

TRANØY KOMMUNE



Infeksjonskontrollprogram

for

Tranøy Sykehjem

INNHALDSFORTEGNELSE

	Side
1. INNLEDNING	
1.1 En kort orientering om smittevern.....	4
1.2 Mål for smittevernarbeidet.....	4
1.3 Delmål.....	4
2. LOVER OG FORSKRIFTER INNEN SMITTEVERN	
2.1 Lover og forskrifter.....	5
3. ANSVAR FOR SMITTEVERNARBEIDET	
3.1 Overordnet ansvar.....	6
3.2 Ansvar ved Tranøy sykehjem.....	6
3.3 Samarbeidspartnere.....	6
4 INFEKSJONSOVERVÅKENDE ARBEID	
4.1 Generelt.....	8
5. INFEKSJONSFOREBYGGENDE ARBEID	
5.1 Generelt.....	9
5.2 Undervisning og opplæring.....	9
6. STANDARDILTAK	
6.1 Generelt.....	11
6.2 Standardprosedyrer.....	13
1. Håndhygiene.....	13
2. Bruk av hansker.....	15
3. Beskyttelsesutstyr.....	16
4. Personlig hygiene/arbeidsantrekk.....	18
5. Hygieniske rutiner ved stell av pasienter.....	19
6.3 Desinfeksjon og sterilisering.....	19
1. Bruk av kjemiske desinfeksjonsmidler.....	20
2. Flekkdesinfeksjon.....	22
3. Varmedesinfeksjon.....	23
4. Rutiner for skylleromsarbeid.....	24
5. Rengjøring - desinfeksjon av badekar/dusjstoler.....	25
6. Rengjøring av febertermometer.....	26
7. Renhold av rom, senger og utstyr.....	27
8. Håndtering av tekstiler.....	30
9. Håndtering av avfall.....	32
7. SMITTEVERN FOR PERSONALET	
7.1 Generelle rutiner ved kontakt med blod.....	34
7.2 Akutt håndtering av stikk- og skjæreskader.....	36
7.3 Vaksinasjon av arbeidstakere.....	38
7.4 Undersøkelser av arbeidstakere - MRSA og Tuberkolose (TB).....	39
7.5 Ansatte med infeksjoner - bærertilstand.....	41
7.6 Stell av døde.....	43

8. INFEKSJONSSPESIFIKKE PROSEDYRER	
8.1 Forebygging av urinveisinfeksjoner.....	45
8.2 Permanent innleggende kateter.....	57
8.3 Intermitterende kateterisering.....	49
8.4 Forebygging av sårinfeksjoner.....	51
8.4.1 Forebygging av postoperative sårinfeksjoner.....	51
8.4.2 Forebygging av sårinfeksjoner - kroniske sår.....	52
8.5 Forebygging av øyeinfeksjoner.....	54
8.6 Forebygging av luftveisinfeksjoner.....	55
8.7 Forebygging av mage-/tarminfeksjoner.....	58
8.7.1 Bytte av sett til sondeernæring.....	58
8.8 Forebygging av intravaskulære infeksjoner.....	60
• Desinfeksjon av hud før injeksjoner og punksjoner.....	60
• Innleggelse og stell av perifer venekanyle.....	62
• Bytte av transfusjons- og infusjonssett.....	64
• Stell av sentrale venekateter.....	65
• Stell av implantert veneport.....	66
8.9 Forebygging av spredning av spesielle mikrober.....	68
• Tuberkolose.....	68
• MRSA - Tiltak overfor pasienter.....	71
9. INFEKSJONSUTBRUDD	
9.1 Tiltak ved infeksjonsutbrudd.....	77
10 ISOLERING	
10.1 Kontaktsmitte.....	80
10.2 Dråpesmitte.....	84
10.3 Luftsmitte.....	88
10.4 Arbeidsfordeling ved opphør av smitte.....	92
10.5 Retningslinjer for daglig renhold og sluttdeinfeksjon ved ulike smitteregimer..	94
10.6 Håndtering av pasienters privattøy ved pågående infeksjon.....	95
10.7 Generell informasjon til pårørende/besøkende ved smitte.....	96
10.8 Lagring av rent og sterilt utstyr.....	97
10.9 Håndtering av legemidler.....	98
10.10 Kjøkkenhygiene og servering av mat.....	100
11. AVVIKSHÅNDTERING	
11.1 Avvikshåndtering fra prosedyrer i infeksjonskontrollprogrammet.....	102
11.2 Avviksrapport ved avvik fra prosedyrene i infeksjonskontrollprogrammet.....	103
11.3 Skjema for registrering av avvik fra prosedyrer i infeksjonskontrollprogr.....	104

1. INNLEDNING

1.1 En kort orientering om smittevern

Smittevern er betegnelse på alle enkelttiltak som er med på å hindre at infeksjoner oppstår og spres i institusjonen.

Infeksjonskontrollprogram er et program som omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke sykehjemsinfeksjoner.

Formålet med et infeksjonskontrollsystem er å redusere risikoen for at infeksjoner oppstår hos pasienter og personell, eller spres mellom disse. Dette søkes oppnådd ved utarbeidelse av prosedyrer, undervisning, kontroll med gjennomføring av prosedyrer og tiltak, løpende evaluering og registrering av infeksjoner.

Alle helseinstitusjoner har plikt til å utforme et infeksjonskontrollprogram og å lage et egnet system for å gjennomføre og vedlikeholde dette.

Dette er nedfelt i ”Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner-sykehusinfeksjoner”, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet.

Internkontrollsystem. Et infeksjonskontrollsystem er en del av institusjonens internkontrollsystem.

1.2 Mål for smittevernarbeidet

Målet for smittevernarbeidet ved Tranøy Sykehjem er primært å beskytte mot, og bekjempe allerede oppståtte infeksjoner hos beboerne. Sekundært er målet å beskytte personalet mot infeksjoner. Hensikten er å gjøre oppholdet for beboerne tryggere og arbeidsmiljøet sikrere for alle som arbeider ved institusjonen.

1.3 Delmål

Infeksjonskontrollprogrammet skal inneholde skriftlige krav, rutiner og prosedyrer for de viktigste infeksjonsforebyggende tiltakene. Dette innebærer også tiltak som skal hindre overføring av smitte til pasienter, pårørende og personale.

De enkelte krav, rutiner og prosedyrer skal:

- være forenlig med infeksjonskontrollprogrammets målsetting
- følge gjeldende lover og forskrifter
- være forenlig med nasjonale retningslinjer og anbefalinger og i tråd med allment aksepterte standarder
- være forenlig med krav og tiltak i kommunens smittevernplan

Som et ledd i å utvikle et komplett infeksjonskontrollprogram skal det:

- foreligge et infeksjonskontrollprogram som oppdateres regelmessig
- etableres et system for det infeksjonsforebyggende – og infeksjonsovervåkende arbeidet ved institusjonen
- gis veiledning og undervisning av ledere og ansatte i infeksjonsforebyggende tiltak ved den enkelte institusjon

2 LOVER OG FORSKRIFTER INNEN SMITTEVERN

2.1 Lover og forskrifter

Hensikt:

Sikre at ansatte er kjent med hvilke lover, forskrifter og regelverk som berører smittevern.

Gjelder for:

Alle ansatte ved institusjonen.

Smittevernarbeidet i pleie- og omsorgsinstitusjoner er først og fremst regulert av følgende lover, forskrifter og regelverk:

- Lov av 19. nov. 1982 nr. 66 om helsetjenester i kommunene.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
- Lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Lov av 5. aug. 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer
 - Forskrift av 5. juli 1006 nr. 699 om smittevern i helseinstitusjoner
 - Forskrift av 1. jan 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer
 - Forskrift av 20. juni 2003 nr. 740 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystemet for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varsling om smittsomme sykdommer (MSIS – og Tuberkuloseregisterforskriften)
 - Forskrift av 21. juni 2002 nr. 567 om tuberkolosekontroll
 - Forskrift av 5. juli 1996 nr. 700 om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet – antibiotikaresistente bakterier
 - Rundskriv IK-28/96. Råd for anvendelse av smittevernloven § 3-3 forhåndsundersøkelse av pasienter – smittsomme sykdommer
 - Forskrift av 12. sept. 1996 nr. 903 om innførsel, transport og annen håndtering av materiale som er smittefarlig for mennesker
 - Forskrift av 3. april 1998 nr. 327 om transport, håndtering og emballering av lik, samt gravferd
- Lov av 12. jan. 1995 nr. 6 om medisinsk utstyr
 - Forskrift av 12. jan. 1995 nr. 25 om medisinsk utstyr
 - Forskrift av 1. okt. 2002 nr. 1064 om endring i forskrift om medisinsk utstyr
- Lov av 4. febr. 1977 nr. 4 om arbeidsvern og arbeidsmiljø m.v.
 - Forskrift av 6. des.1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid
 - Forskrift av 19. des. 1997 nr. 1322 om vern mot eksponering for biologiske faktorer (bakterier, virus, sopp m.m.) på arbeidsplassen.
 - Forskrift av 20. juni 2002 nr. 825 om endring i forskrift om vern mot eksponering for biologiske faktorer (bakterier, virus, sopp m.m.) på arbeidsplassen
- Næringsmiddeloggivningen
 - Forskrift av 15. des. 1994 nr. 1187 om internkontroll for å oppfylle næringsmiddeloggivningen
 - Forskrift av 12. nov. 1997 nr. 1239 om næringsmiddelhygiene
 - Generell forskrift av 8. juli 1983 nr. 1252 for produksjon og frambud ,.v. av næringsmidler

* Smittevernplan for kommunene

3 ANSVAR FOR SMITTEVERNARBEIDET.

3.1 Overordnet ansvar

Nasjonal forkehelseinstitutt er ansvarlig for overvåkingen av sykehusinfeksjoner på landsbasis og har plikt til å holde sentrale myndigheter orientert og gi råd om eventuelle tiltak.

Fylkeslegen skal påse at det utarbeides et infeksjonskontrollprogram som fungerer i institusjonen. Tilsynsloven § 3,2 omtaler fylkeslegens ansvar: ”Fylkeslegen skal føre tilsyn med det infeksjonsforebyggende arbeidet i helseinstitusjonene og påse at alle har et infeksjonskontrollprogram med tilfredstillende faglig standard og tilpasset institusjonens virksomhet og at dette fungerer”.

3.2 Ansvar for Tranøy sykehjem

Virksomhetsleder har det overordnede ansvaret for smittevern i institusjonen. Virksomhetsleder har ansvaret for at det utarbeides et infeksjonskontrollsystem i institusjonen. Og skal godkjenne dette.

Kommunelege har det øverste medisinsk-faglige ansvaret for det infeksjonsforebyggende arbeidet i kommunen.

Den enkelte arbeidstaker har gjennom sitt arbeide ansvar for å forebygge at infeksjoner oppstår og spres i institusjonen.

3.3 Samarbeidspartnere

I institusjonen

- Institusjonsleder (virksomhetsleder)
- Tilsynslege (kommunelege)
- Smittevernoverlege (samarbeid samhelse)

Ved UNN

- Hygienesykepleier
- Smittevernkoordinerende overlege
- Mikrobiologisk avdeling

Eksterne samarbeidspartnere

Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet)

Nasjonalt folkehelseinstitutt er statens smitteverninstitutt. Folkehelseinstituttet skal overvåke den nasjonale og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, drive forskning på smittevernområdet og sikre nødvendig vaksineforsyning.

Folkehelseinstituttet skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak herunder:

- oppklaring og kontroll av utbrudd av smittsom sykdom i og utenfor helseinstitusjoner
- antimikrobiel resistensutvikling
- laboratorieundersøkelser
- skadedyrbekjempelse

Folkehelseinstituttet skal holde oversikt over forekomsten av sykehusinfeksjoner i landet. Videre skal instituttet:

- tilby assistanse ved oppklaring av utbrudd

- utarbeide årlige statistikk over sykehjemsinfeksjoner
- drive undervisningsvirksomhet, kurs, samt oppdatering av kunnskapen innen institusjonshygiene
- utarbeide bakgrunnsmateriale for retningslinjer for smittevernarbeid i institusjonene
- koordinere undersøkelser der flere institusjoner deltar
- holde Helsedep., sosial- og helsedir., og Statens helsetilsyn orientert om institusjonshygeniske problemstillinger og gi råd om eventuelle tiltak

Tilsynsfunksjon

Helsetilsynet i Troms

Med fylkeslegen som leder, er tilsynsmyndighet for helsetjenester og helsepersonell i Troms. De skal føre tilsyn med infeksjonsforebyggende arbeid i helseinstitusjonene, og påse at alle har et infeksjonskontrollprogram med tilfredstillende faglig standard tilpasset institusjonens virksomhet, og at dette fungerer. Som tilsynsmyndighet er helsetilsynet faglig uavhengig og direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn

Har det overordnede tilsynet med smittevern i norske helseinstitusjoner og skal føre tilsyn med at bestemmelser i gjeldende lover og forskrifter holdes.

Sosial- og helsedirektoratet

- Skal ha en overordnet strategi for bekjempelse av sykehusinfeksjoner
- Skal fastsette normer på områder hvor dette er et hensiktsmessig virkemiddel
- Skal formulere krav til utdanning i sykehushygiene hos helsepersonell

4. INFEKSJONSOVERVÅKENDE ARBEID

4.1 Generelt

Infeksjonsovervåkende arbeid skal sikre at ansatte vet hvilke krav som stilles. Gjelder alle ansatte ved sykehjemmet.

Mikrobiologisk overvåking og registrering av antibiotikaforbruket

Et systematisk overvåking av mikrobiologiske prøvesvar fra pasienter med infeksjoner kan være et lite ressurskrevende, men verdifullt hjelpemiddel i infeksjonsovervåkingen. Om man regelmessig eller løpende foretar en vurdering av bakterienes følsomhet for antibiotika og forekomst av spesielle mikroorganismer, vil dette kunne avdekke utbrudd og andre spesielle forhold som krever at det iverksettes spesielle infeksjonsforebyggende tiltak.

Å ha en god oversikt over den epidemiologiske situasjonen på sykehjemmet, vil være meget nyttig i arbeidet for å begrense utviklingen av antibiotikaresistente bakterier. For å skaffe en slik oversikt bør man regelmessig gå gjennom alle mikrobiologiske prøvesvar. Det vil da fremkomme hvilke bakterier som har forårsaket infeksjoner på avdelingen/institusjonen, og hvor resistente disse er. En slik oversikt vil være til god hjelp for den enkelte lege ved valg av behandling.

I tillegg bør man i samarbeid med tilsynsfarmasøyt, regelmessig skaffe en oversikt over forbruk av antibiotika ved sykehjemmet. Slik data skaffes gjennom apotekenes registrering av salg til institusjonen. Samtidig kan det være nyttig å regelmessig undersøke hva den enkelte pasient får av antibiotika. En vanlig måte å gjøre dette på er å se på antibiotikaforbruket til alle pasienter på en gitt dag.

Ved å sammenligne forbruket av antibiotika med oversikten over bakterienes resistens, vil man få et godt bilde på hvor rasjonell antibiotikabehandlingen er på sykehjemmet og kan ut i fra dette utarbeides konkrete og nyttige anbefalinger for bruk av antibiotika.

Ved mistanke om eller ved bekreftelse på funn av spesielle former for infeksjoner skal sykehjemslegen, evt. legevakt varsles. Videre skal det gis melding til smittevernlegen i kommunen (samhelse??) og avdeling for smittevern ved UNN.

Dette omfatter infeksjoner som:

- Clostridium difficile
- Meticillin-resistente gule stafylokokker (MRSA)
- Tuberkolose
- Andre resistente mikrober, f.eks VRE og ESBL
- Inportsykdommer
- Bæretilstander hos pasienter eller personale av visse mikroorganismer som
 - Salmonella
 - Hepatitt B og C
 - HIV

Tilsynslegen ved sykehjemmet melder nominativt meldepliktige sykdommer på vanlig måte, etter de krav som stilles i MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriftene. Meldingen går til Nasjonalt folkehelseinstitutt med kopi til smittevernlegen i kommunen.

Mistanke eller påvist utbrudd av smittsomme sykdommer i kommunale helseinstitusjoner skal varsles til smittevernlege og fylkesmannen. Kommunelegen skal, dersom mistanke ikke raske kan avkrefte, varsle Nasjonalt folkehelseinstitutt. Dersom utbruddet har eller kunne ha ført til betydelig personskade, skal dette meldes skriftlig til Helsetilsynet i Troms.

5. INFEKSJONSFOREBYGGENDE ARBEID

5.1 Generelt

I henhold til forskrift om smittevern i helseinstitusjoner, skal et infeksjonskontrollprogram som minimum inneholde tiltak for infeksjonsovervåking og infeksjonsforebygging. Av infeksjonsforebyggende tiltak skal det foreligge:

1. Skriftlig prosedyrer vedrørende undersøkelse, behandling og pleie. Disse skal omfatte forebygging av:
 - urinveisinfeksjoner
 - postoperative sårinfeksjoner
 - nedre luftveisinfeksjoner
 - intravaskulære infeksjoner og septikemier
 - alvorlige infeksjoner fremkalt av antibiotikaresistente bakterier
2. Skrive retningslinjer for:
 - bruk av antibiotika i institusjonen
 - isolering av pasienter med infeksjoner som medfører fare for at andre kan bli smittet
 - oppklaring og begrenning av infeksjonsutbrudd
 - håndhygiene
 - forebygging av yrkesbetinget smitte hos helsepersonell, herunder vaksinasjon, forebygging av blodsmitte og veiledning i smitteprofylakse
 - bruk av arbeidstøy
 - vask av tekstiler, vask og evt. desinfeksjon av senger og sengeutstyr
 - alminnelig renhold i institusjonen
 - håndtering av avfall
 - intern transport av smittefarlig materiale

Det skal etableres et system av skriftlige prosedyrer for kvalitetssikring av:

- teknisk desinfeksjon, herunder rengjøring av utstyr
- steriltforsyning, herunder innkjøp, lagring og transport, renhetsgrad før sterilisering, pakking før sterilisering, sterilisatorer og kontrollrutiner

Det skal gjennomføres kvalitetskontroll av ventilasjon og luftkvalitet i arealer med spesielle krav til luftfuktighet.

5.2 Undervisning og opplæring

Virksomhetsleder er ansvarlig for at undervisning av alle ansatte blir planlagt og gjennomført. En hver ansatt har et ansvar for å delta i undervisningen og å holde seg oppdatert på faglig kunnskap. Smittevernlegen vil være naturlig å gi oppgaver innen planlegging og utføring av undervisning i sykehjemmet.

Alle ansatte i en helseinstitusjon har gjennom utførelsen av sitt arbeid en direkte innvirkning på hvor godt smittevernet fungerer. En hver ansatt har følgelig et ansvar for å utøve de enkelte arbeidsoppgaver på en slik måte at forekomsten av infeksjoner i institusjonen begrenses. For å kunne ivareta dette ansvaret må den enkelte ansatte gis nødvendig kunnskap.

Dette vil omfatte informasjon om infeksjonskontrollprogrammet og annet regelverk som skal følges ved institusjonen, veiledning i den daglige utførelsen av rutiner og prosedyrer, og grunnleggende undervisning i hygiene og smittevern.

Både interne og eksterne fagpersoner kan med fordel trekkes med i undervisningsarbeidet. Dette kan være ressurser som tilsynslege, kjøkkensjef, fagleder, sykepleiere og andre med spesiell kunnskap og interesse i hygiene og smittevern. Eksterne fagpersoner som kan benyttes i undervisningen kan være mattilsynet og hygienesykepleier på UNN.

Minst to ganger i året bør det gjennomføres internundervisning for alle ansatte. Undervisningen bør omfatte standardtiltak og smittevern for personalet.

I tillegg anbefales det at pleie- og omsorgspersonalet får undervisning om tiltak mot utvikling og spredning av sykehjemsinfeksjoner, spesielt om tiltak ved infeksjonsutbrudd og om isolering.

Personalet som arbeider på sykehjemmets kjøkken og i renhold bør få undervisning om krav og bestemmelser i henhold til deres tjenester.

6. STANDARDTILTAK

6.1 Generelt

Standardtiltak samler alle generelle tiltak som tar sikte på å redusere smitteoverføring i helseinstitusjoner og rettes mot alle pasienter uavhengig av diagnose eller mulig infeksjonstilstand. Dersom disse gjennomføres vil man redusere muligheten for overføring av mikrober fra både kjente og ukjente smittekilder på institusjonen.

Standardtiltakene skal værne alle pasienter mot smittestoffer i alle kroppsvesker, inkl. blod, sekreter og ekskretorer og uavhengig av om kroppsvesken inneholder synlig blod. De retter også oppmerksomheten mot hud som ikke er intakt og slimhinner. Forholdsregler for å forebygge blodsmitte er ivaretatt av standardtiltakene.

Gjennomføring av standardtiltak overfor alle pasienter er en forutsetning for et effektivt vern mot institusjonsinfeksjoner. I sykehjem vil standardvedtakene være det viktigste smitteverntiltaket.

Det gis her en kort oversikt over de viktigste hygieniske prinsipper eller standardtiltak som er nødvendige for å få til en effektiv forebygging og kontroll av institusjonsinfeksjoner.

Standardtiltakene omfatter:

1. Håndhygiene
2. Bruk av hansker
3. Munnbind, øyebeskyttelse og visir
4. Beskyttelsesfrakk
5. Håndtering, rengjøring og desifisering av brukte flergangsutstyr, samt håndtering og destruksjon av avfall
6. Renhold
7. Håndtering av sengetøy og tekstiler
8. Tiltak for å beskytte personalet
9. Pasientplassering

1. Håndhygiene

Håndhygiene er det viktigste enkelttiltaket for å forebygge smittespredning i helsetjenesten. For å få effekt av håndhygiene må neglene være kortklippede, og det skal ikke brukes kunstige negler, ringer, armbånd eller klokke. Når hendene ikke er synlig tilskitnet, er hånddesinfeksjon mer effektivt enn vask med såpe og vann. Bruk vanlig såpe og vann når hendene er synlig tilskitnet og tørk deretter med engangshåndklær.

Før utførelse av prosedyrer skal hendene være rene. Etter utførelse av prosedyrer skal håndhygiene utføres etter kontakt med pasienter, alle kroppsvæsker, inkl. blod, sekreter og ekskretorer og forurensede gjenstander, også når det er brukt hansker. Hendene skal desinfiseres eller vaskes med en gang hansker er tatt av, mellom hver kontakt med pasienter og ellers når det er nødvendig for å hindre overføring av smitte mellom pasienter. Det er nødvendig å desinfisere eller vaske hendene mellom forskjellige prosedyrer på samme pasient for å hindre krysskontaminering.

2. Hansker

Ha rene hender før hansker tas på. Bruk hanskene ved kontakt med alle kroppsvæsker, inkl. blod, sekreter og ekskretorer, og forurensede gjenstander. Ta på hanskene umiddelbart før kontakt med slimhinner og før kontakt med hud som ikke er intakt. Skift hansker mellom arbeidsoppgaver dersom hanskene har kommet i kontakt med områder som kan være forurenset. Fjern hanskene umiddelbart etter avsluttet prosedyre. Desifiser eller vask hendene straks hanskene er tatt av, før berøring av rene flater og gjenstander og før kontakt med andre pasienter.

3. Munnbind, øyebeskyttelse og visir

Bruk munnbind og øyebeskyttelse eller visir for å beskytte slimhinnene i øynene, nesen og munnen ved prosedyrer der det kan oppstå sprut av kroppsvæske, inkl. blod, sekreter og ekskretter eller annet flytende materiale som kan inneholde mikroorganismer.

4. Beskyttelsesfrakk

Bruk beskyttelsesfrakk for å beskytte hud og arbeidsdrakt ved prosedyrer der det kan oppstå sprut og blod, kroppsvæske, sekreter eller annen flytende materiale som kan inneholde mikroorganismer, eller der annen forurensning av arbeidstøyet kan forventes. Ved store mengder søl bør det brukes vannbestandig frakk eller ekstra plastforkle. Fjern en tilsølt frakk snarest mulig, og vask hendene etterpå. Er arbeidsdrakten blitt fuktig, skal den også skiftes. Bytt beskyttelsesdrakten minst en gang per døgn.

5. Utstyr

Brukt utstyr som er forurenset med alle typer kroppsvæske, inkl. blod, sekreter og ekskretter eller som på annen måte kan være forurenset med mikroorganismer, skal håndteres slik at det ikke kommer i kontakt med hud eller slimhinner, tøy og annet utstyr, og derved overfører mikroorganismer til andre pasienter eller miljøet. Alt utstyr som skal brukes om igjen, må være omhyggelig rengjort og desinfisert før det brukes til andre pasienter. Engangsutstyr skal aldri brukes om igjen og skal evt. kildesorteres før det kastes. Pass på at engangsutstyr blir tatt hånd om slik at det ikke kan forurense miljøet eller skade noen.

6. Renhold

Senger, inventar, vanlige berøringspunkter og andre flater som kan bli forurenset, må rengjøres og evt. desinfiseres regelmessig. Vanlig rengjøringsmiddel og vann er tilstrekkelig for rom med pasienter som ikke er isolert på grunn av en smittsom sykdom. Flekkdesinfeksjon skal gjennomføres ved søl av kontaminert materiale.

7. Sengetøy og tekstiler

Sengetøy og tekstiler som er forurenset med blod, sekreter, ekskretter eller kroppsvæsker må håndteres, emballeres og transporteres som smittetøy, og på en slik måte at det ikke kommer i direkte eller indirekte kontakt med hud eller slimhinner.

