

Avvikelse observerad under	Huvudrevision
Process	Hållbarhet
Standard(er)	ISO 14001:2015
Delkrav	14K-10.2 Avvikelse och korrigerande åtgärd
Anläggningsnamn	Regionledningskontoret, Region Stockholm

Avvikelse beskrivning av objektiva bevis

1. Standardkrav.: 10.2 Avvikelse och korrigerande åtgärd
2. Beskrivning av avvikelse: Organisationens hantering av avvikelser och förbättringar följer inte helt standardens krav.
3. Objektiva bevis: Blanketten förbättringsförslag/avvikelser finns men inga eller väldigt få förbättringar eller avvikelser har skickats in eller registrerats d v s det saknas ett fungerande förbättrings- och avvikelsehanteringssystem där orsaksanalyser, korrigeringar samt korrigerande och förebyggande åtgärder hanteras.

Gradering	Revisionsledare		Revisor		Org. Representant
Mindre	Erik Kutscher		Erik Kutscher		Christl Kronfeld
Genomförs innan					
2019-09-02	EKU	1-17ITH-64	EKU	1-17ITH-64	

Fylls i av organisationen

Grundorsaksanalys (Vad misslyckades i systemet som gav denna avvikelse)

_

.

Korrigering (Vad har gjorts för att lösa detta problem)

_

.

Korrigerande Åtgärd (Vad görs för att problemet inte upprepas)

_

.

Implementering av korrigerande åtgärder	Datum för slutförandet	_
	Organisationens representant	_

Fylls i av Bureau Veritas

Datum för verifiering	Datum	Status	Revisor
		Inväntar Korrigerande Åtgärd	Erik Kutscher

Kommentar	

Fylls i av Bureau Veritas

Datum	Organisation	Kontrakts nr	Rapport nr
2019-05-20	Region Stockholm	10761651	14KSMEKU03

Avvikelse observerad under	Huvudrevision
Process	Säkerhet och beredskap
Standard(er)	ISO 14001:2015
Delkrav	14K-8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen
Anläggningsnamn	Regionledningskontoret, Region Stockholm

Avvikelse beskrivning av objektiva bevis

1. Standardkrav.: 8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen
2. Beskrivning av avvikelse: Beredskapen för nödlägen är inte helt effektiv.
3. Objektiva bevis: Brandskyddsrond ska göras varje kvartal men görs inte i den omfattning som det ska enligt den uppföljning som RLK Säkerhet och beredskap gör.

Gradering	Revisionsledare		Revisor		Org. Representant
Mindre	Erik Kutscher		Erik Kutscher		Christl Kronfeld
Genomförs innan					
2019-09-02	EKU	1-17ITH-64	EKU	1-17ITH-64	

Fylls i av organisationen

Grundorsaksanalys (Vad misslyckades i systemet som gav denna avvikelse)

_

.

Korrigering (Vad har gjorts för att lösa detta problem)

_

.

Korrigerande Åtgärd (Vad görs för att problemet inte upprepas)

_

.

Implementering av korrigerande åtgärder	Datum för slutförandet	_
	Organisationens representant	_

Fylls i av Bureau Veritas

Datum för verifiering	Datum	Status	Revisor
		Inväntar Korrigerande Åtgärd	Erik Kutscher
Kommentar			

Fylls i av Bureau Veritas

Datum	Organisation	Kontrakts nr	Rapport nr
2019-05-21	Region Stockholm	10761651	14KSMEKU04

Avvikelse observerad under	Huvudrevision
Process	Regionarkivet
Standard(er)	ISO 14001:2015
Delkrav	14K-6.1.3 Bindande krav
Anläggningsnamn	Kulturförvaltningen, Region Stockholm

Avvikelse beskrivning av objektiva bevis

1. Standardkrav.: 6.1.3 Bindande krav
2. Beskrivning av avvikelse: Organisationens hantering av farligt avfall följer inte de krav som ställs i Avfallsförordningen.
3. Objektiva bevis: Det förs inga noteringar om det farliga avfallet, främst lysrör som lämnas för återvinning. Inte heller något transportdokument skrivs/eller erhålls.

