



UNIVERSITETET I BERGEN

Institutt for klinisk odontologi

Systematisk smittevern

HYGIENEPLAN

for Odontologisk Universitetsklinikk

Område:

Klinikk

Utarbeidet av:

Fokusgruppe for smittevern

Godkjent av:

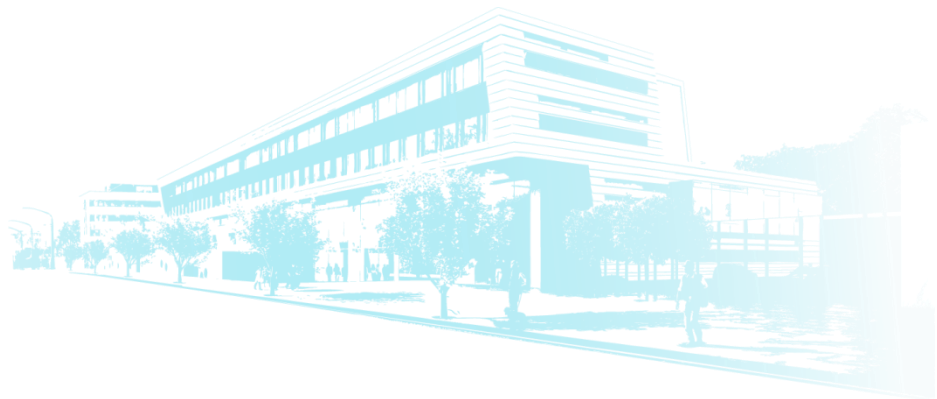
Anne Nordrehaug Åstrøm

Klinikkutvalget

Dato:

04.02.14

27.02.15



FORORD

Hygieneplan for Odontologisk universitetsklinikk utkom første gang i 1982 og er revidert mange ganger. De hyppige revisjonene skyldes ikke så mye endringer i faget odontologi, men gjenspeiler hvordan kunnskapen om smittevern har utviklet seg til det i dag er blitt et av de største satsingsområdene over hele verden når det gjelder forebyggende helse. Som undervisningsinstitusjon er det viktig at Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen både underviser og praktiserer smittevern i tråd med gjeldende kunnskap og retningslinjer. Denne utgaven av Hygieneplanen er revidert med formål om å være en praktisk veileder for hvordan smittevern praktiseres på Odontologisk Universitetsklinikk nå. Den vil bli kontinuerlig revidert og oppdatert, også med tanke på å være mest mulig brukervennlig. For å få til godt smittevern er det nødvendig at alle ansatte og studenter kjenner innholdet i Hygieneplanen.

Bergen, februar 2015

For Fokusgruppe for smittevern

Harald Nesse

Klinikkleder

Mildrid Beate Vevelstad

Hygienesykepleier

Ingrid Slinde

Leder HMS-utvalget

FOKUSGRUPPE FOR SMITTEVERN VED ODONTOLOGISK UNIVERSITETSKLINIKK

Fokusgruppe for smittevern sammensetning 2015

Ingrid Slinde (fungerende leder, leder HMS-utvalget), *Mona Johannessen* (seksjonstannhelsesekretær), *Mildrid Beate Vevelstad* (hygienesykepleier, sekretær). Observatører: *William Lindberg* (driftsleder), *Mariann Ø. Paulsen* (tannhelsesekretær), Harald Nesse (klinikkleder) og *Martha Sørensen* (kvalitetsansvarlig i Hordaland tannhelseteneste).

Gruppens vurderinger og tilrådinger er samlet i **Hygieneplan for Odontologisk universitetsklinikk.**



UNIVERSITETET I BERGEN

2015

Revisjon: Fokusgruppe for smittevern

Sist oppdatert: Februar 2015

ISBN: 82-7249-192-3

Tidligere revidert: 1992, 1995, 1996, 1998, 2002, 2005, 2009, 2010, 2012, 2013

INNHOILDSFORTEGNELSE

Kapittel	Tema	Side
	Forord	2
	Fokusgruppe for smittevern	3
1	Hygieneplan, målsetting og ansvarsforhold	5
2	Eksogene infeksjoner	6
3	Smittevern	12
4	Smitteveier	13
5	Overordnet behandlingsprinsipp: alle pasienter skal behandles likt	15
6	Ved kjent smitte hos pasient eller behandler	18
7	Forebygging av stikk- og kuttskader	21
8	Basale smittevernrutiner	21
	8.1 For det enkelte individ	22
	8.2 For unit/ behandlingsrom	28
	8.3. For steril	33
9	Røntgenopptak	39
10	Prosedyrer ved avvik	40
11	Nyanskaffelser/reparasjon av instrumenter og utstyr	43
12	Kildesortering av avfall	43
13	Håndtering av desinfeksjonsvæsker	46
14	Referanseliste	47

1.HYGIENEPLAN FOR ODONTOLOGISK UNIVERSITETSKLINIKK (OUK)

MÅLSETNING

Hygieneplanen skal:

- Sikre arbeidsmiljøet ved OUK slik at pasienter, tilsatte og studenter utsettes for minst mulig smittefare
- Bidra til minst mulig påvirkning av ytre miljø og resistensutvikling
- Inngå som del av instituttets internkontroll
- Opplyse om tiltak som skal treffes dersom det har skjedd uhell som kan medføre smitteoverføring
- Bidra til at alle tilsatte og studenter har de rette holdninger enten pasienten har kjent smittestatus eller ikke.
- Til enhver tid være oppdatert med tanke på gjeldende retningslinjer for hygiene og smitteforebyggende tiltak

Hygieneplanen for OUK er basert på en rekke gjeldende regler og forskrifter i tillegg til «Retningslinjer for smittevern ved de odontologiske læresteder i Norge». Fullstendig oversikt finnes bakerst i dette dokumentet.

HVEM HYGIENEPLANEN GJELDER FOR

Hygieneplanen gjelder for **alle** som arbeider i Odontologisk Universitetsklinikk, inkludert ferdighetssenteret og tanntekniske laboratorier ved OUK. 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.

Etterlevelse av retningslinjer i Hygieneplan er forutsetning for å være i klinikk. Brudd på retningslinjer gitt i Hygieneplan vil bli rapportert. Reaksjon vil avhenge av forseelsens art. Tiltak vil omfatte veiledning, skriftlig advarsel og til slutt utestenging fra klinikk.

Når det gjelder vask og rengjøring av klinikker og andre rom, vises det til:

Dokumenter ligger på klinikkmaskinene i mappen «Skjema for hygiene».

Fokusgruppe for smittevern anser det for meget viktig at den teoretiske undervisningen i tiltak mot smittespredning blir fulgt opp på seksjonene. Studentene må få praktisk erfaring slik at de som nyutdannede tannleger og tannpleiere blir i stand til å mestre smittesituasjoner i praksis. Hygieneplanen inngår i pensum for odontologi- og tannpleierstudentene.

ANSVARSFORHOLD

Hygieneplanen for OUK inngår i instituttets internkontroll. Hver enkelt ansatt og studentene skal kjenne innholdet i hygieneplanen, og følge dens tilrådinger i det daglige arbeidet. Instituttleder har i henhold til **Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)** overordnet ansvar for at hygienetiltakene etterleves.

Alle ansatte og studenter skal underskrive på at hygieneplanen er lest og forpliktet seg til å rette seg etter den.

TAUSHETSPLIKT

Fokusgruppe for smittevern vil minne om taushetsplikten som påhviler alt tannhelsepersonell og studentene når det gjelder smitteforhold (anamnese, opplysning fra lege, behandling osv.) og andre sensitive opplysninger vedrørende pasienter og kolleger. **Smittevernloven § 2-2 om unntak fra taushetsplikt i særlige tilfeller gir lege adgang til å meddele tannlege taushetsbelagte pasientopplysninger når dette er nødvendig for å motvirke at en allmennfarlig smittsom sykdom overføres til andre personer. Tannlege som har mottatt slike opplysninger har samme taushetsplikt som den som ga opplysningene.**

2. EKSOGENE INFEKSJONER

MUNNFLORAEN

Munnen inneholder store mengder mikroorganismer. Mer enn 700 orale bakteriearter er til nå identifisert, og disse tilhører normalfloraen (den konstante floraen) og temporært forekommende arter (inkonstant flora). Ved uhell (f.eks. sprut i øyet, bitt, stikk/kutt gjennom hud med kontaminerte instrumenter), nedsatt infeksjonsforsvar, forskyvning i normalfloraen eller ved spredning gjennom

blodbanen, kan munnfloraen gi alvorlige infeksjoner andre steder enn i munnen. Slike mikroorganismer kalles opportunister og forårsaker opportunistiske infeksjoner.

Munnen kan også være tilholdssted for mer sykdomsfremkallende (virulente) virus og bakterier som kan være til stede umiddelbart før, under og etter infeksjon/infeksjonssykdom samt hos friske smittebærere. Aktuelle virus er influensavirus, herpesvirus, hepatittvirus og humant immunsviktvirus. Eksempler på bakterier er β -hemolytiske streptokokker, stafylokokker, gonokokker og meningokokker. Det er mange eksempler på sykdommer som har smittet fra pasient til behandler, tannhelsepersonell og omvendt, men smitteoverføring mellom pasienter i tannlegepraksis er vanskelig å dokumentere. Det er nå holdepunkter for at plakkbakterier ved periodontitt er en risikofaktor og kan bidra til utvikling av en rekke systemiske lidelser, bl.a. hjertekarsykdommer, hjerneslag, for tidlig fødsel og revmatoid artritt. Munnbakterier som kommer over i blodet kan gi betennelse i hjertet (infeksiøs endokarditt) hos disponerte individer.

INFEKSJONER SOM KAN OVERFØRES VED TANN- OG ORALKIRURGISK BEHANDLING

Ansatte og studenter har selv ansvar for å beskytte seg og pasientene mot smitteoverføring, eventuelt holde seg borte fra klinikkarbeid til de er smittefrie.

Hepatitt

Hepatittvirus er årsak til leverbetennelse (hepatitt). Det er særlig hepatitt B-virus (HBV) og hepatitt C-virus (HCV) som kan overføres i tannlegepraksis.

Engstelse for å bli smittet med HBV opptok tannhelsepersonellet før HIV-smittefaren kom i fokus fordi det var velkjent at tannhelsepersonell kunne være en meget smitteutsatt gruppe (smitterisiko ved inokulering av HBV-positivt blod: 20-30 %). Siden midt på 1980-tallet har HB-vaksine, uten komplikasjoner og med få og milde bivirkninger, vært alminnelig tilgjengelig. Økende antall HB-vaksinerte og kraftig nedgang i antall meldte HB-tilfeller i Norge, sammenliknet med for en del år siden, gjør at den reelle HB-smittefaren i vanlig odontologisk praksis her i landet nå er minimal.

HCV som har vært kjent siden 1988, kan overføres til tannlege ved tannbehandling av HCV-smittefarlig pasient (smitterisiko ved inokulering av HCV-positivt blod: <3 %), men hittil er det ikke meldt at tannhelsepersonell har fått klinisk HC etter slik smitteoverføring. HB-vaksine beskytter ikke mot HCV, og det fins ingen HC-vaksine. Noen HCV smittebærere kan bli smittefrie etter kombinasjonsbehandling med antiviralt middel og interferon.

HIV

HIV-epidemien startet tidlig på 1980-tallet og førte til en ny smittesituasjon, som resulterte i at hygienetiltakene i odontologisk praksis ble revurdert og skjerpet. HIV smitter via blod (blodsmitte), men ikke via saliva. Vi vet nå at sannsynligheten for HIV-smitteoverføring er meget liten (smitterisiko ved inokulering av HIV-positivt blod: < 0,4 %) ved tann-/oral-kirurgisk behandling.

På nittitallet ble det rapportert at én HIV-smittefarlig tannlege ("Florida tannlegen") med sikkerhet smittet pasienter ved tannbehandling. Han smittet seks av sine pasienter, hvorav minst fire døde av AIDS før han selv døde av AIDS i 1994. Det er ikke klarlagt hvordan han HIV-smittet pasientene. Det foreligger ingen verifiserte tilfeller der tannhelsepersonell er blitt HIV-smittet ved pasientbehandling. Det er publisert at 14 pasienter ved en dialyseenhet i Columbia ble HIV-smittet som følge av krysskontaminering på grunn av urene tannlegeinstrumenter.

HIV-, HBV- og HCV-smittekilder

Smitteprevalensen er lavest blant barn og gamle. HIV, HBV og HCV smitter via blod og blir derfor også omtalt som blodsmitte. Sprøytenarkomane og homoseksuelt aktive personer utgjør store smittegrupper. For HCV dominerer sprøytenarkomane og blodtransfunderte. I Norge er det nå flere HIV-smittede blant heterofile enn blant homofile og sprøytenarkomane.

Eksempler på andre virusinfeksjoner:

Herpes Simplex

Herpes Simplex virus (HSV) type 1 (HSV-1) er årsak til infeksjon i munnen, på leppene og fingrene, mens HSV type 2 gir genital herpes. Under gitte forhold kan førstnevnte gi genital herpes og sistnevnte infeksjon på steder som er typiske for HSV-1 infeksjon. Smitteoverføring kan lett finne sted via spytt og sekret. Personer med herpesutbrudd på hender eller fingre bør derfor ikke delta i pasientbehandling så lenge utbruddet varer. Personer med herpesutbrudd i ansiktet eller på munnslimhinne skal ikke delta i behandling av pasienter med nedsatt infeksjonsforsvar. Pasienter med herpesutbrudd bør ikke behandles så lenge sår væsker. En HSV-2 vaksine er under utprøving.

Coxsackievirus

Infeksjon med coxsackievirus kan gi blemmer i svelg og på gingiva, drøvelen eller den bløte gane. Det er rapportert at en sjelden gang er slik infeksjon blitt overført fra pasient til tannlege.

