

Miljøhåndbok

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn/innledning.....	3
0 – Administrative forhold	3
0.1 – Helgelandssykehuset HF	3
Lokasjoner:.....	3
Operativ organisering:.....	4
0.1.1 Formål med Miljøhåndboken.....	4
0.2 – Distribusjon	4
0.3 – Vedlikehold av håndboken.....	4
0.4 – Tilbakemeldinger	5
1 – Omfang.....	5
2 – Normativ referanser	5
2.1 - Miljøstyringssystemet	5
2.2 – Helse, miljø og sikkerhet.....	5
3 – Termer og definisjoner.....	5
4 – Organisasjonens kontekst.....	6
4.1 – Organisasjonen og organisasjons kontekst.....	6
4.2 – Interessepartneres behov og forventninger.....	6
4.3 – Omfanget av ledelsessystemet for miljø	6
4.4 – Ledelsessystem for miljø og systemets prosesser.....	6
5 – Lederskap.....	7
5.1 – Lederskap og forpliktelser.....	7
5.2 – Miljøpolitikk.....	7
5.2.1 – Kommunisere policy	7
5.3 – Organisasjonens roller ansvar og myndighet.....	7
6 – Planlegging.....	8

6.1 – Tiltak for å ta hensyn til risikoer og muligheter.....	8
6.1.1 – Generelt	8
6.1.2 – Miljøaspekter.....	8
6.1.3 – Samsvarsforpliktelser	8
6.1.4 – Planlegge tiltak.....	8
6.2 – Miljømål.....	9
6.2.1 – Miljømål	9
6.2.2 – Miljømål, delmål	9
7 – Støtte.....	9
7.1 – Ressurser.....	9
7.2 – Kompetanse.....	9
7.3 – Bevisstgjøring.....	9
7.3.1 – HMS-Stoffkartotek over farlige kjemikalier.....	9
7.4 – Kommunikasjon	10
7.5 – Dokumentert informasjon	10
7.5.1 – Generelt	10
7.5.2 – Oppretting og oppdatering	10
7.5.3 – Styring av dokumentert informasjon.....	10
8 – Drift.....	10
8.1.1 – Planlegging og styring av drift.....	10
8.1.2 – Innkjøp	10
8.1.3 – Kjemikaliekartotek.....	11
8.2 – Planlegging og innsats	11
9 – Kontroll.....	11
9.1.1 – Generelt	11
9.1.2 – Samsvarevaluering.....	11
9.2 – Intern revisjon.....	11
9.2.1 – Generelt	11
9.2.2 – Internt revisjonsprogram	11
9.3 – Ledelsens gjennomgang.....	12
10 – Forbedring.....	12
10.1 – Generelt	12
10.2 – Avvik og forbedrende tiltak.....	12
10.3 – Kontinuerlig forbedring.....	12

Bakgrunn/innledning

Helgelandssykehuset er miljøsertifisert etter ISO 14001:2015. Første sertifisering ble gjort i 2015. Første sertifikat er datert 25.8.2015. Overgangsrevisjon til ISO14001:2015 ble gjort i april 2018. Nytt sertifikat etter ISO14001:2015 er utstedt august 2018. Sertifikatet gjelder frem til august 2021

Videre oppbygging i denne miljøhåndboken er etter indekseringen i ISO 14001:2015.

Så langt det er mulig er tidligere prosedyrer videreført og organisert etter nye kapitteinndeling. Alle prosedyrer, gamle og nye, videreføres i samme dokumentsamling som tidligere – [DS8928 - Miljøstyringssystemet](#). Henvisning til den enkelte prosedyre gjøres i hvert kapittel med link til prosedyren. Miljøhåndboken inngår som del av miljøstyringssystemet

Kravene i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten» - FOR-2016-10-28-1250 er hensyntatt i. Forskriften er gitt med virkning fra 01.01.2017 og implementeringen av forskriften i Helgelandssykehuset er inntatt i egen dokumentsamling - [DS12820 – Styringssystem ledelse og kvalitetsforbedring](#)

Forkortelser brukt i miljøhåndboken er inntatt i kapittel 3.

0 – Administrative forhold

0.1 – Helgelandssykehuset HF

Hovedkontor: Helgelandssykehuset HF

Postboks 601
8607 Mo i Rana

Lokasjoner:

Helgelandssykehuset Mo i Rana

Postboks 601
8607 Mo i Rana

Helgelandssykehuset Mosjøen

Postboks 568
8651 Mosjøen

Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Postboks 613
8801 Sandnessjøen

Senter for psykisk helse og rus Ytre Helgeland, avd. Brønnøysund

Skulesvei 14
8904 Brønnøysund

Operativ organisering:

Enhet Mo i Rana

Enhet Sandnessjøen

Enhet Mosjøen

Enhet Prehospitalet

Enhet Drift og eiendom

Enhet Psykiatri

0.1.1 Formål med Miljøhåndboken

Håndboken gir en overordnet beskrivelse av styringssystemet. Den inneholder policy, overordnede mål, ansvarsforhold og de enkelte systemelementer, med referanser til de mer detaljerte interne prosessbeskrivelser. Håndboken beskriver foretakets ivaretagelse for balanse mellom miljø, samfunn og økonomi.

Hensiktsmessige prosessbeskrivelser, som det referer seg til, sikrer at miljø og internkontrollkravene er tilfredsstillende og arbeid utført i overenstemmelse med kravene på en kostnadseffektiv måte.

Miljøhåndboken er beskrevet i MS0991, *0.1.1 – Miljøhåndbok for Helgelandssykehuset HF*

Denne håndboken er en overordnet beskrivelse av styringssystemet med henvisning til gjeldende dokumenter.

0.2 – Distribusjon

Håndboken distribueres internt elektronisk og blir bruk i forbindelse med informasjon og opplæring overfor medarbeidere. Link til håndboken foreligger på foretakets intranettside. Håndboken er organisert i DocMap®, som er foretakets kvalitets og avvikssystem.

Håndboken er tilgjengelig for tilsynsmyndigheter, samarbeidspartnere og andre. Prosedyrer og instruksjoner distribueres eksternt kun ved henvendelse til foretakets kommunikasjonsavdeling.

Kapittelinnholdingen i håndboken legges ut på internett.

0.3 – Vedlikehold av håndboken

Innholdet i miljøhåndboken vurderes løpende og revideres ved behov. Revisjon gjennomføres minst en gang pr. år og da på grunnlag av oppnådde resultat i henhold til miljømål, miljøaspekter og miljøpolitikk. Revisjonen gjøres med utgangspunkt i planlegging, utfør, kontroller og korrigering som beskrevet i PUKK modellen. Revisjonen inngår som den del av ledelsens gjennomgang.

Revisjonsversjoner ivaretas av versjonssystemet i DocMap®

Ansvar for vedlikehold av miljøhåndboken er, - Enhet for drift og eiendom, forvaltning, miljørådgiver

0.4 – Tilbakemeldinger

Miljøhåndboken er et produkt av de krav og handlinger som skjer i Helgelandssykehuset. Kommentarer til, og forslag til endringer bes meldt til ansvarlig for håndboken. Eget skjema foreligger i [SJ11521, 0.4 - Tilbakemeldinger om miljøsystemet](#)

1 – Omfang

Høy fokus på ledelse og kvalitet er en forutsetning for å oppnå gode resultater innenfor alle fagområder i Helgelandssykehuset. Kvalitet i pasientbehandlingen forutsetter høy fokus på miljø og miljøarbeid.

Fokus på miljø er et ansvar for alle og inngår som et ansvar for enkeltpersoner og avdelinger. De enkelte avdelingene utarbeider egne miljødokument som grunnlag for sitt miljøarbeid. Summen av avdelingenes miljøarbeid, bygger resultatet for Helgelandssykehuset.

Avdelingenes miljødokument revideres årlig som del av HMS arbeidet. Se punkt 6.2.2.

2 – Normativ referanser

2.1 - Miljøstyringssystemet

Ledelsessystemet for miljø er i overenstemmelse med NS_EN ISO 14001: 2015. Ledelsessystemer for miljø, sertifikatnummer 208358-2016-AE-NOR-NA med gyldighet til 25.8.2021.

2.2 – Helse, miljø og sikkerhet

Helse, miljø og sikkerhet, HMS er i overenstemmelse med «Forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (interkontrollforskriften).

3 – Termer og definisjoner

I miljøhåndboken er det benytte en del forkortelser. Forklaring følger her:

DS – Dokumentsamling – flere dokumenttyper samlet i en dokumentsamling

SJ – Skjema – definert skjema som brukes ved gitte forutsetninger

MS – Mål og strategidokument – beskrivelse av mål og strategier

FB – Funksjonsbeskrivelse – beskrivelse av funksjoner

PR – Prosedyre – Beskrivelse av et handlingsforløp, SJ, MS og FB kan være beskrevet i form av PR

OL – Oversikter og lister – arbeidslister

DocMap® – Helse Nord/Helgelandssykehusets kvalitet/avvikssystem

Elements® - Helse Nord/Helgelandssykehusets sak/arkivsystem

Vedlegg – I noen prosedyrer kan det være innlagt vedlegg. Disse ligger bak «binders» i headingen i prosedyren

4 – Organisasjonens kontekst

4.1 – Organisasjonen og organisasjons kontekst

Helgelandssykehusets verdigrunnlag – «All virksomhet i Helgelandssykehuset er tuftet på verdiene kvalitet - trygghet - respekt. Verdiene skal prege måten sykehuset møter pasienter, pårørende, ansatte og samarbeidspartnere»

Helgelandssykehuset HF leverer spesialisthelsetjenester til hele Helgelands befolkning på ca. 76.000 innbyggere. Helgelandssykehuset jobber i nært samarbeid med primærhelsetjenesten. Helgelandssykehuset jobber også i nært samarbeid med Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset i Nord Norge HF om for de pasienter som trenger behandling/pleie ut over egen kompetanse.

4.2 – Interessepartners behov og forventninger

Krav og mål for Helgelandssykehuset beskrives årlig i oppdragsdokumentet som mottas fra Helse Nord. Helgelandssykehuset avlegger i samarbeid med Sykehusbygg HF miljøregnskap for hele sin aktivitet.

4.3 – Omfanget av ledelsessystemet for miljø

Helgelandssykehuset avgir et betydelig miljøavtrykk. Gjennom eget arbeid og i samarbeid med andre forsøkes vi å gjøre avtrykket så lavt som mulig.

Vårt miljøstyringssystem er et virkemiddel for å gjennomføre intensjonene som er definert i vår politikk (policy), og til å oppnå fastsatte mål.

4.4 – Ledelsessystem for miljø og systemets prosesser

Helgelandssykehuset har etablert, implementert, vedlikeholder og gjennomfører kontinuerlig forbedring av ledelsessystem for miljø og i henhold til –ISO14001:2015 og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Eventuelle endringer som resultat av intern eller eksterne revisjoner justeres løpende inn i driften.

Se for øvrig [MS0631, 4.4 – Omfanget av miljøstyringssystemet](#)

5 – Lederskap

5.1 – Lederskap og forpliktelser

Ledelsen i alle ledd i organisasjonen er den drivende kraft i utarbeidelse, implementering, vedlikehold og kontinuerlig forbedring i miljøspørsmål. Ledelsen har også det absolutte ansvar i alle ledd. Nærmere beskrivelse er inntatt i kapittel 5.3.

5.2 – Miljøpolitikk

Miljøpolitikken for Helgelandssykehuset er beskrevet i MS0555, [5.2 – Miljøpolitikk](#)

Helgelandssykehuset er en betydelig aktør i miljøsammenheng. Som en betydelig aktør skal Helgelandssykehuset være miljøsertifisert i henhold til NS_EN ISO 14001:2015.

Hovedpunktene i miljøpolitikken er

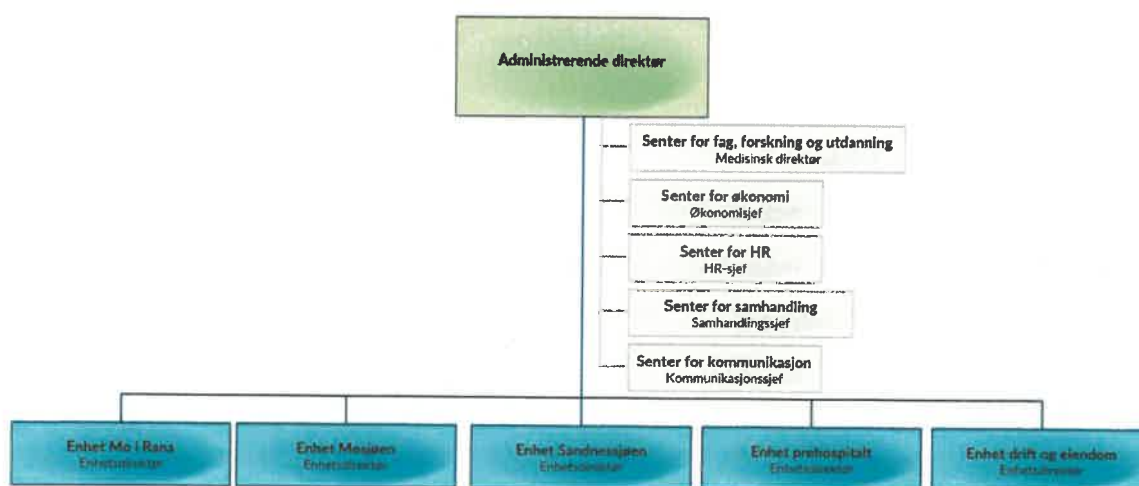
- Miljøbevisste ansatte
- Ha et klart bilde av miljøpåvirkningene
- Redusere miljøskadelige utslipp
- Miljøfokus ved produktvalg
- Redusere energiforbruket
- Redusere transportbehovet

5.2.1 – Kommunisere policy

Ledere i alle ledd har ansvar for at miljøpolitikken kommuniseres og ivaretas i alle sammenhenger hvor miljøpåvirkninger er aktuelt.

Miljøpolitikken skal også kommuniseres på foretakets internettsider.

5.3 – Organisasjonens roller ansvar og myndighet



Ansvar for miljøarbeidet ligger i linjen. Nærmere beskrivelse av oppgaver relatert til miljø og miljøansvar er beskrevet i FB1305, [5.3 - Ressurser, oppgaver, ansvar og bevissthet](#).

6 – Planlegging

6.1 – Tiltak for å ta hensyn til risikoer og muligheter

6.1.1 – Generelt

Helgelandssykehuset skal systematisk jobbe med kartlegging av interessenter, identifisering av miljøaspekter og risikovurdering for å ivareta de krav som stilles til oss fra lovgivere og eller andre grupper av interessenter. Disse prosessen er et utgangspunkt for etablering og revisjon av miljømålene på alle plan i foretaket.

6.1.2 – Miljøaspekter

For å redusere foretakets miljøavtrykk er det fokus på flere miljøfaktorer. Utvidet beskrivelse foreligger i [PR34694, 6.1.2 - Miljøaspekter](#).

6.1.3 – Samsvarsforpliktelser

Miljøstyringssystemet er foretakets verktøy for å forutse, identifiser og styre samspillet med miljøet. For å sikre overenstemmelse med lover og regler er det utarbeidet en egen oversikt over lover og regler som gjelder for foretaket. Slik oversikt foreligger i [OL1989, 6.1.3 – Lovbestemte krav og andre krav](#)

Samsvarsforpliktelsen ligger i utarbeidelse av Samsvarevaluering - Det gjennomføres årlig en samsvarevaluering pr. enhet/direktørområde hvor hovedelementene i de viktigste lover og forskrifter gjennomgås. Samsvarevaluering er beskrevet i pkt. 9.1.2.

6.1.4 – Planlegge tiltak

Foretaket fører løpende kontroll med alle miljøaspekt og eventuelle avvik. Grunnlaget for løpende kontroll og endringer ligger i kapittel 8 – Drift.

Det gjennomføres årlige vernerunder (arbeidsmiljø/HMS) for alle avdelinger. Overordnet ansvar for vernerunder er tillagt HR. Vernerunder gjennomføres avdelingsvis i samarbeid med vernetjenesten. Årshjul for HMS er beskrevet i [RL2231 – Årshjul HMS](#)

6.2 – Miljømål

6.2.1 – Miljømål

I denne miljøhåndboken er det beskrevet hvilke prosesser som er iverksatt for å minske miljøavtrykket som Helgelandssykehuset avgir. En nærmere utdyping for de forskjellige miljøaspektene er beskrevet med mål-krav i [MS0556, 6.2.1 – Miljømål](#).

6.2.2 – Miljømål, delmål

Alle avdelinger i Helgelandssykehuset er pålagt å utarbeide egen miljødokument med egne miljømål

Alle miljødokumentene inngår som del av miljøstyringssystemet under [DS10075, 6.2.2 - Miljødokumenter i Helgelandssykehuset](#)

7 – Støtte

7.1 – Ressurser

Miljøarbeid er et ledelses ansvar og ligger i linjen. Ressurser, oppgaver, ansvar og myndighet er beskrevet i 5.3.

7.2 – Kompetanse

Krav til utvidet kompetanse er beskrevet i [MS0653 – 7.2 Opplæringsplan ytre miljø](#).

7.3 – Bevisstgjøring

Prosedyren, [PR34973 – 7.3 - Kompetanse, opplæring og bevissthet](#), beskriver nærmer om miljøkompetanse generelt og behovet for kartlegging og opplæring.

Det vises også til [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten](#) paragrafene 6f og 7b

7.3.1 – HMS-Stoffkartotek over farlige kjemikalier

Helgelandssykehuset fører egen oversikt over alle farlige kjemikalier. Eksternt register – Eco-Online benyttes som oppslagsverk og er tilgjengelig for alle ansatte i Helgelandssykehuset.

Registret inngår som del av grunnlaget for god HMS - [7.3.1 - HMS-Stoffkartotek over farlige kjemikalier](#)

7.4 – Kommunikasjon

All kommunikasjon ut fra Helgelandssykehuset skjer i henhold til ledelse og ledelsesansvar. Helgelandssykehuset har egen kommunikasjonsavdeling som bistår i all kommunikasjon av informasjon om interne resultatet.

Forhold rundt kommunikasjon er beskrevet i [PR34985, 7.4 - Kommunikasjon](#)

7.5 – Dokumentert informasjon

7.5.1 – Generelt

Denne miljøhåndboken er en dokumentasjon på miljøstyringssystemet. Dokumentasjonen er beskrevet i [PR34986 – 7.5.1 - Dokumentasjon](#).

