



# Miljørapport 2018

---

*Utarbeidet av miljø/sikkerhetsrådgiverne Birte Helland og Yngve Mathisen*

---

## Innhold

SAMMENDRAG FOR MILJØ OG KLIMA-ARBEIDET I HELSE STAVANGER.....	2
MILJØMÅL – RESULTAT OG UTVIKLING .....	4
ÅRSRESULTAT FOR MILJØMÅLENE.....	4
Miljømål 1: Redusere foretakets CO2 utslipp med 3 % årlig .....	5
Miljømål 2: Redusere tjenestereiser med 5 % årlig .....	6
Miljømål 3: Redusere mengden restavfall med 3 % årlig .....	7
Miljømål 4: Miljøbevisste medarbeidere .....	10
-Antall miljøhandlingsplaner med miljømål som er utarbeidet og fulgt opp er 80,4 % .....	10
-Total gjennomføring av obligatorisk e- læringsprogram Ytre miljø er 55,4 % .....	11
-Gjennomført opplæring (minus e-læring) i henhold til miljø-opplæringsplan er 100 % .....	12
-Behandlete miljøavvik ved interne revisjoner meldt i Synergi er 0 % .....	12
-Antall planlagte interne miljørevisjoner som er gjennomført etter plan er 0 % .....	12
Vedlegg: .....	12

## SAMMENDRAG FOR MILJØ OG KLIMA-ARBEIDET I HELSE STAVANGER

**Som offentlig foretak og et bærekraftig grønt sykehus, har vi et ansvar for å redusere våre utslipp til luft, jord og vann for å sikre en god folkehelse. I 2018 pågikk et arbeid med å kartlegge foretakets vesentligste miljøaspekter. I Ledelsens gjennomgang høsten 2018 ble det vedtatt å beholde eksisterende miljøpolitikk og miljømål inntil kartleggingen var planlagt ferdigstilt våren 2019. Foretaket ble re-sertifisert etter revidert miljøstandard ISO 14001:2015, høsten 2018. Alle avvik og merknader er lukket iht. tidsskjema og følges opp med interne tiltak. Oppfølging og evaluering av tiltakene vil ha fokus i periodisk revisjon 2019. Foretakenes miljømål om å redusere CO<sub>2</sub> utslippet med 3 % ble ikke innfridd, og utviklingen vurderes som negativ. Miljømålene om å redusere tjenestereiser med 5 % årlig, redusere mengden restavfall med 3 % årlig og miljøbevisste ansatt ble ikke fullt ut innfridd, og utviklingen vurderes som positiv men ikke tilstrekkelig.**

Helse Stavanger HF ble miljøsertifisert etter ny ISO 14001:2015 standard høsten 2017. Målet med Miljørapport 2018 er å presentere foretakets resultatoppnåelse på miljø, samt evaluere i hvilken grad igangsatte tiltak har bidratt til måloppnåelse. Kildedata som brukes i rapporten er tatt fra foretakets klimagassregnskap, avfallsstatistikk, Kompetanseportalen, Forbedringsundersøkelsen, Ledelsens gjennomgang på organisasjonsnivå to og elektronisk års-samlerapport HMS. Resultatoppnåelse og evaluering av tiltak var tema i årlig Ledelsens gjennomgang. For første gang ble miljøstyringssystemet gjennomgått i en felles Ledelsens gjennomgang for hele foretaket. Vedtatte tiltak for å nå foretakets miljømål følges opp i overordnet HMS handlingsplan. Planen er tilgjengelig på «Grønt sykehus» på Intranett.

Nytt av året er at Sykehusbygg HF har utarbeidet en nasjonal matrise for klimagassregnskap som er blitt brukt av alle helseforetakene. Antall tonn CO<sub>2</sub>e<sup>1</sup> for energiforbruk, pasienttransport, tjenestereiser, internt transport og forbruk av interne ressurser, sammenlignes med fjorårets klimaregnskap i prosent av total CO<sub>2</sub>e utslipp. I tillegg er det lagt inn et punkt med diverse, hvor elementer som lystgass, kjølemedier og avfall til forbrenning medregnes i totalen. Tallene som presenteres er kun basert på direkte utslipp (inkludert avfalls-forbrenning), dvs. utslippet som sykehuset selv produserer. Klimagassregnskapet viser at vi har et positivt avvik på 2,3 % CO<sub>2</sub>e sammenlignet med 2017. I hovedsak knyttes økningen til bruk av naturgass, kjølemedier og lystgass.

Hvis en ønsker å utarbeide et mer pålitelig Klimagassregnskap, kan prosent CO<sub>2</sub>e utslipp korrigeres for aktivitet (DRG) i foretaket. F.eks. ser en dette opp mot en aktivitetsøkning på 1,8% får en kun en økning på 0,5% pr. aktivitetsenhet (DRG poeng) på miljømålet om å redusere CO<sub>2</sub> utslippet med 3 % årlig. Sammenlignet med tidligere år, er det en stor usikkerhet i årets tall på grunn av at liggedøgn i psykiatrien ikke er med i aktivitetstallene. Forslag til endring i utarbeidelse av klimagassregnskap er sendt fra foretaket til Sykehusbygg HF.