Influenzavirus

Under influensaepidemier er det lite som kan gjøres for å hindre spredning av influensavirus. Smittefare foreligger i infeksjonens første dager, og virusoverføringen skjer ved dråpesmitte. Influensavaksine anbefales i Norge for personer over 65 år og personer med bestemte lidelser (f. eks. nedsatt infeksjonsforsvar og kroniske hjerte- og lungelidelser). Det er ikke medisinsk indikasjon for at generelt friske personer skal få influensavaksine. Vaksinen beskytter 60 - 70 % av de vaksinerte. De som ikke får beskyttelse av vaksinen kan få influensa og kan smitte andre.

Rubella

Rubellavirus gir røde hunder (rubella). Viruset forekommer i saliva og overføres via dråpesmitte. Smittet person er smittefarlig fra 4 dager før til 7 dager etter at utslett vises. Uvaksinerte kvinnelige

tannleger som ikke har hatt rubella og som behandler barn, bør la seg vaksinere fordi rubella kan gi alvorlige fosterskader. Det fins en effektiv vaksine (MMR, Morbilli=meslinger, Mumps=kusma, Rubella).

Parotitt

Parotitt (kusma) skyldes infeksjon med parotittvirus som spres ved dråpesmitte. Smittefaren er størst ved sykdomsutbruddet. Det er kjent at smittefarlige barnepasienter har smittet unge uvaksinerte tannleger som ikke har hatt kusma. Hos voksne menn kan testikkelinfeksjon med fare for sterilitet opptre sammen med kusma. MMR-vaksinen gir effektiv beskyttelse.

SARS

SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) er en svært smittsom luftveisinfeksjon med stor dødelighet. Den skyldes et coronavirus og smitter fortrinnsvis ved dråpesmitte, men også ved direkte kontakt med den smittede. Av de som er døde hittil, var relativt mange helsearbeidere. Nærkontakten mellom pasient og behandler ved odontologisk behandling og aerosoldannelse ved bruk av roterende instrumenter har medført engstelse blant tannhelsepersonell, men ingen tannhelsearbeider er hittil rapportert syke eller døde.

Varicella-zoster

Varicella-zoster virus (V-ZV) infeksjon gir vannkopper (varicella), og den smittede blir ikke kvitt viruset etterpå. Senere kan V-ZV-infeksjonen blusse opp i form av helvetesild (herpes zoster). Viruset er til stede i saliva og overføres ved dråpeinfeksjon. Personer med vannkopper er smittefarlige like før utbrudd og til utslettet har tørket inn. Det fins vaksine mot vannkopper. V-ZV-infeksjon er knapt et smitteproblem i odontologisk eller oralkirurgisk sammenheng.

Bakterieinfeksjoner:

Mage-/tarminfeksjoner

Personer med akutt infeksiøs diaré kan være smittet av bakterier eller virus. I alvorlige tilfeller oppsøkes lege og sykemelding kan bli aktuelt. Personer med diaré der det er konstatert at symptomene skyldes alvorlige tarmpatogener (arter av Shigella eller Salmonella) skal ikke delta i pasientbehandling før de er smittefrie (negative avføringsprøver).

MRSA

Staphylococcus aureus er en gram-positiv bakterieart som koloniserer hud og nese hos friske personer. Den forårsaker hyppig infeksjon i helseinstitusjoner, det være seg alt fra overfladiske, lokaliserte hudinfeksjoner til livstruende, invasive tilstander.

Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) er en samlebetegnelse for en gruppe av stafylokokker som er resistente for beta-laktamantibiotika. De skiller seg ikke fra vanlige *S. aureus* når det gjelder evne til å forårsake sykdom, men det at den er resistent gjør den vanskeligere å behandle med antibiotika.

Frykt for spredning av MRSA i helseinstitusjoner (institusjon er definert som behandlingssted med sengeplasser) er grunnen til at Norge har egne tiltak for håndtering av MRSA-positive pasienter i helseinstitusjoner (MRSA-veilederen, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet).

Odontologisk praksis, som er definert tilsvarende dagkirurgisk poliklinikk, vil ikke omfattes av de samme regler, men det økte fokuset på MRSA og antibiotikaresistens i samfunnet, tilsier at dette bør kommenteres. Kravene i forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet-antibiotikaresistente bakterier, med tilhørende rundskriv IS-11/2009, gjelder kun i forhold til personer som skal arbeide i sykehus og sykehjem. Man har altså utenfor helseinstitusjoner ikke hjemmel for å drive systematisk screening for MRSA (forhåndsundersøkelse av arbeidstakere), og man har ikke hjemmel for å nekte MRSA-positive å arbeide.

Mange personer er nesebærere av MRSA uten å være kjent med det. Det gjelder både studenter, ansatte og pasienter. *Nesebærerskap representerer i utgangspunktet liten infeksjonsrisiko for pasient eller helsearbeider dersom basale smittevernrutiner følges systematisk.*

For vanlig odontologisk praksis gjelder:

- Pasienter med kjent MRSA:
Ved vanlig tannbehandling gjelder basale smittevernrutiner. Se anbefalinger punkt 2.7 om pasientplassering. Hvis det er usikkert om pasienten har en aktiv infeksjon, eller hvis øvrige pasienter kan ha immunitets sykdom, kan behandlingen vurderes lagt til slutten av arbeidsdagen for å begrense eventuell MRSA-smitte mellom pasienter. Fordi basalt smittevern tar hensyn til alle pasienter som potensielle smittebærere, er det i odontologien ikke påkrevet å utrede pasientene med hensyn på MRSA-smitte. Ved åpne sår skal disse dekkes med tørr steril bandasje i forhold til vanlig aseptikk, for å unngå direkte kontakt med infiserte områder.
Etter endt behandling av MRSA-positiv pasient utføres det spritdesinfeksjon som vanlig av de flatene pasienten har vært i kontakt med (kontaktpunkter).
- Studenter/ansatte med kjent MRSA:
Det foreligger ikke holdepunkter for at tannhelsepersonell som er kjente bærere av MRSA og arbeider i ambulant praksis, representerer smittefare for omgivelsene så lenge basale smittevernrutiner følges (munn-nesebind må brukes korrekt). I de tilfeller hvor det foreligger MRSA-infiserte sår med sjanse for spredning av smitte, kan det vurderes begrensninger i deres pasientkontakt. Dette vil særskilt gjelde ved kirurgi eller behandling av immunsvekkete pasienter.

- Basale smittevernrutiner er tilstrekkelig der det ikke foreligger akutt infeksjon forårsaket av MRSA.
- Ved kjent bærerskap av MRSA kan det vurderes å behandle pasienten på slutten av dagen.
- Kirurgiske operasjonsenheter må ha retningslinjer for å håndtere pasienter med kjent MRSA-bærerskap eller pasienter som har hatt sykehusopphold utenlands de siste 12 måneder, om som ikke er undersøkt for mulig MRSA-bærerskap.
- Pasienter med økt sekresjon fra MRSA-infiserte sår bør, om mulig, utsette behandling som ikke er akutt.

På Odontologisk universitetsklinikk har studentene også tjeneste på sykehus og sykehjem. Det betyr at studenter som reiser på utveksling utenfor Norden og utenlandsstudenter faller inn under kravet om å la seg MRSA-teste ved hjemkomst/ankomst. Informasjon om dette gis av studiekonsulent. Ansatte som evt. tjenestegjør utenfor Norden og som i kraft av sin stilling på klinikken også har tjeneste ved sykehus eller sykehjem, må selv ta ansvar for å teste seg ved hjemkomst. Testing foregår ved Seksjon for pasientsikkerhet, Haukeland universitetssjukehus. Avtale gjøres på tlf. 55 97 73 30.

Gonoré

Gonoré forårsakes av gonokokkbakterien (*Neisseria gonorrhoea*). Ved oral smitteoverføring kan det utvikles betennelse i munnslimhinnen (stomatitt) og svelgbetennelse (faryngitt). Slike pasienter er smittefarlige ved direkte kontakt med affiserte områder og via spytt.

Syfilis

Syfilis skyldes infeksjon med en bakterie, syfilisspiroketen (*Treponema pallidum*). Syfilitiske sår på lepper og i munnen (primærinfeksjon) skyldes oral sex. Dersom primærinfeksjonen har debutert annet steds, vil det etter en tid opptre utslett i munnen og andre steder (sekundærstadiet). Syfilitikere med primærinfeksjon eller i sekundærstadiet er meget smittefarlige ved berøring av sårene/utslettene.

Tuberkulose

Tuberkulose (TB) er på fremgang i mange land, og det rapporteres økende forekomst av multiresistents mot antibiotika hos tuberkelbasiller. Hittil har dette ikke representert et spesielt problem i Norge. TB-smittefare i tannlegepraksis er liten dersom tannhelsepersonellet er adekvat BCG-vaksinert. I Norge er skjermbildefotografering nå erstattet av røntgen thorax, og BCG-vaksinasjon er ikke lenger påbudt.

Den tidligere rutinemessige tuberkuloseundersøkelsen av helsepersonell er opphevet og erstattet av en mer målrettet undersøkelse. I henhold til Forskrift om tuberkulosekontroll er det to hovedgrupper som er pliktige til TB-undersøkelse:

- *Arbeidstakere som kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose, og skal tiltre eller gjeninntre i stillingen i helse- og sosialtjenesten*
- *Arbeidstakere som har oppholdt seg i 3 måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal tiltre eller gjeninntre i stillingen i helse- og sosialtjenesten*

Plikten til tuberkuloseundersøkelse som nevnt under disse to punktene gjelder også personer under opplæring og hospitering. Verdens helseorganisasjon gir oppdatert oversikt over tuberkulosesituasjonen internasjonalt.

Prionsykdommer:

Tann- og oralkirurgisk behandling av pasienter med verifisert eller mistenkt Creutzfeldt-Jacob sykdom (CJS) eller andre prionsykdommer representerer, etter det man vet i dag, ikke økt smitterisiko for dem som utfører behandlingen. Smittefare er først og fremst forbundet med kontakt med vev fra sentralnervesystemet hos pasienter med prionsykdom. Kugalskap kan overføres til mennesker via kontaminert kjøtt og gi variantformen av CJS (vCJS).

Unitvann som smittekilde:

Dersom ikke spesielle tiltak treffes, vil det være langt mer bakterier i vann fra dentaluniten enn vann fra springen i samme rom. Grunnen er kraftig biofilmdannelse i unitenes vannledningssystem og at vannstrømmen gjennom rør og slanger river løs bakterier fra biofilmen. Blant disse bakteriene kan det være sykdomsfremkallende arter (f.eks. *Legionella*, *Pseudomonas* og visse colibakterier) som i svært få tilfeller har gitt infeksjoner hos personer med nedsatt infeksjonsforsvar. Målet må være at unitvann ikke inneholder mer mikroorganismer enn godkjent drikkevann. På Odontologisk Universitetsklinikk er uniten utstyrt med systemer som skal sikre dette (se kap.8).

Epidemier, pandemier og andre særskilte smittetilstander

I utgangspunktet er basale smitteverntiltak gode nok for de fleste situasjoner.

Ved utbrudd av **særskilte smittetilstander** anbefales det å følge med på folkehelseinstituttets nettside, www.fhi.no, som gir konkrete anbefalinger (eksempel vaksinasjon) i den enkelte situasjon.

3. SMITTEVERN

Smittevern er alle enkelttiltak som er med på å hindre at infeksjoner oppstår og spres i en befolkning. Vi snakker om smittevern på tre forskjellige nivåer:

- Mellom geografiske enheter (makronivå)
- Mellom individer (mesonivå)
- Mellom mikroorganismer (mikronivå)

Tradisjonelt smittevern har hatt fokus på mesonivå. Oversikten i kapitlene om smitteveier tar for seg dette nivået. Erkjennelsen av at mikroorganismer er i stand til å legge ut store deler av sin arvemaske og dermed tilegne seg resistens mot for eksempel antibiotika, og også nyere kunnskap om kompleksiteten i en biofilm, har gjort at smittevern etter hvert handler mer og mer om mikronivå. Vi kan ikke påvirke mikroorganismene, men vi kan prøve å redusere antallet ved bevisst bruk av basalt smittevern. Vi kan også redusere deres mulighet til kontakt med de stoffene vi ikke ønsker resistensutvikling mot ved bevisst bruk av for eksempel antibiotika.

Bruk av antibiotika for å kontrollere og bekjempe infeksjoner er basis for moderne helsevesen. I mange kulturer har det vært vanlig å forskrive antibiotika for banale infeksjoner, også dentale. Konsekvensen av dette ser vi i dag i form av utstrakt resistensutvikling. Antibiotika kan være aktivt i opp til 180 dager etter bruk, og det påvirker sine omgivelser i hele denne perioden. De fleste vestlige land har derfor kommet med nye, restriktive anbefalinger for antibiotikabruk de siste årene i håp om å redusere hastigheten av resistensutviklingen. Det er imidlertid ingen nye antibiotika under utvikling for øyeblikket, og få de siste 30 år. Av den grunn er fokus nå på basalt smittevern og forebygging.

4. SMITTEVEIER

SMITTEVEIER:

Smitte kan skje på fire måter; inokulasjonssmitte, inhalasjonssmitte, direkte kontaktsmitte og indirekte kontaktsmitte.

INOKULASJONSSMITTE

Smittestoff (i blod og saliva fra smittebærer) kommer inn i smitemottakeren via stikk og kutt eller gjennom rifter og sår i hud/slimhinne. Mange virus (f.eks. hepatitt B virus (HBV), men neppe HIV) kan dessuten penetrere intakt munn- og øyeslimhinne og gi infeksjon.

