

REVISJONSRAPPORT

Virksomhet:		
Nordlandssykehuset HF		
BODØ, Norge		
Navn på virksomhetens kontaktperson:		
Steinar Vaag, Steinar.Henning.Vaag@nordlandssykehuset.no		
Revisjonstype:	Revisjonslag:	
1ste Oppfølgingsrevisjon	Revisjonsleder Med-revisor	Lars Farinha Anette Håkonsen Terje Berntsen
Tidsrom for revisjonen inkludert etterrevisjonen:		
2016-01-26/ 2016-01-29 med etterrevisjon 2016-03-11		
Referansekrav i henhold til:		
NS-EN ISO 14001:2004		
Sertifikatets virksomhetsområde, lokaliteter og eventuelle ekskluderte kravpunkter iht standard:		
		Endret? Ja Nei
Norsk:		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Hele Nordlandssykehuset HF, som er et helseforetak med somatiske sykehus i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Helseforetaket har psykiatrisk sykehus i Bodø og distrikts psykiatriske sentre lokalisert til Bodø, Gravidal og Stokmarknes		
Lokaliteter:		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Se revisjonsprogrammet for detaljer.		
Vedlagt:		
Revisjonsprogram - sertifiseringsperioden 2014-2017/901468-1		
		
Revisjonsprogram1 oppfølging14001.dc		

REVISJONSRAPPORT

Oppsummering av oppfølgingsrevisjonen

Lokaliteter som ble revidert: Se revisjonsprogram	Tidsrom: 2016-01-26/ 2016-01-29
Sammendrag og konklusjon fra oppfølgingsrevisjonen: Revisjonen ble gjennomført i henhold til tidligere utsendt gjennomføringsplan. Status siden sertifisering: Revisjonslaget har gjennom revisjonsdagene som er basert på intervjuer, dokumentasjon og stikkprøver sett en tydelig forbedring i forståelsen hos de intervjuede hva det innebærer å være sertifisert i henholdt til standarden 14001. Med noen få unntak ser revisjonslaget at dette er godt innarbeidet bla med hjelp av handlingsplaner. Hvert å nevne også er at revisjonslaget opplevde de som ble intervjuet var meget positivt innstilt til dette arbeidet i en ellers travel hverdag med mange prioriteringer. Programmet for revisjonen var også lagt opp slik at revisjonen skulle fokusere i hovedsak på enhetsnivå. Revisjonen viser at miljømålene fra ledelsen stort sett er godt forankret helt ned til enhetsnivå. Områder så må og bør styrkes er beskrevet i egne avvik og anbefalinger. Eksempler fra revisjonen: «Det er opparbeidet en god lånekultur av behandlende produkter på tvers av avdelingene, slik at behandlende produkter som sjelden brukes i en avdeling er det aksept for at det blir lånt utstyr som en annen avdeling har i større volum, dette medfører at restvarepakninger ikke blir liggende på lager» «I mens revisjonen pågikk ble det ved flere av de intervjuede avdelinger iverksatt registrering av forbedringer og miljøavvik, ettersom bevisstheten økte. Ved ambulansestasjonen i Gravdal registrerte man flere miljøavvik og ved akuttmedisinsk klinikk i Gravdal, ble man tydelig på forbedringer som må til for å møte miljømål og som sannsynligvis angår flere i helseforetaket» «Innført egen koppkultur» Miljøledelse inkludert HR. Møte med sykehusets ledelse viser helt klart at engasjementet er ytterligere styrket, samt en bedre forståelsene hva det innebærer å være sertifisert. En gjennomgang av ledelsens gjennomgåelse datert 11 januar 2016 viser at den gjennomført på en tilfredsstillende måte. 40 timers kurset for verneombudet inkluderer 1 dag med ytre miljø som helt klart er en styrking av miljøarbeidet. Miljømål og handlingsplaner Miljømålene som er energi, transport, avfall og innkjøp er godt innarbeidet på enhetsnivå. Bruken av handlingsplaner for å sikre videre måloppnåelse for sykehuset kan likevel sikres enda bedre i flere enheter ved at handlingsplanene tas opp i personalmøter i form av års hjul eller fast møte punkt der det er hensiktsmessig. Det er også skrevet en egen anbefaling på dette. Miljøregnskapet 2015 hadde noen utfordringer ettersom det ikke var mulig å beregne energiforbruk pr.kvm pga nytt sykehus i Vesterålen og ny K-fløy Bodø. I den forbindelse ble det brukt tall fra 2013. Regnskapet viser gode trender med unntak av pasientreiser. Dette punktet vil bli spesifikt fulgt opp i neste revisjon. Uansett et tilfredsstillende miljøregnskap Samsvarsvurdering En samlet samsvarsvurdering for de ulike klinikker og staber er utarbeidet 11 januar 2016. Det ble under revisjon bedt om ekstra dokumentasjon på hvordan sentrallaboratoriet har kommet fram til sin samsvarsvurdering. Dokumentgranskingen kunne ikke påpeke noen mangler. Avvik og forbedringer Det har blitt registret 20-30 miljøavvik siste 12 måneder. Det anbefales at det bør gjøres ekstra tiltak fra ledelsens sin side for å styrke kompetansen på de ansatte så de får enda bedre forståelse når de skal skrive avvik og hvorfor. Det er også skrevet en egen anbefaling på dette. Dette punktet vil bli spesifikt fulgt opp i neste revisjon.	

