

REVISJONSRAPPORT

Virksomhet:	
Helgelandssykehuset HF	
Mo i Rana, Norge	
Navn på virksomhetens kontaktperson:	
Lars-Inge Ingebrigtsen, lars-inge.ingebrigtsen@helgelandssykehuset.no	
Revisjonstype:	Revisjonslag:
Oppfølgingsrevisjon	Revisjonsleder Annette Håkonsen Fagekspert Morten Celius Systemrevisor
Tidsrom for revisjonen inkludert etterrevisjonen:	
2016-04-25/-27 med etterrevisjon 2016-06-10	
Referansekrav i henhold til:	
NS-EN ISO 9001:2015	
Sertifikatets virksomhetsområde, lokaliteter og eventuelle ekskluderte kravpunkter iht standard:	
	Endret? Ja Nei
Norsk: Hele Helgelandssykehuset HF, som er et helseforetak med - Prehospitale tjenester / pasientreiser - Somatiske sykehusenheter og distriktpsykiatriske sentra i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen - Spesialisthelsetilbud innen somatikk og psykisk helse i Brønnøysund	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Lokaliteter: Se revisjonsprogrammet for detaljer.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Ekskluderte kravemener iht NS-EN ISO 9001:2008: Ingen	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Vedlagt:	
Revisjonsprogram - sertifiseringsperioden 2016-2018/901476-1	
 2016042527.docx	

Oppsummering av oppfølgingsrevisjonen

Lokaliteter som ble revidert: Hovedkontor Mo i Rana sykehus Se revisjonsprogram	Tidsrom: 2016-04-25-/27
Sammendrag og konklusjon fra oppfølgingsrevisjonen: <p>Revisjonen ble gjennomført i henhold til tidligere utsendt gjennomføringsplan og er basert på stikkprøver fra tilgjengelig informasjon.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ved oppfølging av ytre miljø har vi gjennom revisjonen sett på utvikling og eierskap til miljømålene i avdelingene, samtidig har vi gransket ledelsens forankring og pådrivere i utviklingen av miljøprosessene i organisasjon. Det er vedtatt å øke ledelsens gjennomgåelse til tertialvise gjennomganger for å øke kontroll og forankring. Ytre miljø har ikke til nå vært en sak som blir tatt opp i styret, men det skal fra nå være en sak styret skal forholde seg til. ✓ Virksomheten viser en god fremgang, i forhold til implementering i organisasjonen. Nesten alle avdelinger har forståelse for avdelingens mål og har gjennomført risikovurdering i sin avdeling. Det er datablader gjennomført og oppdatert på de steder vi har gjort stikkprøver i praksis. ✓ Det er i denne revisjonen bedt om at ambulansebåt og alle ambulansestasjonene som faller geografisk inn under organisasjonen skal legges inn i programmet til neste oppfølgingsrevisjon. ✓ Det er investert i mye utstyr til Skype og videokonferanser for å minimalisere CO₂ utslipp ved reiser og at dette besparer ansatte for belastning av reising og fravær fra produksjonen. ✓ Det er innført et system for medisiner «Tønys» som skal gi oversikt over medikamenter og bespare avdelingene for kassering. ✓ Når det gjelder miljøregnskapet og hvordan virksomheten har tatt ut sine miljømål ut fra aspektene og skal gjøre disse om i målbare mål og hvor resultater skal kommuniseres ut til ansatte, ser vi at dette bør arbeides mer med fremover, da dette kan påvirke motivasjonen til ansatte. Samtidig er det anledning å hente ut regnskap på forbruk av papir avdelingsvis, men det er få avdelinger som har gjort dette. ✓ Avdelingene har gode rutiner på avfallssortering og gode holdninger til å følge opp miljømålene. Samtidig vil energi, avfall bli beregnet på felles regnskap, så eierskapet til målprestasjon i den enkelte avdeling kommer ikke frem. ✓ Det er planlagt reovering av operasjonsstuene i Sandessjøen. Det er gjennomgått med Drift og eiendom hvordan de har tenkt forebygging og ivaretagelse av ytre miljø gjennom byggeprosessen. Dette fremkommer i krav til entreprenører og byggherre, Det stilles også krav til livssyklus kostnader, og at byggherre har en miljøansvarlig i prosjektet. ✓ Fødeavdelingen har i satt seg som mål å forminske CTG utskrift, da dette utgjør mye papirer. De vil ha overført ctg over direkte inn i partus eller pasientjournal som også har med pasientsikkerhet. <ul style="list-style-type: none"> • Endringer i ledelse • Endringer i infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> ○ Antall ansatte, ingen endring ○ Organisasjon, ingen endring ○ Lokaliteter, det er startet prosess for reovering av operasjon Stuene i Sandessjøen ○ Nye prosesser, se ovenfor i rapport. ○ Outsourcing • Skifte av vesentlige leverandører • Spesiell fokus i revisjonen pga. av endringer i infrastruktur ✓ Revisjonens fokusområder <ul style="list-style-type: none"> ○ Interne revisjoner og ledelsens gjennomgåelse ○ Tiltak med oppfølging etter eventuelle avvik og anbefalinger ved forrige revisjon ○ Behandling av Klager, ingen ○ Eventuelt åpne avvik fra offentlige myndigheter ○ Virkning av styringssystemet på måloppnåelse, merknad se avvik. ○ Framdrift planlagte kontinuerlige forbedringer 	