Blodsmitteveilederen gir følgende eksempel på hva som kan smitte gjennom blod:

Virus:	Cytomegalovirus, EbsteinBarr virus, Parvovirus
Bakterier:	Syfilis og andre spirochetinfeksjoner, Brucellose, Salmonellose, Yersinose
Protozoer:	Malaria, Toxoplasmose, Leishmaniasis, Trypanosomiasis, Babesiose

Hepatitt B er et klassisk eksempel på infeksjonssykdom som smitter ved inokulasjon. Inokulering av 1 µl infisert blod kan være nok til å overføre HBV-infeksjon. Det kreves ca. 10 ganger større blodmengde for å overføre HCV-infeksjon enn HBV-infeksjon. Derfor er smittefaren om lag 10 ganger større ved inokulering av HBV-infisert blod enn av HCV-infisert blod.

Ved samme blodmengde er risiko for smitte ved en stikk- eller skjæreskade:

30 % for hepatitt B

3-5 % for hepatitt C

0,3 % for HIV

INHALASJONSSMITTE

Smittestoffet blir pustet inn, og dette er generelt den mest effektive smitemåten. I tannhelse-tjenesten er sjansen for inhalasjonssmitte stor på grunn av nær kontakt mellom pasient og behandler og på grunn av behandling hvor en bruker utstyr med spray (f.eks. airrotor, ultralydscaler og treveis-sprøyte). Spray frembringer aerosol som består av små vanndråper som inneholder mikroorganismer. Aerosol som dannes ved kraftig spray med treveissprøyte i pasientens munn, kan sammenlignes med aerosolmengden ved et nys. Aerosolpartiklene kan holde seg svevende i luften i mange timer. Større dråper (f.eks. sprut fra roterende instrumenter) faller hurtig ned og tørker inn. Mikroorganismer i disse kan senere virvles opp i luften og bli inhalert. Eksempler på sykdommer som smitter på denne måten er vanlige barnesykdommer, luftveisinfeksjoner og tuberkulose (TB). Hverken HBV, HCV eller HIV smitter på denne måten.

DIREKTE KONTAKTSMITTE

Smitteoverføringen skjer ved at tannhelsepersonellens kontaminerte hender kommer i direkte kontakt med pasienten. God håndhygiene og bruk av hansker ved direkte kontakt med blod og saliva vil begrense faren for slik smitteoverføring.

INDIREKTE KONTAKTSMITTE

Smitteoverføring på denne måten, også kalt kryssinfeksjon, skjer ved at smittestoff blir overført fra kilden til mottakeren via et mellomledd (krysskontaminering). Faren for indirekte kontaktsmitte er grunnen til at instrumenter, utstyr og gjenstander blir desinfisert og/eller sterilisert etter pasientbehandling. Av samme grunn skal avtrykk og tanntekniske arbeider desinfiseres.

5. OVERORDNET BEHANDLINGSPRINSIPP: ALLE PASIENTER SKAL BEHANDLES LIKT

Tannhelsepersonell behandler i hovedsak relativt friske personer i ASA-klasse 1 til 3. Alle pasienter skal fylle ut helseskjema før behandling. Hensikten med dette er at behandler skal vite om det må iverksettes særskilte tiltak for å kunne gi pasienten trygg og sikker behandling.

ASA-klassifisering, er den amerikanske anestesilegeforenings (ASA står for *American Society of Anesthesiologists*) system for gradering av risiko i forbindelse med anestesi. På grunnlag av faktorer som bl.a. tilleggssykdommer og allmenntilstand, graderes pasientene i 5 risikogrupper, hvorav grad 1 betegner en minimal risiko og grad 5 en betydelig risiko.

Oversikt over ASA klasser:

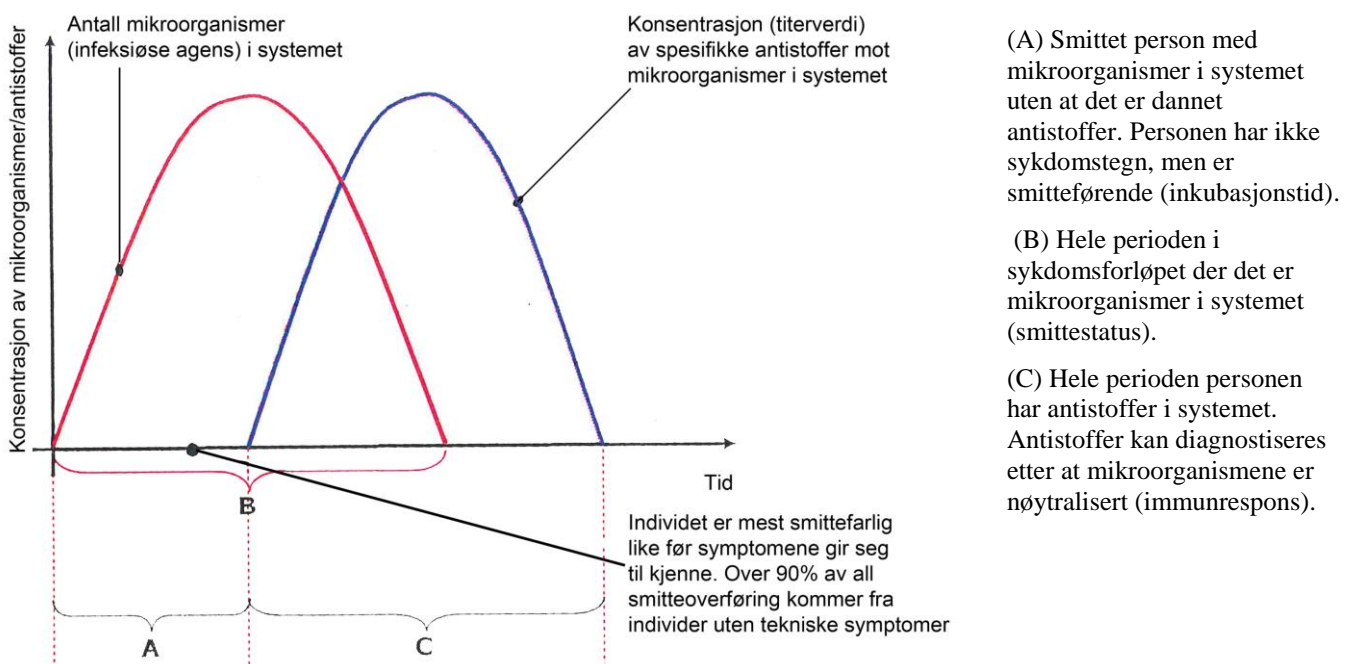
ASA 1	Frisk pasient. Ingen organisk, fysiologisk, biokjemisk eller psykiatrisk forstyrrelse. Den aktuelle lidelsen er lokalisert og gir ikke generelle systemforstyrrelser. Mindre enn 5 sigaretters røyking per dag. Alder under 80 år.
ASA 2	Moderat organisk lidelse eller forstyrrelse som ikke forårsaker funksjonelle begrensninger, men som kan medføre spesielle forholdsregler eller anestesitekniske tiltak. Alder over 80 år. Mer enn 5 sigaretters røyking per dag. <i>Eksempler:</i> Lett organisk hjertesykdom. Ukomplisert diabetes (type 1 og 2). Godartet, ukomplisert hypertensjon.
ASA 3	Alvorlig organisk sykdom eller forstyrrelse som gir definerte funksjonelle begrensninger. <i>Eksempler:</i> Diabetes med organkomplikasjoner. Invalidiserende hjertesykdom. Moderat til alvorlig lungesykdom. Angina pectoris. Gjennomgått hjerteinfarkt (mer enn 6 måneder siden)
ASA 4	Livstruende organisk sykdom. <i>Eksempler:</i> Malign hypertensjon. Nylig gjennomgått hjerteinfarkt (mindre enn 6 måneder siden). Sterkt framskreden lever-, nyre-, lunge- eller endokrin dysfunksjon. Manifest hjertesvikt.
ASA 5	Moribund (døende) pasient som ikke forventes å overleve 24 timer.

Opplysninger i helseskjema er vesentlig for at vi kan gi pasientene en trygg behandling, men opplysninger i helseskjema angående visse sykdommer som hepatitt og HIV er også tolket som

viktige for at pasienten ikke skal smitte oss eller andre. Det har tidligere vært praktisert omfattende særtiltak ved behandling av disse pasientene. Spørsmålet er om det har vært evidensbasert.

Når en pasient blir smittet vil mengden mikroorganismer i kroppen øke sterkt. Tilstedeværelsen av mikroorganismer utløser en immunrespons som kan måles. Det er først når immunresponsen kan måles pasienten vet eller kjenner at han/hun er syk. Det vil som regel være flest mikroorganismer til stede rett før immunresponsen er aktivert, og pasienten er mest smittsom i denne perioden. Tiden fra smitte til målbar immunrespons (inkubasjonstiden) varierer sterkt, og pasienten kan derfor være tilsynelatende frisk, men smittebærende, i lengre tid.

Figur 1. Skjematisk tegning av smittestatus, inkubasjonstid og immunrespons:



Kilde: Mikael Zimmerman

Hadde det vært mulig å identifisere alle smittefarlige pasienter, kunne vi konsentrert våre hygienetiltak maksimalt om dem. De andre pasientene ville kun kreve enkle hygieniske forholdsregler. Dette er imidlertid ikke mulig. Vi må følgelig innrette våre daglige hygienrutiner på at alle pasienter kan være smittefarlige, og ha rutinemessige hygienetiltak som er gode nok til at behandlingen er forsvarlig selv om pasienten har maksimalt antall mikroorganismer i blodet og ingen målbar immunrespons (toppen av rød kurve i figuren). Blod og saliva (ofte blodtilblandet) må derfor

alltid regnes som potensielt infeksjøs materiale. Den nære og til dels langvarige kontakten mellom pasient og behandler, samt mulighet for inokulering av smittestoff, legger forholdene til rette for smitteoverføring ved tannbehandling. I motsetning til ved HBV og HCV- infeksjon er det hittil ikke rapportert HIV- smitteoverføring gjennom saliva.

INKUBASJONSTID VED NOEN SYKDOMMER

HIV-viruset kan gi en primærinfeksjon 2-4 uker etter smitte, men kan være asymptomatisk i flere år.

Inkubasjonstiden for noen andre sykdommer er som følger:

Sykdom	Inkubasjonstid
Aids	5-12 år
Campylobakterinfeksjon	2-7 dager
Forkjølelse	12-72 timer
Hepatitt B	2-6 måneder
Hepatitt C	6-8 uker
Influenza	1-4 dager
Kusma	2-3 uker
Legionærsyke	5-6 dager
Matforgiftning	1-24 timer
Mononukleose	2-6 uker
Norovirusinfeksjon	12-48 timer
Røde hunder	16-18 dager
Syfilis	2-4 uker
Tetanus	5-15 dager
Tuberkulose	1-4 måneder

Ikke alle pasienter opplyser om sin smittestatus. Disse kan deles i to grupper:

- Pasienten er ukjent med sin smittebærertilstand, er uten kliniske symptomer eller er frisk smittebærer
- Pasienten unnlater å gjøre oppmerksom på sin smittebærertilstand av frykt for konsekvensene

Alle pasienter er en potensiell smittekilde. Det er risikofylt atferd (seksuell omgang og kontakt med infeksjøs blod), og ikke tilhørighet til risikogruppe, som bestemmer smittefaren et individ representerer. Smittestatus kan ikke fastslås ut fra pasientens utseende, risikogruppetilhørighet eller oppførsel.

Hovedprinsippet for all tannbehandling er derfor at alle pasienter skal behandles som om de var smittepasienter, og alle pasienter skal behandles likt.

6. VED KJENT SMITTE HOS PASIENT ELLER BEHANDLER

Basale smittevernrutiner korrekt gjennomført er tilstrekkelig også ved kjent smitte.

KJENT SMITTE HOS PASIENT

At en pasient er smittet betyr nødvendigvis ikke at vedkommende er smittefarlig. Smittede pasienter har samme krav på tannbehandling som den øvrige befolkningen, og avvising av smittede er ikke i samsvar med god tannlege-/tannpleieretikk. I følge fakultetsrådsvedtak skal undersøkelse og behandling av kjente, klinisk friske HIV smittebærere (fakultetsrådssak 20/89) og hepatittsmittebærere (fakultetsrådssak 77/95) inngå i studentundervisningen (integrert pasientbehandling) i samsvar med de smitteforebyggende tiltak i Hygieneplan for Odontologisk Universitetsklinikk. HCV-positive pasienter skal også kunne behandles av studentene (fakultetsstyrevedtak av 24.03.98).

De odontologiske lærestedene har et ekstra holdningsskapende ansvar med tanke på nyutdannede tannleger og tannpleiere. Instituttleder har ansvar for at studenter og ansatte får tilbud om vaksine.

Personale og studenter med beskyttende antistofftiter (> 100 IU/l anti-HBs Ab) mot HBV (etter HBV-infeksjon eller HB-vaksinasjon) som behandler HBV bærere er godt beskyttet. Vi vil derfor oppfordre både ansatte og studenter til å vaksinere (ved behov revaksinere) seg.

Anti-HCV antistoff beskytter ikke på samme måte mot HCV.

Siden alle pasienter i utgangspunktet er å anse som smittebærere, er også alt brukt utstyr å anse som smittefarlig.

Ingen ekstra tiltak er nødvendige, de hygienetiltak vi har skal være gode nok for alle situasjoner.

Unntak: ved stikk eller kutt der behandler skader seg på et instrument som har vært brukt på kjent HIV-, HCV- eller HBV-positiv person, iverksettes det umiddelbar behandling uten å vente på resultat av 0-prøve:

Kjent HIV-positiv person – behandling iverksettes på infeksjonsforebyggende avdeling på Haukeland Universitetssjukehus (HUS). HUS kontaktes umiddelbart.