8. Tiltak for å beskytte personalet

Hos personalet er stikkskader hyppigste årsak til eksponering for agens som smitter via blod. Forebygg kutt- og stikkskader når det brukes kanyler eller skarpe gjenstander. Ikke sett på hetter på brukte kanyler eller håndtere dem slik at du kan skade deg. Ikke fjern brukte kanyler fra brukte sprøyter, og ikke bryt og bøy kanyler med hendene. Plasser brukte skjærende og stikkende engangsutstyr i bokser som ikke kan gå i stykker, og så nær brukerstedet som mulig. Forsegl boksene før transport. Bruk så sant mulig munnstykker, resusciteringsbager eller annet ventilasjonsutstyr som alternativ til munn til munnmetoder, der hvor det er behov for resuscitering.

9. Pasientplassering

Plasser pasienter som kan forventes å forurense miljøet med smittestoffer, eller som ikke ivaretar vanlige hygieniske prinsipper, i enerom for å hindre forurensning til andre pasienter og miljøet.

6.2 Standardprosedyrer

1. Håndhygiene:

Hensikt:

Sikre at ansatte er kjent med hva god håndhygiene er og derved forhindre overføring av smittestoffer via hendene.

Generelt:

- Håndhygiene regnes som det viktigste enkeltstående tiltak i forhold til forebygging av smittespredning.
- Med håndhygiene mener vi håndvask med såpe og vann og/eller hånddesinfeksjon med et alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel.
- Nyere undersøkelser bekrefter at det er en klar sammenheng mellom håndhygienefrekvensen hos personalet og forekomsten av infeksjoner.
- Hånddesinfeksjon vil være tilstrekkelig i de fleste situasjoner og bør være den mest anvendte metoden. Håndvask skal alltid utføres ved synlig forurensning av hendene. Etter bruk av hansker, og fordi hanskene alltid har mikroskopiske hull.
- God håndhygiene forutsetter at hendene er uten ringer og har korte negler uten neglelakk eller pålimte negler. Armbånd og armbåndsut hindrer også god håndhygiene, og skal derfor ikke brukes.

Fremgangsmåte:

Håndhygiene skal utføres umiddelbart før alt rent arbeid, som:

- Kontakt med pasienter
- Håndtering av sterilt utstyr
- Håndtering av desinfisert utstyr
- Håndtering av medisiner
- Tilberedning og håndtering av mat

Utfør håndhygiene før og etter:

- Stell av pasienter
- Innleggelse og stell av venekateter, kanyler eller urinveiskateter
- Injeksjoner, infusjoner og blodprøvetaking
- Berøring og stell av sår
- Små eller store kirurgiske inngrep

Utfør håndhygiene etter:

- Mulig kontakt med blod eller andre kroppsvæsker.
- Håndtering av brukte utinflasker, bekken, pussbekken og liknende.
- Kontakt med pasienter med infeksjoner eller som er koloniserte med resistente bakterier.

Håndhygiene

Gjelder for alle i institusjonen som pleier eller behandler pasienter, som håndterer matvarer, medisiner, rent og forurenset utstyr, tekstiler, avfall og utfører renhold.

- Det er arbeidsgivers ansvar å sørge for at prosedyrene gjøres kjent, og at forholdene legges til rette slik at forsvarlig håndhygiene kan utføres.
- Det er den enkelte arbeidstakers eget ansvar å sørge for at prosedyrene overholdes.

Håndvask har som mål å fjerne de påførte mikrobenes fra hendene.

Fremgangsmåte:

- Skyll hendene og håndleddene under rennende vann.
- Ta såpe fra dispenseren.
- Gni alle deler av hendene grundig i minst 30 (helst 60) sekunder. Vær nøye med tommel, fingertupper, rundt neglene, mellom fingrene, midt inn i håndflaten og på håndens overside.
- Skyll av såpen.
- Tørk hendene med mykt papirhåndkle.
- Steng kranen med papirhåndkleet slik at de rene hendene ikke berører kranene, dersom det ikke er berøringsfri armatur.

Hånddesinfeksjon

Hånddesinfeksjon er i dag førstevalget på ikke-synlig forurensete hender. Hånddesinfeksjon har som mål å drepe de påførte mikrobenes på hendene. Det virksomme stoffet i midler som brukes bør være alkohol – enten etanol eller isopropanol eller en kombinasjon av to av disse. Alkoholholdige midler brukt til hånddesinfeksjon bør inneholde stoffer som hindrer utørring av huden.

Fremgangsmåte:

- Hånddesinfeksjon fjerner ikke smuss og organisk materiale fra hendene. Hendene må derfor være synlig rene og tørre når desinfeksjonsmiddelet påføres.
- Bruk minimum 3 ml desinfeksjonsmiddel, men alltid så mye at alle overflater på hendene blir fuktige.
- Gni inn hånddesinfeksjonsmiddelet til huden er tørr, minst 15 (helst 30) sekunder.

Før arbeidsoppgaver som stiller økte krav til rene hender, f.eks sterile prosedyrer, og etter mulige forurensning med kjente sykdomsfremkallende mikrober, kan man med fordel benytte hånddesinfeksjon. Hånddesinfeksjon skal alltid brukes i forbindelse med isolasjonsprosedyrer (egne prosedyrer).

Hudpleie

Helsepersonell er ofte plaget av tørr hud og hudirritasjon på hendene. Tørr, sprukket og sår hud vil øke faren for infeksjoner på personalets hender, samtidig som det utsetter pasientene for økt smittefare. Tørr og sår hud er også en hyppig grunn til at helsepersonell ikke vasker hendene så ofte som anbefalt.

- Såpe og desinfeksjonsmidler som benyttes bør i så liten grad som mulig virke hudirriterende og allergifremkallende.
- Papirhåndkleet bør være mykt og brukes skånsomt når man tørker hendene.
- Hudpleiemidler bør være lett tilgjengelig og brukes ofte, både på arbeid og hjemme.
- Hendene bør beskyttes mot kulde.

Hånddesinfeksjonsmiddel tilsatt stoffer som hindrer utørring av huden, kan være mer skånsomt mot hendene enn vanlig håndvask.

Sår og rifter må dekkes til med vanntett plaster, og hansker må brukes i situasjoner hvor det er fare for at hendene blir forurenset.

2. Bruk av hansker.

Hensikt:

Å beskytte personalet ved eksponering av smittestoff, og beskytte pasientene mot smitteoverføring fra personalet.

Gjelder for:

Alle ansatte i institusjonen som pleier eller behandler pasienter, som håndterer matvarer, medisiner, rent og forurenset utstyr, tekstiler, avfall og utfører renhold.

Ansvar:

- Det er arbeidsgivers ansvar å skaffe hansker av god kvalitet.
- Det er den enkeltes arbeidstakers ansvar å benytte hansker i samsvar med prosedyren.

Generelt:

- Under de fleste omstendigheter er god håndhygiene tilstrekkelig for å unngå smittespredning via hendene.
- Bruk av engangshansker er et ekstra sikkerhetstiltak til håndvask/hånddesinfeksjon og reduserer muligheten for smitteoverføring fra infisert pasient til personalet.
- Hansker skal brukes i alle situasjoner der man direkte eller indirekte kan komme i kontakt med kroppsvæsker.
- Hvis man under stell kommer i direkte kontakt med infisert materiale bør hanskene skiftes dersom man etterpå skal sortsette å stelle pasienten. Det er derfor ikke aktuelt å bruke samme hanske til flere prosedyrer.
- Vasking av hansker er ikke tilrådelig.
- Hansker er imidlertid ingen absolutt barriere mot gjennomtrengning av mikroorganismer. Hansker kan ha mikroskopiske hull før bruk, og hull kan også oppstå under bruk.
- Hendene kan derfor forurennes selv om hansker brukes. Bruk av hansker over lengre tid fører dessuten til oppformering av hudfloraen.
- Hanskeeskene skal ikke legges på vasken, men bør plasseres i egne holdere.

Personale med sår eller eksem på hendene bør være ekstra påpasselig med å bruke hansker. Sår bør i tillegg dekkes med plaster som er vann-, smudd-, virus- og bakterietett.

Fremgangsmåte:

Vask/desinfiser hendene før bruk av hansker for å:

- redusere antall mikroorganismer på hendene
- unngå å forurense hanskene før bruk og for ikke å forurense de øvrige hanskene i esken. Brukte hansker kastes umiddelbart.

Hendene skal desinfiseres umiddelbart etter bruk av hansker.

Usterile hansker

Usterile hansker brukes først og fremst for å beskytte personalet. Dette er spesielt anbefalt:

- når pasienten stelles nedentil
- ved skift/håndtering av brukte bleier eller når pasienten hjelpes på toalettbesøk
- ved tømning av kateterposer
- ved stell av stomier
- ved all kontakt med slimhinner, for eksempel håndtering av tannproteser/tannpuss
- ved all kontakt med sår og brukte bandasjer
- ved håndtering av blodsøl eller søl av andre kroppsvæsker
- ved injeksjoner, innleggelse av venekanyler og ved blodprøvetaking
- ved håndtering av antibiotika

- ved stell av pasienter som har en infeksjon
- ved all kontakt med pasienter som er isolert pga en smittsom sykdom
- ved håndtering av desinfeksjonsmidler
- ved stell av døde

Engangshansker:

Vinylhansker: Brukes til korte prosedyrer og ved latex-allergi.

Latexhansker: Brukes ved all kontakt med blod og kroppsvæsker, ved pleie av smitteførende pasienter og ved håndtering av desinfeksjonsmidler.

Sterile hansker

Sterile hansker brukes både for å beskytte pasientene og personalet.

Brukes ved sterile/aseptiske prosedyrer som for eksempel:

- Innleggelse av urinkateter
- Stell av sentralt venekateter og liknende

3. Beskyttelsesutstyr

Hensikt:

Å beskytte personalet ved eksponering av smittestoff, og beskytte pasientene mot smitteoverføring fra personalet.

Gjelder for:

Alle ansatte i institusjonen som pleier eller behandler pasienter, som håndterer matvarer, medisiner, rent og forurenset utstyr, tekstiler, avfall og utførende renhold.

Ansvar:

- Det er arbeidsgivers ansvar å sørge for at de ansatte har tilgang på nødvendig beskyttelsesutstyr.
- Avdelingsleder har ansvar for at personalet er kjent med prosedyrene, og at avdelingen har nødvendig beskyttelsesutstyr.
- Det er den enkeltes ansattes ansvar å overholde prosedyrene og bruke beskyttelsesutstyr i situasjoner der dette er anbefalt.

Fremgangsmåte:

Beskyttelsesfrakk:

Beskyttelsesfrakk skal brukes i alle situasjoner der arbeidstøyet kan bli forurenset av kroppsvæsker. Beskyttelsesfrakk brukes for å beskytte personalets arbeidstøy og for å hindre smitteoverføring til pasientene fra forurenset arbeidstøy.

Bruk at tøy stellefrakk eller liknende beskyttelsesfrakk, er spesielt anbefalt:

- ved stell av pasienter, spesielt om pasientene stelles i seng
- ved stell av sår

Smittefrakk gir bedre beskyttelse enn en stellefrakk. En smittefrakk er en engangs, væsketett, lang frakk, gjerne med gul farge. Smittefrakken skal:

- ha lange ermer med mansjett som hanskene kan dras utenpå
- ikke ha lommer
- lukkes i ryggen

Smittefrakk skal brukes når det er stor fare for forurensning med sykdomsfremkallende mikroorganismer, som ved:

- pleie og kontakt med pasienter som er isolert for smittsom sykdom
- ved stell av infiserte sår

Engangsforkle av plast bør brukes når det er fare for at arbeidstøyet blir fuktig. Det er spesielt anbefalt:

- ved håndtering av blodspøl eller spøl av andre kroppsvæsker

Arbeidsantrekk eller beskyttelsesfrakk som blir fuktig må skiftes.

Smitte- og stellefrakker skal skiftes daglig og umiddelbart ved tilsøling.

Hvis frakken skal henges opp og brukes flere ganger, er det viktig at man først vasker/desinfiserer hendene og at frakken deretter tas av og henges opp uten at innsiden blir forurenset. Frakker som henger inne på pasientens rom og/eller henger slik at pasienten kan komme i kontakt med den, skal henge med yttersiden ut slik at den ikke blir forurenset på innsiden. Frakker som henger i sluse/forgang bør henge med innsiden ut slik at smittestoff ikke spres fra frakken til omgivelsene.

Beskyttelsefrakker skal være pasientbundne, dvs. at de kun skal brukes til en pasient.

Munnbind

Munnbind brukes både for å beskytte personalet og for å beskytte pasientene.

For å beskytte personalet, skal munnbind brukes ved:

- pleie og kontakt med pasienter med infeksjon der smittestoff kan spres via luft eller dråper
- arbeidsoppgaver som kan medføre sprut av blod/kroppsvæsker
- håndtering av medikamenter som kan gi helseskade ved innånding

I tillegg bør munnbind brukes for å beskytte pasienter ved:

- stell av pasienter med sterk nedsatt infeksjonsforsvar
- all nær kontakt med pasienter, når personalet har symptomer på luftveisinfeksjon

NB! Der er **galt** å la munnbind bli hengende rundt halsen, dinglende under haken og gå ut av isolasjonsrommet med munnbindet på.

Kvaliteten bør være som for eksempel ”kirurgisk munnbind”.

Andedrettsvern (P3-maske)

Andedrettsvern gir betydelig bedre beskyttelse enn munnbind. På sykehjem bør andedrettsvern brukes ved kontakt med pasienter som har. Eller kan ha, smitteførende lungetuberkolose. Dersom pasient med smitteførende lungetuberkolose skal transporteres, skal pasienten bruke munnbind under transporten

Hårbeskyttelse

Smittestoff kan lett overføres til og fra håret via hendene eller ved at langt hår kommer i kontakt med pasienter, matvarer m.m. Personalet som gir behandling, pleie eller omsorg til pasienter behøver normalt ikke å dekke håret, men langt hår skal samles og bindes opp slik at det ikke kommer i kontakt med pasienten, sengetøy, utstyr og lignende. I sjeldne situasjoner som ved isolering av alvorlige/særlige smittsomme sykdommer, kan det være behov for å dekke håret med lue eller hette.

Personalet som arbeider på institusjonens kjøkken skal alltid dekke til håret med lue/hette. Det er viktig at alt hår dekkes til.

Beskyttelse av sko

Det er vanligvis ikke nødvendig å beskytte skoene ved behandling og pleie av pasienter på sykehjem. Skoovertrekk bør ikke brukes fordi det medfører en økt fare for å overføre smittestoff til hendene når skoovertrekket skal tas av etter bruk.

I sjeldne situasjoner anbefales det å bruke rombundne sko inne på isolatet når pasienten isoleres for alvorlig/særlig smittsom sykdom. Dette gjelder ved diare med *Clostridium difficile*.

Ved håndtering/desifisering av søl på gulvet av organisk materiale, bør man bruke sko som kan vaskes etter bruk og som er enkle å ta av uten at hendene forurenses.

4. Personlig hygiene/arbeidsantrekk

Hensikt:

Sikre at ansatte er kjent med de krav som institusjonen stiller når det gjelder personlig hygiene og arbeidsantrekk for derved å beskytte pasienter og personale mot smitte.

Gjelder for:

Alle ansatte i institusjonen som pleier eller behandler pasienter, som håndterer matvarer, medisiner, rent og forurenset utstyr, tekstiler, avfall og utfører renhold.

Ansvar:

- Det er arbeidsgivers ansvar å sørge for at de ansatte har tilgang på rett tøy, og at nødvendig beskyttelsesutstyr, som smitte- og stellefrakker, er tilgjengelig.
- Virksomhetsleder har ansvar for at personalet har nødvendig kjennskap til kravene, og skal påse at krevene følges.
- Det er den enkelte ansattes ansvar å overholde prosedyrene.

Fremgangsmåte:

Arbeidstøyet blir i tillegg til forurensing på yttersiden, også forurenset fra personalets hud på innsiden.

- Arbeidstøy skal kun brukes i arbeidet, ikke til og fra arbeid, i butikker og offentlige transportmidler.
- Arbeidstøyet skal vaskes på den institusjonen som er knyttet til institusjonen.
- Tekstilene i arbeidstøyet må være av en kvalitet som tåler gjentatte vaskeprosesser med 85 grader i minst 10 minutter.
- Hodeplagg som for eksempel turban og hodetørkler, skal vaskes hver dag eller ved tilsøling.
- Arbeidstøy skal skiftes daglig eller når det er tilsølt.
- Personalet skal ha egne sko som kun brukes på institusjonen. Det skal brukes sokker dersom ikke sko dekker hæl og tå.
- Ved pleie av smitteisolerte pasienter, eller i situasjoner der det er økt fare for smitteoverføring, skal det brukes smittefrakker.
- Ved stell kan det med fordel brukes stellefrakk.
- Ved kjøkkentjeneste kan det med fordel brukes forkle som dekker hele forsiden av arbeidstøyet..
- Smitte-/stellefrakker og kjøkkenforklær skal skiftes daglig og ved synlig tilsøling eller gjennomfukting, f.eks dusjing.
- Smitte-, stellefrakk eller engangsforkle skal tas av før man forlater pasientrommet.

Personlig hygiene

- Ansatte plikter å vise diskresjon ved bruk av sminke og parfyme.
- Bruk av smykker bør begrenses generelt. Det betyr at armbåndsur, ringer, armbånd, øredobber eller andre smykker ikke skal brukes i arbeidstiden.
- Negler skal være korte, rene og uten neglelakk. Kunstige negler er ikke tillatt.
- Skjegg skal være rent og kortklippet.
- Langt hår skal samles og festes.
- Huden skal holdes ren og hel.
- Rifter på huden skal dekket med vanntett og bakterietett plaster.
- Synlig piercing i tunge, leppe eller neseving er ikke tillatt i helseinstitusjoner. Ved innsetting av piercing lages et sår som er et utmerket vekstmedium for mikroorganismer.

5. Hygieniske rutiner ved stell av pasienter.

Hensikt:

Å beskytte pasienter og personale mot smitte.

Gjelder for:

Alle ansatte som steller pasienter.

Ansvar:

- Arbeidsgiver har ansvar for at der foreligger hygieniske krav, rutiner og prosedyrer som sikrer at stell av pasienter utføres på en forsvarlig hygienisk måte.
- Virksomhetsleder har ansvar for at gjeldende krav, rutiner og prosedyrer er kjent for personalet og at det gis opplæring i stell av pasienter. Spesielt bør ufaglærte gis opplæring.
- Alle som arbeider i pleien har ansvar for at arbeidet utføres på en hygienisk forsvarlig måte.

Fremgangsmåte:

- Planlegg stellet, spesielt for å få med alt du trenger å bruke.
- Vask/desinfiser hendene før du starter stellet. I tillegg skal håndhygiene utføres mellom arbeidsoppgaver når du går fra urene til rene arbeidsoppgaver.
- Bruk nødvendig beskyttelsesutstyr.
- Alt sengetøy bør holdes oppe i sengen og skal ikke legges på stoler eller gulv. Skittentøy bør legges direkte i en plastpose, eller tøysekk. Ta av beskyttelsesfrakk og vask/desinfiser hendene før du legger rent sengetøy på sengen.
- Ta alltid av beskyttelsesutstyr og vask/desinfiser hendene før du går ut av rommet.
- Skittentøy skal ikke bæres løst i favnen.
- Vaskefat settes direkte inn i dekontaminator.

Disse punktene bør følges i alle stellesituasjoner, Når pasienten har en smittsom sykdom må man følge egne rutiner og prosedyrer som kommer i tillegg til dette.

6.3 Desinfeksjon og sterilisering

1. Bruk av kjemiske desinfeksjonsmidler.

Hensikt:

- å sikre at ansatte får kjennskap til prinsipper og bruksområder for kjemisk desinfeksjon.
- Sikre at ansatte kjenner til hvilke desinfeksjonsmidler som skal brukes og riktig bruk av disse.

Gjelder for:

Alle ansatte som skal foreta kjemisk desinfeksjon.

Ansvar.

- Arbeidsgiver er ansvarlig for at institusjonen har tilgang på de desinfeksjonsmidlene som skal brukes.
- Den enkelte arbeidstaker har ansvar for å sette seg inn i de ulike desinfeksjonsmidlenes virksomsråde, bruksløsning og virketid.

Generelt:

Korrekt bruk av kjemiske desinfeksjonsmidler er viktig for et effektivt mikrobedrap. Det er viktig å sette seg inn i de ulike midlenes virksomsråde, blandingsforhold og desinfeksjonstid. Det er også viktig å kjenne til hvordan man skal beskytte seg mot direkte kontakt med middelet.

- All kjemisk desinfeksjon skal foregå i romtemperatur og i desinfeksjonskar med lokk.
- Bland aldri sammen ulike desinfeksjonsmidler.
- Kjemiske desinfeksjonsmidler inaktiveres lett av organisk materiale. Om mulig fjernes dersom synlig forurensning på forhånd. (Tørk av med f.eks. cellestoff. Kastes som smitteavfall. Bruk hansker).
- Skyll instrumenter og utstyr som har ligget i desinfeksjonsveske.
- Rengjør alltid karet ved bytte av middel.
- Bruk alltid hansker, og evt. beskyttelsesfrakk ved tilberedning.
- Unngå søl og sprut.
- Desinfeksjon i kar bør helst ikke foregå på pasientrommet.
- Datablader på de desinfeksjonsmidler som er i bruk skal være tilgjengelig.
- Bruk kun desinfeksjonsmidler som er godkjent av Statens Legemiddelverk.

Fremgangsmåte:

Desinfeksjon av utstyr

- Alt utstyr skal desinfiseres snarest mulig etter bruk, slik at inntørkning og smittespredning forhindres. Effekten av desinfeksjon blir redusert dersom organisk materiale får tørke inn.
- Desinfeksjon bør utføres før rengjøring, for å beskytte personalet og omgivelsene mot spredning av smittestoff. I visse situasjoner kan det være nødvendig å rengjøre først for å redusere mengden av organisk materiale. Hvis desinfeksjonen ikke kan utføres straks, må smittefarlig utstyr emballeres og merkes.
- Desinfeksjonen bør helst utføres at den som bringer utstyret til skyllerommet. Bruk alltid hansker - desinfeksjonsmidler er etsende og hudirriterende. Beskyttelsesfrakk skal også benyttes.
- Brukerstedet bør ha god ventilasjon.
- Bruk egnede desinfeksjonskar med tettsluttende lokk.
- S sammensatt utstyr atskilles så fullstendig som mulig for at desinfeksjonsmiddelet skal komme til overalt. Gjenstandene må ligge under væskeniivå.

- Etter desinfeksjon rengjøres og skylles gjenstandene under rennende vann. Utstyret tørkes godt, da vått utstyr lett blir kontaminert.

Konsentrater og brukerløsninger av desinfeksjonsmidler skal oppbevares i skap som holdes låst mellom hver gangs bruk.

Desinfeksjon av gulv og inventar

Desinfeksjonsmidler skal ikke brukes i forbindelse med rutinemessig rengjøring, men forbeholdes situasjoner der det er sølt med smittefarlige materiale.

Flekkdesinfeksjon innebærer å begrense desinfeksjon til det området som er synlig forurenset, og er som regel tilstrekkelig på gulv og inventar. Må utføres så snart som mulig for å unngå inntørking. Tørk opp så mye som mulig av sølet med f. eks cellestoff, gjerne dynket med desinfeksjonsmiddel. Bruk engangshansker, og kast avfallet som smitteavfall. Absorberende materiale (f.eks cellestoff) dynkes med eget desinfeksjonsmiddel og legges over tilsølt område i så lang tid som desinfeksjonsmiddelet krever. Etter endt desinfeksjonstid rengjøres det på vanlig måte. Ved bruk av Virkon og PeraSafe holder det å tørke av flatene med en våt klut etterpå, se egen prosedyre (flekkdesinfeksjon).

Generell desinfeksjon av horisontale flater foretas kun når lokaler og inventar er svært nedsølt, eller ved opphør av enkelte isolasjonsregimer.

- Ved grov forurensning bør det meste av sølet fjernes før man påfører desinfeksjonsmiddelet. Bruk engangshansker og absorberende materiale, og kast avfallet som smitteavfall.
- Desinfeksjonsmiddelet påføres med svamp eller klut. Bruk aldre sprayflasker eller lignende.
- Ved opphør av isolasjon brukes påkledning i henhold til smitteregimet under desinfeksjonsarbeidet. Hansker og beskyttelsesfrakk skal alltid brukes. Dører og vinduer holdes lukket under virketiden.
- Etter angitt virketid utføres vanlig rengjøring. Ved bruk av Virkon og PeraSafe holder det å tørke av flatene med en våt klut.

DESINFEKSJONSMIDLER

VIRKON:

- Brukes til desinfeksjon av utstyr og flater.
- Er godkjent mot vegetative bakterier (unntatt mykbbakterier og sporer), sopp og virus.
- Bruksblanding: 1% av konsentrat =10 gram (1 måleskje/dosepose) til hver liter vann.
- Bruksløsningen er holdbar i en uke forutsatt ubrukt og oppbevart i lukket beholder. Bruksløsningen brukes kun 1 gang. Ved desinfeksjon av utstyr og kar, skiftes løsningen en til flere ganger pr. dag.
- Virketid: Ikke synlig forurensende flater og rengjort utstyr - 10 min.
Synlig forurensede falter og ikke rengjort utstyr - 30 min.

PERASAFE:

- Brukes til desinfeksjon av flater og utstyr.
- Er godkjent mot vegetative bakterier, inkludert mykobakterier, sporer, sopp og virus.
- Bruksblanding. 1 dosepose til 1 liter lunket vann.
- Bruksløsningen er holdbar i 24 timer.
- Virkstoff: Uansett forureningsgrad: Ved Clostridium difficile - 10 min.
Ved mykobakterier (tbc) - 30 min.

DESINFEKSJONSSPRIT 70%:

- Bruk av desinfeksjon av rene flater og rengjort utstyr.
- Virker på vegetative bakterier, også mykobakterier.
Inaktiverer Hepatitt B-virus og HIV-virus ved en virkestid på 2-10 min.
- Alkohol trenger dårlig gjennom organisk materiale og fordunster lett, og er derfor ikke egnet til desinfeksjon på forurensede falter, hvis de ikke er rengjort på forhånd.
- Bruksblanding: Ferdig 70% brukskonsentrat.
- Virketid: Ikke synlig forurensede falter og rengjort utstyr - fra noen sekunder til ett minutt.

