



UNIVERSITETET I BERGEN
Institutt for klinisk odontologi

Rutine: HMS-håndbok		Område: IKO
Utarbeidet av: HMS-utvalget	1.gangs godkjent av: Anne Nordrehaug Åstrøm	Opprettet dato: 18.10.2015
Gjennomgått av: HMS-utvalget	Revidert godkjent av: Asgeir Bårdsen	Oppdatert dato: 30.05.2025/08.01.2026

Håndbok om helse, miljø og sikkerhet ved Institutt for klinisk odontologi, UiB



«HMS - mitt ansvar»

Innholdsfortegnelse

1. Velkommen som ansatt ved Institutt for klinisk odontologi	6
1.1 Mål for HMS-arbeidet ved Det medisinske fakultet	6
1.2 Om denne håndboken	6
2. Organisasjon og oppbygging ved IKO	8
2.1 Organisering og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet innen HMS på IKO	8
2.2 Råd og utvalg ved IKO	9
2.3 Øvrige nøkkelpersoner innen HMS	10
3. Generelle verne- og sikkerhetsregler	10
3.1 Generelle regler	11
3.2 Verneombudets rolle ved instituttet	11
3.3 HMS-utvalg	11
3.4 Smittevern	12
3.5 Strålevern	12
3.6 HMS-koordinatorer	12
3.7 Mottak av nye medarbeidere	12
3.8 Medarbeidersamtaler	13
3.9 Arbeidsmiljøundersøkelser	13
3.10 Graviditet	13
3.11 Trakassering og uønsket adferd	13
3.12 Sosiale og faglige aktiviteter	13
3.13 Rutiner ved sykefravær	14
3.14 Forsikringer	14
3.15 Rusforebyggende arbeid	14
3.16 Røyking	14
4. Vaksinasjon og førstehjelp	15
4.1 Vaksinasjon	15
4.1.1 For klinikk	15
4.1.2 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning	16
4.2 Førstehjelpstasjoner	16
4.2.1 Hjertestarter	17
4.2.2 Prosedyre ved anafylaksi (allergisk sjokk)	17
5. Ansvarsforhold	17
5.1 Alenearbeid i risikofyllt arbeidsmiljø	17
5.2 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning	18
6. Hygieneplan	18

7. Arbeid med kjemikalier	19
7.1 For klinikk	20
7.2 For Tannteknisk lab/studentlab	20
7.3 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.....	20
7.3.1 Viktig ved håndtering av kjemikalier	20
7.3.2 Arbeid med flytende nitrogen	21
7.3.3 Arbeid med biologiske faktorer og genmodifiserte organismer	21
7.3.4 Arbeid med nanopartikler.....	21
8. Strålevern	22
8.1 For klinikk	22
8.2 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.....	22
9. Uønskete hendelser, avvik og varsling.....	22
9.1 Prosedyre ved hudreaksjoner og yrkessykdom	22
9.2 Stikk/-kutt og øyeskade (blod og saliva)	23
9.2.1 Prosedyre ved stikk/-kuttskade	23
9.3 Prosedyre ved øyeskade	24
9.4 Prosedyre ved skade på pasient	25
9.4.1 Prosedyre ved svelging/aspirasjon av fremmedlegemer	25
9.4.2 Ved andre skader på pasient	26
9.5 Uhell med kjemikalier	26
9.6 Elektrisk støt.....	27
9.7 Brannskader	27
9.8 Frostskader.....	27
9.9 Besvimelse	27
9.10 Sjokk	27
9.11 Brann.....	27
9.12 Uhell med medisinskteknisk utstyr.....	28
10. Verneutstyr og forebyggelse av skader	28
10.1 Verneutstyr	28
10.1.1 For arbeid i klinikk.....	28
10.2 Verneutstyr for å skifte vaske- og tørkemiddel på vaskedekontaminator på sterilenhetene og på TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.	29
10.2.1 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.....	29
11. Avfallshåndtering	30
11.1 Klassifisering av avfall	30
11.2 For klinikk.....	30
11.3 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.....	32
12. Faremomenter ved bruk av elektrisk utstyr	33

13. Beredskap	34
13.1 Varsling ved krisesituasjoner	34
13.2 Samlingsplass ved krisesituasjon/beredskap.....	34
13.3 Generell beredskap.....	34
14. Driftsavvik	35
15. Brann og brannforebygging	36
15.1 Brannforebygging.....	36
15.2 Branninstruks/evakueringsplan	36
15.2.1 Varslingssystemer og alarm	36
15.2.2 Brannslukking.....	37
15.2.3 Ved brann og brannalarm	37
15.2.4 Evakuering.....	37
15.2.5 Samlingssted	38
15.2.6 Krav til ansatte	38
15.2.7 Risikoområder	38
15.2.8 Brannansvarlige	38
16. Noen nyttige lenker	39
Appendiks.	40
A 1 Ledelse	40
A 2 Seksjonsledere	40
A 3 Andre ledere og nøkkelpersoner med HMS-oppgaver.....	40
A 4 Verneombud for inneværende periode	40
A 5 HMS-utvalg	41
A 6 Plassansvarlig brann med ansvarsområder	41
A 7 Smittevern	42
A 8 Hygienekontakter	42
A 9 Strålevernkoordinatorer	42
A 10 Ressursgruppe førstehjelp.....	42
A 11 Superbrukere Stoffkartotek.....	43
A 12 Romansvarlige og avfallskontakter.....	43
A 13 Håndtering av avfall.....	44
Problemafall	44
Farlig avfall	45
Eksplodivt avfall.....	47
Avfall fra ioniserende strålekilder.....	47
Forbruksavfall.....	48
A 14 Særskilte arbeidsrutiner for TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.	49

Desinfeksjon og destruering	50
Arbeid i Cellelaboratoriene.....	50
Biologiske faktorer	50
Genmodifiserte mikroorganismer (GMO)	51

1. Velkommen som ansatt ved Institutt for klinisk odontologi

HMS står i fokus ved Institutt for klinisk odontologi. Instituttet gir undervisning til tannlege- og tannpleierstudenter, studenter på kvalifiseringsprogrammet og i spesialistutdanning. Instituttet har også et stort forskningsmiljø og flere PhD-kandidater og erfarne forskere.

Daglig blir det behandlet pasienter med sykdom i tenner, munnhule og til dels ukjent smittestatus. Forskingen foregår på et stort laboratorium med svært varierende prosjekter.

Det er et mål at studenter og ansatte skal trives og føle seg trygge på arbeidsplassen. For å få dette til må alle ta ansvar og sette seg inn i de arbeidsrutiner som til enhver tid er gjeldende. Alle må gjøre en risikovurdering når arbeidsoppgavene krever det, og spørre kollegaer om hjelp ved behov.

Vi har alle et ansvar for å ivareta HMS-reglementet og bidra til et godt arbeidsmiljø ved instituttet.

Hilsen

Asgeir Bårdsen

Instituttleder

1.1 Mål for HMS-arbeidet ved Det medisinske fakultet

Fakultetet skal arbeide for et arbeids- og læringsmiljø:

- hvor det er en ledelseskultur basert på dialog, utvikling og gjensidig tillit
- der alle ansatte og studenter blir behandlet med respekt, vises omsorg og gis ansvar
- der maktmisbruk ikke tolereres
- som fremmer kreativitet, læring, arbeidsevne, helse og trivsel
- hvor medarbeidere og studenter ikke utvikler arbeidsrelatert sykdom eller rammes av arbeidsulykker
- som er inkluderende også for medarbeidere og studenter med helsesvikt og redusert arbeidsevne
- som tar hensyn til konsekvensene for det ytre miljøet

1.2 Om denne håndboken

Lenkene i denne håndboken vil ikke virke på klinikkmaskinene. For å gå inn på dem må man benytte en maskin med internettforbindelse.

Håndbokens innhold og retningslinjer gjelder for:

- Midlertidig og fast ansatte ved Institutt for klinisk odontologi i alle stillingskategorier, studenter og andre forskere/teknikere som benytter utstyr og instrumenter knyttet til aktivitet ved instituttet

- Alle laboratorie- og klinikkarealene ved Institutt for klinisk odontologi
- Håndboken er generell, og hver enkelt ansatt/bruker plikter å sette seg inn i relevante rutiner på eget område.

IKO er et institutt med stor variasjon i drift og arbeidsoppgaver. Det vil derfor være behov for noe forskjellige HMS-retningslinjer på de forskjellige arbeidsplassene. De fleste kapitler i boken er bygget opp med en generell omtale først, fulgt av mer spesifikke retningslinjer for klinikk og laboratorium.

Håndboken er primært rettet mot ansatte. For studenter vises det til [Læringsmiljøhåndbok](#) for studenter ved Universitetet i Bergen.

Håndboken er et hjelpemiddel for å lette tilgang til opplysninger om regler/retningslinjer/arbeidsrutiner m.m. som skal sikre og forbedre arbeidsmiljøet ved å:

- fremme kommunikasjon mellom arbeidstakerne samt klargjøre ansvarsforhold (linjeledelse)
- fremme kvalitetssikringen av HMS-arbeidet
- sikre det fysiske arbeidsmiljøet
- ha fokus på HMS- arbeid ved institutt for klinisk odontologi (IKO) inklusive TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning og i klinikken
- beskytte mot helse- og miljøskader
- verne det ytre miljø mot forurensning ved riktig avfallsbehandling

Håndboken er basert på følgende grunnlagsdokumenter:

- Arbeidsmiljøloven
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Kjemikalieforskriften
- Strålevernloven og strålevernforskriften
- Forurensningsloven
- Avfallsforskriften
- Smittevernloven
- Lov om helsepersonell
- Smittevernboka (Folkehelseinstituttet)
- Genteknologiloven
- HMS-retningslinjer utgitt av HMS-seksjonen ved UiB
- HMS-handlingsplan for medisinsk fakultet ved UiB
- Kvalitetshåndbok for Odontologisk Universitetsklinikk ved Universitetet i Bergen
- Hygieneplan for Odontologisk Universitetsklinikk

Alle som har et arbeidsforhold ved Institutt for klinisk odontologi, skal sette seg inn i håndbokens innhold.

Ansaret for dette ligger hos instituttleder, som delegerer arbeidsoppgaver innen HMS til administrasjonssjef, klinikkleder, seksjonsledere og lederteamet ved TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

2. Organisasjon og oppbygging ved IKO

Institutt for klinisk odontologi (IKO) er ett av 5 institutter ved Det medisinske fakultet. IKO er delt i 10 seksjoner. 9 av disse er kliniske og inngår i Odontologisk Universitetsklinikk. Det er i tillegg en Spesialistutdanningsenhet. IKO har 4 forskningsgrupper. Instituttet har også TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning i 4. etasje og en instituttadministrasjon.

2.1 Organisering og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet innen HMS på IKO

IKO er linjeorganisert med følgende personer i linjen:

Stilling:	Funksjon:	HMS ansvar og oppgaver:
Instituttleder	Øverste leder for hele IKO. Ansatt for 4 år.	Overordnet ansvar for HMS. Medarbeidersamtaler med administrasjonssjef, klinikkleder og seksjonsledere.
Seksjonsleder/faglig leder	Vitenskapelig ansatt med ansvar for egen seksjon. Dette omfatter faglig ansvar, driftsansvar, bemanningsansvar og personalansvar. 3-årig funksjon.	Daglig HMS-ansvar for egen seksjon. Medarbeidersamtaler alle ansatte på egen seksjon. Vurdere drift og undervisning ved redusert bemanning.
Overtannlege	Klinisk lærer med spesialistkompetanse. Har delegert ansvar for klinisk undervisning og drift på egen seksjon. Fast ansatt. Kan bli delegert oppgaver fra seksjonsleder.	Kan få delegert HMS-oppgaver som inngår i personalledelse, men ikke personalansvar.
Seksjonstannhelsesekretær	Ansvar for administrasjon og hygiene på egen seksjon. Fast ansatt.	HMS-oppgaver innen smittevern, praktisk strålevern og avfall.
Team	Består av klinisk lærer (instruktørtannlege, spesialtannlege, instruktørtannpleier) og tannhelsesekretær. Hvert team har vanligvis ansvar for 6 studenter.	Alle ansatte må være bevisst på egen påvirkning og medvirkning. Etterleve krav og forordninger. Bidra til vekst og utvikling.

Stillinger som ikke inngår i linjen, men omfatter hele eller deler av instituttet:

Stilling:	Funksjon:	HMS- ansvar og oppgaver:
Administrasjonssjef	Administrativ leder av instituttet.	Delegert ansvar fra instituttleder for: Gjennomføring av HMS-oppgaver. HMS-rapport. Årlig vernerunde. Utarbeide HMS-handlingsplan.

		Medarbeidersamtaler med teknisk-administrativt personale.
Klinikkleder	Driftsansvar for hele klinikken. Fullmakt til å flytte personale ved behov. Rapporterer til instituttleder.	Koordinering av HMS-tiltak for hele klinikken. Daglig HMS-ansvar for ansatte uten seksjonstilknytning.

Nærmere beskrivelse av stillinger finnes i [Organisasjonsutviklingsprosjekt for Odontologisk universitetsklinikk, 2011](#).

All kommunikasjon og informasjon skal gå i linjen.

Andre ledere:

Forskningsgruppene ledes av hver sin forskningsgruppeleder.

Administrasjonen og teknisk stab ledes av administrasjonssjef.

Center of Translational Oral Research (TOR): Leder oppnevnt av instituttleder. På samme nivå som seksjonslederne, og deltar på seksjonsledermøter. Rapporterer til instituttleder og forskningsleder.

Laboratoriekoordinator har ansvar for drift og har rollen som HMS-koordinator ved laboratoriene.

2.2 Råd og utvalg ved IKO

Utvalg:	Funksjon:	Leder:
Instituttråd	Partssammensatt utvalg med valgte medlemmer. Instituttrådet har en rådgivende funksjon overfor instituttleder, og skal behandle, fatte vedtak eller gi innstilling til fakultetet eller annet overordnet organ i saker som angår: • Ulike rapporteringer, strategi- og resultatdokument som utarbeides av instituttet. • Eventuelle omstillings- og omorganiseringsplaner. • Budsjettforslag, årsbudsjett og årsregnskap. • Vesentlige endringer i instituttets studietilbud, særlig knyttet til studieprogram, pensum, undervisning, eksamen og emne- og programevalueringer. • I øvrige saker er instituttrådet rådgivende informasjons- og kontaktorgan mellom instituttlederen, alle ansatte og studentene. • Dersom instituttrådet delegerer beslutningsmyndighet i saker som angår studietilbud, skal studentene være representert med minst 20 % i vedkommende organ.	Instituttleder
Forskningsutvalg	Forskningsstrategi og drift av forskningsaktivitet.	Forskningsleder

Klinikkutvalg	Rådgivende organ for klinikkleder med hensyn til undervisning og drift av Odontologisk Universitetsklinikk. Aktiveres av klinikkleder etter behov.	Klinikkleder
HMS-utvalg	Utarbeidelse og implementering av rutiner, kontroll og avvikshåndtering innen HMS, strålevern og smittevern.	Oppnevnt leder
Smittevernutvalg	Utvalget er et rådgivende organ som følger retningslinjene fra myndighetene, og foreslår nødvendige tiltak og endringer. Aktiveres av klinikkleder etter behov.	Klinikkleder

Instituttleder setter selv sammen sin ledergruppe. I perioden 2021-2025 består ledergruppen av administrasjonssjef, leder av implementering av ny studieplan, studieleder, forskningsleder, klinikkleder, leder for innovasjon og instituttleder.

