



TRANS_PA RAPPORT

Helgelandssykehuset HF

Systemsertifisering

ISO 14001:2004, ISO 14001:2015

Start- og sluttdato:	10-mai-2017 - 11-mai-2017
Prosjektnummer:	PRJC-546814-2016-MSC-NOR
DNV GL Teamleder:	Rafi Khawaja
Revisjonsteam:	Rafi Khawaja, Julie Ræder

Innhold

Introduksjon.....	3
Generell informasjon	4
Resultater fra fokusområdene	5
Generell oppsummering.....	7
Funn fra revisjonen.....	9
Konklusjon.....	10
Neste revisjon.....	11
Vedlegg A - Revisors uttalelser	12
Vedlegg B - Håndtering av avvik	14

Andre vedlegg:

- ✓ Funnliste

Introduksjon

Denne rapporten sammenfatter resultatene og konklusjonene fra den utførte revisjonen. Revisjonen er gjennomført som en formell del av sertifiseringsprosessen med tanke på å oppnå eller vedlikeholde sertifisering av styringssystemet. Hovedformålet med revisjonen er å bekrefte styringssystemets overensstemmelse med standardens krav. I tillegg evalueres styringssystemets virkningsgrad på å sikre at organisasjonen er i stand til å oppnå fastsatte mål og å tilfredsstillere relevante krav i lover og forskrifter og kontraktsmessige krav.

I DNV GL mener vi at våre revisjoner ikke skal fokusere ene og alene på overensstemmelse med krav, men også stimulere til utvikling og forbedring. Gjennom vår revisjonsmetodikk skreddersyr vi revisjonen til virksomhetens behov. Målet er å bidra til å forbedre styringssystemet evne til å levere ønskede resultater og å sikre bærekraftig forretningsdrift over tid.

DNV GL

Med utgangspunkt i vårt mål om å sikre liv, eiendom og miljøet setter vi organisasjoner i stand til å fremme sikkerhet og bærekraft i deres virksomheter. DNV GL er en ledende leverandør av klasse-, sertifiserings-, verifikasjons- og opplæringstjenester. Med røtter tilbake til 1864 er vi i dag en global leverandør med virksomhet i mer enn 100 land. Våre 16000 ansatte er opptatte av å hjelpe våre kunder med å gjøre verden sikrere, smartere og grønnere.

Som et av verdens ledende sertifiseringsorganer hjelper DNV GL næringsdrivende med å sikre ytelsen til sine organisasjoner, produkter, ansatte, anlegg og forsyningskjeder. Dette gjør vi gjennom sertifisering, verifikasjon, vurdering og opplæringstjenester.

Gjennom vår erfaring og støtte hjelper vi også store selskaper med å utvikle gode strategier for bærekraftig virksomhet.

Generell informasjon

Sertifiseringsomfang

Sykehusdrift, prehospitale tjenester, pasientreiser og pasientbehandling inkludert forskning og utdanning.

Vesentlige endringer som har påvirket styringssystemet siden forrige revisjon

- Det er ingen vesentlige endringer siden forrige revisjon.

Konfidensialitet

Informasjon fra revisjonen inkludert denne rapporten og eventuelle notater og sjekklister vil bli behandlet konfidensielt, og vil ikke bli utlevert til tredjepart uten skriftlig samtykke fra organisasjonen. Unntak gjelder for relevant akkrediteringsmyndighet under utøvelse av kontroll med DNV GL.

Akkreditert enhet

Akkreditert enhet	DNV GL Business Assurance Norway AS
Akkreditert enhets adresse	Veritasveien 1, 1322 Høvik, Norway

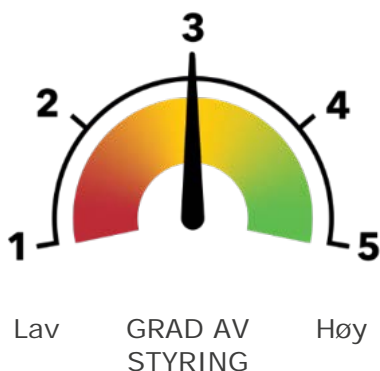
Forbehold

En systemrevisjon bygger på kontroll av et utvalg av tilgjengelig informasjon. Følgelig finnes det et element av usikkerhet i bildet gjenspeilet ved funnene fra revisjonen. Selv om ingen avvik ble identifisert behøver det ikke bety at det ikke finnes avvik innen det reviderte og/eller andre områder. Før utstedelse eller fornyelse av et sertifikat vil denne rapporten bli underlagt en uavhengig DNV GL-intern gjennomgang. Gjennomgangen kan påvirke rapportens innhold og konklusjoner.