Avfall som inneholder kjemikalier omfattes av *Forskrift om miljørettet helsevern* og *Forskrift om gjenvinning og behandling av avfall*, utgitt av Miljøverndepartementet.

2. Flekkdesinfeksjon

Hensikt:

Sikre at det ikke skjer smitteoverføring ved søl av blod og annet organisk materiale.

Gjelder for:

Alle ansatte.

Ansvar:

- Avdelingens pleiepersonell gjennomfører selv flekkdesinfeksjon umiddelbart i forbindelse med uhell.
- Arbeidsgiver er ansvarlig for at institusjonen har tilgang på de desinfeksjonsmidlene som skal brukes.

Generelt:

Flekkdesinfeksjon innebærer å begrense desinfeksjon til det området som er synlig forurenset, og er som regel tilstrekkelig på gulv og inventar. Må utføres så snart som mulig for å unngå inntørking. Gjøres derfor oftest av pleiepersonalet.

Fremgangsmåte:

- Tørk opp så mye som mulig av sølet med absorberende materiale (cellestoff eller liknende), gjerne dynket med desinfeksjonsmiddel. Bruk engangshansker, og kast avfallet som smitteavfall (små mengder søl kan evt. kastes i plastikkpose som kan knyttes igjen og kastes i vanlig avfall).
- Absorberende materiale dynkes med egnet desinfeksjonsmiddel og legges over tilsølt område i virketid angitt under for ikke synlig forurensede flater - hvis man har fått fjernet alt sølet. Desinfeksjonen blir da raskere og mer effektiv. Hvis det er søl igjen etter at man har tørket opp, bruker man tiden angitt for forurensede flater.
- Flekkdesinfeksjon av forurensede flater kan også gjøres ved at det tilsølte området dekkes med celestoff eller liknende som fuktes med godkjent desinfeksjonsmiddel, virketid som anbefalt for forurensede flater. Området må om nødvendig merkes slik at det fremgår at desinfeksjon pågår og når den er ferdig.
- Etter endt desinfeksjonstid tørkes flatene av med en våt klut. Virkon og PeraSafe rengjør og desinfiseres samtidig, derfor er det ikke nødvendig å vaske med såpe og vann etterpå.
- Egnede desinfeksjonsmidler:
Virkon 1% til alle vegetative bakterier (unntatt mykobakterier og sporer), virus og sopp
Virketid: Ikke synlig forurensede flater - 10 min
Synlig forurensede falter - 30 min

PeraSafe til Clostridium difficile. Virketid: Uansett forurensingsgrad - 10 min.

PeraSafe til mykobakterier (tbc). Virketid: Uansett forurensningsgrad - 30 min.

Desinfeksjonssprit 70% kan brukes til å tørke av små flekker med blodsøl, men kan ikke brukes på gulv, da det fjerner boningen.

3 Varmedesinfeksjon

Hensikt:

Å beskytte pasienter, personalet og miljøet mot smitteoverføring fra forurenset utstyr og instrumenter.

Gjelder for:

Ansatte som utfører varmedesinfeksjon

Ansvar:

- Det er eiers ansvar å sørge for at institusjonen har maskiner som fungerer etter gjeldende standarder.
- Det er brukers ansvar å gjøre seg kjent med maskinene, og å følge gjeldende retningslinjer.

Generelt:

Varmedesinfeksjon er en prosess som uskadeliggjør de fleste virus, sopp og bakterier, inklusive mykobakterier. Desinfeksjon dreper ikke bakteriesporer, disse tilintetgjøres kun ved sterilisering. Varme dreper mikroorganismene ved å ødelegge deres proteiner. Desinfeksjon med fuktig varme i et lukket system er den sikreste, rimeligste og enkleste av alle desinfeksjonsmetoder. Metoden er også den mest miljøvennlige og bør derfor velges for utstyr som tåler varme. Varmedesinfeksjon skjer enten ved koking (100 gr) i 5-10 min eller i dekontaminator ved temperatur på 85gr eller mer.

Fremgangsmåte:

Koking

- koking skjer i en kjele. Det brukes vann fra springen og et alkalisk middel som ikke skummer og med PH> 12,5.
- Alle deler av utstyret skal ligge under vann når det kokes, 5-10 min er tilstrekkelig.
- Instrumentene skal ikke rengjøres på forhånd. Selv sterkt tilsølt utstyr blir rent og desinfisert.

Spyledekontaminator (bekkenspyler):

- Laget for utslag av flytende avfall og vaskevann.
- Beregnet for rengjøring og desinfeksjon av bøtter, urinflasker, bekken og vaskevannsfat.
- Har et kort spyle - vaske - desinfeksjonsprogram, og egner seg derfor ikke til desinfeksjon av kirurgiske instrumenter.
- Desinfeksjonstid: minimum 85 gr i va 45 min.
- Hele prosessen tar ca. 3-7 min, avhengig av maskintype.

Vaskedekontinuator (instrumentvaskemaskin):

- Må ikke brukes til utslag av flytende materiale.
- Brukes til instrumenter og utstyr som evt. skal steriliseres, eller som krever stor grad av renhet. De kan også brukes til vaskevannsfat.
- Desinfeksjonstid: Minimum 85gr i 3 min.
- Hele prosessen tar fra 20-30 min.

Oppvaskmaskiner

For oppvaskmaskiner er det et krav at det blir utført, sikker desinfeksjon. Hva som regnes som sikker desinfeksjon er avhengig av type maskin. En generell anbefaling er skylling i 75gr i minst 15 sek, mens vasketemperaturen bør ligge mellom 55 og 70 gr C i minst 1 min.

Vaskemaskiner

For desinfeksjon av tøy kreves det en desinfeksjonsfase i vaskemaskinen på 85gr C i minimum 10 min.

4. Rutiner for skylleromsarbeid.

Hensikt:

Sikre at ansatte følger ensartede retningslinjer og rutiner ved arbeid i skyllerom og at pasienter og ansatte beskyttes mot smitteoverføring.

Gjelder for.

Alle ansatte som skal utføre oppgaver på et skyllerom.

Ansvar:

- Det er arbeidsgivers ansvar at utstyr/innredning er i samsvar med gjeldende regler for smittevern, slik at man unngår spredning av mikroorganismer.
- Det er den enkeltes ansvar å utføre arbeidsoppgavene på skyllerommet på en måte som forhindrer smittespredning.
- Ansvar for renholdet på skyllerommet bør være spesifisert med navn.

Generelt:

Skyllerommet er avdelingens mest utsatte sted med hensyn til smittespredning. Her desinfiseres og rengjøres alt utstyr som har vært i kontakt med pasienter, her håndteres urin og avføring, her lagres avfall og skittentøy og her behandles rent og urent utstyr. Skyllerommet bør i sin helhet betraktes som ureint, men der dette ikke er praktisk mulig, må det skilles klart mellom uren og ren side.

Fremgangsmåte:

Utstyr på skyllerom

- **Bekkenspyler:** Er laget for utslag av flytende avfall og vaskevann.
- **Vaskevannsfat.** Erfaringsmessig kan fettranden etter såpe bli sittende igjen etter desinfeksjonsprosessen. Man kan da ta flytende håndsåpe på et tørkepapir for å få fjernet denne før fatet settes i maskinen. Bruk av børste/kost anbefales ikke av fare for sprut.
- **Urinflasker:** Flasker av plast blir ved langvarig bruk slitte og ujevne i materialet. Dette gjør at belegg kan feste seg på innsiden av flasken og medføre utilstrekkelig desinfeksjon. I slike tilfeller bør flasken skiftes ut.

Kvalitetskrav til skyllerommet

- Håndvask og veggfast dispenser til hånddesinfeksjon.
- Ren og uren side skal være tydelig merket.
- Rommet skal være ryddig til enhver tid.
- Benker må være i et materiale som er glatte og lette å rengjøre, og som tåler desinfeksjonsmidler. Rustfritt stål anbefales.
- Skapdører og skuffer skal være lukket når de ikke er i bruk.
- Desinfeksjonsmidler og sterke såper skal oppbevares i låsbart skap.
- Avfallstativet bør ha fotpedal for åpning av lokket, så man slipper å sette fra seg avfallet.

- Døren skal holdes lukket. Døren inn til skyllerommet bør fungere slik at man kan åpne den uten bruk av håndtak. Den bør også lukkes av seg selv.

Påkledning og håndhygiene

Ved urent arbeid og ved fare for søl skal beskyttelsesfrakk og hansker brukes.

Alltid hånddesinfeksjon eller håndvask:

- før kontakt med rent utstyr
- etter kontakt med urent utstyr
- etter hanskebruk
- før skyllerommet forlates

Rent og urent

Det er et absolutt krav at rent og urent utstyr holdes godt atskilt. Dette oppnås ved at:

- Brukt utstyr rengjøres og desinfiseres umiddelbart. Hvis dette ikke er mulig skal utstyret oppbevares tildekket på uren benk.
- Minst mulig utstyr lagres på skyllerommet, da dette vanskeliggjør renholdet. Oppbevaring av utstyr som skal brukes til stell/pleie av pasient anbefales ikke lagret på skyllerommet. Hvis det ikke finnes en annen løsning, må utstyret lagres i lukkede skap.
- Rent og desifisert utstyr skal settes direkte i skap for rent utstyr. Gjennomstikkskap til rent lager anbefales. Hvis dette ikke finnes, må utstyret settes på ren benk og tørkes så fort som mulig for å bringes til rent lager, evt. settes i lukket skap på skyllerommet.
- Ren arbeidsbenk brukes kun til arbeid med rent utstyr.
- Prøver av urin og avføring utføres på uren side, evt. på åpen dør på bekkenspyler.
- Forurenset tøy som skal forvaskes i vaskemaskinen på skyllerommet, må fraktes og oppbevares i lukkede poser inntil det legges i maskinen. Rengjort tekstiler skal ikke henge eller ligge til tørk inne på skyllerommet.

Rengjøring av skyllerommet

- Skyllerommet rengjøres etter at avdelingen for øvrig er rengjort.
- Daglig våtmopping av gulv
- Daglig rengjøring av arbeidsbenk, vaskeservant, utslagsvask, blandebatteri, såpe- og spritdispenser og utvendige flater på dekontaminator.
- Etter rengjøringen tørkes arbeidsbenk over med desinfeksjonssprit 70%.
- I tillegg bør det utføres flekkdesinfeksjon ved søl av organisk materiale.

Ukentlig rengjøring

- Øvrig utrustning, skap, hyller og vegg bak arbeidsbenk.

Vedlegg

Plakater og merking av ren og uren side.

5 Rengjøring - desinfeksjon av badekar/dusjstoler.

Hensikt:

Unngå spredning av smittestoff via badekar/dusjstoler.

Gjelder for:

Alle ansatte som bader/dusjer pasienter.

Ansvar:

Personalet som har ansvar for bading/dusjing av pasienter, er også ansvarlig for rengjøring - evt. desinfeksjon av badekar/dusjstolen.

Generelt:

Rutinemessig desinfeksjon av badekaret er ikke nødvendig mellom hver pasient, men hvis smittestoff skilles ut i badevannet og karet ikke blir desinfisert, kan smittestoff spres til neste bruker. Smittestoff kan utskilles via kroppsvesker, inkludert blod, sekreter og ekskreter. Dusjstoler bør rengjøres/desinfiseres mellom hver bruker.

Fremgangsmåte:

Hvis pasienten ikke skiller ut smittestoffer er det ikke nødvendig å desinfisere badekaret mellom brukerne.

- Badekaret/dusjstolen rengjøres med såpe og vann mellom hver bruker.

I situasjoner der badekaret/dusjstolen er tilsølt med blod, sekreter, ekskreter, kroppsvæsker eller på annen måte er forurenset med mikroorganismer:

- Badekaret/dusjstolen desinfiseres med egnet middel, f.eks Virkon/PeraSafe
- Desinfeksjonsmiddelet påføres med klut eller svamp.
- Dusjstolen kan også tørkes over med håndklepapir først og desinfiseres med 70% desinfeksjonssprit etterpå når den er tørr.
- Etter endt desinfeksjonstid, rengjøres karet på vanlig måte.

6. Rengjøring av febertermometer.

Hensikt:

Forebygge kryssinfeksjoner ved bruk av febertermometer.

Gjelder for:

Alle ansatte som benytter febertermometer, DIGItemp.

Ansvar:

Personalet som har ansvar for å måle temperaturen på pasienten, er også ansvarlig for rengjøring/desinfeksjon av febertermometeret.

Fremgangsmåte:

Rengjøring/desinfeksjon

- Det anbefales at febertermometer er pasientbundet. Det betyr at temperaturmålet ikke sirkulerer mellom flere pasienter, men at pasienten kan ha temperaturmålet i et pussbekk på nattbordet sammen med spritkompresser og beskyttende plastlomme i den perioden det er nødvendig å måle temperaturen.
- Ta på beskyttende plastlomme før bruk. Etter bruk fjernes plastlommen og termometeret tørkes av med sprit og oppbevares i pussbekkenet.

Obs. Temperaturmålet må rengjøres og desinfiseres før det tas i bruk til neste pasient:

- Vaskes i lunkent såpevann.
Desinfiseres i Virkon 1% i 10 min.
- Ved mistanke om mykobakterier (tuberkolose): PeraSafe i 30 minutter.
- Ved *Clostridium difficile* infeksjoner: PeraSafe i 10 minutter.
Bruk av kjemiske desinfeksjonsmidler.
- Etter desinfeksjonen, skylles temperaturmålet med vann og tørkes.

7. Renhold av rom, senger og utstyr.

Hensikt.

- Hindre smittespredning i miljøet og mellom pasienter.
- Redusere mengden mikrobielle og allergene partikler i luften.

Gjelder for:

Alle som utfører renhold i institusjonen.

Ansvar:

- Institusjonsledelsen har ansvar for at skriftlige rutiner og prosedyrer foreligger, og at det stilles krav om at disse skal følges både av institusjonene ansatte og av innleide renholdere/renholdsfirmar.
- Virksomhetsleder har ansvaret for at renholder og dennes leder blir varslet når det må tas spesielle forholdsregler mot spredning av smittestoffer ved utføring av renhold. Det skal gis informasjon om hvilke rom det må tas spesielle forholdsregler mot smitte, hva slags beskyttelsesutstyr renholderne må bruke, og om hvilke forholdsregler som må tas, med henvisning til hvilke skriftlige rutiner og prosedyrer som gjelder.
- Virksomhetsleder har ansvar for at det finnes en renholdsplan for institusjonen, for at renholdet blir forskriftsmessig utført og for at personalet får opplæring og har nødvendig kunnskap om gjeldende rutiner og prosedyrer i forhold til renhold.
- Den enkelte renholder har ansvar for å gjøre seg kjent med skriftlige rutiner og prosedyrer for renhold og utføre renholdet forskriftsmessig.

Generelt:

Et riktig og regelmessig utført renhold er estetisk viktig og i tillegg smitteforebyggende. Pasientrom møblert med private gjenstander og tekstiler i institusjoner forutsetter høy standard på renholdsarbeidet. Støv, partikler og mikrober samles alltid på flater, gulv og alle gjenstander for øvrig. Mikrober kan holde seg levedyktig i støv og urenheter i langre tid, slik at støv som inneholder mikroorganismer og som virvles opp med luft ved bevegelse i rommet kan bli smitekilder for pasienter med nedsatt immundeforsvar.

I støv og partikler finnes vanligvis hudbakterier som ikke er sykdomsfremkallende, men smittefarlige bakterier som gule stafylokokker og tarmbakterier kan være tilstede, og spordannende bakterier, som *Clostridium*, *difficile*, kan overleve i miljøet i flere måneder.

Fremgangsmåte:

Hygieniske krav

Kravet til hygiene og renhet er ikke det samme i alle rom på institusjonen. Ut fra risiko for smittespredning deles de enkelte rom og områder inn i tre hovedgrupper.

- Gruppe 1. Rom der infiserte eller infeksjonsømfintlige pasienter blir stelt eller behandlet, som våtrom som toalettrom, dush/bad skyllerom.
- Gruppe 2. Rom som har middelsrisiko for smittespredning, som pasientrom, spiserom, lintøyrom/rentlager.
- Gruppe 3. Rom som ikke har noen spesiell tilknytning til pleiefunksjon, som trapp, korridor og kontorer.

Jo større risiko for smittespredning er, desto høyere er kravet til hygiene og renhet. I tillegg deles det enkelte rom inn i hygiesoner der det stilles ulike krav til hygiene og renhet for de forskjellige sonene. I et pasientrom er kravet til hygiene størst rundt pasienten,

og minst ved gulvet. Det skal alltid vaskes fra rent til mindre rent. Eks på rekkefølgen av rengjøringen blir da; nattbord/seng - inventar - dørhåndtak - kraner - servant - gulv.

Rengjøringsutstyr

- Kluter og mopper skal tilfredstille krav til tekstiler som brukes i sykehus.
Fuktmopp, 100% polyester, *våtmopp*, garnmopp i bomull/polyester.
- Det benyttes rent utstyr til hvert rom.
- Etter rengjøring i rom skal kluter og mopper til vask i egen maskin i 85 gr etter retningslinjer for behandling av brukte tekstiler.
- Nal og bøtte rengjøres/desifiseres i dekontaminator.
- Rengjøringsvogn rengjøres daglig.
- Rengjøringsutstyr oppbevares i eget rom.

Renholdsmetoder/hyppighet

På sykehjemmet skal renhold utføres etter hygienisk forsvarlige metoder. Det er vist at renholdsmetodene *fuktmopping*, til dels sammen med *tørrmopping*, av gulv minsker partikkel- og mikrobemengde. Smuss og organisk materiale fjernes mest effektivt med *våtmopping*, evt klutvask med såpe. Det anbefales en kombinasjon av fukt- og våtmopping for vanlig renhold. Tørrmopping bør helst ikke forekomme i institusjoner. Følgende metoder skal brukes:

Gulv

- Fuktmopping uten rengjøringsmiddel
- Våtmopping med rengjøringsmiddel, såpe
- Glansing ca. 1 gang/mnd
- Boning ved behov

Inventar

- Støvtørring med fuktig klut
- Vask av inventar og senger
- Støvsuging, møbler, tekstiler

Rutinerengjøring, hovedrengjøring og spesialrengjøring

- Rutinerengjøring/daglig renhold er de oppgavene som normalt er nødvendig å utføre innen en uke. Det er realistisk å si at renhold skal utføres på virkedager.
- Hovedrengjøring er nødvendig i alle institusjoner for å få ned de støv- og smussdepoter som ikke nås i det daglige/periodiske arbeidet. Hovedrengjøring krever noe mer spesialutstyr og litt kraftigere rengjøringsmiddel enn det som brukes i det daglige.
- Hovedrengjøring vil omfatte:
 - Vindusvask/-puss
 - Våtromsrengjøring
 - Hovedrengjøring av alle rom, vasking av tak og vegger med vann og såpe.
 - Ventilasjonskanaler
- Spesialrengjøring innbefatter desinfisering av rom og flater.

Rutinerengjøring

Pasientrom/bad

Gjennomføres etter behov og etter avtaler med renholdere som utfører:

- Rengjøring av gulv
- Støvtørring av nattbord/seng, brukt inventar, dørhåndtak, kraner, servant, vegg rundt servant, toalett samt regelmessig støvtørring.

Dagligstue

- Renhold av gulv

- Vask av bord
- Møbler støvsuges og rengjøres ukentlig

Spisestue

- Renhold av gulv ved behov
- Vask av bord etter hvert måltid
- Vask av stolseter

Anretning/kjøkken

- Daglig renhold av alle flater/gulv
- Daglig renhold av komfyr
- Rengjøring av kjøler en gang i uken
- Regelmessig renhold av skuffer og skap
- Daglig renhold av matvogn

Rent tøy lager

- Daglig renhold av gulv
- Gulv på lager er ikke lagerplass
- Støvtørring ved behov

Toalett

- Våtmopping av gulv
- Vask i rekkefølge; speil, hylle, sevant og toalett
- Toalett, toalettforhøyer, blir vasket først utenpå fra toppen og nedover
- Innvendig brukes toalettbørst
- Toalettsetet sprites
- Toalettbørste rengjøres i dekontaminatoren 1 gang i uken
- Kluter desinfiseres etter hver gangs bruk

Dusj/bad

- Våtmopping av gulv
- Rengjøring av flater rundt dusj, samt dusjstoler mellom bruk
- Hvis smitte/infeksjon dusjes pasienten til slutt
- Desinfeksjon av dusjrist

Skyllerom

- Våtmopping av rom
- Rengjøring av andre flater rundt servant og dekontaminator/utvendig, samt dørhåndtak utføres av renholderne
- Løst inventar og avlastningsbenker rengjøres daglig av pleiepersonalet
- Sjekk dispenser for såpe og hånddesinfeksjon, samt papirhåndklær

Våtrom

- Gulv rengjøres ved behov
- Støvtørring av inventar, vask av servant og vegg rundt servant og dørhåndtak utføres daglig

Korridorer

- Gulv rengjøres etter behov
- Vask av dørhåndtak daglig
- Renhold av gelender to ganger i uken

- Møbler rengjøres og støvsuges en gang i uken

Heis

Daglig rengjøring av gulv, gelender og betjeningspanel

Behandlingsrom og legekontor

- Gulv rengjøres 5 dager i uken
- Vask og støvsuging av inventar og håndtak
- Rengjøring av utstyr og instrumenter etter retningslinjer for disse

Garderobe, toaletter og dusj for personale

- Toaletter og dusj rengjøres daglig
- Garderobe rengjøres 2 ganger i uken

Kontorer og korridorer uten pasienttilgang

- Våtmopping 1 gang pr. uke
- Fuktmopping 1 gang pr. uke

Hovedrengjøring

Pasientrom

Utføres en gang pr. år, for øvrig ved skifte av pasient. Nedvasking av alle flater, samt vasking og skifte av alle tekstiler.

Fellesrom i avdelingen

Kjøkken, medisinerom og våtrom i avdelingen (dusj/bad, toalett, skyllerom) hovedrengjøres 2 ganger årlig.

Øvrige rom

Hovedrengjøres 1 gang pr. år

Rengjøring av brukt seng

Vask av seng, utføres hver 3 mnd. og mellom hver pasient

- Brukt sengetøy legges forsiktig direkte ned i sekk
- Madrassen tørkes av med såpe og vann. Settes evt. på lufteveranda
- Pute og dyne sendes vanligvis til vask hver 6 mnd
- Skittentøy sendes umiddelbart til vaskeriet
- Sengen vaskes med såpe og vann
- Håndvask/hånddesinfeksjon før pålegging av sengetøy

8. Håndtering av tekstiler.

Hensikt:

Å sikre hygienisk håndtering, transport og oppbevaring av rene og urene tekstiler, for derigjennom å hindre overføring av smittestoffer til omgivelser, pasienter og personale.

Gjelder for:

Alle ansatte på sengeposten som håndterer tekstiler.

Ansvar.

- Virksomhetslederen er ansvarlig for å tilrettelegge forholdene for korrekt håndtering, transport og oppbevaring av rene og urene tekstiler.
- Hver enkelt ansatt er ansvarlig for å følge gjeldende prosedyre.

Rene tekstiler

- hendene skal alltid vaskes/desinfiseres før håndtering av rent tøy.
- Rent tøy skal komme til avdelingen i tildekte rene vogner.
- Vognen med rent tøy plasseres på rent tøylager, eller tøyet ryddes på plass i hyller og skap.
- Lager for rent tøy skal ha støvfrie hyller/skap og det skal ikke settes noe på gulvet, slik at det er lett å holde rent.
- Pasientens private tøy skal komme til avdelingen i egne traller.
- Privat tøy legges direkte i skap på pasientens rom.
- Tomme tøytraller leveres til vaskeriet og rengjøres der.
- Før stell, sengereing og lignende skal kun det tøyet som er nødvendig tas med inn på pasientens rom.
- Sykehjemmets tøy (sengetøy, håndklær med mer) skal ikke lagres inne på pasientrom.
- Tøy som har vært inne på pasientrom skal ikke legges tilbake på rent tøylager.

Urene tekstiler

- Ved skifte av urene tekstiler - må gjøres på en slik måte at partikler og smittestoff ikke spres i rommet.
- Urene tekstiler skal ikke legges på gulvet eller i møbler og liknende.
- Urent tøy legges direkte i ren sekk på pasientens rom.
- Sengetøy kluter og håndklær, som vaskes på samme temperatur ved 85 gr, kan legges i samme sekk.
- Tøyet transporteres i lukket sekk til avdelingens skittentøyrom, evt. skyllerom.
- Sortering av tøy ved å ta tøyet opp fra sekkes frarådes, da denne håndteringen kan medføre at smitteførende partikler spres ut i rommet. Hvis dette er nødvendig for den etterfølgende arbeidsgang i vaskeriet, må personalet bruke beskyttelsesfrakk og hansker.
- Samlesekker for urent tøy skal stå på eget skittentøyrom og ikke på skyllerommet.
- Om skyllerommet må benyttes, skal dette være undertrykksventilert.
- Urent tøy skal oppbevares i så kort tid som mulig på avdelingen.

Smittetøy

Smittetøy er alt tøy fra pasienter som har en smittsom sykdom, samt tøy som er tilsølt med kroppsvesker. Tøy som kun har små flekker med blod/kroppsvesker, kan behandles som urent tøy.

- Unngå å riste tøyet
- Smittetøy legges direkte i en gul plastsekk og knyttes igjen inne på pasientens rom/brukersted.
- Sekken legges ned i en vanlig tøysekk før transport til skyllerom/skittentøylager.
- Smittetøy må ikke oppbevares i avdelingen, men raskt sendes til vaskeriet.
- Hvis tøyet må oppbevares mer enn ett døgn i avdelingen før levering til vaskeri, bør romtemperaturen der tøyet lagres, ikke ha for høy temperatur /ideelt +4-10grader), da smittestoffene derved kan oppformeres (øke i antall).
- Det er viktig at tøyet er emballert på en slik måte at vaskeripersonalet vet at det er smittetøy de håndterer.