7.5.2 – Oppretting og oppdatering

Alle dokumenter/registeringer som er arkiverdig lagres i foretakets sak/arkivsystem – Ephorte. Arkivplikten er beskrevet i [PR34980 – 7.5.2 - Kontroll med registeringer](#)

7.5.3 – Styring av dokumentert informasjon

Alle dokumenter som inngår i Helse Nord / Helgelandssykehuset internkontrollsystem skal være under kontroll. Alle dokumenter skal være klassifisert og beskrevet i DocMap.

Dokumentstyringssystemet er beskrevet i [PR34987 - Dokumentstyring](#)

Se også PR34980 – kontroll med registeringer punkt 7.5.2

8 – Drift

8.1.1 – Planlegging og styring av drift

Helgelandssykehuset og sykehusene generelt genererer store mengder og typer med avfall som resultat av den daglige driften. Regler og rutiner for sortering, innsamling og videre forsendelse er beskrevet i [PR4889, 8.1.1 - Driftskontroll- Avfallshåndboken](#)

Sendt ut mail 8.2 – pures opp

8.1.2 – Innkjøp

De fleste av innkjøpene til Helgelandssykehuset følger innkjøpsavtaler som er fremforhandlet av Sykehusinnkjøp HF. Sykehusinnkjøp følger reglene i [RL4510, 8.1.2 - Miljøvennlige anskaffelser i spesialisthelsetjenesten](#).

Ved innkjøp ut over det som er av felles innkjøpsavtaler skal det så langt det er mulig tas hensyn produktets miljøavtrykk.

8.1.3 – Kjemikaliekartotek

Helgelandssykehuset har et betydelig utvalg og til dels store mengder med forskjellige kjemikalier fordelt på de fleste avdelingene. Helgelandssykehuset er tilknyttet Eco-Online som leverandør av kjemikaliereregister. Ansvar for oppdatering og kontroll med produktene tilligger den enkelte avdelingsleder. Alle ansatte har tilgang til Eco-Online via link på intranett.

8.2 – Planlegging og innsats

Med de store mengdene med avfall og flere typer miljøfarlige avfall er det løpende behov for risikovurderinger for å hindre utslipp til luft, vann og jord. Prosedyre for beredskap og innsats er beskrevet i PR34976, 8.2 – *Beredskap og innsats*

9 – Kontroll

9.1.1 – Generelt

Det vises til punkt 8.1 om driftskontroll. Oversikt over hvilke parameter som blir overvåket og målt på en rutinemessig måte fremgår av [PR34977, 9.1.1 – Overvåkning og måling](#)

9.1.2 - Samsvarevaluering

Det foretas en årlig samsvarsvurdering pr operativ enhet. Samsvarsvurderingen inngår som del av Ledelsens årlig gjennomgang. Samsvarevalueringen revideres årlig med grunnlag i eventuelle endringer i lovbestemte krav og andre krav. Samsvarsvurderingen fremgår av [PR34978, 9.1.2 - Samsvarevaluering](#)

9.2 – Intern revisjon

9.2.1 – Generelt

På lik linje med andre intern revisjoner skal det gjennomføres interne revisjoner av miljøstyringssystemet i Helgelandssykehuset. Kravet til revisjon er beskrevet i [PR34982 – Internrevisjon.](#)

Som hjelpemiddel for revisjon følges [PR29468 – Håndbok for intern revisjon](#)

9.2.2 – Internt revisjonsprogram

Det skal utarbeides en egen revisjonsplan for miljørevisjoner. Planen fremgår av [OL2173 – Plan interne revisjoner](#)

Revisjonene kan samkjøres med andre interne revisjoner mot enkeltavdelinger.

9.3 – Ledelsens gjennomgang

Ledelsens gjennomgang er en bekreftelse på at den øverste ledelsen i foretaket har gjennomgått, vurdert og godkjent foretakets miljøarbeid og status.

Innholdet i ledelsens gjennomgang er beskrevet i [PR34984, 9.3 – Ledelsens gjennomgang](#).

Ledelsens gjennomgang kan samkjøres med ledelsens gjennomgang for kvalitet.

10 – Forbedring

10.1 – Generelt

Ved eventuelle avvik eller mangler i henhold til punktene 9.1.1 til 9.3 skal disse inntas i ledelsens arbeidsplaner med dato for lukking av de enkelte punktene.

10.2 - Avvik og forbedrende tiltak

Ved avvik skal dette registreres i henhold til [PR34979, 10.2 - Avvik, korrikerende tiltak og forebyggende tiltak](#). Prosedyren viser til avviksmodule som er den del av Docmap. Behandlingen av avvik er også beskrevet i prosedyren. Link til avviksmodule ligger på intranett

Det vises også til [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten](#) paragrafene 8e og 9a

10.3 – Kontinuerlig forbedring

Som en del av ledelsessystemet er det inntatt i referatmalen for avdelings og ledermøter at fokus på ytre miljø skal være et fast punkt. Eventuelle behov for videre arbeide med miljø og miljøavvik genereres så tidlig som mulig.



Tilbakemelding om miljøstyringssystemet	
<p>Miljøhåndboken er et resultat av det miljøarbeidet som forestås i Helgelandssykehuset. Kapitlene er bygd opp etter ISO14001:2015. Alle forslag til forbedringer eller endringer, enten i selve miljøhåndboken eller de dokumentene (prosedyrene) som det henvises til, mottas med takk. Kommentarer sendes til kvalitetsrådgiver – Lars-Inge.Ingebrigtsen@Helgelandssykehuset.no</p>	
Hvilket kapittel / dokument har du kommentarer til	
Hva kan endres/forbedres:	
Forslag til endring/forbedring:	
Dato:	Signatur:

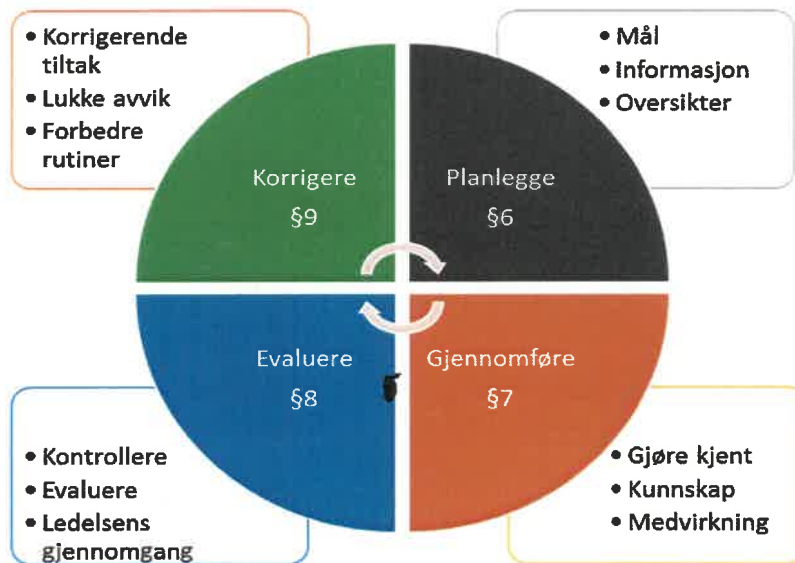
Omfanget av miljøstyringssystemet

ISO 14001 er internasjonal standard for oppbygging av miljøstyringssystem. ISO 14001 inneholder detaljerte krav til hvordan et miljøstyringssystem skal bygges opp. Vårt miljøstyringssystem skal dekke kravene i ISO 14001:2015. Helgelandssykehuset HF skal ha et miljøstyringssystem som er godt integrert i foretakets øvrige styringssystemer.

Alle lokalisasjonene i Helgelandssykehuset er omfattet av miljøstyringssystemet.

Kravet til kontinuerlig forbedring står sentralt.

Kravene i ISO14001:2015 er også ivaretatt gjennom kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten



Fremtidsbilde for miljøledelse

Helgelandssykehuset er en betydelig aktør i miljøsammenheng.

Helgelandssykehuset skal kontinuerlig jobbe med å forbedre sine miljøprestasjoner, og overholde myndighetskrav.

Helgelandssykehuset har et samfunnsansvar for å påføre miljøet minst mulig belastning.

Miljøsertifisering

Helgelandssykehuset er miljøsertifisert i henhold til ISO 14001:2015. Første godkjenningen etter ISO14001:2004 ble gitt høsten 2015. Overgangsrevisjon til ISO14001:2015 ble gjennomført i april 2018. Nåværende sertifikat er gyldig til august 2021.

Miljøsertifiseringen har vært, og er i et nært samarbeide med Helse Nord og andre helseforetak om miljø og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsoppgaver for sentrale medarbeidere

Ansvaret for miljøarbeidet ligger i linjen.

- For å sikre at Helgelandssykehuset HF følger opp de mål som er nedfelt i miljøpolitikken har en rekke sentrale medarbeidere ulike oppgaver i miljøstyringssystemet.

Administrerende direktør

Administrerende direktør har det overordnede ansvaret for miljøarbeidet, det innebærer:

- Sørge for godkjenning av den overordnede miljøpolitikken, og forelegge det for styret
- Sørge for godkjenning av de overordnede miljømålene, og forelegge det for styret
- Sikre at organisasjonen har et godt fungerende miljøstyringssystem
- Sikre at det er tilstrekkelig ressurser til miljøarbeidet

Enhetsdirektører / stabsledere

Enhetsdirektørene/stabsledere skal innenfor sitt ansvarsområde legge til rette for at:

- Foretaket oppfyller sin miljøpolitikk
- Innarbeide ytre miljø i ansvarsområdets HMS – planer eller andre relevante planer
- Ansvarsområdet alltid har en miljøansvarlig
- Miljøansvarlig får frigitt nødvendig tid til å følge opp dette arbeidet i arbeidstiden
- Miljøansvarlig gjennomgår nødvendig opplæring
- Alle medarbeidere gjennomgår opplæring
- Miljøansvarlig benyttes som ressursperson i miljøspørsmål
- Uønskede hendelser blir rapportert, fulgt opp og sikrer læring og utvikling
- Sørge for at rutiner som ivaretar det ytre miljø både blir utarbeidet, gjort kjent og fulgt opp
- Vurdere miljøkrav ved innkjøp

Områdeleder

Områdeleder har det overordnede miljøansvaret for avdelinger innenfor eget område:

- Områdeleder formidler oppgaver og ansvar i miljø saker
- Områdeleder er ansvarlig for at avdelingene leverer i henhold til pålegg, prosesser og rutiner
- Områdeleder har ansvar for at hver avdeling har en miljøansvarlig

Avdelingsledere

Avdelingsleder har innenfor egen avdeling ansvar for:

- At alle ansatte har satt seg inn miljøarbeid/miljødokument i egen avdeling
- At alle ansatte forstår innholdet i Eco Online/kjemikaliereregistret og bruk av dette

Miljørådgiver med ansvar for miljøstyring har ansvar for:

- Implementere og drifte miljøstyringssystemet i Docmap
- Sikre at myndighetskrav blir identifisert og ajourført
- Undervisning og kompetanseheving internt i organisasjonen
- Identifisering av miljøaspekter i samarbeid med de ulike enhetene
- Initiere miljøprosjekter i organisasjonen
- Miljørådgiver skal oppdatere miljøansvarlige på nye ting som skjer i forbindelse med miljøarbeidet
- Utarbeide miljørapport og klimaregnskap i samarbeid med Helse Nord samt registre data for Helgelandssykehuset i nasjonal database.
- I samarbeid med ledelsens representant holde foretaket og ledelsen orientert om miljøarbeidet
- Sørge for at det gjennomføres interne revisjoner
- Samsvarsvurderinger
- Oppfølging av uønskede hendelser

Miljøansvarlig

Hovedoppgaven for miljøansvarlig er å bistå leder med den praktiske gjennomføringen i spørsmål knyttet til det ytre miljø. Det innebærer å:

- Være oppdatert i miljøspørsmål som angår foretaket og dermed være en ressursperson i miljøspørsmål
- Informere og motivere øvrige ansatte til å følge opp om Helgelandssykehuset sin miljøpolitikk
- Være bindeleddet mellom helseforetakets Miljørådgiver og eget ansvarsområde
- Delta på de vernerundene og intern revisjonene der det ytre miljø er tema
- Følge opp dokumentasjonsarbeidet i eget ansvarsområde etter Helgelandssykehuset sitt miljøstyringssystem (HMS – handlingsplanen, miljørapporter, nøkkeltall, indikatorer, Docmap etc.)

Innkjøpsarbeid

Ved innkjøp av forbruksvarer og varer av varig verdi skal forhold til miljø ivaretas. Som grunnlag for og tilstrekkelig miljøhensyn følges retningslinjene i [RL4510](#) – Miljøvennlige anskaffelser i spesialisthelsetjenesten. Det vises spesielt til kapittel 4, 8 og 9.

- Ansvar for ivaretagelse som beskrevet tilligger Enhet for Drift og eiendom, Innkjøp

Lokalt koordinerings ansvar

Tekniske avdelinger under Enhet for Drift og Eiendom – Drift, ved de enkelte sykehusenhetene har ved behov ansvar for koordinering og gjennomføring av miljøarbeid i stedlig enhet.

- Stedlig teknisk avdeling samarbeider med enhetsdirektør og områdeleder ved overgripende miljøspørsmål
- Stedlig teknisk avdeling samarbeider ved behov med miljørådgiver og miljøansvarlig ved gjennomføring av miljøoppgaver.

Alle medarbeidere

Alle medarbeidere setter seg inn i og følger opp de prosedyrene som gjelder for miljøarbeidet

- Gjennomføre E – læringskurset «Ytre miljø» som ligger i Campus
- Melde forbedringsforslag på miljø i Docmap.

Prehospitalt område – tilknytning til sykehusenhetene

- Ambulanseområde Mo i Rana forholder seg til sykehusenhet Mo i Rana
- Ambulanseområde Mosjøen forholder seg til sykehusenhet Mosjøen
- Ambulanseområde Sandnessjøen og Ambulanseområde Brønnøysund forholder seg til sykehusenhet Sandnessjøen
- Ambulansefly og ambulanshelikopter forholder seg til sykehusenhet Sandnessjøen
- AMK sentral med legevakt forholder seg til sykehusenhet Sandnessjøen
- Pasientreiser forholder seg til sykehusenhet Mosjøen

Stabsenheter - tilknytning til sykehusområde

- Senter for fag, forskning og utdanning, Senter for kommunikasjon, og Senter for Økonomi forholder seg til sykehusenhet Mo i Rana
- Senter for HR forholder og Senter for samhandling seg til sykehusenhet Mosjøen

Identifisering av miljøaspekter

Kartlegging av miljøaspektene. De viktigste miljøaspektene er:

- **Avfall – Avfall generelt, legemidler og mat**
 - Helgelandssykehuset HF skal kartlegge avfallsmengden og sorteringsgrad på hele foretaket, på hver enhet, og så langt det er mulig identifisere hvor avfall oppstår og produseres.
 - Helgelandssykehuset HF skal ha et system som kartlegger, identifiserer og har kontroll på forbruk og retur/kassasjon av legemidler.
 - Helgelandssykehuset HF skal ha fokus på mat
 - Vurdere/kartlegge hva man kan tilby av økologisk mat
 - Redusere volumet av matavfall
 - Fokus på kortreist mat
- **Energi – Energi og vannforbruk**
 - Helgelandssykehuset HF skal kartlegge energiforbruket totalt i HF, på hver sykehusenhet, og så langt det er hensiktsmessig identifisere hvor forbruk oppstår. Dette skal spesifiseres i forbruk etter energibærer.
 - Grunnvarme (varmepumpe) Fjernvarme, Elektrisitet og Olje
 - Nybygg skal så langt som mulig være «Passiv-hus»
 - Helgelandssykehuset HF skal kartlegge vannforbruket totalt i HF, på hver sykehusenhet, og så langt det er hensiktsmessig identifisere hvor forbruk oppstår.
- **Kjemikalier og stoffkartotek.**
 - Helgelandssykehuset HF skal ha et system som ivaretar kartlegging og dokumentere forekomsten av kjemikalier i Helgelandssykehuset. Dette skal sikre at arbeidstakernes og pasientenes, sikkerhet og helse beskyttes mot fare som oppstår eller kan oppstå på grunn av kjemikalier i virksomheten
 - Eco-Online skal benyttes for kartlegging
- **Transport**
 - Helgelandssykehuset skal ha et system som kartlegger all transport
 - Transport deles inn i to hovedkategorier
 - Ambulanse og Pasientreiser
 - Tjenestereiser

Oversikt over aktuelle lover og forskrifter:

Miljøaspekt	
Avfall	
Lover	Forskrifter
LOV-1981-03-13-6 Forurensningsloven. Lov om vern mot forurensninger og om avfall (Forurensningsloven).	FOR-2004-06-01-930 Avfallsforskriften. Forskrift om gjenvinning og behandling av avfall (avfallsforskriften)
	FOR-1996-09-12-903 Forskrift om smittefarlig materiale. Forskrift om innførsel, transport og annen håndtering av materiale som er smittefarlig for mennesker. (1996-09-12)
	FOR-2005-10-11-1196 Forskrift om smittefarlig helseavfall. Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv. (2005-10-11)
	FOR-2003-04-25-486 Forskrift om miljørettet helsevern. Forskrift om miljørettet helsevern
Energi	
LOV-1990-06-29-50 Lov om produksjon, omforming, overføring, omsetning, fordeling og bruk av energi m.m. (energiloven)	
Vannforbruk	
Legemidler	
LOV-1976-06-11-79 Produktkontrollloven – produktkontroll. Lov om kontroll med produkter og forbrukertjenester (produktkontrollloven)	FOR-2008-04-03-320 Forskrift om legemiddelhåndtering. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008-04-03)
LOV-1994-08-05-55 Smittevernloven. Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven].	FOR-2009-12-18-1839 Legemiddelforskriften. Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften) (2009-12-18)
Mat og Catering	
LOV-2003-12-19-124 Matloven. Lov om matproduksjon og mattrygghet mv. (matloven).	FOR-2001-12-04-1372 Drikkevannsforskriften. Forskrift om vannforsyning og drikkevann (Drikkevannsforskriften) (2001-12-04)