55 § Den som bedriver en yrkesmässig verksamhet där farligt avfall uppkommer ska för varje slag av farligt avfall föra anteckningar om
den mängd avfall som uppkommer årligen, och till vem som avfallet lämnas för vidare hantering.
[S2]Anteckningarna ska föras i kronologisk ordning och bevaras i minst tre år.

Gradering	Revisionsledare		Revisor		Org. Representant
Mindre	Erik Kutscher		Erik Kutscher		Christl Kronfeld
Genomförs innan					
2019-09-02	EKU	1-17ITH-64	EKU	1-17ITH-64	

Fylls i av organisationen

Grundorsaksanalys (Vad misslyckades i systemet som gav denna avvikelse)

_

Korrigering (Vad har gjorts för att lösa detta problem)

_

Korrigerande Åtgärd (Vad görs för att problemet inte upprepas)

_

Implementering av korrigerande åtgärder	Datum för slutförandet	_
	Organisationens representant	_

Fylls i av Bureau Veritas

Datum för verifiering	Datum	Status	Revisor
		Inväntar Korrigerande Åtgärd	Erik Kutscher
Kommentar			

Fylls i av Bureau Veritas

Datum	Organisation	Kontrakts nr	Rapport nr
2019-05-22	Region Stockholm	10761651	14KSMEKU05

Avvikelse observerad under	Huvudrevision
Process	Ledning (Rådet)
Standard(er)	ISO 14001:2015
Delkrav	14K-9.3 Ledningens genomgång
Anläggningsnamn	Region Stockholm

Avvikelse beskrivning av objektiva bevis

1. Standardkrav.: 9.3 Ledningens genomgång
2. Beskrivning av avvikelse: Organisationens genomförande och dokumentation av ledningens genomgång följer inte helt standardens krav.
3. Objektiva bevis: Protokollet från senaste ledningens genomgång saknar flera punkter som ska tas med i enlighet med standardens krav och det brister i slutsatser kring respektive punkt vad Rådet beslutar.

Gradering	Revisionsledare		Revisor		Org. Representant
Mindre	Erik Kutscher		Erik Kutscher		Christl Kronfeld
Genomförs innan					
2019-09-02	EKU	1-17ITH-64	EKU	1-17ITH-64	

Fylls i av organisationen

Grundorsaksanalys (Vad misslyckades i systemet som gav denna avvikelse)

_

.

Korrigering (Vad har gjorts för att lösa detta problem)

_

.

Korrigerande Åtgärd (Vad görs för att problemet inte upprepas)

_

.

Implementering av korrigerande åtgärder	Datum för slutförandet	_
	Organisationens representant	_

Fylls i av Bureau Veritas

Datum för verifiering	Datum	Status	Revisor
		Inväntar Korrigerande Åtgärd	Erik Kutscher

Kommentar	

Fylls i av Bureau Veritas

Datum	Organisation	Kontrakts nr	Rapport nr
2019-05-20	Region Stockholm	10761651	14KSMNDA01

Avvikelse observerad under	Huvudrevision
Process	Upphandling och inköp
Standard(er)	ISO 14001:2015
Delkrav	14K-6.2 Miljömål och planering för att uppnå dem
Anläggningsnamn	Regionledningskontoret, Region Stockholm

Avvikelse beskrivning av objektiva bevis

1. Standardkrav.: 6.2 Miljömål och planering för att uppnå dessa.
2. Beskrivning av avvikelse: Processen för att möjliggöra nedbrytning av miljömålen inom ramen för inköpsprocessen är ej helt effektiv.
3. Objektiva bevis: Detta kan ej förevisas vid revisionen. Mycket är på gång men är ej klart i dagsläget.

Gradering	Revisionsledare		Revisor		Org. Representant
Mindre	Erik Kutscher		Nils-Gunnar Danielsson		Christl Kronfeld
Genomförs innan					
2019-09-02	EKU	1-17ITH-64	NDA	1-17ITH-9	

Fylls i av organisationen

Grundorsaksanalys (Vad misslyckades i systemet som gav denna avvikelse)

_

.

Korrigering (Vad har gjorts för att lösa detta problem)

_

.