Kjent HCV- eller HBV-positiv person – lege (Legene på Høyden/Bergen Legevakt) avgjør om behandling er indisert. Lege kontaktes umiddelbart.

Se skjema og prosedyre for stikk, kutt og øyeskade.

TUBERKULOSE

Pasienter med tuberkulose kan påregnes smittefrie etter 2-4 ukers TB-behandling.

Tannbehandlingen utsettes til 4 uker etter påbegynt tuberkulosebehandling. Pasienter som oppgir å være under behandling for lungetuberkulose, er å regne som smittefrie.

Ved behov for akutt behandling skal pasienten behandles av personale med positiv tuberkulinreaksjon (Mantoux-test/Pirquets prøve) i adskilt behandlingsrom. Personalet skal bruke åndedrettsvern i klasse P3 (f.eks. 3M) Pasientene vil normalt være hospitalisert, og blir behandlet på sykehus.

KJENT SMITTE HOS TANNHELSEPERSONELL (gjelder også student som er definert som helsepersonell)

Smittebærerstatus er ikke til hinder for at tannhelsepersonell kan behandle pasient så sant det praktiseres basale smitteverntiltak.

Tannhelsepersonell og tannhelsestudenter er omfattet av lov og regelverk med hensyn på å utføre sitt arbeid hvis de selv er smittebærere.

Smittevernloven § 4-2: Forbud mot utførelse av arbeid m.m. En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom som gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning er en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan forbys å utføre dette arbeidet eller delta i undervisningen for opptil tre uker dersom hensynet til smittevernet krever det. Ved nytt vedtak kan forbudet forlenges med opptil tre uker.

Vedtak etter første ledd skal gjøres av kommunelegen sammen med legen som det regionale helseforetaket har utpekt etter § 7-3 tredje ledd.

Fylkesmannen avgjør klage over vedtak. Når legene som skal gjøre vedtak etter andre ledd er uenige, skal fylkesmannen delta i avgjørelsen. Helsedirektoratet avgjør klagen når fylkesmannen har vært med i første instans. En klage har ikke utsettende virkning på iverksetting av vedtak etter denne paragrafen.

Når smittede personer gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning kan utgjøre en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan departementet i forskrift fastsette at det skal være forbudt for

smittede personer å utføre et bestemt arbeid eller deler av det eller delta i undervisning.

Blodsmitteveilederen, 5.15 Retningslinjer for helsearbeidere som er smitteførende med blodbåren smitte:

Det er i Norge og i andre land påvist smitteoverføring fra hepatitt B antigen positive helsearbeidere til pasienter i tilknytning til invasive inngrep. Hiv og HCV kan smitte på samme måte som HBV, dog slik at risikoen for blodsmitte med HCV og hiv er lavere enn for HBV. På bakgrunn av internasjonale data som foreligger om smitte fra hiv-positive helsearbeidere til pasienter, er det grunn til å anta at risikoen er ekstremt liten.

Smitte kan bare skje dersom en HBV-, HCV- eller hiv-positiv helsearbeider skader seg i forbindelse med prosedyrer som gjør at blod fra denne kan komme i kontakt med pasientens slimhinner, blottlagt vev eller på annen måte komme inn i pasientens blodbane. Et eksempel på risikofylte prosedyrer er når fingre og nål eller andre skarpe instrumenter brukes samtidig i et dårlig visualisert område.

I henhold til rapporter om smitteoverføring med HBV fra helsearbeidet til pasient er dette hovedsakelig knyttet til gynekologisk/obstetriske, kolorektal og kardiovaskulær kirurgi, samt oral kirurgi og tannlegevirksomhet. De viktigste tiltak mot smitteoverføring består av nøye gjennomføring av generelle tiltak mot blodsmitte og modifisering av mulig smittefarlige prosedyrer. Derved vil smittefaren med kjente og eventuelt ukjente agens kunne elimineres og risikoen for uhell reduseres. Helsearbeidere som utfører risikofylte invasive prosedyrer som kan tenkes å medføre smittefare for pasienter, og som har grunn til å tro at de kan ha vært utsatt for smitterisiko med HBV, HCV eller hiv, forutsettes ut fra yrkesetiske normer å kjenne sin smittestatus. Det er enhver helsearbeiders plikt å sørge for at han/hun ikke utsetter pasienter for smitterisiko. Det er en forutsetning at selve HBV/HCV/hiv-testen utføres på frivillig basis i samsvar med gjeldende lovverk og allment aksepterte faglige normer.

Helsearbeidere som er HBV/HCV/hiv-positive og utfører risikofylte invasive prosedyrer, anbefales jevnlig oppfølging av spesialist i infeksjonsmedisin, gjerne i samarbeid med egen lege. Disse skal fortløpende vurdere den smittede helsearbeiders arbeidssituasjon i forhold til forsvarlig utføring av de oppgaver vedkommende har utført tidligere.

I følge blodsmitteveilederen synes det ikke å være faglig eller juridisk grunnlag for å fatte vedtak om studie- eller yrkesforbud for ovenfor nevnte blodsmittebærere innen tannhelsesektoren.

MRSA- positivt tannhelsepersonell har ikke tilgang til annen helseinstitusjon eller operasjonsområder. På nåværende tidspunkt gjelder lovverket ikke ordinær tannbehandling. Ved aktuell problemstilling må saken vurderes individuelt.

7. FOREBYGGING AV STIKK- OG KUTTSKADER

Siden alle pasienter er å regne som smittefarlige, må det tas 0-prøve ved alle stikk- og kuttskader med brukt (kontaminert) instrument. Se prosedyre ved avvik.

Forebygging av stikk- og kuttskader er et satsingsområde. EUs stikkskadedirektiv og Forskrift om utførelse av arbeid har begge et spesifikt forbud mot å sette hetten tilbake manuelt når en sprøyte har vært brukt. Klinikken har egne hjelpemidler og prosedyrer for å oppbevare sprøyter uten hette rent og trygt ved behov for gjentatt injeksjon. Ved behov for ny karpyle ved anestesi, må det monteres ny sprøyte. Brukte kanyler fjernes i kanylekutter, og brukte engangssprøyter kastes i gul beholder uten demontering eller påsetting av hette først.

Forebygging av stikk- og kuttskader gjøres best ved å ha en ryddig arbeidsplass, arbeide enkelt med så få instrument- og borskift som mulig, og planlegge arbeidet godt før det utføres.

8. BASALE SMITTEVERNROUTINER

Basale smittevernrutiner er effektive og miljøvennlige smitteforebyggende tiltak i samsvar med nasjonale og internasjonale tilrådinger. Basale smittevernrutiner vil si de forholdsregler som tas for å hindre smitteoverføring fra person til person eller mellom kontaminert flate og instrument. Her inngår bruk av munn-nesebind, briller og hansker. God håndhygiene er en forutsetning for at basale smittevernrutiner skal fungere.

De viktigste smitteforebyggende tiltak er:

1. Basale smittevernrutiner for det enkelte individ
2. Basale smittevernrutiner for unit og behandlingsrom
3. Basale smittevernrutiner for arbeid på steril

8.1 BASALE SMITTEVERNROUTINER FOR DET ENKELTE INDIVID

HÅNDHYGIENE

Folkehelseinstituttet kom 01.11.2004 med nye retningslinjer for håndhygiene i helsesektoren, tannhelsetjenesten inkludert, der en stort sett anbefaler hånddesinfeksjon med sprit i stedet for tradisjonell håndvask. Våre retningslinjer er basert på informasjon om at spritholdige (isopropanol eller etanol) hånddesinfeksjonsmidler gir sikker reduksjon av den inkonstante bakteriefloraen på hendene uten nevneverdig påvirkning av den konstante floraen. Hånddesinfeksjonen tar kort tid og kan gjennomføres mens man går fra et sted til et annet. Sprit er ikke allergent, og det ikke er kjent at mikroorganismer har utviklet spritresistens. Hånddesinfeksjon skal bare nyttes når hender og fingre er visuelt rene (for eksempel ved hanskeskift). Er de ikke rene skal de vaskes først. Hendene skal være tørre når de desinfiseres fordi fuktighet forringer effekten av håndspriten.

Dårlig håndvask er den viktigste årsaken til sykehusinfeksjoner. Dette viser betydningen av god håndvask ved pasientbehandling.

Hyppig bruk av såpe vil tørke ut huden og kan føre til tørr og sprukken hud som kan være et hinder for god håndhygiene og bør behandles med fuktighetskrem. Er problemene vedvarende må eventuelt hudlege konsulteres.

Intakt hud er den beste barrieren mot mikroorganismer, og også av den grunn bør det anvendes hånddesinfeksjon med sprit i stedet for såpe.

PROSEDYRER

Arbeidsdagen starter alltid med klinisk håndvask.

Fingerneglar skal være kortklippede. Neglelakk/kunstige negler/påstøpte negler skal ikke benyttes da avskalling gir bakterieretensjon. Ringer, armbånd og armbåndsur tas av før håndhygienetiltak. Ermene på arbeidstøyet skal ikke være nedenfor albuen.

Klinisk håndvask

1. Fukt hender og håndledd med vann, deretter flytende såpe fra dispenser
2. Fordel såpen slik at alle flater på hendene blir fuktige, og gni med såpe minst 30 sek.
3. Skyll såpen grundig av under rennende lunkent vann
4. Tørk grundig med engangshåndkle
5. Ikke berør vannkran eller såpedispenser med hendene, bruk albuen eller et engangshåndkle

Hånddesinfeksjon

1. Tørre hender tilføres 3-5 ml hånddesinfeksjonsmiddel som skal fordeles og gnis inn overalt på hver finger, mellom fingrene, på håndryggen, på håndflaten og omkring håndleddet slik at huden holdes fuktig minst 15-30 sek.
2. Hendene gnis til de blir tørre
3. Hansker tas straks på dersom arbeidet krever hanskebruk

Kirurgisk håndvask

Kirurgisk håndvask er påkrevd før dagens første operasjon, etter en lengre pause og mellom operasjoner hvis hendene er synlig forurenset.

1. Fukt hender og underarmer med vann
2. Bruk flytende såpe fra dispenser og vask i 1 minutt
3. Skyll av såpen. Hendene holdes på et høyere nivå enn albueene. Dette fordi det skitne vannet skal renne mot albueene og ikke mot hendene som skal være det reneste område
4. Rens neglene med neglerenser (engangs) under rennende vann
5. Tørk godt med engangshåndkle

Kirurgisk hånddesinfeksjon

1. Hender og underarmer gnis inn med hånddesinfeksjonsmiddel i 3 minutter (gjentatt applikasjon)
2. La hendene og underarmene lufttørke før hansker tas på

HÅNDDDESINFEKSJONSMIDLER (HÅNDANTISEPTIKA)

Antiseptika er desinfeksjonsmidler til bruk på hud og slimhinne. Til hånddesinfeksjon brukes for tiden:

Antibac Dental Hånddesinfeksjon 85 %

Spritdesinfeksjonsmiddel med 60-85 % etanol og 1-5 % isopropylalkohol.

MUNN- NESEBIND

Munn-nesebind tas på før hånddesinfeksjon på grunn av fare for berøring av kontaminert område som hud, hår etc. Munn-nesebind skal benyttes for å beskytte operatør ved å redusere aerosolsmittespredning/-inhalasjon og når det er fare for sprut av blod, puss og sekreter. Munn-

nesebind skal dekke både munn og nese, er engangs og skal kastes etter bruk. Hvis det ikke er risiko for sprut eller søl, behøver munn-nesebind ikke benyttes.

Hendene skal vaskes etter kontakt med et brukt munn-nesebind. Munn-nesebind brukes ved all pasientbehandling (tann/kirurgisk behandling) og skiftes etter hver pasient eller oftere (når det er synlig fuktig). Et vanlig klinikkmunnsbind er virksomt/holdbart i maks 20 minutter. Brukte munn-nesebind kastes umiddelbart i avfallsspann på klinikken.

Munn-nesebind og hansker skal byttes mellom hver pasient. På grunn av smittefare skal munn-nesebind ikke henge rundt halsen etter bruk.

ØYEVERN

Briller skal anvendes for å verne øynene ved behandling som medfører sprut. Briller med sidebeskyttelse kan i enkelte situasjoner være påkrevet. Ved tilberedning/håndtering av desinfeksjonsvæske følges bruksanvisning, og bruk briller der det er anbefalt. Beskyttelsesbriller finnes på seksjonene til utlån. Etter bruk legges de i egen kurv og vaskes i vaskedekontaminatoren (desinfektor, instrumentvaskemaskin). Private briller, også lupebriller, sprites av mellom hver pasient.

Visir beskytter øyne og ansikt mot sprut, og kan erstatte munn-nesebind.

HANSKEBRUK, LATEKSREAKSJONER OG HANSKETYPER

Intakt hud er god barriere i seg selv. Hansker brukes som mekanisk barriere for å forhindre tilsøling som vil kreve vask med såpe, og for å redusere antall mikroorganismer ved stikk eller kuttskade. En god, elastisk hanske vil slutte tett rundt instrumentet og redusere mengden blod eller andre kroppsvæsker på stikkstedet.

Ingen hansker er tette, men de vil likevel ved lengre tids bruk skape en fuktig anaerob atmosfære. For å unngå hudproblemer, bør hansker derfor skiftes minst hver annen time. Det må utføres hånddesinfeksjon med sprit før ny hanske tas på. Hvis huden er synlig forurenset på grunn av skade eller hull i hansken, utføres vask med såpe først.

Sår eller skader i hud dekkes med vanntett plaster før hanske tas på som vanlig.

Hansker er i beste fall bare motstandsdyktige mot bondingsmaterialer, akryl og andre ureagerte dentale materialer noen få minutter. Det innskjerpes at en skal behandle slike materialer ved hjelp av instrumenter og straks skifte hanske(r) dersom en likevel er kommet i direkte kontakt med dem.

