

RC Rapport

# Sunnaas Sykehus HF

## Systemsertifisering

### ISO 14001:2015

Start- og sluttdato	2019/11/18 - 2019/11/19
Prosjektnummer	PRJC-480902-2013-MS-C-NOR
DNV GL Teamleder	Wenche Elvestad
Revisjonsteam	Synnøve Bergheim



## Innhold

---

<b>Introduksjon</b>	<b>3</b>
<b>Generell informasjon</b>	<b>4</b>
<b>Resultater fra fokusområdene</b>	<b>5</b>
<b>Generell oppsummering</b>	<b>7</b>
<b>Funn fra revisjonen</b>	<b>8</b>
<b>Konklusjoner</b>	<b>9</b>
<b>Neste revisjon</b>	<b>10</b>
<b>Vedlegg A - Revisors uttalelser</b>	<b>11</b>
<b>Vedlegg B - Håndtering av avvik</b>	<b>12</b>

## 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 tilfredsstille relevante krav i lover og forskrifter og kontraktsmessige krav.

### **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 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. I samarbeid med våre kunder bygger vi bærekraftig virksomhet og skaper tillit blant interessenter.

## Generell informasjon

---

### Sertifiseringsomfang

150441-2014-AE-NOR-NA (Draft) - ISO 14001:2015:

Sykehusdrift. Spesialsykehus i fysikalsk medisin og rehabilitering, døgnbehandling, poliklinikk, telemedisin, ambulante tjenester, forskning, innovasjon og samhandling.

### Akkreditert enhet

ISO 14001:2015:

DNV GL Business Assurance Norway AS

Veritasveien 1, 1363 Høvik, Norway

### 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.

### 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

Klimaendring og klimatilpasning - eiendom, bygg og infrastruktur.

#### Positive indikasjoner

- Det er påstartet en grundig vurdering av hvilken tilnærming Sunnaas Sykehus skal ha til klimaendring og klimatilpasning - eiendom, bygg og infrastruktur. Det er allerede innhentet informasjon innen tema.
- Det er besluttet tiltak i ledelsens gjennomgåelse mht 'Sikre samfunnslønnsom klimatilpasning av bygg og eiendom, og unngå økonomiske tap og miljøbelastning'.
- Etablert mål og delmål i Sunnaas miljøhandlingsplan: Kunnskap om klimaendringer legges til grunn for langsiktig risikobasert planlegging, utvikling og forvaltning av sykehusets bygg, eiendom og infrastruktur.

#### Hovedområder for forbedring

- Adressere ambisjoner i miljøpolitikk mht 'Sikre samfunnslønnsom klimatilpasning av bygg og eiendom, og unngå økonomiske tap og miljøbelastning'.
- Ta stilling til en systematisk tilnærming for å kartlegge risiki og behov for tiltak på kort og lang sikt,- samt opprettholde oppdatert bilde av risiko/muligheter.  
Herunder:
  - Identifisere relevante interne /eksterne forhold som kan påvirkes av klimaendringer
  - Innhente informasjon og gjennomføre vurderinger mht konsekvenser
  - Vurdere trusler og muligheter
  - Ta stilling til om det er etablert tilfredsstillende ordninger (tekniske og administrative barrierer og tiltak), evt behov for tiltak
  - Oppdatering av risikobilde: Vurdere om det er etablert tilfredsstillende ordninger for å holde seg oppdatert om evt endringer i klimaforhold,- og oppdatering av risiko-/mulighetsvurderinger
- Gjennomføre en dokumentert risikovurdering av Sunnaas HF med tanke på potensielle miljøaspekter og uønskede forhold som kan ha en negativ effekt på ytre miljø (herunder med vekt på teknisk drift og anlegg, samt tanker m/ infrastruktur). Vurdere om etablert tilfredsstillende sannsynlighetsreduserende tiltak og konsekvensreduserende tiltak. Herunder tekniske barrierer, administrative tiltak, rutiner, planlagt ettersyn og kontroll osv).

## Fokusområde 2

Ledelsessystemet etablert ute i avdelinger



### Positive indikasjoner

- Miljøledelsessystem organisert og presentert på en strukturert måte på felles intranett. Tilgjengelig for alle,- og god kjent ute i avdelinger.
- Sunnaas sykehus HF Miljøhandlingsplan 2019-20 – adresserer mål og tiltak innen et stort mangfold av områder,- og omfatter tiltak overordnet og operativt nivå. Det har vært bred involvering av ansvarlige i linjen ved utarbeidelse av handlingsplan.
- Miljømål med handlingplaner og tiltak er godt kjent i klinikker, avdelinger og enheter.
- Ved enhetene lokalisert på Aker sykehus har alle ansatte gjennomgått miljøopplæringsprogram for ytre miljø.

### Hovedområder for forbedring

- Vurdere om det er etablert tilfredsstillende ordninger for å sjekkes samsvar med forpliktelser i lovkrav/forskrifter, kommunale forskrifter - ute i avdelinger. I den sammenheng, vurdere hvem og hvordan ivareta dette for tekniske anlegg.
- Vurdere om det er etablert konkrete planer med tiltak, ansvar og tidsfrister ute i avdelinger som skal bidra til oppnåelse av miljømål (dokumenterte).

## Generell oppsummering

---

Hovedinntrykk fra revisjonen utenom fokusområdene

### Positive indikasjoner

- Utarbeidet god struktur og metodikk for kartlegging av Sunnaas Sykehus HF miljøaspekter og -påvirkning ('miljøfotavtrykk' ved normal drift).
- Vedrørende matsvinn har man innført konseptet «redd en rett» ; ansatte kan kjøpe mat fra kantina til redusert pris når de drar hjem fra jobb.
- Utstrakt bruk av videokonferanser og skypemøter for å redusere tid og ressurser til transport.
- Sunnaas HF har allerede nådd det nasjonale målet om å redusere bruk av bredspektrede antibiotika med 30% innen 2020 – god kontroll på antibiotikabruken.