Det er utarbeidet en [Nasjonal miljø- og klimarapport](#). Hver region har ansvar for sammenstilling av informasjon og innhenting av infosaker fra lokale helseforetak, etter en mal fra Helse Sør-Øst. Sykehusbygg HF har bistått med rådgivning og elektronisk system for innhenting av miljø KPIer fra helseforetakene. Ansvar for sammenstilling av nasjonal rapport vil gå på rundgang mellom de fire regionale helseforetakene. I år er det Helse Sør-Øst som har utarbeidet den årlig miljø- og klimarapporten.

ISO 14001:2015 standarden vektlegger at ledelsessystemet for miljø skal være en integrert del av det totale ledelsessystemet, som har mange perspektiver slik som HMS, økonomi, kvalitet, samfunnsansvar og bærekraft. Der det har vært hensiktsmessig, har styrende miljødokumentasjon blitt samordnet med HMS -og kvalitetsavdelingen.

---

<sup>1</sup> CO<sub>2</sub>-ekvivalent er en enhet som brukes i klimaregnskap og tilsvarer effekten en mengde CO<sub>2</sub> har på den globale oppvarmingen over en gitt periode, vanligvis 100 år.

Som en konsekvens av dette arbeidet har det i løpet av året blitt gjennomført en organisatorisk omorganisering av miljøarbeidet. Stillingen som miljø og sikkerhetsrådgiver er flyttet fra divisjon for Driftsservice til Avdeling for personal og organisasjonsutvikling. «Seksjon for miljøstyring» er etablert under HMS avdelingen. Forsyningsavdelingen i Driftsservice har stilt en person i 50% til rådighet i driftsrelaterte miljøsaker. Vedkommende ble også sertifisert som Sikkerhetsrådgiver for farlig gods høsten 2018.

Miljøutvalget er nedlagt som et eget utvalg og erstattet med FAMU. Saker relatert til ytre miljø blir nå drøftet med HMSKP koordinatorene, behandlet i FAMU og Ledergruppen.

Følgende saker er utarbeidet og/eller behandlet etter plan:

- Samsvarsvurdering (vedlegg 1)
- Risikovurdering av potensielle miljøskadelige utslipp (vedlegg 2)
- Årlig rapport til styret (vedlegg 3)
- Intern opplæring (Behandlet i Miljøutvalget)
- Omorganisering av «Seksjon for miljøstyring» (Behandlet i FAMU, HTV/HVO og Ledergruppen)
- Ledelsens gjennomgang 2018 (Behandlet i Ledergruppen)
- Oppfølging av periodisk revisjon med KIWA 2018 (Behandlet i Ledergruppen og FAMU)
- Forslag til nye miljømål for Helse Stavanger (Behandlet i Ledergruppen og FAMU)
- Sikkerhetsrådgivers årsrapport 2018 (Behandlet i Ledergruppen og FAMU, vedlegg 4)
- Nye sorteringsveiledere

Ulike miljøprosedyrer er revidert i henhold til interne retningslinjer, men interne revisjoner er ikke gjennomført pga. ytre omstendigheter. «Grønt sykehus» er kontinuerlig blitt oppdatert, og ulike relevante miljøsaker som er utarbeidet, er lagt ut som nyhets saker på Intranettet.

I henhold til den nye ISO 14001:2015 standarden har hele ledergruppen et kollektivt ansvaret for ledelsessystemet for miljø. Selv om standarden ikke krever «en ledelsens representant», har administrerende direktør valgt å beholde denne funksjonen som innehas av direktør for Driftsservice.

## MILJØMÅL – RESULTAT OG UTVIKLING

Mål	Indikator	Utvikling 2016-2017
<b>Redusere foretakets CO<sub>2</sub> utslipp med 3 % årlig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall liter drivstoff ambulansebil, ambulansebåt, intern transport, tjenestebiler og helikopter. Fly, drosje og privat bil er i kilometer.</li> <li>• Antall kilo lystgass (N<sub>2</sub>O)</li> <li>• Energiforbruket dvs. elektrisitet, fjernvarme og fyring (fyringsolje, parafin, naturgass, propan og diesel).</li> </ul>	Økt med 2,3%
<b>Redusere tjenestereiser med 5 % årlig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall km flyreiser</li> </ul>	Redusert med 1%
<b>Redusere mengden restavfall med 3 % årlig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosent restavfall i forhold til total avfallsmengde.</li> </ul>	Redusert med 1,2%

Tabellen viser de 4 overordnede miljømål med tilhørende miljøindikatorer, som gir et bilde av miljøprestasjonen til sykehuset.