REVISJONSRAPPORT

- **Driftskontroll**
 - **Gjennomgåelse av endringer**
 - **Bruk av logoer og referanser til sertifiseringen**
- ✓ Hovedkonklusjon på avvik og eller anbefalinger 5 avvik og 22 anbefalinger

Virkingen av tiltak fra forrige revisjon er revidert. Forbedringene er relevante og virkningsfulle. Alle punkter i gjennomføringsplanen som ikke er nevnt i rapporten, er funnet i orden.

Revisjonsleders innstilling etter oppfølgingsrevisjonen:

Det innstilles til at sertifikatet videreføres når korrigerende tiltak er tilfredsstillende iverksatt og godkjent. Vi ber derfor om at Helgelandssykehuset HF besvarer avviksskjemaene innen angitt tidsfrist.

Årsak og korrigerende tiltak skal skrives inn i avviksskjemaene i dette dokumentet og hele dokumentet returneres i Word format.

Annen relevant dokumentasjon for å underbygge iverksetting av tiltak, skal også vedlegges.

I rapporten er det også beskrevet 22 anbefalinger. Disse anbefalingene beskriver forhold som ikke per nå er avvik fra standardens krav, men hvor det foreligger mulig forbedringspotensial.

Neste revisjon:

Neste revisjon vil være en etterrevisjon og er planlagt til: 2016-06-10

Oppsummering av etterrevisjonen

Tidsrom for etterrevisjonen:
Opprinnelig svarfrist for lukking av avvik ble godkjent endret til 2016-06-13.
Sammendrag og konklusjon fra etterrevisjonen:
Korrigerende tiltak vurderes å ha nødvendig virkning og er tilfredsstillende verifikasjon for å lukke avvik gitt under oppfølgingsrevisjonen. Effekten av tiltakene vil bli verifisert i virksomheten ved neste revisjon. Alle avvik er godkjent og lukket. Detaljer i tilbakemelding fra bedriften kommer fram i vedlagt dokumentasjon.
Revisjonsleders innstilling fra etterrevisjonen:
Virksomheten har tilfredsstillende prosesser for internrevisjon og ledelsens gjennomgåelse. Virksomhetens styringssystem anses å være i samsvar med standardkravene, interesseparters krav og omfanget til virksomhetens styringssystem. Revisjonsleder innstiller til videreføring av sertifikat.
Neste revisjon:
Neste revisjon vil være en oppfølgingsrevisjon/ resertifiseringsrevisjon og er planlagt til: Avtales med annet revisjonsselskap.

Avvik 1 av 5: Samsvarsvurdering (Ledelse)

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 14001:2004, kravelement 4.5.2

Avvik: Det er ikke tilstrekkelig dokumentert samsvarsvurdering

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Det er utarbeidet delvis gjennomgått samsvar med lover og forskrifter, men dokumentet er ikke ferdigstilt

Svarfrist: 2016-06-10

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Hva er årsaken til avviket (fylles ut av virksomhet):

I denne teksten skal det framgå årsaken til at avviket oppstod. Denne vurderingen er grunnlaget for å innføre et tiltak som hindrer at avviket oppstår igjen. Denne årsaksvurderingen sammen med det korrigerende tiltaket, danner grunnlaget for å lukke avviket.

Samsvarsvurdering for Helgelandssykehuset skal gjennomføres årlig. Oppfølgingsrevisjonen fra Nemko gjennomføres mindre enn et år fra forrige revisjon og påvirker derfor denne syklusen. Videre er det for 2016 gjort en ekstern gjennomgang av OL1989 (oversikt over lover og forskrifter som vedrører oss spesielt). Denne gjennomgangen ble av tidsmessige årsaker gjort etter revisjonen i april/2016. Revisjonen av OL1989 viser ingen vesentlige endringer i lover og forskrifter. På dette grunnlaget er det gjennomført nye samsvarsvurdering for alle sykehus enhetene.

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Med utgangspunkt i årsaksforklaringen er det utarbeidet en ny felles samsvarsvurdering for Helgelandssykehuset. Vurderingen er inntatt her:



Samsvarvurdering
Helgelandssykehuse

På de områdene som Helgelandssykehuset samlet mener at vi er i prosess og at valgte løsninger/prosessen er tilfredsstillende er dette markert/vurdert til gult.

Dato: 2016-06-09

Navn: Inebrigsten

Korrigerende tiltak verifisert – begrunnelse for lukking av avvik (fylles ut av revisjonsleder):

÷
Korrigerende tiltak vurderes som virkningsfullt.
Årsaksanalysen sammen med korrigerende tiltak anses som tilfredsstillende verifikasjon for å lukke avviket.