Hanskebruk

Før hansker tas på, og når de tas av, vaskes hendene eller desinfiseres. Hansker skal brukes ved undersøkelse og behandling av pasient samt ved rydding og desinfeksjon av arbeidssted og unit for øvrig. Hansker brukes ved direkte kontakt med blod, kroppsvæsker, sekreter, sår, slimhinner og instrumenter/utstyr som har vært i kontakt med dette. Det er viktig for hendenes/fingrenes bevegelsesfrihet og berøringsfølelse at hanskene ikke er for store eller for små. Større operative inngrep krever sterile hansker. **Oppdages hull i hanskene skal de straks skiftes.**

Hansker brukes aldri på pc-tastaturet eller journaldokumenter!

Planlegg slik at du slipper å gå fra arbeidet du holder på med!

Bruk hansker bare når du skal, og ta av hanskene straks du er ferdig med arbeidsoperasjonen slik at belastningen på huden blir minst mulig. Husk at hansker ikke skal vaskes eller sprites!

Studenter og andre som behandler pasienter (kontakt med blod/spytt) skal skifte hansker mellom hver pasient. Hansker som nyttes på samme pasient og kontamineres utenom arbeidsfeltet, skal straks skiftes før pasientbehandlingen fortsetter.

Lateksreaksjoner

Lateks inngår i mange ting vi kommer i kontakt med i dagliglivet og brukes til mange formål innen medisin og odontologi (f.eks. karpylestempel, kofferdam og hansker). Lateks gummi har en rekke allergener (proteiner) og dessuten rester av kjemikalier fra produksjonsprosessen som kan være allergiserende. I mange latekshansker (og andre hansketyper) er det dessuten ofte pudder på innsiden. Dette pudderet kan virke irriterende på huden. Ca. 5 % av befolkningen og 15-20 % i tannhelsesektoren reagerer på latekshansker. Disse reaksjonene kan deles inn i tre hovedgrupper:

- Irritasjonsreaksjon – Irritativt kontakteksem (ITK)
- Forsinket allergisk reaksjon – Allergisk kontakteksem (type IV overømfintlighetsreaksjon)
- Straksallergisk reaksjon (type I overømfintlighetsreaksjon)

ITK er ikke relatert til lateks, men kan være en reaksjon på pudderet som ofte brukes på innsiden av hansker eller på den innelukking av huden hanskebruk skaper. Denne reaksjonen kan således forekomme på hansker fremstilt av alle typer materialer. Dette er den hyppigst forekommende reaksjon på hanskebruk. Atopikere er spesielt disponert for slik iritasjonsreaksjon. Å begrense

hanskebruken til det absolutt nødvendige, bytte hansker ofte og å unngå hansker med pulver, vil redusere risikoen for irriterende kontakteksem. Symptomer på ITK er kløe, rød og sprukken hud under hansken. God hudpleie (forsiktig, men omhyggelig tørking etter håndvask, smøring med fuktighetskrem flere ganger daglig) vil kunne avhjelpe plagene.

Type IV (forsinket) reaksjon vil kunne ha liknende symptomer som ITK, men er ofte mer uttalt, med mer kløe samt væsking, sprekkdannelse og hevelse svarende til hanskens kontaktflate. Tilstanden utvikler seg i løpet av noen dager etter eksponering. Denne reaksjonen er heller ikke knyttet til lateks, men til ulike tilsetningsstoffer, konserveringsmidler etc. som forekommer i materialet. Da vil selv den minste eksponering for det aktuelle allergen gi kraftig oppblussing av eksem. I slike tilfeller må en derfor skifte til annen type hanske, fri for de aktuelle tilsetningsstoffer.

Type I (straks-) reaksjon er relatert til lateks. Den er oftest lokal, svarende til hanske-kontakten, og arter seg som kløende utslett (urtikaria) som inntreffer bare minutter etter at man har tatt på seg latekshansken. Tilstanden går over i løpet av timer etter at hansken er fjernet. Ved gjentatte eksponeringer vil urtikariereaksjonen kompliseres i form av eksemutvikling, som ligner det man ser ved allergisk kontakteksem. Straksallergi overfor lateks kan dessuten gi slimhinnesymptomer i form av nysing, samt renning fra nese og øyne, evt. astma, som reaksjon på luftbårne latekspartikler. I sjeldne tilfeller kan til og med systemisk reaksjon (anafylaktisk sjokk) oppstå.

Latekshansker

Av de grunner som er nevnt ovenfor frarådes lateksallergikere generelt å bruke latekshansker og andre lateksholdige materialer.

Vinylhansker

Ved Odontologisk Universitetsklinikk har man i stor grad gått bort fra å bruke vinylhansker på grunn av høy gjennomtrengelighet og at disse inneholder miljøskadelige stoffer. Ved lateksallergi/reaksjon på nitrilhansker skal det gis dispensasjon til å bruke vinylhansker.

Nitrilhansker

Nitril er benevnningen på syntetisk lateks. Dette materialet har hittil sjelden gitt allergiproblemer. Nitrilhansker benyttes på alle seksjoner ved OUK.

ARBEIDSTØY OG SKO

Alle som har sin arbeidsplass i klinikkene skal bruke egne klinikkbukser og kittel med **kort arm** for å sikre adekvat håndhygiene. **Det skal skiftes hver dag.** Rent tøy skal hentes hver dag hos

husøkonom, det skal ikke oppbevares i eget garderobeskap. Klinikktøyet bør være hvitt, men andre farger kan også benyttes. Det er et absolutt krav at tøyet tåler en vaskeprosess som inkluderer minimum 10 min. ved 85 °C. Klinikktøy **SKAL** innleveres for vask hos husøkonom, privat vask er ikke tillatt. Sivilt tøy skal ikke vises utenfor kittelen, og alle knapper skal være kneppet. På dager hvor temperaturen i klinikkene føles lav, kan ekstra undertøy tas på, **ikke** jakker av ulikt slag over kittelen. Frakk utenpå annet klinikktøy skal ikke brukes ved pasientbehandling/undervisning/sterilarbeid. Det brukes egne klinikksko, og strømper/sokker skal alltid benyttes. Personer som arbeider på laboratorier, kan bruke klinikkfrakk som alternativ til klinikktøy. Sivilt tøy skal ikke benyttes. Hodeplagg skal ikke brukes med unntak av religiøse hodeplagg. Religiøse hodeplagg som brukes i klinikken anses som arbeidstøy og følger regler for arbeidstøy. Engangsforkle av plast bør brukes over arbeidstøy ved pasientbehandling ved arbeidsoperasjoner som medfører mye sprut og søl, og ved behov for ekstra barriere.

Ansatte i sivil tøy som skal gå gjennom eller har ærend inn på kliniske areal, skal ha hvit klinikkfrakk over det sivile tøyet.

Ved prosedyrer som krever sterilitet benyttes steril frakk over arbeidstøy. Sterile frakker finner i forskjellige utførelser i engangsmateriale.

Riktig bruk av arbeidstøy er et viktig tiltak for å beskytte personell og pasienter for direkte smitte og kryss-smitte. Riktig bruk av arbeidstøy vil i tillegg bidra til å forebygge at personalet sprer mikrober til og fra pasienter og miljø utenfor klinikken. Klinikktøy skal derfor ikke brukes utenfor huset.

HÅR OG SKJEGG

Langt hår skal samles i nakken eller bindes opp. Skjegg skal være kortklippet og velholdt og dekket av munn-nesebind ved pasientbehandling.

RINGER, ARMBÅNDSUR, ARMBÅND, SMYKKER OG PIERCING

Slike gjenstander skal ikke bæres i klinikken, heller ikke under hanskene. Disse tjener som bakteriesamlere, lar seg vanskelig desinfisere eller er et fysisk hinder for en effektiv håndhygiene. Piercing, enten det er i øre eller ansikt skal kun være dekket av små, diskre smykker. Store ringer og lignende er ikke tillatt.

MOBILTELEFON

Privat mobiltelefon må ikke brukes i klinikkområder med mindre den kan sprites av etter hver gangs bruk.

PARFYME

Av hensyn til mulige allergikere bør parfyme unngås i klinikken. Det henstilles også til pasienter om det samme via oppslag på venterom og i resepsjon.

RØYKING

Røyking og snus er ikke tillatt i universitetets bygninger. Røyking og snusing må derfor foregå utendørs. Det er ikke lov å røyke i klinikktoy.

TYGGEGUMMI

Tygg gummi er ikke tillatt i klinikken.

YTTERKLÆR PASIENTER/PÅRØRENDE

Yttertøy bør både av smittevernhensyn og plasshensyn ikke tas med inn på klinikken. Det samme gjelder store vesker, sekker, løpehjul m.m. Skap til pasienttøy og utstyr kan brukes uten polett eller penger.

Ryggsekker, bager og vesker skal ikke medbringes i klinikken.

VAKSINASJON

Det er viktig at tannhelsepersonell er fullvaksinert i samsvar med helsemyndighetenes anbefalinger og at de sørger for revaksinering.

Studenter og tannhelsepersonell som er i hyppig kontakt med blod og saliva bør HB vaksineres. Det er ikke nødvendig å legge restriksjoner på kliniske aktiviteter til dem som velger ikke å bli vaksinert. OUKs ansatte og studenter tilbys gratis HB-vaksine. Studenter får tilbud om vaksinerings hos Legene på Høyden, 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.

I Norge er BCG-vaksinasjon for tuberkulinnegativt tannhelsepersonell ikke lenger påbudt.

8.2 BASALE SMITTEVERNROUTINER FOR UNIT OG BEHANDLINGSROM

a. før behandling

UNIT

Unit skal være rengjort og desinfisert etter forrige bruker. Hvis dette ikke er gjort, følges prosedyre for dette slik det er beskrevet nedenfor.

UNITVANN

For å redusere mikrobetallet i unitvannet skal alle funksjoner med vannspray kjøres over spyttfontenen i 1 min. uten påsatt instrument.

HENTEPINSETTER

Brukes for å hente utstyr. Pinsetten oppbevares adskilt fra unit og svingbord med skitne instrumenter på. Det er egne hentepinsetter for bruk på «øyene».

UTSTYR OG MATERIALER

Dagens arbeid må være planlagt på forhånd, og instrumenter, materialer og annet utstyr hentes før pasienten settes i stolen. Det brukes rene, spritete hender og hentepinsett. Hansker og munnbind er ikke nødvendig.

TILDEKKING

Digitalt kamera skal være dekket med pose for dette formålet. Svingbord er dekket av serviett. Nakkestøtte kan tildekkes av serviett eller engangshette for hår. Øvrig tildekking er ikke nødvendig.

Rent papir brukes til å åpne skuffer med.

Et kontaminert instrument som berører ren overflate/ annet rent instrument medfører at også det berørte er å betrakte som kontaminert. Det er derfor viktig å være bevisst på hvordan kontaminerte instrumenter behandles, og unngå å kontaminere unødvendig.

b. under behandling

PASIENT

Pasienten får plastbelagt serviett for beskyttelse av klær, og beskyttelsesbriller for beskyttelse mot sprut i øyne.

INSTRUMENTBORD

Instrumentbord skal være ryddig, og rene instrumenter holdes adskilt fra kontaminerte. Instrumenter tørkes rene etter hvert for å hindre at blod og materialrester stivner. F.eks. ved at en bomullsrull som ligger i kassetten brukes til å tørke av instrumentet. OBS! Ikke hold i bomullsrullen.

TASTATUR

Det skrives på tastatur med rene hender. Ved behov for notater underveis, brukes spritet penn og støtteark for å unngå unødige hanskeskift.

c. etter behandling

SPISSE OG SKJÆRENDE INSTRUMENTER

Kanyler, skalpellblad, suturnåler og andre kassable skarpe instrumenter, kastes i gul beholder som finnes i hvert behandlingsrom.

ARBEIDS- OG INSTRUMENTGANGEN VED OUK

Instrumentene fra pasientbehandlingen sorteres på brukerstedet (behandlingsrommet). Bruk hansker. Engangsutstyr kastes. Instrumenter sjekkes for om materialrester er fjernet, og legges i riktig rekkefølge i kassett. Ved skittenskranke for innlevering av brukte instrumenter på sterilene, sorteres løse instrumenter i riktig kurv. OBS! Ikke hold i arbeidsdelen av instrumentet.

Instrumentene vaskes i vaskedekontaminator. Instrumenter som ikke skal penetrere hud eller slimhinne behøver ikke autoklaveres, men dette gjøres rutinemessig ved Odontologisk universitetsklinikk for å ha enhetlige og sikre rutiner. Instrumenter som må være sterile, pakkes før autoklaving.

Desinfiserte instrumenter skal oppbevares forsvarlig, og må redesinfiseres om de ikke har vært i omløp i løpet av en uke.

OBS! Defekte instrumenter som skal kasseres eller repareres må også rengjøres og desinfiseres før innlevering.

Studenter/teamsekretær er personlig ansvarlige for innlevering/sortering av brukte instrumenter, tøy og problemavfall. De er likeså ansvarlige for desinfeksjon av unit/behandlingssted, også etter siste pasient.

ROTARENDE INSTRUMENTER

Turbiner, hånd- og vinkelstykker blir vasket, smurt og autoklavert mellom hver pasient.

KIRURGISKE ROTARENDE INSTRUMENTER

Disse skal demonteres i henhold til bruksanvisning før innlevering.

ULTRALYD/SCALER

Arbeidsspiss leveres med kassetten til sterilisering. Scaleren skrues fra hverandre og leveres i tre deler for rengjøring. Se egen prosedyre på steril.

NB: Plastprisme og metallhylse er ikke engangs.