Korrigerande Åtgärd (Vad görs för att problemet inte upprepas)

_

.

Implementering av korrigerande åtgärder	Datum för slutförandet	_
	Organisationens representant	_

Fylls i av Bureau Veritas

Datum för verifiering	Datum	Status	Revisor
		Inväntar Korrigerande Åtgärd	Nils-Gunnar Danielsson
Kommentar			

Fylls i av Bureau Veritas

Datum	Organisation	Kontrakts nr	Rapport nr
2019-05-20	Region Stockholm	10761651	14KSMNDA02

Avvikelse observerad under	Huvudrevision
Process	Juridik
Standard(er)	ISO 14001:2015
Delkrav	14K-8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen
Anläggningsnamn	Regionledningskontoret, Region Stockholm

Avvikelse beskrivning av objektiva bevis

1. Standardkrav.: 8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen.
2. Beskrivning av avvikelse: Processen för att säkerställa att brandutrustning hålls aktuell är ej effektivt.
3. Objektiva bevis: Brandsläckare på avdelning Juridik har inte uppdaterats sedan 2017/09. Plan.2 Plan 3 2018/01

Gradering	Revisionsledare		Revisor		Org. Representant
Mindre	Erik Kutscher		Nils-Gunnar Danielsson		Christl Kronfeld
Genomförs innan					
2019-09-02	EKU	1-17ITH-64	NDA	1-17ITH-9	

Fylls i av organisationen

Grundorsaksanalys (Vad misslyckades i systemet som gav denna avvikelse)

_

.

Korrigering (Vad har gjorts för att lösa detta problem)

_

.

Korrigerande Åtgärd (Vad görs för att problemet inte upprepas)

_

.

Implementering av korrigerande åtgärder	Datum för slutförandet	_
	Organisationens representant	_

Fylls i av Bureau Veritas

Datum för verifiering	Datum	Status	Revisor
		Inväntar Korrigerande Åtgärd	Nils-Gunnar Danielsson
Kommentar			

4 REVISIONSSAMMANFATTNING

4.1 SLUTSATSER FRÅN REVISIONEN

Revisionen är baserad på stickprov av den tillhandahållna informationen och metoderna för denna revisionen har varit intervjuer, observationer, besök av aktiviteter och genomgång av dokumentation.

Revisionens mål uppnåddes och revisionen har i princip kunnat göras som planerat utan ändringar i revisionsplanen.
Organisationens ledningssystem anses effektivt för att uppnå organisationens mål och uppfyller alla relevanta intressenters krav enligt reviderad standard utifrån den stickprovsgranskning som genomförts, undantag för de noteringar och avvikelser som har identifierats i rapporten (se obligatoriska revisionsnoteringar).
Observera att en revision är baserad på stickprov och säger däremot inget om tillstånden på de områden som inte omfattas av granskningen.
- Ange om Scopet täcker verksamhetens omfattning och är lämplig för dess syfte och - Ange om revisionens mål uppnåddes, och om revisionen i princip har kunnat göras som planerat utan ändringar i revisionsplanen

- Ange om organisationens ledningssystem anses effektivt för att uppnå organisationens mål och uppfyller alla relevanta intressenters krav enligt reviderade standarder utifrån den stickprovsgranskning som genomförts, undantag för de noteringar och avvikelser som har identifierats i rapporten

- Observera
En revision är baserad på stickprov och säger däremot inget om tillstånden på de områden som inte omfattas av granskningen

4.2 SAMMANFATTNING AV REVISIONSRESULTATET

	Större	Mindre
Antal registrerade avvikelser:	0	7

4.3 LEDNINGSSYTEMETS EFFEKTIVITET

OBLIGATORISK GRANSKNING AV:

1. Ledningssystemets dokumentation: Det gemensamma miljöledningssystemet består av ett stort antal olika dokument och mallar som t ex Miljömanualen och är tillgängligt för alla inom organisationen via intranätet.

2. Effektivitet av genomförande och underhåll: Systemet underhålls och uppdateras kontinuerligt och detta är speciellt intensivt nu genom den organisationsförändring som pågår genom bildandet av Region Stockholm.