Godkjent: 2016-06-13

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

REVISJONSRAPPORT

Avvik 2 av 5: Målstatus av miljøstyringssystem i avd(Mo

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 14001:2004, kravelement 4.3.3, 4.5.1

Avvik: Det er ikke tilstrekkelig miljøregnskap og målstatus i tall forhold til de mål som virksomheten har valgt å måle

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Det fremkommer ikke tall i forhold til CO₂ status og hva som er resultat i 2016. Avdelingene har satt opp mål for egen avdeling men avdelingene har ikke hentet ut egne tall for for eksempel forbruk av papir i fjor, eller forbedringer i reiseregnskap i forhold til i år. For å fremme forbedringer av de ulike avdelingene bør regnskap for den enkelte avdeling tydeliggjøres slik at avdelingen motiveres til miljøgevinst i egen avdeling.

Det fremkommer som resultat 5% forbedring av energi og avfall, men det fremkommer ingen tallstatus for start og hvordan det blir målt.

Regnskapet er ikke kommunisert ut til avdelingene.

Svarfrist: 2016-06-10

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Hva er årsaken til avviket (fylles ut av virksomhet):

I denne teksten skal det framgå årsaken til at avviket oppstod. Denne vurderingen er grunnlaget for å innføre et tiltak som hindrer at avviket oppstår igjen. Denne årsaksvurderingen sammen med det korrigerende tiltaket, danner grunnlaget for å lukke avviket.

Helse Nord har under utarbeidelse felles mal for miljøregnskap. Denne er ikke ferdigstilt og Helgelandssykehuset har derfor ikke satt opp eget miljøregnskap. Imidlertid jobber vi beviste med avfallshåndtering og kildesortering. Her foreligger det tall for antall kg levert av de forskjellige avfallsfraksjonene. Helgelandssykehuset er inne i prosess med antagelse av nytt avfallsselskap og er derfor forhindret fra å samarbeide for tett med dagens leverandører grunnet konkurranseforhold. Vi håper selv at konkurransen skal være avgjort i løpet av medio 2016, og at vi med dette som grunnlag kan jobbe ytterligere mot de/den nye leverandøren. Målet er å invitere ny/nye leverandører til et langt tettere samarbeid om sortering, transport og andre forhold som kan gi miljøgevinster for Helgelandssykehuset.

Den største CO₂ faktoren i Helgelandssykehuset er transport av pasienter og ansatte. Her er det satt i gang en rekke tiltak for mindre transport av pasienter. CO₂ vil derfor være et av hovedfokusområdene for 2016 og 2017. Videre er det gjort vedtak og gjort anskaffelse av Skype-utstyr i stor skala. Også her er det initiert prosjekt for sammenligning av reisekilometer for stab og ledelse i Helgelandssykehuset. Prosjektene vil først vise resultater i 2016 og 2017 sammenlignet mot f.eks 2015

Innen energi er det flere tiltak på gang. Disse forutsetter en del oppgraderinger av overvåkningssystemene for energi. Implementeringen av disse systemene er startet og vil først gi oss muligheter fra og med 2017 for å vise endringer i forbruket. Her har sykehusene en spesiell utfordring i relasjon til totalforbruket med at det stadig installeres nye røntgen og kjølesystemer som utøker totalforbruket.

Tall for levert avfall fra Helgelandssykehuset er økende noe som ikke er ønskelig, men som er naturlig ut i fra langt større bruk av engangsutstyr i sykehusene. Positivt for Helgelandssykehuset er at andelen restavfall synker. Det vil si at vi er blitt flinkere til å kildesortere.

Ut over dette er vi begynt å ta ut statistikker for blant annet papirforbruk. Denne oversikten viser en gledelig utvikling fra 2016 til 2016. Forbruket vi bli ytterligere fragmentert ned på avdelingsnivå.

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Med utgangspunkt i forklaring til «årsaken til avviket» anses korrigerende tiltak som beskrevet. I tillegg vises det til tabeller og oversikter som er inntatt under.

Alle tall for avfall, energi og avfall er medtatt her:

REVISJONSRAPPORT



Oversikt avfall
energi og vann.xlsx

Forbruket av papir fremgår her:



Papirforbruk T1
2016 Helgeland.xlsx

Dato: 2016-06-09

Navn: L.I. Ingebrigsten

Korrigerende tiltak verifisert – begrunnelse for lukking av avvik (fylles ut av revisjonsleder):

Korrigerende tiltak vurderes som virkningsfullt.

Årsaksanalysen sammen med korrigerende tiltak anses som tilfredsstillende verifikasjon for å lukke avviket.

Godkjent: 2016-06-13

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

REVISJONSRAPPORT

Avvik 3 av 5: Mål og miljøaspekter, Kjøkken/kantine SSJ

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 14001:2004, kravelement 4.4.3 Mål, delmål og program(mer)
Egen prosedyre

Avvik: Manglende målbeskrivelse for avdelingen, Kjøkken/kantine SSJ

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Det er ikke etablert Miljødokument for avdelingen som beskriver hvilke miljøaspekter og mål som gjelder for avdelingen.
Generelt er kravene i HFet for ytre miljø ikke implementert og kommunisert i avdelingen.