Bruk av vaskemaskin på avdelingen

Vaskemaskinen på avdelingen kan brukes til å forbehandle tekstiler som er tilsølt med kroppsvæsker. Tøyet skal da skylles og vaskes på 85 grader. Etter vask av tøyet kjøres maskinen tom på 90 grader for desinfeksjon. Deretter legges tøyet i skittentøysekkene og sendes til vask på vaskeriet.

9. Håndtering av avfall.

Hensikt:

Å hindre at avfall forårsaker skade eller sykdom hos pasienter og personale, og alle som håndterer avfall i og utenfor sykehjemmet.

Gjelder for:

Alle ansatte på sykehjemmet som håndterer avfall.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at renovasjonsforskriftene for den enkelt kommune følges.
- Virksomhetsleder skal sørge for at det foreligger rutiner for håndtering av smittefarlig avfall og stikkende/skjærende avfall, og at personalet har tilgang på nødvendig utstyr for å kunne håndtere avfallet på en forsvarlig måte.
- Virksomhetsleder har ansvar for at personalet kjenner de gjeldende rutiner for håndtering av avfall, og at disse følges.
- Den enkelte ansatte har ansvar for at avfall blir korrekt sortert og emballert, og at intern transport og midlertidig lagring skjer på en forsvarlig måte.

Generelt.

Avfall fra sykehjem har en svært variert sammensetning, og kan derfor medføre helse- og miljøskader av forskjellig art. Likevel skiller avfall fra sykehjemmet seg lite fra andre deler av samfunnet. Det er dessuten mulig å behandle avfallet slik at risikoen for skader blir liten. Det er smitteavfall, stikkende/skjærende avfall og biologisk avfall som er forbundet med fare for overføring av smittestoff. Følgelig er det først og fremst denne type avfall som kommer inn under infeksjonskontrollprogrammets rutiner for håndtering av avfall. Sykehjemmet bør også ha rutiner for behandling av legemiddelrester, og for brannfarlig avfall.

Fremgangsmåte:

Håndtering av forbruksavfall

- Bruk engangshansker under arbeid med avfall.
- God håndhygiene etter håndtering av avfall.
- Vanlig avfall som ikke medfører fare for helse- eller miljøskader kastes i svart søppelsekk.
- På sengeavdelinger skal svart søppelsekk stå i eget stativ på eget avfallsrom, evt. på uren side på skyllerommet.
- Søppelsekken skal aldri fylles mer enn 3/4 full før den lukkes.
- Emballasjen skal være ren utvendig.
- Før transport skal sekken alltid lukkes forsvarlig. Intern transport skal skje på egne traller eller stativ, som kun brukes til frakt av søppelsekker.

Håndtering av smitte-/risikoavfall

Følgende avfall medfører økt fare for smitteoverføring og skal skilles ut fra vanlig forbruksavfall og håndteres etter egne rutiner:

1. Avfall forurenset av organisk materiale fra pasienter med smittsom sykdom
2. Blod og blodprodukter
3. Biologisk-/patologisk avfall
4. Stikkende-/skjærende avfall

- Bruk engangshansker og smittefrakk med lang arm ved håndtering av smitteavfall.

- Avfall fra pasienter med smittsom sykdom og avfall som inneholder blod skal legges i plastposer, lukkes og kastes direkte i gul plastsekk inne på pasientrommet. Posen med smitteavfall lukkes før den tas ut av rommet. Hvis den blir forurenset på yttersiden skal en ny pose trekkes utenpå. Posen med smitteavfall legges i direkte
- plastsekk på skyllerommet.
- Biologisk-/patologisk avfall og avfall med store mengder blod skal legges i plastposer som lukkes. Posene legges deretter i egne beholdere av hard plast.
- Beholdere med smitte-/risikoavfall skal være forsvarlig lukket og bringes til felles avfallslager.

I KANYLEBOKS KASTES

- sprøyter, venekanyler, engangs skalpeller, suturkniver og glassampuller
- lokket settes på etter bruk
- når kanyleboksen er 3/4 full kastes den i risikoavfallseske som er i hard plast.

I RISIKOAVFALLSSEKK KASTES

- engangsskiftesett brukt til stell/sårslifte av infisert sår
- bandasjemateriell brukt på samme type sår
- cellestoff brukt til flekkdesinfeksjon
- engangsutstyr, herunder hansker, frakk evt. munnbind, brukt inne hos pasient som er isolert på grunn av smittsom sykdom
- engangsbleier fra pasienter med infeksjonsdiare

Glass og annet skarpt avfall som ikke er forurenset av smittestoff, skal kastes i egen beholder som ikke kan perforeres av avfallet. Beholderen skal ikke være gul og skal være tydelig merket "Glass".

Risikoavfall kan legges i vanlig avfallspose som knyttes igjen og kastes i vanlig avfall hvis:

- bandasjen er lite gjennomtrukket
- skiftesettet er brukt til sår med lite sekresjon
- mengden cellestoffer brukt til flekkdesinfeksjon er liten
- mengden avføring/diare på bleien er liten

Transport av avfall fra avdelingen

- bruk hansker og frakk ved håndtering av avfallssekker
- sjekk at avfallssekkene er lukket forsvarlig
- sjekk at emballasjen ikke er tilgriset utvendig og at det ikke er hull
- håndter sekken slik at det ikke går hull under transport
- avfallssekker transporteres på stativ/traller som bare brukes til dette formålet
- avfall transporteres separat i heisen
- stativ/trallen vaskes med såpevann daglig
- utfør håndhygiene og evt. tøyskifte etter at oppgaven er fullført

Container

- containeren skal plasseres forsvarlig og tildekket
- innpakket avfall (ikke smitteavfall) kan legges direkte i containeren

Når det gjelder avhenting av risikoavfall fra sykehjemmet/legekontoret og hjemmetjenesten har vi en tid fraktet dette selv til Senja Avfallsselskap på Botnhågen.

7. SMITTEVERN FOR PERSONALET

7.1 Generelle rutiner ved kontakt med blod

Hensikt:

Å beskytte personalet mot smittestoffer som overføres via blod.

Gjelder for:

Alle ansatte ved sykehjemmet, også elever, studenter og vikarer.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at det foreligger skriftlige rutiner ved kontakt med blod og for blodsmitteuhell, og for å følge opp de som blir utsatt for mulig smitte.
- Virksomhetsleder har også ansvar for å tilrettelegge - og gjøre denne prosedyren kjent for sine ansatte.
- Virksomhetsleder har ansvar for å legge forholdene til rette for opplæring og kontroll og at nødvendig utstyr for beskyttelse, desinfisering og emballering er tilgjengelig.
- Alle ansatte har ansvar for å tilegne seg kunnskap om hvordan man beskytter seg selv og pasientene mot blodsmitte, og har ansvar for å følge de forholdsregler som her er nevnt.

Generelt:

Blod og blodholdige kroppsvæsker skal alltid betraktes som smitteførende. Forholdsregler for å forebygge blodsmitte er i stor grad ivaretatt av standardtiltak som er generelle smitteforebyggende tiltak som skal gjennomføres overfor alle pasienter uavhengig av diagnose eller mulig infeksjonstilstand.

Et stort antall smittestoffer kan overføres via blod. Dette gjelder virus, bakterier og protozoer. De mest aktuelle er hepatitt B og HIV. Det er viktig at alle ansatte ved institusjonen følger rutinen, for å kunne beskytte seg mot infeksjoner forårsaket av mikroorganismer som smitter via blod. Samtidig er det viktig å understreke at det ikke er nødvendig med beskyttelsesutstyr ved vanlig sosial kontakt., men at forholdsregler må tas ved fare for kontakt med blod eller blodholdige kroppsvæsker.

Smitteoverføring på sykehjem

Blodsmitte kan i yrkessammenheng skje på tre måter:

- Fra smittet pasient til annen pasient via urene instrumenter (tilsølt med blod/kroppsvæsker), urent utstyr eller via helsearbeidernes hender.
- Fra smittet pasient til helsearbeider ved inokulasjon/stikk etc. av blod/smitteførende kroppsvæsker eller ved sprut/søl på defekt hud eller slimhinne.
- Fra smittet helsearbeider til pasient ved at blod eller blodholdige kroppsvæske fra helsearbeideren inokuleres eller på annen måte kommer over i pasientens vev, åpne sår eller på slimhinner.

Stikkskader er hovedårsaken til yrkesbetinget blodsmitte. Det er derfor viktig å være ekstra forsiktig ved håndtering av spiss og skarpe gjenstander.

Fremgangsmåte:

Generelle forhåndsregler ved kontakt med blod

- Bruk hansker ved kontakt eller fare for kontakt med blod og kroppsvæsker. Vask/desifiser hendene når hanskene er tatt av.
- Dekk til egne sår med plastbandasje eller flytende plaster, også når du bruker hansker.
- Beskytt øyne, nese og munn ved fare for blodsprut
- Bruk beskyttelsesfrakk ved fare for blodsprut eller blodsøl.

Håndtering av stikkende og skjærende gjenstander

- Planlegg nøye prosedyren som skal utføres.
- Ta deg nødvendig tid til å utføre prosedyren.
- Beskyttelseshylsen til sprøytespissen skal ikke settes tilbake på plass over spissen etter bruk, fordi det da er lett å stikke seg selv.
- Kast sprøyte og kanyle direkte i beholder for stikkende/skjærende avfall. Skill aldri sprøyte og kanyle før det kastes.
- Beholder for stikkende/skjærende avfall skal finnes i samme rom som injeksjonen foregår (evt. kan sprøyte og annet utstyr bringes ut av pasientens rom på et brett).

Rengjøring og desinfeksjon ved blodsøl

Instrumenter og utstyr

- Brukte instrumenter og utstyr som er tilsølt med blod, skal desifiseres så snart som mulig etter bruk, slik at inntørking og smittespredning forhindres. Blod bør ikke få anledning til å tørke.
- Instrumenter og utstyr som tåler varme, skal rengjøres i instrumentvaskemaskinen med avsluttende desinfeksjon ved minimum 85 grader.
- Blodsøl på instrumenter og utstyr som ikke tåler varme, legges i et kar med Virkon 1% i 30 min. Bruk egnede desinfeksjonskar med tettsluttende lokk. Gjenstandene må i sin helhet ligge under væsknivå. Til slutt skylles utstyret under rennende vann.
- Bruk hansker og om nødvendig annet beskyttelsesutstyr.

Tøy

- Tøy som er synlig forurenset med blodsøl skal legges i gule plastposer og håndteres som smittetøy.

Inventar, gulv og vegger

- Blodsøl på inventar, gulv og vegger skal straks fjernes med cellestoff evt. fuktet med desinfeksjonsmiddel. Deretter desinfeksjon med Virkon 1% i 30 min. Småflekker kan fjernes med 70% desinfeksjonssprit, men kan ikke brukes på gulv fordi det tar boningen. Til slutt vanlig rengjøring.

Avfall

- Avfall med større mengder blod kastes som smitteavfall. Avfall med små mengder inntørket blod kastes som vanlig avfall.

7.2 Akutt håndtering av stikk- og skjæreskader

Hensikt:

Å beskytte personalet mot smittestoffer som overføres via blod, og sørge for at personale som eksponeres for smittestoff i blod får nødvendig førstehjelp og adekvat vurdering, behandling og oppfølging.

Gjelder for:

Alle ansatte ved sykehjemmet, også elever, studenter og vikarer.

Ansvar:

- Den som utsettes for stikkskader eller annen blodsmitteuhell, skal umiddelbart igangsette strakstiltak, og varsle nærmeste overordnede.
- Virksomhetsleder/ansvarlig sykepleier skal sørge for at lege blir kontaktet, at skjema blir utfylt, og at legen får kopi av skjemaet som grunnlag for å vurdere evt. behandling og videre oppfølging.
- Arbeidsgiver har ansvar for at utfylt skjema blir oppbevart etter gjeldende krav, og at uhell og skader blir meldt til Rikstrygdeverket.
- Arbeidsgiver har også ansvar for å tilrettelegge - og gjøre denne prosedyren kjent for sine ansatte.

Generelt:

Stikkskader, særlig der helsepersonell stikker seg på brukte kanyler og derved risikerer å bli påført smitte via blodsøl/sprut anses som mindre, men det kan allikevel skje. Blodsmittestatus for smitekilden (donor) er ikke alltid kjent, og derfor anbefales det at alt blod betraktes som potensielt smitteførende.

Fremgangsmåte:

Førstehjelp ved stikk/skjæreskader med spontan blødning

- La det blø noen minutter, eventuelt klem forsiktig rundt stikkstedet/kuttet for å få det til å blø litt
- Vask med såpe og vann i 10 min
- Desinfiser deretter med jodspirit 2% eller klorhexidinsprit 5 mg/ml
- Sett på plaster

Førstehjelp ved stikk/skjæreskader uten spontan blødning

- Ikke klem rundt stikkstedet eller provoser blødning
- Vask og desinfiser som ovenfor

Førstehjelp ved blodsprut/blodsøl i sår

- Skyll med rikelig vann
- Desinfiser med vanlig klorhexidin 1 mg/ml

Førstehjelp ved blodsøl/blodsprut i øyne, nese, munn

- Skyll med rikelig fysiologisk saltvann. Om dette ikke finns, bruk vanlig vann.

Kontakt lege

- Hverdager: Kommunens smitteansvarlige lege.
- Utenom ordinær kontortid/helger: Legevakten

Uhell skal registreres på skademeldingsskjema, som arbeidsgiver skal sende til Trygdekontoret.

Blodprøveprogram

Blodprøve tas så fort som mulig, og i alle fall innen 24 timer etter risikosituasjonen (tid "0").

- På tid "0", blodprøve til undersøkelse av HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, anti-HIV, anti-HCV, ASAT, og ALAT av den skadede og av smitekilden (donor), hvis kjent.
- Etter 3 mnd. tas de samme prøvene på tid "0" av den skadede.
- Etter 6 mnd. tas kun anti-HIV og anti-HCV av den skadede.
- **HUSK NØYAKTIG UTFYLLING AV REKVISISJON TIL LABORATORIET.**
- Kopi av alle prøvesvar sendes til kommunens smittevernansvarlige lege.

FORHOLDSREGLER VED KJENT/MISTENKT BLODSMITTE

Hepatitt B hos donor, der skadet ikke er vaksinert mot hepatitt B

- Snarest, i alle fall innen 48 timer gis spesifikt immunglobulin Hepatitt B Imunoglobulin P "ZLB Behring". Denne medisinen har ikke markestillatelse i Norge og må derfor rekvireres på spesielt godkjenningsfritak. Søknad om godkjenning sendes Folkehelseinstituttet sammen med bestilling av preparatet.
- Samtidig settes på motsatt legemsdel første dose av Hepatitt B vaksine "Engerix B".
- Etter 48 timer gis bare vaksine, ikke immunglobulin.

Kronisk hepatitt C hos donor

- Det finnes ingen effektiv, spesifikk, vaksine/behandling for å motvirke smitte etter risikosituasjon.

Kjent eller sterkt mistankt HIV-smitte hos donor

- **Kontakt infeksjonsmedisiner eller mikrobiolog så snart som mulig.**
- Raskt (helse inne 1-2 timer) og i hvert fall innen 24 timer innsettende kjemoproylaks med Combivir (1x2) og Kaletra (3x2) gitt i 4 uker etter risikosituasjonen, minsker sjansen for overføring av HIV-smitte.
- Foreligger sterk mistanke om HIV-smitte, skal kur iverksettes i påvente av prøvesvar fra smitekilden. Pakninger med enkeltdoser finnes ved alle akuttmottakene eller legevakter ved UNN, slik at man kan starte behandlingen uten opphold. Medikamentene kan også rekvireres fra Infeksjonsmedisinsk avd. ved UNN, Tromsø.

Vaktmestre/teknisk personell som stikker eller skjærer seg under arbeid med kloakk eller avløp, må kontakte lege for vurdering av situasjonen.

7.3 Vaksinasjon av arbeidstakere

Hensikt:

Å beskytte personalet og pasienter ved å sørge for god immunstatus hos personalet.

Gjelder for:

Alle ansatte ved sykehjemmet.

Ansvar:

Virksomhetsleder har ansvar for at ansatte tilbys sikker og effektiv vaksinasjon mot biologiske faktorer de kan bli eksponert for. Tranøy kommune skal dekke utgiftene ved vaksinasjon.

Fremgangsmåte:

BCG-vaksine

Tilbud om BCG-vaksine skal baseres på faglige, individuelle råd. Det er aktuelt å tilby vaksine mot tuberkulose til helsepersonell som ikke er vaksinert og som har negativ tuberkulinreaksjon, så fremst det ikke foreligger kontraindikasjoner. Det er ikke holdepunkter for at gjentatte BCG-vaksinasjon gir økt beskyttelse for personer som tidligere er vaksinert. Revaksinering anbefales derfor ikke til personer som har tydelige arr etter tidligere vaksine.

Hepatitt B-vaksine

Vaksine gis både forebyggende til personer som kan bli utsatt for Hepatitt B-virus, og som forebyggende tiltak til personer som har blitt utsatt for smitte. Det er vanlig å tilby hepatitt B-vaksine til helsepersonell som hyppig er i kontakt med blod og blodholdige kroppsvæsker, og hvor dette medfører fare for smitteoverføring av hepatitt B-virus. På sykehjem vil det normalt være liten risiko for å bli smittet med hepatitt B-virus. Men på avdelinger hvor dette blir vurdert til å være en reell fare (når pasienten er HbsAg positive), skal vaksine tilbys til personell som kan komme i kontakt med den som er syk, eller er bærer av viruset, og det må vurderes om personell med arbeidsoppgaver utenfor sengeposten også bør tilbys vaksine. Dette kan f.eks gjelde vaskeripersonalet.

Influensavaksine

Influensavaksine og pneumokokkvaksine anbefales gitt til pasienter på sykehjem.

Alt helsepersonell anbefales også å vaksinere seg mot influensa. Av og til oppstår det influensavirus som kan utgjøre en alvorlig helserisiko for voksne som i utgangspunktet er friske. Omfattende vaksinering av personalet vil i tillegg beskytte pasientene ved at de blir mindre utsatt for smitte. Influensavaksinering må gjentas hvert år. Den settes normalt i perioden oktober til desember. Virkningen kommer etter 2 til 3 uker, og varer i 6 til 12 mnd. Vaksinen betales av arbeidsgiver.

Vaksine mot varicella-zoster virus.

Varicella-zoster virus forårsaker vannkopper og helvetesild. Smitte tidlig i svangerskapet kan i sjeldne tilfeller gi fosterskader. Kvinner i fertil alder som ikke har hatt vannkopper anbefales å vaksinere seg ved arbeid på sykehjem. Gravide som ikke har hatt vannkopper bør være forsiktig med kontakt med personer som har vannkopper eller helvetesild.

7.4 Undersøkelser av arbeidstakere - MRSA og Tuberkulose (TB)

Hensikt:

Å beskytte pasienter, personale og andre mot overføring av smittestoff fra personale.

Gjelder for:

Alle ansatte ved sykehjemmet, også ekstravakter, elever, studenter og hospitanter.

Ansvar:

- Virksomhetsleder skal sørge for at nødvendig undersøkelser pålagt etter forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet. - antibiotikaresistente bakterier og forskrift om tuberkulosekontroll, blir gjennomført. Det må kunne dokumenteres at undersøkelsene er gjennomført.
- Sykehjemmet skal bære utgiftene til undersøkelser av antibiotikaresistente bakterier og kommunen plikter å dekke utgifter i forbindelse med tuberkulosekontroll.
- Alt helsepersonell som arbeider ved sykehjemmet har plikt til å melde fra til sin leder før man begynner i arbeid/kommer tilbake til arbeid, hvis man har vært innlagt eller arbeidet på helseinstitusjon i utlandet.
- Personer som har symptomer på infeksjon eller mistenker at man kan ha en infeksjon/bærertilstand, må oppsøke lege for diagnostisering, prøvetaking og behandling. Spesielt er dette viktig under eller etter utenlandsopphold.

MRSA

Definisjon

Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) er resistente mot alle betalaktamantibiotika (penicilliner, cefalosporiner, monobactamer og karbapenemer) og er i tillegg ofte resistent mot mange andre antibiotika.

Personell med eksponering utenfor institusjonen

Alle som arbeider (har pasientkontakt) på en helseinstitusjon skal før tiltredelse eller gjennintredelse undersøkes for MRSA dersom de i løpet av de siste 12 måneder, uavhengig av varighet, har:

- arbeidet i sykehus eller annen helseinstitusjon i utlandet
- arbeidet i norsk helseinstitusjon i utlandet
- vært innlagt eller poliklinisk behandlet i sykehus eller norsk helseinstitusjon i utlandet
- oppholdt seg i sykehus sammen med en pasient (som pårørende) i utlandet
- bodd eller arbeidet i flyktningeleir, katastrofeområder eller liknende i utlandet
- arbeidet eller vært pasient i sykehus eller annen helseinstitusjon i Norge under pågående utbrudd av MRSA
- familiemedlem (samme husstand) med kjent MRSA
- hatt en infeksjon eller har vært kolonisert med MRSA tidligere, og ikke er erklært smittefri.

Personell som har blitt eksponert for pasient med MRSA

Med eksponering menes all fysisk kontakt med pasient som har fått påvist MRSA, eller med utstyr og annet som har vært i kontakt med pasienten, uten at de har brukt nødvendig beskyttelsesutstyr (munnbind, hansker, smittefrakk). Omfanger av smitteoppsporing avgjøres i samråd med seksjon smittevern UNN.

- Personell som ikke har hatt fysisk kontakt med pasient eller utstyr regnes også som eksponert, dersom de har oppholdt seg i samme rom som pasienten i til sammen 30 min uten bruk av munnbind.

- Personell som bare har hatt kontakt med eksponert medarbeider, men som selv ikke er eksponert for pasienten (som ovenfor), regnes ikke som eksponert før den aktuelle medarbeideren evt. har fått påvist MRSA.

Personell som har blitt eksponert for personell med MRSA

Dersom en ansatt får påvist MRSA, må omfanget av smitteoppsporing blant medarbeidere avgjøres separat i hvert enkelt tilfelle i samråd med seksjon smittevern UNN.

Tuberkulose

Før tiltredelse eller gjeninntredelse i stilling skal helsepersonell gjennomgå tuberkuloseundersøkelse

- Plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse gjelder alt personell som en eller annen gang i livet har oppholdt seg mer enn 3 mnd i et land med høy forekomst av tuberkulose
- Plikten gjelder også for personell som har oppholdt seg mindre enn 3 mnd i et land med høy forekomst av tuberkulose hvis vedkommende har hatt spesiell høy risiko for smitte
- Plikt til å gjennomgå tuberkulosekontroll har også personell der det finnes en medisinsk mistanke om at vedkommende er smittet eller har vært i risiko for å bli smittet med tuberkulose
- Plikten gjelder også for personer under opplæring og hospitering

Nasjonal folkehelseinstitutt angir hvilke land som har høy forekomst av tuberkulose. Alle personer med typiske symptomer på tuberkulose har plikt til å snarest oppsøke lege for nødvendig undersøkelse.

Dersom man oppdager at en person på institusjon har tuberkulose, og det er grunn til å mistanke smitteoverføring til personale eller pasienter, skal det gjennomføres miljøundersøkelse, (smittesporing).

Personer med aktiv, ubehandlet lungetuberkulose legges inn i sykehus og isoleres i de første 14 dager av behandlingen eller til de er utenfor smittefare. Deretter kan de gjenoppta sitt arbeid.

7.5 Ansatte med infeksjoner - bærertilstand

Hensikt:

Sikre kunnskap om hvordan man i arbeidssituasjon hindrer spredning av smittsom sykdom som har rammet en ansatt.

Gjelder for:

Alle ansatte ved sykehjemmet også elever, studenter og vikarer.

Ansvar:

- Den enkelte ansatte har ansvar for å gi tilkjenne en kjent eller mistenkt smitteførende sykdom eller bærertilstand hos seg selv. For ansatte som er bærer eller syke som beskrevet under, skal nærmeste overordnede kontaktes i forhold til sykemelding og oppfølging av ansattes helse.
- Smittevernlegen i kommunen, evt. avdeling for smittevern ved UNN, kan kontaktes ved behov for råd om iverksetting av øvrige tiltak.

Generelt:

Ansatte med smittsom sykdom eller bærertilstand som beskrevet under kan smitte pasienter og/eller medarbeidere.

Fremgangsmåte.

Hepatitt A

- Sykemeldes. Som regel smittefri etter 1-2 uker, men kan ha virus i blodet opptil 4 uker.
- Avhengig av ansattes funksjon (for eksempel matvarehåndtering), kan smitteoppsporing være aktuelt.
- Obs. Oppfølging av eksponert personale/pasienter, immunserum, vaksinasjon, prøvetaking.

Hepatitt B,C,E, HIV

- Sykemeldes i akutt sykdomsfase.
- Bærertilstand: Forhåndsregler mot smitteoverføring til andre.
- Ved behov kontaktes kommunens smittevernlege ved behov.
- Sår, rifter på hendene tiltrekkes med plaster/hansker ved pleie eller kontakt med pasienter eller behandling av pasientnært utstyr.
- Bærer, person i inkubasjonsfase eller syk person skal ikke utføre invasive prosedyrer.

Herpes simplex (inkludert "forkjølesessår")

- Utbrudd på hender. Ikke direkte pasientkontakt
- Utbrudd andre steder: Unngå kontakt med pasienter med nedsatt immunforsvar.
- Evt. sykemeldes

Influenza

- Sykemeldes for å unngå smittespredning.