2.3 Øvrige nøkkelpersoner innen HMS

- **Driftsleder** har ansvar for alle tekniske installasjoner på IKO.
- **Hygienesykepleier** har kontrollfunksjon for smittevern, og kontaktes ved utfylling av NAV-skjema etter stikk, kutt eller øyeskade og personskader.
- **Ressursgruppe for førstehjelp.** Førstehjelpsopplæring hver 3. måned
- **Husøkonom** har ansvar for vask av arbeidstøy og er kontaktperson for generelt renhold.
- **Verneombud** med vara skal finnes for hver etasje. Navn finnes på oppslag og i appendiks.
- **Plassansvarlig for brann** finnes for alle områder. Navn og plassering finnes på oppslag og i appendiks. Driftsleder er lokal brukerrepresentant.
- **HMS-koordinatorer.**
- **Laboratoriekoordinator/ansvarlig senioringeniør**
- **Strålevernkoordinatorer.**
- **Superbrukere i Stoffkartotek** (registrering av alle kjemikalier) finnes på hver seksjon. Hovedansvarlig finnes på materialkontoret og på TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.
- **Romansvarlig for avfallsrom og avfallskontakt ved IKO.** Funksjon lagt til HMS-koordinator for TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning. I tillegg finnes avfallsområdekontakt for 1. og 2. etasje med ansvar for avfall i klinikk.
- **Leder i HMS-utvalget** med oppgaver innenfor HMS, smittevern og strålevern.
- **Hygienekontakter** finnes på hver seksjon. Funksjon i hovedsak lagt til seksjonstannhelsesekretær.

Liste over nøkkelpersoner med kontaktinfo finnes som appendiks til denne håndboken.

3. Generelle verne- og sikkerhetsregler

Ifølge Universitets- og høyskoleloven har instituttleder overordnet ansvar for HMS ved instituttet. Det kan gis delegert myndighet til annet personale som administrasjonssjef, klinikkleder, seksjonsledere og lederteamet ved TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

3.1 Generelle regler

Ved IKO jobbes det aktivt for å sikre studenter og ansatte et inkluderende, trygt og hyggelig arbeidsmiljø som sikrer god læring, god forskning og god pasientbehandling. Hvis uhell og uønskete hendelser likevel skjer, finnes det rutiner for å ta hånd om den skadde, rette opp feil og prøve å forhindre at det skjer igjen.

HMS-avvik skal meldes elektronisk via [UiBhjelp](#).

For detaljerte prosedyrer, se kapittel 9.

3.2 Verneombudets rolle ved instituttet

Verneombudet er valgt av sine arbeidskolleger for å ivareta deres interesser i arbeidsmiljøspørsmål. Verneombudet skal holde et våkent øye med arbeidsmiljøet og har rett til å ta opp problemer med instituttleder.

Verneombudet har rett til å stanse farlig arbeid.

Verneombudet skal delta i faste vernerunder, minst 1 gang årlig, sammen med administrasjonssjef. Vernerunden avsluttes med å dokumentere en tiltaksliste.

Verneombudene har faste dialogmøter med instituttledelsen hvert semester (instituttleder og administrasjonssjef).

Verneombudet skal orienteres om planlegging av endring som berører personalets arbeidssituasjon og skal tas med på råd under planlegging og gjennomføring av tiltak som har betydning for instituttets arbeidsmiljø. Navn på verneombud og vara verneombud skal stå som oppslag.

Mer om verneombudene sine roller finnes her:

<http://www.uib.no/poa/hms-portalen/73778/verneombud>

Oversikt over verneombud finnes i appendiks.

3.3 HMS-utvalg

Instituttet har et eget HMS-utvalg med HMS, smitte- og strålevern som fokusområde.

Utvalgets mandat er:

- Utvalget skal være et rådgivende tverrfaglig organ for hele instituttet. Utvalget skal være synlig og tilgjengelig.
- Utvalget skal sørge for at det alltid foreligger oppdaterte retningslinjer og rutiner som er i tråd med myndighetskrav og interne UiB-regler.
- Utvalget skal medvirke til å implementere vedtak i samarbeid med IKOs ledelse

- Utvalget skal bistå instituttledelsen i HMS-relaterte saker og sørge for fremdrift i systematisk HMS-arbeid ved instituttet, inkludert oppfølging av ROS som en kontinuerlig prosess for risiko- og sårbarhetsvurdering av instituttets virksomhet
- Være pådriver i instituttets HMS- arbeid, herunder bidra i arbeidet med å oppnå høy deltakelse i medarbeiderundersøkelser, som for eksempel ARK-undersøkelsen.
- Utvalget skal bistå ledelsen med årlige HMS-møter og vernerunder.
- Utvalget skal søke samarbeid med tilsvarende organer på landets øvrige odontologiske læresteder for mest mulig lik praksis. Best praksis basert på kunnskap, lov og retningslinjer.
- Utvalget rapporterer til instituttleder.
- HMS-utvalget kan kontaktes på: hms@iko.uib.no

3.4 Smittevern

Smittevern utgjør en vesentlig faktor i HMS-arbeidet der det er kontakt med biologisk materiale. Biologisk kontakt er både kontakt mellom mennesker og kontakt med annet biologisk materiale.

Opplæring i smittevern og basale smittevernrutiner er et prioritert område på IKO.

Instituttet følger felles retningslinjer for smittevern ved de odontologiske lærestedene. IKO har en egen hygieneplan som bygger på de felles retningslinjene for smittevern. Egen hygienesykepleier er ansatt og det er etablert hygienekontakter på de enkelte seksjoner.

3.5 Strålevern

Strålevernarbeidet omfatter forsvarliggjøring av strålebruk, forebygge skadelige virkninger av stråling på menneskets helse og bidra til vern av miljøet. Strålevern omfatter både ioniserende og ikke-ioniserende stråling. Ved IKO omfatter dette pr. i dag røntgen, bruk av ulike typer laser samt bruk av herdelamper. Se kap. 8 for nærmere omtale.

IKO har flere strålevernkoordinatorer. Disse er plassert på 4 ulike seksjoner, men skal være tilgjengelig for hele klinikken. Se appendiks for mer informasjon.

3.6 HMS-koordinatorer

Ved UiB skal det oppnevnes HMS-koordinator på enheter som håndterer kjemikalier og/eller biologiske faktorer. Klinikkleder er HMS-koordinator for klinikken, og det er også oppnevnt HMS-koordinator for TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

3.7 Mottak av nye medarbeidere

Vi ønsker at alle skal føle seg velkommen som nyansatt hos oss. Nyansatte får tilbud om omvisning på instituttet, og skal få nødvendig informasjon om instituttet. Ta kontakt med din nærmeste leder eller personalkonsulent hvis du lurer på noe.

UiB har i tillegg utarbeidet såkalte onboardingsrutiner. Disse er tilgjengelig på nettet, og skal sikre at alle nyansatte får en god introduksjon til arbeidsplassen, både faglig og sosialt. Alle seksjonsledere og andre med lederansvar har fått disse onboardingsrutinene presentert. IKO

har i tillegg ytterligere rutiner for nyansatte, der seksjonsleder/senterleder/nærmeste leder er ansvarlig for at dette ivaretas.

3.8 Medarbeidersamtaler

Instituttet er pålagt å gjennomføre årlige medarbeidersamtaler med alle fast ansatte. Instituttleder har samtaler med seksjonsledere, seksjonsleder med de ansatte på hver seksjon. Administrasjonssjef har samtaler med ansatte i administrasjonen. Ansatte har også mulighet til å be om lønnsamtale. Medarbeidersamtalene gjennomføres etter mal fastsatt av UiB.

3.9 Arbeidsmiljøundersøkelser

Det gjennomføres arbeidsmiljøundersøkelser gjennom ARK-systemet. Resultatene blir gjort kjent i miljøene og samlet på IKO-dagene (HMS-dag). Hvert miljø fastsetter tiltak for forbedring og forhold som skal bevares.

3.10 Graviditet

Arbeidsforholdene skal være slik at det ikke er nødvendig med spesielle forholdsregler for gravide, ammende eller personer som ønsker å få barn. Den enkelte bør likevel vurdere egen arbeidssituasjon i forbindelse med graviditet. Tilsatte bør så tidlig som mulig ta kontakt med nærmeste leder slik at eventuelle justeringer i arbeidsoppgaver kan bli drøftet. Informasjon om rettigheter ved graviditet: [Graviditet og arbeidsmiljø](#).

3.11 Trakassering og uønsket adferd

Trakassering og uønsket adferd aksepteres ikke. Den som føler seg trakassert eller mobbet anbefales å ta kontakt med verneombud, nærmeste leder eller UiBs personvernombud. Alternativt kan [UiBs mulighet for varsling](#) brukes.

3.12 Sosiale og faglige aktiviteter

Instituttet har egen festkomité som arrangerer sosiale sammenkomster etter forespørsel. 50-, 60- og 70-års jubilarer får invitere de kolleger de ønsker til en feiring med enkel servering i lunsjen.

Instituttet arrangerer IKO-dager med faglig program i studentfri uke før jul og sommer. Det er nedsatt egen programkomité.

Informasjon om gjesteforelesninger, disputaser etc. sendes alle. Deltakelse er gratis.

Kurs i livgivende førstehjelp og brannvern er obligatoriske for ansatte. Førstehjelpskurs arrangeres med jevne mellomrom og brannvern annet hvert år.

3.13 Rutiner ved sykefravær

Fravær på grunn av sykdom meldes snarest mulig til nærmeste leder. Egenmeldt fravær registreres av den enkelte ansatte i personalportalen/Selvbetjeningsportalen, som er Universitetet i Bergen sitt lønns- og personalsystem.

Legemeldt sykefravær sendes digitalt til UiB eller leveres i papir til personalkonsulent. Sykefravær skal følges opp (av den som har personalansvar) med formål å klarlegge mulighetene for tilrettelegging og få den sykemeldte tilbake i arbeid så snart det lar seg gjøre. Fokuset er på eventuell restarbeidsevne og tilrettelegging, og altså ikke årsaken (sykdom/ diagnose) til sykmeldingen. Tilrettelegging skal også ta hensyn til andre medarbeidere og kollegaer, og skal være tidsbegrenset. Er sykefraværet arbeidsrelatert er det imidlertid viktig å opplyse om dette slik at dette kan følges opp av leder med personalansvar.

UiB er såkalt IA-bedrift, hvilket betyr at ansatte kan levere egenmelding for fravær som varer inntil 8 dager, og inntil 24 dager pr. kalenderår. Ansatte må ta kontakt med sin nærmeste leder snarest mulig ifbm sykefravær, og så langt det er mulig signalisere forventet lengde på sykefraværet. Egenmeldt fravær føres i personalportalen, som alle ansatte har tilgang til.

3.14 Forsikringer

For tilsatte ved universitetet vil lov om yrkesskadeforsikring dekke utgifter ut over det som dekkes av folketrygdloven hvis de blir yrkesskadd i sitt arbeidsforhold. Dette gir fullgod erstatning ved yrkesskade. Studenter får kun dekket yrkesskade etter folketrygdloven § 13-10, tredje ledd siden yrkesskadeforsikringsloven ikke gjelder for studenter. Studenter anbefales derfor å tegne individuell yrkesskadeforsikring under studiet. Hvis skade på studenter er oppstått som følge av feil på utstyr eller uaktsomhet fra universitetets tilsatte, vil universitetet kunne være erstatningsansvarlig.

3.15 Rusforebyggende arbeid

Det er nulltoleranse for rusmiddelpåvirkning i arbeidstiden ved Institutt for klinisk odontologi og ved Universitetet i Bergen.

Det rusforebyggende arbeidet ved UiB bygger på AKAN-systemet. (AKAN står for Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetspolitikk). Avtalen innebærer at det skal være forpliktende regler for hvordan tilfeller av rusmiddelmisbruk som påvirker arbeidssituasjonen skal håndteres.

UiB har utarbeidet egne [retningslinjer for håndtering av avhengighet ved UiB](#) (AKAN-retningslinjer)

Mer informasjon om det [rusforebyggende arbeidet ved UiB](#).

AKAN kompetansesenter ligger i Oslo: <http://akan.no/>

3.16 Røyking

Røyking og snus er ikke tillatt i universitetets bygninger. Røyking og snusing må derfor foregå utendørs. Utendørs inngangspartier til helseinstitusjoner og offentlige virksomheter skal være røykfrie, jmf. Tobakkskadeloven. Det er ikke lov å røyke i klinikktøy.

4. Vaksinasjon og førstehjelp

4.1 Vaksinasjon

Arbeidstilsynet gir overordnede anbefalinger om hvilke yrkesutøvere som bør vaksineres. Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakerne tilbys effektiv vaksine mot biologiske faktorer de kan bli eksponert for.

Studenter:

“Elever/studenter i praksis anses som arbeidstakere etter arbeidsmiljølovens (§1-6) regler om helse, miljø og sikkerhet når de utfører arbeid i virksomhet som går inn under loven. Formelt sett er det praksisstedet som har arbeidsgiveransvaret og skal gjøre en risikovurdering og eventuelt tilby vaksine mot biologiske faktorer elever/studenter kan bli eksponert for. For at elevene/studentene skal ha optimal beskyttelse ved oppstart i praksis, er det likevel hensiktsmessig at studiestedene legger til rette for nødvendig vaksinerings i god tid før praksisperioden starter, selv om studiestedet ikke formelt sett har dette ansvaret. Dette er spesielt viktig for vaksiner som det trengs lang tid å for få fullført hele vaksinasjonsserien eller hvor effekten kommer sent”. (Folkehelseinstituttet, Vaksinasjonsboka).

Studenter og tannhelsepersonell som er i hyppig kontakt med blod og saliva bør vaksineres mot hepatitt B. Det samme gjelder dem som jobber med annet biologisk materiale.

4.1.1 For klinikk

Anbefalt vaksine for arbeid i klinikk er vaksine mot hepatitt B (HB-vaksine) og influensavaksine. Det ikke nødvendig å legge restriksjoner på kliniske aktiviteter til dem som velger ikke å bli vaksinert, men disse personene vil ha større risiko for smitte.

Ansatte og studenter tilbys gratis HB-vaksine. Studenter får tilbud om vaksinerings hos Strandsiden Legesenter AS eller egen fastlege, ansatte kan vaksineres hos bedriftshelsetjenesten ved UIB. Det finnes kombinert hepatitt A- og hepatitt B-vaksine for dem som måtte trenge vaksine mot både HA og HB.

Fram til 1/6- 2018 har det vært anbefalt at alt helsepersonell og alle studenter i helsefag med forventet pasientkontakt i over 3 måneder får tilbud om BCG-vaksinasjon.

Etter denne datoen gis det ikke lenger en slik generell anbefaling. Den viktigste grunnen til dette er at risikoen for tuberkulosesykdom i denne gruppen er svært lav. Dette er i tråd med anbefalinger for BCG-vaksinasjon i andre land med lav forekomst av tuberkulose.

Folkehelseinstituttets anbefaling om BCG-vaksine i yrkessammenheng vil vanligvis bare omfatte helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som over tid (ca. 3 måneder) skal arbeide med:

- voksne pasienter med smittsom lungetuberkulose
- dyrkning av mykobakterier i mikrobiologisk laboratorium

Ved særlige forhold og etter individuell vurdering kan BCG-vaksine også være aktuelt for enkelte andre ansatte i helsetjenesten, i fengsel eller i ankomstmottak, eller ved utenlandsreiser.

For flere av vaksinene som gis i barnevaksinasjonsprogrammet trengs det gjentatte booster doser i voksen alder for å opprettholde beskyttelsen mot sykdommene. Det er aktuelt med slik oppfriskningsvaksinasjon til alle voksne mot sykdommene difteri, stivkrampe, kikhoste og polio når

det er gått 10 år eller mer siden forrige vaksinedose. På grunn av økt risiko for smitte og videre spredning av smitte til sårbare pasienter, er dette spesielt viktig for helsepersonell.