REVISJONSRAPPORT

Beredskapsplan

I forbindelse med ukontrollert utslipp av kjemikaler på sentrallager har det blitt skrevet et eget avvik ettersom det ikke kunne dokumenteres noen plan ved en ulykke.

Interne revisjoner ytre miljø

Det er utført 3 intern revisjoner, dette er i samsvar med planene for foretaket.

Hovedkonklusjon på avvik og anbefalinger: det er funnet 5 avvik og 16 anbefalinger

Virkingen av tiltakene ved forrige revisjon er verifisert i virksomheten. Forbedringene er relevante for virksomhetens kunder og øker virksomhetens konkurransefortrinn.

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 Nordlandssykehuset 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 skal også vedlegges.

I rapporten er det også beskrevet 16 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: 2016-03-14

Oppsummering av etterrevisjonen

Tidsrom for etterrevisjonen:

2016-03-11

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.

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 og er planlagt til: 2017-04-25/28

Avvik 1 av 5: Beredskap Sentrallager (Bodø)

Avvik fra styrende dokumenter:	
NS-EN ISO 14001:2004, kravelement 4.4.7	
Avvik:	Beredskap ved ukontrollert utslipp er ikke etablert
Avviket er basert på følgende observasjoner:	
Lageret inneholder flere beholdere med farlige kjemikaler som kan falle ned på gulvet inne eller falle ved avlastning fra lastebil med fare for lekkasje til offentlig avløp. Det mangler absorberende bunter for å samle opp et ukontrollert utslipp eller søl i lagerlokale. Det er heller ikke etablert en prosedyre ved ukontrollert utslipp.	
Svarfrist: 2016-03-14	Revisjonsleder: Lars Farinha
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 årsaksanalysen sammen med det korrigerende tiltaket, danner grunnlaget for å lukke avviket.	
Fare for ukontrollert utslipp var ikke blitt identifisert.	
Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):	
Absorpsjonsmaterieell til opptak av væske er bestilt. Skriftlige rutiner vil bli utarbeidet og hengt opp på veggen på lageret sammen med oversikt over farersymbolene Ansvar: Ørnulf Thorbjørnsen Frist er satt til 13.03.16	
Dato: 2016-02-04	Navn: Marit Barosen – leder økonomi
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. Effekten av tiltaket vil bli verifisert i virksomheten ved neste revisjon.	
Godkjent: 2016-03-11	Revisjonsleder: Lars Farinha

