



Styresak 082-2019

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

Saksbehandler: Sverre Sittlinger

Dato dok: 25.09.2019

Møtedato: 07.10.2019

Vår ref: 2019/7026

Vedlegg (t): NordlandssykehusetHF_P2_Management Summary Report_2019-06-21

Innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Bakgrunn:

DNV GL gjennomførte i 17. og 18. juni 2019 periodisk revisjon av Nordlandssykehuset HF sitt system for miljøledelse for å vurdere om styringssystemet blir fulgt opp og vedlikeholdt i henhold til *ISO 14001:2015 Ledelsessystemer for miljø*. Foretaket ble sertifisert i henhold til gjeldende standard i 2017. Certifikatet er gyldig for tre år om gangen.

Årets revisjon er siste periodiske revisjon før resertifisering til neste år. Fokusområde for revisjonen var *Avfallshåndtering*. Revisjon gikk over to dager med befaring og intervjuer i Bodø. Revisjonsteamet fra DNV GL intervjuet ledergruppen. I tillegg ble det gjennomført revisjon med befaring og intervju på fire av klinikkene og Senter for drift og eiendom.

Direktørens vurdering:

Foretaket har gjennom etablerte styringssystem god kontroll, etablerte rutiner og styring som sikrer at en etterlever kravene i standarden. Det anbefales at styret tar saken til orientering.

1. Innledning

DNV GL fant under revisjonen seks mindre avvik (kategori 2), ti 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 oversendt DNV GL. Foretaket venter på tilbakemelding fra DNV GL på om tiltakene godkjennes.

Nordlandssykehuset følger opp observasjoner og forbedringsmuligheter internt.

2. Resultat fra revisjon

Fokusområde avfallshåndtering

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 ansattens høye grad av bevissthet rundt behandling av avfall trukket frem. Foretaket sin avfallshåndbok med beskrivelse av prosesser for håndtering av avfall er sammen med hvordan innholdet i håndboken er integrert som krav i kompetansemodulet og del av lederopplæringen trukket fram som positivt.

Varierende praksis på hvordan avfallsbøtter er merket på ulike avdelinger blir trukket frem som et forbedringsområde.

Revisjonen utenom fokusområdene

Som positiv indikasjon viser DNV GL blant annet til at alle klinikker, stab og sentre har miljøindikatorer, og at foretaket har evne til å følge opp manglende oppnåelse av miljømål gjennom avvik og forbedringsforslag. Det vises også til at noen av avdelinger har etablert egen team knyttet til arbeid med avvik og forbedringer.

Endring av prosess knyttet til identifisering og kartlegging miljøaspekter slik at det er i henhold til standard trukket, arbeid med miljømål, samt forbedringer og oppdatering av skjema og maler er frem som et hovedområde for forbedring.

Hovedområder for forbedring

- Identifisering av miljøaspekter og kartlegging av de vesentlige ble ikke gjennomført i henhold til standarden.
- Det er behov for forbedringer relatert til ytre miljø forhold i referatmal som brukes av kvalitet og arbeidsmiljøgrupper (KVAM).
- Det er behov for oppdatering av skjema for samsvarsevaluering.
- Målene på Klinikk/avdelings nivå må være i tråd med de overordnede miljømålene for foretaket.
- Det er varierende grad av dokumentasjon fra interne revisjoner, KVAM og ledergruppen møter.

- Tankforskriften krever at den som er ansvarlig for lagringen og tilknyttede aktiviteter, skal sørge for at miljørisikoen forbundet med lagringen av farlige kjemikalier og farlig avfall analyseres.
- Avfallshåndboka inneholder et kapittel som omtaler PCB i vinduer men det er ikke der gitt at dette er fulgt opp ved hele helseforetaket.

Oppfølging av funn

For å sikre at identifisering og kartlegging av miljøaspekter er i henhold til standarden er det iverksatt revisjon av prosedyrer og dokumentasjon som vil bli fullført i løpet av høsten.

Praksis knyttet til driftskontroll av tanker er under revidering og vil være ferdigstilt i løpe av høsten.

Funn knyttet til mål og handlingsplaner, samt funn knyttet til manglende dokumentasjon av oppfølging av funn internrevisjon er iverksatt.

Foretaket venter på tilbakemelding fra DNV GL på om tiltakene godkjennes.

P2 Rapport

Nordlandssykehuset HF

Systemsertifisering

ISO 14001:2015

Start- og sluttdato	2019/06/17 - 2019/06/18
Prosjektnummer	PRJC-546816-2016-MSC-NOR
DNV GL Teamleder	Rafi-ud-Din Khawaja
Revisjonsteam	Morten Taraldsvik



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 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

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.