3. Förbättring: Arbetar med förbättringar på många områden på lite olika sätt bland annat genom APT (arbetsplatsträffar), enhetsmöten, divisionsmöten och specialistmöten. Det finns även ett system där det finns möjlighet att skriva förbättringsförslag men detta tillämpas endast i mycket begränsad omfattning, se avvikelse.

4. Mål och uppföljning: Miljömålen följs upp regelbundet bland annat i Stratsys.

5. Internrevisionsplanering: Interna revisioner är planerade för perioden 2017-2021 d v s kopplade till Miljöprogrammet och genomförs inom förbättringsdagar där en internrevisor deltar. Består av gemensamma frågor, analys med fiskbensdiagram och en revisionsdel. Kopplingen till standardens krav är dock inte tydlig, se avvikelse.

6. Ledningens genomgång: Ledningen i respektive förvaltning och bolag följer upp, analyserar och beslutar om eventuella lokala miljömål en gång per år. De gemensamma målen beslutas samt ledningssystemets status utvärderas sedan i Rådet. Protokollet från senaste ledningens genomgång saknar flera punkter som ska tas med i enlighet med standardens krav och det brister i slutsatser kring respektive punkt vad Rådet beslutar, se avvikelse.

7. Korrigerande och förebyggande åtgärder: Rutiner finns för detta och korrigerande och förebyggande åtgärder görs men detta kan struktureras upp tydligare och förbättras.

8. Betydelsefulla förändringar sedan förra revisionen: Organisationen har gått från att tillhöra Stockholms Läns Landsting till att nu ingå i Region Stockholm vilket innebär en hel del förändringar som även berör Miljöledningssystemet.

9. Kontroll av Scope: Certifieringens omfattning avser de processer, produkter, tjänster och avdelningar som ingår i tillämpningsområdet för den certifiering som organisationen har ansökt om. Scopet täcker verksamhetens omfattning och är lämpligt för dess syfte och förutsättningar.

10. Beskriv om organisationen är berättigad för multi-site certifiering: Organisationen uppfyller kraven för multi-site genom att ett gemensamt miljöledningssystem finns tillgängligt för alla inom organisationen. Miljösamordnare finns inom varje förvaltning och bolag och en samordningsgrupp finns som träffas regelbundet. Dessutom sker ledningens genomgång på en övergripande nivå i Rådet med underlag från respektive verksamhet. Interna revisioner genomförs på samtliga verksamheter enligt en revisionsplan som omfattar åren 2017-2021.

4.4 GODA EXEMPEL

Generellt Övergripande:
+ Genom samlokalisering finns förutsättningar för betydande miljöförbättringar.
+ Stort fokus på e-hälsa och digitalisering.
• Webb / Skype – möten skall prioriteras. Genomföra utbildningar med användning av Skype.
• Databas för läkemedel som tydliggör miljövänligare alternativ.
• Systematiskt brandskyddsarbete förbättras inom Region Stockholm och Regionsledningskontoret, organisation och tillämpningsanvisningar har tydliggjorts, Egenkontroller säkerställer att detta är under kontroll.
• Överlag är intrycket att den web-baserade miljöutbildningen för medarbetare är uppskattad och att nästan samtlig personalen har genomgått denna utbildning. Vissa gap säkerställs löpande.

Tillväxt- och regionplaneförvaltningen (TRF):
+ Istället för enbart en miljökonsekvensbedömning i tjänsteutlåtande så är ambitionen att övergå till en hållbarhetskonsekvensbedömning.

Kulturförvaltningen:
+ För Kulturförvaltningen finns en speciell checklista: Miljöarbete för de som söker stöd från 500 kkr och högre.
+ Bidragsgivning för större ansökningar över 500 kkr kräver miljöplan och över 7 mkr så ska de vara miljöcertifierade enligt vissa godkända standarder.
+ Är norra Europas största konstaktör och förfogar över ca 60000 konstverk.

AB SLL Interfinans:
+ En förbättring av hur återrapporteringen ska ske t ex genom Position Paper on Green Bonds Impact Reporting. Kan vara till hjälp både för offentliga som privata aktörer.
+ Ligger väldigt högt på NMI (Nöjd medarbetarindex) ca 90 % vilket är bland de högsta i hela regionen.