Gastroenteritt

- Sykemeldes inntil symptomfrihet
- For personell som håndterer matvarer. 3 negative avføringsprøver kreves for erklært smittfrihet. Konferer med kommunens smittevernlege.
- Ansatte med påvist/antatt infeksjon med Norovirus infeksjon. Sykemeldes inntil 2 dager etter symptomfrihet.

Streptokokk gruppe A og gule stafylokokk - infeksjoner

- Sykemeldes i aktiv fase av sykdom og så lenge det er sår.
- Bærere eller syke ansatte med meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA), sykemeldes til negativ bærertilstand.

Infiserte sår på hender og i ansiktet

- Ikke direkte pasientkontakt, evt. sykemeldes.
- Evt. vurderes av tilsynslegen

Øvre luftveisinfeksjoner (forkjølelse)

- Bruk av munnbind ved hoste/sekresjon.
- Evt. vurderes av tilsynslege

Tuberkulose

- Sykemeldes

GRAVID PLEIEPERSONELL

Generell forsiktighet ved kontakt med infiserte pasienter under graviditet. God håndhygiene og personlig hygiene er viktig i denne tiden.

Når eksponert for:

Rubella (røde hunder)

- Sjekk immunstatus - vaksinert?
- Hvis antistoff negativ - unngå kontakt med rubellasmittede personer.

Cytomegalovirus (CMV)

- Sjekk immunstatus ved svangerskapskontroll.
- Hvis antistoff negativ - unngå kontakt med kjent CMV-utskiller.
- Uansett immunstatus: kontaktsmitteregime og bruk munnbind/skjerm i forbindelse med pasient med CMV-pneumoni.

Varicella-zoster (vannkopper-helvetesild)

- Dersom ikke gjennomgått infeksjon tidligere, unngå kontakt med pasienter varicella/herpes zoster.

Parvovirus B19(utslett som rubella, feber med mer.).

- Unngå kontakt med pasienter med rubellalignende utslett.

7.6 Stell av døde

Hensikt.

Å beskytte personalet mot smittestoffer som kan overføres fra døde.

Gjelder for:

Alle ansatte som steller og håndterer døde.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvaret for at det foreligger skriftlige rutiner for håndtering av døde og at sykehjemmet følger de krav som er gitt i "*Forskrift om transport, håndtering og emballering av lik, samt gravferd*", utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet.
- Virksomhetsleder har ansvar for at personalet gis opplæring i generelle rutiner ved håndtering av døde, individuell beskyttelse, håndtering av brukt utstyr og avfall, og renhold av lokaler.
- Legen som skriver legeerklæring om dødsfallet skal varsle, de som håndterer den døde på sykehjemmet og de som henter den døde, dersom pasienten hadde en smittsom sykdom som gjør at det må tas særlige forholdsregler for å unngå spredning av smitte. Legen bør i så tilfelle kunne angi hvilke spesielle forholdsregler som må treffes.
- Hver enkelt ansatt har ansvar for at retningslinjer og rutiner blir fulgt.

Generelt:

Det er meget sjelden at man på sykehjem håndterer døde som hadde en almenfarlig smittsom sykdom. Pasienter med smittsomme sykdommer vil dessuten utgjøre en større helserisiko overfor andre mens de er i live enn etter deres død. Håndtering av døde vil derfor stort sett ikke medføre større smitterisiko for personalet enn ved stell av pasienter med vanlige infeksjoner, eller ved stell av inkontinente. Biologisk materiale, urin, avføring, sekreter og blod anses å være potensielt smittefarlig. Lekkasje av urin, avføring og sekresjon(skum) fra nese/munn kan forekomme i dødsøyeblikket og også en tid etter døden.

- Isolering og andre smitteverntiltak skal ikke opphøre om pasienten dør, og de skal gjelde inntil den døde er hentet, og nødvendig rengjøring og desinfisering av rom og annet er utført.
- Ved stell av døde som har vært isolert for en infeksjon skal personalet benytte de samme forholdsregler mot smitteoverføring som da pasienten var i live.
- Før transport ut av pasientrommet skal alle sår og sekresjonsåpninger være tildekket med nyskiftet bandasje. Sengetøy og evt. pasienttøy skal være rent. Pasienten omslutes deretter av et rent laken, som merkes med f. eks gul merkelapp som tegn på smitte av hensyn til den videre behandlingen av døde.
- Den døde transporteres tildekket med teppe/dyne i seng på bære til kjølerom.
- Ved smitteførende pasienter bør den døde flyttes over fra sengen til baren på pasientrommet.
- Gi beskjed til begravelsesbyrået om smitte.

Fremgangsmåte:

Beskyttelsestiltak for personalet

- Personalet skal ved stell/håndtering av døde bruke stellefrakk og engangshansker. Ved smitteførende pasient: påkledning ifølge smitteregimet.
- Ved fare for sprut av væske, bør man i tillegg bruke plastforkle.
- Ved fare for blodsprut og ved fare for smitteoverføring via luft og dråper, skal personalet bruke munnbind og beskyttelsesbrille eller visir.

- Om pasienten hadde smitteførende lungetuberkulose eller annen alvorlig smittsom sykdom hvor smitteoverføring skjer via luft/dråper, bør ansiktet til den avdøde dekkes med en klut som beskyttelse mot luft som kan presses ut av lungene ved stell og annen håndtering av den døde. I tillegg skal personalet bruke munnbind.
- Beskyttelsesutstyret skal tas av før man forlater rommet. Hendene skal alltid vaskes/desinfiseres etter at hansker og annet beskyttelsesutstyr er tatt av.

Hygienekrav til stellerom for døde

Ofte blir avdøde på sykehjem stelt på sitt eget rom. Uansett hvilket rom som skal benyttes, må der finnes en håndservant, dispenser for såpe og hånddesinfeksjon og beholder for engangs papirhåndklær, slik at nødvendig håndhygiene kan gjennomføres.

Rengjøring av tøy, utstyr, rom og håndtering av avfall

Alt utstyr som har vært i kontakt med den døde skal betraktes som forurenset.

- Brukt tøy/tekstiler må vaskes på 85 grader.
- Ved smitteførende pasienter, behandles tøyet som smittetøy. Se prosedyrer for håndtering av tekstiler i avdelingen.
- Brukt flergangsutstyr skal varmedesinfiseres. Om utstyret ikke kan varmebehandles, skal det desinfiseres med godkjent kjemisk desinfeksjonsmiddel. Se prosedyrer - kjemiske desinfeksjonsmidler og Flekkdesinfeksjon.
- Brukt engangsutstyr og avfall kastes. Ved smitteførende pasienter behandles avfallet som smitteavfall. Stikkende og skjærende avfall må kastes i egnede beholdere slik at skader unngås, se prosedyrer - Håndtering av avfall.
- Seng, madrass og inventar rengjøres/desinfiseres.
- Overflatedesinfeksjon må gjennomføres før renhold dersom den døde, eller kroppsvæsker og annet materiale fra den døde kommer i kontakt med gulv, vegger eller inventar.
- Båren rengjøres/desinfiseres etter gjeldende regler for smitteregimet.
- Vanlig renhold av rommet er tilstrekkelig. Ved smitteførende pasient må det smittevaskes i forhold til smitteregimet.

8. INFEKSJONSSPESIFIKKE PROSEDYRER

8.1 Forebygging av urinveisinfeksjoner

GENERELL FOREBYGGING AV URINVEISINFEKSJONER

Hensikt:

Å forebygge utviklingen av urinveisinfeksjoner og hindre spredning av smittestoff ved infeksjoner i urinveiene.

Gjelder for:

Alle ansatte som steller pasienter.

Ansvar:

- Institusjonsleder har ansvar for at institusjonen har skriftlige prosedyrer for forebygging av urinveisinfeksjoner.
- Hver enkelt ansatt er ansvarlig for å sette seg inn i prosedyren.

Definisjoner

Urinveisinfeksjon (UV): Mikrobiell infeksjon evt. med invasjon i vev langs urinveiene. Infeksjonen kan gi symptomer eller være asymtomatisk.

Nedre UVI omfatter blære, prostata og urethra.

Øvre UVI omfatter urinleder og nyre.

Bakteriuri: Påvist bakterier ved mikroskopi/dyrkning av urin

Urosepsis: Spredning av bakterier/bakterietoksiner fra urinveier til blodbanen.

Generelt:

Ved ukomplisert nedre urinveisinfeksjon er pasienten vanligvis infisert med bakterier fra egen tarmkanal. Permanent innlagt kateter fører alltid til kolonisering og infeksjon. Ved kateterisering og stell av kateter kan bakterier overføres fra eller via personalet. Kontaminert utstyr, eksempel bekken eller utinflasker er også årsaker til smitteoverføring. Pasienter med urinkateter kan være indirekte smittekilde til andre pasienter med urinkateter.

Diagnose

Minimum 2 av 3 av følgende diagnostiske kriterier bør være til stede:

1. Kliniske symptomer/tegn (svie ved vannlating, hyppig vannlating, økt inkontinens, smerter/ønhet over symfyen, feber, evt. rygg smerter, grumset, blodig og/eller illeluktete urin).
Atypiske symptomer hos eldre: Nedsatt allmenntilstand, trøtthet, nedsatt appetitt, kvalme/brekninger, magesmerter.
2. Puss i urinen, påvist med mikroskopi eller stix.
3. Bakteriuri, over 10 000/ml av en eller maksimum to bakterietyper.

Fremgangsmåte:

Væsketilførsel

- Rikelig væsketilførsel kan forebygge urinveisinfeksjon: Hos spesielt utsatte bør man føre drikkeliste der man registrerer hvor mye pasienten drikker i døgnet. Det er individuelt hvor mye den enkelte trenger, man bør tilstrebe ca 2 liter pr. døgn. Væskeinntaket bør sikre en diurese på ca 1500 ml per døgn for å få en god flow gjennom urinveiene.
- Tilførsel av citrusholdige safter er spesielt gunstig fordi de bidrar til å surgjøre urinen.
- Urinveisinfeksjoner kan forebygges ved tilskudd av: østrogen, Metenamin (Hiprex), C-vitaminer og tranebærsaft.

Påkledning/håndhygiene

Personalet må bruke hansker og evt. stellefrakk ved kontakt med urin, og være nøye med håndhygiene-også etter hanskebruk. God håndhygiene er spesielt viktig mellom hver pasient.

Blæretømming

Det er spesielt viktig å hjelpe pasienten slik at de regelmessig får tømt urinblæren.

Dette gjøres ved:

- å ha faste toalettider tilpasset den enkelte
- å sørge for at pasienten får sitte på toalettet og unngå bekken i sengen
- å heve pasientens overkropp hvis flaske eller bekken må benyttes i sengen
- å sørge for at pasienten får tilstrekkelig med tid ved toalettbesøk
- evt. å gi lett massasje/press over symfyen for å tømme blæren best mulig

Tarmfunksjon

- Å holde tarmen i orden er også viktig for å forebygge urinveisinfeksjoner, fordi en obstipert tarm kan klemme mot urinveiene og hindre tømming av urinblæren.
- Riktig kosthold, nok å drikke og mobilisering kan forebygge opstipasjon.

Riktig bruk av inkontinensbleier og uridom

Gode toalettrutiner omfatter også at bleier blir skiftet ofte nok slik at pasienten unngår å bli våt inn mot huden, og derved unngår at bakterier fra tarmen overføres til urinveiene.

- Valg av bleie tilpasset pasientens behov
- Bleien kontrolleres og skiftes jevnlig, minimum 4 ganger/døgn
- Vask med mild såpe, gjerne med lav pH-verdi, og vann ved hvert skift, evt. bruk vaskekrem
- Bruk av uridom bør begrenses dersom pasienten er plaget med urinveisinfeksjoner
- Velg riktig størrelse på uridomet. Uridomet bør tas av noen timer i løpet av døgnet slik at huden får bedre vilkår.

Intimstell

Riktig nedentillstell kan ha en viss betydning i å forebygge urinveisinfeksjoner.

- God håndhygiene før og etter
- Benytt hansker
- Det er viktig å vaske på en slik måte at man unngår å føre bakterier fra tarmen over til urinveiene, vask forfra og bakover.
- Utføres minimum en gang daglig med lunkent vann og mild såpe.
- Pasienter som steller seg selv, instrueres i korrekt medentillstell og håndhygiene.

Desinfisering av bekken og urinflasker

- Desinfiseres i dekontaminator ved 85 grader etter bruk. Sjekk regelmessig temperatur og utstyr.

8.2 Permanent innleggende kateter

Hensikt:

Å forebygge utvikling av kateterassosierte urinveisinfeksjoner og hindre spredning av smittestoff ved infeksjoner i urinveiene.

Gjelder for:

Alle ansatte som har kompetanse til å legge inn permanent urinkateter og som steller pasienter med permanent urinkateter.

Ansvar:

- Institusjonsleder har ansvar for at institusjonen har skriftlige prosedyrer for forebygging av urinveisinfeksjoner.
- Den som legger inn urinkateteret er ansvarlig for å sette seg inn i prosedyren og overholde denne.
- De som har det daglige ansvaret for pasienten, må observere urinkateteret, og påse at det evt. skiftes i henhold til gjeldende prosedyre.

Generelt:

Det er kjent at permanent innleggende urinkateter kan skade urinveiene, og også være medvirkende til utvikling av urinveisinfeksjoner. Det skal derfor legges inn på strenge indikasjoner og fjernes så snart det er medisinsk forsvarlig.

Hvis permanent urinkateter er nødvendig, er det viktig å velge rett katetertype og størrelse.

- Silikoniser, teflonbelagt og hydrogelbelagt kateter kan anvendes når forventet liggetid er mindre enn 14 dager.
- Ved forventet liggetid mer enn 14 dager skal hel-silikon kateter brukes.
- Unngå rene latex kateter, bortsett fra ved drenering etter operative inngrep i urinveiene, der 3-lumen kateter er indisert.
- Velg minst mulig størrelse. Voksne fra 12 ch.
- Fyll minst mulig sterilt vann i ballongen; 5-10 ml.

Indikasjon

- Avløpshinder på grunn av prostatahypertrofi.
- Nevrogene lidelser eller skader som rammer urinblæren, og blæreforstyrrelser hvor bruk av intermitterende kateterisering ikke lar seg gjennomføre.
- Ved noen operative inngrep og for å måle urinproduksjonen hos kritisk dårlig pasient.
- Inkontinens er ikke indikasjon for kateterbehandling. Det må i tilfelle foreligge tilleggsmomenter som for eksempel retensjon.

Utstyr til innleggelse av kateter

- Sterilt kateteriseringssett eller steril bolle, tupfere, kompresser, pinsett.
- Sterile hansker
- Sterilt toveiskateter i henhold til legens forordning
- Klorhexidin 0,5-1 mg/ml til desinfeksjon av uretralåpningen og området rundt
- Lokalbedøvelse/gel
- Sterilt lukket urindrenasjesystem
- Oppheng til posen
- Til kateter som ikke er fylt på forhånd med væske, skal det tas med en 10 ml sprøyte og sterilt vann til fylling av ballong.
- Rent pussebekken.

Fremgangsmåte:

Innleggelse av urinkateter

I sykehjem bør innleggelse av urinkateter kun skje etter konferanse med lege, og utføres av sykepleier som er kyndig i dette eller av lege.

- Tidspunkt (dato) samt indikasjon for innleggelse av kateteret skal alltid dokumenteres.
- **Prosedyren skal alltid utføres med aseptisk teknikk.**
- Utfør håndhygiene før og etter, bruk sterile hansker.
- Desifiser urinrørsåpningen og huden rundt med klorhexidin 0,5-1 mg/ml
- Hos kvinner skilles kjønnsleppene fra hverandre og urinrørsåpningen vaskes forfra og bakover med tupfere fuktet med desinfeksjonsvæske . Benytt en tupfer for hver gang.
- Hos menn holder man med en steril kompress rundt penis og trekker forhuden tilbake. Vask glans penis med tupfere fuktet med desinfeksjonsvæske. Hold penis opp.
- Plasser en dråpe i urinrøret før du langsomt og med et lett trykk fyller urinrøret med resten av gelen. Brukes både på kvinner og menn.
- Vent ca 2 minutter før du kateteriserer.
- Ta kateteret med pinsetten og før det forsiktig inn i urinrøret til det kommer urin. Pass på å holde kateteret sterilt ved innleggelse. Dersom det er motstand ved innføring av kateteret, skal prosedyren avsluttes og lege kontaktes.
- Det skal tas nytt kateter dersom man ikke finner urinrørsåpningen med dette kateteret.
- Bruk rent pussbekken/bolle til urinoppsamling.
- Sett inn 5-10 ml sterilt vann i kateterløpet til ballongen, evt. klem inn prefylt ballong. Sett aldri inn mer enn 10 ml i ballongen, etterfyll heller med sterilt vann etter en tid hvis nødvendig.
- Dra forsiktig i kateteret for å forsikre deg om at det møter litt motstand.
- Koble kateteret til urindrenasjesystemet.
- Forsegle koblingen mellom kateteret og poseslangen med tape. Det lukkede systemet skal ikke brytes med mindre det er påkrevd.
- **NB!** Forhuden på menn trekkes over penishodet igjen etter at kateteret er satt inn, ellers blir det væskeansamling i forhuden.
- Heng urinoppsamlingsposen under blærenivå, unngå kontakt med gulvet.
- Fest kateteret med tape i en myk bue på låret for å hindre strekk på urethra og sikre fri drenasje. Hos menn bør det festes på skrå oppover mot nedre del av magen/hoften for å hindre sår og strikturdannelse på urethra.

Stell av kateter

- Urinposen skal holdes under blærenivå også under snuing, stell og transport, men skal ikke i gulvet.
- Unngå knekk på slangen.
- Hvis frakobling av slangen er nødvendig, skal koblingsstedet desinfiseres med klorhexdinsprit 5mg/ml.
- God håndhygiene før og etter.
- Bruk rene engangshansker ved tømning og skifte av pose.
- Tørk av tappekran med cellestoff eller lignende etter tømning.

Drenasje

- Før tømning av urinposen utføres håndhygiene og rene hansker benyttes.
- Tappekranen tørkes etter tapping med papirhåndklær/cellestoff.
- Ved forbentet liggetid mindre enn 3 uker benyttes alltid et lukket system dvs. at forbindelsen mellom kateter og tappeslange er forseglet med tape, og urinen tappes fra en kran med tilbakeslagsventil i bunnen av urinposen. Systemet skal ikke åpnes mens det er i bruk, heller ikke for urinprøvetaking.

- Kateter som har ligget i mer enn 3 uker, er sannsynligvis kolonisert med bakterier og videre drenasje kan utføres som en ren (ikke aseptisk) prosedyre. Posen må ha tappekran og tilbakeslagsventil, være ren og skiftes en gang pr. uke.

Kryssinfeksjon

For å redusere risikoen for kryssinfeksjon, bør infiserte og ikke-infiserte pasienter med permanent urinkateter ikke ligge på samme rom.

Blæreskylling

Denne prosedyren bør sjelden brukes i sykehjem. Ved stor utfelling av slaggstoffer som raskt kan tette urinkateteret kan skylling være nødvendig. Blæreskylling som infeksjonsforebyggende tiltak er ikke indisert.

- Dersom skylling er nødvendig skal det brukes aseptisk teknikk.
- Utfør håndhygiene før og etter.
- Benytt sterile hansker.
- Utstyr: Stor steril sprøyte og sterilt saltvann 9 mg/ml.
- Kateteråpningen desinfiseres med Klorhexidinsprit 5 mg/ml.
- Klorhexidin anbefales ikke bruk til skylling på grunn av usikkerhet vedrørende karsinogen effekt.

Fjerning/skifting av urinkateter

- Permanent kateter skal fjernes så snart det er forsvarlig.
- Latex kateter skal ikke ligge inne lenger enn 14 dager. Hvis pasienten fortsatt skal ha kateter, byttes det til helsilikon.
- Helsilikon kateter har større innevolum, gir bedre drenasje og går ikke så fort tett. Kateteret skal skiftes minimum hver tredje måned, oftere hvis det blir tett, eller hvis andre problemer oppstår.
- Aspirer ballongvæsken, kontroller at uttaket av væsken stemmer med det som ble satt inn.
- Trekk kateteret ut - bruk ikke makt. Sitter kateteret fast, tilkall helsepersonell med større ekspertise.
- Observer at spontan vannlating kommer i gang. Inntil dette skjer bør blæren tømmes ca. hver 4 time med intermitterende kateterisering.

Prøvetaking

Se egen prosedyre, *Urinprøvetaking* - permanent inneliggende kateter.

8.3 Intermitterende kateterisering

Hensikt:

Å forebygge utvikling av urinveisinfeksjoner og hindre spredning av smittestoff ved infeksjon i urinveiene.

Gjelder for:

Alle ansatte som har kompetanse til å utføre intermitterende kateterisering.

Ansvar:

- Det er arbeidsgivers ansvar å sørge for opplæring av ansatte.
- Hver enkelt ansatt har selv ansvar for å utføre prosedyren korrekt.

Generelt:

Definisjon

RIK: Ren intermitterende kateterisering

SIK: Steril intermitterende kateterisering.

I institusjon utføres intermitterende kateterisering alltid sterilt (SIK). I hjemmet utføres RIK. Forskjellen er at ved SIK benyttes det sterile væske til å fukte kateteret med, mens det ved RIK brukes rent vann fra springen.

Indikasjon

Intermitterende kateterisering brukes ved tempolære eller permanente tømningforstyrrelser, og om nødvendig prøvetaking.

Utstyr

Utføres av kyndig sykepleier etter konferanse med lege. Kateteret fjernes etter at blæren er tømt. Blæren skal tømmes 4-6 ganger i døgnet inntil spontan vannlating evt. kommer i gang.

- Sterilt kateteriseringssett (skiftesett) eller steril bolle, sterile tupfere og steril pinsett.
- Sterile hansker.
- Sterilt vann eller sterilt saltvann, 9 mg/ml.
- Lavfriksjonskateter, så liten størrelse som mulig, voksne ch 10-16 hos barn ch 6-12.
- Urinflaske til oppsamling av urinen.

Fremgangsmåte:

- Utfør håndhygiene før og etter.
- Klargjør utstyret.
- Dersom ikke prefylte kateterposer. Kateterposen åpnes og festes til for eksempel pasientens nattbord. Hell sterilt vann eller saltvann over lavfriksjonskateteret, vent minimum 30 sek. (følg bruksanvisningen).
- Ta på sterile hansker.
- Vask urinveisåpningen og huden rundt med sterilt vann eller fysiologisk saltvann, 9 mg/ml. Vanlig klorhexidon (0,5 mg/ml) anbefales ikke fordi det virker irriterende på slimhuden.
- Før kateteret forsiktig inn i blæren.
- Bruk ikke makt.
- Kontakt helsepersonell med større ekspertise hvis kateteret ikke lar seg føre lett inn.
- Det skal tas nytt kateter dersom man ikke finner urinrørsåpningen med dette kateteret.
- Tøm urinblæren helt. Dersom det ikke kommer urin, trykk lett over symfyen. En overfylt blære skal tømmes langsomt og porsjonsvis.
- Pasienten bør, på slutten av tømningen, ligge med hevet overkropp for å bruke "bukpressen" slik at man får utnyttet "tyngdekraften" for å få tømt blæren ordentlig.
- Urinen samles opp i urinflasken, pussbekken eller lignende.
- Trekk kateteret langsomt ut.
- Mål alltid urinmengden.
- Urinblæren skal ikke dilateres (overstrekkes). Mengden bør derfor ikke overstige 400 ml.
- Dette innebærer som regel at blæren tømmes 4-6 ganger i døgnet, men må *tilpasses den enkelte pasient*.

8.4 Forebygging av sårinfeksjoner

8.4.1 Forebygging av postoperative sårinfeksjoner

Hensikt:

Å redusere antall og alvorlighetsgraden av postoperative sårinfeksjoner ved sykehjem og langtidsinstitusjoner.

Gjelder for:

Alle ansatte som kommer i kontakt med nyopererte pasienter og ansatte som skifter på postoperative sår.

Ansvar:

- Institusjonsleder har ansvar for at det er utarbeidet skriftlige rutiner for forebygging av sårinfeksjoner.
- Virksomhetsleder har ansvar for at skriftlige rutiner for forebygging av sårinfeksjoner er tilgjengelig og at personalet får nødvendig opplæring og veiledning i forebygging og stell av sår. Virksomhetsleder skal sørge for at det blir utarbeidet egne prosedyrer for stell av hvert enkelt sår.
- Personalet har ansvaret for at de gjeldende rutiner og prosedyrer følges.
- Sykehjemslegen følger opp pasientene i postoperativ fase og er ansvarlig for den medisinske behandlingen av det enkelte sår.

Definisjon

Postoperativ sårinfeksjon: Oppstår opptil 30 dager etter operativt inngrep og opptil 1 år ved innlagte proteser og annet fremmedmateriale.

Generelt:

Postoperative sårinfeksjoner skyldes i stor grad bakteriell forurensing før og under operasjoner. Bakteriene kommer fra pasienten selv, eller fra sykehusmiljøet inklusiv personalet i operasjonsstuen. Pasientenes egen flora endres i løpet av de første døgnene etter innleggelse til den floraen som er i miljøet på institusjonen. Dette er ofte mer resistente bakterier. Risikoen for at det oppstår infeksjoner i operasjonssår øker ved nedsatt allmentilstand, økende alder og vekt, og ved lengre institusjonsopphold før operasjonen. Risikoen er også avhengig av graden av kontaminering før operasjonen, operasjonstype, kirurgisk teknikk og komplikasjoner. De viktigste forebyggende tiltak mot infeksjoner i forbindelse med operasjoner må settes inn før og under operasjonen. Men en god del pasienter blir overført til sykehjem relativt kort tid etter operasjonen. Personalet må derfor kunne observere og tidlig oppdage postoperative komplikasjoner, samt sårinfeksjoner, og kunne sette inn tiltak som forebygger og begrenser infeksjoner i operasjonssår.