DESINFISERING AV UNIT

Etter hver pasient desinfiseres følgende med kompress gjennomfuktet med sprit med en virketid på 2 minutter eller tilsvarende desinfeksjonsmiddel: Dürr FD322 har kortere virketid, 30 sekunder og kompressen skal være mye mindre fuktig. Bruk hansker.

1. Rydd i instrumenter (viktig å ha orden under hele behandlingen for å unngå uhell, samt å lære god teknikk).
2. Sorter fler- og engangsbor.
3. Sprit forsiktig av instrumenter for å fjerne sementrester. Sorter instrumenter i riktig rekkefølge i kassett (kontrolleres av teamsekretær før innlevering på steril).
4. Kast alt engangsutstyr i boss, engangsbor i gule avfallsbokser. OBS: husk å kaste plastpose på kamera.
5. Instrumentene leveres på sterilen på skitten side med skitne hansker, løse instrumenter sorteres og legges i riktige kurver.
6. Hanskene kastes, hendene sprites før du går tilbake i båsen.
7. Ta på rene hansker.
8. Hente våte spritkluter og plasser på stol, instrumentbrett, benk og sug.
9. Sprit av stolen i følgende rekkefølge:
 1. Sprit av hele høyre benk ved pc.
 2. Sprit av skuffeseksjon.
 3. Sprit av kanylekutter.
 4. Sprit av pasientstol.
 5. Sprit av studentstol inkl. justeringshåndtak.
 6. Sprit av røntgenapparat samt røntgenkonus, eksponeringspanel og dørhåndtak. (Obs: «Tørr» avspriting på elektronikk.
 7. Sprit av lampe, ikke så våt spritklut på selve lampen, men den må sprites pga. blod- og salivasprut.
 8. Sprit av instrumentbrett, deretter instrumentbro.
 9. Plastmattene løftes og det sprites under, spesielt i kantene hvor det lett samler seg rester.
 10. Sprit av treveissprøyte, vinkelstykke, turbin, scaler, alt selv om det ikke er i bruk. Husk å sprite slangen godt, samt åpningen i instrumentbryggen som utstyret står i.
 11. Sprit godt under instrumentbrettet da det er et område vi ikke lett ser, men som pasienten ser.
 12. Sprit av benk på venstre siden i båsen inkludert tilkallingknapper og kast plastpose i bosset.
 13. Ta på vannet i spyttfontene og bruk vakumsug til å suge opp rester fra sil i fontenen. Sprit av vakumsug, krøllsug, herdelampe. Husk slangene og festene.
 14. Sprit godt bak på instrumentbryggen da det ofte tas på baksiden med skitne hansker.
 15. Sprit av der som pasientkoppen står, løft på underlaget og sprit av under.
 16. Sprit av undersiden av fontenen.
 17. Sprit til slutt av oppi fontenen, da dette er det skitneste området.
 18. Samle sammen bosset, knytes og kastes. Helst med rene hansker.
 19. Hendene sprites godt, og Decaseptol-rensing settes på (se sugeanlegg).

FLEKKDESINFEKSJON

Større blodsøl forekommer svært sjelden i odontologisk praksis og det er av den grunn ikke nødvendig med spesielle tiltak. Mindre flekker av saliva og blod fjernes med kompress godt fuktet med vann før spritdesinfeksjon.

SKUFFER FOR OPPBEVARING AV DESINFISERTE INSTRUMENTER: sprites ukentlig.

INTENSIV DESINFEKSJON PÅ UNIT: kjøres fra fredag ettermiddag til mandag morgen (følg egen prosedyre)

KAMERA, MIKROSKOP, PULPATESTER OG HERDELAMPE

Vaskes med kompress fuktet i Dürr FD322 (alternativt «tørr» fuktet kompress med sprit).

SUGEANLEGG

Spyttsug/krøllsug:

Munnstykket av plast og mellomstykket av klar plast kastes etter hver pasient.

Sugeslangen gjennom suges med rikelig vann etter hver pasientbehandling manuelt eller med automatisk skyllefunksjon (finnes på uniter i NOB). Etter hver behandlingsøkt skylles sugeslanger ved hjelp av automatikkfunksjon som bruker Decaseptol rensevæske (finnes på uniter i NOB). Dette er nødvendig for å ha tilstrekkelig desinfiserende effekt.

Vakumsug:

Munnstykket av hvit hard plast kastes etter hver pasient. OBS! Mellomstykket kastes ikke, men leveres til sterilsentral. Rengjøring/skylling foregår på samme måte som for spyttsug/krøllsug.

SPYTTFONTENE:

Bruk automatisk rengjøring med Decaseptol rensevæske. Følg egen bruksanvisning som i punktet over.

SILER i sug og spyttfontene

Skylles i egen vask på steril som har amalgamutskiller. Svært skitne eller ødelagte siler kastes.

Vaskes så i egen kjøring i vaskedekontaminator. Dersom kapasitetsproblemer på vaskedekontaminator, kan Sanogene benyttes i stedet.

BOR, DIAMANTER ETC. OG MATRISEBÅND

Universitetsklinikken bruker i stor grad engangsbor. Oversikt over engangsutstyr finnes på de enkelte seksjoner.

Flergangsbor skal ikke ligge tørt etter bruk, før rengjøring; de skal legges i borskål med Sanogene på sterilen dersom de ikke blir vasket med en gang for å forhindre at materiale tørker inn og vanskeliggjør den videre rengjøringsprosessen i vaskedekontaminator.

Sanogene skiftes en til flere ganger daglig. Borskålen rengjøres i vaskedekontaminator.

FOTOGRAFERINGSUTSTYR

Fotospeil vaskes i vaskedekontaminator

Fotohaker vaskes i vaskedekontaminator

AVTRYKK OG TANNTEKNISKE ARBEIDER

Et tannteknisk arbeid skal desinfiseres hver gang det overføres fra klinikk til tannteknisk laboratorium og omvendt. Før desinfeksjon skylles avtrykk under rennende vann (OBS! uten sprut og søl) til de er visuelt rene. Tanntekniske arbeider og avtrykk desinfiseres i Dürr MD 520 i 5 min, skylles deretter i vann. Til orientering for tanntekniker skal det være angitt hvordan avtrykket er desinfisert.

Proteser, modeller og artikulatur skal rengjøres og desinfiseres før arbeidet forlater båsen. Protoser som skal repareres, skal være desinfisert og innpakket i en boks før den forlater klinikken. Tannteknisk lab. har samme rutiner.

Samme rutiner gjelder også protoser som har vært prøvd inn på pasient før de settes tilbake på modellene i artikulatur.

8.3 BASALE SMITTEVERNROUTINER FOR STERIL

RENGJØRING, DESINFEKSJON OG STERILISERING

Rengjøring, desinfeksjon og sterilisering av utstyr er viktige forutsetninger for å forebygge infeksjoner. Sterile produkter må gå gjennom flere delprosesser før de kommer til pasienten. Rekkene av tiltak og tjenester som er nødvendig for å sikre sterile produkter i helsetjenesten, kalles *sterilforsyningskjeden*.

Rengjøringen skal fjerne synlig forurensing og bidra til at etterfølgende desinfeksjon og sterilisering blir mest mulig effektiv.

Instrumenter og utstyr rengjøres etter 3 forskjellige graderinger, avhengig av bruk:

- Utstyr som kommer i kontakt med vev som normalt er sterilt (bindevev, ben, pulpa), skal **steriliseres**.
- Utstyr som kommer i kontakt med slimhinner, uten å penetrere, skal **desinfiseres**.
- Utstyr som kommer i kontakt med bare hel hud skal være **rene**.

For enkle rutiner steriliseres instrumenter/utstyr som tåler dette i stedet for å ha ulike opplegg med hensyn til hva instrumentene/utstyret skal brukes til.

Prioner har høyere resistens mot desinfeksjonsmidler og sterilisering enn mikroorganismer og krever derfor spesielle tiltak.

DESINFEKSJON:

Fire viktige faktorer må til for å oppnå tilfredsstillende rengjøring og desinfeksjon: vann, rengjøringsmiddel, temperatur og tid.

Desinfeksjon er tiltak som utføres for å uskadeliggjøre de fleste smittestoffer slik som virus og bakterier, men den dreper sjelden sporer. Ved desinfeksjon er hensikten å fjerne sykdomsframkallende mikroorganismer slik at smitte ikke kan overføres. Med denne metoden kan en ikke være sikre på at alle mikroorganismer er fjernet eller uskadeliggjort, men det kan være tilstrekkelig å redusere antallet mikrober slik at de gjenværende mikroorganismene ikke kan forårsake smittespredning. Vi kan bruke enten varmedesinfeksjon eller kjemisk desinfeksjon.

1. VARMEDESINFEKSJON

Vaskedekontaminator

Bruk av vaskedekontaminator skal benyttes fremfor kjemisk desinfeksjon når mulig. Rengjøring og desinfeksjon av instrument bør alltid skje så snart som mulig etter bruk, senest innen 2 timer. Mekanisk rengjøring (spyling med kaldt vann) etterfølges av skylling i varmt vann. Instrumentene skal være desinfisert ved 93 grader C i 5 min. Godset skal etter rengjøring være rent for øyet og ikke ha flekker. Våre vaskedekontaminatorer er utstyrt med glass for visuell inspeksjon: spylearmer må gå rundt og skåler o.l. må ikke ligge opp ned.

Vasketester: For å kontrollere riktig mengde vaskemiddel, riktig temperatur, riktig trykk og riktig tid bruker vi vasketester. Disse skal tas på første kjøring hver morgen.

2. KJEMISK DESINFEKSJON

Brukes bare til utstyr når varmedesinfeksjon ikke kan benyttes, for å forhindre inntørking på bor eller til desinfeksjon av flater.

Flergangsbor skal ikke ligge tørt etter bruk, før rengjøring. Da legges de i Sanogene inntil de vaskes i vaskedekontaminator.

ULTRALYDSBAD

Rengjøring med ultralyd er et utmerket valg for rengjøring av instrumenter i rustfritt stål. Ultralydrenngjøring er en prosess som bruker høyfrekvente lydbølger. Lydbølgene, som forsterkes av spesialutviklede rengjøringsoppløsninger, skaper høyenergis kavitasjon. Under kavitasjon dannes millioner av ørsmå bobler som deretter kollapser. Dette frigjør enorme mengder energi og sjokkbølger som skrubber overflaten på instrumenter og utstyr som er plassert i rengjøringsoppløsningen. Denne kraftige skrubbingen når inn i de minste sprekker, der man ikke kommer til med manuell børsting. Ultralydrenngjøring brukes som en effektiv, mekanisk tilleggs metode til manuelle rengjøringsprosesser og til fjerning av fastsittende materiale/belegg før eller etter maskinbasert behandling. Se egen prosedyre for bruksmåte.

KLARGJØRING AV INSTRUMENTER TIL STERILISERING (VEDLIKEHOLD OG EMBALLERING)

HETTEBRUK PÅ REN SIDE: Ved uttak fra vaskedekontaminator, gjennomgang og behandling av rene instrumenter og ved pakking av instrumenter må håret skjules under hette for å unngå kontaminering med hår. Samme regler gjelder for besøkende.

INSTRUMENTSMØREMASKIN (QUATTRO CARE): Dette er en maskin som renser og smører roterende instrumenter innvendig. Det gjøres etter at instrumentene er rengjort i vaskedekontaminatoren. Håndstykke/vinkelstykke/turbin må sprites av etter at det har vært i instrumentsmøremaskinen for å fjerne utvendig restolje. Deretter autoklaveres instrumentene.

DAC: Dette er en maskin som vasker, smører og autoklaverer 6 håndstykker/vinkelstykker/turbiner på 12 minutter.

De instrumenter som skal i DAC, må ikke være synlig skitne. De kan sprites av, evt. vaskes før kjøring i DAC.

VEDLIKEHOLD AV INSTRUMENTER: For at instrumentene skal ha så lang levetid som mulig, er det viktig at de vedlikeholdes korrekt. Grundig rengjøring er en forutsetning for at de skal ha lang levetid. Oppdages urene instrumenter etter vask, må urenheter fjernes og instrumentene vaskes på nytt på grunn av det kan være skittent under restene. Skarpe gjenstander skal ikke brukes for å fjerne urenheter. Det vil lage riper i instrumentet, noe som gir grobunn for mikroorganismer og biofilm, og kan gi endringer i materialet slik at instrumentets funksjon ødelegges. Rester som har satt seg fast på instrumentene, fjernes med spesielle børster. OBS! Stålbørster må ikke brukes.

Smøring av alle hengslede instrumenter (saks, nåleholder, tenger osv.) med en mikrodråpe olje etter hver vask og før autoklavering er også et viktig forebyggende tiltak. Det forlenger levetiden på instrumentene, og knirking og korrosjon unngås. Instrumentet kan pakkes med en gang etterpå. Oljen må være gjennomtrengelig for vanndamp, slik at den ikke hindrer steriliseringen.

Ved autoklavering skal alle tenger og andre hengslede instrumenter være åpne, for å være sikker på at det ikke dannes rust og korrosjon i selve åpne- eller lukkemekanismen.

EMBALLERING: Det er viktig med korrekt pakkemateriale. Det må være permeabelt for luft og damp samtidig som det må beskytte utstyret mot rekontaminering etter avsluttet steriliseringsprosess.

Bruk enten papir eller poser.

Som en ekstra sikkerhet skal brikkene/utstyret pakkes i to lag atskilt emballasje (papir), for å hindre at det oppstår kanaler inn til godset slik at det blir usterilt. To lag emballasje minimaliserer sjansen for at godset blir kontaminert ved at det går hull på emballasjen. Sjansen for at innholdet blir kontaminert ved utpakking er også mindre når det er pakket i to separate lag. Papirene pakkes hver for seg og lukkes med autoklavtape.