Svarfrist: 2016-06-10

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Hva er årsaken til avviket (fylles ut av virksomhet):

I denne teksten skal det framgå årsaken til at avviket oppstod. Denne vurderingen er grunnlaget for å innføre et tiltak som hindrer at avviket oppstår igjen. Denne årsaksvurderingen sammen med det korrigerende tiltaket, danner grunnlaget for å lukke avviket.

Kjøkkenet jobber aktivt med kildesortering og gjør her en veldig god jobb. Imidlertid mangler kjøkkenet eget miljødokument.

I avdelingsmøte den 26.5.2016 ble dette tatt opp som egen sak. Referat fra møtet er inntatt i avvik 4. Avdelingen drøftet utgangspunkt for eget dokument, og har på dette grunnlaget satt opp sitt eget miljødokument. Endelig versjon av miljødokumentet er vedtatt i allmøte den 6.6.16. Dokumentet er videre lastet opp i miljøstyringssystemet i Docmap.

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Miljødokumentet for kjøkkenet fremkommer her:



Miljødokument for
kjøkken ssj.doc

Dato: 2016-06-09

Navn: L.I.Ingebrigsten

Korrigerende tiltak verifisert – begrunnelse for lukking av avvik (fylles ut av revisjonsleder):

Korrigerende tiltak vurderes som virkningsfullt.
Årsaksanalysen sammen med korrigerende tiltak anses som tilfredsstillende verifikasjon for å lukke avviket.

Godkjent: 2016-06-13

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

REVISJONSRAPPORT

Avvik 4 av 5: Risiko og beredskap, Kjøkken/kantine SSJ

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 14001:2004, krevelement 4.3 Planlegging
 NS-EN ISO 14001:2004, krevelement 4.4.2 kompetanse, opplæring og bevissthet
 NS-EN ISO 14401:2004, krevelement 4.4.7 Beredskap og innsats
 Egen prosedyre

Avvik:

Manglende risikovurdering og identifisering av miljøaspekter, Kjøkken/kantine SSJ
Manglende datablader for kjemikalier
Manglende verneutstyr for personell
Manglende beredskapsplan for kjemikalier

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Det er ikke etablert oversikt over hvilke kjemikalier som benyttes og hvilken risiko som er forbundet med bruken av disse.
 Det ble observert flere kjemikalier som både er skadelig for personell ved bruk, og som er skadelig for miljø ved utslipp til avløp. Tre stikkprøver som kom frem under intervjuet er:

- Grill Cleaner,
 - krever verneutstyr ved bruk for å sikre mot sprut på hud, øyne og innånding
 - krever sikring mot utslipp til avløp
 - ingen risikovurdering foreligger
- Dip-it Liquid
 - krever verneutstyr ved bruk
 - krever sikring mot utslipp til avløp
 - ingen risikovurdering foreligger
- Azute
 - krever verneutstyr ved bruk
 - tomflasker skal behandles som spesialavfall, - blir kastet i restavfall
 - ingen risikovurdering foreligger

Det ble bekreftet under intervjuet at det benyttes ytterligere kjemikalier

Svarfrist: 2016-06-10

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Hva er årsaken til avviket (fyller ut av virksomhet):

I denne teksten skal det framgå årsaken til at avviket oppstod. Denne vurderingen er grunnlaget for å innføre et tiltak som hindrer at avviket oppstår igjen. Denne årsaksvurderingen sammen med det korrigerende tiltaket, danner grunnlaget for å lukke avviket.

Dette avviket er tatt opp sammen med avvik 3 på avdelingsmøte den 26.5.16. På møtet deltok miljørådgiver og begge avvikene ble gjennomgått og drøftet. Referat fra møtet inngår her.



referat
 avdelingmøte kjøkk

Verneombud ved avdelingen har i etterkant av revisjonen skrevet ut alle sikkerhetsdatablad og verneblad som er registrert i Eco-online for avdelingen. Verneblad er laminert og hengt opp der produktene brukes. Sikkerhetsdatablad er satt i egen perm hvor de ansatte signerer for at har gjennomgått og forstått innholdet i sikkerhetsdatabladene. De er også gitt orientering om verneblad og oppbyggingen av disse. Avdelingen har tatt i bruk personlig verneutstyr for bruk i forbindelse de omtalte produktene. Til siste er det hengt opp øyeskyllebeholdere på flere plasser i kjøkkenet i tilfelle behov.

Det er gjort avtale med Denofa Lilleborg, som en av de største leverandørene, om besøk ved alle sykehusenhetene for en generell gjennomgang av kjemikalier ved kjøkken og renholdsavdelinger. Det er litt avhengig av anbudsrundene som er på gang. Dersom Denofa antas vil møtene bli gjennomført. Dersom annen større leverandør antas vil det bli forsøkt gjennomført lignende avtale med denne.

REVISJONSRAPPORT

Det vises også til gjennomført kurs for personal ved teknisk avdeling og renholdsavdeling. Oppfølgingskurs som skal avholdes høsten 2016 vil også inkludere kjøkkensjefer og lagerpersonell.