REVISJONSRAPPORT

Avvik 2 av 5: Driftskontroll, innkjøp

Avvik fra styrende dokumenter:	
NS-EN ISO 14001:2004, krevelement 4.4.6	
Avvik:	Det er mangelfullt implementert fokus på ytre miljø ved inngåelse av rammeavtaler ved kjøp av varer og tjenester med identifisering av vesentlige miljøaspekter.
Avviket er basert på følgende observasjoner:	
Observasjon: Bodø, Sentrallager Bodø, Trykkeriet Revisjonen viser at ikke er implementert fokus på ytre miljø ved kjøp av varer og tjenester, for eksempel valg av trykkeri og transporttjenester.	
Svarfrist: 2016-03-14	Revisjonsleder: Lars Farinha
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 årsaksanalysen sammen med det korrigerende tiltaket, danner grunnlaget for å lukke avviket.	
Det foreligger ikke formaliserte avtaler med eksternt trykkeri og de ulike transportørene.	
Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):	
Trykkeritjenester utføres i all hovedsak av vårt eget trykkeri. Miljødokumentasjon fra Forretningstrykk AS vil bli innhentet i løpet av februar. Ansvar: Kjetil Bull-Dahl	
I påvente av først en regionale og senere nasjonal anskaffelsesprosess på transporttjenester, har vi ikke formelle avtaler med transportørene på plass. NLSH vil uavhengig av dette innhente informasjon om miljøsertifisering og dokumentasjon fra de transportørene som vi i dag benytter. Ansvar: Kjetil Bull-Dahl	
Frist for innhenting av dokumentasjon er første halvår 2016.	
Dato: 2016-02-04	Navn: Marit Barosen – leder økonomi
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. Effekten av tiltaket vil bli verifisert i virksomheten ved neste revisjon.	
Godkjent: 2016-03-11	Revisjonsleder: Lars Farinha

REVISJONSRAPPORT

Avvik 3 av 5: Lover og forskrifter (Bodø)

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 14001:2004, kravelement 4.3.2

Avvik: Databladets krav i forhold til bruk av verneutstyr er ikke tilstrekkelig etterfulgt i forhold til kjemikalier på skyllerom

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Ved inspeksjon i forhold til avdelingens skyllerom var det gjort observasjoner av:

Kirurgisk ortopedisk klinikk: manglende datablader og enkelt verneutstyr som briller og munnbind.

Kirurgi og ortopedisk enhet: datablad var oppdatert, men verneutstyr er mangelfullt.

Ambulanse stasjonen Inndyr: manglende datablad for virkon

Ambulansestasjon Ørnes: manglende datablad for virkon

Dagenhet for HBEV: datablad var oppdatert, men verneutstyr er mangelfullt.

DPS/Allmennpsyk: manglende datablader og enkelt verneutstyr som briller

Alle avdelingene hadde virkon på skyllerom.

Svarfrist: 2016-03-14

Revisjonsleder: Lars Farinha

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 årsaksanalysen sammen med det korrigerende tiltaket, danner grunnlaget for å lukke avviket.

Manglende etterlevelse av kravene i forskrift.

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Kirurgisk ortopedisk klinikk - Kirurgi og ortopedisk enhet:

Kirurgisk ortopedisk klinikk har gjennomgått rapport og avvikene i ledergruppen den 03.03.16.

Det er bekreftet at Kirurgisk ortopedisk poliklinikk og alle sengeenheterne i Bodø (A5, A6 og B6) har fått datablader og nødvendig verneutstyr på plass på skyllerom.

Andre enheter i klinikken har påbegynt arbeidet med å få datablader og nødvendig verneutstyr på plass på skyllerom. Frist for dette er satt til 31.03.16.

Tiltak iverksatt i klinikken:

1. Gjennomgang av rapport og avvikene i ledergruppen 03.03.16
2. Avd. ledere videreformidler informasjon til sine enheter og sørger for videre oppfølging av:
 - a. Datablader på skyllerom
 - b. Nødvendig verneutstyr på plass på skyllerom.
3. Bekreftelse på utført oppdrag sendes miljøkoordinator / ass. kliniksjefer innen 31.03.16

Ambulanse stasjonene Inndyr og Ørnes:

Datablad for Virkon ble implementert i perm på stasjonene samme dag som revisjonen ble utført.

Dagenhet for HBEV:

Munnbind med visir er allerede anskaffet og benyttes

DPS/Allmennpsyk:

Datablad er skrevet ut og vernebriller er kjøpt inn.

