

Miljøhåndbok

Lenker fungerer
bare internt

Innhold

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
7.4 – Kommunikasjon.....	9
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.....	10
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	11
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 14001:2004. Første sertifisering ble gjort i 2015. Første sertifikat er datert 25.8.2015. Oppfølgingsrevisjoner er utført årlig. Overgangsrevisjon til ISO14001:2015 gjennomføres i april 2018.

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

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 overensstemmelse 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.

Kapittelinnholdet 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 korriger 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 overensstemmelse med NS_EN ISO 14001:2004/2015.

Ledelsessystemer for miljø, sertifikatnummer 208358-2016-AE-NOR-NA med gyldighet til 25.8.2018.

2.2 – Helse, miljø og sikkerhet

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

3 – Termer og definisjoner

I miljøhåndboken er det benyttet 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

Ephorte® - 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 samarbeide 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

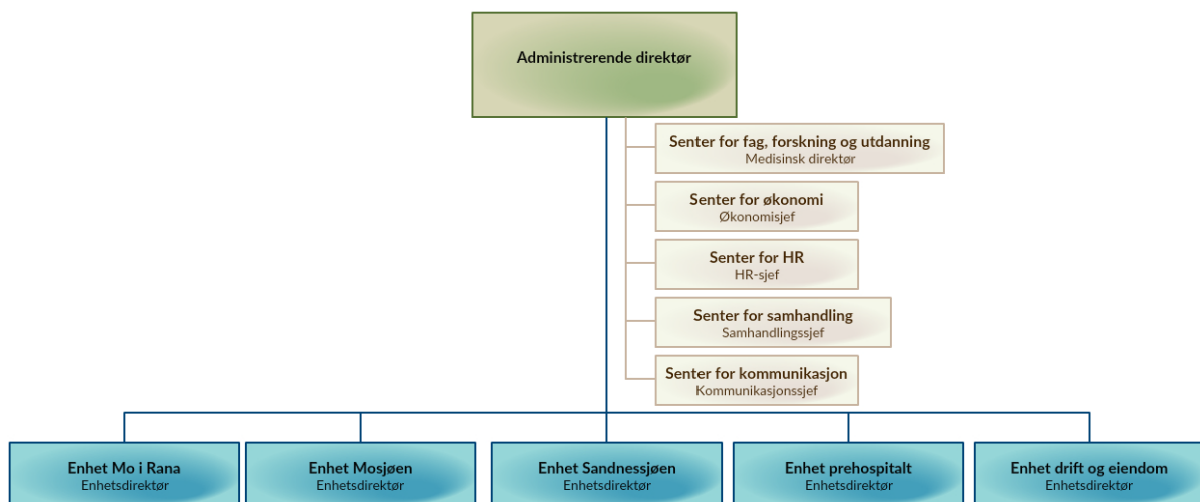
- Miljøbevisste ansatte
- Ha et klart bilde av miljøpåvirkningene
- Redusere miljøskadelige utslipp
- Miljøfokus ved produktvalg
- Redusere energiforbruket
- Redusere transportbehovet

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 nettsider.

5.3 – Organisasjonens roller ansvar og myndighet



Ansvaret 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

7.4 – 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 arkivverdig 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 – purres 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, korrigerende tiltak og forebyggende tiltak](#). Prosedyren viser til avviksmodulen som er den del av Docmap. Behandlingen av avvik er også beskrevet i prosedyren. Link til avviksmodulen 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.