Kjemikalier	
LOV-2002-06-14-20 Brann- og eksplosjonsvernloven. Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver (brann- og eksplosjonsvernloven)	FOR-2011-12-06-1358 Forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske og kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet samt smitterisikogrupper for biologiske faktorer (forskrift om tiltaks- og grenseverdier)
	FOR-2011-12-06-1357 Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid)
	FOR-2016-06-03-569 Storulykkeforskriften. Forskrift om tiltak for å forebygge og begrense konsekvensene av storulykker i virksomheter der farlige kjemikalier forekommer (storulykkeforskriften). (2005-06-17)
	For-2012-06-16-622 Forskrift om klassifisering, merking og emballering av stoffer og stoffblandinger (CLP)
	FOR-1996-12-06-1127 Internkontrollforskriften. Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) (1996-12-06)
	FOR-2009-06-08-602 Forskrift om håndtering av farlig stoff. Forskrift om håndtering av brannfarlig, reaksjonsfarlig og trykksatt stoff samt utstyr og anlegg som benyttes ved håndteringen (2009-06-08)
	FOR-2004-06-01-922 Forskrift om begrensning i bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier og andre produkter (produktforskriften)
Generellt/HMS	
LOV-2005-06-17-62 Arbeidsmiljøloven. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven).	Forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier for fysiske og kjemiske faktorer i arbeidsmiljøet samt smitterisikogrupper for biologiske faktorer (forskrift om tiltaks- og grenseverdier)
	FOR-2016-10-28-1250 – Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

Andre krav	
FOR-2010-03-26-489 Forskrift om tekniske krav til byggverk (Byggteknisk forskrift)	-
FOR-2004-06-01-931 Forskrift om begrensning av forurensning (forurensningsforskriften)	-
FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	-
Veiledere:	
Veileder i miljørettet helsevern:	
http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-miljorettet-helsevern/Sider/default.aspx	-

Overordnede miljømål i Helgelandssykehuset

1. Ha miljøbevisste ansatte, gjennom -
 - Holdningsskapende aktiviteter internt
 2. Ha et klart bilde av miljøpåvirkningene på det ytre miljø, gjennom -
 - Ressursbevisst avfallsbehandling
 3. Redusere utslipp av miljøskadelige stoffer til jord, luft og vann, gjennom -
 - God oversikt over egne utslipp til miljø
 4. Redusere miljøpåvirkningen fra produkter, ved å -
 - Vurdere emballasjevolumet ved valg av produkter
 5. Redusere energiforbruket, ved hjelp av -
 - Planmessig arbeid for å redusere energiforbruket i egne og leide bygg
 6. Redusere transportbehovet, med å vurdere -
 - Bruk av video- og telefonkonferanser der fysiske møter ikke er nødvendig
 - Samordnet transport til og fra sykehusene for pasienter
 - Å legge til rette for bruk av offentlig kommunikasjon ved alle typer reise
- Det foreligger mange områder innenfor miljøetsatsing. De målene som er listet opp her er ikke utfyllende, men indikerer fokusområder i miljøarbeidet. Miljømålene er felles for hele Helgelandssykehuset. Miljømålene er ikke prioritert..
 - **Avfall – avfall generelt, legemidler og mat/catering**
 - Helgelandssykehuset HF har oversikt over avfallsmengde, type og sorteringsgrad for hele Helgelandssykehuset, fordelt pr. sykehusenhet. Det skal også, så langt det er mulig identifisere hvor avfall oppstår og produseres. Fokus for Helgelandssykehuset er høyest mulig sorteringsdrag for gjenvinnbart avfall
 - Mål:
 - Øke sorteringsgrad med 4 prosent innen 2022
 - 2 % pr år i 2021 og 2022
 - Redusere volum av våtorganisk avfall med 8 prosent innen 2022
 - 5 % pr år i 2021 og 2022

○ **Energi – energi og vannforbruk**

- Helgelandssykehuset HF har oversikt over energiforbruket totalt i HF, fordelt på hver sykehusenhet. Dette skal spesifiseres i forbruk etter energibærere.
- Grunnvarme (varmepumpe), Fjernvarme og Elektrisitet,
- Mål:
 - Redusere energiforbruket mest mulig, og på sikt med 5 – 10 prosent
 - Delmål for kommende år er 2 prosent pr. år inntil mål hovedmål er oppnådd
 - Redusere vannforbruket mest mulig og på sikt med 5 – 10 prosent
 - Delmål for kommende år er 2 prosent pr. år inntil mål hovedmål er oppnådd

○ **Kjemikalier og stoffkartotek.**

- Helgelandssykehuset har et system (Eco-Online) som ivaretar kartlegging av type og volum av kjemikalier. Dette skal sikre at arbeidstakernes og pasientenes, sikkerhet og helse beskyttes mot fare som oppstår eller kan oppstå på grunn av kjemikalier i virksomheten
- Mål:
 - Produktdatablad skal være lett tilgjengelig for alle arbeidstakere i avdelingene.
 - Lære opp alle ansatte til å mestre Eco-online som verktøy.

○ **Transport – egentransport og transport av pasienter**

- Transport er det område hvor miljøavtrykket er størst. Ambulanse og pasienttransport er størst. Tjenestereiser er også viktig.
- Mål:
 - Bruk av video- og telefonkonferanser i minst 50 prosent av møter. Alle møter skal avklares om de kan gjennomføres via video eller telefon
 - Samordnet transport til og fra sykehusene for pasienter med mål om 5 prosent reduksjon i pasienttransport. (Volum i antall km)
 - Legge til rette for lokal behandling av pasienter fremfor å sende de til andre sykehus – lokal, regionalt og nasjonalt
 - Delmål er 2-3 % inntil hovedmål er nådd
 - Å legge til rette for bruk av offentlig kommunikasjon ved alle typer reise

Kontroll

Kontroll gjennomføres årlig som del av ledelsens gjennomgang.

Miljøopplæringsplan ytre miljø

For medarbeidere:

1. Alle ansatte er pålagt å gjennomføre eget miljøkurs i Campus (E-læringsportalen). Kurset gir en enkel innføring i sykehusets miljøpolitikk. Kursdeltagelse dokumenteres løpende via Campus.

For ledere:

2. Miljø og miljøarbeid er inntatt som del av lederopplæringen for ledere i Helgelandssykehuset.

For Miljøansvarlige:

3. Avdelingsleder kan delegere oppgaver innen miljøarbeid til en eller flere ansatte. Ansvar for miljøarbeidet kan ikke delegeres. Avdelingsleder har ansvar for at nødvendig opplæring blir gitt.

For verneombudene:

4. Alle verneombud gis nødvendig opplæring i miljø-arbeid. Opplæringen skjer både via E-læring og dagsprogram.

For teknisk, kjøkken og renholds personell:

5. Teknisk, kjøkken og renholds personell må gjennomgår en mer utvidet opplæring innen miljø. Det leies inn eksterne foredragsholdere som kan gi den kunnskapen de bør besitte innen miljø og vårt miljøstyringssystem. Kursdeltagelsen skal dokumenteres.

Felles for disse oppleggene:

- Mål og hensikt
- Informasjon om e-læringskurset
- Informasjon om hovedinnholdet i miljøstyringssystemet
- Hva er et miljø avvik
- Hvordan melde et miljø avvik
- Krav til hver enkelt

Miljøkompetanse hos ansatte i Helgelandssykehuset

Alle ansatte skal ha den miljøkompetanse som er nødvendig for å minimere negativ miljøpåvirkning i forbindelse med utøvelse av arbeid, samt sikre gode miljøvalg.

Det er leders ansvar å se til at medarbeidere har den nødvendige miljøkompetansen.

E-læringskurs om ytre miljø er etablert i kompetanseportalen, Campus. Kurset er obligatorisk for alle ansatte. Kurset gir kunnskap om:

- Helgelandssykehuset sin miljøpolitikk
- Helgelandssykehuset sine overgripende miljømål
- Hvordan driften av sykehuset påvirker det ytre miljø
- Hvordan påvirker man miljøet i utførelsen av det daglige arbeidet
- Hvilke rutiner gjelder for å ivareta det ytre miljø
- Melde uønskede hendelser

E-læringskurset er obligatorisk for alle ansatte. Nyansatte skal ta kurset innen 6 måneder.

Identifisering av opplæringsbehov og opplæringsplaner

På bakgrunn av miljøkartlegging og kartlegging av uønskede hendelser gjøres det løpende vurdering av tiltak for bedre miljøarbeid.

Kompetanseheving/opplæring for ulike personalgrupper.

For at miljøstyringssystemet skal fungere tilfredsstillende, skal alle i organisasjonen ha miljøkompetanse. Opplæring og kompetanse skal være tilpasset de enkelte personalgruppens arbeid. Oversikt med beskrivelse av planlagt opplæring – innhold og gjennomføring er beskrevet i [MS0653 – Opplæring ytre miljø](#)

Foretaksledelsen

Foretaksledelsen skal ha grunnleggende kunnskap i miljøspørsmål og hvordan driften av institusjonene påvirker det ytre miljø og hvordan negativ miljøpåvirkning kan reduseres. Foretaksledelsen skal i tillegg kjenne til:

- De viktigste miljøproblemene globalt og nasjonalt og årsakene til disse
- Helgelandssykehuset sin miljøpolitikk
- Helgelandssykehuset sitt miljøstyringssystem
- Hvordan påvirker driften av sykehuset det ytre miljø
- Hvilke lover og forskrifter gjelder ytre miljø
- Drivkrefter i miljøarbeidet
- Kommunikasjon av miljøspørsmål eksternt og internt

Linjeledelse/områdeledere

Avdelings/område - ledere skal ha den miljøkunnskap som kreves av alle medarbeidere på sykehuset. Dessuten skal de ha kunnskap om følgende:

- Hvordan sette miljømål og lage miljøhandlingsplan for avdelingen (HMS-handlingsplan)
- Miljøstyringssystemet
- Dokumentasjon og rapporter
- Lover og forskrifter innen ytre miljø

Miljørådgiver

Miljørådgiver skal opprettholde et relevant og tilstrekkelig kunnskapsnivå for å kunne vedlikeholde miljøstyringssystemet, bedømme hvilke miljøeffekter driften av sykehuset har på ytre miljø. Miljørådgiver skal være en ressursperson i både tekniske og organisatoriske miljøspørsmål som innebærer inngående kunnskaper om:

- Lovgivning, nasjonal og internasjonal
- Miljøstyring og revisjonsmetodikk
- Miljøproblemer nasjonalt og internasjonalt
- Hvordan sykehussektoren påvirker miljøet
- Kommunikasjon av miljøspørsmål internt

Miljøansvarlig

Linjeleder kan delegere arbeid og oppgaver relatert til ytre miljø til en miljøansvarlig innfor sitt ansvarsområde. Oppgavene kan delegeres, ansvaret kan ikke delegeres. Miljøansvarlig gis nødvendig opplæring.

Bakgrunn:

§ 3-1 i [Arbeidsmiljøloven](#) presiserer at arbeidsgiver skal sørge for at det utføres et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte.

Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid) [FOR-2011-12-06-1357](#), gir en beskrivelse av stoffkartotek og krav til dette.

Formål:

«Forskriften skal sikre at arbeidstakernes sikkerhet og helse beskyttes mot fare som oppstår eller kan oppstå på grunn av kjemikalier i virksomheten.»

I den sammenheng er det bl.a. viktig å vurdere om det er kjemikalier som kan erstattes med mindre farlige (substitutter).

Omfang:

Kravet til kartlegging, risikovurdering og uthenting av verneblad i henhold til lover og forskrifter gjelder alle avdelinger i Helgelandssykehuset HF som oppbevarer stoffer som kan medføre helsefare. For kontor og rene administrative avdelinger er det begrensede regler.

NB: Kartleggingen omfatter ikke legemidler.

Ansvar:

Stoffkartoteket i Helgelandssykehuset HF består av et internettbasert system (EcoOnline) som bygger på konkret kartlegging av hvilke stoffer som befinner seg på den enkelte avdeling. Avdelingsleder har ansvar for kartleggingen og det vil være naturlig å gjennomføre dette arbeidet i samarbeid med verneombudet. Drift og Eiendom (DE- (Lars-Inge.Ingebrigtsen@Helgelandssykehuset.no)) har ansvar for det praktiske ajourhold av brukere av kartoteket på grunnlag av endringsmeldinger fra avdelingsleder. Endringsmeldinger skal sendes på e- post til DE (Lars-Inge.Ingebrigtsen@Helgelandssykehuset.no).

Beskrivelse:

Følgende gjelder for administrasjon og vedlikehold av stoffkartoteket:

- Det skal fortløpende holdes oversikt i Eco-Online over de kjemikalier som finnes i den enkelte avdeling og at rett verneblad er til stede.
- Alle ansatte har tilgang til Eco Online via intranett og kan hente ut Sikkerhetsdatablad ved behov.
- Det skal fortløpende vurderes om størrelsen på lagerbeholdningen står i forhold til behovet. For stort lager skal reduseres.
- Når et kjemikalie tas ut av avdelingene eller erstattes av nytt produkt, skal tilhørende verneblad fjernes og erstattes av nytt.
- Alle endringer skal umiddelbart registreres i Eco-Online.

Tilgjengelighet til stoffkartoteket:

- Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakerne har opplæring i bruk av stoffkartoteket.
- Aktuelle verneblad skal skrives ut/settes i perm eller lignende og på den måten være tilgjengelig på det enkelte arbeidssted.
 - Det betyr bl.a. at ett verneblad skal være plassert i samme rom og i nærheten av der kjemikaliet/stoffet oppbevares. Ved evt. uhell som krever lege-/medisinsk behandling skal dette databladet medbringes.

Hensikt

Sikre at intern og ekstern informasjon angående miljøaspekter og miljøstyring i Helgelandssykehuset blir ivaretatt på en god måte.

Omfang –**1 - Ekstern kommunikasjon**

Gjelder for hele Helgelandssykehuset

Generell informasjonsprosedyre for Helgelandssykehuset er inntatt i [PR1567 – Informasjonsprosedyre for Helgelandssykehuset](#)

Intensjon med ekstern kommunikasjon

Ekstern informasjon skal ivareta at følgende oppfylles:

1. Informere eksterne kontakter (offentlige og private) angående miljøarbeidet
2. Informere private og offentlige instanser om overholdelse av myndighetskrav og egne miljøkrav

2 – Intern kommunikasjon**Intensjonen med intern kommunikasjon**

Intern informasjon skal ivareta at følgende oppfylles:

1. Formidle informasjon til ansvarlige beslutningstakere i organisasjonen
2. Kommunisere de beslutninger som blir tatt til hele organisasjonen

Informere ansatte om miljøstyringssystemet og intensjonen med dette. Målet er en kontinuerlig forbedringsprosess vedrørende miljøarbeidet.

Utførelse

Informasjon fra sykehusledelsen formidles i linjen.

Intern kommunikasjon

Ansvar: Miljørådgiver

- Ledelsens gjennomgang
- Intranett (ytre miljø og grønt sjukehus)
- Abonnere på nyheter fra intranett ytre miljø
- Miljørappport årlig
- Klimaregnskap årlig
- Tall for Helgelandssykehuset registreres i nasjonal database

Tiltak	Målgruppe(er)	Ansvar	Når	Kanal
Intern rapportering <ul style="list-style-type: none">○ Prosedyre PR29468 beskriver ansvar for rapportering og oppfølging etter interne revisjoner○ Alle miljørapporter til den enkelte avdeling skal/blir behandles/gjennomgått i den enkelte avdeling○ Rapporter fra interne miljørevisjoner behandles av ledergruppen i ledermøte○ Miljørapporter oversendes styret for informasjon	Ansatte - Ledere	Linje - ledere	Etter endt revisjon	Mail og Elements
Ekstern rapportering <ul style="list-style-type: none">○ Rapporter fra eksterne miljørevisjoner behandles av ledergruppen i ledermøte○ Miljørapporter oversendes styret for informasjon○ Miljørapporter legges ut på Helgelandssykehuset.no – under Grønt sykehus	Brukere / samarbeids - partnere	Foretaks -ledelse	Ved mottak av rapport	Kommunikasjons avdeling

Hensikt:

Beskrive oversikt over de dokumentene som inngår i miljøstyringssystemet

Innhold:

Dokumentasjonen av miljøstyringssystemet skal i.h.h.t ISO 14001:2015, pkt. 7.5 omfatte:

- a) miljøpolitikken, miljømålene og – delmålene
- b) en beskrivelse av omfanget av miljøstyringssystemet
- c) en beskrivelse av hovedelementene i miljøstyringssystemet og deres samspill, og referanse til tilhørende dokumenter
- d) dokumenter, inklusive registreringer, som kreves av denne standarden, og
- e) dokumenter, inklusive registreringer som organisasjonen har besluttet er nødvendige for å sikre effektiv planlegging, drift og styring av prosesser som angår dens vesentlige miljøaspekter.

Alle dokumentene er samlet i en egne dokumentsamling – [DS8928 - Miljøstyringssystem](#)

Helgelandssykehuset sitt miljøstyringssystem

Kapittelstrukturen i Helgelandssykehuset sitt miljøstyringssystem følger samme oppsett som i ISO 14001-standard. Dette er gjort for at det skal være lett å orientere seg mellom krav i ISO 14001-standard og Helgelandssykehuset sitt samsvar når det gjelder dokumentasjon i forhold til disse kravene. Under hvert punkt finnes en tilhørende dokumentasjon.

Miljøstyringssystemet for Helgelandssykehuset omfatter foretaket sitt sentrale styringssystem og er en integrert del av [DS12820 – Styringssystem ledelse og kvalitet](#)

Hensikt:

Beskrive system for sak/arkivsystem

Beskrivelse:

Elements er foretakets valgte sak/arkivsystem. All kommunikasjon inn og ut at foretaket skal journalføres i henhold til forskrift.

Referat fra møter på alle nivå skal lagres i Elements

1. Hensikt

Alle dokumenter som inngår i Helse Nord sitt felles internkontrollsystem skal være under kontroll. Denne prosedyren fastsetter kravene som er nødvendig for å kontrollere styrende dokumenter i kvalitetsstyringssystem *Docmap*.

2. Omfang

Styrende dokumenter: regelverk, målsettinger, retningslinjer, prosedyrer, maler etc. som inngår i virksomhetens internkontrollsystem. Registreringer (resultatdokumentasjon) er en spesiell type dokumentasjon som ikke omfattes av denne prosedyren.