4.1.2 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning

Ansatte ved UiB som kan utsettes for blodsmitte skal ha tilbud om hepatitt B vaksine. For noen ansatte vil det også være aktuelt å gi hepatitt A vaksine. Ansatte som arbeider ute i naturen og de som arbeider med dyr skal ha tilbud om stivkrampevaksine. Ved utenlandsreiser kan også andre vaksiner være aktuelle. Hepatitt A og B, difteri- og tetanusvaksine kan du få ved å henvende deg til Bedriftshelsetjenesten.

Helsekontroller:

Ansatte og studenter som skal arbeide med forsøksdyr, eller oppholde seg i rom der det blir arbeidet med forsøksdyr, skal møte til helseundersøkelse før arbeidet starter. Laboratoriekoordinator/ansvarlig senioringeniør har ansvar for dette. Kontakt Bedriftshelsetjenesten. Fyll ut og ta med skjema «Opplysningsskjema ved 1. gangs helsekontroll» til helseundersøkelse og/eller skjema for vaksine. Skjemaene finner du her:

[Opplysningsskjema ved 1. gangs helsekontroll](#)

Se [HMS-portalen – helsekontroller](#)

4.2 Førstehjelpstasjoner

Førstehjelpstasjoner finnes i A1, B1, C1, A2, B2 og C2, på Ferdighetssenteret og på TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning. Det er hengt opp informasjon på hver førstehjelpstasjon om innhold i ulike skap og kofferter og hvordan bestilling av varer skjer.

Førstehjelpstasjonene kan inneholde følgende (det varierer litt fra stasjon til stasjon):

- **Øyeskyllestasjon**
En del av førstehjelpstasjon. På begge flaskene skal alltid hele innholdet brukes ved skylling. Påfyll hentes STRAKS på materialkontoret.
- **Akuttkoffert**
En del av førstehjelpstasjon. Denne skal være plombert. Skal kun brukes i akutte situasjoner. Skriv ned når noe brukes og bestill nytt via materialkontoret umiddelbart. Ta kontakt med hygienesykepleier for ny plombering når alt utstyr igjen er på plass.
- **Koffert med oksygen og akuttmedisiner**
En del av førstehjelpstasjon. Hygienesykepleier sjekker utløpsdatoer på oksygen, medisiner, sprøyter og kanyler. Ved bruk av medikamenter må det noteres hva som er brukt og gis beskjed til hygienesykepleier som bestiller nye medikamenter. I koffertene i A1, B1 og C1 er det plassert pocketmaske både til voksen og til barn. De andre seksjonene (A2, B2 og C2) har kun pocketmaske til voksne. Epi-pen til barn finnes i A1, B1 og C1.
- **Brannskadestasjon**
En del av førstehjelpstasjon. Skriv ned når noe brukes og bestill nytt via materialkontoret.
- **Plasterdispenser**
Finnes både på førstehjelpstasjonene og andre steder. Bestill påfyll via materialkontoret.
- **Medisinskap**
Utstyr herfra brukes ved behov. Skriv ned når noe brukes og bestill nytt via materialkontoret.

4.2.1 Hjertestarter

Disse er plassert utenfor **hovedresepsjonen i 1. etasje, i B1 og B2** og brukes kun i akutte situasjoner. Pakke med elektroder og batteri har en begrenset holdbarhet, hygiesykepleier kontrollerer dette. Dersom hjertestarterne blir benyttet, må hygiesykepleier få beskjed for å bestille nye elektroder. (NB: pakke med elektroder SKAL IKKE åpnes uten at det er akutsituasjoner. Gelen på elektrodene tørker ut dersom de ikke ligger i forseglet pakke). I B1 Seksjon for oral kirurgi finnes det også elektrode til barn, de andre hjertestarterne har kun voksnelektrode.

4.2.2 Prosedyre ved anafylaksi (allergisk sjokk)

Prosedyre finnes i alle koffertene med oksygen og akuttmedisiner. Det er en enkel utgave på alle seksjoner, bortsett fra på Seksjon for oral kirurgi som har en mer omfattende prosedyre med flere medikamenter tilgjengelig og mulighet for å legge inn veneflon. Denne seksjonen har også svelgtuber.

På klinikken er det en gruppe med superbrukere som har egen oppdatering/øvelse i førstehjelp hver 3. mnd. Disse superbrukerne skal rykke inn ved behov på eget område og også skolere seksjonens øvrige ansatte når det gjelder innhold og bruk av førstehjelpsutstyr. Se oversikt i appendiks.

5. Ansvarsforhold

Ansvar for drift og bygg påligger ansatte, ikke studenter. Alle har imidlertid ansvar for å gi beskjed hvis uønsket hendelse er oppstått.
HMS er alles ansvar!

Institutt for klinisk odontologi holder til i Årstadveien 19. Auditorier og seminarrom, pc-stue, klinikk, sterilavdelinger og ferdighetssenter er å regne som undervisningslokaler.

5.1 Alenearbeid i risikofylt arbeidsmiljø

Ved UiB skal alt arbeid ved UiB være sikkerhetsmessig forsvarlig. En risikovurdering kan avdekke at det ikke alltid er tilfelle ved alenearbeid i risikofylte arbeidsmiljø. Hvis et uhell eller en ulykke skulle inntreffe, kan det være kritisk å være alene på arbeidstedet. I slike arbeidsmiljø bør man derfor søke å unngå at arbeid utføres når andre ikke er til stede, f.eks. etter arbeidstids slutt og i helger, jf. arbeidsmiljølovens bestemmelse om alenearbeid.

Arbeidsmiljøloven regner studenter som arbeidstakere når de utfører arbeid ved UiB som har undervisning eller forskning som formål. Det vil si at når studenter utfører arbeid på for eksempel

laboratorier, feltarbeid eller tokt regnes de som arbeidstakere og inkluderes av arbeidsmiljølovens bestemmelser om alenearbeid.

Selv om studenter ellers ikke omfattes av arbeidsmiljøloven, bør det uansett unngås at studenter utfører arbeid alene om kvelder og i helger i risikofylte arbeidsmiljø. Hvis studenter må arbeide utenfor arbeidstid, bør minst 2 studenter arbeide sammen og det skal på forhånd lages en avtale med veileder/vitenskapelig ansvarlig.

Når situasjonen er slik at alenearbeid er uunngåelig er det viktig at det utføres en risikovurdering i forkant av alenearbeidet. Her må man vurdere arbeidets karakter og hvilke ytre faktorer som spiller inn; for eksempel om arbeidet innebærer kjemikalier, instrumenter, biologiske faktorer, gasser etc.

5.2 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning

Alle veiledere har ansvar for sine studenter. De må sikre at disse får informasjon om ulike risikofaktorer ved arbeid på laboratoriet, og sørge for at det blir gitt nødvendig opplæring i generell laboratoriesikkerhet, arbeidsrutiner og bruk av instrumenter.

Laboratoriekoordinator har ansvar for at skriftlige arbeidsrutiner tilpasset den enkelte arbeidsoppgave foreligger og skal stå for opplæring av alle brukere av laboratoriet i rutiner som skal sikre at arbeidet blir utført uten fare for den ansattes helse og sikkerhet, og uten at miljøet skades. Den enkelte arbeidstaker er ansvarlig for at arbeidsrutinene følges. Det skal foreligge en kortfattet arbeidsinstruks som skal kunne framlegges ved inspeksjon.

Den enkelte forsker/tekniker/veileder/student har ansvar for journalføring. Det kreves at det blir ført vanlig forsøksjournal for arbeidet. Journalen må kunne fremlegges på forespørsel.

Av sikkerhetsmessige årsaker skal ikke barn under 12 år tas med til laboratoriearealene.

TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning har egen HMS-koordinator.

Se siden [HMS-risikovurdering og sikker jobbanalyse \(SJA\) | HMS-portalen | UiB](#) i HMS-portalen.

6. Hygieneplan

Hygieneplanen gjelder for alle som arbeider i Odontologisk Universitetsklinikk (OUK), inkludert ferdighetssenteret og tanntekniske laboratorier ved IKO. Hygieneplanen gjelder også for TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning på alle områder den er overførbar. Planen er retningsgivende for hvordan utstyr, instrumenter og annet som brukes ved pasientbehandling og i forbindelse med tanntekniske arbeider skal behandles for å minimalisere risikoen for smitteoverføring. Planen gjelder også for den personlige hygien.

Hygieneplanen fungerer også som instituttets infeksjonskontrollprogram. Hygieneplanen bygger på prinsippene i Faglige anbefalinger for smittevern i klinisk odontologisk praksis. Anbefalingene og hygieneplanen finner du på IKO sin side [Smittevern](#).

Alle som arbeider på plasser der hygieneplanen gjelder, må underskrive på at hygieneplanen er lest og forplikte seg til å rette seg etter den.

7. Arbeid med kjemikalier

Alle kjemikalier og materialer som brukes på IKO skal være registrert i [Stoffkartotek](#).
Dentalmaterialer og alt ikke-biologisk materiale som brukes i klinikken er også kjemikalier, og skal være registrert. Seksjonsleder er ansvarlig for registrering blir gjort på sin seksjon.

Nesten alle produkter i sortimentet er lagt inn i mappe som heter Materialkontoret. Hver seksjon har laget sin egen oversikt og er ansvarlig for å oppdatere denne kontinuerlig utfra hvilke materialer de benytter. Det er opprettet superbrukere på alle seksjoner på klinikken og på TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

UiB har fritak for å oppbevare produktatablad i papirform, disse skal finnes i Stoffkartotek

Giftinformasjonen har tlf.nr. 22 59 13 00, og informasjon kan finnes på følgende side:
[Giftinformasjonen](#)

Alle kjemikalier skal oppbevares på henvist kjemikalierom eller kjemikalieskap.
Når man arbeider med kjemikalier, er det viktig å ha kunnskap om kjemikaliene og deres virkning på helse og miljø slik at de kan brukes på en forsvarlig måte. Kjemikaliene representerer ulik fare avhengig av hvilke iboende egenskaper de har og eksponeringens omfang.
Arbeid med helsefarlige stoffer (se Stoffkartotek) skal foregå i avtrekksskap. Avtrekksskapene skal ikke brukes til lagerplass. Avtrekksskapene skal sjekkes årlig av driftsavdelingen ved UiB.

Arbeid med kjemikalier er regulert gjennom Kjemikalieforskriften. Alle som skal arbeide på TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning må gjøre seg kjent med Stoffkartotek og med UiBs HMS-portal som finnes på UiBs ansattssider: [hms-portalen](#).
Her finner en informasjon om farer, vernetiltak, risikovurdering, HMS-datablad, oppbevaring, håndtering, avhending, opplæring, retningslinjer og forskrifter ved bruk av kjemikalier.
Ved innkjøp av nye kjemikalier skal en innhente slik informasjon fra leverandør, Stoffkartotek og evt. via HMS-portalen.

**Om alternative stoffer finnes, skal substituttregelen benyttes.
Følg forskriftene for håndtering av helsefarlige stoffer (Stoffkartotek).**

UiB er pliktig til å føre register over ansatte og studenter som er eller kan bli eksponert for stoffer som kan gi alvorlige sykdommer over tid.
Eksponeringsregisteret er en del av Stoffkartotek, ansatte og studenter er selv ansvarlig for registrering her. Mer informasjon finnes på siden [Eksponeringsregister](#) i HMS-portalen.

Les databladet før du håndterer en kjemikalie.

Se også [«Forskrift om utførelse av arbeid»](#), kapittel 2.

7.1 For klinikk

Dentalmaterialer er kjemikalier. Innhold og bruksområde skal være kjent før bruk. Uherdet materiale kan medføre helseskade. Det skal derfor brukes hansker ved materialhåndtering, og selve materialet skal kun berøres med instrument. Hvis uherdet materiale søles på hanskene, må disse skiftes. Ved arbeid med etsende materialer skal det brukes øyevern på pasient. Øyevern brukes både av behandler og pasient ved behov ved bruk av herdelamper. Kofferdam brukes for å beskytte slimhinner der dette er mulig. Ved bruk av medikamenter må dose og konsentrasjon kontrolleres.

7.2 For Tannteknisk lab/studentlab

Tannteknisk laboratorium og studentlaben følger samme retningslinjer for kjemikaliebruk som TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

7.3 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

Ved arbeid på et laboratorium blir en generelt utsatt for ulike former for risiko, som kjemikalier, prøver fra pasienter og infisert materiale. Dette betyr at arbeid må utføres i samsvar med gjeldende regler omtalt i dette heftet. Bruk verneutstyr der det er nødvendig og påkrevet. Avtrekkskap/sikkerhetsbenker inngår i verneutstyr.

7.3.1 Viktig ved håndtering av kjemikalier

- Løsninger/buffere/kjemikalier som ikke er i originalemballasjen, skal merkes med løsningens navn, dato, konsentrasjon og initialer
- Alle kjemikaliebeholdere skal være merket med kjemikaliens navn og dato for fremstillingen. Den som har laget det skal også signere
- Oppskrifter og protokoller skal finnes i laboratoriehåndbok
- Den som skal bruke en kjemikalie har plikt til å sette seg inn i hvordan det skal behandles (kjemikaliereregister, datablad).
- En skal også vite hvordan en skal behandle avfallet
- Ingen retur av stoff til originalemballasjen
- Hold emballasjen lukket
- Flasker skal ikke bæres etter halsen eller inntil kroppen-bruk bøtte eller trillebord
- Ved helling skal etiketten vende opp
- Arbeides det med farlige kjemikalier skal en ikke være alene på laboratoriet
- Arbeid med giftige og illeluktende stoff skal skje i avtrekkskap
- Et avtrekkskap er en arbeidsplass og ikke et lagerskap
- Lagres det for mye i avtrekkskapet, forstyrres luftstrømmen og virkningen reduseres
- Vask hendene når du har arbeidet med kjemikalier
- Forlat arbeidsplassen slik du ønsker å finne den

Spør laboratoriekoordinator/ansvarlig senioringeniør først hvis du ønsker å «låne» kjemikalier. Farlige, illeluktende væsker og løsemidler må kun brukes i avtrekk. Bruk verneutstyr som hansker, munnbind, briller, skjermer, blyforkle, varselskilting når det er nødvendig. Bruk hansker med omtanke. Ta ikke i dørhåndtak, telefon etc. før hanskene er tatt av.

Bruk ikke hansker på kontorer og oppholdsrom. Bruk munnbind i forbindelse med innveiling av farlige og flyktige stoffer eller bruk veiebenk med avtrekk. Vernebriller/vernemaske/spesialhansker kan være nødvendig å bruke i forbindelse med enkelte kjemikalier eller flytende nitrogen/tørris.

7.3.2 Arbeid med flytende nitrogen

Tanker med flytende nitrogen oppbevares på kjølerommet.

- **Dersom det søles med nitrogen, forlat rommet straks.** Nitrogengass fortrenger oksygen.
- Ansiktsskjerm og solide, løstsittende hansker skal brukes ved fylling av nitrogen og når en tar rør ut av nitrogentanken. Bruk sko, ikke sandaler.
- Nitrogenflaskene skal transporteres alene i heisen, da det er fare for kvelning. Merkes under transporten.

7.3.3 Arbeid med biologiske faktorer og genmodifiserte organismer

Biologiske faktorer

Biologiske faktorer er mikroorganismer (bakterier, virus, sopp og mikroskopiske parasitter), cellekulturer, humane endoparasitter og komponenter fra mikroorganismer som kan forårsake helseskade hos mennesker.