**Grønt** - Utviklingen vurderes som positiv

**Gult** - Utviklingen vurderes som positiv, men bidrar ikke tilstrekkelig. Trenden er ikke entydig.

**Rødt** - Utviklingen vurderes som negativ.

Mål	Indikator	Utvikling 2017
<b>Miljøbevisste medarbeidere</b>		51,4 %
<b>-Alle avdelinger og divisjoner skal utarbeide miljømål og handlingsplaner.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall miljøhandlingsplaner med miljømål er utarbeidet og fulgt opp.</li> </ul>	87,9 %
<b>-80 % av de ansatte skal i løpet av 3 år gjennomføre e-læringsprogrammet Ytre miljø.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall medarbeidere som har gjennomført e-læring «Ytre miljø» iht. foretakets krav.</li> </ul>	68,9 %
<b>-Det skal alltid foreligge en oppdatert 3 årlig miljø-opplæringsplan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomført opplæring iht. opplæringsplan.</li> </ul>	100 %
<b>-Det skal årlig gjennomføres 10 interne revisjoner etter vedtatt revisjonsplan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall planlagte interne miljørevisjoner som er gjennomført etter plan.</li> </ul>	0 %
<b>-Ansatte skal behandle miljøavvik i revisjonsmodulen Synergi.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall behandlete miljøavvik som er behandlet og lukket i revisjonsmodulen Synergi</li> </ul>	0 %

Tabellen viser det femte overordnede miljømålet og delmål med tilhørende miljøindikatorer, som gir et bilde av miljøprestasjonen til sykehuset.

**Grønt** - Utviklingen vurderes som positiv 80-100 %

**Gult** - Utviklingen vurderes som positiv, men bidrar ikke tilstrekkelig. Trenden er ikke entydig 50-80 %

**Rødt** - Utviklingen vurderes som negativ 0-50 %

ÅRSRESULTAT FOR MILJØMÅLENE

## Miljømål 1: Redusere foretakets CO<sub>2</sub> utslipp med 3 % årlig

**Utvikling av CO<sub>2</sub>e fra 2017 til 2018 har økt med 2,3% og foretaket har ikke nådd målet om å redusere klimagassutslippet med 3%. Velger en derimot å se dette opp mot en aktivitetsøkning på 1,8%, får en kun en økning på 0,5% pr. aktivitetsenhet (DRG poeng).**

Den tidligere registreringen av ansattes drosjetransport er ikke tatt med inn i den nye nasjonale matrisen. Eide, leide og leasede biler til transport av ansatte har hatt en nedgang på 24,7 % målt i liter drivstoff. Nedgangen kan muligens relateres til tiltaket om å lease flere nye el-hybrid biler, samt en optimalisering og samhandling mellom ulike enheter vedrørende bruk av foretakets bil- pool har hatt effekt.

Tjenestereiser med fly er beskrevet under målet om å redusere tjenestereiser med 5 %.

Pasienttransport med drosje er økt i kilometer med 15,6%. CO<sub>2</sub> utslippet i tonn var 330 tonn CO<sub>2</sub>e contra 285 tonn i 2017. Pasientreiser iverksatte tiltaket «serierekvirering» høsten 2018 for å redusere antall bomturer pga. feil rekvirering. Tiltaket viste å gi god effekt i økende samkjøring av pasienter og dermed reduserte CO<sub>2</sub> utslipp. Innenlands-flyreiser for pasienter viser en svak økning på 3,6% contra en reduksjon på 5,1 % CO<sub>2</sub>e utslipp i 2017. Det kan være flere årsaker til denne økningen blant annet «fritt sykehusvalg». Derfor er det viktig at P-18 prosjektet «Tettere på primærhelsetjenesten» følges videre opp i 2019 med ytterligere tiltak. Prosjektet har hatt fokus på fysioterapeuter, sekretærer og primærleger som bestiller pasientreiser. Man forventer å se noen av de samme gode effektene vedrørende nedgangen i rekvisisjonsbruk og dertil reduserte CO<sub>2</sub> utslipp.

Reiser uten rekvisisjon med privatbil inngår i klimaregnskapet. Det sees en oppgang på 8,9% antall kjørte kilometer i 2018 sammenlignet med 2017 tall. Ved at foretaket ikke hadde gyldig transportavtale før 1. juli 2017, antas det at flere pasienter som har gjennomført reiser i 2018, har levert inn reiseregning.

Ambulansetjenesten har hatt en økning på 3% i 2018 drivstoff-forbruket. Dette tilsvarer et utslipp på 358,1 tonn CO<sub>2</sub>e. Denne lille økningen bør sees i sammenheng med foretakets økte DRG produksjon.

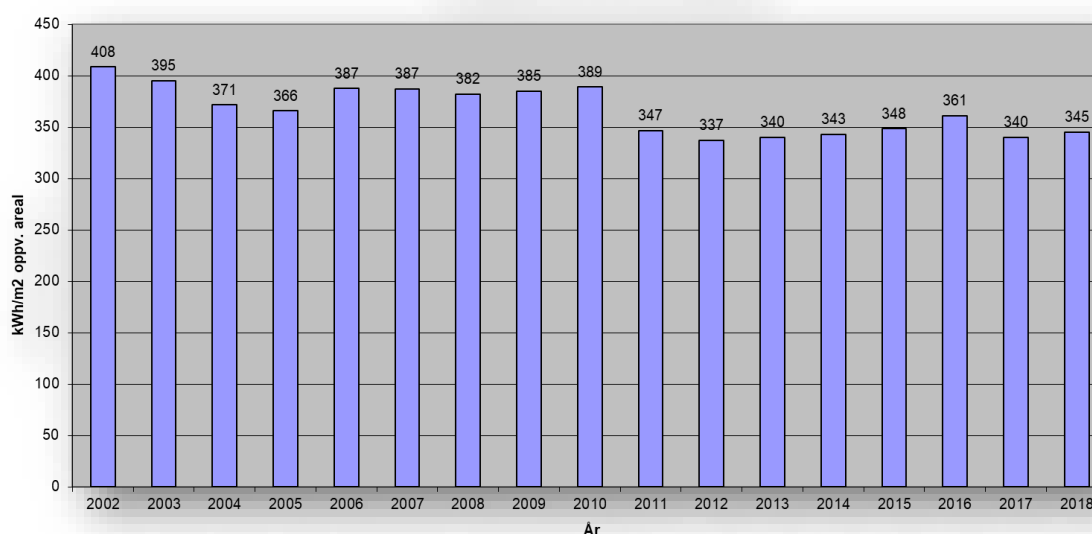
Ambulanseoppdrag med ambulansebåt har hatt en økning i 2018 på 17,1 % i antall liter drivstoff og dette tilsvarer et utslipp på 435,1 CO<sub>2</sub>e.

