



Styresak 069-2018

Orienteringssak: Godkjent periodisk revisjon av ISO 14001:2015 - Miljøstyring

Saksbehandler: Sverre Sittlinger

Dato dok: 30.09.2018

Møtedato: 08.10.2018

Vår ref: 2018/1651

Vedlegg (t): NordlandssykehusetHF-P1_Management summary report

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Bakgrunn:

DNV GL gjennomførte i uke 21 2018 periodisk revisjon av foretakets system for miljøledelse for å vurdere om styringssystemet blir fulgt opp og vedlikeholdt i henhold til *ISO 14001:2015*

Ledelsessystemer for miljø. Fokusområde for revisjonen var *Effektivt lederskap og forpliktelse*.

Revisjon gikk over to dager med befaring og intervjuer i Bodø, og intervju via Skype med ansatte i Lofoten og Vesterålen. Revisjonsteamet fra DNV GL intervjuet administrerende direktør og ledergruppen. I tillegg ble det gjennomført revisjon med befaring og intervju på fire av klinikkene, Økonomiavdelingen og Senter for drift og eiendom.

Direktørens vurdering:

Styret tar saken til orientering.

1. Innledning

DNV GL fant under revisjonen to mindre avvik (kategori 2), åtte observasjoner og to forbedringsmuligheter. Sertifikatet er fortsatt gyldig under forutsetning av at identifiserte avvik blir behandlet på en tilfredsstillende måte. Som følge av det positive revisjonsresultatet vil det ikke være behov for en oppfølgingsrevisjon.

Foretakets tilsvarende på funn og plan for lukking av avvik og oppfølging av observasjoner er behandlet og godkjent av DNV GL. Fem av funnene er lukket. Tiltakene som er beskrevet for avvikene er av DNV GL vurdert som hensiktsmessige og godkjent. Disse blir verifisert av DNV GL ved neste periodiske revisjon i 2019.

Nordlandssykehuset følger opp observasjoner og forbedringsmuligheter internt.

2. Resultat fra revisjon

Fokusområde 1 effektivt lederskap og forpliktelse

Indikator for fokusområdet ble av DNV GL vurdert til fire på en skala fra 1-5, hvor en er lav grad av styring og fem er høy grad av styring. Som positive indikasjoner ble blant annet foretakets endringsledelse vurdert som meget bra. Godt fokus og forankring av miljøarbeid hos ledelsen blir også trukket frem som positive indikasjoner.

Fokus på miljø i arbeidet med å påvirke leverandører og dokumentasjon av interessepartsanalyser ble trukket frem som hovedområder for forbedring.

Revisjonen utenom fokusområdene

Som positiv indikasjon viser DNV GL blant annet til foretakets tiltak for å redusere strømforbruk. Det vises også til den systematiske opplæring innen miljø som gjøres på Diagnostisk klinikk.

Oppdatering av miljømål samt utvikling av meldekultur knyttet til miljøavvik er trukket frem som hovedområder for forbedring.

Avvik

Revisjonen avdekket to mindre avvik (kategori 2 funn)

1. Miljømål
 - a. Foretaket bør oppdatere sine miljømål. Det finnes noen mål i dokumentet «Miljømål 2018» som ikke er relevant da målene er oppnådd. ISO standard krever at organisasjonene oppdaterer sine miljømålene ved behov og at handlingsplaner oppdateres i samsvar med miljømålene.
2. Meldekultur og håndtering av avvik
 - a. Det er fortsatt lav grad av rapportering på miljøavvik. Foretaket har hatt en rekkefølge av aksjoner tidligere for å utvikle meldekultur på avvik.

Miljømålene for foretaket vil bli revidert i høst og handlingsplanene vil bli oppdatert i samsvar med målene.

For å forbedre meldekultur vil det bli iverksatt tiltak som kan bidra til å øke bevisstheten og kunnskapen knyttet til å melde avvik og forbedringsforslag knyttet til miljø, samt synliggjøre hvordan miljøavvik og forbedringsforslag brukes i forbedringsarbeid.

Tiltakene som er beskrevet for å lukke avvikene er av DNV GL vurdert som hensiktsmessige og godkjent. Disse blir verifisert av DNV GL ved neste periodiske revisjon i 2019.

P1 Rapport

Nordlandssykehuset HF

Systemsertifisering

ISO 14001:2015

Start- og sluttdato	24/01/2018 - 24/05/2018
Prosjektnummer	PRJC-546816-2016-MS-C-NOR
DNV GL Teamleder	Rafi-ud-Din Khawaja
Revisjonsteam	Anèe Hvass, Åshild Linnestad Larsson



Innhold

Introduksjon	3
Generell informasjon	4
Resultater fra fokusområdene	5
Generell oppsummering	6
Funn fra revisjonen	7
Konklusjoner	8
Neste revisjon	9
Vedlegg A - Revisors uttalelser	10
Vedlegg B - Håndtering av avvik	11

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 kontraktmessige 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

208917-2016-AE-NOR-NA (Issued/Current) - ISO 14001:2015:
Sykehusdrift og pasientbehandling inkludert forskning og utdanning.

