



Styresak 083-2017

Orienteringssak - Godkjent resertifisering av DNV ISO14001 - Ytre Miljø

Saksbehandler: Gunn-Kristin Hanssen Ringdal

Dato dok: 28.09.2017

Møtedato: 04.10.2017

Vår ref: 2017/2966

Vedlegg (t): Revisjonsrapport, systemsertifisering ISO 14001:2015

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Bakgrunn:

Nordlandssykehuset HF ble i januar 2015 sertifisert etter ISO14001:2004 – Ytre miljø av NEMKO. I september 2015 ble ISO14001-standarden revidert og alle foretak med godkjent sertifikat på gammel standard, måtte gjennomføre en ny sertifisering etter den nye ISO-standarden før 2018. I april 2017 gjennomførte DNV-GL (Det Norske Veritas) en revisjon etter den nye standarden for miljøstyring (ISO14001:2015) på lokasjoner i Bodø, Gravdal og Stokmarknes.

Revisjonen ble gjennomført 24-27 april 2017, og det ble funnet 4 avvik i kategori 2 (mindre avvik), 15 observasjoner og 2 forbedringsmuligheter. Det ble sendt framdriftsplan for lukking av avvikene innen fristen. Dette ble godkjent av DNV.

Det gjennomføres prosesser internt i Nordlandssykehuset i forhold til de 15 observasjoner og 2 forbedringsmuligheter som DNV har kommet med.

Nordlandssykehuset HF er sertifisert etter nye ISO14001:2015 miljøstyring standard. Nordlandssykehuset viderefører arbeidet med «Miljøstyring» i 2017 fram mot ny revisjon våren 2018.

Direktørens vurdering:

Direktøren er fornøyd med at Nordlandssykehuset nå er Miljøsertifisert etter den nye standarden ISO14001:2015 og med det systematiske arbeidet som gjøres innenfor miljøstyringsarbeidet i foretaket.

1. Innledning

I sin hovedkonklusjon fokuserer Den Norske Veritas på følgende forhold:

Positive indikasjoner

- Det er utarbeidet miljømål og handlingsplaner på alle nivåer i foretaket.
- Kommunikasjon foregår i linjeledelsen.
- Ledelsen viser et klart og tydelig engasjement, og det er stor grad av ansvarliggjøring i linjene, noe også gjennomføring av ledelsens gjennomgang synliggjør.
- Det arbeides med en strategisk utviklingsplan der også ytre miljø vil være et av punktene.

Hovedområder for forbedring

- Utvide interessentanalysen og se på hvilke tiltak som må iverksettes i forbindelse med risiko og muligheter.
- Forbedre miljøaspektkartleggingen og vurdere eventuell livsløpsperspektiv til vesentlige aspekt.
- Tydeliggjøre kommunikasjon, både eksternt og internt.
- Kjennskap til handlingsplaner kan bli bedre gjennom kommunikasjon og opplæring.

De fire hovedområder for forbedring er sammenfallende med de fire mindre avvik:

1. Interessentanalyse

Kommentar fra DNV:

Foretaket har kartlagt interessenter, men den er ikke fullstendig da den mangler flere åpenbare interessenter, som f.eks. RHF.

Det framkommer også under revisjonen ved flere klinikker/avdelinger/enheter at oversikt over forventninger og behov fra lokale interessenter med risikovurderinger og tiltaksplaner er mangelfull. Det er et krav i interne rutiner at alle klinikker/avdelinger/enheter skal identifisere interessenter som er aktuelle på et lavere nivå, f.eks. avfallsselskap.

Tiltak hos Nordlandssykehuset HF og status på dette er:

Korrigerende tiltak er godkjent av DNV. Dokumentasjon skal oversendes DNV innen 1.oktober, i henhold til avtalt framdriftsplan.

Ferdigstillelse og implementering følges opp ved neste års revisjon.