Alle biologiske faktorer skal registreres i Stoffkartotek.

Gi melding til Arbeidstilsynet minst 30 dager før enheten begynner å bruke biologiske faktorer i smitterisikogruppe 2, 3 og 4. Hensikten med informasjonen er at Arbeidstilsynet skal kunne vite at det er gjort en risikovurdering, og at det er planlagt å sette i verk tiltak for å beskytte arbeidstakerne. Der finnes per i dag ikke et eget skjema for innsending av informasjon.

Genmodifiserte mikroorganismer (GMO)

Genmodifiserte mikroorganismer (GMO) er mikroorganismer hvor den genetiske sammensetningen er endret ved bruk av gen- eller celleteknologi.

Mer informasjon finne på siden [Biologiske faktorer og genmodifiserte mikroorganismer](#) i HMS-portalen.

7.3.4 Arbeid med nanopartikler

- Alt arbeid med nanopartikler skal foregå i avtrekksskap og eget rom.
- Arbeidsplassen skal til enhver tid være ren og ryddig og med så få ting som mulig rundt omkring.
- Innveiling av nanopartikkelholdig pulver skal foregå i avtrekksskap. Kontrollveiling av allerede innveid pulver kan foregå på utsiden av skapet, men da må innveingsbeholder være forseglet.
- Det skal benyttes eget verneutstyr beregnet på arbeid med nanopartikler.
- Fjern søl med fuktig engangsklut.
- Avfall klassifiseres som problemavfall og samles i gul beholder som lukkes uten at støv avgis til omgivelsene. Utsiden av beholderen rengjøres med fuktig klut og signeres før den plasseres i "Rom for farlig avfall" i etasje –1.
- Avfallet må ikke inneholde metall.

Se appendiks bakerst i boken for utfyllende informasjon om kjemikalier, arbeid med biologiske faktorer og genmodifiserte mikroorganismer.

8. Strålevern

All bruk av strålekilder er regulert i forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften).

Forskriften gjelder for enhver tilvirkning, import, eksport, overdragelse, besittelse, installasjon, bruk, anskaffelse, oppbevaring, avhending, håndtering og utvinning av strålekilder. For nærmere omtale se Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet sine hjemmesider, www.dsa.no

All bruk av stråling vil kunne medføre helserisiko og skal kun utføres av autorisert helsepersonell med kunnskap og ferdigheter tilpasset arbeidsoppgaven. All strålebruk skal være berettiget. For at strålingen skal være berettiget, skal fordelene ved å tillate strålingen være større enn ulempene strålingen medfører. Videre skal strålingen være optimalisert, det vil si at stråleeksponeringen holdes så lav som praktisk mulig, men må samtidig ivareta en tilstrekkelig bildekvalitet for sikker diagnostisering. Det finnes ingen dosegrense til pasient, men alle undersøkelser der pasienten kan utsettes for stråling, skal være berettiget og optimalisert.

8.1 For klinikk

Strålekilder: I klinikken brukes i hovedsak røntgen, herdelamper og laser.

Generelle bestemmelser om røntgenopptak, kompetanse og opplæring, strålevern av pasient og personale, berettigelse og optimalisering, prosedyrer, henvisning, informasjon og veiledningsplikt, røntgenapparater og dosemonitorering, laser, herdelamper, representative doser og administrert aktivitet, omtales nærmere i HMS-portalen og i rutiner for hver enkelt seksjon som benytter seg av strålekilder.

8.2 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

Micro-CT brukes til forskning i laboratoriet. Bruk av micro-CT krever særskilt opplæring som skal dokumenteres.

9. Uønskete hendelser, avvik og varsling

9.1 Prosedyre ved hudreaksjoner og yrkessykdom

Personer ved IKO som får reaksjoner relatert til hansker, vaskemidler eller materialer, bes henvende seg til fastlege/eventuelt annen lege for vurdering. Svaret fra legen vil være instituttets begrunnelse for eventuelle tiltak som bytte av hansketype, vaskemiddel etc. Dersom det foreligger yrkessykdom, må det meldes i UiBhjelp som HMS-avvik, følges opp med tiltak og evt utfylling av NAV-skjema.

9.2 Stikk/-kutt og øyeskade (blod og saliva)

Disse skadene meldes som HMS-avvik elektronisk: <https://hjelp.uib.no> Oppfølging av den skadde ivaretas av lege (Strandsiden Legesenter AS, Bergen Legevakt, Haukeland Universitetssjukehus). Valg avhenger av tidspunkt på dagen og smittestatus på smittekilde. Oppgitte rutiner følges (se disse).

9.2.1 Prosedyre ved stikk/-kuttskade

Hovedregler ved stikk og kuttskade:

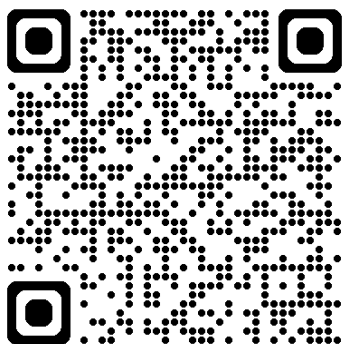
- ALLE SKADER SKAL REGISTRERES. Men bare skader fra instrument/utstyr kontaminert med biologisk vev, skal ta 0-prøve.
- DET ER DEN ENKELTE SITT ANSVAR Å REGISTRERE SKADEN.
- MANGLENDE REGISTRERING KAN MEDFØRE AT RETTIGHETER BORTFALLER DERSOM DET SENERE VISER SEG AT SKADEN GIR MEDISINSKE KONSEKVENSER.
- NAV-SKJEMA SKAL FYLLES UT DERSOM LEGE OPPSØKES SELV OM DET BARE ER FOR 0-PRØVE. DEN ENKELTE ER SELV ANSVARLIG FOR Å OPPSØKE HYGIENESYKEPLEIER FOR Å FÅ DETTE GJORT.

Øyeblikkelige tiltak ved skade:

- Ved stikk-/kuttskade med spontan blødning: la det blø til det stopper av seg selv.
- Ved stikk-/kuttskade uten spontan blødning: ikke klem rundt stikkstedet eller provoser frem blødning.
- Vask området med rikelig såpe og vann og desinfiser deretter med Klorhexidinsprit (5mg/ml) eller hånddesinfeksjonssprit.
- Ved blodsprut i sår: skyll rikelig med vann og desinfiser med Klorhexidin (1mg/ml)
- Sett på plaster.

Melderutiner og retningslinjer:

- Fyll ut elektronisk HMS-avviksskjema og send det elektronisk (<https://hjelp.uib.no>) Bruk pc med internett-tilgang. Eller bruk QR.kode dersom det er personskade som gjør at du oppsøker lege for 0-prøve eller behandling:



Følgende opplysninger må i tillegg leveres skriftlig til hygienesykepleier: smittestatus på pasient, vaksinasjonsstatus på den skadde, og seksjon hvor skaden skjedde. Dersom det skal tas blodprøve av pasienten, føres navn, adresse, fødselsnummer og telefonnummer på vedkommende på samme skjema.

Skjemaet leveres til hygienesykepleier som leverer kopi til bedriftshelsetjenesten umiddelbart.

- Det er en fordel at det tas blodprøve av pasienten (den potensielle smitekilden), fortrinnsvis samme dag. Samtykke fra pasienten innhentes av ansvarlig tannlege/tannpleier (se vedlegg 3.b.).

Pasienten får tatt blodprøve på Haukeland Universitetssjukehus, Poliklinikk for prøvetaking i 2.etg (se vedlegg 4.b."mal"). Rekvisisjonen må merkes med initialene til den skadde/involverte og skadedato. Samtykke skannes til pasientens journal.

- 0-prøve skal tas ved alle skader forårsaket av kontaminert (brukt) utstyr

Retningslinjer for 0-prøve:

- Den skadde/involverte oppfordres til å ta blodprøve hos Strandsiden Legesenter AS snarest mulig og senest innen 2 døgn. Tlf. 52 69 51 51 eller 55 60 58 70. Adr.: C.Sundts gate 51, 5004 Bergen. Time må bestilles innen kl.14, evt. neste dag. Om du ikke kommer gjennom på telefon, kan du møte opp innen kl.14.30, evt. neste dag fra kl.08.30. Ingen rekvisisjon trengs. Dersom en ikke rekker det før kl.14 på fredag eller dag før helligdag, eller det haster på skadedag må prøve tas på Bergen Legevakt. Tlf. 116 117. Adr.: Solheimsgaten 9, 5058 Bergen.

Rekvisisjon (se vedlegg 4.a."mal") fylles ut og leveres på Bergen Legevakt.

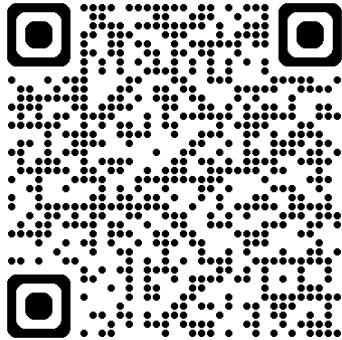
- Ved kjent HIV hos pasienten må kjemoprofylakse igangsettes innen 4 timer. Ta øyeblikkelig kontakt med Haukeland Universitetssjukehus tlf. 55 97 50 00, be om å få snakke med vakthavende infeksjonslege.
- Ved kjent hep.B eller hep.C kontakt Strandsiden Legesenter AS/Bergen Legevakt umiddelbart.
- Dersom lege oppsøkes, skal det fylles ut skademeldingsblankett fra NAV. Denne må også fylles ut for å få refundert konsultasjonen hos Strandsiden Legesenter AS. Den skadde er selv ansvarlig for å ta kontakt med hygienesykepleier for hjelp til utfylling. Dokumentasjon fra lege må tas med, da denne må sendes til NAV sammen med utfylt NAV-skjema.

Ved kjent smitte prioriteres 0-prøve og evt. behandling før utfylling av HMS-avviksskjema dersom tiden er knapp.

9.3 Prosedyre ved øyeskade

- 1) Ved blodsprut i øyne, munn, nese: skyll rikelig med vann i minst 10 min., og desinfiser deretter slimhinner (IKKE ØYNE) med Klorhexidin i vandig oppløsning 1 mg/ml. Ved fare for blodsmitte må det tas 0-prøve som ved stikk- og kuttskader. Se denne rutine for detaljer.

- 2) Ved skade på øye: Ring Bergen Øyelegesenter tlf. 55 21 05 00, eventuelt Bergen Legevakt tlf. 116117. I alvorlige tilfeller ring 113 direkte. Ved etseskader må det først skylles med nøytraliserende øyeskyllevann (liten flaske i øyeskyllestasjon), deretter må skylling med sterilt saltvann pågå både før og under transport til lege. Det er en fordel å ta utskrift av aktuelt produktdatablad fra Stoffkartotek. Fyll ut elektronisk HMS-avviksskjema og send det elektronisk (<https://hjelp.uib.no>) Bruk pc med internett-tilgang. Eller bruk QR-kode dersom det er personskaade som gjør at du oppsøker lege for 0-prøve eller behandling:



NAV-skjema skal fylles ut dersom lege oppsøkes. Den enkelte er selv ansvarlig for å oppsøke hygienesykepleier for å få dette gjort. **Dokumentasjon fra lege må tas med, da denne må sendes til NAV sammen med utfylt NAV-skjema.**

Prosedyrene er utarbeidet for klinikken, men følges også av resten av IKO.

Alle skjemaer ligger på klinikkmaskinene i mappen “Klinikkmappe”, bortsett fra HMS-avviksskjema som ligger her <https://hjelp.uib.no> og fylles ut elektronisk, men med utskrift på stikk- og kuttskader.

Prosedyre ved stikk-kutt og bittskader for laboratoriebrukere, ligger på Teams “Lab user at IKO”. Her finnes skjema for blodsmitte og 0-prøve.

9.4 Prosedyre ved skade på pasient

9.4.1 Prosedyre ved svelging/aspirasjon av fremmedlegemer

- 1) **Dersom** personen har problemer med å puste: bruk Heimlich-grepet ved å stå bak personen, holde rundt innunder ribbeina for så å presse på mellomgulvet 1-4 ganger. Hjelper ikke dette kan man slå noen slag mellom skulderbladene på personen. Mister han/hun bevisstheten ring 113 og legg personen i sideleie. Start HLR **dersom** personen slutter å puste.
- 2) Selv om det ikke er umiddelbare symptomer på aspirasjon, skal personen likevel undersøkes ved hjelp av gjennomlysning av lungene. Ansatt tar kontakt med Radiologisk avdeling ved Haraldsplass Diakonale Sykehus på tlf. **55 97 92 47** mellom kl.08.00-14.30 mandag-fredag for timebestilling. Etter kl.14.30 tas kontakt med vakthavende radiograf på tlf. **55 97 92 34**.

- 3) Ansvarshavende tannlege fyller ut henvisningsblankett til røntgen. Henvisningen sendes med pasienten.
- 4) Ansvarshavende tannlege signerer og stempler også økonomisk rekvisisjon som sendes med pasienten.
- 5) Fyll ut Skjemaet «Melding om skade på pasient» samme dag som skaden har skjedd. Leveres til hygienesykepleier.

9.4.2 Ved andre skader på pasient

- 1) Ansvarshavende tannlege kontaktes for vurdering av skade.
- 2) Tiltak iverksettes etter behov.
- 3) Hendelsen journalføres.
- 4) Pasient, evt. pårørende informeres om hendelsen og oppfølging.
- 5) Fyll ut Skjemaet «Melding om skade på pasient» samme dag som skaden har skjedd. Leveres til hygienesykepleier.
- 6) Ved alvorlig skade på pasient skal utstyr/unit tas ut av bruk og ikke tas i bruk igjen før det er avklart med medisinsk-teknisk avdeling. Følg rutine ved driftsavvik og send mail til service.iko@outlook.com

Alle skjemaer som det vises til i prosedyrene ligger på klinikkmaskinene i mappen “Klinikkmappe”

9.5 Uhell med kjemikalier

- **Kjemikaliesprut i øynene**
Skyll vedvarende med vann, helst fra øyeskylleflaske. Fortsett skylling underveis til lege og under eventuell venting inntil lege overtar.
- **Kjemikaliesøl på hud og klær**
Skyll med mye kaldt vann. Fjern tilsølte sko, klær og smykker. Vask med såpe og vann. Hudkontakt med gjennomfuktet tøy gir ofte verre skadevirkning enn søl på bar hud. Ved store mengder søl på laboratoriet, benytt nøddusj. Fenol kan fjernes med Pyrisept- salve. Brom på huden – vask med tiosulfatløsning og kaldt vann fra springen. **Flussyre** på huden – skyll øyeblikkelig med rikelig kaldt vann. Skyll med kalsium-løsning (kalsiumklorid) eller sett inn det eksponerte hudområdet med HF-antidot gel. Ta umiddelbart kontakt med lege. Alle som arbeider med Flussyre, **skal** ha HF-antidot gel og kalsium brusetabletter tilgjengelig.
- **Svelging av kjemikalier**
Drikk mye vann (fortynningseffekt). Skaff legehjelp. Ring giftinformasjonssentralen (tlf. 22 59 13 00). Se HMS-datablad i Stoffkartotek for informasjon.
- **Innånding av giftig gass, damp eller støv**
Sørg for tilgang til frisk luft og hold personen i fullstendig ro. Kontakt lege/ambulanse. Hvis pasienten er bevisstløs og uten pust, start hjerte-lunge-redning.
- **Gift i fordøyelseskanal**
Drikk mye kaldt vann. Ring giftinformasjonssentralen. Ta kontakt med lege.