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

Effektivt lederskap og forpliktelse



Positive indikasjoner

- Endringsledelse er meget bra (f. eks. planlegging, risikovurdering samt bruk av kompetanse modulen når det blir relevant).
- Strategiske utviklingsplan 2017-2035 er laget (risikovurderinger er tatt på strategiske forum som er vurdert hvert fjerde år; forbedringsarbeid er en av de viktigste tema på strategiske forum.
- Interessepartanalyse gjort på klinikk nivå.
- KVAM gruppa møter fire ganger i året, mest fokus på miljørelevante temaer i de møtene tatt i tredje og fjerde kvartal. Tilbakemelding fra KVAM er tatt i ledelsens gjennomgang på klinikk/enhets nivå, og videre til ledelsens gjennomgang som er gjennomført på øverst nivå.
- Klinikkledeledelsen i Diagnostisk klinikk har fokus på miljø og dette formidles med konkrete tiltak i lederlinjen.
- Ledelsen i Prehospital klinikk har fokus på kommunikasjon med en krevende logistikk på mange lokasjoner.
- I Ortopedisk klinikk har ass. klinikkleder miljøkoordinatoransvaret. Det gir et tydelig signal om at miljø er en prioritet. Dette følges videre i lederlinjen.

Hovedområder for forbedring

- Påvirkning på miljø overfor leverandører kan gjerne ha et større fokus. Dersom det kommer krav fra både kliniske miljøer, innkjøp i anbudsprosessen og likeledes sørge for ressursperson med miljøfokus er en del av utarbeidelse av kravspesifikasjon. Vær tydelig på krav til interessenter.
- Foretaket kan bli bedre med dokumentasjon på interessepartanalyse samt at endringer i

disse har vært et tema i ledelsens gjennomgang.

Generell oppsummering

Hovedinntrykk fra revisjonen utenom fokusområdene

Positive indikasjoner

- Foretaket har implementert flere tiltak til å redusere strømforbruk. De har reduksjon på ca 3.5 Gwh etter nytt bygg i Vesterålen og flere tiltak på Lofoten. I tillegg Bodø har gått på fjernvarme; pluss alt av olje forbruk er borte (bare reservekraft går på olje).
- På Preanalytisk enhet og Sentrallaboratoriet er det systematisk opplæring i forhold til miljø. NLSH-LAB i O3 gir en oversikt over hvilke prosedyrer og rutiner det skal gjennomgås i opplæringsportalen. Det er eget fokus på hvilket avvik som kan/ skal meldes som miljøavvik.

Hovedområder for forbedring

- Når det gjelder miljøaspekter er eksempelvis svinn på lager et aspekt. Det kan vurderes hvordan dette kan følges opp og synliggjøres som en miljøgevinst i forhold til reduksjon av svinn.
- Foretaket må oppdatere sine miljømålene ved behov og sørge for at handlingsplaner er også oppdatert og er i samsvar med organisasjonens oppdaterte miljømålene.
- Det er fortsatt lav grad av rapportering på miljøavvik. Foretaket har tatt en rekke av aksjoner tidligere til å utvikle meldekultur på avvik. Det er forventet at virkningsgrad av disse tiltakene er vurdert underveis.

Funn fra revisjonen

Antall avvik identifisert under denne revisjonen	2
Antall kategori 1 (vesentlige) avvik:	0
Antall kategori 2 (mindre) avvik:	2
Antall observasjoner identifisert under denne revisjon	8
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. 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.
- Sertifikatet er fortsatt gyldig under forutsetning av at identifiserte avvik blir behandlet på en tilfredsstillende måte.
- I henhold til vilkårene under "Håndtering av avvik" må organisasjonen gi tilfredsstillende tilbakemelding på avvik innen fristen fastsatt av teamleder: 22/08/2018
- Selv om det ikke er et krav anbefales det 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, 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 fra 31.08.2017 ble gjennomgått. Disse gjenspeiler en prosess som med unntak av avvik i funnlisten, tilfredsstillende standardens krav.

Virkingen av prosessene for interne revisjoner

Program for interne revisjoner for perioden 2016 - 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. Gjennomgangen avdekket ingen avvik i forhold til standardens krav.

Oppdatering av styringssystemet tilpasset endringer i organisasjonen.

Det er ikke foretatt vesentlige endringer i organisasjonen som skulle tilsi behov for endringer i ledelsessystemet. Ledelsessystemet anses å være tilpasset organisasjonen.

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 ingen avvik relatert til overholdelse av relevante krav i lover og forskrifter og kunde krav.

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 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.

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 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 gjentakelse 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?

Meld deg på her: <http://www.dnvgviewpoint.com/register>
Also visit our blog on goingsustainable.com