2. Miljøaspekter

Kommentar fra DNV:

Foretaket har kartlagt sine aktiviteter og dets påvirkning på ytre miljø. En større kartlegging ble gjort i forbindelse med første gangs sertifisering, og deretter er det gjort en vurdering/revidering årlig. Kartleggingen har noen mangler:

- det framkommer ikke hva som gjør at et aspekt defineres som et vesentlig aspekt.
- det er uklart om alle aktiviteter er kartlagt, f.eks. vedlikehold av bygninger, grøntareal.
- begrepsbruken av aktivitet, aspekt og miljøpåvirkning er ikke entydig

- det er ikke dokumentert vurdering knyttet til livsløpsperspektiv for vesentlige aspekt, f.eks ved resirkulering av utstyr (medisin teknisk).

Tiltak hos Nordlandssykehuset HF og status på dette er:

Ny revidert framdriftsplan med knappere frister er verifisert og akseptert av DNV, men revisor ber om tilbakemelding av aspektkartleggingen innen 1. oktober.

Ny miljøaspektkartlegging er gjennomført og vil bli oversendt DNV innen 1.oktober.

3. Lovkrav og samsvarevaluering

Kommentar fra DNV:

En samsvarevaluering skal vise om praktisk utførelse er i henhold til interne rutiner, lovkrav og forskriftskrav. Det gjøres samsvarsvurderinger på ulike nivå i foretaket, men metodikken som danner grunnlag for evalueringen er ikke definert i prosedyren, PR35926, f.eks. bruk av resultater fra interne revisjoner, vernerunder og andre miljøregistreringer.

Det benyttes en sjekklister, men denne er ikke dekkende med tanke på alle lovkrav, f.eks. mangler tankforskriften, strålevernforskriften og CLP-forskriften, og det kan dermed heller ikke dokumenteres samsvar til disse kravene.

Tiltak hos Nordlandssykehuset HF og status på dette er:

Tankforskriften og strålevernforskriften er tatt inn i Miljøhåndboken. CLP-forskriften, forskrift om klassifisering, merking og emballering av stoffer og stoffblandinger er tatt inn i Avfallshåndboken; 7. Lovverk og Forskrifter, 9.HMS Stoffkartotek for Nordlandssykehuset HF.

Gjennomførte tiltak er godkjent av DNV. Implementering vil bli verifisert ved neste revisjon.

4. Kjemikaliehåndtering

Kommentar fra DNV:

Det framkommer under revisjonen ved flere klinikker/avdelinger/enheter at kjennskap til Eco Archive, risiko- og substitusjonsvurdering av kjemikalier er varierende. I tillegg, kjemikalier som brukes på disse stedene er ikke i 100% samsvar med hva som finnes i Eco Archive eller med hva som er lagret i mappe lokalt. Noen av kjemikaliene vises som "utgått"

Tiltak hos Nordlandssykehuset HF og status på dette er:

Tilleggsinformasjon er mottatt på mail fra Senter for drift og eiendom: «Avfallshåndboken» beskrivelser i kap. 9 HMS Stoffkartotek for Nordlandssykehuset HF er forbedret og nå med forsterket tekst og henvisninger. Det er foretatt intern opplæring av ansatte ved vernetjenesten.

Gjennomførte tiltak er godkjent av DNV. Implementering vil bli verifisert ved neste revisjon.



RC RAPPORT

Nordlandssykehuset HF

Systemsertifisering

ISO 14001:2015

Start- og sluttdato:

24. – 27. april 2017

Prosjektnummer:

PRJC-546816-2016-MSC-NOR

DNV GL Teamleder:

Åshild Linnestad Larsson

Revisjonsteam:

Rafi-ud-Din Khawaja, Åshild Linnestad Larsson

Innhold

Introduksjon.....	3
Generell informasjon	4
Resultater fra fokusområdene	5
Generell oppsummering	6
Funn fra revisjonen.....	7
Konklusjon.....	8
Neste revisjon.....	9
Vedlegg A - Håndtering av avvik	10

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 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