9.6 Elektrisk støt

Fjern skadete fra spenningskilden. Ved hjertestans: ring 113. Start hjerte-lunge-redning. Ved hjertestans hentes hjertestarter.

Unit og annet pasientnært utstyr med elektrisk feil må ikke brukes før apparatet er reparert og godkjent for bruk selv om feilen ikke har ført til faktisk skade.

9.7 Brannskader

Skyll skadestedet med kaldt vann fra springen, eventuelt bruk kald (15-20°C) fuktig kompress hvis det er åpent sår. Branngele finnes i førstehjelpsutstyr på førstehjelpsstasjonene. Fortsett behandlingen også under transport til lege og venting på behandling.

9.8 Frostskader

Overfladisk: dypp det skadde stedet i vannbad med temperatur 40-42°C. Ikke gni. Kontakt lege.

Dyp: Den skadde har ingen følelse i området og huden er fast og ubevegelig i forhold til vevet under ring 113.

9.9 Besvimelse

Sørg for frie luftveier ved å legge vedkommende i stabilt sideleie og ta vekk stramme klær fra halsen. Kontroller puls og åndedrett. Alle ansatte skal være trent i livgivende førstehjelp, og ressurspersoner er tilgjengelig på alle seksjoner. De fleste besvimte kommer til bevissthet innen kort tid. Om nødvendig-sett straks i gang lunge-hjerte-redning. Ring 113 hvis dette er nødvendig.

9.10 Sjokk

Berolige og observer pasienten. Ved mistanke om anafylaktisk sjokk, gi adrenalin ved hjelp av EPI-penn, ring 113.

9.11 Brann

Branntepper finnes ved hver unit i A1, A2, B2 og ellers rundt på seksjonene for øvrig. Alle må gjøre seg kjent med hvor de henger. Slukkeskum er tilgjengelig, og må hentes til unit/benk ved alle prosedyrer som kan ha brannrisiko. Eksempel på slike prosedyrer er arbeidsoperasjoner som medfører bruk av åpen flamme.

Brannslanger finnes i hver etasje i A, B og C-blokk. Oversikt over plassering finnes i brannplan.

Evakueringsstoler (Evac chair) for evakuering av skadet og bevegelseshemmet person ned trappen er plassert på følgende steder:

Trappeoppgang A: 2.etasje

Trappeoppgang B: 2. og 3.etasje

Trappeoppgang C: 2.etasje

Mer utfyllende informasjon finnes i kapittel 15.

9.12 Uhell med medisinskteknisk utstyr

Feil ved utstyr som er på markedet, skader, uhell og svikt der elektromedisinsk utstyr er eller kan ha vært involvert, skal uten unødig opphold meldes. Meldeplikten gjelder uavhengig av skade på person.

Ved dødsfall hvor elektromedisinsk utstyr er involvert, skal virksomheten også melde fra til DMP senest påfølgende virkedag.

Aktuelt elektromedisinsk utstyr skal ikke kastes, og identiteten til utstyret skal kunne spores. Ved en hendelse bør virksomheten (melder) gjøre følgende:

1. begrense skaden
2. sikre og ta vare på emballasje og utstyr
3. notere hva som hendte og vurdere situasjonen

Meld om uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten her: [Melde.no](https://www.melde.no)

10. Verneutstyr og forebyggelse av skader

Verneutstyr skal brukes der det er tilgjengelig, og prosedyrene tilsier det.

10.1 Verneutstyr

Både på TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning. og på klinikken håndteres det kjemikalier som kan gi potensiell helseskade. I slike tilfeller skal det brukes anbefalt verneutstyr under **hele** prosessen. Arbeidsgiver er ansvarlig for at verneutstyr er tilgjengelig, men det påligger den enkelte å gjøre seg kjent med risiko og bruke utstyret.

10.1.1 For arbeid i klinikk

Munnbind, hette, hansker, arbeidstøy, arbeidssko og øyevern er å regne som verneutstyr og skal brukes ved pasientbehandling (se hygieneplan).

- **Vernebriller**
Universal vernebriller finnes på alle seksjoner. Skal brukes av ansatte, studenter og pasienter ved behov.
- **Kanylekuttere og ST-klosser**
EUs stikkskadedirektiv trådte i kraft 11. mai 2013. På bakgrunn av dette direktivet har Arbeidsdepartementet fastsatt endringer i *forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav*. Disse endringene trådte i kraft 18. juni 2013. Hovedmålet med endringene er å hindre skader og infeksjoner ved bruk av spisse eller skarpe gjenstander. Recapping av kanyler er derfor ikke lenger tillatt. Følgende tiltak er iverksatt:
- Anestesi. Vanlig anestesisprøyte beholdes, og det er kjøpt inn kanylekuttere som fjerner kanylen etter bruk. Siden det ikke er anledning til å sette hetten tilbake på plass manuelt, må det monteres ny sprøyte med ny sylindrett og kanyle ved behov for gjentatt injeksjon. Det blir viktig å holde regnskap med total dose gitt til pasient. Ved anestesiteknikker der det er

behov for å gi flere påfølgende innstikk, bør sprøyten holdes eller legges på et reint sted med liten risiko for aksidentell skade mellom hvert innstikk. Det må unngås å legge anestesiprøyten med spissen ubeskyttet på steder hvor det er risiko for kontaminasjon. Her har alle seksjoner fått utdelt ST-klosser til å legge anestesiprøyten med kanyler i under behandling. ST-klossen skal etter bruk kjøres i vaskedekontaminator og autoklav.

- Engangssprøyter med ett innstikk. Hele sprøyten inklusive spiss uten hette kastes i gul beholder umiddelbart etter bruk. Gul beholder finnes ved hver unit.
 - Engangssprøyter med behov for flere innstikk. Bruk samme ST-kloss som for anestesiprøyte.
 - Generelt oppfordres det til å bruke ikke-skjærende spiss der det er mulig.
- Alle andre spisse og skjærende gjenstander må behandles med varsomhet, og legges med spissen vendt vekk fra behandler og pasient. Det er viktig å ha det ryddig under behandling.

10.2 Verneutstyr for å skifte vaske- og tørkemiddel på vaskedekontaminator på sterilenhetene og på TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

OBS! Vaskemiddelet er sterkt basisk og kan føre til store sår om det kommer i kontakt med hud. Sørg for at det alltid er øyeskyllevæske tilgjengelig i rommet.

Beskyttelse som skal brukes:

- Munnbind med visir/vernebriller
- Plastforkle
- Vernehansker (type Sol-vex)
- Blå plasttrekk over skoene

Fullstendig prosedyre finnes på klinikkmaskinene i mappen “Klinikkmappe”.

10.2.1 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

Bruk verneutstyr der det er nødvendig og påkrevet. Avtrekksskap/sikkerhetsbenker inngår i verneutstyr.

Verneutstyr:

- Bruk verneutstyr som hansker, munnbind, briller, skjermer, blyforkle, varselskilting når det er nødvendig.
- Bruk hansker med omtanke. Ta ikke i dørhåndtak, telefon etc. før hanskene er tatt av. Bruk ikke hansker på kontorer og oppholdsrom.
- Bruk munnbind i forbindelse med innveiling av farlige og flyktige stoffer eller bruk veiebank med avtrekk.
- Vernebriller/vernemaske/spesialhansker kan være nødvendig å bruke i forbindelse med enkelte kjemikalier eller flytende nitrogen/tørris, se også kapittel 7.

Melding av ulykker, nestenulykker og avvik, se kapittel 9.

11. Avfallshåndtering

UiB har utarbeidet generelle avfallsrutiner. Se side om [avfall](#) i HMS-portalen. Disse generelle avfallsrutinene følges av alle ved IKO. I tillegg er det utarbeidet egen plan for avfallshåndtering ved både klinikk og TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

IKO har eget rom i 1. underetasje for midlertidig lagring av problemavfall og farlig avfall.

Romansvarlig for avfallsrom og avfallskontakter: Se appendiks.

11.1 Klassifisering av avfall

IKO har avfall av forskjellige kategorier. I Årstadveien 19 er det bossjakt med sug der avfallet går direkte i kontainer. Kontaineren kjøres direkte til forbrenningsanlegg. Noe avfall skal likevel kastes separat. Avfallet klassifiseres i:

- Problemavfall
- Farlig avfall
- Eksplosivt avfall
- Avfall fra ioniserende strålekilder
- Forbruksavfall

For detaljert omtale, se appendiks.

11.2 For klinikk

Planen gjelder for alle kliniske enheter inklusive ferdighetssenteret

Type avfall	Hvor skal det kastes?	Hvem har ansvaret for tømming?	Videre håndtering
Ordinært klinikkavfall (restavfall) (F.eks. bomullsruller, papirservietter, gladpack)	Kastes i avfalls-korg som er montert på vegg i hver bås, i underskap på klinikkøyer, og inne på sterilisentraler. Disse posene må være tykkere enn 35µm, dersom tynnere må en bruke 2 poser. Posene knyttes igjen og kastes i boss-sug ved miljøstasjonene i klinikken.	Alle	BIR via boss-sug.
Større mengder blod (F.eks poser fra kirurgiske sug)	Forsegles og kastes i gul kasse. Kassens lokk må ikke trykkes på plass før kassen er full.	Klinikkansatte	Spesialavfall for høytemperaturforbrenning. Fraktes til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte.
Extraherte tenner og vevsbiter	Forsegles og kastes i gul kasse. Kassens lokk må ikke trykkes på plass før kassen er full.	Klinikkansatte	Spesialavfall for høytemperaturforbrenning. Fraktes til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte.
Papir/papp (F.eks. papir uten konfidensielle opplysninger, papp-emballasje, reklame)	Kastes i egen beholder ved miljøstasjon. Store pappesker kan fraktes ned til pappcontainer separat, eller rives og hives i papir/papp-beholder ved miljøstasjon. PAPP MÅ IKKE KASTES I BOSS-SUG.	Alle	Disse beholderne blir fraktet videre til pappcontainer av renholdspersonell.
Papir med konfidensielle opplysninger	Skal makuleres, og deretter behandles som vanlig papiravfall.	Alle	Som papir/papp.
Isopor	Kastes i store plastsekker som er plassert i bossrommet og merket med isopor.	Alle	Hentes av BIR

	ISOPOR MÅ IKKE KASTES I BOSS-SUG.		
Glass og metall (som ikke inneholder rester av kjemikalier eller medisiner)	Kastes i glasscontainer i avfallsrom.	Klinikkansatte	Glasscontainer tømmes av BIR
Tomme medisinglass og kjemikalieflasker av glass	Sorteres som problemavfall (gul kasse).	Klinikkansatte	Beholdere med problemavfall fraktes til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte.
Medisinglass og kjemikalieflasker med innhold	Sorteres som farlig avfall (rød kasse). Bruk originalemballasje om mulig.	Klinikkansatte	Beholdere fraktes til bossrom for farlig avfall. Deklarasjonsskjema fylles ut og sendes til romansvarlig for avfallsrom. Kopi av skjema festes på rød kasse.
Plast (f.eks. plastposer, bobleplast, tomme etanol og Oxygenflasker)	Kastes i egen beholder ved miljøstasjon.	Alle	Disse beholderne blir fraktet videre til avfallsrom av klinikkansatte. Kastes der i eget «bur» merket plast.
Resinbaserte materialer (F.eks. kompositt-rester og kapsler, bonding-rester, IRM-kapsler, Quick-sticks, glassionomerkapsler, syre-rester, sement-rester, avtrykksmateriale, skjeer med lim, Tab-2000)	Kastes i egen metallbeholder med pose som står utplassert i hver bås. Slike metall-bokser skal også stå på felles-øyene på hver seksjon. Etter økten skal posen knyttes igjen. Mindre rester samles i gule kasser for problemavfall og fraktes til rom for farlig avfall. Årsaken til denne håndteringsmåten er at vi skal unngå kontakt med uherdet resin-materiale. Dette er svært viktig. Større mengder resinbasert materiale skal behandles som farlig avfall og legges i rød kasse.	Alle	Deklarasjonsskjema fylles ut og sendes til romansvarlig for avfallsrom. Kopi av skjema festes på rød kasse.
Spritkluter	Kastes i vanlig restavfall.	Alle	BIR via boss-sug.
Sprøytespisser	Kanylekutter finnes i hver bås. Kanyle på anestesiprøyter fjernes der og går direkte i beholder. Når beholderen er full, skal denne plasseres i gul kasse for problemavfall ved miljøstasjon. Ny beholder må deretter monteres. Dersom kanylekutter ikke er tilgjengelig skal sprøytespissene behandles som skarpe gjenstander. Engangssprøyter kastes ferdig montert i vanlig gul beholder, dvs uten å fjerne kanyle eller sette på hette først.	Alle	Beholdere med problemavfall blir fraktet til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte.
Skarpe gjenstander/instrument (F.eks. filer/reamere, knust glass, tynt glass som lett kan knuse, skalpell-blader, irrigasjonsspisser)	Kastes i gul boks som er plassert ved unit og på hver øy på seksjonene. Når beholderen er full, skal denne plasseres i gul kasse for problemavfall ved miljøstasjon.	Alle	Beholdere med problemavfall blir fraktet til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte.
Desinfeksjonsvæsker (F.eks. MD 520) Kjemisk avfall (F.eks. ublandede ingredienser til ulike materialer: pulver/væske)	Dersom rester, beholdes dette i originalforpakning, og settes i rød kasse. Brukt MD 520 behandles som farlig avfall og helles i tom-emballasjen som fraktes til rom for farlig avfall.	Tannhelsesekretærer	Beholdere med farlig avfall blir fraktet til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte. Deklarasjonsskjema fylles ut og sendes til romansvarlig for avfallsrom. Kopi av skjema festes på rød kasse.
Vaske- og tørkemiddel	Gjenværende vaskemiddel/tørkemiddel på kanner settes på angitt merket sted på sterilenheten, og mail sendes til service for henting.	Tannhelsesekretærer	
Medisinrester	Returneres til apotek. Seksjonen sitt ansvar å levere dette ned til materialkontoret	Tannhelsesekretærer	
Brukte batterier	Legges i en egnet beholder på klinikken. På 9V batterier og knappcellebatterier, teip batteripolene med vanlig kontorteip. Behandles som farlig avfall. Rød kasse	Tannhelsesekretærer	Beholdere med brukte batterier fraktes til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte. Deklarasjon gjøres av romansvarlig for avfallsrom.

	er plassert utenfor rom for farlig avfall.		
Ødelagte fosforplater	Behandles som farlig avfall, legges i rød kasse.	Alle	Beholdere med farlig avfall blir fraktet til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte. Deklarasjonsskjema fylles ut og sendes til romansvarlig for avfallsrom. Kopi av skjema festes på rød kasse
Amalgamrester som ikke er sendt i amalgamutskiller	Legges i egnet beholder på steril. Disse plasseres igjen i rød kasse for farlig avfall	Alle	Beholdere med farlig avfall blir fraktet til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte. Deklarasjonsskjema fylles ut og sendes til romansvarlig for avfallsrom. Kopi av skjema festes på rød kasse.
Amalgamavfall fra amalgamutskiller	Skiftes ut årlig med godkjente beholdere.	Driftsleder klinikk	Sendes via godkjent mottaker.
Gipsutskiller under vask	Beholdere tømmes og vaskes ukentlig.	Renholdsfirma	Renholdsfirma.
Gipsmodeller	Eventuelle pasientnavn/-nummer slipes vekk. Samles i boss-spenn plassert i bossrom. Spennene er merket Gips	Bestilles hos BIR av romansvarlig for avfall	BIR
Siler i spyttfontene og unit	Se egen prosedyre for dette.	Tannhelsesekretærer	
Brukt klinikkutstyr	Leveres i kurver ved garderobes.	Husøkonom	Leveres på godkjent vaskeri. Privat vask ikke tillatt.