Lystgass er en sterk drivhusgass som er 300 ganger sterkere enn CO<sub>2</sub>e. Lystgassforbruk i 2017 ble målt til 1800 kg og i 2018 til 2250 kg. Dette er en økning på 25 % og et utslipp på 650,2 tonn CO<sub>2</sub>e. Sett i lys av at det var en reduksjon i bruk av lystgass i fjorårets klimagassregnskap, stiller vi oss undrende til denne økningen. Ved nærmere undersøkelse viser det seg at foretaket kun registrerer antall kilo på fakturanivå, så da måler vi ikke på reelt forbruk. Bakgrunnen for økningen kan da være en leveranse som er levert på slutten av året hvor forbruket blir målt i 2019.

Kjølemedier er en sterk klimagass. Den flytende gassen er fargeløs, svakt eterisk, tyngre enn luft og fordampes i romtemperatur. Foretaket bruker tre ulike kuldemedier. Det sees en økning på 70 kg i 2018 på 342% i målt kilo kuldemedier, og VVS seksjonen sier årsaken er påfyll etter reparasjon og installasjon av nye anlegg. Totalt sett utslipp er 151 tonn CO<sub>2</sub>e. De fleste av våre utslipp av kuldemedier er resultat av uforutsette lekkasjer med årsak i at utstyret eldes, vibrasjoner, materialtretthet etc. I 2016 ble flere lekkasjer på anleggene utbedret.

Sykehuset har en «HjemJobbHjem» avtale med Kolumbus og ble i 2018 «Årets bedrift». Ansattereiser til og fra jobb inngår ikke i omfanget av foretakets ISO sertifisering og er derfor ikke medregnet i klimagassregnskapet.

Energiforbruk SUS, Våland 2002-2018



Foretaket har økt elektrisitetsforbruket med 0,4 %, og naturgassforbruket er økt med 6,7 % CO<sub>2</sub>e. Den lille økning på oljeforbruket kan skyldes noen kalde dager hvor foretaket må «toppe driften» med olje.

Økningen i naturgassforbruket kan relateres til økning i areal og endring i driften. 50% av økningen sees nede på Dagkirurgien i Hillevåg hvor driften er endret, samt at AMK har flyttet inn i nye lokaler i MOBA- bygget. 25% av økningen sees på SUS Våland og resterende på Varatun og BUP Sandnes. Foretaket har kontinuerlig fokus på forbruk av vann og det sees en reduksjon av vannforbruket på 1,500 kubikk i forhold til fjoråret. Foretaket betaler for reelt vannforbruk. Reduksjonen kan muligens relateres til vannlekkasjer som ble utbedret i 2017.

## Miljømål 2: Redusere tjenestereiser med 5 % årlig

**Tjenestereiser med fly i innland er økt med 2,9 %, mens tjenestereiser med fly utland er redusert med 3 %. Vi har kun redusert våre tjenestereiser med 1%.**

Ansatte i foretaket har stort fokus på Skype og video-møter og ulike tiltak står også beskrevet i flere Forbedringsplaner. Derimot opplever ansatte å ha liten innvirkning på reduksjon av fysiske møter i forbindelse med regionale prosjekter. Nye tiltak bør vurderes for å nå målet om å redusere tjenestereiser. Økningen antas å relateres til flere store regionale prosjekter slik som LIBRA, samt prosjekt sykehusutbygging «SUS 2023».

Pga. datautfordringer, har G- travel har hatt problemer med å gi foretaket rapporter på alle gjennomførte flyreiser. Det har kun vært mulig å få antall kilometer flyreiser på foretaksnivå. Det er startet et arbeid i regi av den regionale Miljøfaggruppen hvor vi har satt frem et ønske om å få standard rapporter på inn og utenlands-flyturer på både organisasjonsnivå 2 og 3. Et av innspillene er å bruke ressursnummer/ansattnummer istedenfor kostnadssted. Arbeidet er videreført til 2019 hvor ulike tiltak vil bli vurdert opp mot en reforhandling av avtalen med G-travel, samt at Reiseportalen skal oppgraderes. Det er flere andre tiltak som vil inngå i oppgraderingen med håp om at det kan bli lettere for de ulike enhetene å få en oversikt over sien reiser og ulike reisemål. Dette antas å medvirke til en større bevissthet rundt reisevirksomheten i foretaket, slik at vi kan bidra til å nå målet «**Redusere foretakets CO<sub>2</sub> utslipp med 3 % årlig**». Det er fortsatt mulig for ansatte å bestille tjenestereise utenom foretakets reiseportal og dermed få refundert beløpet på reiseregning. Dette fremstår som en svakhet ved at det ikke er mulig å skille disse reisene ut og ta de over i en samlet oversikt.