3. Arbeidsbeskrivelse jfr. krav i ISO 14001:2015, kap. 7.5.3

a) Godkjenner

Person med lederansvar som sammenfaller med dokumentets øverste gyldighetsområde eller med delegert godkjenningmyndighet innenfor gitt fagområde.

b) Revidere dokumenter

Dokumentansvarlig: Fagperson med spesielt ansvar/kompetanse for fagområdet.

Dokumentansvarlig person må være definert med den funksjonen i *Docmap*, og er den som mottar alle meldinger/revideringsmeldinger angående dokumentet og må følge disse opp.

c) Versjonshåndtering av dokumentene

Kvalitetsstyringssystem *Docmap* benytter versjonshåndtering av dokumentene.

d) Kun versjon av dokument som ligger i *Docmap* er gyldig

Finnes det skriftlige dokumenter som ikke er tilgjengelige via *Docmap*, er disse ikke gyldige.

e) Dokument er tilgjengelig som html-fil via *Docmap* og er søkbar

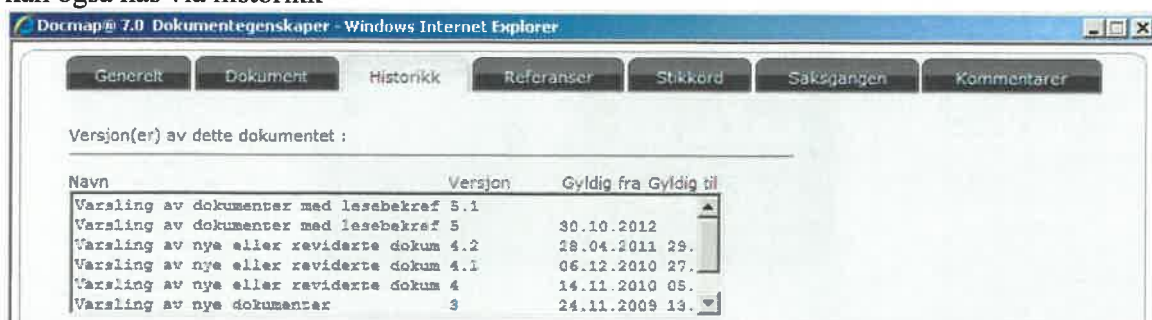
Dokumentene i *Docmap* er tilgjengelige som html-filer eller som pdf-filer (utskrift) og får automatisk et unikt id-nummer når det blir opprettet. Det vil også være søkbart på dokumenttittel og innhold.

f) Eksterne dokumenter legges inn med link og distribueres som vanlige dokumenter

[PR0144 Innlegging av eksterne dokumenter i Docmap](#)

[PR19357 Varsling av dokumenter med lesebekreftelse](#)

g) Kun gyldig versjon av dokument er tilgjengelig i *Docmap*, tidligere versjoner av dokument kan også nås via historikk



Navn	Versjon	Gyldig fra	Gyldig til
Varsling av dokumenter med lesebekref	5.1		
Varsling av dokumenter med lesebekref	5	30.10.2012	
Varsling av nye eller reviderte dokum	4.2	28.04.2011	29.
Varsling av nye eller reviderte dokum	4.1	06.12.2010	27.
Varsling av nye eller reviderte dokum	4	14.11.2010	05.
Varsling av nye dokumenter	3	24.11.2009	13.



AVFALLSHÅNDBOK



FELLES INNSATS FOR FELLES MILJØ



Innhold

HELGELANDSSYKEHUSET

HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE



.....	1
0. Forord	3
1. Innledning	3
2. Målsetting	3
2.1 Tilpasninger ved sykehusene	4
3. Organisering og ansvar for deling	4
4. Avfallshåndtering	4
4.1 Forbruksavfall	5
4.2 Smitteavfall	6
4.2.1 Håndtering	6
4.2.2 Definisjon smitteavfall	7
4.3 Legemiddelavfall (inkl. Cytostatika)	8
4.3.1 Kassasjon av legemidler	9
4.4 Kjemisk avfall	10
4.5 Brannfarlig avfall	10
4.6 Batterier	11
4.7 EE-Avfall	11
4.8 Skjematisk oversikt og behandling av avfall	11
5 Sikkerhetsrutiner	12
5.1 Utstyr og rutiner	12
6 Revisjon av avfallshåndboken	12
6.1 Tiltaksliste ved uhell/skader	12
6.2 PRODUKT datablad:	13
6.3 Kontaktpersoner vedr. avfallshåndtering	13
6.4 Grønne Nøkkeltall	13

0. Forord

Sykehusene er betydelige aktører i miljøsammenheng.

Hensikten med denne avfallshåndboken er å veilede ansatte og andre –

- i hvordan avfall blir til ressurs
- i hvordan vi sikrer miljøet og ansatte ved rett sortering av avfall

1. Innledning

På nasjonalt nivå er det vedtatt at alle sykehus/helseforetak skal miljø sertifiseres etter ISO14001. Helgelandssykehuset ble godkjent august 2015

For Helgelandssykehuset HF betyr dette at vi har fokus på miljøarbeid ut i fra ønske om å

- Forestå en bærekraftig utvikling
- Redusere og forbedre avfallssorteringen
- Forbedre omdømme
- Ivareta krav i lover og forskrifter
- Fokus på miljø gir ofte redusere kostnader
- Ivareta ansattes helse og sikkerhet
- Miljøbevisste ansatte

2. Målsetting

Det foreligger flere områder innenfor miljøsatsing. Overordnede mål for sykehuset er inntatt i MS0556 - *Miljømål*

- Ha miljøbevisste ansatte.
- Ha et klart bilde av miljøpåvirkningene på det ytre miljø.
- Redusere utslipp av miljøskadelige stoffer til jord, luft og vann.
- Redusere miljøpåvirkningen fra produkter.
- Redusere energiforbruket.
- Redusere transportbehovet

De fokusområdene som er listet opp her er ikke utfyllende, men indikerer de hovedfaktorene som Helgelandssykehuset jobber etter. Miljømålene er felles for hele Helgelandssykehuset.

2.1 Tilpasninger ved sykehusene

Avfallshåndboken er så langt det er mulig felles for hele Helgelandssykehuset. Med dette menes en mest mulig enhetlig avfallsbehandling.

Sykehusenhetene jobber i dag i samarbeid med valgt renovatør for optimalisering av sorteringsgraden.

3. Organisering og ansvarsfordeling

Alt ansvar for miljøarbeidet ligger i linjen. Spesifikt ansvar er beskrevet i FB1305 – *Ressurser, oppgaver, ansvar og myndighet*.

De enkelte avdelingene har ansvar for kildesortering og samling av avfallsprodukter på egen avdeling.

Enhet for Drift og eiendom – de tekniske avdelingene har ansvar for henting og transport av avfall til mellomlagring i påvente av ekstern renovatør.

Det er organisert en egne hygienegruppe, som bistår teknisk personell ved sykehusene, Hygienegruppen består av - miljørådgiver, farmasøyter og hygienesykepleiere. Hygienegruppen er rådgivende i forhold til avfall og avfallsproblematikk og samarbeider med de tekniske avdelingene.

4. Avfallshandtering

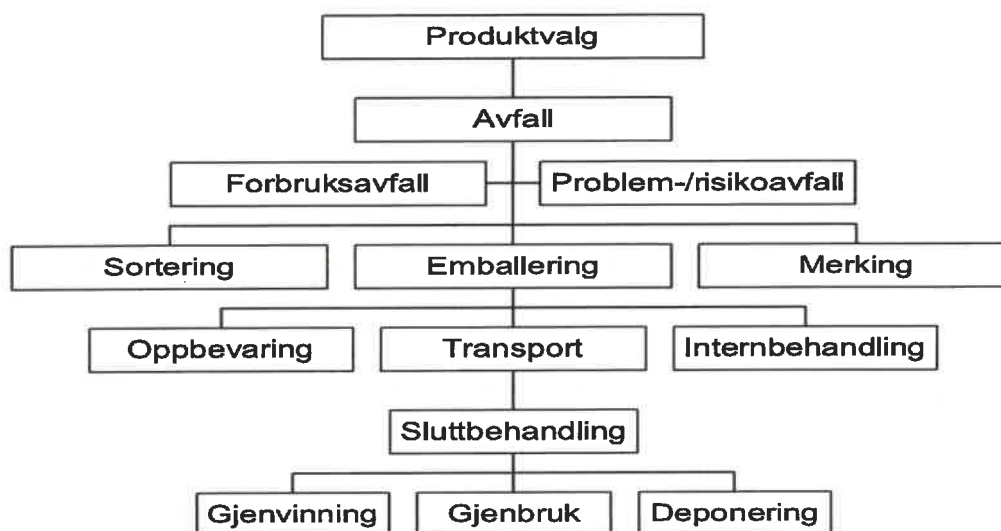
Daglig drift i sykehusene gir store mengder avfall, avfall som skal behandles ulikt. Oversikten under viser en skjematisk materialflyt for de ulike avfallstypene, frem til sluttbehandling.

Helgelandssykehuset har som mål å jobbe tett mot leverandører av renovasjonstjenester for best mulig sortering av avfallet.

Alt avfall sorteres etter to hovedtyper:

- Forbruksavfall
 - o Avfall som ikke forutsetter spesiell behandling
- Problem/risikoavfall
 - o Avfall som skal behandles spesielt

Et viktig moment for Helgelandssykehuset er at det ved innkjøp av varer stilles krav til størst mulig fokus på miljøvennlige anskaffelser – se [RL4510](#) – *Miljøvennlige anskaffelser i spesialisthelsetjenesten*.



4.1 Forbruksavfall

DEFINISJON

- Alle typer avfall som ikke er problem/risikoavfall

SORTERING

- Papir
- Kartong
- Brun papp
- Kontorpaper
- Makuleringspaper
- Plastfolie
- Annen plast
- Matavfall
- Batteri
- Annet avfall

INTERNTRANSPORT

Avfallet hentes regelmessig av teknisk personell. Henting i helger/ helligdager gjøres etter interne rutiner ved hvert sykehus. Ved særskilt behov kontaktes teknisk vakt.

4.2 Smitteavfall

- Håndtering av smitteavfall skal sikre at smittefarlig avfall ikke medfører risiko for spredning av smitte til mennesker, dyr eller miljø.
- Sikre at alle lokalisasjoner håndterer smitteavfall etter gjeldende lover og forskrifter.
- Gjelder alle som håndterer smitteavfall.

4.2.1 Håndtering

Sortering

Avfallet må klassifiseres, sorteres og merkes korrekt.

- Avfallet skal emballeres slik at personell som håndterer og transporterer det ikke utsettes for smittefare, og slik at innholdet ikke spres til omgivelsene.
- Avfallet skal alltid legges direkte i egnet emballasje, uten mellomlagring på inventar, gulv eller lignende.
- Avfall som ikke er smittefarlig skal ikke blandes med smittefarlig avfall da det øker volumet av smitteavfall.

Risikoavfallsboks

- Gul, med låsbart lokk. Finnes i to størrelser: 30, 50 og 60 liter. Bruk så liten boks som mulig for å unngå at den må kastes halvfull eller blir stående for lenge før den er full.
- Lokket legges løst på mens boksen er i bruk. Når den er full eller ikke skal benyttes videre, skal lokket trykkes på i henhold til illustrasjon på boksen.
- Ikke fyll boksen over streken som indikerer maksimal mengde.
- **Kanyleboks (gul)** med låsbart lokk.

Merking

Emballasjen skal være merket slik at det går klart fram at den inneholder smittefarlig avfall. Deklarasjonslapp på boksen:

Kryss av for korrekt avfallstype og merk med avdeling og dato.

Risikoavfallsbeholdere som inneholder både kanylebokser og smitteavfall, skal merkes *både* som smitteavfall og stikkende/skjærende avfall.

Transport

Avfallet hentes regelmessig av teknisk personell. Henting i helger/helligdager gjøres etter interne rutiner ved den enkelt enhet.

4.2.2 Definisjon smitteavfall

	Emballeres/merkes
SMITTEAVFALL	
Avfall som inneholder store mengder blod eller andre kroppsvæsker hvor det er risiko for lekkasje, for eksempel dren/poser som ikke kan tømmes.	Gul plastbeholder (risikoavfallsboks). Merkes: Smitteavfall
Kontakt-/dråpesmitteisolering: Avfall som inneholder smittestoff/kroppsvæsker i så store mengder at det kan oppstå risiko for lekkasje. <i>Alt annet: Restavfall.</i>	
Smitteførende avfall/prøver fra laboratorievirksomhet.	
Luftsmitteisolat: Alt avfall	
Avfall som er direkte forurenset med sekret, puss o.l fra pasienter med alvorlige infeksjoner (høyrisikosmitte).	
STIKKENDE/SKJÆRENDE AVFALL	
<ul style="list-style-type: none"> • Brukte kanyler • Skalpellblader, knivblader, barberblad • Sakser og pinsetter • Reagensrør med blod, puss eller vevsrester • Objektglass • Suturnåler 	Gul kanyleboks. Merkes: Stikkende/skjærende avfall
BIOLOGISK AVFALL	
<p>Avfall som det av estetiske hensyn ikke er ønskelig å identifisere i restavfallet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organer • Amputater • Større vevsbiter <p>Organisk materiale skal skilles fra eventuell fikseringsvæske ved siling. Utføres i avtrekksskap. Fikseringsvæske basert på formaldehyd, paraformaldehyd, eller glutaraldehyd skal behandles i henhold til gjeldende forskrifter.</p>	Gul plastbeholder (risikoavfallsboks). Merkes: Patologisk/biologisk avfall

Referanser

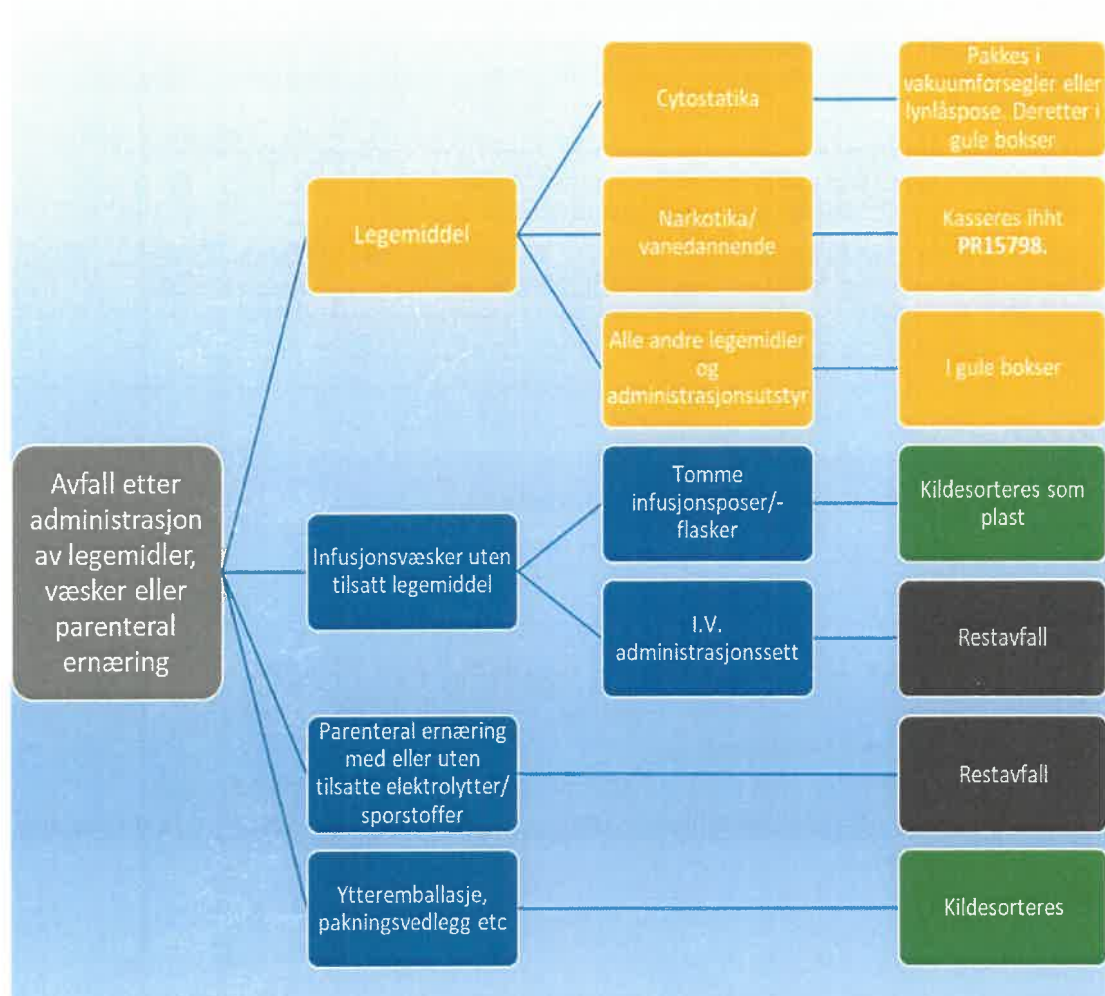
1. Klima- og miljødepartementet L-om, Helse- og omsorgsdepartementet., (2006). *Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.* 05.05.2014 <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-10-11-1196>.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Forskrift om innførsel, transport og annen håndtering av materiale som er smittefarlig for mennesker.* 05.05.2014 <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-09-12-903>.
3. Arbeids- og administrasjonsdepartementet. (2003). *Forskrift om endring i forskrift om vern av arbeidstakerne mot farer ved arbeid med biologiske faktorer.* 05.05.2014 <http://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2002-06-20-825>.
4. Direktoratet for arbeidstilsynet. (2002). Biologiske faktorer: veiledning til arbeidsmiljøloven. [internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=77948>.

4.3 Legemiddelavfall (inkl. Cytostatika)

DEFINISJON:

- Legemiddelavfall er legemiddelrester, legemidler som er utgått på dato, ukurante legemidler, legemidler som har vært i dosett eller inne hos pasient eller legemiddel som av annen årsak skal kasseres.
- Legemiddelavfall kasseres som risikoavfall i gule bokser. Dette gjelder også infusjonsposer og annet administrasjonsutstyr, pakninger mm som har vært i kontakt med legemiddel.