HSF Somatisk Specialistvård:
+ Stående punkt finns på APT där miljöfrågor kan tas upp.
+ Utrymningsövningar har genomförts och det finns utsedda utrymningsledare med tillgång till västar.

HSF Digital hälsa och vård:
+ Driver trafik till telefonrådgivningen och genom den så minskas besöken till akuten varvid ca 2000 besök till akuten sparas in varje dag. Detta ger också en positiv miljöfördel genom minskade resor.

HSF Kvalitet & Patientsäkerhet:
+ Man arbetar med statistikuppföljning via evidensbaserade underlag.
+ Hantering av styrning av att säkerställa att rätt kompetens och tydlighet i ansvarsfördelning inom sitt område.
+ E-Utbildning har samtliga medarbetare gått igenom de föreskrivna miljöutbildningar.

HSF Representant från ledningen:
+ Stor brandövning gjordes förra året med simulerad rök och utfallet blev positivt med snabb utrymning och återsamling.

Hållbarhet:
+ Framöver ska en hållbarhetspolicy tas fram och kommuniceras externt.

Upphandling och Inköp:
+ Mycket väl och djuplodande Anbudsinfordran: kap.10.
EX: Hållbarhetsbilaga Server och med tillhörande mjukvara och tjänster , SLL833.
bilagor: Olika nivåer:
/ B. Miljö- Utvärderingskrav. -Livscykelkrav ställs.
- Ämnen på kandidatlistan: egen lista som är en skärpning.
D. Hållbara leveranskedja.

- Konfliktmineraler: finns med i kravställande.
Säkerställande av avvikelsehantering på ett systematisk sätt. Orsaksanalyser.
F: Hållbara leveranskedjor.

HSF Smittskydd:
+ STRAMA Det nationella nätverket Samverkan mot antibiotikaresistens (Strama) bildades 1995 med övergripande mål att bevara antibiotika som effektiva läkemedel vid bakteriella infektioner.
Sedan 2009 finns en Stramagrupp i Stockholms län som en specialiserad resurs för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens.
Regnbågslista är ett annat exempel.
+ Det förekommer ett samarbete mellan veterinärsidan och humansidan för att minimera miljöeffekterna av mediciner som går ut i naturen.

Säkerhet och beredskap:
+ En klimatanpassningsplan kommer att tas fram för hela koncernen under hösten och den håller RLK Säkerhet och beredskap ihop.

Patientnämndens förvaltning:
+ Stort miljöengagemang både hos ledning och personal!
+ På två år har pappersförbrukningen i princip halverats trots ökat antal ärenden.

Biblioteket Landstingshuset Kulturförvaltningen:
+ Ger ofta råd till handläggare om böcker om behandlar hållbarhetsfrågor.

Regionarkivet Kulturförvaltningen:
+ Arbetar mycket med pappersförbrukningen och försöka minska den. Har minskat mycket genom digitalisering.
Genom att få kunderna att beställa tydligare så kan pappersutdragen minskas i omfattning.
+ Har haft en speciell genomgång/utbildning med SRV angående avfallssorteringen.
+ Tagit fram en åtgärdslista med förbättringar "Miljöförslag".
+ Ett digitalt ärendehanteringssystem används främst för fastighetsärenden men där även miljö och brandskydd ingår.

Kommunikation och Press:
+ Vid olika beslut så har man med miljö och vad som kan vara relevant i just de fallen. Bl a vid upphandlingar så finns miljökrav med.
+ Hjälper Hållbarhet med kommunikation t ex med att hantera webbplats för miljöpris.
+ På enhetsmöten och APT:er kan förbättringar och avvikelser tas upp så det finns många möjligheter att framföra önskemål och synpunkter.

Juridik
+ Verksamhetsplan 2019. Har ett bra upplägg utifrån olika perspektiv: Kund > Process > Medarbetare > Ekonomi.
Sedan då fokuserat mot övergripande mål och identifierat Kritiska framgångsfaktorer. > Tydlighet i uppföljning mot vad som skall uppnås.