Bilder som viser bruk av verneutstyr, opphengt øyeskylleveske og verneblad inngår her.



Kjøkkenet
verneutstyr.docx

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Verneblad er hengt opp. Verneutstyr er anskaffet. De ansatte er orientert om hvordan disse er bygd opp og hvordan de skal verne seg selv. Alle ansatte må bekrefte at de har lest og forstått innholdet i verneblad.

Det er hengt opp øyeskylleveske i nærheten av brukersted for kjemikalier.

Dato: 2016-06-09

Navn: L.I. Ingebrigsten

Korrigerende tiltak verifisert – begrunnelse for lukking av avvik (fylles ut av revisjonsleder):

Korrigerende tiltak vurderes som virkningsfullt.

Årsaksanalysen sammen med korrigerende tiltak anses som tilfredsstillende verifikasjon for å lukke avviket.

Godkjent: 2016-06-13

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Avvik 5 av 5: Avfallssorterings prosess er ikke etterfulgt(Mo)

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 14001:2004, krevelement 4.4.6

Avvik:

Det gjøres kildesortering på avdelingene og pasientrom ved avelingene for eksempel. medisin og fødeavdeling. Her blir avfallet hentet av renholdere som sorterer alt i restavfall.

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Ved intervju av avdelingene på Mo i Rana har de laget systemer for kildesorteringer på avdelingen. Der hvor renhold henter avfall blir alt samlet som restavfall. Dette virker meget demotiverende på avdelingene.

Svarfrist: 2016-06-10

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Hva er årsaken til avviket (fylles ut av virksomhet):

I denne teksten skal det framgå årsaken til at avviket oppstod. Denne vurderingen er grunnlaget for å innføre et tiltak som hindrer at avviket oppstår igjen. Denne årsaksvurderingen sammen med det korrigerende tiltaket, danner grunnlaget for å lukke avviket.

Alle avdelinger har som mål å kildesortere avfallet så godt som mulig. I dette ligger det da også at sortert avfall skal samles inn og leveres videre til renovatør for gjenvinning ut i fra den hensikten som ligger i vårt miljøstyringssystem.

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Det er et mål for Helgelandssykehuset at alle driftsenhetene skal ha felles prosedyre for sortering, innsamling og transport av avfall. En samlet vurdering skal gjøres når det er antatt nytt avfallsselskap. Som forklart tidligere er ikke anbudsprosessen ferdig og vi har derfor ikke fått gjennomført en felles prosedyre. Imidlertid har alle driftsenhetene rutiner som skal ivareta de nye sorteringsreglene. Saken er forelagt leder for intern service Mo I Rana som har gitt denne kommentaren



Avvik 5 - rutiner Mo
i Rana.docx

Dato: 2016-06-09

Navn: L.I. Ingebrigsten

Korrigerende tiltak verifisert – begrunnelse for lukking av avvik (fylles ut av revisjonsleder):

Korrigerende tiltak vurderes som virkningsfullt.
Årsaksanalysen sammen med korrigerende tiltak anses som tilfredsstillende verifikasjon for å lukke avviket.

Godkjent: 2016-06-13

Revisjonsleder: Annette Håkonsen

Anbefalinger fra oppfølgingsrevisjonen

Anbefaling 1 av 22: Evaluere sortiment av kjemikalier Teknisk/ avd.innkj

Innkjøpsavdelingen har i innkjøps sortimentet mange ulike kjemikalier, det bør det vurderes om det er synonymer i forhold til bruksområder og forminske sortimentet, slik at det er god kontroll av flest mulig miljømerkede kjemikalier.

Anbefaling 2 av 22: Årsaksanalyse, Ledelse

I forhold til lukking av avvik vil den nye standarden kreve et større fokus på årsaksanalyse. Det skal vurderes om tiltak er vurdert godt nok i forhold til årsak, og vurdering om at avvik ikke skal kunne gjentas.

Anbefaling 3 av 22: Internerevisjonsledere, ledelse

Det er et revisjonslag for kvalitet, men det er bare en revisjonsleder internt for ytre miljø, og dette er sårbart. Det bør vurderes om flere bør læres opp til revisjon på ytre miljø.

Anbefaling 4 av 22: Printing av papir i avdelingene, Alle avd.*

Det er ved gjennomgang av avdelings vise mål og tiltak fremkommet at alle som logger seg inn på maskin og skal printe ut dokumenter må innstille printer på tosidig hver gang, og det fremkommer at dette ikke alltid blir gjort. Dette bør kunne gjøres tiltak for å få tosidig utskrift som kontinuerlig programmering.

Anbefaling 5 av 22: Søknad om prosjektmidler, Senter for fag og forskn.

Ved gjennomgang av prosedyre for forskningsmidler er det estimert kostnader, her bør det i mal stilles krav om x antall % bruk av Skype som et krav.