### Hovedområder for forbedring

- Etablere tallfestede mål for forventet resultat av forbedringsprosesser.
- Vurdere miljøledelsessystem m/ beskrivelser (rutiner),- vurdere potensiale for å slå sammen rutiner og forenkle. Samtidig sikre at ansvar og kriterier for miljøledelse og -kontroll er dokumentert.
- Vurdere om det er etablert tilfredsstillende avfallsordninger for alle områder.
- Etablere en omforent forståelse for hva som skal registreres som avvik. Gjennomgå områder/tema som kan være relevant å registrere avvik, spesielt for områder relatert til Sunnaas miljømål og handlingsplaner.
- Sikre at konsekvenser for miljøaspekter/- påvirkning /-mål er en del av vurderingen under plan og gjennomføring av endringer.

## Funn fra revisjonen

---

<b>Antall avvik identifisert under denne revisjonen</b>	<b>1</b>
Antall kategori 1 (vesentlige) avvik:	0
Antall kategori 2 (mindre) avvik:	1
<b>Antall observasjoner identifisert under denne revisjon</b>	<b>8</b>
<b>Antall forbedringsmuligheter identifisert under denne revisjonen</b>	<b>7</b>
Status på korrigerende tiltak på avvik fra forrige revisjon ble gjennomgått. <b>Antall avvik fra forrige revisjon som fortsatt ikke er lukket</b>	<b>0</b>

Kommentarer:

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



## Konklusjoner

---

- 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.
- Det er ikke gjennomført vesentlige endringer siden forrige revisjon som har påvirket ledelsessystemet.
- Basert på revisjonsutvalget vurderes ledelsessystemet, med unntak for avvikene i Funnlisten, å være effektivt og i henhold til standardens krav.
- Revisjonsleder vil innstille til fornyelse av sertifikat når korrigerende tiltak for alle avvik er gjennomgått og godkjent.
- Organisasjonen må gjennomføre nødvendige rettelser og korrigerende tiltak i forhold til avvikene. Se "Vedlegg B - Håndtering av avvik".
- I henhold til vilkårene under "Håndtering av avvik" må organisasjonen gi tilfredsstillende tilbakemelding på avvik innen fristen fastsatt av teamleder: 2020/01/28
- Selv om det ikke er et krav anbefales det også å behandle og gi tilbakemelding på eventuelle observasjoner.
- En oppfølging vil bli gjennomført for å verifisere implementering av korrigerende tiltak. Oppfølgingen vil skje ved en gjennomgang av mottatt dokumentasjon.
- Etter en evaluering av bl.a. organisasjonsstruktur, lokalisering, prosesser og produkter/tjenester anses sertifiseringsomfanget som hensiktsmessig.
- Revisjonen avdekket ingen vesentlige problemstillinger som påvirker det periodiske revisjonsprogrammet (PAP) for gjeldende sertifisering syklus.
- Ut fra en vurdering av bl.a. antall ansatte, lokalisering, prosesser og produkter og organisasjonsstruktur er det ingen grunn til å endre planlagt revisjonstid.
- 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

---

### Startdato for neste revisjon

Dato for neste revisjon avtales senere

## Vedlegg A - Revisors uttalelser

Verifiserte standardkrav	Objektive bevis og resultat basert på stikkprøver under revisjonen
Virkingen av prosessene for ledelsens gjennomgåelse	Grunnlagsdata og referat fra ledelsens gjennomgåelse 02.04.2019 ble gjennomgått. Gjennomgangen avdekket ingen avvik i forhold til standardens krav.
Virkingen av prosessene for interne revisjoner	Program for interne revisjoner for perioden 2018/2019 og registreringer fra gjennomførte interne revisjoner ble gjennomgått. Gjennomgangen avdekket ingen avvik i forhold til 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 observasjon i funnlisten viser registreringene en tilfredsstillende prosess for håndtering av klager.
Oppdatering av styringssystemet tilpasset endringer i organisasjonen.	Det er ikke gjennomført større endringer siden forrige revisjon.
Ledelsens overvåking av planlagte aktiviteter og mål for å sikre kontinuerlig forbedring.	Intervjuer med aktuelle ledere avdekket ingen avvik knyttet til oppfølging av forbedringsaktiviteter og mål.
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.	Organisasjonen benytter for tiden ikke sertifiseringsmerker.
Tillegg for muliti-site tilnærming: Virkningsgraden av den sentrale enheten evne og myndighet til å samle inn og analysere viktige data fra alle lokasjoner og iverksetter nødvendige tiltak når det er nødvendig.	Generelle krav i ledelsessystem vurdert. Det ble vist tilfredsstillende kontroll og ingen avvik ble registrert.



## Vedlegg B - Håndtering av avvik

---

### Definisjon av funn:

#### Vesentlige avvik (kategori 1):

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

Avvik kan bli klassifisert som vesentlig dersom:

- det er betydelig tvil om hvorvidt effektiv prosesskontroll er iverksatt, eller hvor vidt produkter eller tjenester oppfyller spesifiserte krav.
- en rekke mindre avvik mot samme kravet eller en situasjon som viser systematisk svikt og dermed utgjør et vesentlig avvik

#### Mindre avvik (kategori 2)

Et avvik som ikke påvirker ledelsessystemets evne til for 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/fornyes, 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.

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

#### **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

## **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?**

Join us here: <https://www.dnvgviewpoint.com/register>

Also visit our blog on <https://www.goingsustainable.com/>