Ledning (Rådet):
+ Genom tillsättandet av en regelefterlevnadsansvarig kommer arbetet med uppföljningar av hur olika bindande krav följs att bli mer strukturerat och effektivt.

Ekonomi och styrning:
+ Betydligt mindre kopieringspapper förbrukas och planer finns på att följa upp förbrukningen direkt genom att läsa av kopieringsmaskinen och löpande redovisa detta.

.

4.5 MÖJLIGHETER TILL FÖRBÄTTRING

Nummer	Process	MTF - Möjligehet(er) till förbättring
1	Tillväxt- och regionplaneförvaltningen (TRF)	Avfallssorteringen skulle kunna kompletteras med sortering av matavfall åtminstone när man flyttat till de nya lokalerna.
2	Miljöledning (Samordningsgruppen)	Överväg att införa en gemensam lista t ex i ProjectPlace där alla avvikelser (såväl interna som externa) och förbättringsförslag kan samlas för att få en bättre överblick och uppföljning.
3	Kulturförvaltningen-Ledninge n	Överväg att även ta med miljöfrågor vid de skyddsronder som ska göras tillsammans med skyddsombuden.
4	HSF Digital hälsa och vård	Engångsartiklar skulle kunna minskas eller tas bort och detta skulle kunna följas upp som ett lokalt miljömål.
5	HSF Representant för ledningen	Ett ärendehanteringssystem finns där olika avvikelser och förbättringar noteras. Det vore bra om det gick att markera de som är miljörelaterade.
6	Hållbarhet	Miljömanualen behöver kompletteras framöver med bl a en serviceenhet som dock inte träder i kraft först den 1 juni
7	Hållbarhet	För förvaltningar och andra bolag så bör man komplettera med uppföljning avseende intressenters behov och förväntningar i Miljömanualen.
8	Biblioteket Landstingshuset Kulturförvaltningen	Överväg att skaffa bättre kärl för plastavfall som också kan förslutas och gärna fler kärl så att fler fraktioner kan sorteras.
9	Ledning (Rådet)	Överväg att i Rådet säkerställa ledningens genomgång som sker 1 ggr/år genom att ha punkter löpande i ledningsmöte som kan följas under året. Dessa kan sedan summeras vid ledningens genomgång. (Se standardens krav under Kap. 9.3 Ledningens genomgång)
10	Ledning (Rådet)	Området Avvikelser och förbättringar behöver säkerställas med att enheterna arbetar med orsaksanalyser på uppkomna avvikelser. Lär gärna ut verktyget 5 Varför för att komma ner till grundorsaken. (Ställ frågan Varför 5 gånger för att hitta grundorsaken)
11	Ledning (Rådet)	Överväg att säkerställa målarbetet och uppföljning av verksamheten att arbeta med SMERTMÅL. Specifika, Mätbara, Entusiasmerande, Realistiska, Tidsatta - mål.