### Miljømål 3: Redusere mengden restavfall med 3 % årlig

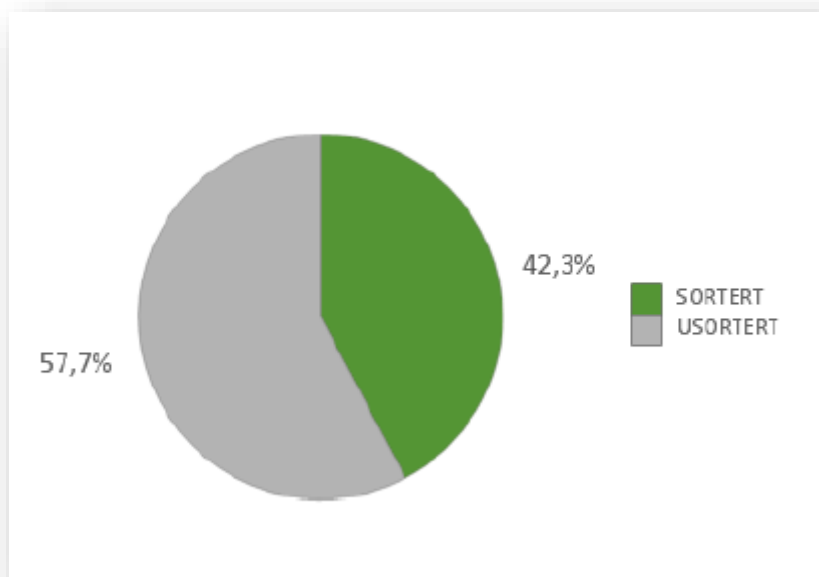
Totalt er foretakets restavfall på 915,1 tonn, og vi har hatt en reduksjon i 2018 på 11,5 tonn i forhold til 2017 tall. Dette gir en reduksjon på 1,2% og foretaket har ikke nådd sitt mål om å redusere mengden restavfall med 3% årlig. Derimot hvis en ser dette opp mot aktivitetsøkningen på 1,8%, får en den ønskete reduksjonen på 3% pr. aktivitetsenhet (DRG poeng).

Total avfallsmengde i 2018 er 1589,5 tonn. Det er en reduksjon i forhold til 2017 tall på 79,3 tonn. Noen av grunnene til at foretaket ikke har nådd målet kan muligens være at en velger å ikke ta hensyn til aktivitetsøkningen eller f.eks. en stadig økende mengde engangsmateriell og plastprodukter som ikke kan kildesorteres.

Restavfall er avfall som er igjen når alt er kildesortert i forskjellige fraksjoner. Alt restavfallet blir transportert direkte ut til forbrenning på Forus Energi. Året 2018 har vært preget av få bygge- og rehabiliteringsprosjekter. Selv om sorteringsprosenten er høy ved de ulike prosjektene, vil det alltid generes restavfall. Sorteringsgraden er redusert til 42,3 % contra 45 % i 2017.

Foretaket inngikk en ny avtale med avfallsleverandøren Norsk Gjenvinning AS årsskiftet 2018 etter en anbudsprosess iht. lov om offentlig anskaffelser. Målbare miljøkrav ble vektet med 30 % i anbudet. Det gjennomføres fortsatt faste drifts -/oppfølgingsmøter med fokus på en systematisk kontinuerlig forbedring. Foretakets avfallsprosedyrer i EQS er tilrettelagt for ulike avfallsfraksjoner og er i 2018 revidert etter gjeldende retningslinjer.

Helse Stavanger HF skal være i fremste rekke innenfor miljøvennlig drift. Som sykehus er vi ansvarlig for å redusere miljøbelastningen. Riktig avfallshåndtering er en viktig del av dette. I den forbindelse utviklet sykehuset i 2018 nye [sorteringsveiledere](#).



Det er et stort fokus på plastsortering i foretaket, og det er gjennomført flere befaringer med mål om å redusere restavfallet/øke kildesortering. F.eks. ønsket avdeling Øye operasjon å få ned restavfallet ved å sortere all plast ved forbruksartikler under operasjonene. Det ble konkludert med at tiltakene som måtte iverksettes for å få ned restavfallsmengden, ikke sto i forhold til arbeidsinnsatsen og med fare for partikkelslipp, og dermed ble plastsorteringen avsluttet.