4.3.1 Kassasjon av legemidler



Unntak: kontrastmidler der det foreligger returavtale med leverandør, f.eks. Omnipaque

Referanser:

Instruks i legemiddelhåndtering (HB 1268), [LOV-1981-03-13-6](#) Forurensningsloven. Lov om vern mot forurensninger og om avfall (Forurensningsloven), [FOR-2004-06-01-930](#) Avfallsforskriften. Forskrift om gjenvinning og behandling av avfall (avfallsforskriften). [FOR-2003-04-25-486](#) Forskrift om miljørettet helsevern.

4.4 Kjemisk avfall

DEFINISJON:

- Omfatter følgende hovedgrupper:
 - o Organiske løsningsmidler
 - o Surt og alkalisk avfall
 - o Termometer og batterier som inneholder kvikksølv
 - o Fotokjemikalier og film
 - o Maling, lakk og limrester
 - o Spillolje
 - o Kjemiske desinfeksjonsmidler
 - o Andre giftige stoffer

Hovedregelen er at dette avfallet kun skal samles opp for videreforsendelse. Avfallet må ikke blandes sammen med annet avfall. All dokumentasjon for denne type avfall er beskrevet i produktdatabladsystemet – Eco Online. Her finnes informasjon om helsefarer, vernetiltak, tiltak ved søl og reaktivitet.

SORTERING

De avdelinger som har kjemisk avfall sørger for at de ulike stoffene holdes atskilt.

EMBALLERING

Kjemikalier skal oppbevares på original emballasje. Emballasjen må være tett og den må ikke påvirkes av innholdet.

MERKING/FARGEKODE

Det er ikke valgt egen fargekode for kjemisk avfall. Beholdere skal merkes tydelig med navn på innhold. Teknisk avdeling vil være behjelpelig med påføring av dette. Deklarasjon skrives i samarbeid med renovatør ved transport bort fra sykehus.

OPPBEVARING/INTERNTRANSPORT

Kjemisk avfall leveres teknisk avdeling hvor det oppbevares i egnet skap/container.

4.5 Brannfarlig avfall

DEFINISJON:

- Som brannfarlig avfall regner vi produkter som av produsent/leverandør er merket som brannfarlig avfall som er oppblandet eller fuktet med et brannfarlig produkt.

SORTERING

Alt brannfarlig avfall skal sorteres ut før emballering.

EMBALLERING

Kjemikalier skal oppbevares på original emballasje.

Emballasjen må være tett og den må ikke påvirkes av innholdet.

MERKING/FARGEKODE

Det er ikke valgt egen fargekode for brannfarlig avfall.

OPPBEVARING/INTERNTRANSPORT

I kjemikalielager/skap - teknisk avdeling

4.6 Batterier

DEFINISJON:

- Alle typer batterier

SORTERING

- Batterier uansett merking skal samles inn i egne beholdere.

4.7 EE-Avfall

DEFINISJON:

- Små elektriske artikler som: vaffeljern, telefoner, digitale termometer etc, lamper,
 - o Samles i egne beholdere på avfallsrom
- Større elektriske artikler som: ovner, hvitevarer, brunevarer
 - o Hentes av teknisk personell eller bringes til avfallsrom

Kassert datautstyr som kan inneholde lagrede data hentes av Helse Nord IKT

4.8 Skjematisk oversikt og behandling av avfall

Plan for sortering skal foreligge på den enkelte avdeling og avfallspunkt

5 Sikkerhetsrutiner

5.1 Utstyr og rutiner

All avfallshåndtering skal være risikovurdert.

Håndtering av rett sortert smitteavfall ansees ikke å medføre noen særskilt smitterisiko.

Det er alltid en sjanse for feilsortering eller for at emballasje skades. Derfor skal egnet verneutstyr brukes under håndtering av avfall.

Følgende er eksempel på verneutstyr som skal være tilgjengelig på sykehuset:

- Grove arbeidshansker med høy punkteringsmotstand og hansker som tåler kjemikalier.
- Kjeledress, støvler, vernebriller, vernemaske. Skal brukes ved oppsamling av søl og ved renhold av utstyr (container, vogner).
- Ved fare for sprut av kjemikalier anbefales egnet engangskjeledresser.
- Ved håndtering av flyktige løsningsmidler eller ved omfattende håndtering av kjemisk. Konsultør de aktuelle produktdatablad for informasjon om beskyttelsesutstyr.
- Ved uhell under avfallshåndteringen skal det iverksettes oppryddingstiltak før videre håndtering.

Alle uhell, også der det ikke er personskade, skal meldes som avvik i avvikssystemet. Dette er viktig for å kunne sette i verk tiltak på aktuelle problemområder.

Husk at denne meldeplikt ikke erstatter eksisterende meldeplikt til AMU eller andre organer.

6 Revisjon av avfallshåndboken

Hygienegruppa har ansvaret for revisjon.

Denne gjøres ut fra:

Meldinger om problemer/uhell

Innspill fra avdelingene

Spesielle utvalg/komiteer (legemiddel etc.)

Eventuelle endringer hos renovatør

6.1 Tiltaksliste ved uhell/skader

Førstehjelp

Ved stikk

- Vaske med rikelig såpe og vann

- Desinfiser med desinfeksjonssprit 70 % eller Klorhexidin 5 mg/ ml i ca.2 min.

Ved blodsprut i øye, munn

- Skyll med rikelig vann evt. fysiologisk saltvann i 10 min.

Ved stikkskade/skade følges informasjon i [PR4857 – Stikkskader, tiltak og oppfølging](#)

6.2 PRODUKT datablad:

Ansvar:

- Ansvar ligger i linje
- Verneombud og hovedverneombud kan føre tilsyn

Sikkerhetsdatablad skal foreligge pr. avdeling og for alle produkter som kan påvirke - Helse, Brann eller Miljø. Slik tilgang finnes på intranett under Verktøy

Avdelingsleder har tilgang til databasen og skal løpende ajourføre register for egen avdeling. Alle produkter skal være risikovurdert for bruk i egen avdeling

Det skal foreligge produkt datablad i papirform på alle typer kjemikalier som er i bruk.

6.3 Kontaktpersoner vedr. avfallshåndtering

Kontaktpersoner ved sykehusene

Forbruks-, smitteavfall, biologisk, stikkende/ skjærende	-	Smittevernssykepleier
Legemiddelrester	-	Farmasøyt
Kjemisk avfall	-	Teknisk avdeling
Brannfarlig avfall	-	Teknisk avdeling
Emballasje, transportrutiner	-	Teknisk avdeling

6.4 Grønne Nøkkeltall

I tråd med overordnet miljømål for Helgelandssykehuset skal det utarbeides statistikk for alle avfallstyper. Hensikt med statistikkarbeidet er å dokumentere effekten av de tiltak som gjennomføres.

Statistikken utarbeides pr sykehusenhet og samlet for Helgelandssykehuset. De enkelte avdelingene er oppfordret til å lage mulige statistikker for egen avdeling og måle disse i egne miljødokument

Hensikten er å dokumentere utviklingen av avfallsmengden, sammensetning og kostnader forbundet til dette. Nøkkeltallene skal være et middel for å kunne vite om en når oppsatte mål for avfallshåndteringen.

INGEN KAN REDDE MILJØET ALENE - DIN INNSATS HJELPER

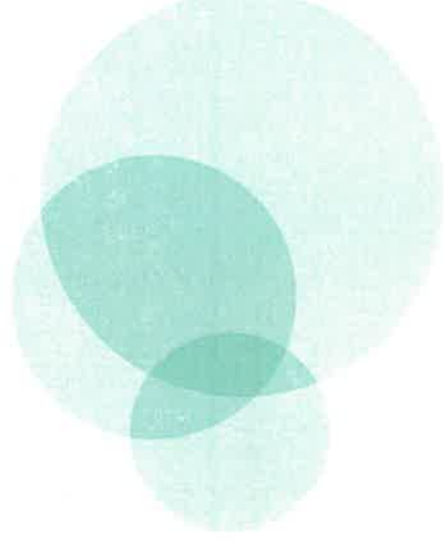
HELGELANDSSYKEHUSET, MED Å NÅ SINE MÅL



Veileder - Miljøvennlige anskaffelser i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å møte de miljø- og klimautfordringene vi står overfor – lokalt og globalt. Ivaretagelse av miljø- og bærekraftensyn i innkjøpsarbeidet, er et av innsatsområdene hvor et slikt ansvar operasjonaliseres. Samfunnet påvirkes av våre valg i anskaffelsesprosessene og gjennom den påfølgende oppfølgingen av avtalene vi inngår. Vi kan oppnå store miljøgevinster både gjennom å redusere forbruket og å dreie forbruket i en mer miljøvennlig retning.

Denne veilederen er utarbeidet av en arbeidsgruppe i delprosjekt innkjøp, et delprosjekt i det nasjonale prosjektet "Miljø og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten".
www.grontsykehus.no
Versjon 01.01.14



Innhold

1.	Innledning	4
2.	Hva sier ISO 14001-standarden om miljøhensyn i anskaffelser?	5
3.	Ledelse og forankring	6
	Kompetansen må være på plass eller innhentes	6
	Organisering og rutiner	6
	Rapportering og måling	7
4.	Innkjøperens rolle	7
5.	Overordnede føringer	8
	Mål og prioriteringer i handlingsplanen	9
	Lov og forskrifter om offentlige anskaffelser	9
6.	Miljømerking og klimamerking – Svanen, EU-blomsten m.m.	10
	Bruk av Svanen og Blomsten i anskaffelsen	10
	Andre merkeordninger og sertifiseringer	11
	Klimamerking	11
	Miljødeklarasjon	12
	Grønt Punkt Norge	12
7.	Kompetanse	13
	Anskaffelser.no	13
	Miljøkompetanse	14
8.	Før anskaffelsesprosessen	15
	Behovsverifisering	15
	Generell kartlegging i leverandørmarkedet	16
9.	I anskaffelsesprosessen	16
	Kartlegging av miljøaspekter	17
	Livssyklus kostnader (LCC)	18
10.	Utfasing av uønskede stoffer, kjemikalier og lignende	19
11.	Opplæring og avtaleinformasjon til brukere	19
12.	Avtaleoppfølging	20
13.	Evaluering og læring	20
14.	Etsiske leverandørkjeder	21
15.	Litteraturliste/referansedokumenter og nyttige linker	22
	Vedlegg 1 - Statlig veileder	23
	Deltagere i arbeidsgruppen	24



1. Innledning

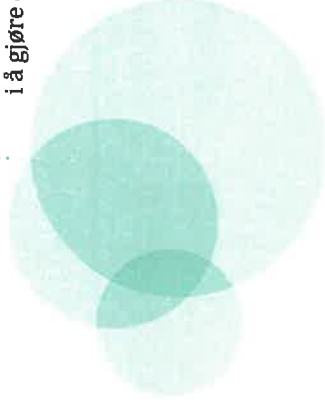
De regionale helseforetakene er av Helse- og omsorgsdepartementet bedt om å oppfylle de nasjonale miljø- og klimamålene. Arbeidet er organisert som et samarbeidsprosjekt (2011-2014) mellom de regionale helseforetakene, ledet av Helse Vest RHF. Som følge av prosjektet, skal alle helseforetak i Norge innføre miljøledelse etter ISO 14001-standard og sertifiseres etter denne standarden innen utgangen av 2014.

I prosjektet er det flere ulike delprosjekter hvor innkjøp var et delprosjekt først fra høsten 2009 til våren 2010. Rapporten utarbeidet etter dette prosjektet ligger på www.grontsykehus.no og ble lagt inn som førende dokument for alle helseforetak i oppdrags- og bestillerdokumenter fra 2011. Delprosjekt Innkjøp, del 2 startet opp våren 2011 og både arbeidet i prosjektet og denne veilederen bygger på denne rapporten.

Deltagere i delprosjekt innkjøp er fra alle fire regioner samt Helseforetakenes innkjøpsservice (Hinas) og Sykehuspartner Innkjøp. Veilederen er utviklet for å legge til rette for at innkjøpere i spesialisthelsetjenesten i Norge skal kunne møte kravene til miljøvennlige anskaffelser i tråd med innføring av miljøledelse etter ISO 14001-standard.

Denne veilederen er ment å være en hjelp for helseforetaket i å utarbeide prosedyrer og metoder som kan danne et godt grunnlag for å sikre at de viktigste miljøaspektene blir ivaretatt i anskaffelser og at helseforetakets miljøpolicy og miljømål blir fulgt opp. Det er ikke lagt opp til at veilederen skal være tilstrekkelig for å sikre nok kompetanse om miljøkrav i anskaffelser. Varer og tjenester til helseforetaket utgjør et enormt vidt spekter, så det vil i svært mange anskaffelser være behov for annen intern eller ekstern miljøkompetanse.

Det er viktig å understreke at innkjøperen alene ikke kan være ansvarlig for å ta de riktige avgjørelsene for å sikre miljøvennlige anskaffelser. Ledelsen er ansvarlig for strategi og ledelse, og fagmiljøer og brukergrupper på helseforetaket vil være viktige ressurspersoner i selve anskaffelsene og deretter i å gjøre de riktige valgene i avropsperioden.





2. Hva sier ISO 14001-standarden om miljøhensyn i anskaffelser?

Standarden ISO 14001:2004 om miljøledelse har følgende krav til leverandører av varer, produkter og tjenester:

4.3.1 Miljøaspekter – De forhold som påvirker ytre miljø (miljøaspekter) indirekte skal kartlegges og kontrolleres. Dette betyr at leverandører som den sertifiserte ikke påvirker direkte, men indirekte via valg av leverandør, kontrakter og oppfølging (eks. leverandør-revisjoner) også skal kartlegges og kontrolleres.

4.4.6 Driftskontroll – Den sertifiserte skal kommunisere sine vesentlige miljøaspekter til sine leverandører og kontraktpartnere når det gjelder varer, produkter og tjenester.

Standarden stiller med andre ord ikke spesifikke krav til enkeltprodukter og enkelttjenester, men at det stilles krav til leverandører og kontraktpartnere slik at de selv greier å overholde myndighetskrav og krav den setter til seg selv.

Det er derfor forventet at virksomheten har metoder eller prosedyrer som sikrer at den har kontroll med de produktene, varene og tjenestene den anskaffer gjennom sine leverandører og kontraktpartnere. Hvilke metoder den bruker og hvor strenge kravene er vil være avhengig av hvordan varene, produktene og tjenestene påvirker den sertifisertes miljøaspekter. Vesentlige elementer når slik metoder og prosedyrer skal utarbeides er:

- Kriterier for valg av leverandør
- Krav i kontrakt
- Oppfølging av kontrakt og leverandør

Et minimumskrav til leverandører vil være at myndighetskrav knyttet til varene, produktene og tjenestene overholdes.

Standarden krever at helseforetaket som et minimum overholder myndighetskrav. Innen anskaffelser vil det være Lov og forskrifter om offentlige anskaffelser som vil være førende. I denne lovens §6 står følgende: **”Statlige, kommunale og fylkeskommunale myndigheter og offentligrettslige organer skal under planleggingen av den enkelte anskaffelse ta hensyn til livssyklus-kostnader, universell utforming og miljømessige konsekvenser av anskaffelsen”**

Det er viktig å være klar over at det er ”miljøledelsessystemet” som skal sertifiseres, så det viktige i selve sertifiseringsprosessen er i innkjøpsfaglig sammenheng, er å vise anskaffelsesprosjektene følger prosedyrer som sikrer at ytre miljø-aspekter er ivaretatt i anskaffelsesprosessen. Dette kan for eksempel legges inn i egne prosedyrer eller som del av en innkjøpshåndbok.



3. Ledelse og forankring

Miljøledelse etter ISO 14001-standard er i første rekke et ledelsessystem og må være forankret i foretaksledelsen. Det er ledelsens ansvar at foretaket har en miljøpolicy og mål som understøtter dette. Det vil være naturlig at det også settes miljømål innen anskaffelsesfeltet eller at mer overordnede målsettinger for eksempel innen energiforbruk, må følges opp i anskaffelser. I mange tilfeller vil oppfølging av miljømålene kreve en del ressurser og det er viktig å sette av ressurser eller omprioritere tiltak når dette er nødvendig. Eksempler fra Sverige viser at flere miljøvennlige produkter har hatt en høyere kostpris i starten inntil økt volum har fått prisene ned. Andre budsjettmessige utfordringer kan være knyttet til livssykluspriser opp mot innkjøpspris.

Kompetansen må være på plass eller innhentes

Innkjøperen er ekspert på anskaffelses-rutiner, prosedyrer og regelverk, men ikke nødvendigvis på aspekter som påvirker ytre miljø. Det må derfor avklares i alle anskaffelser hvem som innhenter kunnskap og sitter med ansvaret for at de nødvendige miljøhensyn er tatt. I enkelte helseforetak kan dette være et samarbeid med miljøleder eller man har valgt å ansette innkjøpere med miljøkompetanse som kan være en ressurs i alle anskaffelser. Kanskje er det i miljøkompetanse fra fagmiljøet hvor varene/tjenesten skal tas i bruk? Mangel på miljøkompetanse må ikke være til hinder for at nødvendige miljøkrav blir satt. Husk også at det godt kan være miljøkompetanse innen dette fagfeltet i andre helseforetak. Et alternativ er å kjøpe inn den kompetansen som trengs for å opparbeide god nok kompetanse innad i helseforetaket. Det anbefales å bygge opp særskilt miljøkompetanse innen hver enkelt innkjøpskategori i de helseforetak og regioner som jobber kategoristyrte, da miljøaspekter kan være svært ulike i de ulike kategoriene.

Organisering og rutiner

Det bør i alle helseforetak være organisering og rutiner for å sikre seg å kunne gjøre de gode miljøvennlige innkjøpene. Noen spørsmål å stille seg er:

- Hvilke styringsdokument og retningslinjer gjelder? (Feks foretakets miljøpolicy og etiske retningslinjer)
- Hvordan skal anskaffelsene prioriteres?
- Hvem har ansvaret for at miljøkrav settes?
- Hvem skal innhente kunnskapen om hvilke krav som kan/bør stilles?
- Hvem beslutter hvilke krav som skal stilles?
- Hvordan skal kravene følges opp?
- Hvem har ansvaret for at kravene følges opp?

Rapportering og måling

Hvordan måles suksessen av en anskaffelse? For å sikre bærekraftige anskaffelser, vil det være avgjørende at gevinstrealisering ikke bare måles i pris. Det er ledelsens ansvar å sikre at man måler resultater ut fra hva man har prioritert og etterspurt. Resultater må også kommuniseres ut.