Dato: 2016-03-03

Navn: Respektive kliniksjefer

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. Effekten av tiltaket vil bli verifisert i virksomheten ved neste revisjon.

Godkjent: 2016-03-11

Revisjonsleder: Lars Farinha

Avvik 4 av 5: Sortering av avfall

Avvik fra styrende dokumenter:	
NS-EN ISO 14001:2004, krevelement 4.3.1 , 4.3.3	
Avvik:	Det er ikke tilstrekkelig sortering av avfall i avdelingene
Avviket er basert på følgende observasjoner:	
<p>Ved inspeksjon gjenspeiler ikke kildesorteringen i avfallshåndboken praksis i avdelingene, det bla ikke tilrettelagt med dunker og merking av dunker.</p> <p>Det er for eksempel ikke godt kommunisert om det plast, mykplast, farget plast hvordan dette skal sortes. Mye av dette går i dag i restavfall.</p>	
Svarfrist: 2016-03-14	Revisjonsleder: Lars Farinha
Hva er årsaken til avviket (fylles ut av virksomhet):	
<p>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 årsaksanalysen sammen med det korrigerende tiltaket, danner grunnlaget for å lukke avviket.</p> <p>NLSH HF oppfatter avviket flerdelt. At praksis ikke følger etablert rutine er en linjeoppgave og følge opp. Linjen har sine miljøkapasiteter i Miljøkoordinator. Disse vil bli kalt inn til møte for å bli gitt god innsikt i hvilke rutiner som gjelder, og ta med denne kunnskap ut i linjeorganisasjonen. Samme kompetanse vil bli tatt med på stikkprøvekontroller for å kontrollere at forbedring skjer.</p> <p>Vi oppfatter også at det er forbedrings potensiale i både rutine og tilrettelegging for å følge denne. Avfallshåndboken revideres av avfallskomiteen, og oppgaven med forbedring og forslag til tiltak/bedrede mottaksstasjoner tillegges til komiteen.</p>	
Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):	
<p>Tiltaksplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Innen 1. kvartal 2016 samle miljøkoordinatorer for opplæring i avfallshåndboken (ansvar komiteleder). Miljøkoordinatorer gjennomfører intern opplæring Innen utgangen av 2. kvartal 2016 ha gjennomført minst 2 stikkprøver (ved flere punkter) ved hver lokasjon for at håndboken følges. Deretter kvartalsvis stikkprøve (ansvar lokal teknisk ledelse sammen med miljøkoordinator for aktuelt sted). <p>Innen 2. kvartal 2016 ha gjennomgått avfallshåndboken med henblikk på harmonisering av fraksjoner og bedre mottakspunkter. Innen 3. kvartal ha implementert (avhengig av leverandørmarkedet og omfang/økonomi) dette. (Ansvar: komiteleder)</p>	
Dato: 2016-02-04	Navn: Bernt Toldnes – Leder SDE
Korrigerende tiltak verifisert – begrunnelse for lukking av avvik (fylles ut av revisjonsleder):	
<p>Korrigerende tiltak vurderes som virkningsfullt.</p> <p>Årsaksanalysen sammen med korrigerende tiltak anses som tilfredsstillende verifikasjon for å lukke avviket.</p> <p>Effekten av tiltaket vil bli verifisert i virksomheten ved neste revisjon.</p>	
Godkjent: 2016-03-11	Revisjonsleder: Lars Farinha

REVISJONSRAPPORT

Avvik 5 av 5: Implementering av miljøsystemer

Avvik fra styrende dokumenter:

NS-EN ISO 14001:2004, krevelement 4.4.2

Avvik: Det er mangelfull implementering av miljøsystemet ved ambulansestasjonen på Ørnes

Avviket er basert på følgende observasjoner:

Personalet hadde liten kompetanse i forhold til avvik og avvikssystemet, samt mål og miljøsystemer. Det observeres at personell hadde utfordrende tilgang til datamaskin, da de måtte ut av bygget og inn i kjelleretasje for å kunne logge seg på pc.