11.3 For TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

Type avfall	Hvor skal det kastes?	Hvem har ansvaret for tømming?	Videre håndtering
Cellelaboratorium:			
Avfall som har vært i kontakt med celler: Eks.: Cellekulturflasker, rør, serumsflasker, dyrkningsbrønner/plater. Biologisk materiale	Kastes i gul kasse for problemavfall som står under hver sikkerhetsbenk.	Alle brukere	Når kassen er full, trykkes lokket på. Settes ned i rom for farlig avfall av laboratoriepersonalet.
Engangspipetter, pipettespisser	Kastes i gul kasse for problemavfall som står under hver sikkerhetsbenk.	Alle brukere	Når kassen er full, trykkes lokket på. Settes ned i rom for farlig avfall av laboratoriepersonalet.
Tørkepapir og spritkluter	Spritklutene avdampes. Kastes i vanlig avfallsbøtte som har to plastposer. Når bøtten er full, knyttes posen igjen.	Alle brukere	Dersom posen ikke inneholder pipetter, tar renholdspersonalet den med seg.
Tom emballasje og engangsutstyr: Eks.: PBS, Trypsin, Antibiotika, Etanolflasker – skylles	Kastes i vanlig avfallsbøtte som har to plastposer. Når bøtten er full, knyttes posen igjen.	Alle brukere	Dersom posen ikke inneholder pipetter, tar renholdspersonalet den med seg.
Rester av celledyrkningsmedium	Tømmes i plastbeholder stående ved vask i forrom, skyll begerglass med etanol som igjen tømmes i plastbeholderen.	Alle brukere	Tømmes i hvit dunk for løsemidler. Deklareres og settes ned i rom for farlig avfall av laboratoriepersonalet.
Frakker til bruk i cellelaboratorium	Legges i hvit sekk for brukte frakker.	Alle brukere	Telles og leveres til husøkonom for vask.
Øvrige laboratorium:			
Papir Papp	Kastes i kartong for gjenvinning Flates ut og kastes i pappcontainer	Alle brukere Laboratoriepersonalet	Bruker er selv ansvarlig for å ta dette ned i pappcontainer Må ikke kastes i boss-sug
Isopor	Kastes i store plastsekker som er plassert i bossrommet og merket med isopor. ISOPOR MÅ IKKE KASTES I BOSS-SUG.	Laboratoriepersonalet	BIR

Glass og metall (som ikke inneholder rester av kjemikalier eller medisiner)	Kastes i glasscontainer i avfallsrom.	Laboratoriepersonalet	Glasscontainer tømmes av BIR
Tomme medisinglass og kjemikalieflasker av glass	Sorteres som problemavfall (gule kasser).	Laboratoriepersonalet	Kasse med problemavfall fraktes til bossrom for farlig avfall av laboratoriepersonalet.
Medisinglass og kjemikalieflasker med innhold	Sorteres som farlig avfall (rød kasse). Bruk originalemballasje om mulig.	Laboratoriepersonalet	Beholdere fraktes til boss-rom for farlig avfall. Skal deklarerer og sendes til godkjent mottak.
Resinbaserte materialer (F.eks. kompositt-rester, bonding-rester, IRM-kapsler, Quick-sticks, glassionomerkapsler, syre-rester, sement-rester, avtrykksmateriale, skjær med lim, Tab-2000)	Mindre rester samles i gule kasser for problemavfall. Større mengder resinbasert materiale skal behandles som farlig avfall og legges i rød kasse.	Alle brukere	Ved større mengder: Deklarasjonsskjema fylles ut og sendes til romansvarlig for avfallsrom. Kopi av skjema festes på beholderen.
Løsemidler, etanol og rester av andre flytende kjemikalier	Kastes i beholdere hhv. med halogen (blå beholder) og uten halogen (hvit beholder). Beholderne er plassert i bunnen på kjemikaliskap. Regnes som farlig avfall.	Alle brukere	Beholderne fraktes til boss-rom for farlig avfall av laboratoriepersonalet. Deklarasjonsskjema fylles ut og sendes til romansvarlig for avfallsrom. Kopi av skjema festes på rød kasse
Kjemikalier	Bruk i størst mulig grad originalemballasje. Kastes i rød kasse for farlig avfall. Hvis ikke dette er mulig, bruk hvit/blå beholdere med riktig avfallsnummer. Kjemikalier skal blandes minst mulig.	Alle brukere	Settes ned i rom for farlig avfall av laboratoriepersonalet. Deklarasjonsskjema fylles ut og sendes til romansvarlig for avfallsrom. Kopi av skjema festes på rød kasse
Skjærende/stikkende avfall: Eks.: Kanyler, skalpellblad, knust glass, skarpe gjenstander	Kastes i små gule beholdere. Når beholderen er full, settes denne i gul kasse for problemavfall.	Alle brukere	Fraktet til boss-rom for farlig avfall av laboratoriepersonalet.
Brukte batterier	Legges i en egnet beholder. 9V batterier og knappcellebatterier: teip batteripolene med vanlig kontorteip.	Alle brukere	Fraktes til boss-rom for farlig avfall av laboratoriepersonalet.

12. Faremomenter ved bruk av elektrisk utstyr

Feil ved apparatur/utstyr og brukerfeil er de vanligste årsakene til innmeldte uønskede hendelser knyttet til medisinsk-teknisk utstyr. Rutiner som sikrer god opplæring i bruk av utstyr, reparasjon av defekt utstyr og tilgang til nødvendig observasjonsutstyr, kan forebygge hendelsene.

- Påse at nettleiding og støpsel ikke har varme-, korrosjon eller mekaniske skader
- Påse at nettleidingens ytterkappe sitter fast i støpselet
- Feil skal meldes til driftsleder
- Er du i tvil-kontakt driftsleder.

Håndtering av medisinsk utstyr:

[Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr](#)

§ 10 Bruk

Med utstyret skal det følge opplysninger som er nødvendige for sikker og riktig bruk jf. forskrift om medisinsk utstyr. Dette omfatter bl.a.

- utstyrets bruksområder og hvordan det skal brukes,
- eventuelle faremomenter ved bruk og hvordan pasient og bruker kan vernes, f.eks. for strålegivende utstyr,

- hvordan betjeningsinnretninger fungerer og hva indikatorer angir,
- steriliseringsmetoder,
- klargjøring før bruk og hvilket tilbehør som skal brukes.

§ 17 Tilgang og kassasjon

Første ledd innebærer at det treffes egnede tiltak for å hindre at uvedkommende får tilgang til medisinsk utstyr som kan være til fare. Pasienter er å anse som uvedkommende dersom det ikke er forutsatt at pasienten skal betjene utstyret selv.

Kassert utstyr skal behandles etter avfallsforskriften og andre forskrifter som regulerer farlig avfall (som smittefarlig avfall, radioaktivt materiale osv).

13. Beredskap

13.1 Varsling ved krisesituasjoner

Ansatte eller studenter som oppdager en mulig krisesituasjon skal straks varsle:

UiBs vokter- og beredskapstelefon: 55 58 80 81

Ved fare for liv, helse og sikkerhet skal alltid brannvesen (**110**), politi (**112**) og ambulanse (**113**) varsles først. Se siden [Sikkerhet og beredskap](#) i HMS-portalen.

13.2 Samlingsplass ved krisesituasjon/beredskap

Samlingsplass ved en krisesituasjon/beredskap er den samme som ved brann. Alle ansatte samles utenfor inngang sør og avventer nærmere beskjed.

13.3 Generell beredskap

Beredskap ved UiB omtales på siden [Sikkerhet og beredskap](#) i HMS-portalen.

Beredskap ved MED omtales her: [Beredskap ved Det medisinske fakultet](#).

Kontaktpersoner ved det medisinske fakultet er:

Kontaktperson	Jobbtelefon	Mobil
Dekan: Per Bakke Per.Bakke@uib.no	55582087	992 04 032
Fakultetsdirektør: Synnøve Myhre Synnove.Myhre@uib.no	55584451	934 84 614

14. Driftsavvik

Driftsavvik er et begrep som omhandler forhold med innvirkning på mulighet for normal drift, men med mindre alvorlig konsekvens enn forholdene i forrige kapittel. Driftsavvik kan ha konsekvens for HMS.

Ved behov for service på medisinskteknisk utstyr (dentaltekniker):

E-mail: service.iko@outlook.com

Ved behov for akutt service: send mail og ring deretter servicetelefon: 55586502 (kl. 08:00-16:00)

Ved behov for service på byggteknisk utstyr (drift):

[Lydia](#)

Drift: Driftsområde nr. 4. Telefon 55 58 62 50 (kl. 0700-1400 man-fre)

Vaktselskap: Døgnavakt: 55588081, eventuelt 93007333 (kl. 1400-0700)

Under står oppsettet for hva og hvor man skal melde avvik. Om man ikke får svar, går man videre nedover på listen.

Ved avvik på byggetekniske problem må man først legge inn avviket i Lydia. Om det er akutt (f.eks. stor vannlekkasje) ringer man Drift rett etter innlegging i Lydia uten å vente på svar.

Ved avvik på medisinskteknisk (dental) utstyr må en først melde inn på service.iko@outlook.com Om det er akutt ringer man servicetelefonen rett etter innsending på mail, uten å vente på svar.

Manglende trykkluft på avdeling	Manglende vann på avdeling	Manglende vakuum på avdeling	Manglende strøm på avdeling	Feil på uniter og annet dental utstyr, enkeltuniter etc.	Feil på byggteknisk Utstyr
Kontakt: 1.Dentaltekniker 2.Drift 3.Døgnavakt	Kontakt: 1.Dentaltekniker 2.Drift 3.Døgnavakt	Kontakt: 1.Dentaltekniker 2.Drift 3.Døgnavakt	Kontakt: 1.Lydia 2.Drift 3.Døgnavakt	Kontakt: 1.Dentaltekniker 2.Drift 3.Døgnavakt	Kontakt: 1.Lydia 2.Drift 3.Døgnavakt

Andre viktige kontaktopplysninger:

NB! Brukes kun dersom det er akutt, og man ikke får kontakt med serviceavdeling.

Kontakt klinikklleder: Neshe.Lie@uib.no Tlf. 55 58 66 30

Ved alarm på ultrafryser etter arbeidstid:

Melding går direkte til vaktselskap. Vaktselskap sjekker fryseren fysisk (strøm og spenning), deretter kontakter de følgende personer:

1. Samih Mohamed-Ahmed, mobil 468 00 167
2. Kamal Mustafa, mobil 984 97 607
3. Hisham Abdalla, mobil 471 64 287
4. Odd Johan Lundberg, mobil 901 92 671

15. Brann og brannforebygging

15.1 Brannforebygging

Enkelte arbeidsoperasjoner vil kunne medføre større risiko for brann enn andre. Alle ansatte og studenter har ansvar for å prøve å forebygge brann ved å redusere risiko der det er mulig. Branntepper er hengt ut ved hver arbeidsstasjon på alle seksjoner som har stor risiko for brann. Alle seksjoner har branntepper på fellesarealet midt på seksjonen. I tillegg bør ansatt/student sørge for å ha boks med slukkeskum tilgjengelig når det brukes åpen flamme.

Tre særskilte risikoområder er:

1. Brannfarlige væsker/sprit.

- Sprit som ikke er i bruk skal oppbevares i låste brannskap i benk på seksjonene. Lovlig mengde på max 20 liter pr skap må ikke overskrides.
- Brukte spritkluter kastes i vanlig restavfall.
- Spritlamper må ikke tennes før det er kontrollert at lokket er påskrudd forsvarlig.
- Spritlamper bør være av metall.
- Tente spritlamper må ikke stå i nærheten av andre brennbare produkter.
- Andre brannfarlige væsker som ikke er i bruk må alltid være i låst brannskap.

2. Oksygen.

- Oksygenflasker skal kun håndteres av personer som er opplært til dette.
- Gjenger eller pakninger på oksygenflasker skal ALDRI smøres.
- Rom med gassflasker/oksygen skal være forskriftsmessig merket.
- Store oksygenflasker skal oppbevares på stativ med hjul, og skal være festet til stativet.
- Små oksygenflasker til førstehjelp skal være ferdig montert med maske. Brukte flasker leveres umiddelbart til driftsleder for utskiftning.

3. Bruk av brennbar gass.

- Reduser antall gassflasker til et minimum.
- Studenter og ansatte skal ha opplæring i håndtering av propan og bruk av slukkeutstyr.
- Brennbare gasser oppbevares i eget brannskap.

Ved gass/brannalarm:

- Ferdighetssenteret og studentlab: Trykk inn rød nødavstengningsbryter og forlat lokalet.
- TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.: Steng av gasstilførsel og forlat lokalet.

15.2 Branninstruks/evakueringsplan

Varsle, redde, slukke, evakuere.

15.2.1 Varslingssystemer og alarm

Årstadveien 19 har både automatisk og manuelt brannvarslingsanlegg. Det automatiske anlegget er optisk, og detekterer blant annet damp og røyk. Alarm går til sentral ved hovedresepsjonen og til brannvernansvarlige. Siden mange alarmer vil være falske positive, er det innlagt en forsinkelse på 5 minutter før brannvesenet varsles.

Manuelt brannvarslingsanlegg er røde bokser med glassdeksel. Evakueringsplan i trappeoppgangene viser hvor varslingsanlegget er plassert, og alle ansatte må gjøre seg kjent med varslingssted og evakueringsplan for sitt område. Manuell varsling gir umiddelbar alarm, og går direkte til brannvesenet. Det er derfor ikke nødvendig å ringe brannvesenet.

15.2.2 Brannslukking

Brannslange er plassert på hvert område. Ved åpen ild iverksettes slukking umiddelbart. Sprinkleranlegg trer i virksomhet ved varmeutvikling.

Alle deler av bygget har en plassansvarlig med ansvar for å sikre at evakuering blir foretatt forskriftsmessig på det området. Plassansvarlig bærer gul vest.

Brukerrepresentant-brann har ansvar for hele bygget, og bærer oransje vest.

15.2.3 Ved brann og brannalarm

- **VARSE** ved å bruke brannmelder
- Ring brannvesen på telefon **110**
- Forsøk å **REDDE**
- Forsøk å **SLUKKE**
- Lukk dører og vinduer
- **EVAKUER** til møteplassen
- Følg instruksene til brannvernansvarlig
- Ikke bruk heis

15.2.4 Evakuering

- Evakuer umiddelbart via trapp eller nærmeste utgangsdør. Klinikkområdene har også trapp og rømningsvei ut på baksiden av bygget.
- Heis skal ikke brukes ved brann. Hvis heisen er i bevegelse når alarmen går, vil heisen gå til 1.etasje og stanse der med åpne dører.
- Behandling avbrytes umiddelbart, og student har ansvar for å få seg selv og egen pasient i sikkerhet.
- Teamlærer og teamsekretær har ansvar for å få sine studenter og pasienter ut.
- Plassansvarlig har ansvar for å lukke dører og påse at lokalene tømmes.
- Bevegelseshemmete uansett årsak kan bli i området hvis det ikke er merkbar røyk, og hvis evakuering blir vurdert som risikofylt. De må ikke etterlates alene, og det må være kommunikasjon med person utenfor bygget.
- Hvis evakuering av bevegelseshemmet/sedert pasient vurderes som mulig og ønskelig, brukes bære/annet hjelpemiddel. Trappestol er tilgjengelig og brukes i trapp. Evakuer eventuelt til trygg sone i samme etasje hvis bruk av trapp er komplisert.
- Ved evakuering er det er ikke mulig å gå tilbake til bygget før det er gitt konkret tillatelse fra brannvernansvarlig.
- Ved utløst brannalarm vil garasjeanlegg være stengt for all ferdsel.
- Ved utløst brannalarm, åpnes alle adgangsstyrte dørlåser automatisk.
- Hvis det er behov for evakuering uten at brannalarm er gått, kan adgangsstyrte dører åpnes ved å aktivere grønn nødåpner. Denne er plassert ved evakueringsdørene.