Det benyttes ofte poser av plast/papir (autoklavposer) som tillater luftfjerning og lar gass trenge inn i pakken under sterilisering. Porene i papiret lukker seg i tørkeprosessen. Dette betyr at dersom papiret

er vått når autoklaven åpnes, vil ikke innholdet forbli sterilt. Derfor er det viktig at en kontrollerer forpakningene etter autoklaveringen. Ikke intakte eller våte forpakninger må pakkes om og steriliseres på nytt. Innholdet skal ikke overstige en tredel av posens volum. Lukking av posen utføres med sveising. Det benyttes sveisemaskin. Denne skal kontrolleres daglig, se egen prosedyre for dette. Når en pakker i 2 autoklavposer må innerste pose være åpen i en ende eller begge ender må sveises. Innerste pose må ikke brettes. Da får en dobbelt opp med plast på begge sider og platen stopper dampen = ikke tilfredsstillende autoklavering. Posene må ikke stables for tett i autoklaven, da de må ha plass til å ekspandere.

Hult utstyr, som f.eks. skåler, kopper o.l. som pakkes i plast/papir, bør alltid ligge med åpningen mot papirsiden, fordi plastsiden i disse posene er ”døde”, det vil si at de er ugjennomtrengelige for damp og væske.

Posene er utstyrt med steriliseringsindikatorer som skal forandre farge under sterilisering. Disse fargeindikatorerne signaliserer at pakken har vært i sterilisatoren, men ikke at innholdet er sterilt.

En god huskeregel er: papir mot papir, plast mot plast.

Sterile pakninger merkes med dagens dato og utløpsdato.

LASTING AV AUTOKLAV:

Det må ikke lastes for mye eller for tett i autoklaven. Plast plasseres mot plast og papir plasseres mot papir. Maksimal godsvekt som er spesifisert av produsenten av autoklaven, må ikke overskrides. Autoklaven bør fylles jevnt hver gang og lastes etter prinsippet med tyngst gods nederst og lettere gods øverst. Se for øvrig egen prosedyre for mer utfyllende informasjon.

STERILISERING:

Sterilisering er prosedyrer som fører til at alle former for mikroorganismer, inkludert bakteriesporer, dreper og prioner inaktiveres.

Instrumentene skal være rengjort og desinfisert før sterilisering. Etter desinfeksjon skal alle instrumenter sjekkes visuelt for å kontrollere at alle rester av materialer eller vevsrester er borte. Dersom det er rester igjen må dette fjernes før instrumentene vaskes på nytt, før de blir sterilisert. Dette er viktig for å oppnå et godt resultat.

Det finnes flere metoder for sterilisering, men sterilisering med vacuumautoklav klasse B, brukes ved OUK.

Vacuumautoklavene har pulserende forvacuum med effektiv vacuumpumpe som fjerner all luft. I neste prosess slippes damp inn i kammeret for sterilisering. Prosessen avsluttes med pulserende vacuum for å få effektiv tørking av utstyret.

Ved vanddampsterilisering varmes vann opp under trykk og temperaturen vil på grunn av trykket kunne økes til langt over 100 grader. Eventuelle mikroorganismer og sporer vil da dø ved at deres proteiner koagulerer. Jo høyere temperatur, desto kortere tid trenger utstyret å autoklavere for å

oppnå og bli sterilt. Vanlige steriliseringstider er 121 grader i 15 min eller 134 grader i 3 min. I tillegg kommer forvarming, vacuumering og tørketid.

Inaktivering av prioner krever 134 °C i minst 18 min. i vacuumautoklav. På OUK har vi ikke utstyr som er programmert til å fylle disse kravene.

Steriliseringskontroll:

Det er nødvendig med kontinuerlig overvåking ved hjelp av lekkasjetest, dampgjennomtrengningstester, kjemiske indikatorer (indikatortape og poseindikatorer) og biologiske indikatorer (sporeprøver) for å sikre at steriliseringen virkelig gir ønsket resultat, dvs. at alle mikroorganismer er drept. Steriliseringssvikt er oftest resultat av operatørfeil (for mye instrumenter i autoklaven) eller tekniske feil ved autoklaven. Hvis tester viser ufullstendig autoklaving, må prosessen gjentas. Prosedyrer se under.

LEKKASJETEST (VAKUMTEST)

Test for å se at det ikke forekommer lekkasje i pakningen på autoklaven. Kjøres først av alle tester hver morgen.

DAMPGJENNOMTRENGNINGSTESTER

Bowie & Dick simuleringstest benyttes for å kontrollere autoklavens evne til å sterilisere porøs last og tas hver morgen.

Helix-test benyttes for å kontrollere autoklavens evne til å sterilisere hul last klasse A, eks. turbiner, hånd- og vinkelstykker og brukes ved hver kjøring.

KJEMISKE INDIKATORER

Kjemiske indikatorer indikerer om steriliseringsbetingelser har vært oppnådd i autoklaven under steriliseringssyklusen. De gir en indirekte visualisering av steriliseringsprosessen. Kjemiske indikatorer kan avleses umiddelbart etter at prosessen er ferdig og kan i enkelte tilfeller benyttes som deldokumentasjon for prosessen. Bruk av kjemiske indikatorer er et supplement til de nødvendige kontrollrutinene og ikke en erstatning for dem.

Eksempler er: indikatorer på tape, fargeforandring på felter på autoklavposen (poseindikatorer). Autoklavtape og poseindikatorer sier bare at pakningene har vært utsatt for varmebehandling med temperatur opp til 120 grader C, men ikke at de er sterile.

SPOREPRØVER

Autoklaver skal kontrolleres periodisk med sporeprøver (*Bacillus stearothermophilus*), alltid ved mistanke om funksjonsfeil og etter reparasjon. Odontologisk Universitetsklinikk kontrollerer autoklavene hver 3. måned. Drepte sporer betyr at sterilitet er oppnådd.

PROSESSDOKUMENTERING

Temperatur, trykk og tid registreres for hver steriliseringssyklus og kvitteres for på utskrift fra autoklaven. Prosessdokumenter oppbevares i 1 år på sterilen. Eldre dokumenter kan makuleres. Eventuelle avvik registreres på eget skjema som oppbevares i egen perm. Disse makuleres ikke.

OPPBEVARING AV DESINFISERTE PRODUKTER

Desinfiserte instrumenter skal oppbevares fritt for støv og fukt. På grunn av at desinfiserte instrumenter ikke er innpakket, kontamineres disse fortere. Holdbarhetstiden er 1 uke. Desinfiserte produkter må derfor redesinfiseres etter 1 uke. Ha derfor ikke for mange instrumenter i omløp og sørg for at instrumentene sirkulerer. Ved all håndtering av desinfiserte instrumenter skal det brukes desinfisert pinsett til å ”plukke” instrumenter med.

OPPBEVARING AV STERILISERTE PRODUKTER

Utstyr til kirurgiske inngrep legges etter rengjøring/desinfeksjon i autoklavposer som sveises i endene, eller pakkes inn i dobbelt papir, tapes, steriliseres og oppbevares i lukkede skap inntil bruk.

Så fremt oppbevaringen skjer i lukkede skap eller skuffer og emballasjen ikke har synlige skader, gjelder de anbefalte holdbarhetstidene.

I praksis er oppbevaringsforholdene ofte ikke optimale og følgende holdbarhetsgrenser anbefales da:

Emballasje	Holdbarhetsgrense
Plast/papir, tapet	1 måned
Papir, tapet/sveiset	1 måned
Plast/papir, sveiset	6 måneder

Alle prosedyrer/rutiner fins på sterilenhetene og ligger på klinikkmaskinene i mappen «Skjema for hygiene».

9. RØNTGENOPPTAK

HYGIENERUTINER VED RØNTGENOPPTAK MED DIGORA

Før opptak

1. Rene hender - bruk hansker!
2. Røntgenoperatøren selv skal være SIKKER på at "filmen" er ren - hvis ikke sprit den SELV før den settes inn i pasientens munn.

Etter eksponering

1. Legg "filmen" på en fuktig spritklut:
 - Rengjør "filmen".
 - Ta av kontaminerte hansker .
 - Gå til skanneren med "filmen" i en ren spritklut.
2. Pakk ut fosforplaten:
 - Sett inn i skanner hurtigst mulig (platen er sensitiv for lys).
 - Papp og plastlomme skiftes.

Etter skanning

1. Ta i mot skannet fosforplate med ren, ny beskyttelsespapp, helst direkte. Unngå å berøre fosforplaten med hendene. Bruk hansker hvis fosforplaten må komme i direkte kontakt med hender. Bruk ikke pinsett. Pakk straks inn fosforplaten med beskyttelsespapp i ren plastemballasje. LUKK GODT.
2. Sprit "filmen" → den er nå klar til bruk.

MERK: "filmen" = fosforplate + papp + plastlomme.

- Intraoral røntgenfilm tørkes med sprit etter pakking og før den legges på en ren plass i påvente av ny bruk.
- Filmholdere av plast og metall vaskes i vaskedekontaminator og steriliseres.
- Biteklosser for Eggens filmholder er engangsartikler og skal kastes etter bruk. Røntgenapparat, blykrage, dørhåndtak, eksponeringsknapp samt andre steder som er berørt, sprites av etter hver pasient.

HYGIENERUTINER VED OPG-OPPTAK

- Utfra type OPG velg riktig utstyr:
 1. bitepinnen (Bite-block) ved vanlig OPG
 2. bartepinnen (Lip-holder) ved tannløse kjever og ved protrusjon (kj.ledd-opptak)
- Sett på en ren bitepinn mens pasient ser på (hygienepose ikke nødvendig)
- Ta rtg OPG
- Fjern den brukte/skitne bitepinnen/bartepinnen fra OPG-apparatet og legg den sammen med kontaminerte instrumenter til desinfeksjon og autoklaving
- Sprit av OPG-apparatet (hakestøtte, side-hodestøtte, målepinn ved neserot, begge sidehåndtak, eksponeringspanelet, eksponeringsknapp, dørhåndtaket)
- Sett ikke på ny bitepinn før neste pasient er klar

Husk: Skift bitepinn etter hver pasient

10. PROSEDYRER VED AVVIK

PROSEDYRE VED HUDREAKSJONER OG YRKESYKDOM

Personer ved OUK 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. Kopi av svar/epikrise bør sendes UIBs bedriftslege. Dersom det foreligger yrkessykdom, skal skademelding sendes UIB, HMS-seksjonen inkludert melding til vedkommendes NAV-kontor.

PROSEDYRE VED STIKK-/KUTT OG ØYESKADE

Hvis en stikker eller kutter seg på kontaminerte instrumenter eller får smitteholdig materiale på ferske hudsår, i øynene eller munnen, skal følgende tiltak gjennomføres:

Førstehjelpstiltak (straks)

1. Ved stikk-/kuttskade med spontan blødning: la det blø til det stopper av seg selv.
2. Ved stikk-/kuttskade uten spontan blødning: ikke klem rundt stikkstedet eller provoser frem blødning.
3. Vask området med rikelig såpe og vann og desinfiser deretter med Klorhexidinsprit (5 mg/ml) eller hånddesinfeksjonssprit.
4. Sett på plaster
5. Ved blodsprut i øyne, munn, nese: skylle rikelig med vann i minst 10 min., og desinfiser deretter slimhinner (IKKE ØYNE) med Klorhexidin i vandig oppløsning 1mg/ml.

6. Ved blodsprut i sår: skylle rikelig med vann og desinfiser med Klorhexidin (1 mg/ml).
7. Ved skade på øye: Ring Bergen Øyelegesenter tlf. 55 21 05 00, eventuelt Bergen Legevakt tlf. 55 56 87 60. I alvorlige tilfeller ring 113 direkte. Ved etseskader må det først skylles med nøytraliserende øyeskyllevann, deretter må skylling med sterilt saltvann pågå både før og under transport til lege.
Fyll ut Skjema for melding av avvik, ulykker og nestenulykker. Leveres til hygienesykepleier.

Oppfølgende tiltak

8. Fyll ut internt skademeldingsskjema sammen med klinikkansvarlig tannlege. NB! Skriv hvilken seksjon skaden skjedde på. Dersom det skal tas blodprøve av pasienten, føres navnet på vedkommende på. Skjemaet leveres til hygienesykepleier som leverer kopi til bedriftshelsetjenesten umiddelbart.
9. Den skadde/involverte oppfordres til å ta blodprøve hos Legene på Høyden snarest mulig og senest innen 2 døgn. Tlf. 52 69 51 51. Adr.: Christies gate 13, 5015 Bergen (inngang 1.etasje). Time må bestilles innen kl.14, evt. neste dag. Ingen rekvisisjon trengs. Egenandel kan måtte betales, refunderes i etterkant når skaden blir godkjent som yrkesskade. 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. 55 56 87 60. Adr.: Vestre Strømkai 19, 5008 Bergen. Rekvisisjon fylles ut og leveres på Bergen Legevakt.
10. Det er en fordel at det tas blodprøve av pasienten (den potensielle smittekilden). Samtykke fra pasienten innhentes av ansvarlig tannlege. Pasienten får tatt blodprøve på Haukeland Universitetssjukehus, Poliklinikk for prøvetaking i 2.etasje. Rekvisisjonen må merkes med initialene til den skadde/involverte og skadedato.
11. Ved kjent HIV hos pasienten må kjemoprofylakse igangsettes innen 4 timer. Ta øyeblikkelig kontakt med Haukeland Universitetssjukehus tlf. 05300, be om å få snakke med vakthavende infeksjonslege. Klinikksjefen varsles av klinikkansvarlig tannlege ved en kopi av skademeldingen. Ved kjent hep.B eller hep.C kontakt Legene på Høyden/Bergen Legevakt umiddelbart.
12. Dersom lege oppsøkes skal det fylles ut skademeldingsblankett fra NAV. Denne må også fylles ut for å få refundert konsultasjonen hos Legene på Høyden. Den skadde er selv ansvarlig for å ta kontakt med hygienesykepleier for hjelp til utfylling.