Fremgangsmåte:

Tiltak for å unngå at sykdomsfremkallende mikrober tilføres operasjonssår

- Håndhygiene skal utføres både før og etter sårstell eller ved annen kontakt med bandasjer/sårområdet.
- Det skal brukes stellefrakk og hansker ved stell av operasjonssår.
- Inntil såret er forseglet skal det alltid benyttes sterilt utstyr inklusiv sterile bandasjer og steril prosedyre ved inspeksjon og stell. Operasjonssår forsegles vanligvis i løpet av 24 timer.
- Operasjonssår skal dekkes helt med en steril bandasje som er festet godt rundt alle kanter. Bandasjen skal skiftes om de er tilsølt av sårsekret, eller på annen måte har blitt fuktig.
- Sengereing eller andre aktiviteter som kan øke spredningen av smittestoff, må ikke utføres rett før eller samtidig med sårstell.

Tiltak ved infeksjon

Nylig opererte pasienter er spesielt utsatt for infeksjoner. Risikoen for sårinfeksjoner øker også om man bor på samme rom, eller har kontakt med andre som har infeksjoner.

Symptomer på postoperative sårinfeksjoner er:

- Rødhet, hevelse, smerte og varme i og omkring operasjonssåret.
- Temperaturforhøyelse.
- Synlig pussdannelse i såret.
- Lege kontaktes for diagnostisering og ordinering av behandling.
- Det bør alltid tas prøver at såret for bakteriologisk dyrking og resistensbestemmenelse.
- Det må videre utarbeides egne prosedyrer for stell av såret.
- Hvis sårinfeksjonen er så stor at såret ikke kan dekkes fullstendig av en bandasje, eller at bandasjen ikke fanger opp alt pusset, bør pasienten ha enerom.
- Pleiepersonell må bruke hansker og smittefrakk.
- Brukt bandasje og annet utstyr fra sårskiftet er smitteavfall.
- Tøy er smittetøy.
- NB! Ikke forurens hendene når du pakker ned avfallet.
- Hånddesinfeksjon før rommet forlates.
- Fjerning av evt. suturer/agraffer gjøres med sterilt utstyr og med gode hygieniske forhold.
- Dersom det infiserte området er meget lite, er det ikke nødvendig å ha pasienten på enerom hvis han er klar og har forståelse for hvor viktig hygiene er.
- Hud/sårinfeksjoner forårsaket av gule stafylokokker, bør håndteres slik at smitte ikke spres til de andre pasientene. Pasienten bør ha enerom, det brukes smittefrakk og hansker av de som er i direkte kontakt med pasienten.

8.4.2 Forebygging av sårinfeksjoner - kroniske sår

Hensikt:

Å forebygge utvikling av sårinfeksjoner og hindre spredning av smittestoff fra infiserte sår.

Gjelder for:

Alle ansatte som steller pasienter med sår.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at det er utarbeidet skriftlige rutiner for forebygging av sårinfeksjoner.
- Virksomhetsleder har ansvar for at skriftlige rutiner for forebygging av sårinfeksjoner er tilgjengelig og at personalet får nødvendig opplæring og veiledning i forebygging og stell av sår. Virksomhetsleder skal sørge for at det blir utarbeidet egen prosedyre for stell av hvert enkelt sår.
- Personalet har ansvar for at de gjeldende rutiner og prosedyrer følges.
- Sykehjemslegen er ansvarlig for den medisinske behandlingen av det enkelte sår, og skal i samarbeid med sykepleier følge opp pasientene som er spesielt i faresonen for å få sårinfeksjon.

Generelt:

Sårinfeksjoner er en hyppig årsak til komplikasjoner og kan i verste fall føre til sepsis med dødelig utgang. Infeksjon er i sår forårsakes vanligvis av gule stafylokokker, E. Coli, Pseudomonas eller andre Gram.negative stavbakterier. Dette er bakterier som til dels er en del av pasientens normalflora på huden, i luftveiene og i tarmkanalen, og som dermed lett kan komme over i sår og skape infeksjon når den beskyttende barrieren som hel hud utgjør, blir brutt.

Bakteriene vil også forekomme hyppig i et institusjonsmiljø og kan lett overføres fra person til person direkte eller indirekte via forurenset utstyr og via personalets hender og arbeidstøy. Når det foreligger et sår blir det dermed viktig å ikke tilføre såret sykdomsfremkallende bakterier, samt å hindre spredning av smittestoff fra sår som er infisert. I arbeidet med å forebygge infeksjoner, er det også viktig å kunne forhindre at sår oppstår. Ved funn av MRSA i sår, se egen prosedyre. *Kontaktsmitte*.

Et sår regnes kun som infisert når man samtidig har kliniske tegn på infeksjon. I et kronisk sår vil man alltid finne bakterier som følge av forurensetning eller kolonisering, men uten at disse nødvendigvis formerer seg og skaper infeksjon.

Kliniske symptomer på injeksjon i hud og sår er:

- Rødhet
- Varme
- Smerte
- Hevelse
- Temperaturforhøyelse
- Synlig puss og sekret

Ved slike tegn skal såret alltid håndteres og behandles som infisert.

Fremgangsmåte:

Det skal utarbeides egen skriftlig sårprosedyre for stell av ethvert sår. Lege skal kontaktes for diagnostisering, avklaring av årsaksforhold og behandlingsopplegg for såret. Et behandlingsopplegg/sårprosedyre bør normalt prøves ut i minst 14 dager før man evt. skifter behandling. En fagperson bør ha hovedansvaret for oppfølging og stell av såret, og færrest mulig personale bør stelle såret. Alt etter årsaken til sårutviklingen/grunnsykdom vil det være forskjeller i hvordan kroniske sår skal forebygges og behandles.

Anbefalinger for antibiotikabehandling ved sårinfeksjoner

- Antibiotika skal kun benyttes sekundært til drenasje og sårrevisjon.
- Antibiotika brukes som hovedregel bare når infeksjonen har spredt seg til omliggende friskt vev, og/eller når pasientens allmenntilstand er påvirket.
- Hemolystiske streptokokker type A skal alltid behandles.
- Antibiotikabehandling har ofte dårlig effekt på bakterier i venøse beinsår, samtidig som det er fare for utvikling av resistens.
- Ved diabetessår brukes antibiotika mer liberalt.
- Antibiotika skal gis systematisk og ikke lokalt. Lokal antibiotikabehandling av kroniske sår er vanligvis kontraindisert p.g.a. fare for utvikling av resistens og allergi.

Anbefalinger for stell av infisert sår.

- Vask/desinfiser hendene grundig før og etter kontakt med bandasjer og sårområde.
- Bruk smittefrakk med lange ermer og mansjetter.
- Bruk hansker og evt. munnbind.
- Håndter brukt utstyr, tekstiler og avfall som smittefarlig.
- Skyll såret grundig med temperert rent vann/sterilt fysiologisk saltvann. Ved skylning av fistler og sårhuler bør det alltid brukes sterilt fysiologisk saltvann fordi skyllevesken kan bli liggende igjen i sårhulen.
- Såret bør i størst mulig grad holdes varmt. For å unngå at såret blir avkjølt i forbindelse med stell bør det ikke være kaldt i rommet, skyllevesken bør være temperert, og stellet av såret bør ikke være unødig lenge - slik at såret ligger åpent så kort tid som mulig.

- Mål sårets størrelse slik at objektive kriterier kan brukes i evalueringen av behandlingen. Vær oppmerksom på at et sår alltid vil bli større i en opprenskingsfase, uavhengig av behandlingsopplegget. Det er viktig å bruke tid på å prøve ut effekten av behandlingen og ikke skifte opplegg uten å ha vurdert dette nøye.

8.5 Forebygging av øyeinfeksjoner

Hensikt:

Å hindre utvikling av øyeinfeksjoner og forebygge spredning av smittestoffer fra infeksjoner i øynene til pasienter, ansatte og pårørende.

Gjelder for:

Alle ansatte med direkte/indirekte pasientkontakt.

Ansvar:

- Virksomhetsleder er ansvarlig for at prosedyrene er tilgjengelig og gjøres kjent for personalet.
- Alt personell som er i kontakt med pasienten er ansvarlig for å overholde gjeldende prosedyre.

Generelt:

Øyeinfeksjoner, virale og bakterielle, kan være et problem i sykehjem, da de lett spres. Infeksjoner er gjerne ledsaget av mye sekresjon som det naturlig nok er vanskelig å kamouflere med en bandasje. Infeksjonen fører ofte også til en intens kløe, så forurensing av hendene kan derfor være vanskelig å unngå. Pasientene kan være "vandrende" demente som ikke alltid er i stand til å motta informasjon om smitteveier og tiltak for å forhindre spredning. Inflammasjon i øyeslimhinne (Konjunktivitt) kan i tillegg til infeksjon, også skyldes allergi, fremmedlegene, sypåvirkning eller systematisk sykdom. Ved infeksjon kan konjunktivitt forårsakes av en rekke virus og bakterier. Hvis pasienten samtidig har luftveisinfeksjon, vil en øyeinfeksjon trolig skyldes virus. Gule stafylokokker og ulike adenovirus er vanlige årsaker til infeksjon i øynene.

Smittemåte

Smittestoffet spres via direkte eller indirekte kontakt. Mikrobene overføres fra infiserte hender hos personalet eller pasienten selv. Smitte kan også overføres via infisert utstyr, for eksempel flasker med øyedråper, håndklær eller andre gjenstander. Øyeinfeksjon kan også overføres via luft.

Det skjer raske en spredning til begge øynene. Isolasjon av pasient anses lite hensiktsmessig. Personer med symptomfrie øyeinfeksjoner kan også være smitteførende og friske personer kan være bærere av mikrobene som gir opphav til øyeinfeksjoner, for eksempel i nese eller hals.

Symptomene på øyeinfeksjon kan være:

- Irritasjon i øyet
- Følelse av at det sitter et fremmedlegeme i øyet
- Tørrhetsfølelse
- Brenning, svie eller kløe
- Lysfølsomhet
- Rødhet på øyeeplet og/eller på baksiden av øyelokket og evt. på huden rundt.
- Sekresjon fra øyet, evt. sammenklistrede øyelokk om morgenen
- Hevelse rundt øyet

Smittsomhet

- Øyeinfeksjon forårsaket av virus smitter i 4 - 14 grader fra symptomene oppstår.
- Bakteriell konjungtivitt smitter så lenge symptomene er tilstede eller inntil antibiotikabehandling har pågått i 12-24 timer.

Prøvetaking

Hold nedre øyelokket nede og rull kullinnsatt vattpensel på innsiden av øyelokket (konjunktiva). Materialet overføres til beholder med 1 - 2 ml transportmedium.

Fremgangsmåte:

- God håndhygiene må utføres av både personalet og pasient.
- Hansker bør brukes ved drypping av øynene.
- Hansker må skrives og hendene vaskes/desinfiseres mellom hver pasient.
- Dersom Adenoviruskonjungtivitt skal det også brukes smittefrakk og munnbind, se prosedyre på *Dråpesmitte*.
- Samme flaske/tube med øyedråper eller øyesalve skal ikke brukes til flere pasienter.
- Flergangs øyedråper/salver skal merkes med pasientens navn og anbruddsdato.
- Papirhåndklær, kluter og/eller annet engangsmateriale brukt til salve av øyet behandles som infisert materiale, og legges i pose som knyttes igjen før den kastes i vanlig avfall.
- Bruk av engangskluter anbefales, men brukes flergangskluter-/håndklær må dette umiddelbart etter bruk legges i egen pose som knyttes igjen og merkes på en måte som gjør at vaskeripersonalet vet at det er smitteoverførende materiale.
- Forurenset sengetøy leveres til vask som over.
- Forurenset pasienttøy: Hvis tøyet kan vaskes på 85 grader, kan det desinfiseres med Virkon. Se prosedyre: *Håndtering av pasientens privattøy ved pågående infeksjon*.
- Ved større mengder søl utføres flekkdesinfeksjon ved "Virkon", se prosedyre: *Flekkdesinfeksjon*. Ved lite søl kan gjenstanden(e) tørkes av med Desinfeksjonssprit 70% (ufortynnet).

8.6 Forebygging av luftveisinfeksjoner

Hensikt:

Å hindre utvikling og spredning av luftveisinfeksjoner hos pasienter på sykehjem.

Gjelder for:

Alt personell som er i kontakt med pasienter med luftveisinfeksjoner og som håndterer utstyr fra disse.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvaret for at det er utarbeidet skriftlige rutiner for forebygging av luftveisinfeksjoner.
- Virksomhetsleder har ansvar for at de skriftlige rutiner er tilgjengelige og at personalet får nødvendig opplæring og veiledning i forebygging av luftveisinfeksjoner.
- Personalet har ansvar for at de gjeldende rutiner og prosedyrer følges.
- Sykehjemslegen er ansvarlig for den medisinske behandlingen av den enkelte infeksjon.

Generelt:

Med luftveisinfeksjon menes akutt betennelse i luftveien forårsaket av mikroorganismer. Øvre luftveisinfeksjon omfatter infeksjon i nese, bihuler, ører og hals, mens nedre luftveisinfeksjon omfatter trachea, bronchi og lungevev. Men kan ha en bakteriell kolonisering i øvre luftveier uten samtidig å ha tegn på infeksjon. Disse bakteriene kan forårsake infeksjoner hos en selv, eller smitte kan overføres til andre. Man betegnes da som smittebærer.

Smittespredning

Smittespredning skjer via luft, dråper og kontakt, og smitekilden er andre pasienter eller personale som har infeksjon eller som er smittebærere. Mikrobene overføres som oftest fra person til person via infiserte dråper som spytt, tårer og ved hosting og nysing, eller ved direkte kontakt mellom personer, eller indirekte kontakt med forurenset utstyr og inventar. Mikrober som forårsaker luftveisinfeksjon kan overleve i støv og i vann og fuktige miljøer, og smitteoverføring kan overføres ved inhalering av infisert støv og aerosoler/dråper. Spredning av smittestoff kan bl.a. skje via sprayflasker, blomster og planter, dusj, nebulisator (pariapparat), luftfukter, sug, oksygenapparat og via ventilasjonsanlegg.

Forebyggende tiltak:

- Utføre god håndhygiene mellom hver pasient, før rene oppgaver og etter urene oppgaver.
- Sørge for godt renhold og desinfeksjon av utstyr som brukes i luftveiene.
- Gi godt munnstell for alle pasienter og spesielt overfor sengeliggende/svekkede pasienter. Se egen prosedyre *Munnhygiene*.
- Forebygge aspirasjon når pasienten spiser eller drikker, ved å passe på at pasienten sitter/ligger godt med hodet godt hevet, og ved å gi små porsjoner.
- Gi hjelp til å hoste/lungefysioterapi til sengeliggende/svekkede pasienter.
- Tilstrebe så rask mobilisering som mulig etter gjennomgått operasjon eller etter akutt sykdom.
- Gi tilbud om influensavaksine og pneumokokkvaksine til pasienter.
- Gi tilbud om influensavaksine til personalet.

Fremgangsmåte:

For å forebygge spredning av smittestoffer fra pasient med luftveisinfeksjon:

- Om mulig isolere pasienten i enerom.
- Se for øvrig egen prosedyre på Dråpesmitte.
- God håndhygiene.
- Bruk smittefrakk med lange ermer. Frakken skal skiftes daglig og ved tilsøling.
- Bruk hansker ved kontakt med luftveissekret. Ekspektorat skal håndteres som potensielt smittefarlig. Hansker skal skiftes mellom hver pasient og håndhygiene utføres før og etter bruk av hansker.
- Bruk munnbind hvis pasienten hoster for mye, eller har mye ekspektorat. Ved Adenoviruspneumoni og stafylokokkneumoni skal det alltid brukes munnbind, uansett om pasienten hoster eller ikke.

Rutinene for håndhygiene og bruk av beskyttelsesutstyr gjelder for alt personale som er i kontakt med pasienter med luftveisinfeksjoner. Dette omfatter pleiepersonale, lege, fysioterapeut, ergoterapeut osv.

Forebygging av smittespredning fra personale med luftveisinfeksjon

- Ved symptomer på luftveisinfeksjon hos personaler, bør det brukes munnbind og håndhygienens må utføres ekstra nøye.
- Personale med luftveisinfeksjon bør unngå kontakt med pasientene så lange man har sterk nesekresjon og hoste. Personale med influensa skal sykemeldes. Se prosedyre: *Ansatte med infeksjoner - bærertilstand*.

Tiltak mot smitteoverføring fra utstyr.

Utstyr som brukes i luftveiene er potensielle smittereservoir for sykdomsfremkallende mikroorganismer. Bruk av rent engangsutstyr samt rengjøring, desinfeksjon og evt. sterilisering av flergangsutstyr er viktig for å forebygge luftveisinfeksjoner. Hvis utstyret er fuktig, kan det føre til oppvekst av bakterier som så overføres til pasienten neste gang utstyret brukes. Etter desinfeksjon og rengjøring må utstyret være tørt, før det settes til lagring.

Utstyr til bruk ved munnstell.

- Utstyr som brukes til munnstell skal være rent.
- Brukt engangsutstyr (som tuffere, fuktighetspinner og lignende) kastes rett etter bruk.
- Fuktighetspinner og liknende utstyr må aldri oppbevares etter bruk eller brukes flere ganger. Spesielt ved fuktig oppbevaring øker risikoen for oppvekst av sykdomsfremkallende mikrober på utstyret.
- Fuktighetspinner og liknende utstyr som er misfarget skal ikke brukes.
- Ved misfarging eller ved annen mistanke om feil ved utstyret, skal dette meldes fra til institusjonens ledelse. Det utstyret som utløste mistanke om feil, samt alt utstyr med samme produksjonsnummer, må tas ut av alle lagre og ikke tas i bruk før det har blitt nærmere undersøkt.

Oksygenutstyr

- Mellomslange og nesekateter skal kastes etter bruk, slik at det alltid tas nytt til ny pasient. Ved kontinuerlig/jevnlig bruk bør mellomslange skiftes hver uke, og nesekateter skiftes daglig.
- Etter bruk skal luftfukter (flaske+innmat) alltid varmedesinfiseres og tørkes godt før det settes på lager. Det skal ikke stå vann i luftfukteren under lagring.
- Ved kontinuerlig/jevn bruk bør luftfukteren varmedesinfiseres daglig og oksygenrøret tørkes av med 70% desinfeksjonssprit.
- Ved bruk av luftfukteren skal denne fylles med sterilt vann.
- Oksygenkolbe og tralle skal rengjøres etter bruk og være tørre før lagring.

Pariapparat/forstøverapparat

- Når apparatet brukes av en pasient, skal man etter behandling koble forstøverbegeret og munnstykket fra hverandre (tre deler) og vaske det i varmt såpevann. Skyll deretter med rent vann og la delene tørke.
- Ved kontinuerlig/jevnlig bruk bør forstøverbegeret/munnstykke desinfiseres i dekontaminator eller kokes i 6 - 10 min. hver uke. Ved koking bør vannet tilsettes litt oppvaskmiddel. Ta delene fra hverandre før det desinfiseres/kokes.
- Forstøverbegeret/munnstykket skal alltid desinfiseres ved 85 grader i dekontaminator eller kokes før apparatet brukes til en annen pasient eller settes på lager.
- Legg aldri luftslanger i vann.
- Følg for øvrig apparatets bruksanvisning.

Tiltak mot aspirasjon og smitteoverføring fra mage-tarmtractus til nedre luftveier.

- Alle pasienter og spesielt de med nedsatt svelgeevne må sitte godt oppreist under måltidet.
- Sengeliggende må ligge med hodeenden godt hevet når de spiser.
- Ved mating må det kun gis litt mat og drikke av gangen og pasienten må få god tid til å svelge.
- Sondeernæring bør gis i mindre doser og ikke sammenhengende. Det er viktig at pasienten sitter godt oppreist eller ligger med godt hevet hodeende.
- Magesonder skal være rene.

Tiltak mot atelektase og stuvning av sekret.

- Mobiliser pasienten så tidlig som mulig etter operasjoner eller akutt sykdom.
- Sørg for god smertelindring.
- Instruer pasienten i god hoste- og pusteteknikk.
- Hjelp pasienten med å drenere lunger og bronkier ved hjelp av lungefysioterapi og leidedrenasje.

Tiltak mot influensa og pneumokokkpneumoni

Influensa: Influensavaksine bør tilbys alle pasienter på aldres- og sykehjem. For å minske smittepresset mot pasienter på alders- og sykehjem bør man også tilstrebe en så høy vaksinasjonsandel blant personalet som mulig. Influensavaksinen bør gis hvert år, og settes normalt i perioder fra oktober til desember. Vaksinen gir vanligvis 70-80% beskyttelse, men noe lavere hos eldre. Hos eldre reduserer vaksinen insidensen av komplikasjoner med 50-60% og dødeligheten med 70-80%.

Pneumokokkpneumoni: Pasienter på alders- og sykehjem som ikke tidligere har fått pneumokokkvaksine bør tilbys vaksine. Vaksinen gis som hovedregel kun en gang. Eldre personer med hjerte- og karsykdommer og kroniske lungesykdommer, personer med cerebros spinalvæskefistel og personer som har hatt pneumokokkpneumoni og andre alvorlige pneumokokkinfeksjoner bør likevel tilbys revaksinering etter ca. 10 år. Hos personer som mangler milt og andre med nedsatt immunforsvar vurderes revaksinering etter 3-5 år. Vanligvis er det ikke indikasjon for å gi pneumokokkvaksine til personalet.

8.7 Forebygging av mage-/tarminfeksjoner

Hensikt:

Å hindre spredning av smittestoff fra mage-/tarminfeksjoner (gastroentitt) til pasienter, personalet og andre.

Gjelder for:

Alle pasienter, ansatte og andre med nærkontakt med pasienter.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at institusjonen har skriftlige prosedyrer på forebygging av mage-/tarminfeksjoner.
- Virksomhetsleder er ansvarlig for at rutinene er tilgjengelige og kjent for personalet, og at de følges.
- Personalet har ansvar for å beskytte pasientene og seg selv mot infeksjon ved å følge de rutiner som gjelder.

Generelt:

Definisjoner

Mage/tarminfeksjon (gastroenteritt): Mikrobiell infeksjon eller toksinpåvirkning i mage eller tarm med symptomer som oppkast, magesmerter og diare.

Enterotoksin: Bakterielle toksiner ("gift") som er skadelig for mage-tarmvevet.

Matforgiftning: Gastroenteritt forårsaket av bakterier eller bakterietoksiner fra infiserte matvarer eller drikke.

De fleste akutte gastroenteritter i Norge er virusbetingede, f.eks norovirus, rotavirus, adenovirus og en rekke andre. Importsmitte av f.eks Salmonella, Shigella, Tarmpatogene, Escherichia coli og Campylobacter både hos personalet og pasienter forekommer etter

utenlandsturer. Noen av disse som campylobacter kan også oppstå i Norge. Infeksjoner med Clostridium difficile er ikke uvanlig hos eldre som har fått antibiotika.

Smittestoffet overføres som regel ved direkte eller indirekte kontakt, men kan også spres via luft/dråper i forbindelse med oppkast. Fecal-oral smitteoverføring ved inntak av infisert mat og drikke.

Fremgangsmåte:

Tiltak for å hindre smittespredning

- Nøye håndhygiene er spesielt viktig ved mage-/tarminfeksjoner, og skal utføres både før og etter all kontakt med pasienter eller utstyr. Pasientene må få hjelp til, eller minnes på, å vaske hendene etter toalettbesøk og før måltider.
- Pasienter med smitteførende gastroenteritt bør isoleres på enerom, med eget toalett eller med egen toalettstol. Følg rutine ved *kontaktsmitteisolering*. Flere pasienter med samme symptomer, kan dele rom. *Se prosedyre: Tiltak ved infeksjonsutbrudd.*
- Det skal brukes smittefrakk med lange ermer og hansker inne på isolatet.
- Kun latex- eller vinylhansker gir god nok beskyttelse ved gastroenteritt. Plasthansker skal ikke brukes.
- Prøvetaking. *Se prosedyrer: Avføringsprøver.*

Det er viktig at alt personale, pasienter og pårørende/besøkende får informasjon om forholdsregler som må følges.

Personalet med symptomer på mage-/tarminfeksjoner bør ikke være på jobb. *Se også prosedyrer: Ansatte med infeksjoner - bærertilstand.*

Renhold:

Rom med pasienter som har mage-/tarminfeksjoner må rengjøres daglig, på vanlig måte. Renholder skal følge samme rutiner og bruke samme beskyttelsesutstyr som øvrig personale. Steder som lett forurenses, som nattbord, seng, dørhåndtak, desinfiseres regelmessig. Dørhåndtak til toalett, vaskeservant/kraner og toalett desinfiseres minst en gang daglig. Alt søl fra diare og oppkast må fjernes umiddelbart og området må desinfiseres og deretter rengjøres på vanlig måte. *Se prosedyre: Flekkdesinfeksjon.*

- Alt tøy håndteres og vaskes som smittetøy.
- Engangsutstyr og annet avfall håndteres som smitteavfall.
- Flergangsutstyr emballeres i plastposer når det skal bringes vaskeriet og varmedesinfiseres umiddelbart med temperatur på 85 grader. Utstyr som ikke kan varmedesinfiseres skal desinfiseres med godkjent kjemisk desinfeksjonsmiddel.
- Service og bestikk fraktes i pose til skyllerommet der det desinfiseres i dekontaminator ved 85 grader. Deretter vaskes det i oppvaskmaskin på vanlig måte.

Opphør av isolasjon avgjøres av lege i samarbeid med avdelingsleder/sykepleier. Pasienter kan forlate rommet dersom vedkommende forstår og følger forholdsregler for ikke å spre smittestoffet, ikke har diare, oppkast eller er ukontrollert inkontinent og gjennomfører god håndhygiene.

Melderutiner:

Ved mistanke om smittsomm sykdom som kan være overført med næringsmiddler, skal dette samme dag varsles til kommunelege og Mattilsynet.