15.2.5 Samlingssted

Evakuerte møtes på plass utenfor utgang sør ved kantinen i god avstand fra inngangspartiet. Dette gjelder uavhengig av hvilken utgangsdør som er brukt.

15.2.6 Krav til ansatte

- Alle ansatte må kjenne til evakueringsplan og varsling på eget område i bygget.
- Alle ansatte må kjenne til plassering av bårer og annet hjelpeutstyr.
- Alle ansatte må kjenne til plassering og bruk av slukkeutstyr (brannslanger, CO2apparat, brannteppe).
- Alle ansatte må delta på brannøvelser og brannopplæring.
- Ingen ansatte eller studenter må benytte gassbrenner uten opplæring.
- Alle ansatte må kvittere for gjennomgang av branninstruks.

Nærmeste leder har ansvar for å informere nytilsatte og vikarer. Plassansvarlig har ansvar for å informere studentene.

15.2.7 Risikoområder

Alle ansatte plikter å gjøre seg kjent med særskilte risikoområder på egen seksjon/enhet og søke å redusere risiko til et minimum. Seksjonsleder/leder av enhet skal se til at mulige risikoområder er identifisert, og at tiltak ved brann er kjent for alle.

15.2.8 Brannansvarlige

Brann- og sikkerhetsleder UiB:	Arild S. Nessen (Arild.Nessen@uib.no) Telefon: 926 53 379
Byggansvarlig IKO:	William Lindberg (William.Lindberg@uib.no) Mobil: 928 87 580
Vara byggansvarlig:	Andreas Nesje (Andreas.Nesje@uib.no)
2. vara byggansvarlig:	Birthe Therkelsen (Birthe.Therkelsen@uib.no)

For ytterligere informasjon vises til brannbok for Årstadveien 19.

Gjør deg kjent med følgende:

- Rømningsveier og møteplass.
- Nærmeste manuelle brannmelder.
- Nærmeste brannslange/slukningsapparat.
- Se branninstruks/evakueringsplan og rømningsplan.
- Nøddavstengningsbrytere på Ferdighetssenter og studentlab.
- Rutiner for bruk av brennbare gasser og væsker.

16. Noen nyttige lenker

[HMS-portalen](#)

[Ansattsidene ved UiB](#)

[Medarbeiderhåndboken, UIB](#)

[HMS ved Det medisinske fakultet](#)

[Stoffkartotek](#)

[Sikresiden](#)

Appendiks.

Oversikt over ressurspersoner innen HMS, spesifikke rutiner med mer.

A 1 Ledelse

Navn:	Funksjon:
Asgeir Bårdsen	Instituttleder
Ove Kristian Bakkevig	Administrasjonssjef
Dagmar Bunæs	Studieleder
Sivakami Retnam Haug	Programutvalgsleder
Cecilie Gjerde	Forskningsleder
Neshe Lie	Klinikkleder
Kamal Mustafa	Leder, TOR

A 2 Seksjonsledere

Navn:	Seksjon:
Mihaela Cimpan	Biomaterialer
Sivakami Rethnam Haug	Endodonti
Ewa Rodakowska	Kariologi
Xie-qi Shi	Kjeve- og ansiktsradiologi, oral diagnostikk og hovedresepsjonen
Maria Mavragani	Kjeveortopedi
Cecilie Gjerde	Oral kirurgi og oral medisin
Siri F. Kvalheim	Oral Protetikk
Athanasia Bletsa	Pedodonti
Dagmar Bunæs	Periodonti
Kristin S. Klock	Forebyggende tannhelse, gerodontologi og samfunnsodontologi

A 3 Andre ledere og nøkkelpersoner med HMS-oppgaver

Navn:	Funksjon:
William Lindberg	Driftsleder, byggansvarlig brann
Corina Fine-Moritz/Ingebjørg Maradiaga	Husøkonomer
Kaia Berstad	HMS-koordinator TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning

A 4 Verneombud for inneværende periode

Verneombud:	Varaverneombud:	Område:
Linda Ljones	Maiken Stigen	U1 og 1
Justyna M. Kotowiecka	May Britt Telle Midttveit	2
Alida Hodzic	Mildrid Beate Vevelstad	3
Odd Johan Lundberg	Hisham Saghayroon Abdalla	4

Hovedverneombud Det medisinske fakultet: Kari Juul

Varaverneombud medisinsk fakultet: Anne Baumann

Universitetshovedverneombud: June-Vibecke Knudtsen Indrevik
Varauniversitetshovedverneombud: Ann-Elise Olderbakk Jordal

A 5 HMS-utvalg

Medlem:	Funksjon:
Stig Løvold	Leder
Mildrid Beate Vevelstad	Hygienesykepleier/sekretær
William Lindberg	Brukerrepresentant brann
Kaia Berstad	HMS-koordinator TOR/avfallskontakt
Marianne Lothe Vollan	Strålevernkoordinator
Neshe Lie	HMS-koordinator klinikk
Ove Kristian Bakkevig (observatør)	Administrasjonssjef
Alida Hodzic (observatør)	Verneombud

A 6 Plassansvarlig brann med ansvarsområder

Område:	Plassansvarlig:
U1 Vrimleareal og hovedtoaletter i vrimlearealet	Eva Jacobsen
U1 Garderober, ganger og øvrige toaletter	Ingebjørg Maradiaga/Jan Otto Forthun
U1 HC-toalett v. resepsjon, fellestoiletter og hovedinngang nord.	Trude H. Helgesen
Garasje U2, U1 og nedkjørsel garasje	René Flierman
A1 (kompetansesenter, spesialistutdanningsklinikk, hovedresepsjon)	Ina Matre Nathalia Vik
B1 (pasientinnskriving, røntgen, kirurgi)	Linda Ljones Nora Lorinczi
C1 (kjeveortopedi, barnetannpleie, odontofobi)	Merethe Lund Tysse Terese Fredheim
A2 (ferdighetssenter, protetik)k	Linda S. Yndestad Jan Otto Forthun
B2 (kariologi, endo)	Lena Cathrin Bertelsen Linda Melbye/Mona Johannessen
C2 (perio, tannpleie)	Kirsti Mjelve Kirsten Laugen/May Britt Midttveit
3.etg (kontorer, møterom)	Sissel Vågenes Liv-Rebecca Arnedatter Aae
4.etg (kontorer, møterom, TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning., bivirkningsgruppen, IT, foto)	Odd Johan Lundberg Anita Bergstø (Bivirkningsgruppen, NORCE)

A 7 Smittevern

Funksjon:	Navn:	Kontakt:
Hygienesykepleier	Mildrid Beate Vevelstad	Telefon 55 58 66 15 e-post Mildrid.Vevelstad@uib.no
HMS-utvalget	Stig Løvold	Telefon: 55 58 66 27 Epost: stig.lovold@uib.no

A 8 Hygienekontakter

Navn:	Område:
Tone-Marita Strøm	A1 Kompetansesenteret
Malwina M. Wiktorowicz	A1 Spesialistutdanningsklinikken
Linda Ljones	B1 Seksjon for oral kirurgi og oral medisin
Malgorzata Rasmussen	B1 Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi
Elin Frydenlund	B1 Oral diagnostikk
Birthe Therkelsen	C1 Seksjon for pedodonti
Lissbeth Helander	C1 Seksjon for kjeveortopedi
Lisbeth Mjeldheim	A2 Ferdighetssenteret
Linda Sulebakk Yndestad	A2 Seksjon for oral protetik
Elisabeth Håland	B2 Seksjon for kariologi
Mona Johannessen	B2 Seksjon for endodonti
Kirsten Laugen	C2 Seksjon for forebyggende tannhelse
May Britt Midttveit	C2 Seksjon for periodonti

A 9 Strålevernkoordinatorer

Navn:	Område:
Marianne Lothe Vollan, radiograf	Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi
Linda Ljones, sykepleier	Seksjon for oral kirurgi og oral medisin
Dimitrios Xenakis, spesialtannlege	Seksjon for pedodonti og Seksjon for kjeveortopedi
Terese Kvinge, tannhelsesekretær	Studentklinikken 2.etg
Anneli Skjold, instruktørtannlege	Studentklinikken 2.etg

A 10 Ressursgruppe førstehjelp

Navn:	Klinikk:
Linda Ljones (leder)	Oral kirurgi, oral medisin
Nathalia Vik	Spesialistutdanningsklinikken
Jeanett G. Gilje	Oral kirurgi, oral medisin
Britt Kristin Storsæter	Oral kirurgi, oral medisin
Inger J. Bruntveit	Kjeve- og ansiktsradiologi
Birthe Therkelsen	Pedodonti
Lissbeth Helander	Kjeveortopedi
Linda Yndestad	Oral protetik
Veronica Haugland	Endodonti
Kari Grønningsæter	Forebyggende tannhelse/kariologi
May Britt Midttveit	Periodonti

Kirsten Laugen	Forebyggende tannhelse
Alida Hodzic	3.etasje
Tina H. Lilleheil	Kvalifisering
Kaia Berstad	4.etasje
Tonje Mjanger Øvretvedt	Oral diagnostikk
Astrid Moen	Hovedresepsjonen

A 11 Superbrukere Stoffkartotek

Navn:	Område:
Andreas Nesje	Materialkontoret
Nathalia Vik, Malwina Wiktorowicz og Zahrah Kamal Khalid	A1 Spesialistutdanningsklinikken
Silje Espedal	B1 Seksjon for oral kirurgi og oral medisin
Malgorzata Rasmussen	B1 Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi
Heidi Berentsen	B1 Oral diagnostikk
Merethe Lund Tysse og Elena Kislaya	C1 Seksjon for pedodonti
Lissbeth Helander og Terese Fredheim	C1 Seksjon for kjeveortopedi
Linda S. Yndestad, Terese Kvinge, Benedicte Langeland og Ksenija Gambiroza	A2 Seksjon for oral protetik
Torgils Lægreid	B2 Seksjon for kariologi
Lillian N. Indrevær og Mona Johannessen	B2 Seksjon for endodonti
Chao Song og Trude Moberg	C2 Seksjon for forebyggende tannhelse
Kirsti Mjelve	C2 Seksjon for periodonti
Jan Otto Forthun	Tannteknisk laboratorium
Bente Louise Sletten og Jan Otto Forthun	Ferdighetssenteret
Kaia Berstad	TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

A 12 Romansvarlige og avfallskontakter

Navn:	Funksjon:
<i>Romansvarlige og avfallskontakter:</i>	
Kaia Berstad	Romansvarlig for avfallsrom fra 4.etasje og avfallskontakt 4.etasje
Odd Johan Lundberg	Romansvarlig for avfallsrom fra 4.etasje og avfallskontakt 4.etasje
Justyna M. Kotowiecka	Romansvarlig for avfallsrom fra klinikk
Ksenija Gambiroza	Romansvarlig for avfallsrom fra klinikk
<i>Avfallskontakter:</i>	
Zahrah Khalid	A1 Spesialistutdanningsklinikken
Inger Therese Myrlønn	B1 Oral kirurgi og oral medisin
Malgorzata Rasmussen	B1 Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi
Heidi Berentsen	B1 Oral diagnostikk

Birthe Therkelsen og Elena Kislaya	C1 Seksjon for pedodonti
Lissbeth Helander	C1 Seksjon for kjeveortopedi
Bente L. Sletten	A2 Ferdighetssenteret
Terese Kvinge og Ksenija Gambiroza	A2 Seksjon for oral protetik
Elisabeth Håland	B2 Seksjon for kariologi
Mona Johannessen	B2 Seksjon for endodonti
Chao Song	C2 Seksjon for forebyggende tannhelse
Kirsti Mjelve	C2 Seksjon for periodonti
Justyna M. Kotowiecka	Kvalifisering

A 13 Håndtering av avfall

Problemavfall

Avfall som kommer inn under problemavfall skal håndteres etter gitte rutiner.

Kontaktperson for avfall på institutt/avdeling kan svare på spørsmål vedrørende problemavfall.

Problemavfallet går til forbrenning.

1. Stikkende og skjærende

- Kanyler, skalpeller, knivblad, barberblad, knust glass og annet stikkende/skjærende avfall som er av metall eller glass.
- Sprøytespisser og skalpellblad skal samles på kanylebokser eller andre egnede plastflasker.
- Kanyleboksene finner en i avfallsrom for midlertidig lagring av farlig- og problemavfall.

2. Patologisk/biologisk

- Humant vev, blodprøver, spytt.
- Dyr, smittefarlige deler av dyr eller større mengder vev fra dyr. Avfall fra operasjoner og annet patologisk avfall som det av estetiske hensyn ikke er ønskelig å kunne identifisere i restavfall. Dyrene eller delene av dyrene må ikke være større enn at de får plass i plastbeholderen, i tillegg må plastbeholderen ikke være for tung.

3. Geler

- Agarose-geler eller polymeriserte acrylamid-geler.

4. Cytostatika

- Alt avfall fra utblanding av cytostatika. Avfall fra infusjon eller injeksjon, brukte hansker, papir osv. Det vil si at alt avfall en får i sammenheng med bruk av cytostatika er problemavfall. NB! Cytostatikaet selv er farlig avfall.

5. Smitteavfall

- Avfall som inneholder sykdomsframkallende mikroorganismer eller deres toksin:
 - avfall som er direkte forurensset med sekret, puss osv. fra mennesker eller dyr med alvorlige infeksjoner
 - stikkende eller skjærende avfall (se over) med blod, puss eller vevsrester
 - vevsbiter, organ, blod, blodprodukt og blodige bandasjer

- avfall fra luftsmitte-isolat.

6. Tomme kjemikalieflasker av glass og medisinglass

- Tomme kjemikalieflasker av glass og medisinglass må ikke avhendes som forbruksavfall. Når disse knuses, kan det være kjemikalierester tilbake som kan gjøre stor skade hvis man skjærer seg. Tomme kjemikalieflasker og medisinglass skal selvfølgelig være helt tomme og avdampet før de kan avhendes som problemavfall. Kjemikalieflasker med rester avhendes som farlig avfall.

Emballering av problemavfall



Til problemavfall skal **gule** plastbeholdere med lokk brukes. Når beholderen er full skal lokket trykkes godt på og beholderen skal nå være helt tett. Beholderen må ikke fylles mer opp enn at den enkelt kan løftes.

- Kanyleboksene med stikkende og skjærende avfall skal plasseres rett i plastbeholderne. Fyll plastbeholderen helt opp før lokket settes på.
- Kanylebokser og gule plastbeholdere til emballering av problemavfall finnes på rom for farlig avfall og problemavfall.
- Dersom det er lite eller tomt for emballasje, ta kontakt med romansvarlig for avfallsrom: Kaia Berstad

Merking av problemavfall

Gule kasser brukes til problemavfall. Kassene er utstyrt med etikett som viser at det inneholder problemavfall. Det er ikke nødvendig å fylle ut opplysninger på etiketten.

Hentetider for problemavfall

ved Odontologen, Årstadveien 19, avfallsrom v/varemottak: Hver onsdag

Henting vil finne sted etter kl 10.00, slik at alt som skal leveres må hensettes før kl 10.00 på hentedagene.

Alt avfall som skal sendes til forbrenning skal være forskriftsmessig innpakket og merket.