Eksempler på dette kan være å måle antatt sparte klimagassutslipp i en bilavtale, reduksjon av pvc i en medisinsk forbruksmaterieellavtale, antall økologisk produkter i en matavtale og lignende. Enda bedre er det selvsagt om man i ettertid kan gjøre målinger på realiserte gevinster, ikke kun prognoser i forkant.



4. Innkjøperens rolle

Ivaretagelse av miljø- og bærekraftsyn i innkjøpsarbeidet, er et av innsatsområdene hvor et miljøansvar tydelig- og målbart kan operasjonaliseres. Spesialisthelsetjenesten skal ta sitt ansvar for å møte miljø og klimautfordringer – lokalt og globalt og det kan oppnås store miljøgevinster både gjennom å redusere forbruket og å dreie forbruket i en mer miljøvennlig retning.

Innkjøperen har en stor mulighet, og en plikt til å gjøre sitt for at anskaffelser til helseforetakene er så miljøvennlige som mulig, selvsagt i samarbeid med fagmiljøene ved helseforetaket hvor varen eller tjenesten skal tas i bruk. Det vil alltid være utfordringer knyttet til brukervennlighet, pris og andre kriterier hvor miljøaspektet i noen tilfeller må vike. Her må innkjøper og fagmiljøet samarbeide tett og i størst mulig grad ta kunnskapsbaserte avgjørelser i de valg som gjøres. Innkjøper må ta i bruk gode verktøy for å avstemme livssykluskostnader, det har vist seg at særlig vektlegging for eksempel på energiforbruk i anskaffelse av elektronisk utstyr både har vært miljøvennlig og økonomisk fordelaktig.

Det at man skal sette miljøkrav i alle offentlige anskaffelser, står tydelig i §6 i Lov om offentlige anskaffelser (LOA), derimot er det ikke tydeliggjort på hvilken måte- eller i hvilken grad dette skal gjøres. Innkjøperen må derfor tilpasse dette i forhold til de miljømål som er satt for helseforetaket. Det er selvsagt svært ønskelig at innkjøpsmiljøet deltar i utforming av miljøpolicy og miljømål på det enkelte helseforetak for i best mulig grad ivareta innkjøpsperspektivet. Uansett er det innkjøperens rolle å jobbe for å nå de mål som er satt.



5. Overordnede føringer

I Regjeringens handlingsplan for miljø og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser 2007-2012 som fortsatt er gjeldende, er det gitt en del føringer for offentlig innkjøp. Regjeringen har blant annet vedtatt en egen miljøpolitikk for statlige innkjøp gjeldende fra 1. januar 2008 og lagt det opp til den statlige virksomhet å selv sørge for at miljøpolitikken blir fulgt opp.

Miljøpolitikken er utformet for å gi statlige virksomheter retningslinjer og hjelp i arbeidet med å stille gode miljøkrav i forespørsler og innkjøp for øvrig og formålet beskrives slik:

”Minimere den totale miljøbelastningen fra statens innkjøp av varer og tjenester. Effektiv utnyttelse av statens ressurser. Bidra til et konkurransedyktig næringsliv ved å medvirke til et marked som fremmer innovasjon og utvikling av miljøvennlige produkter.”

Planen lister opp overordnede prinsipper som skal følges:

1. Varer og tjenester velges på bakgrunn av livsløpskostnader, kvalitet og miljøegenskaper
2. Varer og tjenester som er energieffektive, har lavt innhold av helse- og miljøfarlige kjemikalier, gir lave forurensende utslipp og lavt ressursforbruk skal prioriteres
3. For varer hvor det er utviklet miljømerkkriterier i regi av Svanen eller EU-blomsten skal disse kriteriene så langt som mulig legges til grunn
4. For tjenester skal leverandører med rutiner og kompetanse som sikrer lav miljøbelastning prioriteres, f.eks. leverandører som kan dokumentere dette ved å ha innført ISO 14001 eller Miljøfyrtårn

Mål og prioriteringer i handlingsplanen

1. Miljø- og sosiale hensyn i offentlige anskaffelser skal bidra til en effektiv offentlig sektor og et konkurranseedyktig næringsliv.
2. Alle statlige virksomheter skal ha et miljøledelsessystem
3. Miljøbelastningen knyttet til offentlige anskaffelser skal minimeres. I arbeidet med miljøhensyn i offentlige anskaffelser vil tiltak knyttet til klima og energi, helse- og miljøfarlige kjemikalier og biologisk mangfold prioriteres.
4. Produktgruppene bygg- og eiendomsforvaltning, transport og bil, mat, IKT-utstyr og nettmøter, tekstiler og medisinsk/hygienisk forbruksmaterieell, samt produktgrupper knyttet til kontor virksomhet, er prioritert.
5. Regjeringen legger videre vekt på at offentlig sektor gjennom sine innkjøp skal ta ansvar ved å bidra til sosialt forsvarlig produksjon, handel og forbruk.
6. Regjeringen har en målsetning om 15 prosent produksjon og forbruk av økologisk mat innen 2020. Ved å stille krav eller kriterier til økologisk mat i dine anskaffelser bidrar du til å oppfylle målsetningen, samtidig som du gjennomfører en miljøvennlig anskaffelse. Alle statlige virksomheter er pålagt i handlingsplanen å oppfylle økologimålsetningen.

Ledelsen i foretaket har ansvaret for å tilrettelegge for at de overordnede føringene etterleves.

Lov og forskrifter om offentlige anskaffelser

I lovens §6 står følgende: "Statlige, kommunale og fylkeskommunale myndigheter og offentligrettslige organer skal under planleggingen av den enkelte anskaffelse ta hensyn til livssyklus kostnader, universell utforming og miljømessige konsekvenser av anskaffelsen"

Offentlige oppdragsgivere er altså pålagt ved lov å ta hensyn til livssyklus kostnader og miljøkonsekvenser under planleggingen av den enkelte anskaffelsen som det står i §6 i loven. Det betyr at man har en plikt til å kartlegge og vurdere miljøkonsekvenser og også om behovet kan dekkes på en måte som gir mindre skadelige miljøkonsekvenser. I tillegg plikter man så langt det er mulig å stille konkrete miljøkrav til produktet. Dett står i forskriften til LOA § 8-3 (1) og § 17-3 (1). Regelverket anmoder innkjøpere i større grad å bruke behovsspesifikasjon/funksjonskrav fremfor veldig detaljerte kravspesifikasjoner. Dette fordi behovsspesifikasjoner og funksjonskrav åpner for miljøvennlige løsningsalternativer og større konkurranse. (Kilde: Difi)





6. Miljømerking og klimamerking – Svanen, EU-blomsten m.m.

Stiftelsen Miljømerking forvalter de to offisielle miljømerkene Svanen og Blomsten i Norge. Disse to miljømerkene settes på produkter og tjenester som har gjennomgått en objektiv miljøvurdering. Miljømerking Norge ble opprettet av myndighetene i 1989 for å forvalte de offisielle miljømerkene i Norge. Stiftelsen ledes av et styre som består av medlemmer oppnevnt av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, miljøvernmndighetene, Næringslivets Hovedorganisasjon, Hovedorganisasjonen Virke, Landsorganisasjonen i Norge, Forbrukerrådet, handelskjedene og miljøorganisasjonene og er en non-profit organisasjon.

Bruk av Svanen og Blomsten i anskaffelsen

De offisielle miljømerkene Svanen og EU-blomsten er tredjeparts sertifiseringsordninger som tydeliggjør og gir informasjon om de beste miljøvalgene innenfor ulike produktkategorier. Svanemerket er det nordiske miljømerket og Blomsten er et offisielt EU-merke. Begge administreres i Norge av Stiftelsen Miljømerking. Både Svanemerket og Blomsten stiller bredspektrede miljøkrav og er basert på livsyklusvurderinger, fra råvaren til avhending. Merkene har en tredjeparts uavhengig sertifisering. Det skal aldri være mer enn 30% av produkter/tjenester som er merket med Svanen eller Blomsten, derfor skjerpes kravene jevnlig. Produktgrupper finnes på Miljømerkings nettsider, se link bakerst i denne veilederen.

Det er ikke lovlig å kreve at et produkt skal være miljømerket, men det er mulig å bruke de underliggende kriteriene i en tredjepartssertifisert miljømerkeordning som teknisk spesifisering, tildelingskriterium eller kontraktskrav. En lisens, sertifisering eller bruk av for eksempel miljømerkene Svanen eller EU-blomsten, kan brukes som dokumentasjon på at kravet er oppfylt fra leverandøren, men annen tilsvarende dokumentasjon må også godkjennes som dokumentasjon. Hvis det er stor konkurranse i markedet og mange leverandører kan tilby svanemerkede produkter eller tjenester, er det enkelt å bruke svanens kriterier som krav. Hvis det derimot er få som kan levere miljømerkede produkter/tjenester, kan kravene stilles som tildelingskriterier, for på den måten å premiere de beste, uten at konkurranse utelukkes.

NB – Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge er medlemmer av Svanens Innkjøperklubb og kan derfor benytte seg av Miljømerking Norges hjelp til å gjennomgå alternativ dokumentasjon hvis svanens kriterier er brukt og vektet minimum 20%.



Andre merkeordninger og sertifiseringer

Det finnes et utall miljømerker utenom de offisielle. Det anbefales ikke å bruke disse i offentlige anskaffelser da det er vanskelig å holde kontroll på om merket er tredjeparts verifisert eller oppfunnet av leverandør selv og hva merkets kriterier egentlig sier noe om. Andre offisielle merker fra andre EU-land er for eksempel:

- Blaue Ängel, som er den offisielle miljømerkeordningen i Tyskland
- Bra Miljöval som er opprettet av den svenske Naturskyddsforeningen
- TCO, som er en svensk merkeordning for datamaskiner, hodetelefoner etc.
- GOTS, som står for Global Organic Textile Standard. Merket vurderer alle relevante miljøproblemer i hele tekstillets livssyklus

EnergyStar er en internasjonal frivillig energimerkeordning. I Europa omfatter programmet PC-er, dataskjermer, bildebehandlingsutstyr (skriver-, kopi-, skanner-, faksutstyr) og frankeringsmaskiner. Hovedmålet er å bidra til en mer miljøvennlig utvikling ved å fremme produksjon og markedsføring av energieffektivt kontorutstyr (IKT-utstyr). Den er foreløpig ikke en offisiell merkeordning i Norge, men det er en tredjepartsertifisert merke som Norges vassdrags- og energidirektorat (NVE) har ansvar for å spre informasjon om- og føre tilsyn med.

Kriteriene revideres jevnlig og ved hver revisjon settes kriteriene slik at maksimalt 25 prosent av eksisterende produkter i markedet oppfyller Energy Star-kravene. Kriteriene til Energy Star kan med fordel brukes som tildelingskriterier for å premiere lavt energiforbruk.

Miljøledelsessystemer kan være basert på godkjente standarder som ISO 14001, Swanen, Miljøfyrtårn og EMAS. Miljøledelsessystemet skal være forankret i ledelsen, og består av et sett med prosedyrer og rutiner som skal sikre høy miljøstandard i virksomheten. I regjeringens handlingsplan for miljø og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser står følgende om bruk av miljømerking ved kjøp av tjenester: " **For tjenester skal leverandører med rutiner og kompetanse som sikrer lav miljøbelastning prioriteres, f.eks. leverandører som kan dokumentere dette ved å ha innført ISO 14001 eller Miljøfyrtårn**". Det anbefales derfor at man vurderer å legge inn krav om miljøledelsessystemer som kvalifikasjonskrav i tjenesteanskaffelser.

Klimamerking

Med forbedrede teknologiske løsninger for elektronisk sporing i verdikjeder, er det god grunn til å forvente at klimamerking blir lettere å anvende i nærstående framtid. En ny norsk standard for sjømat er et godt eksempel på utviklingen som forventes i flere sektorer. Klimamerking sier noe om Co2-fotavtrykket til produktet/tjenesten, altså klimagassutslippet i livsløpet. Enn så lenge finnes det ikke verifiserte klimamerkeordninger for typiske sykehusprodukter:

Miljødeklarasjon

En miljødeklarasjon er et kortfattet dokument som oppsummerer miljøprofilen til en komponent, et ferdig produkt eller en tjeneste på en standardisert og objektiv måte. Forkortelsen EPD brukes både i norsk og internasjonal sammenheng. De standardiserte metodene sikrer at miljøinformasjon innen samme produktkategori lar seg sammenlikne fra produkt til produkt, uavhengig av region eller land. Hensikten er at kunden skal kunne sammenligne miljøprofil og foreta en vurdering og et valg basert på miljødeklarasjonen. Miljødeklarasjoner bygger på livsløpsvurderinger av miljødata fra råvareuttak, produksjon, bruksfase og avhending. En EPD lages på grunnlag av en livsløpsanalyse (LCA) og skal være sertifisert etter en ISO-standard. (kilde: EPD-Norge)

På EPD-Norges nettsider kan man sjekke hvilke produkter som norske firma har fått godkjent. Det europeiske sekretariatet har kontorer i Stockholm og heter Environdec. De har oversikt på sine nettsider over hvilke produkter utenlandske firmaer har fått godkjent. Linker til nettsidene ligger bakerst i denne veilederen. EPD-Norge er næringslivets stiftelse for miljødeklarasjoner.

Grønt Punkt Norge

Grønt Punkt er et internasjonalt registrert varemerke for emballasje. Merket viser at det er betalt vederlag for emballasjen, noe som sikrer at emballasjen samles inn og gjenvinnes etter bruk. Vederlag skal betales i det land hvor varen omsettes og emballasjen blir avfall. Alle helseregionene i Norge er kontrollmedlemmer av Grønt Punkt Norge og er forpliktet til å kreve at leverandører er medlemmer av Grønt Punkt Norge eller lignende ordning i alle vareanskaffelser.



Bra Miljøval



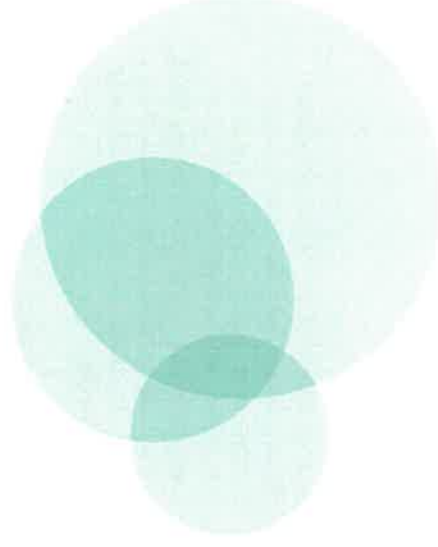


7. Kompetanse

Mangel på enten anskaffelseskompetanse eller miljøkompetanse må ikke være til hinder for at nødvendige miljøkrav blir satt. Det anbefales å sette miljø på dagsorden i alle anskaffelser for å øke kompetansen både på fagsiden og på innkjøpssiden. Etter hvert som alle regioner jobber mer og mer kategoribasert, vil kunnskap man tilegner seg ved et anskaffelsesprosjekt i større grad også kunne gjenbrukes i senere anskaffelser.

Anskaffelser.no

Det er utarbeidet en rekke miljøkriteriesett til bruk i offentlige anskaffelser og i tråd med europeisk regelverk, som kan være svært nyttig. Difi anbefaler på sine sider www.anskaffelser.no å bruke norske, svenske eller nederlandske offentlige miljøkriterisett. Disse ligger det link til både hos Difi og i kapittel 8 i dette dokumentet. På Difis anskaffelsportal, som de kaller en "Kunnskapsportal for offentlige anskaffelser", vil det også ligge mye nyttig informasjon både om miljø og andre aspekter ved offentlige anskaffelser. Difi arrangerer også jevnlig kurs i blant annet miljø og offentlige anskaffelser. Alle offentlige innkjøpere bør abonnere på deres ukentlige nyhetsbrev for å få kunnskap til disse kursene og også for å få inspirasjon av andre gode anskaffelsesprosjekter. Link til påmelding ligger på siste side i denne veilederen.



Miljøkompetanse

Alle helseforetak har noe miljøkompetanse. Prosjektleder for innføring av ISO 14001 i helseforetaket vil enten selv inneha noe kompetanse, eller ha oversikt over hvor denne kompetansen finnes. Det anbefales også alle helseforetak å bygge opp miljøkompetanse i innkjøpsmiljøet. Erfaring fra ulike svenske län, som har kommet mye lenger i sine miljøinnkjøp for svenske sykehus enn norske, er at det er ressurs sparende å ha innkjøpere i egen avdeling med miljøkompetanse.

I alle helseregionene er det opprettet regionale miljøfaggrupper med deltagere fra alle helseforetakene i regionen. I disse foraene kan man også etterspørre kompetanse fra andre helseforetak for erfaringsdeling. Det samme gjelder for regionens innkjøpsledere møttes. Det anbefales også at det spilles inn gode eksempler på gode "grønne anskaffelser" til disse foraene for læring på tvers!

Ved siden av Difi, er det andre aktører som også tilbyr kurs i miljø og offentlige anskaffelser. Dette er for eksempel NIMA (Norsk forbund for innkjøp og logistikk) og Teknologisk Institutt. Se linker bakerst i denne veilederen.

Det er viktig å legge til rette for god organisering og kompetanseutvikling for å sørge for best mulig anskaffelser og samtidig et godt- og attraktivt arbeidsmiljø. God organisering er viktig for å utnytte ressursene best mulig og for å kjenne til de enkelte medarbeiders evne til å gjennomføre arbeidsoppgavene på riktig og effektiv måte. Det bør i alle innkjøpsavdelinger foreligge planer for kompetanseutvikling for alle medarbeidere som bygger opp under avdelingens og helseforetakenes egne mål, også innen miljø.

Helseregionene bør vurdere å arrangere egne fagdager eller tilby annen kursing hvor miljø og innkjøp står på agendaen. Et godt tips er å innhente fagekspertise fra Sverige, hvor sykehusene har vært ISO 14001-sertifisert i en årrekke og hvor miljøkrav i innkjøp har vært godt innarbeidet en god stund. De regionale anskaffelsene til svenske sykehus er lagt til länene.

Det er også mulig å leie inn miljøkompetanse fra konsulentbedrifter i enkeltanskaffelser. Det anbefales da at en intern innkjøper følger prosessen hele veien, for å sikre intern overføring av læring.