Resultater fra fokusområdene

Fokusområde 1

Transport – herunder tjenestereiser, pasienttransport og ambulanseaktivitet



Positive indikasjoner

- Øverste ledelse har fokus på transport, noe som vises via engasjement i transport relevante aktiviteter, og oppfølging av tallene på disse (for eksempel miljøregnskapet som blir diskutert på ledermøtene).
- Ambulansetjenesten har ved hjelp av koordinerende tiltak klart å stanse veksten i forbruket av transporttjenester. Det er et bevisst forhold til å redusere tjenestereiser i forbindelse med møter, og det er redusert antall møter hvor man må være fysisk tilstede. Disse tas nå på skype. Eksempelvis direktørmøter i Helse Nord, fagsjefmøter, samt ledergruppemøter.
- Det er gjennomført flere tiltak for å bedre rutiner for transport: Eksempelvis er rutiner for bruk av ambulansébåter endret for å sikre at man alltid bruker den båten som har kortest reisevei, og som er nærmest. Det er også innført rutiner hvor hjemkjøring skal bestilles dagen før. Det er også fokus på samkjøring av taxiturer slik at flest mulig pasienter reiser i samme taxi.
- Pasientreiser har tallfestet miljømålene for avdelingen.
- Taxibåtoppdrag legges ut på felles avrop i forkant av turer, hvor båtene må komme med pristilbud på hver enkelt tur.

Hovedområder for forbedring

- Selv om transport er vurdert som et av de vesentlige miljøaspekter, er det lite synlig i miljøstyringssystemet (DS8928). Aspektet er lagt inn under «energi» og forsvinner nesten under målsetting.
- Det er store variasjoner i rekvirenters forbruk av pasienttransport.

- Det kan vurderes arenaer for samarbeid, og hvilke interessenter som er aktuelle å samarbeide med, for å sikre en ensartet forståelse for kriteriene for rekvirering av transport.

Generell oppsummering

Hovedinntrykk fra revisjonen utenom fokusområdene

Positive indikasjoner

- Positive og engasjerte ledelse og ansatte.
- Etter ledelsens gjennomgang møter ledergruppe en gang i uke via skype. I tillegg, diskuteres tiltaksplan i ledergruppe hver måned.
- Endringer i organisasjonen er implementert på en planlagt måte. For eksempel egen enhet for drift og eiendom er under implementering, og endringen er styrt ved utarbeidet plan og risikovurderinger knyttet til endringene. I tillegg var det utført en SWOT analyse for å vurdere fordeler og ulemper med endringer i organisasjonen.
- God systematikk for interne revisjoner. Metodikk som sikrer oppfølging og tilbakemelding etter behandling av funn. I tillegg benyttes resultat fra interne revisjoner som grunnlag for vurdering av risiko.
- Ambulansestasjonen i Mo i Rana jobber systematisk med kompetansestyring, vedlikehold, og håndtering av avvik fra internrevisjoner. For eksempel avvik fra internrevisjoner er fulgt opp i avdelingsmøter med konkrete korrigerende tiltak, og bruk av kompetansekontroll og vedlikeholdsskjemaer. I tillegg har ambulansleder fokus på å spare ytre miljø med for eksempel økonomisk kjøring, unngå tomgangskjøring, avfallssortering og sparing av strøm.
- Ambulansestasjonen har gode rutiner på gjennomføring av forbedringsarbeidet og dokumentasjon på at tiltakene er implementert.
- Kjøkken har gode rutiner på lagring av kjemikalier og samling av sikkerhetsdatabladene i perm.
- Drift - teknisk avdeling har nylig implementert SD-anlegg (sentral driftskontroll anlegg). De har gode rutiner på vedlikehold og kontroll av relevante utstyr og har også fjernet flere oljetanker.
- Innkjøp avdeling har god kjennskap og forståelse av styring av innkjøpsprosess sett i et livsløpsperspektiv.

Hovedområder for forbedring

- Bedriften bes å vurdere etablert agenda for ledelsens gjennomgåelse, og sikre at den tilfredsstillende krav fra 2015 versjonen av ISO standarden.
- Avvik fra interne og eksterne revisjoner kan håndteres i DocMap i den hensikt å drive kontinuerlig forbedring på en systematisk måte.
- Kjennskap til Eco Archive, risiko- og substitusjonsvurdering av kjemikalier er variende. Organisasjonen må vurdere strakstiltak for å skaffe riktig kompetanse gjennom opplæring.

- Ytterligere grad av samarbeid mellom interesseparter om samordnede tiltak for å oppnå målsetning om reduksjon av utslipp og drivstoff kan vurderes.
- Vurder metodikk for å inkludere rapportering av miljømål i avdelingenes periodevise rapportering forøvrig.
- Foretaket kan bli bedre på håndtering av avvik fra interne og eksterne revisjoner gjennom avvikssystemet. I tillegg kan foretaket bli bedre på dokumentasjon som viser hvordan rotårsaker blir vurdert.