Anbefaling 6 av 22: Vernerunder

Når sak havner på rødt felt i vernerunder er det et avvik, og bør legges inn i avvikssystemet, slik at ledelsen holder kontroll med alle avvik og at ikke avvik blir behandlet på utsiden av det avvikssystemet som er i dag. Det bør derfor merkes på vernerundeskjema at verneområder som havner på rødt skal meldes som avvik og gult forbedringer legges inn som forbedringsmeldinger i systemet.

Anbefaling 7 av 22: Prosedyrer der arbeidet utføres. Alle avdelinger

Ved gjennomgang av praksis nede på avdelingens avfallsrom bør utskrift fra avfallshåndboka lamineres å henges opp på lik linje som avfall med smitte, slik at det er enklere for ansatte og vikarer å huske rutinene.

Anbefaling 8 av 22: Internerevisjoner og samsvarsvurdering

Det er en plan på internerevisjonsområder i løpet av året, ved gjennomføring av internrevisjon bør det legges inn i rapporten hvilke lovområder som har vært gjennomgått, berørt i revisjonen, slik at man ved en resertifisering har gjennomgått alle hovedområder i virksomheten og man vet at virksomheten er i samsvar.

Anbefaling 9 av 22: Forbedringsprosjekter i avdelingene

Det blir vektlagt i den nye standarden innovasjon/ forbedringsprosjekter. Her bør hver avdeling gjøre vurdering av et lite forbedringsområde fra år til år.

Anbefaling 10 av 22 : Små prøveglass for vev med formalin*

Kir. Poliklinikk får ferdige prøveglass for prøvetaking av vev. Av og til må man ta i bruk større prøveglass, her blir formalin helt over i glassene. Fare for søl bør man forebygge ved absorberende

underlag eller kork i vask, slik at det ikke renner i avløp. Dette bør endres i prosedyre som er i dag.

Anbefalinger fra oppfølgingsrevisjonen SSJ 250416

Anbefaling 11 av 22: Input til miljøregnskapet og forbedringsforslag

I avdelingene blir det utført forbedringer og gjennomført aktiviteter som har en miljøforbedringseffekt. Det anbefales å vurdere hvordan man skal dokumentere disse forbedringsaktivitetene i avviks-/forbedringssystemet og i miljøregnskapet. Under følger noen konkrete eksempler fra avdelingene som bør vurderes:

SSJ/Kirurgiske leger:

Det kom frem at legene reiser fra SSJ til forskjellige lokasjoner og behandler et antall pasienter der, i stedet for at pasientene må reise til SSJ for behandling. Dette medfører at en person (legen) reiser, og 10-12 pasientene trenger kun å reise til sitt lokale sykehus. Denne miljøgevinsten bør vurderes om skal inn i miljøregnskapet.

SSJ/Område for kirurgi og akutt: Operasjon og anestesi:

Behandling av narkotikarester. Det kom frem at det i avdelingen har kommet ide om hvordan å sikre at narkotikarester ikke blir liggende i merket originalforpakning i spesialavfallet. Det er etablert kanne hvor alle sorter rester sprutes inn, og det er dermed kun tomme merkede narkotikaforpakninger som blir kastet i beholderen for spesialavfall. Slike forbedringer bør vurderes om skal legges inn i avvik-/forbedringssystemet for å sikre sporbarhet og overføringsmulighet til andre enheter med samme utfordring.

SSJ/Kirurgisk poliklinikk ØNH og Gyn:

Avdelingen har ansatte audiografer i Mosjøen og Mo for å håndtere behovet på disse lokasjonene i stedet for å frakte pasientene til Sandnessjøen. Denne miljøgevinsten bør rapporteres inn i miljøregnskapet.

Anbefaling 12 av 22: Campus eLæring

Det kom frem under intervjuene i avdelingene at gjennomføringsandelen på elæring er generelt høy.

- Hos Kirurgiske leger SSJ er andelen lav, og det bør vurderes hvordan man skal få opp gjennomføring av elæringskurset, 25/4-2016
- Det samme gjelder for Medisinsk Sengepost SSJ hvor 17 av 46 har gjennomført elæringskurset. 26/4 2016
- Hos Medisinske leger, SSJ er andel gjennomført elæring lav, 5 av 19 har gjennomført. 26/4-2016

Anbefaling 13 av 22: Økende bruk av engangsutstyr

Det kom frem i flere intervjuer at det oppleves som bruk av engangsutstyr (sengetøy, instrumenter osv) er økende. Det anbefales å etterspørre beslutningstaker for innkjøp om det er gjort vurderinger av miljøeffekter av økningen, og om dette gir miljøgevinster.

Anbefaling 14 av 22: Avviksbehandling, SSJ / Kir. poliklinikk, ØNH og

Det kom frem at det ikke er registrert avvik i avvik- og forbedringssystemet i avdelingen. Det bør vurderes hvordan det kan legges til rette for at avviksbehandling kommer i gang i avdelingen. Det er observert også i flere avdelinger at avviksbehandlingen bør styrkes. Det bør vurderes hvordan kulturen i avdelingene kan utvikles og stimulere til at avvik blir meldt inn og behandlet som forutsatt.