Svarfrist: 2016-03-14

Revisjonsleder: Lars Farinha

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 årsaksanalysen sammen med det korrigerende tiltaket, danner grunnlaget for å lukke avviket.

Det har ikke vært tilstrekkelig fokus på ytre miljø fra leder ved Ørnes stasjon.

Gjennomførte korrigerende tiltak (fylles ut av virksomhet):

Ytre miljø har blitt et fast punkt på personalmøter slik at samtlige holder seg oppdatert og erverver/vedlikeholder kompetanse. Har blitt mer fokus på avvik og avvikshåndtering, slik at vi nå opplever mye flere avvik enn tidligere. Avvik av allmenn interesse blir også tatt opp i personalmøter. Vi vil påny vurdere om det kan etableres en stasjonær pc i oppholdsrom 2 etg, istedenfor for trådløs nett.

Dato: 2016-03-03

Navn: Helmer Jakobsen – klinikksjef

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. Effekten av tiltaket vil bli verifisert i virksomheten ved neste revisjon.

Godkjent: 2016-03-11

Revisjonsleder: Lars Farinha

Anbefalinger fra oppfølgingsrevisjonen

Anbefaling 1 av 16: Opplæring av verneombud/miljøkoordinatorer (HR)

Det anbefales opplæring av vernebudene gjøres hvert år for å sikre kompetansen holdes ved like. Samt det også anbefales at miljøkoordinatorene hvis mulig blir med verneombudene på vernerundene for å lære av hverandre for å få et ytterligere fokus på ytre miljø. Dette bør sikres via en opplæringsplan etc.

Anbefaling 2 av 16: Personalmøter og ytre miljø

Observasjon:
Bodø: Kirurgisk og ortopedisk klinikk/kir/ort polkl.
Bodø: Sentrallager
Bodø: Hode- og bevegelsesklinikken/dagenhet for HBEV

Personalmøter holdes uten at ytre miljø er et fast pkt på agenda. Det anbefales at ytre miljø settes som et fast punkt for å sikre framdriften på miljømålene og øke miljøforståelsen.

Anbefaling 3 av 16: Opplæring av datablader

Observasjon:
Bodø: Sentrallager
Det anbefales at gjennomføres en opplæring av de ansatte på lager ettersom det håndteres mange kjemikaler som er farlig for helse og ytre miljø ved et uhell.

Anbefaling 4 av 16: Avvik

Observasjon:
Det har blitt registret 20-30 miljøavvik siste 12 måneder. Ut fra antall ansatte så kan det tyde på en underrapportering

Anbefaling:
Dette anbefales at det bør gjøres ekstra tiltak fra ledelsens sin side for å styrke kompetansen på de ansatte så de får enda bedre forståelse når de skal skrive avvik og hvorfor.

Anbefaling 5 av 16: Evaluering av leverandører* (Bodø, innkjøp)

Innkjøps avdelingen samarbeider med sentral-lagret. Det bør vurderes å evaluere leverandører i forhold til emballasje, og gi leverandør tilbakemelding på leveranse i forhold til for eksempel mye emballasje, skifte av emballasje osv.

Anbefaling 6 av 16: Info. om miljøvennlige produkter på innkjøp Bodø

Det er lagt inn grønn trekant for miljøvennlige produkter, men ansatte i avdelingene er lite opplyst og informert om dette.

Anbefaling 7 av 16: Plastkopper i møterom (Kv. Barnklinik/barnemed. B)

I den nye fløyen er det utstyrt med engangsutstyr i forhold til drikke kommer. Her er det tilrettelagt for ansatte å bruke engangsutstyr. Det bør vurderes om ansatte kan skape en kultur på å ta med egne kopper til møtet.

REVISJONSRAPPORT

Anbefaling 8 av 16: Interne revisjoner på lager i avdelinger (Bodø)

Det bør vurderes internrevisjon av lager i avdelinger, da det kan vurderes om det gjøres bestillinger av større kvantum av produkter som blir liggende til utgått dato og må kasseres.