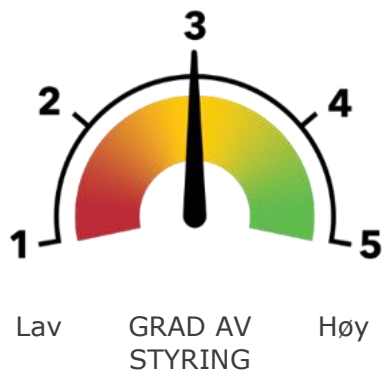
Forbehold

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

Implementering av ISO 14001:2015



Positive indikasjoner

- Det er utarbeidet miljømål og handlingsplaner på alle nivåer i foretaket.
- Kommunikasjon foregår i linjeledelsen.
- Ledelsen viser et klart og tydelig engasjement, og det er stor grad av ansvarliggjøring i linjene, noe også gjennomføring av ledelsens gjennomgang synliggjør.
- Det arbeides med en strategisk utviklingsplan der også ytre miljø vil være et av punktene.

Hovedområder for forbedring

- Utvide interessentanalysen og se på hvilke tiltak som må iverksettes i forbindelse med risiko og muligheter.
- Forbedre miljøaspektkartleggingen og vurdere eventuell livsløpsperspektiv til vesentlige aspekt.
- Tydeliggjøre kommunikasjon, både eksternt og internt.
- Kjennskap til handlingsplaner kan bli bedre gjennom kommunikasjon og opplæring.

Generell oppsummering

Hovedinntrykk fra revisjonen utenom fokusområdene

Positive indikasjoner

- Engasjerte ansatte som er bevisste på egen aktivitets miljøpåvirkning
- Det tilrettelegges for utstrakt avfallssortering, og matavfall introduseres som en ny fraksjon første halvår 2017.
- Utstrakt bruk av erfaringsoverføring mellom klinikkene i forbindelse med miljøarbeidet.
- Foretaket har redusert sitt karbonfotavtrykk de siste årene gjennom implementering av større bygg og renovasjonsprosjekter, f.eks bytte av vinduer, energiklassifisering av bygninger, diesel er byttet ut med gass (Vesterålen), implementering av automatisk styringssystem (Vesterålen), oljefyring er erstattet med fjernvarme.

Hovedområder for forbedring

- Rutiner vedrørende kjemikaliehåndtering må forbedres.
- Meotikken for samsvarevaluering må beskrives, og foretaket må sikre at alle lovkrav er ivaretatt.
- Det er lite rapportering av miljøavvik i foretaket, og tiltak for å øke rapporteringsgraden bør iverksettes.
- En kartlegging av utslipp av miljøskadelige stoffer til avløp bør vurderes slik at foretaket har oversikt over hvilke utslipp man har i dag, og bruke eventuell reduksjon til å synliggjøre foretaket miljøprestasjon.

Funn fra revisjonen

Antall avvik identifisert under denne revisjonen	4
Antall kategori 1 (vesentlige) avvik:	0
Antall kategori 2 (mindre) avvik:	4
Antall observasjoner identifisert under denne revisjon:	15
Antall forbedringsmuligheter identifisert under denne revisjonen:	2
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) Antall avvik fra forrige revisjon som fortsatt ikke er lukket.

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 **15.08.2017**. Se "Definisjon av funn og betingelser for håndtering av avvik". Det anbefales også å behandle og gi tilbakemelding på eventuelle observasjoner.
- Revisjonsleder vil innstille til fornyelse av sertifikat når korrigerende tiltak for alle avvik er gjennomgått, godkjent og avvik lukket.
- Etter en evaluering av bl.a. organisasjonsstruktur, lokasjoner, prosesser og produkter/tjenester anses sertifiseringsomfanget som hensiktsmessig.
- Revisjonen avdekket ingen vesentlige problemstillinger som påvirker det periodiske revisjonsprogrammet (PAP) for gjeldende sertifiseringssyklus.
- 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: Uke 21/2018

Fokusområder for neste revisjon (foreslåtte):

- Foretakets ledelse bes sette fokusområde.

Vedlegg A - 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