8. Før anskaffelsesprosessen

Spesialhelsestjenestens anskaffelser vil alltid ha et klima- og miljøfotavtrykk, og "miljøeffektivitet" er et nyttig ord. Miljøeffektivitet defineres som verdiskapning over tid delt på miljøbelastning over tid. Vi kan tenke oss et hierarki for miljøeffektive anskaffelser; se fig. 1

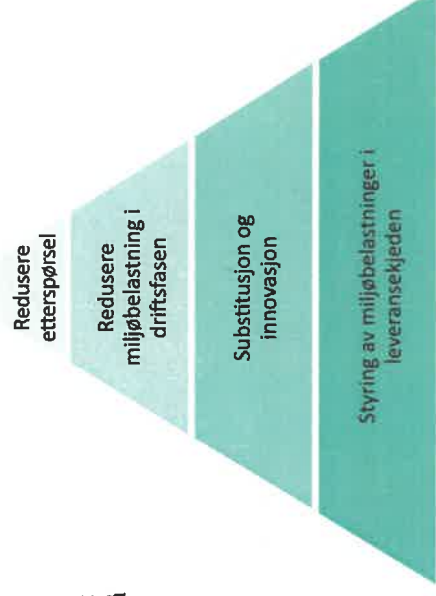


Fig.1 (Kilde D. Brasfield, Sunnaas)

Behovsverifisering

Det viktigste miljøgrepet som kan tas, er å bruke tid til å formulere helseforetakets behov - nå og fremover. Ikke hopp rett til løsningen, men sett av tid til drøftinger i brukergrupper og vær åpen for andre løsninger. Om man ikke gjør dette kan man risikere å ekskludere mindre ressurskrevende alternativer - som å låne, dele, leie, eller bruke eksisterende løsninger og ressurser på en ny måte.

Ved siden av brukerinkludering kan det være andre fagfolk med nøkkell kunnskap om det tekniske, praktiske eller det organisatoriske rundt behovet, og som vet hvilke muligheter og utfordringer som finnes. Det er også viktig å involvere miljøkoordinator/miljøleder i virksomheten. Enhver anskaffelse kan medføre miljøbelastning og miljøleder kan ha tips og råd om hvordan miljøbelastningene kan reduseres.

Generell kartlegging i leverandørmarkedet

Miljøløsninger for varer og tjenester utvikles i høyt tempo og nye bruksmuligheter av eksisterende teknologi blir tilgjengelig. Det er viktig at man før en anskaffelse orienterer seg om hva markedet kan tilby. I en kategoristyrte tilnærming, vil det være naturlig å tenke seg at innkjøpere og fagpersoner innenfor en kategori har gode muligheter til å være nært innpå markedet og inneha en god kunnskap til utviklingen også innen dette feltet. Dialog mellom markedet, brukere og andre fagmiljøer vil gi en god informasjon om hva som finnes i markedet og hva slags mulige løsninger som kan utvikles.

Det anbefales også, i det minste i anskaffelser av en viss størrelse, å ha dialogmøter med leverandørmarkedet i forkant. Det er viktig også for å fortelle markedet om langsiktige utviklingsbehov for å stimulere leverandører til å utvikle nye løsningsforslag. Regelverket om offentlige anskaffelser er ikke til hinder for at offentlige virksomheter er i dialog med leverandører før konkurransen utlyses, men det er viktig å passe på at dialogen ikke utelukker konkurranse og at hensynet til likebehandling ivaretas.

(kilde: Difi)

Les mer om hvordan dialogen med leverandører i forkant kan gjøres på en best mulig måte på Difis sider. Se link i litteraturlisten bakerst i dokumentet.



9. I anskaffelsesprosessen

Når selve anskaffelsesprosessen starter, er det viktig å starte raskt med å kartlegge hvilke miljøaspekter som er viktig å se på i denne anskaffelse. Igjen må miljøpolicyen til foretaket være på agendaen. Kanskje har helseforetaket et mål om å senke energiforbruket? Er det en problemstilling i denne anskaffelsen? Eller har man mål om utfasing av bestemte kjemikalier? Det er selvsagt også viktig å se på volumet på anskaffelsen. Er det store miljøbelastningen i store volum, så vil det være naturlig å bruke mer ressurser på å sette gode miljøkrav enn i små anskaffelser med mindre miljøbelastning. Det må også stilles spørsmål til hvor innovative man ønsker å være. Er det et ønske om å være teknikkdrivende og offensive i denne anskaffelsen? Veldig viktig vil det selvsagt også å være å se på at produktene skal oppfylle de kvalitetskrav som er nødvendig, her må fagmiljøene være godt involvert.

Kartlegging av miljøaspekter

Denne sjekklisten for offisielt utarbeidede miljøkriterier for produkt/tjenester, bør gjennomgås i forkant av konkurranseutforming. Miljøkriteriesett kan brukes i sin helhet eller man kan plukke ut deler:

Miljøkriterier	Link	Ja/Nei
Dif	www.anskaffelser.no	
Svanen	www.svanemerket.no	
EU-blomsten	http://ec.europa.eu/ecat/	
Sveriges miljøkriterier	www.msr.se/sv/upphandling/kriterier/	
Danmarks miljøkriterier	http://www.miljoevejledning.dk/	
Nederlands miljøkriterier	http://www.senternovem.nl/sustainableprocurement/criteria/Index.asp	
EUs miljøkriterier	http://ec.europa.eu/environment/gpp/eu_gpp_criteria_en.htm	

Standardiserte miljøkrav i offentlige anskaffelser gjør anskaffelsesprosessen mer effektiv og gir klare signaler til leverandører som grunnlag for produktutvikling (Kilde: Difi)

Livssyklus kostnader (LCC)

Livssyklus kostnader kommer av engelske LCC – Life Cycle Cost og omfatter både innkjøpspris og de kostnadene virksomheten vil ha med den anskaffede varen eller tjenesten i tiden den brukes, fratrukket restverdi ved avhending. Alle offentlige instanser er pålagt å vurdere LCC i forbindelse med anskaffelser. Dette vil i mange tilfeller være et av de viktigste miljøtiltakene som blir gjort i anskaffelsen.

Selv om noen miljøbevisste valg i utgangspunktet kan være dyrere i innkjøpspris, kan det ofte vise seg at den totale kostnaden over livsløpet blir lavere. Gjennom å sammenlikne produkters livssyklus kostnad, vil man få et bilde på hva mindre miljøskadelige løsninger koster i sammenligning med konvensjonelle løsninger.

Maskiner og bygg som bruker mindre energi, og kjøretøy som bruker mindre drivstoff, er billigere i drift. Evaluerer du livssyklus kostnad istedenfor kun innkjøpspris, evaluerer du også energieffektivitet og drivstofforbruk, og finner dermed løsningen som både har lavest kostnad og lavest klimagassutslipp.

Livssyklus kostnaden kan blant annet omfatte: Innkjøpspris, installeringskostnader, driftskostnader, vedlikeholdskostnader, utskiftningskostnader, skatter og avgifter og avhendingskostnader.

Å kalkulere livssyklus kostnader er ikke alltid like enkelt, men det svenske miljøstyringsrådet har utarbeidet både et verktøy for generell utregning og flere ulike for spesielle produktgrupper. Disse verktøyene er anbefalt brukt at Difi. Det finnes link bakerst i denne veilederen.

Å kalkulere livssyklus kostnader og eventuelt også klimagassutslipp helt fra produktet blir produsert, vil være en umulig oppgave for de fleste så lenge klimamerking ikke er blitt tilgjengelig på særlig mange produkter ennå. Det vil derfor være en utregning av foretakets kostnader i innkjøp og drift som vil være det man har mulighet til å regne ut og som skal brukes som en faktor i anskaffelsen.



10. Utfasing av uønskede stoffer, kjemikalier og lignende

Det er viktig å merke seg den lovbestemte substitusjonsplikten, som tilsier at en virksomhet som bruker et produkt som kan føre til skade på helse og miljø, plikter å vurdere om det er mulig å erstatte produktet med et som er mindre skadelig. Det er kun en plikt til å bytte ut produktet hvis byttet kan skje "uten urimelig kostnad eller ulempe". Erstatning av kjemikalier må alltid vurderes helhetlig med tanke på den faktiske risikoen som ulike alternativer kan utgjøre. Man må derfor ha nødvendig dokumentasjon på at erstatningsproduktets egenskaper før erstatning gjøres. Det er ikke utarbeidet verken nasjonalt eller regionalt fullstendige utfasingslister av uønskede stoffer, kjemikalier og lignende for bruk i sykehus, men mange helseforetak har gjort dette i en hvis grad.

De offentlige sykehusene i Sverige eies og driftes av de svenske länenene. De samarbeider med Miljøstyringsrådet og andre instanser om å utarbeide- og jevnlig oppdatere lister over stoffer som bør utfases og en oversikt over hvilke produkter som inneholder disse stoffene og hva de kan byttes til. Dette er informasjon som også leverandører til svenske sykehus har tilgang til og dermed tar med i betraktning i sin produktutvikling. Disse listene er offentlige og kan gjerne brukes også av norske helseforetak i sitt arbeid med miljøvennlige anskaffelser. Link til listene ligger bakerst i dette dokumentet.

Miljøverndepartementet i Norge har utviklet en egen veileder for substitusjon som helseforetakene bør kjenne til. Link til denne ligger bakerst i dette dokumentet.



11. Opplæring og avtaleinformasjon til brukere

Det er viktig å informere de ansatte ved helseforetakene som skal bruke avtalene, hvilke valg som er gjort og at dette er gjort på grunn av miljøhensyn. Det kan også være nødvendig å kommunisere ut hvilke miljøkonsekvenser de ulike avropene på en avtale har. Like viktig som å sikre at løsningen som er anskaffet dekker behovene i foretaket, er det å sikre at løsningen faktisk blir tatt i bruk. Det bør ikke skje at for eksempel utstyr som er kjøpt, ikke blir brukt. Dette kan for eksempel gjelde ved anskaffelse av innovative miljøløsninger. Dette kan skje fordi de tilsatte i foretaket ikke har tid og kompetanse til å sette seg inn i hvordan utstyret skal brukes. For å få utnyttet miljøpotensialet i utstyret er det derfor avgjørende at det er en plan for opplæring, og at den gjennomføres. Det kan også være en idé å be om tilbud på opplæring av de ansatte som en del av konkurransen.



12. Avtaleoppfølging

Når foretaket mottar varen eller tjenesten man har anskaffet, må man sjekke at det er riktig kvalitet som blir levert. Oppfyller den leverte løsningen de miljøkravene som er angitt i konkurransegrunnlaget, og som det er inngått kontrakt på?

Får man ikke kontraktsmessig ytelse (dvs. den ytelsen med den miljøkvalitet dere har avtalt), er det et kontraktsbrudd. Ved kontraktsbrudd må man gi tilbakemelding (reklamere). Gjør man ikke det, mister man de sanksjonsmuligheter man har i kontrakten (som retting, prisavslag, dagbot, erstatning eller heving).

Dersom det er krav som skal oppfylles i kontraktsperioden, må foretaket ha et oppfølgingsystem for å kontrollere at kravene er oppfylt til riktig tid. Dette kan være kontraktfestede krav som krav til rapportering, til utskiftning til mer miljøvennlig utstyr, endring av metoder for gjennomføring av ytelsen eller krav til tilegning av kompetanse hos leverandøren. Ta opp disse punktene på kontraktsoppfølgingsmøtet med leverandøren. Bryter leverandøren krav, må man reklamere, på den måten som er beskrevet i kontrakten; skriftlig og innen den frist som er satt.

(kilde: Difi)



13. Evaluering og læring

Husk å dokumentere hele prosessen og evaluer alle anskaffelser som gjøres! På den måten sikrer man læring til neste prosjekt og man har større mulighet til en erfaringsdeling innad i helseforetaket eller eksternt.



14. Etske leverandørkjeder

Leverandørkjeder kan ofte være komplekse, særlig der produksjonen skjer i fattige land og det er vanskelig å fjerne risikoen for brudd på menneskerettigheter eller miljøhensyn globalt. Ekstrem overtid, helsefarlige omgivelser på arbeidsplassen og lønninger som knapt dekker bo- og matutgifter er hverdagen for millioner av arbeidere i global handel og produksjon. Grove former for barnearbeid, tvangsarbeid og grovt miljøskadelig virksomhet forekommer også.

Etsk handel er å fremme forsvarlige arbeids- og miljøforhold i globale leverandørkjeder.

Alle helseregionene i Norge og Hinas er medlemmer av organisasjonen Initiativ for etsk handel og det er utarbeidet egne handlingsplaner og en veileder også på dette området for at helseforetakene i Norge skal være pådrivere for etske leverandørkjeder. Dette gjøres ved å foreta risikoanalyser ved større anskaffelser ut i fra produkt og produksjonsland, og sette nødvendige krav til leverandørene. I kontraktperioden skal foretakene følge opp leverandørene, for å se til at kravene blir møtt. Mer informasjon om dette finnes i litteraturlisten bakerst i dokumentet.



Helse Sør-Øst og Sykehuspartner har utført revisjon ved denne hanskefabrikken i Malaysia. Dette førte til forbedringer i arbeidsforholdene til de ansatte.
Foto: Grete Solli, HSØ



15. Litteraturliste/referansedokumenter og nyttige linker

Utfasingarbeidet i Stockholm län
www.sli.se/produkter

Verktøy for miljøvennlige/grønne anskaffelser i Stockholm län
www.sli.se/miljoanpassadupphandling

Miljøverndepartementets veileder om substitusjonspikten
<http://www.miljodirektoratet.no/no/Publikasjoner/Publikasjoner/2000/Januar/ta1715/>

Norsk nettverk for innkjøp og logistikk - NIMA
www.nima.no

Teknologisk Institutt
<http://www.teknologisk.no/kurs-opplaering/kurs/OEkonomi-og-innkjoep/Offentlige-anskaffelser>

Miljømerking Norge/Svanen
<http://www.svanemerket.no/>

Direktoratet for ict og forvaltning (Difi)
www.difi.no, www.anskaffelser.no

Påmelding ukentlig nyhetsbrev "Ol nyheter", fra Difi (Doffin)
<http://www.nyheter.doffin.no/index.php?path=10>

EPD-Norge, Næringslivets stiftelse for miljødeklarasjoner
<http://www.epd-norge.no/>

Hvordan gjennomføre markedsdialog
<http://anskaffelser.no/tema/innovasjon/innovasjon-steg-for-steg/dialog-med-markedet/hvordan-gjennomfore-dialogen>

Det svenske miljøstyringsrådets sider om livssykluskostands-kalkyler
<http://www.msr.se/Upphandling/LCC/kalkyler/>

Regjeringens handlingsplan for miljø og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser:
<http://www.regjeringen.no/Upload/MD/vedlegg/Planer/T-1467.pdf>

Om etisk handel i helseforetakene:
<http://www.helse-nord.no/etisk-handel/category27098.html>

Initiativ for etisk handel
www.etiskhandel.no

Vedlegg 1 - Statlig veileder

Miljøhensyn – miljøpolitikk for statlige innkjøp¹	
Bygg og eiendomsforvaltningen	
Kjemikalier	Unngå byggematerialer som inneholder stoffer på myndighetenes prioritetsliste for miljøgifter eller relevante stoffer som er oppført på SFTs liste over helse- og miljøfarlige stoffer man skal være spesielt oppmerksom på - Obs-listen. Dersom det er utarbeidet miljømerkkingskriterier (Svanen eller EU-blomsten) for en produktgruppe, bør det velges produkter som oppfyller kriteriene.
Energibruk og klima	I byggeprosjekter stille konkrete krav til energibruk, for eksempel i form av kWh pr m ² . Stille krav til at energiforsyningen til oppvarming baseres på annet enn elektrisk og fossilt brensel. Kravene bør være strengere enn minimumskravene i teknisk forskrift.
Tropisk tømmer	Det skal ikke brukes tremateriale med tropisk tømmer, verken i selve bygget eller i materialet som brukes i byggeperioden.
Avfall/farlig tømmer	I byggeprosjekter sette mål om 60-80 vektprosent kildesortering (inklusive riving eksklusive byggegrupp). Ved riving, ombygging og rehabilitering stille krav til miljøkartlegging for å hindre feildisponering av helse- og miljøfarlige kjemikalier.
Miljøkompetanse	Arkitekter, rådgivere og entreprenører skal dokumentere opplæring/kurs i miljøriktig prosjektering og bygging
Leiekontrakter	Stille relevante miljøkrav ved inngåelse av leiekontrakter
IKT-utstyr	
Kjemikalier, energi, klima, avfall	Det skal velges IKT-utstyr med lavt energiforbruk, lavt innhold av miljøgifter (stoffer på prioritetslisten for helse- og miljøskadelige kjemikalier) med oppgraderingsmuligheter. Digitalt samarbeid skal vektlegges ved valg av utstyr.

¹http://www.regjeringen.no/upload/FAD/Vedlegg/Konkurransepolitikk/samfarsvar_off_ansk.pdf

Tekstiler	
Kjemikalier	Unngå tekstiler som inneholder stoffer på myndighetenes prioritetsliste for miljøgifter eller relevante stoffer som er oppført på SFTs liste over helse- og miljøfarlige stoffer man skal være spesielt oppmerksom på – Obs-listen. Dersom det er utarbeidet miljømergingskriterier (eks Svanen eller EU-blosten) for en produktgruppe bør det velges produkter som oppfyller kriteriene. Ved anskaffelse av tekstiler bør det vurderes hvordan disse kan rengjøres med minst mulig kjemikalier. Eksempelvis bør det unngås tekstiler som ikke tåler vanlig vask, men må renses med miljøskadelige kjemikalier.
Medisinsk/hygienisk forbruksmaterieil	
Kjemikalier, ressursbruk etc.	Så langt som det er mulig tilfredsstille miljøkriteriene til Svanen og EU-blosten der slike kriterier er utarbeidet
Trykksaker og papir	
Kjemikalier, ressursbruk etc.	Kopipapir, konvolutter og trykksaker skal så langt som det er mulig tilfredsstille miljømergingskravene til Svanen eller EU-blosten. Så langt som det er mulig, skal kopipapir, konvolutter og trykksaker være laget av returpapir.
Kontormøbler og – rekvisita, renhold, hoteller	
	Så langt som mulig tilfredsstille miljømergingskriteriene til Svanen eller EU-blosten der slike kriterier er utarbeidet. For øvrig prioritere produkter og tjenester som er energieffektive, har lavt innhold av miljøgifter (prioriterte helse- og miljøfarlige kjemikalier), gir lave forurensende utslipp og lavt ressursforbruk. Varer laget av resirkulert materiale og klargjort for gjenvinning skal vektlegges.