## **SMITTEFARLIG AVFALL**

Helse Stavanger har flere fraksjoner innen smittefarlig avfall. For 2018 utgjorde dette smittefarlige avfallet 212,5 tonn contra 207 tonn i 2017, dvs. en økning på 5,5 tonn. Avfall inngår i Klimagassregnskapet og er en miljø-indikator. Den medisinske utviklingen utvikler seg mer og mer i retning av engangsutstyr og dette påvirker avfallsmengden. Diskusjoner rundt bruk av engangsutstyr er tatt i fagmiljøene og det er en villet utvikling. En har derfor sett behov for å ty til andre tiltak som kan bidra til å nå klima-målet og disse nye tiltakene er beskrevet i overordnet HMS handlingsplan.

Smittefarlig avfall fra Helse Stavanger HF blir pakket i store sekker og/eller palle-esker, som er merket i henhold til ADR lovgivningen. Avfallet blir transportert til kjølecontainer ved Varmesentralen og deretter kjørt til forbrenning.

Stikkende/skjærende / smitteavfall er smittefarlig avfall som ikke kan leveres som vanlig avfall, men som sendes til forbrenning på Forus Energi. Patologisk, cytostatika og medisnavfall er smittefarlige avfall som forbrennes ved Spesical Waste System i Nørre Alse i Danmark. Dette er både kostbart og ugunstig for miljøet. Seksjon for miljøstyring har over flere år samarbeidet med Forus Energigjenvinning og Fylkesmannen for å få til en lokal forbrenning av dette smittefarlige avfallet. Fylkesmannen ga september 2018 konsesjon til å forbrenne all smittefarlig avfall på Forus Energigjenvinning. Oppstart vil skje i 2019, men det vil ikke gi noen driftsmessige endringer ved foretaket.

Fylkesmannens miljøvern avdeling varslet høsten 2018 en dags –inspeksjon for å kontrollere om gjeldende krav fastsatt i eller medhold av forurensningsloven ble overholdt.

Inspeksjonsteam var:

- Avfallstyper og hvor avfallet oppstår, inkl. farlig avfall og smittefarlig avfall
- Levering og henting av avfall
- Internkontroll, inkl. miljørisikovurdering og avvikshåndtering
- Utslipp til vann

Det ble verken funnet avvik eller anmerkninger under inspeksjonen (vedlegg 5).

## **MATAVFALL**

Matsvinn er et høyt prioritert område innen avfallsforebygging, og det er et stort potensial for å redusere matsvinn i Norge. Myndighetene og matbransjen inngikk 23. juni 2017 en frivillig avtale om å redusere mengden matsvinn som genereres i Norge. Med matsvinn menes her den nyttbare delen av mat som er produsert for menneskeføde, men som kastes eller tas ut av matkjeden til andre formål. I avtalen slutter avtalepartene seg til FNs bærekrafts mål om 50% reduksjon i matsvinn innen 2030.

Helse Stavanger kildesorterer matavfall. Ved noen av foretakets satellitter inngår kildesorteringsordningen i leiekontrakten og er dermed ikke tatt med i denne rapporten.

For 2018 utgjorde matavfallet 106,9 tonn contra 102,6 tonn i 2017, dvs. en økning i på 4,3 tonn.

Økningen av matavfall antas i hovedsak å være at tre nye lokasjoner har startet med kildesortering av matavfall, samt en generell økende bevissthet hos hver enkelt ansatt om å kildesortere matavfallet. Et eksempel er Vardesenteret på Internatbygget som startet opp med kildesortering i 2018, og resultatet er 1415 kg matavfall.

Kjøkken Forus har hatt fokus på matsvinn og etter at de iverksatte flere gode tiltak, oppnådde de i 2018 en reduksjon på matavfallet på 1200 kg.

Ytterligere tiltak for å redusere matsvinn blir tatt med inn i det pågående miljøkartleggingsarbeidet.

Matavfall, eller våtorganisk avfall, er alt avfall som er organisk nedbrytbart. Matavfallet blir kjørt til Mekjarvik eller Grødal via Renovasjonen IKS til biogassproduksjon.

## **EE- AVFALL(elektrisk/elektronisk)**

Husholdningsapparater, kabler/ledninger, belysningsutstyr inngår i EE-tallene. For 2018 tallene utgjorde EE-avfallet 13,7 tonn contra 22,6 tonn i 2017. Reduksjonen antas relatert til færre vedlikehold og rehabiliteringsprosjekter.

Datamaskiner blir samlet inn i en returordning av Helse Vest IKT og er derfor ikke med i våre statistikker. Småelektriske artikler blir levert til vår avfallsleverandør til resirkulering i vårt el-retur system. Ved avdeling for Behandlingshjelpemidler blir elektriske komponenter fjernet fra utstyret før utstyret blir kassert. Enkelte elektriske medisinske artikler blir levert tilbake til leverandøren og annet utstyr blir vederlagsfritt donert til ulike humanitære hjelpetiltak i utlandet gjennom ideelle organisasjoner.

## **GIPS**

I 2015 startet arbeidet opp med å sortere gips som en egen fraksjon. For 2018 utgjorde gipsavfallet 2,6 tonn. contra 21,5 tonn i 2017. Reduksjonen relateres til færre rehabiliteringsprosjekter og ut fra et kost/nytteaspekt ble gipsfraksjonen fjernet fra Miljøstasjonen høsten 2018.

## **PLAST**

Foretaket sorterer både hard - og myk plast. For 2018 utgjorde plastavfallet totalt 23, 8 tonn contra 29,5 tonn i 2017. Nedgangen kan muligens relateres til hensiktsmessig fokus på riktig kildesortering.