4.6 OBSERVATIONER

Nummer	Process	Delkrav
Observationer		
1	Tillväxt- och regionplaneförvaltningen (TRF)	14K-9.2 Intern revision
Ingen intern revision har planerats att genomföras i år och ingen gjordes heller förra året.		
2	Tillväxt- och regionplaneförvaltningen (TRF)	14K-8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen
Ingen utrymningsövning har genomförts på flera år.		
3	Miljöledning (Samordningsgruppen)	14K-7.4 Kommunikation 14K-7.4.1 Allmänt 14K-7.4.2 Intern kommunikation
Nytt intranät sedan ett tag tillbaka som inte blivit lika bra som tidigare bland annat för att sökfunktionen blivit sämre.		
4	Miljöledning (Samordningsgruppen)	14K-7.1 Resurser 14K-9.2 Intern revision 14K-9.2.1 Allmänt
Internrevisorer finns alltid med på Förbättringsdagen (motsvarande intern revision) men antalet revisorer är för närvarande för få och skulle behöva bli fler.		
5	Miljöledning (Samordningsgruppen)	14K-10.1 Förbättringar - Allmänt 14K-10.2 Avvikelse och korrigerande åtgärd 14K-10.3 Ständig förbättring
Viktigt att försöka få in fler dokumenterade förslag för att kunna jobba med ständiga förbättringar.		
6	Kulturförvaltningen-Ledningen	14K-6.2 Miljömål och planering för att uppnå dem 14K-6.2.1 Miljömål 14K-9.1 Övervakning, mätning, analys och utvärdering 14K-9.1.1 Allmänt 14K-9.3 Ledningens genomgång
Uppföljning av 2018 års miljömål för Kulturförvaltningen framgår inte i Kulturnämndens årsrapport och inte heller i ledningens genomgång då man inte haft något möte ännu.		
7	HSF Somatisk Specialistvård	14K-7.2 Kompetens
Förvaltningens chefer ska genomföra miljödelen i ledarskapsutbildningen men endast 30 % har gjort detta. Sannolikt beroende på att förutsättningarna att kunna delta varit begränsade.		
8	HSF Digital hälsa och vård	14K-8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen
Utrymningstavlorna i lokalerna har inte uppdaterats sedan 2016 respektive 2017.		
9	HSF Representant för ledningen	14K-10.1 Förbättringar - Allmänt 14K-10.2 Avvikelse och korrigerande åtgärd 14K-10.3 Ständig förbättring
Inrapporteringen av miljöavvikelser och -förbättringar sker väldigt sparsamt bland annat troligen på grund av ett tämligen omständligt system.		
10	Upphandling och inköp	14K-9.1 Övervakning, mätning, analys och utvärdering
Hur enheten övervakar och mäter och analyserar sin verksamhet för att säkerställa att upphandlingen sker enligt ställda krav framgår inte. Några processmätetal eller nyckeltal kan inte preciseras vid revisionen.		
11	Upphandling och inköp	14K-8.1 Planering och styrning av verksamheten
Ny Inköpspolicy är både vässad och är antagen. Riktlinjerna som finns nu är inte riktigt anpassad för denna nya policy. Detta behöver säkerställas för att få verkningskraft av den nya policyn.		

Nummer	Process	Delkrav
Observationer		
12	Säkerhet och beredskap	14K-8.1 Planering och styrning av verksamheten
Avfallssorteringen fungerar inte i fastigheten på Hantverkargatan 26 då enbart papper, kartong och brännbart sorteras.		
13	Säkerhet och beredskap	14K-7.3 Medvetenhet 14K-7.4 Kommunikation 14K-7.4.1 Allmänt 14K-7.4.2 Intern kommunikation
Endast en APT har genomförts hittills under året.		
14	Patientnämndens förvaltning	14K-7.5 Dokumenterad information 14K-7.5.3 Styrning av dokumenterad information 14K-8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen
Utrymningsplanen har inte uppdaterats sedan 2006.		
15	Biblioteket Landstingshuset Kulturförvaltningen	14K-8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen
Mycket länge sedan en utrymningsövning genomfördes för Biblioteket (Landstingshuset).		
16	Biblioteket Landstingshuset Kulturförvaltningen	14K-8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen 14K-9.1 Övervakning, mätning, analys och utvärdering
Brandsläckaren i hallen utanför Biblioteket är inte märkt med senaste kontrolldatum.		
17	Regionarkivet	14K-8.2 Beredskap och agerande vid nödlägen
Två skumsläckare som inte kontrollerats sedan 2018-01, en i grovsoprummet och en utanför frysrummet.		

5 REVISIONSLEDARENS REKOMMENDATION

Standard(er)	Ackreditering	Cert. Kopior	Språk
ISO 14001:2015	SWEDAC	1	Svenska

Standard(er)	ISO 14001:2015
Rekommendation	Utfärda certifiering efter en tillfredsställande plan för korrigerande åtgärder är genomförd.
Orsak till utfärdande eller ändring av certifikatet	Recertifieringsrevision
Kommentar på ändring av scope	Ändrat scope till följd av omorganisation från Stockolms Läns Landsting till Region Stockholm. Omorganisationen är inte helt genomförd ännu så vissa förändringar kan komma att ske som påverkar scopets omfattning.
Behövs en uppföljningsrevision	N
Uppföljningsrevision startdatum	
Varaktighet (dagar)	