Anbefaling 9 av 16: Emballering av produkter som kjøpes (Bodø)

Det er viktig at sentral forsyning og ansatte i avdelingene som pakker ut produkter gjør vurderinger i forhold til emballasje som er i overkant ekstra emballert, slik at leverandør får tilbakemelding.

Anbefaling 10 av 16: Bestilling av varer internt og ekstern leverandør (B)

Innkjøp bør vurdere om det gjennom bestillingene hos eksternleverandør varesortiment som brukes i stort antall eller av mange avdelinger, bør være i intern innkjøpsguide for å spare transportering.

Anbefaling 11 av 16: Miljøavvik og forbedringsforslag

Observasjon:

Senter for drift og eiendom /Renhold og Kjøkken/kantine, Prehospital klinikk /Bilambulans /Gravdal & Svolvær

Det observeres lite omforent enighet om hva et miljøavvik er, samt behov for å bevisstgjøre de øvrige ansatte om hva som er miljøavvik.

Anbefaling: Vurder om det bør vurderes å gjenta den e-læringen man har utført i felles møte og samtidig definere miljøavvik som er relevant for mål og miljøarbeidet man skal utføre.

Observasjon: *Senter for drift og eiendom/Renhold*

Det benyttes en egen skriveblokk med forbedringsforslag (som benyttes i renhold). Disse er ikke registrert i systemet elektronisk, men leveres avdelingsleder.

Anbefaling: Vurder om det bør legges inn som eget punkt å registrere flere forbedringsforslag i selve handlingsplanen og videre inn i meldingssystemet.

Anbefaling 12 av 16: Modenhetsvurdering

Observasjon: *Senter for drift og eiendom /Renhold og Kjøkken/kantine*

Det observeres og bekreftes at man først nylig er informert om at man skal etterleve miljømålene med påfølgende handlingsplaner. Det er f.eks. nytt å utforme handlingsplan for 2016, hadde ingen i 2015. Forventninger til innarbeidede mål og arbeid for å nå disse er ikke forenlige med å være sertifisert i 1 år allerede.

Anbefaling 13 av 16: Sikkerhetsdatablad skyllerom

Observasjon: *Diagnostisk klinikk/Laboratoriet Vesterålen*

På skyllerom er det ikke tilrettelagt slik at man enkelt kan få tak i rett datablad ved uhell, (med datablad for de kjemikalier som der er i bruk). Datablader er samlokalisert i en egen ringperm.

Anbefaling: Vurder om det kan monteres hensiktsmessig løsning for datablader slik at de er visuelle og lett kan tas med om uhell oppstår.

Observasjon: *Kvinne / barn-klinikk / Lofoten*

Det ble observert i skyllerom at permen med sikkerhetsdatablader er noe vanskelig tilgjengelig dersom uhell skulle inntreffe og datablad er nødvendig.

Anbefaling: Vurder om man kan forbedre databladenes tilgjengelighet, som foreslått laminert, og gjøres lett å ta med ved uhell.

Anbefaling 14 av 16: Avfallsbeholdere

Observasjon: *Diagnostisk klinikk/Radiologisk. enh Vesterålen*

Det observeres på rom H1360, at det er benyttet gamle «uegnede» avfallsbeholdere i mangel av at nye lovet ikke er på plass. Dette ble det utformet miljøavvik på i Docmap og senere lukket uten at avfallsdunker er på plass. (Avviksnr 655901 datert 10/09/2014)

REVISJONSRAPPORT

Anbefaling: Vurder om det skal registreres som nytt avvik eller om det er annet tiltak som skal til for å komme på plass med avfallsdunker tilpasset rom H1360 slik det var ment.

Anbefaling 15 av 16: Miljøkoordinator

Observasjon: *Diagnostisk klinikk/Radiologisk. enh Vesterålen*

Det opplyses revisor at det savnes noe mere veiledning i målutforming og handlingsplaner. Videre opplyses at det er nylig oppnevnt ny miljøkoordinator.

Anbefaling: Vurder om miljøkoordinator bør inviteres til avdelingsmøter og bli kjent med enhetens utfordringer, miljøarbeidet som pågår og som vedlikeholdes. Vurder om det bør søkes hjelp til å tallfeste bedre de mål satt i handlingsplanen for 2016.