Med bakgrunn i et høyt nasjonalt fokus på plast, ønsket Helse Bergen å komme for å få et innblikk i vår plasthåndtering. De deltok med tre personer på et dagsmøte som ble avsluttet med en befaringsrunde rundt på sykehuset. Vi hadde også invitert vår transportør Norsk Gjenvinning hvor det ble skissert ulike muligheter for avhending av plast. Bakgrunnen er først og fremst fordi Kina har stoppet mottak av plast fra Europa, som for øvrig flyter over av hardplast. Denne utfordringen vil påvirke vår fremtidige kildesortering og vi avventer derfor nye nasjonale retningslinjer.

Det er et økende nasjonalt fokus på mikroplast. Tiltak for å redusere utslipp til det kommunale avløpet er til intern utredning. Det finnes flere ulike teknikker som kan benyttes. Mikroplast finnes i blant annet pappkopper og fleece-jakker.

Ansatte er også opptatt av plast og plastsortering. Med fokus på rett og fornuftig kildesortering av plast er det gjennomført en rekke foredrag rundt på sykehuset.

## **FARLIG GODS**

Farlig gods inngår i foretakets kildesorteringsprosent, og transport av farlig gods er regulert av ADR «Forskrift om landtransport av farlig gods». For 2018 utgjorde farlig gods 26,3 tonn contra 40,4 tonn i 2017.

Enkelte gulvbelegg inneholder ftalater som skal deklarerer som farlig gods. For å utelukke at gulvbelegget er fritt for ftalater må det i henhold til gjeldende lovverk gjennomføres en miljøkartlegging. Foretaket har valgt å ikke gjennomføre en slik miljøkartlegging, hvilket medfører at alt gulvbelegg som fjernes i foretaket blir definert som farlig gods. For 2018 utgjorde gulvbelegg 2 tonn contra 10 tonn i 2017. Reduksjonen på 8 tonn tilskrives færre rehabiliteringsprosjekter. Elektronisk deklarerer av farlig gods ivaretas av foretakets egne ressurser.

For mer informasjon om farlig avfall, se «Sikkerhetsrådgivers årsrapport 2018» (vedlegg 4).

## **PAPP OG PAPIR**

Foretaket kildesorterer papp og papir. 2018 tallene utgjorde 166,2 tonn, contra 170,6 tonn i 2017.

Vi ser en jevnlig årlig reduksjon av pappemballasjen. Vi ser at foretaket har et forbedringspotensial slik at papp-emballasjen kan reduseres ytterligere ved å sette gode miljøkrav i anskaffelsesprosesser. Et eksempel på reduksjon av papp-emballasje er det nye anbudet på smittefarlige gule UN godkjente bokser. Her ble pappemballasjen redusert fra 10 pappesker til 0. I dag mottar vi hundre bokser på palle uten papp-emballasje.

I tillegg arbeider ansatte mer elektronisk og kopierer ikke opp så mye lenger. Tall fra Sentral-lageret viser en reduksjon på 4,5 tonn kopipapir i forhold til 2017.

## **SIKKERHETSMAKULERING**

All dokumentasjon med personopplysninger skal makuleres når det ikke lenger er nødvendig med fysisk oppbevaring av dokumentet. Dokumenter som skal makuleres skal enten kjøres gjennom en makuleringsmaskin, eller legges i godkjente makuleringskontainere/dunker som er utplassert på foretaket. Kontainerne/dunkene skal være utstyrt med en nummerert plombe. Disse skal ikke fjernes eller brytes uten at det er særskilte årsaker til dette. Avvik i Synergi viser fortsatt at sensitiv dokumentasjon ikke alltid blir behandlet i henhold til intern prosedyre.

For 2018 tallene utgjorde papir til makulering 36,2 tonn, contra 36,8 tonn i 2017, dvs. en reduksjon på 0,6 tonn. Hvis en er forsiktig optimistisk, så kan det synes som om utviklingen har snudd og at vi blir flinkere til å arbeide elektronisk, samt kildesortere riktig.

«Fant pasientliste med navn og alkoholiker-diagnoser på bussen» Denne saken ble publisert i VG nettavis 1. desember 2018 hvor det ble fortalt om sensitiv pasientopplysning på avveie. Etter denne insidensen ble det startet opp en prosess med å utplassere dunker i garderobene.

## **Miljømål 4: Miljøbevisste medarbeidere**

**Foretakets miljømål er basert på følgende fem kvantitative delmål som til sammen viser en måloppnåelse på 51%. Årets dårlige måloppnåelse må vurderes i henhold til manglende gjennomførte interne revisjoner.**

### **-Antall miljøhandlingsplaner med miljømål som er utarbeidet og fulgt opp er 87,9 %**

Alle avdelinger og divisjoner skal i forbindelse med HMS runden utarbeide miljømål og miljøhandlingsplan som støtter foretakets fire miljømål. Grunnlaget for å utarbeide en miljøhandlingsplan er *skjema 11- Ytre miljø* som årlig skal gjennomføres i forbindelse med HMS runden. Alle de ni totale interne revisjonene gjennomført i 2017, hadde oppfølging av miljøstyringssystemet med fokus på miljømål og miljøhandlingsplaner som tema.