Farlig avfall

Alt farlig avfall skal deklarerer. UiB praktiserer et null-utslipp til avløp. Med andre ord, **INGEN** farlige kjemikalier eller miljøskadelige stoffer skal skylles ned i vasken. Ved avhending av kjemikalier er det en arkiveringsplikt på sikkerhetsdatablad på 10 år (REACH).

1. Kjemikalier

- Dette gjelder det meste av kjemikalieavfall fra laboratorie- og klinikkmiljø.
- Etsende syrer og baser, desinfeksjonsvæsker, kvikksølvholdig- og cyanidholdig avfall, tungmetall, organiske løsemiddel med og uten halogen, reaktive stoff og cytostatika.
- Eksplosive stoffer og ioniserende strålekilde avhendes på annen måte. Kontakt romansvarlig.
- Tomme (avdampede) glassflasker skal avhendes som [problemavfall](#).

2. Kvikksølv

- Det er per i dag forbudt å produsere, importere, eksportere, omsette og bruke stoff eller stoffblanding som inneholder kvikksølv eller kvikksølvforbindelser. Forbudet omfatter også

stoff og stoffblandinger til analyse- og forskningsformål. Utfyllende opplysninger finnes i forskriftene om begrensning i bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier og andre produkter https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-06-01-922/KAPITTEL_2#§2-3

- Kvikksølvholdig avfall fra amalgamseparatorene i klinikken behandles slik det er beskrevet i avfallsplan.
- For gamle instrumenter eller løsninger med kvikksølv, kontakt romansvarlig.

3. Batterier

- Engangs batterier skal kastes i en egen rød boks utenfor døra til rommet for spesialavfall. Husk å teipe polene på 9-volts batterier (vanlig teip kan godt brukes).
- Oppladbare batterier (for eksempel litium, Li-ion og NiMH) skal deklarerer som spesialavfall og må leveres via spesialavfallsrom, disse skal ikke i de røde boksene for engangs batterier.

4. Oljeavfall

- Flere typer. Eksempler: spillolje, oljeemulsjoner, råolje osv.

5. Maling

- Alt av maling og lakk rester - inklusive spraybokser, samt lim og trykkfarger.

Emballering av farlig avfall

- Så langt det er praktisk mulig skal farlig avfall leveres i originalemballasjen, og med minst mulig blanding av ulike stoffer.
- Dersom det ikke er mulig å benytte originalemballasje må bruker selv passe på å benytte egnede beholdere som tilfredsstiller de krav som blir stilt til oppbevaring av den enkelte avfallstypen.
- **HUSK:** Det er svært viktig at emballasjen merkes grundig og utvetydig med navn på avfallet og konsentrasjon.
- Merkede flasker og bokser som inneholder avfallet settes i kasser av plast (**røde**).
- Plastkassene finnes i rommet for farlig avfall og problemavfall.



Løsemiddeldunker

- Brukt løsemiddel blir samlet i plastdunker. De skal ikke fylles opp mer enn $\frac{3}{4}$. Det er to ulike farger på dunkene alt etter hva avfallet inneholder:
- **Blå dunker:** er til halogenerte løsemidler. Det vil si avfall som inneholder fluor (F), klor (Cl), brom (Br), jod (I) og astatin (At).
- **Blanke dunker:** det vil si løsemiddel som ikke inneholder halogener.
- Alt farlig avfall skal deklarerer.
- Det er svært stor prisforskjell på deponering av løsemidler med og uten halogen - vær derfor nøye med ikke å blande de to typene.
- Bland heller ikke rene løsemidler med andre stoff, som for eksempel syrer og baser, dersom dette er mulig. Jo mer en blander, jo dyrere blir det ved deponering av avfallet.
- Deponering av mest mulig rene kjemikalier = er god økonomi.

Deklarering av avfall

- Alt farlig avfall i Norge skal fra 01. mai 2016 deklarerer elektronisk (avfallsdeklarering.no). Bruker er selv ansvarlig for å deklarerer avfallet.
- Alt farlig avfall må merkes med et deklarasjonsnummer som forteller hva slags avfall det er. Klinikken har lister over de mest vanlige avfallstypene og deres deklarasjonsnumre. Spør avfallskontakter eller romansvarlige.

- Når man skal avhende farlig avfall skal [deklarasjonsskjema](#) fylles ut. Skjemaet er elektronisk og sendes automatisk både til utfyller samt til romansvarlig for avfallsrommet. Skjemaet man får tilsendt på mail må skrives ut og legges ved avfallet.
- Bruker setter det deklarererte avfallet i hyllene for farlig avfall på rom for farlig avfall og problemavfall. Ikke sett kassene med avfall rundt på golvet!
- Romansvarlig for avfallsrom gir beskjed til kontaktperson i BIR når det er behov for henting av farlig avfall.

Eksplodivt avfall

Eksplodivt avfall skal håndteres med forsiktighet. Eksplodive forbindelser må destrueres, og kan ikke leveres som farlig avfall.

Eksplodivt avfall kan ikke transporteres, og det er heller ikke noe godkjent mottak for denne typen avfall. Alle som arbeider med kjemiske forbindelser som potensielt kan være eksplodive enten ved innkjøp eller ved lagring over tid, skal være spesielt oppmerksomme i forhold til disse kjemikaliene. Bruker skal prøve å finne erstatningsstoff der det er mulig, jf. substitusjonsplikten. Dersom en må benytte stoffet skal en kjøpe inn minst mulig kvantum og inspisere forbindelsen jevnlig. Hvert kvartal skal stoffet undersøkes for vanninnhold og alder. De potensielt eksplodive stoffene skal avhendes som farlig avfall der det er mulig og før de blir et signifikant sikkerhetsproblem.

For å unngå problemer på grunn av potensielt eksplodive kjemikalier skal en følge rutine for håndtering av peroksiddannende kjemikalier og sambindinger som er eksplodive ved innkjøp.

1. Avhending av forbindelser som er eksplodive ved innkjøp

- Eksplodive forbindelser kan ikke leveres som farlig avfall og må derfor destrueres.
- Eksplodive forbindelser kan leveres til [Indus Kjemisk Teknisk Fabrikk](#), kontakt BIR på bedrift@bir.no dersom du trenger å avhende denne type forbindelser.
- Bruker tar kontakt med [romansvarlig](#) for nærmeste avfallsrom. Bruker og romansvarlig fyller ut [deklarasjonsskjema](#), og romansvarlig kontakter BIR. Ved spørsmål om håndtering og avhending ta kontakt med [Team for HMS og beredskap](#).
- [Liste over dei mest vanlege eksplodive kjemikal](#)

2. Avhending av peroksiddannende kjemikalier

Test alle peroksiddannende kjemikalier for mulig bruk og avhending. Dersom testen er positiv med hensyn til dannet peroksid må en fastslå konsentrasjonen før en kan avgjøre hva en skal gjøre:

- Konsentrasjon mindre enn 400 ppm (mg/l): Stoffet kan benyttes dersom en fjerner peroksidet først. Stoff med konsentrasjon over 400 ppm peroksid kan sendes som farlig avfall dersom en ikke ønsker å fjerne peroksid, se under.
- Konsentrasjon mellom 400-3000 ppm (mg/l): Stoffet kan leveres som farlig avfall. Kan sende kjemikalier som maksimalt inneholder 0,3 % peroksid - svarende til 3000 ppm. (ADR/RID Forskrift 1. april 2009 nr. 384 om landtransport av farlig gods)
- [Liste over dei mest vanlege kjemikaliene som kan danne eksplodive peroksid](#)

Avfall fra ioniserende strålekilder

Ioniserende strålekilder skal kastes på ulikt vis avhengig av type strålekilde. Bruker er ansvarlig for at avfallet blir håndtert og avhendet på en forsvarlig og riktig måte, og i forhold til type ioniserende strålekilde.

1. Åpne strålekilder

- Åpne strålekilder skal avhendes i forhold til aktivitetsnivå og halveringstider på nukliden som benyttes.

2. Kapslede strålekilder

- Kapslede strålekilder skal returneres til leverandør eller til Institutt for energiteknikk (IFE), Kjeller.

3. Røntgenrør

- Røntgenrør blir definert som farlig avfall og avhendes med deklareringsnummer 7086 for lysstoffrør og sparepærer.

Forbruksavfall

1. Gjenbruksavfall

Følgende kan legges i kartong for returpapir:

- skrivepapir
- papir til kopieringsmaskiner og dataskrivere
- datalister
- konvolutter uten vindu
- aviser
- tidsskrift
- brosjyrer og liknende



Returkartongen blir ikke tømt av rengjøringspersonalet. Den enkelte bruker er selv ansvarlig for å tømme dette papiravfallet.

2. Makulering

- Makuleringsmaskin er plassert i bossrommet og det kan bestilles makuleringsspann fra BIR via romansvarlig.

3. Kartong

- Alt av papp (esker, kartonger, skillevegger, innlegg osv.) skal gå i container for papp og papir. Denne er plassert på baksiden av bygget ved varemottak. Papp må aldri kastes i boss-sug.

4. Glass og metall

- Næringsmiddelglass og næringsmiddelmetall skal sorteres i beholder for «glass og metall». Emballasjen må være **ren**.
- Tomme medisinglass og kjemikalieflasker av glass skal avhendes som: **Problemavfall**.

Ved IKO er det plassert en beholder for «Glass og Metall» i bossrommet.

5. EE-avfall/PC-utstyr

Elektrisk og elektronisk (EE) avfall er regulert av «Forskrift om gjenvinning og behandling av avfall (avfallsforskriften), kapittel 1. Kasserte elektriske og elektroniske produkter». Denne typen avfall kan inneholde flere typer farlig avfall som blir sortert ved mottaksstedet. EE-avfallet består av ulike typer avfall:

- Lysrør. Alle lengder, tykkelser av rette lysrør må legges i egen merket beholder plassert i Bossrom.
- Andre lyskilder som sparepærer, glødelamper, lyspærer, damplamper, lysrør som ikke er rette (t.d. «kringler»), ultrafiolette og infrarøde lamper osv. legges samme sted.
- Kabler og ledninger.
- Små enheter som håndverktøy, mindre instrumentering, armatur, lamper, kaffetraktører, vannkokere, panelovner osv.

- PC-utstyr (datautstyr)/IKT-utstyr **skal** avregistreres og leveres til lokal innkjøpsansvarlig for IKT før det blir kassert.

Ved IKO er det plassert egen beholder for dette i bossrommet.

6. Lysstoffrør/lyspærer

- Det er en egen returordning for lysstoffrør, sparepærer og lyspærer. Lysstoffrørene og sparepærene inneholder kvikksølv damp (Hg-damp), og derfor må rørene tømmes for dampen slik de ikke skader miljøet. Lyspærer inneholder elementært bly (Pb) som må håndteres på en forsvarlig måte.
- Det er driftspersonalet ved EiA som skifter lysstoffrør og det meste av sparepærene. Dersom en har lyspærer eller sparepærer, ta kontakt med driftsleder via e-post for avklaring om levering.
- Elektromedisinsk utstyr **må** leveres inn til Dentalverkstedet for ufarliggjøring før kassering.

7. Tonerkassetter

- Returkartong for kassetter står i varemottak.

A 14 Særskilte arbeidsrutiner for TOR – Senter for Translasjonell Oral Forskning.

Laboratoriekoordinator/ansvarlig senioringeniør er ansvarlig for drift, ressursbruk og utstyr.

- Alle er ansvarlig for å holde arbeidsplassen ren og i orden, bruk benkepapir!
- Plassen skal også kunne brukes av andre når en selv ikke er til stede. Plassen og utstyret rengjøres etter bruk. Utstyr en har tatt med seg, settes tilbake på plass i rengjort stand. Søl på benker, vakter osv. tørkes straks opp med cellevatt. Vask med vann og såpe om nødvendig.
- Dørene til området skal være lukket.
- En skal følge de forskrifter og rutiner som gjelder for laboratoriet.
- Det er ikke tillatt å nyte eller oppbevare matvarer på laboratoriet.
- Laboratorieutstyr skal ikke brukes til mat og drikke.
- Det er påbudt at de som bruker kontaktlinser bruker vernebriller der forskriftene krever dette.
- Det skal brukes egne klær og sko på laboratoriet.
- Vernebriller skal brukes når en arbeider med konsentrerte syrer og baser.
- Hansker og munnbind skal også brukes når det er nødvendig.
- Det skal være romansvarlige og utstyrsansvarlige.
- Er det noe som ikke fungerer så ta kontakt med romansvarlig som igjen kontakter koordinator/ansvarlig senioringeniør.

Eksempler på kjemikalier en bør være spesielt forsiktig med:

- Flytende nitrogen
- Osmiumtetroxid
- DMSO (dimethylsulfoksid)
- Ethidiumbromid (EtBr) Fenol og kloroform
- Merkaptoetanol
- SDS (sodiumdodecylsulfate)
- DAB (diaminobenzindine)

Desinfeksjon og destruering

Kjemisk desinfeksjon:

- 75 % etanol - desinfeksjon av hud og utstyr og ved søl med bakterier eller virus.
- Hypokloritt (f.eks. «klorin») - desinfeksjon av utstyr.
- Virkon - til desinfisering av ikke-autoklaverbart utstyr som er brukt til bakterier og virus

Autoklaving:

Følg program ved den enkelte autoklav.

UV-lys:

UV-lys blir brukt til desinfisering av f.eks. arbeidsbenker samt til ødelegging av DNA/RNA. UV-lys må ikke stå på under arbeidet!

30 min bestråling med UV-lys på en flate er normalt nok til å drepe alle mikroorganismer. Dersom UV-lyset har stått på over natt er det anbefalt at det skal være avslått ca. en halv time før rommet blir tatt i bruk (for å lufte ut ozon).

Forbruksvarer og reagenser:

Infiserte glassvarer og løsninger/medier skal destrueres ved autoklaving.

Alle er ansvarlig for at glassvarer de bruker blir rengjort og satt på plass igjen etter de rutiner som gjelder for laboratoriet de arbeider på.

Det samme gjelder utstyr og løsninger som skal autoklaveres eller desinfiseres på annen måte.

NB! Fyll opp felles buffere, reagenser, sterile glassvarer, pipetter osv. når det er brukt opp slik at det er klart til neste bruker.

Bruk av hansker:

Bruk av hansker må ha et klart formål.

Bruk riktig hanske i forhold til bruk, undersøk i databladet hvilke hansker som skal benyttes.

Dersom hudkontakt med helsefarlige stoffer ikke kan utelukkes, og kontakten med stoffet kan medføre skade eller sykdom, må du bruke vernehansker av et materiale som har en dokumentert beskyttende effekt.

- Beskytte deg selv mot overføring av smittestoff fra biologisk materiale
- Beskytte prøvene mot forurensing fra deg selv.
- Bytt hansker ved behov og ta dem alltid av når du forlater arbeidstedet, slik at du ikke overfører smitte, kjemikalier eller annet til «rene» områder (telefoner, dørhåndtak, fellesareal etc.).

Arbeid i Cellelaboratoriene

Daglige/ukentlige rutiner finnes i egen håndbok for Laboratoriet.

Biologiske faktorer

Biologiske faktorer er mikroorganismer (bakterier, virus, sopp og mikroskopiske parasitter), cellekulturer, humane endoparasitter og komponenter fra mikroorganismer som kan forårsake helseskade hos mennesker

Genmodifiserte mikroorganismer (GMO)

Genmodifiserte mikroorganismer (GMO) er mikroorganismer hvor den genetiske sammensetningen er endret ved bruk av gen- eller celleteknologi.

Relevante lenker:

[Forskrift om innesluttet bruk av GMO](#)

[Genteknologiloven](#)