8.7.1 Bytte av sett til sondeernæring

Hensikt:

Unngå gastroenteritt relatert til sondenæring gitt gjennom sett fra flaske eller pose.

Gjelder for:

Alle ansatte som håndterer sondeernæring.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at institusjonen har skriftlige prosedyrer på forebygging av mage-/tarminfeksjoner.
- De som gir pasienten ernæring, er ansvarlig for at prosedyrene overholdes.

Generelt:

- Prosedyren gjelder skifte av sett fra flaske/pose med ernæring til ernæringssonde.
- I sett til sondeernæring er det gode oppvekstvilkår for mikrober.

Fremgangsmåte:

- God håndhygiene ved håndtering av ernæringssett er viktig for å forebygge infeksjoner.
- Kontroller dato for kostens holdbarhet.
- Ved kontinuerlig sondeernæring i ferdiglevert lukket system kasseres flaske/pose og ernæringssettet etter max 24 timer, eller etter anvisning fra firma.
- Sett alltid hetten på stussen av ernæringssettet ved frakobling av sonden.
- Ved sondeernæring med manuell påfylling av flaske og ernæringssett etter hvert måltid.
- Ved bruk av flegangsflasker- og sprøyte skal disse rengjøres i oppvaskmaskin/dekontaminator etter hvert måltid.
- Ernæringssettet skylles godt gjennom med vann etter hvert måltid.
- Sonden holdes lukket under måltidspauser.

8.8 Forebygging av intravaskulære infeksjoner

8.8.1 Desinfeksjon av hud før injeksjoner og punksjoner.

Hensikt:

- Redusere pasientens bakterieflora på huden og redusere risikoen for at det oppstår en infeksjon.
- Redusere forurensing av prøver som er tatt gjennom hud.

Gjelder for:

Ansatte som skal sette subcutane og intramuskulære injeksjoner, legge inn perifere venekanuler, ta blodprøver og endre punksjoner.

Ansvar:

- Virksomhetsleder er ansvarlig for at det finnes prosedyrer som er tilgjengelig og som gjøres kjent for personalet.
- Enhver som utfører injeksjoner/punksjoner, plikter å gjøre seg kjent med innholdet i prosedyrene.

Generelt:

Huden har en permanent- og midlertidig normalflora av forskjellige - og som regel ufarlige bakterier, men infeksjon kan oppstå hvis disse bakteriene kommer over i sterile områder som f.eks inn under huden i musklaturen m.m.

Dersom man legger inn et fremmedlegeme (f.eks venekanyler) gjennom dårlig desinfisert hud, vil hudbakterier bli ført med og kan kolonisere og formere seg på fremmedlegemet, og føre til infeksjon.

Fremgangsmåte:

- Hender skal alltid vaskes før injeksjoner/punksjoner.
- Usterile engangshansker bør brukes ved innleggelse av venekanyler for å beskytte seg mot blodsøl.

Metoder for desinfeksjon før

• Subcutane og intramuskulære injeksjoner:

* Desinfeksjonsmiddel: Sprit 70% eller Klorhexidinsprit 5 mg/ml

* Tupfer/kompress: Rene
Ferdig fuktete foliekompresser med sprit eller klorhexidinsprit kan brukes hvis de er tilstrekkelig våte (drypper når man klemmer på dem).

* Desinfeksjonstid: 30 sekunder
Unngå å berøre huden etter desinfeksjonen.

• Innleggelse og stell av perifer venekanyler:

* Desinfeksjonsmiddel: Klorhexidinsprit 5 mg/ml.

* Tupfer/kompress: Sterile.

* Desinfeksjonstid: 30 sekunder x 2. Middelet må tørke mellom påføringene. Unngå å berøre huden etter desinfeksjon.

• Blodprøvetaking - vanlig:

* Desinfeksjonsmiddel: Sprit 70% eller Klorhexidinsprit 5 mg/ml.

* Tupfer/kompress: Rene
Ferdig fuktete og foliepakkede kompresser med sprit eller klorhexidinsprit kan brukes hvis de er tilstrekkelig våte (drypper når man klemmer på dem).

* Desinfeksjonstid: 30 sekunder.

Prosedyrer for sprøytesetting

Hensikt:

- Sikre at rett legemiddel med rett styrke blir gitt til rett pasient.
- Forebygge stikkskader hos ansatte.
- Sikre god hygiene ved injeksjon.

Gjelder for:

Alt helsepersonell som trekker opp og setter injeksjoner.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at det finnes prosedyrer på sprøytesetting, som er tilgjengelig og gjøres kjent for personalet.
- Den som setter injeksjonen har ansvar for å holde prosedyren.

Generelt:

- Sikre deg at du ikke blir forstyrret når du skal håndtere/trekke opp injeksjonssubstans/medikamenter. Fare for å gjøre feil blir da større.
- Sikre at rett pasient får riktig medikament med riktig styrke ved å kontrollere medikament og styrke før og etter at medikamentet er trukket opp. Evt. kontroll sammen med medarbeider.
- God håndhygiene er viktig i forbindelse med håndtering av medikamenter/setting av sprøyter.
- Husk at hansker gir liten beskyttelse mot stikkskader.

Fremgangsmåte:

- Gjelder alle typer injeksjoner - subcutane og intramuskulære.
- Injeksjoner trekkes opp på medisiner-evt. vaktrom.
- Vask eller desinfiser hendene.
- Bruk opptrekkskanyler.
- Kontroller at medikament/styrke på medikament er i samsvar med ordinasjon.
- Opptrekkskanylen fjernes fra sprøyten uten å forurense sprøyten, evt. ved bruk av "spor" i lokket på kanyleboksen.
- En ny kanyler med beskyttelseshette settes på sprøyten for å sette injeksjonen.
- Sprøyten legges på brett i pussbekken eller liknende når man går til pasienten.
- Huden desinfiseres med "swabs" sprit-/evt. isopropanolkompresser. Disse må være så våte at det drypper når man klemmer på dem. Rene kompresser dynket med Desinfeksjonssprit 70% eller Klorhexidinsprit 5 mg/ml, kan også brukes.
- Desinfeksjonstid er 30 sekunder. Unngå å berøre huden etterpå.
- Etter injeksjonen legges sprøyten med kanylen tilbake på brettet eller liknende **uten at beskyttelseshetten settes tilbake på sprøyten!** Det er da de fleste stikkskader hos personalet oppstår. Utstyret bringes til medisiner-, vakt- eller skyllerommet på brett, i pussbekken eller liknende, hvor hele sprøyten kastes i kanyleboksen.
Kast aldri kanyler eller mandrenger i vanlig avfall.
- Kanyleboksen skal alltid være lukket. Den skal kastes når den er 3/4 full, for å forhindre stikkskader, Kastes som risikoavfall.
- Det må ikke forekomme at sprøyter med kanyler blir liggende igjen på nattbord, i sengen eller på steder der noen kan stikke seg på den.

8.8.2 Innleggelse og stell av perifer venekanyler

Hensikt:

Å beskytte pasienten mot alvorlig infeksjon i blodbanen.

Gjelder for:

Alt personale som legger inn og kontrollerer perifere venekanyler.

Ansvar:

- Virksomhetsleder er ansvarlig for at institusjonen har skriftlige prosedyrer for forebygging av intravaskulære infeksjoner.
- Virksomhetsleder er ansvarlig for at prosedyrene er tilgjengelig og at personalet er orientert om prosedyrene.
- Lege og sykepleier som legger inn/håndterer intravenøse kateter, er ansvarlig for å følge gjeldende prosedyre.

Generelt:

- Velg kanylestørrelse i samsvar med infusjonsvæske og størrelse på venen.
- Bruk helst ikke vener på underekstremiteter på grunn av trombosefare.
- Kanylen kan ligge inne **max 72 timer (3 døgn)**.
- Dato for innleggelse av kanyle noteres i rapport, evt. skrives på fikseringstape/bandasje.

Utstyr:

- Venekanyler av ulike størrelser.
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml til huddesinfeksjon.
- Sterile tuffere.
- Staseslange.
- Rene engangshansker
- Steril bandasje.
- Tape.
- 2 sprøyter og kanyle til opptrekk av Natrumklorid og Heparin.
- Kanyleboks.
- Sterile propper.
- Halvelastisk bind til fiksering av kanyle.
- Natrumklorid 9 mg/ml til gjennomskylling.
- Skylleheparin (100 IE/ml), hvis ikke infusjonen skal pågynnes straks.

Fremgangsmåte:

- Vask eller deisnfiser hendene.
- Velg vene og sett på staseslange.
- Ta på hansker.
- Dersom behov for lokalbedøvelse, legg på tykt lag med Emlakrem på innstikkstedet, dekk med plastfilm og la det virke i en time.
- Desinfiser innstikkstedet med Klorhexidinsprit 5 mg/ml i 30 sekunder x 2, og la det lufttørke mellom påføringene. Unngå å berøre huden etter desinfeksjon.
- Legg inn kanylen, løsne staseslangen og fjern mandrengen.
- Skyll gjennom med 2-5 ml Natriumklorid 9 mg/ml for å se at venekanylen fungerer.
- Koble på intravenøsvæsken. Se at den renner fritt inn i venen.
- Dersom ikke venekanylen skal benyttes med det samme, sett inn 0,5 ml Heparin 100 IE/ml som "heparinlås".
- Fikser kanylen godt med steril bandasje over innstikkstedet, evt. også med halvelastisk bind.

Stell og skift av kanyle

- Hendene må alltid vaskes/desinfiseres før kontakt med kanyler/infusjonssettet/bandasje.
- Kanylen inspiseres daglig.
- Blodig eller tilsølt bandasje skiftes umiddelbart.
- Alle koblinger skal ha steril kompress.
- Ved tegn til komplikasjoner, som smerter ved innstikksted/rundt kanylen, hevelse eller rødhet, skal kanylen skiftes umiddelbart.
- Fjern kanylen så snart den er unødvendig.
- Kanylen kan ligge inne 72 timer, hvis ikke komplikasjoner nødvendiggjør tidligere bytte
- Kanylen skal skiftes og ikke manipuleres hvis den ikke fungerer.
- Heparinlås (Heparin 100 IE/ml, 0,5 ml) mellom infusjoner. Bruk alltid steril propp ved kobling etter injeksjoner/transfusjoner.
- Infusjonsslanger og treveiskraner skal skiftes i henhold til brukertider for infusjonssett. Anbefalt brukertid for infusjonssetter er:

- Blanke væsker, 72 timer.
- Blod og blodprodukter skiftes etter endt infusjon (max 4 timer).

Tilførsel av medikamenter

- Bør foretas gjennom gummimembranen på infusjonssettet, etter desinfeksjon med Desinfeksjonssprit 70%.

Pasienten kan få flebitt (med samtidig mulighet for septikemi):

- Hvis kanylen ligger inne for lenge.
- Ved dårlig huddesinfeksjon; kolonisering av jadbakterier på kanylespissen.
- Ved manipulering av kanyler, kanylekoloniserte bakterier kan føres oppover i blodbanen, og samtidig kan manipulering av kanyler føre til løsning av tromber.

Avvik fra gjeldende prosedyre må dokumenteres og begrunnes faglig.

8.8.3 Bytte av transfusjons- og infusjonssett.

Hensikt:

Å beskytte pasienten mot alvorlig infeksjon i blodbanen.

Gjelder for:

Alt personale som administrerer transfusjoner/infusjoner.

Ansvar:

- Virksomhetsleder er ansvarlig for at institusjonen har skriftlige prosedyrer for forebygging av intravaskulære infeksjoner.
- Virksomhetsleder er ansvarlig for at prosedyrene er tilgjengelige og at personalet er orientert om prosedyrene.
- Personalet som administrerer transfusjoner/infusjoner, er ansvarlig for å følge gjeldende prosedyre.

Generelt:

I blod/blodprodukter og parenteral ernæring er det et godt oppvekstmiljø for mikrober. For å unngå komplikasjoner som sepsis, er det viktig å håndtere settene riktig når det henges opp, og å kjenne til når det skal skiftes.

Indikasjon

Overføring av væsker, medisiner og ernæring parenteralt fra pose/flaske til perifere venekanyler eller sentrale venekatetre.

Fremgangsmåte:

God håndhygiene ved håndtering av transfusjons-/infusjonssett er viktig for å forebygge infeksjoner. Like viktig er det å overholde anbefalte skifteintervaller for settene.

Blod og blodprodukter

- Settet skiftes etter hver transfusjon.
- Skal max henge oppe i 4 timer.

Parenteral ernæring

- Settet skiftes hver gang ny ernæring gis.
- Settet må ikke henge oppe lenger enn 24 timer.

Infusjonssett

- Samme infusjonssett kan brukes i 72 timer hvis det gis fortløpende infusjoner av "blanke væsker" (eks. NaCl, Clucose og lignende)
- Etter 48 timer byttes sett og alle koblinger/kraner.
OBS:! *Bruk egne sett til medikamenter, f.eks antibiotika.*

8.8.4 Stell av sentrale venekateter (SVK)

Hensikt:

Forhindre kateterrelaterte infeksjoner, som lokale infeksjoner i innstikkstedet, tunnellinfeksjoner og kateterrelatert sepsis.

Gjelder for:

Alt helsepersonell som har ansvar for stell av SVK.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at prosedyrer finnes og er tilgjengelig for personalet.
- Personalet som håndterer et slikt kateter, har ansvar for å sette seg inn i gjeldende prosedyre og overholde denne.

Generelt:

- Sentrale venekatetre legges (som regel) inn på operasjons- eller skiftestue på sykehus.
- Kateteret representerer både et fremmedlegeme, samtidig som det bryter hudbarrieren.
- Bruken av katetre innebærer fare for tilstøtende komplikasjoner/infeksjoner, lokale som infeksjon rundt innstikkstedet, og systemiske som bakteriemi og sepsis, ofte forekommer en kombinasjon av disse.
- Ved mistanke om infeksjoner knyttet til kateter, bør dette fjernes og kateterspissen sendes til dyrkning, ledsaget av to blodkulturer, en fra kateteret og en fra en perifer vene.
- Lokal infeksjon vil som regel ha klassiske infeksjonstegn, som rødhet, hevelse, varme, omhet og evt. lokal pussekresjon. Det skal tas prøver til bakteriologisk undersøkelse av huden rundt innstikkstedet dersom det er væske der. Bakteriologisk prøve tatt fra innstikksted uten synlig sekresjon har begrenset verdi og vil ofte representere hudfloraen.
- Rutinemessig dyrkning av kateterspisser som fjernes har ingen nytteverdi. Bakteriologiske prøver skal kun tas ved mistanke om sepsis utgått fra kateter og/eller ved tegn på lokal infeksjon.
- Pasienter som har innlagt SVK har som regel svekket immunforsvar på grunn av alvorlig grunnsykdom, og er derfor spesielt utsatt for å få infeksjoner. Måten SVK blir håndtert på, har stor betydning for å unngå dette.

Fremgangsmåte:

Vedlikehold og stell

- Antall koblinger og treveiskraner bør være lavest mulig.
- Hånddesinfeksjon eller håndvask før enhver åpning av det lukkede systemet.
- Bruk sterile kompresser, evt. sterile hansker ved berøring/manipulasjon av koblinger og kraner.
- Ved til- og frakobling skal koblingens ytterside alltid desinfiseres med steril kompress fuktet med Klorhexidinsprit 5 mg/ml.
- Bruk alltid steril propp ved kobling etter linjeksjoner/infusjoner. Pakk inn koblinger og kraner med steril bandasje. Dersom bruk av nålfri toveisventil (Posiflow) bør man ikke pakke inn denne.

- Dersom ø.hj. manipulasjoner uten aseptisk teknikk har vært foretatt, desinfiseres eller skiftes forurensede koblinger og kraner ved første anledning.
- Innstikkstedet skal kontrolleres daglig enten ved inspeksjon gjennom transparent bandasje eller ved palpasjon av intakt bandasje.

Stell

- Som basisrutine skiftes bandasjen hvert 3 døgn.
 - Aseptisk teknikk- bruk sterile hansker og munnbind.
 - Innstikkerstedet desinfiseres med Klorhexidinsprit 5 mg/ml. Desinfeksjon påføres x 2,
 - Og skal tørke mellom hver påføring og **før** steril bandasje legges på.
 - Det anbefales bruk av transparent bandasje, fordi man da kan inspisere innstikkstedet uten å fjerne denne.
- Bandasjen skal fjernes og innstikkstedet inspiseres dersom:
 - Pasienten har uforklarlig feber/frostanfall.
- Det er lukt eller sekresjon fra stedet.
 - Det er hevelse, rødhet i huden og/eller varmeøkning i eller ved innstikkstedet.
 - Som hovedregel bør kateteret fjernes ved tegn til infeksjon, men ved bruk av langtidskateter kan det en sjelden gang være aktuelt å behandle infeksjonen uten å fjerne kateteret. Dette, samt indikasjon på evt. blodkultur avgjøres av lege i hvert enkelt tilfelle.
 - infusjonsslanger, koblinger og treveiskraner skal skiftes i henhold til brukstider for infusjonssett.
 - Anbefalte brukstider for infusjonssett er (se også prosedyre: *Bytte av transfusjons- og infusjonssett*):

* Blanke væsker:	72 timer
* Blanke væsker med tilsetninger	24 timer
* Total parenteral ernæring (TPN) og fettemulsjoner	24 timer
* Blod og blodprodukter skiftes etter endt infusjon	(max 4 timer).
- Det anlegges heparinlås dersom det ikke gis kontinuerlig infusjon:
- Skyll med 10-20 ml NACI 9 mg/ml først, og sett 5 ml Heparin 100 IE/ml dersom 100 cm forlengelseslange, og 2 ml Heparin uten forlengelseslange.

Fjerning av sentrale venekatetre

- Pasienten skal ligge flatt i sengen.
- Innstikkstedet og området rundt desinfiseres med Klorhexidinsprit 5 mg/ml.
- Festesuturer fjernes.
- Trekk ut kateteret mens det holdes en steril kompress mot selve innstikkstedet.
- Komprimer ca. 10 min. - evt. lenger hvis kateteret er tykt.
- Inspiser kateterenden, sjekk at kateteret er helt.
- Inspiser innstikkstedet. Ved rødhet bør det palperes forsiktig for å konstatere om det kan klemmes ut puss til bakteriologisk undersøkelse.
- Kateterspissen sendes kun til bakteriologisk dyrking dersom det er mistanke om kateterinfeksjon.
- Pasienten skal holde sengen i ca. 1 time etter fjernelse av kateteret.

8.8.5. Stell av implantert veneport (VAP)

Hensikt:

Sikre at håndtering av veneport foregår på en slik måte at infeksjon unngås.

Gjelder for:

Alt helsepersonell som har ansvar for stell av veneport (VAP).

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at det finnes prosedyrer på stell av veneport og at den gjøres kjent og er tilgjengelig for personalet.
- Den som håndterer veneport med tilhørende utstyr, har ansvar for å sette seg inn i - og overholde gjeldende prosedyre.

Generelt:

Innleggelse foregår på operasjonsstue.

Dersom det forventes at pasienten har behov for langvarig intravenøs adgang (mer enn 6-8 uker), anbefales det å implantere en veneport. Denne består av en injeksjonskapsel og et sentralt venekateter. Kapselen ligger under huden i en subcutan lomme, og huden utgjør derved en naturlig barriere mot kontaminering av kateteret, og reduserer derfor infeksjonsrisikoen.

Fremgangsmøte:

Vedlikehold og stell

- Aseptisk teknikk ved alle typer manipulering. Hendene desinfiseres eller vaskes, og sterile hansker brukes ved direkte kontakt med veneportområdet.
- Hvis det er behov for lokalbedøvelse, legges et tykt lag med Emla krem på innstikkstedet, under en (transparent) bandasje, og la kremen virke en time.
- Desinfiser hudområdet over porten med Klorhexidinsprit 5 mg/ml med virketid på minst 1 minutt. Desinfeksjonen skal påføres x 2 og skal tørke mellom påføring og før punksjonen.
- Adgang til kapselen skjer med spesialnål (gripper - nål eller Port - A -Catch - nål med treveiskran og forlengingsslange).
Punkter huden og membranen. Nålen føres loddrett og langsomt til bunnen av portens kammer.
- Sjekk veneområdet for tegn på hevelse/ømheter/rødhet som kan skyldes infeksjon eller lekkasje.
- Før starten av infusjon/injeksjon settes det inn 20 ml NaCl 9 mg/ml. Man observerer samme som over, og også om pasienten har ubehag/smerter.
- Nålen kobles til infusjonssettet med tre-veiskran og alle koblinger pakkes inn i sterile kompresser. Steril kompress legges over innstikkstedet. Dersom bruk av nålfri toveisventil (Posiflow) bør man ikke pakke inn denne.
- Steng slangeklemmene på nålens forlengingsslange under alle omkoblinger, og når nålen ikke er i bruk.
- Ved avsluttet infusjon skylles veneporten med 20 ml NaCl 9 mg/ml og deretter med 5 ml Heparin 100 IE/ml.
- Nålen skiftes en gang pr. uke, hvis innstikkstedet ser uproblematisk ut.
- Når veneporten ikke er i bruk, settes Heparinlås hver 4. uke.
- Når veneporten er brukt til parenteral ernæring, skylles det først med 20 ml NaCl 9 mg/ml, så med 2 ml Etanol 45%, som skal stå i 2 min før det aspireres. Skyll deretter med 20 ml NaCl 9 mg/ml og avslutt med 5 ml Heparin 100 IE/ml.
- Infusjonsslanger og treveiskraner skal skiftes i henhold til brukstid for infusjonssett: (se også prosedyre: *Bytte av transfusjons- og infusjonssett*).

* Blanke væsker	72 timer
* Blanke vesker med tilsetninger:	24 timer
* Total parenteral ernæring (TPN) og fettemulsjoner	24 timer

- * Blod og blodprodukter skiftes etter endt infusjon (max 4 timer).
- Blodprøvetaking gjøres gjennom VAP når det er umulig å ta blodprøver ved perifer venepunksjon. Dette gjøres via treveiskranen på veneportnålen. Aspirer 10 ml blod som kastes, og aspirer så ønsket blodvolum. Til slutt skylles veneporten med 20 ml NaCl 9 mg/ml og deretter med 5 ml Heparin 100 IE/ml.

Komplikasjoner:

Ved økt motstand eller fullstendig tilstopping. Problemer med å aspirere blod:

- Sjekk at nålen ligger riktig. Sjekk slanger, klemmer og treveiskraner. Be pasienten endre stilling (ligge flat, løfte armene, hoste, puste dypt). Hvis det fortsatt ikke er mulig å skylle med NaCl 9 mg/ml, kan det tas rgt. Thorax for å bekrefte kateterposisjonen. Ligger kateteret riktig, kan problemet skyldes trombe på kateterspissen. Lege vurderer evt. bruk av streptokinase.

Subcutan eller ekstravasal infusjon:

- **OBS!:** hevelse, hudreaksjoner, smerter, ubehag eller brennende følelse i veneportområdet.
- Administrasjonen avbrytes, og lege kontaktes. Det må sjekkes om veneportsystemet er skadet. For å unngå subcutan administrering, er det viktig at veneportnålen når bunnen og at nålen føres inn uten å skråne. Man unngår da skade på portens membran med påfølgende mulig lekkasje. Ekstra vasasjon kan oppstå på grunn av kateterskade eller skade i kateterkoblinger, noe som kan skyldes for høyt trykk under bruk.

Infeksjon - sepsis:

- **OBS!:** Feber, frostanfall, nedsatt allmenntilstand.
Lege kontaktes, og avgjør om det skal tas blodkultur via veneport eller perifer vene.
- Ved tegn til lokal infeksjon på innstikkstedet fjernes nålen og det tas bakteriologisk prøve fra innstikkstedet.

8.9 Forebygging av spredning av spesielle mikrober

8.9.1 Tuberkulose

Hensikt:

Å motvirke overføring av tuberkuløs smitte og utvikling av sykdom eller smitte.

Gjelder:

Alle pasienter og alt personale som arbeider med disse.

Ansvar:

- Kommunelege har overordnet ansvar for tuberkulosearbeidet i kommunen.
- Virksomhetsleder har ansvar for at forskriften om tuberkulosekontroll følges og for at det finnes retningslinjer for tuberkulosekontroll i institusjonen.
- Virksomhetsleder har ansvaret for å kontrollere personalets tuberkolinstatus ved ansettelse.
- Tilsynslege har ansvar for kontroll og oppfølging av pasientenes tuberkulosestatus. Legen har også ansvar for melding av nominativt meldepliktige smittsomme sykdommer.
- Virksomhetsleder skal sørge for at tuberkulosekontrollen fungerer i alle ledd og har ansvar for å koordinere individuell oppfølging og behandling i samarbeid med behandlende spesialist og kommunehelsetjenesten.
- Personalet har ansvar for å sette seg inn i og å følge de rutineene som gjelder.

Generelt:

Tuberkulose er på verdensbasis den vanligste dødsårsak forårsaket av smittsom sykdom. Siden midten av 1980-tallet har det vært en økning av tuberkulose både i utviklingsland og i industrialiserte land. I Norge forekommer i dag omtrent halvparten av tuberkulosestilfellene hos eldre norskfødte personer som får oppblussing av tidligere smitte. Dette kan skyldes svekket immunforsvar p.g.a. aldring, medikamentbruk (f.eks steroider), nedsatt allmenntilstand, kreft, dårlig ernæring eller røyking.

Reservoar for tuberkelbasillen er hovedsakelig mennesker, men også dyr. Tuberkulose i andre organer enn lungen er vanligvis ikke smittsomt.

Smitte skjer via luft og dråper fra en person med smitteførende lungetuberkulose. Når en person med smitteførende tuberkulose hoster, slynges det ut basiller i væskedråper. Det er størst fare for smitteoverføring når basiller kan påvises i ekspektorat ved direkte mikroskopi. Basillene kan holde seg svevende i rommet i en viss tid. I praksis er det først og fremst personer som er i nær kontakt med pasientene over tid som blir smittet f. eks ved at man bor eller arbeider på samme rom.