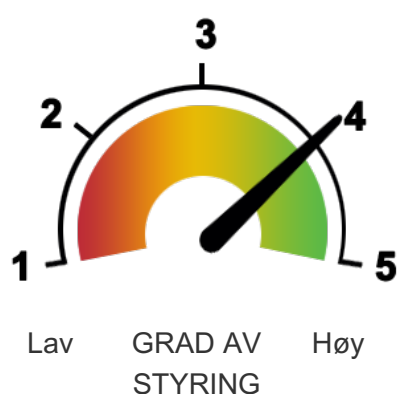
Forbehold

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

Avfallshåndtering: Sortering av avfallsfraksjoner, systemer på plass, og rutiner for opplæring



Positive indikasjoner

- Det er etablert en avfallshåndbok for sykehuset som beskriver sykehuset håndtering av avfall. Det genereres mye avfall ved sykehus og det er vesentlig at det er gode prosesser for håndteringen.
- Opplæring på avfallhåndboka er inkludert i Kompetanse Modulen. I tillegg er ytre miljø en del av lederopplæringen.
- Høy grad av bevissthet om avfall hos ansatte ved reviderte enheter. Særsilt risikoavfall.
- Ved stikkprøvekontroll ble det ikke avdekket mangelfull sortering eller feilsortering.
- Høyt fokus på reduksjon av kontrastvæske.

Hovedområder for forbedring

- Varierende rutiner på forskjellige avdelinger/enheter hvordan avfall dunker/bøtter er merket. Behovet for sentralstyrt merking kan vurderes og implementeres.

Generell oppsummering

Hovedinntrykk fra revisjonen utenom fokusområdene

Positive indikasjoner

- Alle Sentere og Staber har miljøindikator
- Foretaket har en strategisk utviklingsplan. Rapportering på dette skjer tertialvis.
- Foretaket har evne til å skrive avvik eller forbedringsforslag med en tiltaksplan dersom enkelte miljømål ikke nås.
- Noen av de avdelinger har etablert eget team på avvik og forbedringer (f. eksempel Nevrologi).
- Avvik fra noen av de interne revisjoner ble registret og håndtert i Docmap og erfaringer fra de avvikene ble diskutert i ledergruppa.

Hovedområder for forbedring

- Identifisering av miljøaspekter og kartlegging av de vesentlige ble ikke gjennomført i henhold til standarden.
- Det er behov for forbedringer relatert mal for KVAM-referat med ytre miljø-forhold.
- Det er behov for oppdatering av skjema for samsvarsevaluering.
- Målene på Klinikk/avdelings nivå må være i tråd med de overordnede miljømålene for HF'et (men kan også ha egne prioriteringer).
- Det er varierende grad av dokumentasjon fra interne revisjoner, KVAM og ledergruppa møter.
- Tankforskriften krever at den som er ansvarlig for lagringen og tilknyttede aktiviteter, skal sørge for at miljørisikoen forbundet med lagringen av farlige kjemikalier og farlig avfall analyseres.
- Avfallshåndboka inneholder et kapittel som omtaler PCB i vinduer men det er ikke der gitt at dette er fulgt opp ved hele helseforetaket.

Funn fra revisjonen

Antall avvik identifisert under denne revisjonen	6
Antall kategori 1 (vesentlige) avvik:	0
Antall kategori 2 (mindre) avvik:	6
Antall observasjoner identifisert under denne revisjon	10
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

- Formålet med revisjonen ble ikke fullt ut oppnådd på grunn av at ingen fra "Senter for utbygging" var tilgjengelig å delta på de planlagte møtene. Begge revisorene satt sammen og reviderte "Senter for drift og eiendom".
- 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.
- 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: 2019/09/16
- 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
Virkningen av prosessene for ledelsens gjennomgåelse	Grunnlagsdata og referat fra ledelsens gjennomgåelse 18.03.2019 ble gjennomgått. Gjennomgangen avdekket ingen avvik i forhold til standardens krav.
Virkningen av prosessene for interne revisjoner	Program for interne revisjoner for perioden 2018 - 2019 og registreringer fra gjennomførte interne revisjoner ble gjennomgått. Disse gjenspeiler en prosess som med unntak av avvik i funnlisten, tilfredsstiller standardens krav.
Virkningen av prosessen for håndtering av klager fra kunder eller andre interessenter, inkludert virkningen 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.	Som følge av vesentlige endringer i organisasjonen siden forrige revisjon, 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 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.
Følgende registreringer ble gjennomgått:
Det ble vist tilfredsstillende kontroll og
ingen avvik ble registrert.
Det kunne ikke vises til tilfredsstillende
kontroll. Se avvik i funnlisten.
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 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/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.

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/>