Funn fra revisjonen

Antall avvik identifisert under denne revisjonen	3
Antall kategori 1 (vesentlige) avvik:	0
Antall kategori 2 (mindre) avvik:	3
Antall observasjoner identifisert under denne revisjon:	10
Antall forbedringsmuligheter identifisert under denne revisjonen:	1
Status på korrigerende tiltak på avvik fra forrige revisjon ble gjennomgått. Antall avvik fra forrige revisjon som fortsatt ikke er lukket:	0

Kommentarer:

- 1) For detaljert beskrivelse av avvik, observasjoner og forbedringsmuligheter se vedlagt funnliste.
- 2) Se Vedlegg B - Håndtering av avvik

Konklusjon

- Formålene med revisjonen ble oppnådd og revisjonen ble gjennomført i henhold til revisjonsagendaen uten vesentlige endringer.
- Under sluttmøtet ble generelle konklusjoner og sentrale funn presentert, diskutert og bekreftet.
- Basert på de foretatte stikkprøvene vurderes ledelsessystemet, med unntak for avvikene i Funnlisten, å være effektivt og i henhold til standardens krav.
- Organisasjonen må gjennomføre nødvendige rettelser og korrigerende tiltak i forhold til avvikene. Se "Definisjon av funn og betingelser for håndtering av avvik".
- Organisasjonen må behandle og gi tilbakemelding på eventuelle avvik innen 2017-08-12. Se "Definisjon av funn og betingelser for håndtering av avvik". Det anbefales også å behandle og gi tilbakemelding på eventuelle observasjoner.
- Som følge av det positive revisjonsresultatet vil det ikke være behov for en oppfølgingsrevisjon.
- Etter en evaluering av bl.a. organisasjonsstruktur, lokasjoner, prosesser og produkter/tjenester anses sertifiseringsomfanget som hensiktsmessig.
- Ut fra en vurdering av bl.a. antall ansatte, lokalisering, prosesser og produkter og organisasjonsstruktur anses planlagt revisjonstid å være hensiktsmessig.
- Basert på en evaluering av hovedkontorets myndighet og evne til å utøve kontroll over alle sentrale elementer i ledelsessystemet, anses virksomheten å være kvalifisert for revisjoner basert på et utvalg av lokasjoner.

Neste revisjon

Foreslått dato: 16-apr-2018

Fokusområder for neste revisjon (foreslåtte):

- Implementering av ISO 14001:2015

Vedlegg A - Revisors uttalelser

Verifiserte standardkrav	Objektive bevis og resultat basert på stikkprøver under revisjonen
Virkingen av prosessene for ledelsens gjennomgåelse og interne revisjoner	Grunnlagsdata og referat fra ledelsens gjennomgåelse 2017-05-09 ble gjennomgått. Disse gjenspeiler en prosess som med unntak av avvik i funnlisten, tilfredsstillende standardens krav. Program for interne revisjoner for perioden 2016 til D2017 og registreringer fra gjennomførte interne revisjoner ble gjennomgått. Disse gjenspeiler en prosess som med unntak av avvik i funnlisten, tilfredsstillende standardens krav.
Virkingen av prosessen for håndtering av klager fra kunder eller andre interessenter, inkludert virkingen av iverksatte korrigerende tiltak.	Registreringer av klager siste år og registreringer fra gjennomførte korrigerende tiltak ble gjennomgått. Bortsett fra enkelte avvik i funnlisten viser registreringene en tilfredsstillende prosess for håndtering av klager.
Oppdatering av styringssystemet tilpasset endringer i organisasjonen.	Som følge av vesentlige endringer i organisasjonen, se tidligere punkt i rapporten, er det gjennomført flere oppdateringer av ledelsessystemet. Et utvalg av endrede prosesser/prosedyrer ble gjennomgått. Endringene oppfattes å være tilpasset ny organisasjon.
Ledelsens overvåking av planlagte aktiviteter og mål for å sikre kontinuerlig forbedring.	Intervjuer med aktuelle ledere avdekket enkelte funn knyttet til oppfølging av forbedringsaktiviteter og mål. Se avvik i funnlisten.
Styringssystemets evne til å sikre at organisasjonen er i stand til å møte krav i relevante lover og forskrifter og kontraktsmessige krav.	Revisjonen avdekket enkelte avvik relatert til overholdelse av relevante krav i lover og forskrifter og kundekrav. Se avvik i funnlisten.
Virkningsfull kontroll med bruk av sertifiseringsmerke og referanse til sertifiseringen.	Bruken av sertifiseringsmerker og andre referanser til sertifiseringen ble vurdert. Aktuell anvendelse er i henhold til gjeldende retningslinjer.

Tillegg for multi-site tilnærming:
Virkningsgraden av den sentrale enhetens evne og myndighet til å samle inn og analysere viktige data fra alle lokasjoner, og til å iverksette nødvendige tiltak når det er nødvendig.