Skademelding

Skademeldingen har to formål: (1) dokumentere den aktuelle hendelse dersom sykdom skulle oppstå senere og (2) gi grunnlag for forebyggende tiltak. «Intern skademelding ved stikk- og kuttskader» er utformet slik at det også dokumenterer oppfølgingen.

Følgende rutine gjelder:

- **Intern skademelding ved stikk- og kuttskader** fylles ut straks av den skadde samt klinikkansvarlig tannlege. Skjemaet leveres i original til Odontologisk Universitetsklinikk v/ hygienesykepleier. Hygienesykepleier gir kopi til den skadde, seksjon der skaden har skjedd, verneombud, administrasjonssjef og HMS-seksjonen (bedriftssykepleier).
- Dersom den skadde henvises til oppfølging hos lege/sykepleier, skal **Skademeldingsblankett NAV 13-07.05** fylles ut av hygienesykepleier. Den skadde må selv ta kontakt for hjelp til utfylling av skjema. Dette gjelder også for å få refundert egenandel ved Legene på Høyden.
- I tilfeller der kilden har kjent HIV-infeksjon eller leversykdom skal klinikksjefen varsles av klinikkansvarlig tannlege ved at denne gir kopi av intern skademelding ved stikk- og kuttskader.

Alle skjemaer ligger på klinikkmaskinene i mappen «Skjema for hygiene».

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. Ta 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 Skjema for melding av avvik, ulykker og nestenulykker. Leveres til hygienesykepleier

Alle skjemaer ligger på klinikkmaskinene i mappen «Skjema for hygiene».

11. NYANSKAFFELSER / REPARASJON AV INSTRUMENTER OG UTSTYR

Ved nyanskaffelser skal det legges vekt på at rengjøring/desinfeksjon skal kunne foregå i vaskedekontaminator, og eventuell sterilisering ved autoklaving.

Instrumenter og utstyr som skal repareres, skal behandles i henhold til hygieneplanen før og etter reparasjon.

Fokusgruppe for smittevern er avhengig av tilbakemelding fra brukerne med tanke på å forbedre gjeldende hygienerutiner, og må av samme grunn få melding om utstyrsanskaffelser.

OPPBEVARING OG HÅNTERING AV NYE INSTRUMENTER:

- oppbevares på et tørt sted med romtemperatur 18-22 grader C
- i skap/skuffer
- ikke sammen med kjemikalier (kan ruste)
- elastiske instrumenter (mørkt)
- tenger o.l. oppbevares åpent eller på første sperretrinn

Det er viktig å være klar over at instrumentene eldes selv om de ikke er i bruk.

Behandling av helt nye instrumenter: Instrumentene må gjennomgå en full behandling på samme måte som brukte instrumenter. Rengjøringsprosessen må aldri utelates da rester (f.eks. fra pakkematerialer eller pleiemidler) kan gi opphav til misfarging eller utvikling av flekker i steriliseringsprosessen. Alle nye instrumenter må dermed vaskes før sterilisering.

12. KILDESORTERING AV AVFALL

Det er utarbeidet egen plan for avfallshåndtering ved Odontologisk Universitetsklinikk. Planen gjelder for alle kliniske enheter inklusive ferdighetssenteret.

Type avfall	Hvor skal det kastes?	Hvem har ansvaret for tømning?	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 sterilsentraler. 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	Alle	BIR via boss-sug.

	<p>klinikken.</p>		
<p>Større mengder blod (F.eks poser fra kirurgiske sug)</p>	<p>Forsegles og kastes i gul kasse. Kassens lokk må ikke trykkes på plass før kassen er full.</p>	<p>Klinikkansatte</p>	<p>Spesialavfall for høytemperaturforbrenning. Kassen må merkes med oransje lapp for forbrenning. Kryss av for patologisk.</p>
<p>Avfall med mindre mengder inntørket organisk materiale</p>	<p>Kastes i vanlig restavfall.</p>	<p>Alle</p>	<p>BIR via boss-sug.</p>
<p>Papir/papp (F.eks. papir uten konfidensielle opplysninger, papp-emballasje, reklame)</p>	<p>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.</p>	<p>Alle</p>	<p>Disse beholderne blir fraktet videre til pappcontainer av renholdspersonell.</p>
<p>Papir med konfidensielle opplysninger</p>	<p>Skal makuleres, og deretter behandles som vanlig papiravfall.</p>	<p>Alle</p>	<p>Som papir/papp.</p>
<p>Isopor</p>	<p>Kastes direkte i bosscontainer eller egen container som står ute på plassen ved varemottak. ISOPOR MÅ IKKE KASTES I BOSS-SUG.</p>		
<p>Glass og metall (som ikke inneholder rester av kjemikalier eller medisiner)</p>	<p>Kastes i glasscontainer i avfallsrom.</p>	<p>Klinikkansatte</p>	<p>Glasscontainer tømmes av BIR.</p>
<p>Tomme medisinglass og kjemikalieflasker av glass</p>	<p>Sorteres som problemavfall (gul kasse).</p>	<p>Klinikkansatte</p>	<p>Beholdere med problemavfall fraktes til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte.</p>
<p>Medisinglass og kjemikalieflasker med innhold</p>	<p>Sorteres som farlig avfall (rød kasse). Bruk originalemballasje om mulig.</p>	<p>Klinikkansatte</p>	<p>Beholdere fraktes til bossrom for farlig avfall. Skal deklarerer og sendes til godkjent mottak.</p>
<p>Mykplast (f.eks. plastposer, bobleplast)</p>	<p>Kastes i egen beholder ved miljøstasjon.</p>	<p>Alle</p>	<p>Disse beholderne blir fraktet videre til avfallsrom av renholdspersonell.</p>
<p>Hardplast (f.eks. vaskemiddel-beholdere, plastbokser for kompositt-kapsler)</p>	<p>Behandles som klinikkavfall/restavfall.</p>	<p>Alle</p>	<p>BIR via boss-sug.</p>
<p>Resinbaserte materialer (F.eks. kompositt-rester, bonding-rester, IRM-kapsler, Quick-sticks, glassionomerkapsler, syre-rester, sement-rester, avtrykksmateriale, skjær med lim, Tab-2000)</p>	<p>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 ettermiddagsøkten skal posen knyttes igjen og kastes i restavfall. Årsaken til denne håndteringsmåten er at vi skal unngå kontakt med uherdet resinmateriale. Dette er svært viktig. Større mengder resinbasert materiale skal behandles som farlig avfall og legges i rød kasse. Husk deklarasjon.</p>	<p>Alle</p>	<p>BIR via boss-sug.</p>

Spritkluter	Kastes i metallbeholder for resin-baserte materialer.	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. Kassen merkes med oransje lapp for forbrenning. Kryss av for stikkende/skjærende.
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. Merkes med oransje lapp. Kryss av for stikkende/skjærende.
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. Tom-emballasje skylles og behandles som vanlig restavfall.	Tannhelsesekretærer	Beholdere med farlig avfall blir fraktet til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte. Husk deklarasjon.
Medisinrester	Returneres til apotek. Seksjonen sitt ansvar.	Tannhelsesekretærer	
Brukte batterier	Legges i en egnet beholder på klinikken.	Tannhelsesekretærer	Beholdere med brukte batterier fraktes til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte.
Ødelagte fosforplater	Behandles som farlig avfall, legges i rød kasse.	Alle	Beholdere med farlig avfall blir fraktet til bossrom for farlig avfall av klinikkansatte. Husk deklarasjon.
Amalgamrester som ikke er sendt i amalgamutskiller	Legges i egnet beholder på steril.	Alle	Amalgambeholder hentes årlig via godkjent mottaker.
Amalgamavfall fra amalgamutskiller	Skiftes ut årlig med godkjente holdere.	Driftsleder klinikk	Sendes via godkjent mottaker.
Gipsutskillere under vask	Beholdere tømmes og vaskes ukentlig.	Driftsleder klinikk/ servicepersonell klinikk	Servicepersonell klinikk.
Siler i spyttfontene og unit	Se egen prosedyre for dette.	Tannhelsesekretærer	
Brukt klinikkutø	Leveres i kurver ved garderøber.	Husøkonom	Leveres på godkjent vaskeri. Privat vask ikke tillatt.

Avfallskontakter: Siren Hammer Østvold, Astrid Alise Moen og Kirsti Mjelve.

13. HÅNTERING AV DESINFEKSJONSVÆSKER

SKIFTE AV VASKE- OG TØRKEMIDDEL TIL VASKEDEKONTAMINATOR:

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

Tykke gummihansker

Blå plasttrekk over skoene

Prinsipp: aldri løfte en kanne inn eller ut av skuffen uten at korken er på!

Fremgangsmåte:

1. Dra ut skuffen i vaskedekontaminatoren.
2. Sett en ny kanne med vaskemiddel m/kork ved siden av den gamle.
3. Bytt over kork fra gammel til ny.
4. Skru korken på den gamle kannen før denne løftes ut.

Ved søl på klær eller sko:

- Disse fjernes straks.
- Skyll med pH-nøytral fra øyeskyllestasjon og gå i dusjen og skyll med vanlig vann.
- Tilsølte klær eller sko må ikke tas på etterpå, skift til nytt!

Ved søl på hud:

- Skyll umiddelbart grundig med rikelig vann. pH-nøytral kan brukes før vann.

SANOGENE

Brukt desinfeksjonsvæske kan tømmes i utslagsvask.

14. REFERANSELISTE

1. **Lov om vern mot smittsomme sykdommer** (smittevernloven)
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>
2. **Lov om helsepersonell m.v.** (helsepersonelloven)
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
3. **Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften).** <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>.
4. **Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten** (Internkontrollforskrift i helsetjenesten) <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>
5. **Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten.** 2005.
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610>
6. **Smittevern boka;** Nettbasert veileder i smittevern for kommunehelsetjenesten, Folkehelseinstituttet 2014 <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevern boka>
7. **Lov om medisinsk utstyr** LOV-1995-01-12-6; sist endret LOV-2014-06-20-39 fra 01.07.2014 <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-01-12-6>
8. **Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.** (arbeidsmiljøloven).
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
9. **Lov om vern mot forurensninger og om avfall** (forurensningsloven)
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-03-13-6>
10. **Veiledning om biologiske faktorer.** <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=78908>
11. **Forskrift om endring i forskrift av utførelse av arbeid.**
<http://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2013-06-18-658>
12. **Forskrift om tuberkulosekontroll.** Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-02-13-205>
13. **Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.**
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-10-11-1196>

14. **Forskrift om gjenvinning og behandling av avfall** (avfallsforskriften)
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-06-01-930>
15. **Forskrifter om kjemiske desinfeksjonsmidler til teknisk bruk i helse- og sykepleie.**
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1977-05-10-2>
16. **Kjemiske desinfeksjonsmidler til teknisk bruk i helse- og sykepleie.** Statens legemiddelverk, juni 2014.
http://www.legemiddelverket.no/Godkjenning_og_regelverk/Desinfeksjonsmidler/Publishing/Images/Desinfeksjonsmiddelliste%20sept%202014.pdf
17. **Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta** <http://www.fhi.no/> (søk etter Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta).
18. **Smittevernloven VEILEDER. En generell innføring.** Statens helsetilsyn. IK-8/95. Se publikasjoner www.helsetilsynet.no
19. **Smittevernloven VEILEDER. Forebygging av blodsmitte i helsevesenet.** Statens helsetilsyn IK-2552, 1997. Se publikasjoner www.helsetilsynet.no
20. **Nasjonal veileder for håndhygiene.** Om hvordan riktig håndhygiene kan hindre smittespredning og redusere risikoen for infeksjoner, oktober 2004. Se Folkehelseinstituttets nettside <http://www.fhi.no/> (søk etter Håndhygiene nasjonal veileder).
21. **MRSA-veilederen.** Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, 2009.
<http://www.fhi.no/> (søk etter MRSA-veilederen).
22. **Forsendelse av smittefarlig biologisk materiale.** Praktisk veileder fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)
<http://www.dsb.no/Global/Publikasjoner/2008/Tema/BiologiskMaterialeWEB%20kortutgaven%20mai%202008.pdf>
23. **Vaksinasjonsboka.** <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/vaksinasjonsboka>
24. **Arbeidstilsynets faktside om latekshansker og lateksallergi.**
<http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78214>

25. **European Centre for Disease Prevention and Control**
http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/Pages/index.aspx
26. Norske vaskeriers kvalitetstilsyn. **Smittevern for vaskerier som behandler tekstiler til helseinstitusjoner.** <http://vaskeritilsynet.no/helse>
27. Litteraturstudie «**Er retningslinjer for arbeidsantrekk i helsetjenesten forskningsbaserte?**» <http://sykepleien.no/forskning/2012/11/er-retningslinjer-arbeidsantrekk-i-helsetjenesten-forskningsbaserte>
28. **CDC Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings.**
<http://www.cdc.gov/oralhealth/Infectioncontrol/guidelines/index.htm>
29. **NS-INSTA 800.** <http://renholdsportalen.no/category.php/category/2.1%20NS-INSTA%20800/?categoryID=296>
30. **EUs stikkskadedirektiv** <http://www.arbeidstilsynet.no/nyhet.html?tid=240817>
31. Fagernes M, Lingaas E (2011). **Factors interfering with the microflora on hands: a regression analysis of samples from 465 healthcareworkers.** Journal of Advanced Nursing; 67: 297-307.
32. **Eco-online** <http://www.ecoonline.no/>
33. **Retningslinjer for smittevern ved de odontologiske læresteder i Norge.**