Anbefalinger fra oppfølgingsrevisjonen SSJ 260416

Anbefaling 15 av 22: Bruk av telemedisinløsninger på BUP, SSJ

På avdelingen benytter man i dag til en viss utstrekning telekommunikasjon, særlig for kommunikasjon mellom helsefaglig personell. Det anbefales å vurdere om telemedisinløsninger kan benyttes også innenfor pasientbehandling der dette er forsvarlig og hensiktsmessig. Mange pasienter har lang reisevei, og dersom man kan erstatte noen behandlingsmøter med videokonferanse eller telefon vil dette kunne være blant de mest effektfulle tiltakene i avdelingen. Det anbefales også å etablere mål og resultatoppfølging av slik bruk, og la dette inngå i det totale miljøregnskapet for avdelingen og HFet.

Anbefaling 16 av 22: Introduksjonsplan for nyansatte BUP, SSJ, med. a

I introduksjonsplanen / sjekklisten for nyansatte er det lite fokus på miljø. Det anbefales å tydeliggjøre miljøopplæring i planen.

Anbefaling 17 av 22: Avviksbehandling, Renhold, SSJ

I avdelingen er det totalt lagt inn 3 avvik siste år. Det kom frem at dette er underrapportering. Det bør vurderes hvordan man kan stimulere til å få rapportert reelt nivå på avvik i avdelingen.

Anbefalinger fra oppfølgingsrevisjonen Mosjøen 27/4

Anbefaling 18 av 22: Tilrettelegging tilganger i systemer

Hos Kirurgiske og Medisinske leger er det fortløpende turnuskandidater som hospiterer 6 mnd i avdelingene.

Som regel tar det lang tid (2-3 mnd) innen disse får tilgang til noen av systemene, som Campus.

Dette betyr at ELæringskurs Miljø ikke kan gjennomføres før halvgått tid for turnuskandidatene.

Det anbefales å vurdere tiltak for å sikre at kandidatene får rask tilgang til systemene slik at de blir i stand til å vite hvilke policyer og retningslinjer som gjelder for miljøarbeidet ved sykehuset.

Anbefaling 19 av 22: Avviksbehandling

Det er mange eksempler i revisjonen på at avviksbehandling for miljøavvik (og for så vidt andre avvik) er utfordrende å få riktig nivå på. Av mange blir avvik betraktet som noe negativt og terskelen er høy for å melde inn avvik. Det anbefales å arbeide med kulturen i HFet for å få bedre grep om avviksbehandlingen. Det kom frem at det skal avholdes et program for alle ledere i Helgelandssykehuset 2. september 2016 med tema «Forbedringsarbeid». Dette kan være en fin arena å få avviksbehandling på agendaen og hvordan motivere organisasjonen til å melde inn avvikene.

Anbefaling 20 av 22: ePhorte, Opplæring og bruk

I mange avdelinger i SSJ og MSJ kom det frem at avdelingsleder ikke benytter ePhorte for arkivering av dokumenter som møtereferater mv. Noen sender dokumenter til administrasjonen som arkiverer for de, noen lagrer dokumenter på server i stedet, og det er eksempler på håndskrevne referater som blir arkivert i perm på avdelingen.

Det anbefales å tydeliggjøre kravene for bruk av ePhorte og vurdere om det er behov for ytterligere opplæring i bruken av dette systemet.

Anbefaling 21 av 22: Risikovurdering eco Online, Blodbanken / Lab.

Det kom frem at risikovurdering i ecoOnline på alle kjemikalier som benyttes skal gjennomføres i 2016. Det anbefales at denne aktiviteten gjennomføres som planlagt, og at det vurderes om andre avdelinger har tilsvarende behov. Det bør også vurderes om denne aktiviteten bør prioriteres med tidligere gjennomføring.



















Anbefaling 22 av 22: Rapporter fra Campus, eLæring

Det kom frem at rapportene som kommer fra Campus, eLæringsgjennomføring ikke er korrekte.

Oversiktene inneholder både gjeldende ansatte, og alle som har vært innom avdelingen tidligere men ikke lenger jobber der. Avdelingsledere må manuelt gå gjennom for å få oversikt over riktig prosentandel som har gjennomført kursene.

Det anbefales å vurdere om tilpasninger i systemet skal gjøres for å få korrekte resultater

Gransket dokumentasjon i oppfølgingsrevisjonen

 Intensiv mottak - SSJ.doc	 OL2173 - Plan interne miljørevisor	 PR34982 - 4.5.5 Internrevisjon.doc	 RL1038 - Brukerveiledning	 Tilsvar - DcOppsummering anb
 Fødeavdeling MIR.doc				
 Mal rev 4 Arbeidsdokument Ir				
 Med dagenhet MSJ.doc	 Lab SSJ.doc	 Mal rev 3 Arbeidsdokument Ir		
 Opr anestesi MIR.doc				
 Grønt Sykehus - prosjektrapport 2.1	 Mal styresak investeringer.pdf	 Styresak 20_2016 [331655].pdf	 Vedlegg 3a - SHA-plan (6).pdf	
 SNR-Milkøambisjon sdokument.pdf	 NO-RIM-xx-01 -Miljøprogram-04-h_I_Konkurransebeskri	 NS8405_Del		