Deltagere i arbeidsgruppen

Geir Håheim	Advokat	Helse Vest RHF	geir.haheim@helse-vest.no
Jonny Jensen	Innkjøpsleder	Helse Nord RHF	jonnyjensen@helse-nord.no
Bård Skage	Seksjonssjef innkjøp	Helse Midt-Norge RHF	bard.skage@helse-midtnorge.no
John-Christian Lervik	Utviklingsdirektør	Hinas AS	john-christian.lervik@hinas.no
Pia Trulsen	Avtaleforvalter	Sykehuspartner innkjøp og logistikk	avtaleforvaltning@sykehuspartner.no
Grete Solli	Spesialrådgiver	Helse Sør-Øst RHF	innkjop@helse-sorost.no



1. Hensikt

Sikre at Helgelandssykehuset identifiserer hvilke områder i driften som har spesiell fare for ytre miljø i forbindelse med ulykker/uhell og hvem som har ansvar for å forebygge ulykker/uhell.

[Lov om vern og forurensing og om avfall - kapittel 6](#) omtaler varslingsplikt (§39), beredskapsplikt (§40) og beredskapsplaner (§41)

2. Omfang

Med ulykker/uhell i forbindelse med miljøstyring menes utslipp til luft, vann, jord som gir betydelig påvirkning til ytre miljø.

Ved betydelige uhell eller ulykker varsles det i henhold til § 39 – nærmeste politimyndighet.

Etter at nærmeste politimyndighet er varslet og etter avtale med politimyndighet kan lokal kommune varsles:

- Rana Kommune tlf: 959 15 200 (Driftsvakt døgn)
- Vefsn Kommune tlf: 901 51 200 (Driftsvakt døgn)
- Alstahaug kommune tlf: 480 06 160 (Driftsvakt døgn)

Andre utslipp – andre kommuner

Ved andre utslipp i andre kommuner varsles først nærmeste politimyndighet, deretter lokalt brannvesen i henhold til punkt over.

3. Vurdering av nye og allerede identifiserte risikoområder

Som del av årshjulet for stedlige tekniske avdelinger gjøres det vurdering av behovet for beredskap i henhold til § 40 – beredskapsplikt og § 41 - beredskapsplaner. Arbeidet gjøres pr sykehusenhet. Arbeidet gjøres i samarbeid med miljørådgiver.

3.1. Arbeidsmetode

Som grunnlag for risikovurdering brukes [RL1602 - Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord](#).

3.2. Øvelser

Øvelser relatert til miljøhendelser skal inngå som en del av årlig brannvernøvelser.

4. Identifiserte risikoområder

Nedenfor er det listet områder/arbeidsplasser som har store mengder miljøfarlige kjemikalier og hvor utslipp vil kunne ha uheldige miljø konsekvenser.

a) Lagertanker

Lagertanker for miljøfarlige og/eller brennbare væsker, er medtatt i oversikt [OL2174 - oversikt over olje og kjemikalietanker](#)

b) Kjemikalielager

Kjemikalier lagres både på avdelinger, forsynings-lager og ved felles avfallslager:

- Kjemikalier lagres lokalt på den enkelte avdeling. Hver avdeling skal føre oversikt over egne kjemikalier i ECO-Online.
- Teknisk avdeling lagrer og holder system for kjemikalier som er samlet inn fra sykehusenheten

c) Fylling av lagertanker

- Aktuell leverandør har ansvar for eget materielle og at dette tilfredsstillir aktuelle lover og regler for leverandøren. Ref. pkt. a og b)
- Helgelandssykehuset skal risiko vurdere eget utstyr forbundet med fylling
- Helgelandssykehuset skal vurdere sikkerhetsmessige forhold ved fylling

Hensikt

Sikre at det fastsettes prinsipper og ansvar for den overvåkingen og tilhørende måling av miljøaspekter som utføres i Helgelandssykehuset.

Ansvar

Ansvar for målinger og kontroll tilligger Enhet for Drift og Eiendom, Drift

Definisjoner

For å overvåke og i vareta Helgelandssykehuset sitt miljøstyringssystem og måloppnåelse skal følgende kontrolleres:

1. Måling av betydelige miljøaspekter
2. Måling av andre miljøaspekter
3. Måling/oppfølging av miljømål
4. Kontroll av at vi følger gjeldende lover og forskrifter

Måling av miljøaspekt

Måling av rapportering av miljøaspekt som er definert i miljøstyringssystemet – [PR34964](#), [6.1.2 - Miljøaspekter](#), gjøres løpende. Resultatene rapporteres løpende:

1. Målinger gjøres hver måned av drift og eiendom
2. Målinger rapporteres tertialvis til ledelsen

Måling og oppfølging av pasienttransport gjøres årlig.

Andre miljøaspekter

Måling av andre miljøaspekter skal så langt det er mulig dokumenteres i den årlige miljørapporten og inngå i ledelsens gjennomgang av miljøstyringssystemet.

Nasjonalt miljøregister

Nasjonalt register for miljøaspekter er etablert og Helgelandssykehuset rapportere egne data inn i denne.

Hensikt:

Prosedyren skal sikre at Helgelandssykehuset vurderer periodevis kontroll og at gjeldende lover og selvpålagte krav som gjelder det ytre miljø blir overholdt.

Omfang:

Prosedyren gjelder for hele Helgelandssykehuset

Utførelse:

Samsvarsvurdering gjennomføres minimum 1 gang pr. år. Det utarbeides samsvarsvurdering for de enkelte driftsenheten (direktørområdene). Resultatet fra driftsenhetene sammenfattes til en felles vurdering for hele Helgelandssykehuset. Samsvarsvurderingene inngår som del av Ledelsens gjennomgang miljø

Samsvarsvurderingen følger sjekklisten under.

Samsvarsvurdering	Sykehusenhet:
Nivå	
	Akseptabelt / Fullt forsvarlig / Ivaretatt samsvar
	Grenseområde/ Bør forbedres anmerkning
	Uakseptabelt /avvik

Spørsmål om myndighetskrav/lovverk	Kommentar	Samsvar (risikovurdering)			Tiltak
Forskrift om systematisk helse, -miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheten (Internkontrollforskriften)					
Oppfølging av siste revisjon					
Hvilke tiltak gjør dere for å oppfylle miljømålene? Status i dag?					
Hvor mange har tatt e-læringskurset ytre miljø?					
Fokus på miljøavvik? Er det meldt miljøavvik, korrigerende tiltak, årsaksanalyse?					
Gjennomføres det jevnligte vernerunder?					
Forskrift om gjenvinning og behandling av avfall (avfallsforskriften)					
Hvordan oppfyller vi kravene i: Kap.1 Kasserte elektriske og elektroniske produkter. Kap. 3 Miljøskadelige batterier Kap. 11 Farlig avfall Kap. 14 Kasserte PCB- holdige isolerglassruter					
Forskrift om begrensning i bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier og andre produkter (produktforskriften)					

Hvordan oppfyller vi kravene i: § 1-1. Formål Formålet med forskriften er å forebygge at enkelte skadelige stoff eller stoffblandinger medfører helseskade eller miljøforstyrrelse. Kapittel 2. Regulerte stoff eller stoffblandinger (eks. PCB) Kapittel 3. Regulerte produktgrupper					
Hvilke fraksjoner avfall har dere?					
Er rutiner for avfall gjort kjent? Hvordan?					
Har dere farlig avfall? Vet du om dere bruker noen miljøfarlige kjemikalier?					
Hvordan håndterer dere rester av legemidler?					
Forskrift om tekniske krav til byggverk (TEK 10) Kap.9 og kap.13					
Bruk av standard miljøplan (avvik/korrigerende tiltak) Er det utarbeidet avfallsplan? Dekker den alt farlig avfall? Hvilket avfallsmottak tar i mot avfallet/ farlig avfall? Er det registrert avvik i forhold til sortering på byggplass? Er grunnen blitt undersøkt for miljøskadelige stoffer før bygge- og gravearbeider? eventuell dokumentasjon må framvises					
Forskrift om begrensning av forurensning (forurensningsforskriften) Kap.1, Kap.2, Kap.5, kap.8, kap.15A					
Når ble olje – og fett avskiller i kontrollert sist?					
Når er det siste målingene av avløpsvannet gjort og hvilke parametre ble målt?					
Hvordan merker dere de ulike avfallsfraksjonene?					
Framlegge dokumentasjon på tilsyn av oljetanker					
Produktkontrollloven §3 og §3a. Forskrift om offentlige anskaffelser					
Kjenner du til substitusjonsplikten? Har du eksempel på at dere har brukt substitusjonsplikten? Vet du om dere tar miljøhensyn når dere gjør ulike innkjøp?					
Forskrift om begrensning i bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier og andre					

produkter (produktforskriften) Forskrift om varsling av akutt forurensning eller fare for akutt forurensning Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid) Andre del: Krav til arbeid med kjemiske og biologiske risikofaktorer. (tidligere stoffkartotekforskriften)					
Kan det forekomme akutt forurensning? Har dere beredskapsplan?					
Hvis det skjer uhell med utslipp av ulike kjemikalier har dere interne prosedyrer for hvordan dere håndterer en slik situasjon?					
Gjør dere noen målinger av utslipp til vann?					
Er det gjort risikovurderinger av kjemikalier som dere bruker i dag? Er alle kjemikaliene lagt inn i Ecoonline?					
Brann og eksplosjonsloven					
Har dere gjennomført brannvernøvelse i år?					
Annet					
Er det gjennomført miljørevisjoner					
Er rapporter fra revisjonene behandlet i ledergruppen innenfor driftsområdet					

Hensikt

Sikre at det utføres interne miljørevisjoner av miljøstyringssystemet i Helgelandssykehuset.

Omfang

Gjelder for hele Helgelandssykehuset.

Revisjoner utføres for å verifisere at:

- Gjeldene lover og forskrifter etterleves
- Miljøpolitikken etterleves
- Miljømålene følges opp i organisasjonen
- Miljøstyringssystemet er implementert på en riktig måte
- Organisasjonen følger de prosedyrer og rutiner som er satt i miljøstyringssystemet
- Miljøstyringssystemet fungerer hensiktsmessig

Revisjoner gjennomføres også for å finne evt. områder for forbedring av miljøarbeidet

Ansvar

Enhet for drift og eiendom, forvaltning, har ansvaret for at miljørevisjoner utføres etter gjeldende revisjonsplan og at kvalifiserte miljørevisorer gjennomfører revisjonene.

Miljørevisorer

Alle som skal gjennomføre miljørevisjoner skal ha opplæring i utførelse av revisjon enten intern eller ekstern opplæring/kurs.

Grunnlag for revisjon

Ved intern revisjon følges [PR29468 – Håndbok for internrevisjon](#)

Gjennomføring av miljørevisjon

Miljørevisjon gjennomføres etter en 3-årsplan. Planen kan rulleres årlig. Gjeldende plan fremgår av OL2173 – Plan interne revisjoner. Se punkt 9.2.2.

Miljørevisjoner kan gjennomføres sammen med andre interne revisjoner

Dokumentansvarlig: Lars-Inge Ingebrigtsen
 Godkjent av: Hulda Gunnlaugsdottir
 Gyldig for: Helgelandssykehuset HF

Plan interne revisjoner 2021 til 2022

Revisjoner gjøres i henhold til DS8928 – Miljøstyringssystemet / [PR29468 – Håndbok for internevisjon](#)

Revisjonene gjennomføres i henhold til ISO14001:2015

Revisjoner i planperioden utføres for å verifisere følgende tema:

- standardens punkt 6.2.2 - Planlegge tiltak for å oppnå miljømål

Fokus ved revisjonen –

- hvordan tiltak for å oppnå miljømålene er integrert og hvordan de følges opp i avdelingen
- revisjonene gjennomføres på avdelingsnivå

Referanse, PR34982 (9.2.1 Internrevisjon):

Plan for gjennomføring:

Helgelandssykehuset er per i dag organisert i 6 driftsenheter samt staber

- Enhet Mo I Rana
- Enhet Sandnessjøen
- Enhet Mosjøen
- Enhet Prehospitale tjenester
- Enhet Psykisk helse og rus
- Enhet Drift og eiendom
- Staber
 - o Senter for fag og forskning
 - o Senter for HR
 - o Senter for kommunikasjon
 - o Senter for økonomi
 - o Senter for samhandling
 - o Organisasjon og administrasjon

Revisjonen av avdelingene gjennomføres vår og høst – april/mai og oktober/november. Det trekkes ut en tilfeldig avdeling fra hver av enhetene/stabene for revisjon vår og høst. Aktuelle avdelinger varsles pr. mail 3 - 4 uker før revisjonen gjennomføres. Revisjonstidspunktet tilpasses avdelingen. Revisjonen kan gjennomføres pr. Skype.

Momentliste ved revisjonen:

- Gjennomgang av avdelingens miljødokument
- Gjennomgang av referat fra avdelingsmøter med fokus på miljøtiltak
- Måloppnåelse av miljøtiltak

Vedtatt ledermøte DE – 21.1.21

Dette er kun en papirkopi. Gyldig versjon av dokumentet finnes i det elektroniske kvalitetssystemet.

Hensikt

Sikre at ledelsen i Helgelandssykehuset hvert år går igjennom de ulike miljødokumentene slik at miljøstyringssystemet eventuelt kan korrigeres og miljøarbeidet forbedres.

Definisjon

Ledelsen menes her de personer som utgjør den operative ledelsesgruppen i Helgelandssykehuset.

Omfang av ledelsens gjennomgang

Gjennomgang av miljøstyringssystemet (DS8928) gjøres årlig i løpet av 1. tertial.

Den årlige gjennomgangen skal omfatte

- Gjennomgang av miljømål og delmål.
- Samsvarsvurdering, systemets effektivitet og oppfølgingstiltak etter ledelsens tidligere gjennomgåelse.
- Resultater fra samsvarsvurderingen
- Gjennomgang av miljøpolitikken, hvor velegnet er den og er det behov for forandringer.
- Rapport fra miljørevisjoner som er gjennomført i løpet av året.
- Gjennomgang av gjennomført og planlagt kompetanseheving.
- Gjennomgang av større miljøavvik og arbeide med å korrigere og forebygge avvik.
- Gjennomgang av kostnader. Kostnadsbesparelser og ressurser ved miljøarbeidet.
- Viktige endringer i lovverket som omhandler ytre miljø og som er av betydning for sykehusdriften.
- Oppfølgingstiltak etter ledelsens tidligere gjennomgørelser.

Dokumentasjon

Ledelsens gjennomgåelse skal dokumenteres. Alle punktene i gjennomgangen skal protokolleres. Det samme gjelder alle beslutninger som tas i forbindelse med gjennomgangen. Ledelsen holder seg løpende orientert om miljøarbeidet og hvordan miljøstyringssystemet fungerer.

Her benyttes eksisterende prosedyrer vedr. avvik, korrigerende og forebyggende tiltak. De er beskrevet [PR12311 Avvikshåndtering i Docmap](#). Denne prosedyren er utarbeidet av Helse Nord.

En nærmere beskrivelse er laget i en egen prosedyre for Helgelandssykehuset – den finnes her

- Link til PR37644 – [møke miljøavvik](#)

Behandlingen av miljø avviket er den samme som andre avvik.

Oversikt over oljetanker i Helgelandssykehuset

Oppdatert: 25-4-17
 Dokumentasjon Ephorte 2016/1254

Lokasjon	Adresse	Benyttes til	Medium	Volum (litr)	Type tank	På overflaten= O Nedgravd=x	I bruk/ ikke i bruk	Alder/ installert	Kontrollert dato Arkiv	Utfases Status
Mosjøen										
Somatikk v/garasje.	Vefsnvegen 25	Nødstrom	Diesel	3000	Stål	x	I bruk	Ukjent		
Somatikk v/hovedinngang	Vefsnvegen 25	Fyrkjeler	Fyrings-olje/ parafin	2*3000 0	Glassfiber	X	I bruk	2005	Ansv overført Mosjøen fjernvarme 13-2-15	
Psykatri	Skjervengan 17	Fyrkjeler	Fyrings-olje/ parafin	9000	Stål	X	I bruk	1985?		
Mo i Rana										
Sykehus	Sjøforsgt. 36	Nødstrom	Diesel	1400	Stål	O	I bruk	1997	1-3-16	
Sykehus	Sjøforsgt. 36	Oppvarming	Fyrings-olje/ parafin	25000	Glassfiber	X	Ikke i bruk	1997		«2016»
Sykehus	Sjøforsgt. 36	Oppvarming	Fyrings-olje/ parafin	25000	Glassfiber	X	Ikke i bruk	1997		«2016»
Sykehus	Sjøforsgt. 36	Nødstrom	Diesel	6000	Glassfiber	X	I bruk	1997		«2016»
Personalboli	Sykehusgt 7	Oppvarming	Fyrings-olje/ parafin	15000	Glassfiber	X	Ikke i bruk	1997	Utfaset	2015
Sykehus	Sjøforsgt 36	Lagertank	Formalin	50	Glassfiber	O	I bruk	2012		
Sykehus	Sjøforsgt 36	Lab reagenser	Ukjent			O	I bruk	Ukjent		
Sandnessjøen										
Sykehus	Prestmarkveien 1	Oppvarming	Fyrings-olje/ parafin	30000	Stål	I tankrom	I bruk	1983	2016/1254	OK
Sykehus	Prestmarkveien 1	Oppvarming	Fyrings-olje/ parafin	30000	Stål	I tankrom	I bruk	1983	2016/1254	OK
Sykehus	Prestmarkveien 1	Nødstrom	Diesel	9500	Plast	I tankrom	I bruk	2017	Ny	
Personalboli	Sigrids gt 3	Oppvarming	Fyrings-olje/ parafin	3500	Glassfiber	X	I bruk	Fjernet	2019/4060	OK
Personalboli	Sigrids gt 5	Oppvarming	Fyrings-olje/ parafin	3000	Glassfiber	X	Ikke i bruk	Fjernet	2019/4060	OK
Personalboli	Sigrids gt 5	Oppvarming	Fyrings-olje/ parafin	3000	Stål	X	Fyllt med sand		2019/4060	OK
Personalboli	Novikveien 6	Oppvarming	Fyrings-olje/ parafin	3000	Stål	X	Ikke i bruk	Rengjort	2019/4060	OK