Følgende ble gjennomgått for å vurdere hovedkontorets myndighet og kontroll: Endringer i ledelsessystemet, ledelsens gjennomgåelse, klager, evaluering av korrigerende tiltak, planlegging og oppfølging av intern revisjoner, endringer i risiko / aspekter og konsekvenser for ledelsessystemet og variasjon i juridiske krav.
Det ble vist tilfredsstillende kontroll med unntak av avvik i funnlisten.

Vedlegg B - Håndtering av avvik

Definisjon av funn

Vesentlige avvik (kategori 1):

Et avvik som påvirker ledelsessystemets evne til for å oppnå tiltenkte resultater.

Avvik kan bli klassifisert som vesentlig dersom:

- Det er betydelig tvil om effektiv prosesskontroll er iverksatt, eller om produkter eller tjenester oppfyller spesifiserte krav.
- En rekke mindre avvik relatert til samme krav eller forhold, som viser systematisk svikt og dermed utgjør et vesentlig avvik.

Mindre avvik (kategori 2):

Et avvik som ikke påvirker ledelsessystemets evne til å oppnå tiltenkte resultater.

Observasjon

En observasjon er ikke et avvik, men noe som vil kunne føre til et avvik dersom det ikke blir iverksatt korrigerende tiltak; eller en uønsket tilstand uten objektive bevis på at et avvik foreligger.

Forbedringsmulighet

Forbedringsmuligheter relaterer seg til områder og/eller prosesser i organisasjonen som kan oppfylle minimumskrav, men som bør kunne forbedres.

Betingelser for håndtering av avvik

Organisasjonen forventes å ha gjennomført følgende innen fristen satt av Teamleder:

- Umiddelbare tiltak for å eliminere/rette avvik (dersom relevant)
- Årsaksanalyse for å identifisere rotårsakene til avvik, og korrigerende tiltak for å hindre gjentagelse av avvikene
- Implementere korrigerende tiltak samt verifisere virkningen av tiltakene
- Fylle ut aktuelle deler av Funnlisten og sende den til DNV GLs Teamleder sammen med dokumentasjon som bevis på gjennomførte tiltak (der dette er relevant)

Innen den maksimale tidsfristen, og som forutsetning for at et sertifikat kan utstedes/fornyas, gjelder følgende betingelser:

- Vesentlige avvik (kategori 1): Bevis for gjennomført årsaksanalyse og iverksettelse av virkningsfulle rettelser og korrigerende tiltak må fremlegges
- Mindre avvik (kategori 2): Behandles fortrinnsvis på samme måte som vesentlige avvik. For enkelte avvik kan DNV GLs Teamleder likevel akseptere en plan for iverksettelse av identifiserte korrigerende tiltak. Iverksettelsen av planlagte tiltak vil senest bli verifisert ved neste revisjon

Frist for tilbakemelding etter en resertifisering

Frist for tilbakemelding etter en resertifisering avhenger av utløpsdato for sertifikatet. Dette er for å sikre tilfredsstillende oppfølging og fornyelse av sertifikatet innen utløpsdatoen og der igjennom sikre kontinuerlig gyldighet av sertifikatet. Om sertifikatets utløpsdato overskrides uten at fornyet sertifisering er godkjent vil sertifikatet ikke kunne forlenges og vil bli suspendert inntil fornyelsen er godkjent

Det er ingen formelle krav til analyse eller tilbakemelding på observasjoner eller forbedringsmuligheter. For å sikre kontinuerlig forbedring av organisasjonens styringssystem anbefaler DNV GL likevel at organisasjonen behandler og gir tilbakemelding på observasjoner.

Ved vesentlige avvik vil DNV GL normalt gjennomføre en oppfølgingsrevisjon hos organisasjonen. Mindre avvik vil normalt bli fulgt opp ved gjennomgang av tilsendt dokumentasjon.

Utilstrekkelig tilbakemelding eller mangelfulle korrigerende tiltak kan gi grunnlag for midlertidig suspensjon eller trekking av sertifikatet

ViewPoint

Viewpoint består av mer enn 10.000 kunder fra hele verden. På frivillig basis uttrykker de sine meninger og deler sin innsikt i aktuelle temaer knyttet til sertifisering og bærekraftig virksomhet i sine respektive bransjer.

Deltakelse er gratis og alle Viewpoint medlemmer har full tilgang til data og fullstendige rapporter fra hver undersøkelse. Medlemmene drar også nytte av muligheter for nettverksbygging, tilgang til e-læringsmoduler og invitasjoner til nettseminarer, nettfora og mye mer.

Ønsker du å bli medlem av Viewpoint?

Meld deg på her: <http://www.dnvgviewpoint.com/register>

Besøk også vår blog på goingsustainable.com