Mo i Rana:

- Ledelsensgjennomgåelse
- Miljøregnskap
- Gjennomgang av rapport fra sert. anbefalinger
- Ref. avd. møter ytre miljø øko avd.
- Ref.Avd. møte 16/3 2016 adm. Fag og forskn.
- Miljødok for fag og forskning
- Drift og Eiendom:
- Kvav spssifikasjon
- Byggeplan fase 1 og2
- Konkurransefrunnlag for bygg
- Risiko byggefase opr.
- SNR Ambisjonsdokument
- SNR Miljøprogram
- Miljømål akutt mottak
- Formalin prosedyre
- Rosanalyse
- Avfallshåndboka
- Lover og forskrifter Helgeland HF ytre miljø
- Miljømål kontortjenesten

Vernerundeskjema
Rusenheten:
Risikovurdering
Årshjul
Miljødokument
Møteref. 2/3-2016
Miljøplan

Sandessjøen:
Styringssystemet slik det foreligger på intranettet
Relevante registreringer
Miljødokument for anestesi og operasjon SSJ
4.3.3 Miljømål
Møtereferat 14.04.16 Anestesi og operasjon
Møtereferat avdelingsmøte Føde / gyn 060416
Møtereferat avdelingsmøte Føde / gyn 010316
Møtereferat avdelingsmøte Føde / gyn 140116
Møtereferat avdelingsmøte Føde / gyn 020915
Introduksjon til nyansatte Føde / gyn
Miljødokument kir. poliklinikk
Personalmøte ØNH 100216
Personalmøte Kir. poliklinikk 180216

Introduksjon til nyansatte Føde / gyn
Miljødokument kir. poliklinikk
Personalmøte ØNH 100216
Personalmøte Kir. poliklinikk 180216
Miljødokument Medisinsk Sengepost SSJ
Møtereferat Medisinsk Sengepost SSJ 160316
Møtereferat, Ny mal, Medisinsk Sengepost SSJ
Informasjon til nyansatte, Medisinsk Sengepost SSJ
Miljødokument for medisinske leger, SSJ
Kvalitetsrapport_032016
Referat avdelingsmøte Medisinske leger, SSJ 20042016
Referat avdelingsmøte Medisinske leger, SSJ 30032016
Referat avdelingsmøte Medisinske leger, SSJ 17022016
Miljødokument for BUP, SSJ
Sjekkliste for gjennomgang av rutiner med nyansatte BUP, SSJ
Teammøte 180416 BUP, SSJ
Teammøte 040416 BUP, SSJ
Miljødokument for Renhold, SSJ
Møtereferat 030316, Renhold SSJ

Samsvarsvurdering: Henvisning til avvik nr 1


REVISJONSRAPPORT

Deltakere ved oppfølgingsrevisjonen

Navn	Tittel	Åpnings- møte	Intervju	Slutt- møte
Lars Inge Ingebrigtsen	Rådgiver	L X	L X	
Bjørn Haug	Enhetsdirektør	X	X	
Rachel E. Berg	Enhetsdirektør SSJ	X	X	
Ann Merete Brevik	Områdesjef	X		
Svein Arne Monsen	Områdesjef	X		
Grete Andreassen	Områdesjef	X		
Per Arne Reinertsen	Avd. leder, Kir. Leger, SSJ		X	
Lene Hana Torgersen	Avdelingsleder, Anestesi / operasjon		X	
Wivi Ervik	Anestesisykepleier		X	
Berit Tove Bangstad	Verneombud / Operasjonssykepleier SSJ		X	
Sølvi Hestnes	Avd. jordmor SSJ		X	
Carola Karl Lervik	Jordmor SSJ		X	
Rose Redvåg	Avd. leder, Kirurgisk poliklinikk SSJ		X	
Lisa Fredriksen	Sykepleier Kirurgisk poliklinikk SSJ		X	
Åse Albertsen	Avdelingsleder, Med. Sengepost SSJ		X	
Sonja Hustad	Sykepleier Med. Sengepost SSJ		X	
Hans Henrik Strøm	Avd. leder Medisinske leger		X	
Gunnar Holmvik	Avdelingsleder BUP, SSJ		X	
Hilde Mari Salamonsen	Klinisk barnevernspedagog, BUP, SSJ		X	
Oddgeir Joramo	Pedagog BUP, SSJ		X	
Line Jakobsen	Renholder, SSJ		X	
Gundhild Grimsu	Avdelingsleder Renhold		X	
Katrine Monsen	Verneombud, Kjøkken/Katine SSJ		X	
Kåre O. Knutsen	Kjøkkensjef, Kjøkken/Kantine SSJ		X	

REVISJONSRAPPORT

Deltakere ved oppfølgingsrevisjonen

Navn	Tittel	Åpnings- møte	Intervju	Slutt- møte
Deltakerlister for Mo i Rana		L	L	L
 20160428222700_00 1.pdf		X	X	X