Anbefaling 16 av 16: Måloppnåelse

Observasjon: *PHR BUPA/BUP Vesterålen*

Det observeres at utskrifter foregår på enkeltside format, mål er tosiders og det er varierende suksess med å få dette til.

Anbefaling: Vurder om det bør registreres avvik på ovenstående observasjon, samt forbedre sikker id utskrift til å ivareta dobbeltside utskrift som standard.


Gransket dokumentasjon i oppfølgingsrevisjonen

Ledelsens gjennomgang ytre miljø 11 januar 2016
Møtereferat direktørens ledergruppe 15.9.2015
Samsvarsvurdering 11 januar 2016
Miljøregnskap 2015
Risikovurdering av kjemikaler til avløpsvann
Avtale Retura IRIS 01.04.2014-31.03.2016
Oversikt over HMS datablad, Sentrallaboratoriet
Avfallshåndbok
Beredskapsplan brann Sentrallager
Handlingsplan Avdeling for drift og ortopedi
AMU sak 68/2015 Plan for resertifisering ISO 14001
Mål og handlingsplan for Sentrallaboratoriet 2015
Handlingsplan Kirurgisk ortopedisk poliklinikk
Samsvarsvurdering Diagnostisk klinikk Preanalytisk enhet 16.11.15
Handlingsplan Ambulant akutteam, Salten DPS 27.11.14
Lokal miljømål og handlingsplan for KFS Bodø
Personalmøte KSF Bodø
Årshjul KSF Bodø
Lokal miljømål og handlingsplan Dagenheten B5
Lokal miljømål og handlingsplan Salten DPS Psykisk helse og rusklinikken 2015
Stoffkartotek sentral laboratoriet
Opplæringsdokument DSX serologi
Konkurransesgrunnlag sterilsentral
1004 Konkurransbestemmelser
Nordlandssykehuset HF, enterprise K230
Utbyggingsprosjektet Byggetrinn 2, fase 3
Årshjul HAB team fro voksne
Opplæring verneombud 40 timers kurs
Rollebeskrivelse av miljøkoordinator
Innkjøp av varer system It
Opplæringsplan for kirurgisk avdeling B6 og A5
Avviksmeldeskjema
Datablader avd. A5
Opplæringsplan for nyansatte kri. Orto
Føde avd. regnskap miljø
Føde opplæring nyansatte
Liste over gjennomført personell, føde, ambulanse stasjoner, bup ørnes
Kvinne barn, handlingsplan
Sterilsentralen, opplæringsplan
Handlingsplan sterilsentralen
Datablad, Bup ørnes
Vernerunde Inndyr 2015
Opplæring for nyansatte Inndyr, og Ørnes
Utskrifts rapport – Avvik, MILJØ, Manglende avfallsdunker på rom H1360, Id:655901, Radiologisk enhet Vesterålen NLSH
Miljømål Medisinsk klinikk avd R4 for 2016, datert 27.01.2016
Målbeskrivelse med miljømål for laboratoriet Vesterålen dok# MS0767 ver.1 gyldig fra 15.01.2016
Avfallshåndtering Laboratoriet i Vesterålen, dok# PR39691 Ver. 2 Gyldig fra 28.01.2016
Handlingsplan miljø 2016, Senter for drift- og eiendom/Renhold, Lofoten
Handlingsplan miljø 2016, Senter for drift- og eiendom/Kjøkken/kantine, Lofoten
Miljømål og plan for Prehospital klinikk/Bilambulanse/Gravdal
Miljømål og handlingsplan – Overvåking, mottak og DK, Dok#MS0612, Gyldig fra 23.11.2015



Samsvarsvurdering
2015 - NLSH helhet.c

Deltakere ved oppfølgingsrevisjonen

Navn	Tittel	Åpnings- møte	Intervju	Slutt- møte
Steinar Vaag	Senior rådgiver	X(L)	X(L)	X(L)
 SCAN0039.PDF		X	X	X

L = Ledsager i henhold til NS-EN ISO/IEC 17021:2011