Et elektronisk rapporteringsskjema «*HMS årsrapport samlerrapport*» er brukt for å innhente kildedata for 2017. Flere kildedata til Ytre miljø kartlegges i denne samlerrapporten.

Av totalt 99 enheter hadde 87 enheter utarbeidet og fulgt opp miljøhandlingsplanen. Kartleggingen viser en bedring fra i fjor, men det er fortsatt et klart forbedringspotensial, både med å få utarbeide flere miljøhandlingsplaner, samt å overføre data fra *Skjema 11- Ytre miljø* til miljøhandlingsplanen. Mottatte skjemaer viser også at det fortsatt er utfordringer med utfylling av skjemaet.

I årets ForBedringsundersøkelse var det tatt med følgende spørsmål: «*Her blir det arbeidd godt med å unngå negativ påverknad på det ytre miljø*». Skårskalaen er definert fra 0-100 der «heilt einig» er høyest mulig mål på spørsmål (100). Her vises det til en bedring på gjennomsnittskår fra forrige år fra 74 til 75.



### **-Total gjennomføring av obligatorisk e- læringsprogram Ytre miljø er 68,87 %**

De fleste enheter i organisasjonen har satt sine mål om antall prosent gjennomført e-læring, og de ulike HMS-KP henter ut tall ut fra Kompetanseportalen. I henhold til intern prosedyre skal 80 % av de ansatte i løpet av en 3 års periode gjennomføre e-læringsprogrammet Ytre miljø. 9954 personer har krav om at e-læringskurset Ytre miljø skal gjennomføres hvert tredje år. 5485 personer hadde ved utløp av 2018 fullført kravet. Dette er et obligatorisk kurs, men 59 ansatte hadde merket av at kurset ikke var relevant. Saken er tatt opp i Ledelsens gjennomgang, og forslag til bedring er satt opp som tiltak i HMS handlingsplanen og følges opp iht. tidsfrist. Gjennomført opplæring legges automatisk inn i Kompetanseportalen.

Hensikten med programmet er at alle skal kjenne til foretakets miljøpolitikk, overgripende miljømål og hvordan drift av sykehuset påvirker ytre miljø. Ansatte skal vite hvordan miljøet påvirkes i utførelse av eget arbeid, hvilke rutiner som gjelder for å ivareta det ytre miljø og hvilke miljøavvik som kan meldes som uønskede hendelser.

E-læringsprogrammet er utarbeidet i 2009, og det sees behov for revidering. Den regionale miljøfaggruppen har meldt inn behov for revisjon av kurset til e-læringsgruppen i Helse Bergen. Det planlegges oppstart av revisjonen høsten 2019 i regi av Helse Vest RHF.

### **-Gjennomført opplæring (minus e-læring) i henhold til miljø-opplæringsplan er 100 %**

Ulik miljøopplæring tilbys ansatte og all planlagt opplæring ble gjennomført. Ingen nye målgrupper ble lagt til i 2018.

#### **OPPLÆRINGSPLAN YTRE MILJØ 2018**

Målgruppe	Tema	Kursets undervisningstid	Ansvarlig/tidspunkt
Miljøkoordinatorer (HMSKP)	Miljøopplæring	Klasserom 30 min	Miljø/sikkerhetsrådgiver En gang pr. mnd. i HMSKP møtet
HMS- 40 timers kurs for verneombud og AMU medlemmer	Miljøstyringssystemet Krav og forventninger til verneombud og AMU medlemmer	Klasserom 30 min	Miljø/sikkerhetsrådgiver Vår 2018 x2 Høst 2018 x2
HMS opplæring for ledere	Miljøstyringssystemet Krav og forventninger til leder	Klasserom 30 min	Miljø/sikkerhetsrådgiver Vår 2018 Høst 2018
Alle medarbeidere	Miljø e- læringskurs	E- læringskurs 30 min	Nærmeste leder Hvert 3. år
Nyansatt/lærlinger	Miljøstyringssystemet Miljø i hverdagen	Klasserom 30 min	Arbeider med å få opplæring inn i det videre arbeidet på foretaksnivå.
Verneombud	Miljøstyringssystemet Krav og forventninger til verneombud	Fagdagen 45 min	Miljø/sikkerhetsrådgiver Høst 2018
Deltagere på planlagte reviderte enheter	Forberedelse til årlig revisjon KIWA	Klasserom 60 min	Miljø/sikkerhetsrådgiver Vår/sommer 2018

### **-Behandlete miljøavvik ved interne revisjoner meldt i Synergi er 0 %**

Interne revisjoner er ikke gjennomført pga. ytre omstendigheter.

### **-Antall planlagte interne miljørevisjoner som er gjennomført etter plan er 0 %**

Interne revisjoner er ikke gjennomført pga. ytre omstendigheter.

#### **Vedlegg:**

1. Samsvarsvurdering 2018
2. Potensielle miljøskadelige utslipp 2018
3. Rapport til styret 2018
4. Sikkerhetsrådgivers årsrapport 2018
5. Inspeksjonsrapport fra Fylkesmannen i Rogaland