Symptomer på lungetuberkulose kan være:

- Vedvarende hoste
- Purulent ekspektorat
- Avmagring
- Slapphet
- Feber og nattesvette
- Smerter over lungen
- Vedvarende nedre luftveisinfectionsjoner som ikke responderer på behandling.

Tidlig stadium av lungetuberkulose kan forløpe uten symptomer. Hos eldre kan langvarig feber være eneste symptom ved tuberkulose. Det er derfor viktig å være oppmerksom på pasienter som tidligere i livet har hatt tuberkulose. Tuberkulose kan angripe mange organer i kroppen i tillegg til lungene, som lymfekjertler, ben og ledd, nyrer, pleura og hjernehinner. Symptomene er da avhengig av hvilket organ som er angrepet.

Prøvetaking

Ved mistanke om lungetuberkulose bør det tas minst 3 ekspektoratprøver. Det tas en prøve hver dag i 3 påfølgende dager.

- Prøvene tas fra det første oppspyttet om morgenen før pasienten spiser, og pasienten må hoste opp dypt fra brystet.
- Prøvene tas på steril plastbeholder uten tilsetning.
- Prøvene må beskyttes mot dagslys.
- Prøvene må sendes i posten til laboratoriet.

Behandling

Behandling kan bare igangsettes av spesialist i infeksjonssykdommer, lungesykdommer eller barnesykdommer. Pasienter ved sykehjem og langtidsinstitusjoner vil bli overført til sykehus for igangsetting av behandling og for forsvarlig isolering ved smittsom lungetuberkulose.

- Det gis kombinasjonsbehandling med flere medikamenter. I Norge brukes i dag isoniazid, rifampicin, pyrazinamide og etambutol.
- Behandlingstiden varer vanligvis minimum i 6 måneder. I de to første månedene kombineres tre medikamenter, mens to medikamenter kombineres i de fire siste månedene.
- Dersom tuberkelbasillene ikke er resistente mot medikamentene som gis, er man som regel ikke lenger smitteførende etter ca. 2 ukers behandling. Videre behandling og pleie kan da utføres ved sykehjemmet eller i eget hjem.

- **DOT:**Behandling skal gis under direkte observasjon av helsepersonell (DOT) for å sikre korrekt medikamentinntak og forhindre utvikling av resistente stammer. Også når pasienten er innlagt ved helseinstitusjon er det viktig at personalet ikke bare deler ut medisinene, men også observerer at de tas.
- **Utgiftene til behandlingen dekkes av folketrygden.**
- Utgiftene til transport i forbindelse med behandling dekkes av spesialhelsetjenesten/kommunehelsetjenesten.

Mistenkt eller kjent smitteførende tuberkulose

Ta kontakt med smittevernlege/kommunelege.

- Pasienter med smittsom lungetuberkulose skal innlegges i sykehus raskt.
- I påvente av innleggelse må pasienten isoleres på eget rom og prosedyren for luftsmitteisolering skal følges, se prosedyre *Luftsmitte*. Det innebærer blant annet at alt personale som er i kontakt med den syke, skal bruke hansker, smittefrakk og åndedrettsvern.
- Besøkende må begrenses, og må ha på seg det samme beskyttelsesutstyret som personalet.
- Under transport til sykehuset skal pasienten ha rent tøy og bruke kirurgisk munnbind. Personalet som transporterer pasienten må få informasjon om smitten og adekvate forholdsregler på forhånd.
- Smittevask og sluttdeinfeksjon gjøres på pasientens rom og toalett/bad. Se prosedyre for *Luftsmitte*.
- Dersom pasienten ved hoste eller på annen måte søler med ekspektorat, utføres flekkdesinfeksjon med PeraSafe. Desinfeksjonsmiddelet skal virke i 30 minutter.

Rengjøring

Tuberkelbasillen holder seg levende i miljøet i flere måneder, f.eks i inntørket oppspytt, i lommetørkler, på gulv osv. Smitte kan i sjeldne tilfeller overføres gjennom basilleholdig støv som inhaleres. Gode rutiner for desinfeksjon, renhold og håndtering av tekstiler er derfor viktig for å forebygge smitteoverføring. Ved kjemisk desinfeksjon i forbindelse med mykobakterier må **PeraSafe** benyttes, med virketid på 30 minutter. For desinfeksjon og rengjøring etter isolering, se prosedyre *Luftsmitte*.

Ansatte og tuberkulintesting

Alle som arbeider (har pasientkontakt) på sykehjem/langtidsinstitusjon bør være tuberkulinpositive og/eller ha tydelig arr etter tidligere vaksinasjon. Arbeidsgiver skal tilby sikker og effektiv vaksinasjon mot biologiske faktorer som personalet kan bli eksponert for. BCG - vaksine er aktuelt for helsepersonell som er tuberkulin - negative og ikke vaksinert tidligere eller mangler arr etter tidligere vaksinasjoner. Se egen prosedyre *Undersøkelse av arbeidstakere*.

Smitteoppsporing

Smitteoppsporing (miljøundersøkelser) er påbudt ved påvist smittsom lungetuberkulose eller påvist nysmitte. Kommunelegen med smittevernansvar har ansvaret for arbeidet med smitteoppsporing.

Nysmittet person defineres ulikt avhengig av om personen er BCG-vaksinert eller ikke.

Omsluger er en ikke tidligere BCG - vaksinert person, som nå viser positiv tuberkulinprøve.

Superinfisert er en tidligere BCG - vaksinert person der tuberkulinprøven viser en sikker økning.

- Avdelingsleder lager raskt en liste over personell som har en samlet eksponeringstid på mer enn 2 timer, har utført aerosoldannende prosedyrer eller har vært utsatt for uttalt hoste.

- Tuberkulinprøver skal utføres på aktuelt personell med unntak av naturlig positive eller ved tidligere uttalte tuberkulinreaksjoner. Røntgen thorax front blir da førstevalget på disse personene.
- Ansatte som har dokumentert tuberkulinresultat fra siste år eller nyere venter i 8 uker etter eksponering før tuberkulintesting foretas.
- Ansatte som har eldre tuberkulinresultat skal i hovedregel testes to ganger, rett etter eksponering og 6-8 uker deretter.
- Medpasienter som har delt rom med en pasient med smitteførende lungetuberkulose skal undersøkes.
- Når det gjelder familiemedlemmer, skal nærkontakt i samme husholdning og uvaksinerte barn med mye kontakt undersøkes. Deretter personer som har oppholdt seg tett sammen med pasienten over tid.

Melding og varslings

- Ved mistanke om *smitteførende* tuberkulose, skal det straks tas kontakt med kommunelegen med smittevernansvar. Det er kommunelegen som skal treffe tiltak.
- Tuberkulose meldes for øvrig etter retningslinjer for nominativt meldingspliktige smittsomme sykdommer.

8.9.2 Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) - tiltak overfor pasienter.

Hensikt:

Å hindre import og spredning av MRSA mellom pasienter og personale i institusjonen.

Gjelder for:

Alle ansatte som kommer i kontakt med inneliggende pasienter.

Ansvar:

- Virksomhetsleder er ansvarlig for at det foreligger tiltak for å forebygge spredning av MRSA, og at ansatte; tilsynsleger, pleiepersonell og andre som kommer i kontakt med pasienten, er kjent med tiltakene.
- Tilsynslegen har ansvar for den medisinske behandlingen av MRSA. Legen har også ansvar for å sende melding om MRSA til Nasjonalt folkehelseinstitutt og til kommunelegen. Kommunelegen skal informere om MRSA-bærerskap.
- Kommunelegen har det overordnede ansvar for smittevernet i kommunen, og bør sørge for en samordning av tiltak som iverksettes i forbindelse med smitteoppsporing.
- Personalet har ansvar for å beskytte pasientene og seg selv mot infeksjon ved å sette seg inn i og følge de rutinene som gjelder.

Generelt:

MRSA står for "meticillin resistent Staphylococcus aureus". Bakterien skiller seg fra andre gule stafylokokker ved at den er motstandsdyktig mot de såkalte "penicillinase-stabile" penicilliner (Ekvacillin, Diciocil) som vanligvis benyttes. I tillegg er MRSA alltid resistent mot alle andre betalactam-antibiotika (cefalosporiner, monobactamer, karbapenemer) og ofte overfor flere andre antibakterielle midler.

MRSA i kommunale helseinstitusjoner er et økende problem. Selv om forekomsten av MRSA er liten i Norge har den økt de siste årene og vil kunne øke dramatisk ved spredning fra personer som er koloniserte eller infiserte med bakterien.

MRSA skal i praksis anses å være endemisk i helseinstitusjoner i alle land utenfor Norge

Følgende pasienter skal undersøkes for MRSA:

- Pasienter med tidligere påvist MRSA (infeksjon eller kolonisering).
- Pasienter som har familiemedlem (samme husstand) med kjent MRSA.
- Pasienter som overflyttes fra sykehus eller sykehjem med pågående MRSA - utbrudd.
- Pasienter som i løpet av siste 12 måneder, uavhengig av varighet, har:
 - Vært innlagt i sykehus i utlandet (inkl. gjestedialyse, dagkirurge og annen dagbehandling).
 - Vært innlagt i norsk helseinstitusjoner i utlandet, selv om denne i hovedsak betjenes av norsk helsepersonell.
 - Arbeidet i sykehus i utlandet.
 - Bodd eller arbeidet i flyktningsleir, katastrofeområde eller liknende i utlandet.
 - Oppholdt seg i sykehus i utlandet som pårørende.
- Det kan være aktuelt å tilby MRSA - undersøkelse for kontakter av MRSA - positive personer, dersom disse arbeider på eller skal innlegges i helseinstitusjon.

Angående forhåndsundersøkelser for personalet se egen prosedyre *Undersøkelse av arbeidstakere*.

Ved uventet funn av MRSA

- Ved uventet funn av MRSA hos en pasient, skal alt personell som har hatt direkte kontakt med vedkommende, undersøkes for MRSA. Samtidig undersøkes andre pasienter for MRSA dersom de har ligget på samme rom eller hatt nær kontakt med vedkommende.
- Ved to eller flere samtidige tilfeller av MRSA foreligger et utbrudd. Alle pasienter i avdelingen og alt personale som har hatt pasientkontakt undersøkes for bærerskap.
- Personale som undersøkes for MRSA kan normalt være i arbeid på samme avdeling inntil prøvesvar foreligger, men skal ikke arbeide på andre avdelinger eller annen helseinstitusjon. Første prøve tas 2-3 dager etter siste eksponering.
- Dersom helsearbeider finnes positiv for MRSA, undersøkes alle pasienter og personale som vedkommende har vært i kontakt med.

Screeningen kan foretas av avdelingens personale etter veiledning og assistanse av seksjon for smittevern ved UNN. **Kontakt alltid seksjon smittevern ved smitteoppfølging.**

Fremgangsmåte:

Screening

Bakteriologiske prøver skal tas både ved tilstedeværelse av infeksjon og ved antakelse om mulig kolonisering/bærertilstand (dvs. MRSA er tilstede fra et område uten tegn til infeksjon).

- Den som tar prøver benytter hansker, smittefrakk og munnbind.
- Rekvisisjonen merkes med "MRSA screening", navn, dato og prøvetakingssted. Det skal være en rekvisisjon pr. prøve. Rekvirent er fastlegen/sykehjemslegen. Prøvene sendes mikrobiologisk avdeling smittevern UNN.
- Det tas ett prøvesett.
- Prøvene tas med ordinær pensel for bakteriologisk undersøkelse.
- Ved prøve fra tørre områder må penselen fuktes med sterilt vann/saltvann før prøvetaking.

Risikogaranti	Antall prøver	Prøvetakingssteder
Alle pasienter	1 prøvesett	<ul style="list-style-type: none">- Begge nesebor (med samme pensel).- Perineum (foran endtarmåpningen)
Hvis aktuelt	1 prøvesett	<ul style="list-style-type: none">- Sår/eksem/arr- Innstikksteder for fremmedlegemer (dren, trachestomi, intravaskulære katetre, shunter, o.a.)- katerurin

- **Begge nesebor.** Prøven tas fra innsiden av begge nesebor. Penselen fuktes og stikkes ca 1 cm inn i neseåpningen og roteres 2-3 ganger rundt hele omkretsen av neseboret. Samme pensel brukes til begge nesebor.
- **Perineum.** Prøven tas fra området foran endtarmåpningen med fuktet pensel.
- **Sår.** Ved prøve fra sår og liknende vaskes synlig puss bort med sterilt saltvann før prøvetaking.
- **Kateter, dren osv.** Prøver fra innstikkstedet gjennom huden med fuktet pensel.
- **Urin.** Hvis pasienten har blærekateter, tas det også urinprøve.

Dersom det påvises MRSA bør det også tas prøve fra hals for å kartlegge hvor omfattende koloniseringen er:

- Hals. Gni med pensel over begge tonsiller og bakre svelgvegg.

Inntil svar av dyrkningsprøver foreligger, baseres alle forholdsregler på at vedkommende individ kan være en mulig spreder av MRSA.

Melding og informasjon

- Ved mistanke om eller påvist MRSA skal institusjonens lege kontaktes og smittevernlegen i kommunen skal varsles.
- Melding om MRSA - infeksjon skal sendes Nasjonalt folkehelseinstitutt og kommunelegen etter reglene i MSIS- og Tuberkuloseforskriften §2-1. Nytt fra 10.03.2005 er at nå er også smittebæretilstanden med MRSA meldingspliktig (se merknader til forskriften).
- Kommunelegen bør i tillegg informeres om hvert funn av MRSA også bæreregenskap, hos pasienter og personale ved helseinstitusjoner i kommunen.
- Mistenkte eller påviste utbrudd av MRSA i kommunale helseinstitusjoner skal omgående varsles til kommunelegen og fylkesmannen. Kommunelegen skal, dersom ikke mistanke raskt kan avkrefte, varsle Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Når MRSA påvises hos en pasient som er overflyttet fra en annen avdeling eller institusjon, må stedet pasienten kommer fra varsles om dette.
- Alt personale som kan komme i kontakt med pasienten skal varsles om smittefaren og få informasjon om nødvendig smitteforebyggende tiltak.
- Henvisende lege skal opplyse om pågående eller tidligere MRSA - infeksjon eller bæretilstand, ved henvisning til andre helseinstitusjoner og behandlere.
- Pasientens journal bør merkes og pasienten bør få med seg et skriv som skal vises ved senere kontakt med helseinstitusjon.
- Dersom person som har påvist MRSA trenger ambulansetransport, skal rekvirerende lege/ansvarlig sykepleier varsle AMK om smittefaren.

Pasienten

- Personer som har fått påvist MRSA skal informeres om tilstanden, om hvordan bakterier spres og om hvordan smittespredningen kan unngås.
- **NB: Ingen undersøkelse eller behandling skal utsettes på grunn av mistenkt eller bekreftet MRSA.**

Pårørende

- Dersom pasienten tillater det skal nærmeste pårørende få samme informasjon som pasienten.
- Pårørende og besøkende skal alltid informeres om smittefaren. De skal bruke samme beskyttelsesutstyr som personalet, og må bruke hånddesinfeksjon før de forlater rommet. Synlig forurensede hender vaskes.

Prosedyre ved innleggelse av pasient med mulig eller påvist MRSA

- Ved innleggelse spørres alle pasienter om tidligere opphold på helsesinstitusjoner, inklusive utenlandske helseinstitusjoner.
- Når institusjonen på forhånd er informert om overføring av pasient med mistenkt eller bekreftet MRSA, må institusjonen klargjøre det enerommet som er best egnet for kontaktsmitteisolering. Dette kan medføre flytting av inneliggende pasienter. Ved innleggelse transporteres pasienten korteste vei til enerommet. Innkomsamtale tas på pasientrommet.
- Avdelingsleder sørger for at alt pleiepersonale, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped osv, samt besøkende som skal inn til pasient med MRSA, er informert om hvilke tiltak som må følges for å begrense smittespredning. Vaskeripersonell, renholdere og vaktmester må også få undervisning i smitteforebygging rundt pasienten.

Isolering

Spredning av stafylokokker skjer hovedsakelig ved kontakt, men mikroben kan også spres via luft. Det aller viktigste er å overholde regimet for kontaktsmitteisolering, men det er også viktig å hindre at personalet og pasientene blir smittebærere i nesen.

- Hos pasienter med stor *smitterisiko* (økt spredningspotensiale): *Stafylokokkpneumoni*, trakeostomi, utbredte eksfoliative hudlidelser (eksem og psoriasis) eller sårinfeksjoner med stor sekresjon, vil isolering med luftsmitte være nødvendig, se prosedyre *Luftsmitte*. Da bør pasienten overflyttes sykehus.
- I sykehjemmet skal pasienter med mistenkt eller påvist MRSA isoleres på enerom, etter kontaktsmitte regime, se prosedyre *Kontaktsmitte*.
- Hvis mulig skal en velge et rom med forgang og eget toalett. Isoleringen skal imidlertid gjennomføres med regimer tilpasset de enerom institusjonen råder over.
- For å hindre nesekolonisering skal det alltid brukes kirurgisk munnbind av alle som går inn på rommet til pasienter med mistanke eller bekreftet MRSA.
- Hendene skal **alltid** desifiseres før isolatet forlates. Dersom man er synlig forurenset på hendene, må man vaske og tørke hendene før hånddesinfeksjonen påføres.
- Det skal **alltid** brukes smittefrakk og hansker når man kan komme til å ha kontakt med pasient, utstyr og tekstiler i rommet.
- Dersom isolatet ikke har eget toalett, skal pasienten ha tilgang til eget toalett, evt. bekken og urinflaske.
- Dersom isolatet ikke har forgang, oppbevares nødvendig rent utstyr i skap, hyller eller på tralle rett utenfor inngangsdøren. Det bør oppbevares minst mulig utstyr og i hovedsak kun nødvendig beskyttelsesutstyr.
- Brukte tekstiler og avfall kastes som smitteavfall.
- Møblene på pasientrommet skal være av materialer som enkelt kan desinfiseres og regjøres, og bør ha mest mulig glatte og ubrutte flater.
- Alle flater i pasientrommet bør desinfiseres med Virkon eller 70% desinfeksjonssprit daglig.

Unntak fra regelen om isolering

I noen situasjoner må man på langtidsinstitusjoner fravike regelen om isolering. Dette vil først og fremst være aktuelt når pasienter mentalt ikke er istand til å samarbeide om smitteverntiltakene. Dersom en pasient er bærer av MRSA i lengre tid, og sanering ikke har effekt, må nytten av isoleringen vurderes opp mot det betydelige inngrepet i en persons liv isoleringen innebærer.

Tiltak når pasienten skal ut av rommet/institusjonen

- Når en pasient med MRSA skal ut, skal vedkommende ha rent tøy og ha vasket hendene. Det skal bestrebes å ha størst mulig kontroll over utskillelse av smittestoff, blant annet ved å sørge for at bandasjer er nyskiftet og godt festet. Dersom pasienten trenger ambulansetransport, må AMK - sentralen varsles om at pasienten har MRSA.
- Henvisende lege skal opplyse om MRSA - infeksjon eller bærertilstand ved henvisning til helseinstitusjoner eller andre behandlere.
- Ved konsultasjon/behandling ved legekantor og liknende skal personer med påvist eller mistanke om MRSA - infeksjon eller bærertilstand, undersøkes i samsvar med kontaktsmitteregime (inkl. bruk av munnbind).
- Personen bør ikke vente i fellesareale og bør fortrinnsvis tas i mot som siste pasient denne dagen.
- Rengjøring utføres på vanlig måte, men kontaktsteder (stol, undersøkelsesbenk, utstyr osv.) desinfiseres med godkjent kjemisk desinfeksjonsmiddel. Når det er økt risiko for at spredning av pasientmateriale kan ha forekommet (sprut av kroppsvæsker, pasienter med utbredte skjellende/flassende hudlidelser og lignende) bør en vurdere mer omfattende desinfeksjon.
- Kroniske smittebærere kan med fordel dusje med klorhexidinholdig såpe på forhånd for å minske smittepresset når de skal ut.

Sanering og behandling

Behandling av infeksjon foretas etter vanlige prinsipper og etter resistensmønster. Behandling skal alltid iverksettes i samråd med smittevernpersonell/infeksjonsmedisiner. Sanering av kolonisering, se vedlegg *Standard for sanering av MRSA hos pasienter og ansatte*.

Oppfølging med kontrollprøver starter 7 dager etter avsluttet sanering, fra nese, perineum, hals og øvrige aktuelle prøvetakningssteder

- Det tas 3 prøvesett med 2 dagers mellomrom.
- Alle prøver må være negative før sanering anses vellykket.
- Ny kontroll etter 3,6,9 og 12 måneder med 3 prøvesett hver dag.

Standard for sanering av MRSA hos pasienter og ansatte

- Pasient og pårørende orienteres om behandlingen.
- All sanering skal foregå samtidig, evt. med tillegg av antibakteriell behandling.
- Smittevask og miljøsanering - daglig - viktig for å unngå nysmitte fra eget miljø.
- Oppfølging med kontrollprøver starter 7 dager etter avsluttet sanering.

Fremgangsmåte ved sanering i 5 dager

1. Saner kropp og hår x 1 per dag i 5 dager

- To innsåpninger med grundig skylling mellom innsåpningene og etterpå - ikke bad.
- Desinfeksjonsmiddelet er Hibiscrub og *må tåles*.
- Husk hår og ansikt, spesielt rundt nesen, navlen, armhuler, skrittet og mellom tær.
- Skift til rent personlig tøy og sengetøy - etter hver hel kropps desinfeksjon.
- Håndklær og kluter skal vaskes etter hver gangs bruk. Tøyet bør vaskes ved 85 grader. Tøy som ikke tåler 85 grader kan desinfiseres i Virkon før vask.

En lotion som ikke inaktiverer klorhexidin kan benyttes for eksempel Sterisol eller Dax hudlotion. Bruk ikke andre såper enn Hibiscrub under sanering, da disse nedsetter virkningen av klorhexidin.

2. Desifisere nesehulen med Bactroban nasal (mupirocin) x 3 per dag i 5 dager

Må bestilles på registreringsfritak.

- Desinfiser hender og utsiden av salven med hånddesinfeksjonsmiddel.
- Ta salve på Q-tips og smør godt rundt innenfor hvert nesebor. Klem neseborene lett sammen for å spre salven. Vask hendene etterpå med Hibiscrub såpe eller bruk hånddesinfeksjonsmiddel.
- Ved svikt i Mupirocinbehandling brukes Naseptin (0,1% klorhexidin og 0,5% neomycin).

3. Desinfiser tannbørste, gebiss, protese, kam, briller etc. x 2 i 5 dager.

- Desinfiser hender og utsiden av tannpastaen (eventuelt i porsjoner i engangsbeger).
- Nytt tannglass/engangsbæger og engangs tannbørste hver gang. Engangs tannbørste anbefales.
- Eventuelt vask proteser/gebiss i >65 grader C / 70% sprit eller liknende hver gang.
- Desinfiser kam, børste, briller og annet som kommer i berøring med kropp/hår etc.
- Unngå å bruke smykker/ørepynt/klokke/piercing under kuren.
- Fjern sminke, krem, såpe - kan være smittet.

4. Håndhygiene.

Bruk, hånddesinfeksjonsmiddel eller vask hender med Hibiscrub. Annen såpe nedsetter virkningen av klorhexidin.

5. Spritvask med 70% desinfeksjonssprit av flater, brytere etc. x i 5 dager.

6. Ved halsbærerskap:

Desinfiser munnen med klorhexidin munnskyllevann x 3 per dag i 5 dager

- Desinfiser hender og utsiden av flasken/begeret.
- Nytt beger for hver skylling.
- Skyll munnen godt - legg hodet bakover - gurgle munnskyllevannet i halsen, ikke svelg.

Oppfølging etter sanering

Ny prøvetaking foretas 7 dager etter avsluttet sanering, fra nese, perineum, hals og øvrige aktuelle prøvetakingssteder.

- Det tas 3 prøver med 2 dagers mellomrom.
- Alle prøver må være negative før sanering anses vellykket.
- Ny kontroll etter 3, 6, 9 og 12 mnd med 3 prøvesett hver gang.

Lykkes ikke saneringen ved første forsøk, kan man vurdere å gjenta behandlingen.

Spesielle problemer

- Sår/eksem: Kontakt hudspesialist dersom utbredt overfladiske sår/eksem. Sår eller eksem bør, om det er mulig være helet før oppstart med sanering.
- Overfladiske sår/eksem: kroppsdesinfeksjonsmiddelet (Hibiscrub) tåles som regel dersom overfladisk sår.
- Bærertilstand i hals kan være årsak til rekolonisering i nesen og bør som oftest behandles med systematisk antibiotika og evt. klorhexidin munnskyllevann må inngå i saneringen.

9.0 TILTAK VED INFEKSJONSUTBRUDD

Hensikt:

- Å beskytte pasienter og personale mot smitteoverføring ved å oppklare og begrense infeksjonsutbrudd.
- Å sikre at ansatte vet hvordan de skal forholde seg når de får mistanke om at et infeksjonsutbrudd foreligger og hvilke tiltak som skal iverksettes for å oppklare og begrense utbrudd.

Gjelder for:

Alle ansatte ved institusjonen.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at institusjonen har skriftlige rutiner for oppklaring og begrensnings av infeksjonsutbrudd og at disse er kjent. Virksomhetsleder skal sammen med tilsynslege, (smittevernlege) eller tilkalt lege, sørge for at rutinene for varsling av infeksjonsutbrudd blir fulgt og at institusjonen får nødvendig ekstern bistand til å håndtere utbrudd.
- Ansvarlig sykepleier har ansvar for straks å vurdere risikoen for smitte når man blir varslet om mistanke om økt smittefare/infeksjonsutbrudd. Ved økt smittefare/infeksjonsutbrudd eller mistanke om sådan, skal avdelingsleder/ansvarshavende sykepleier straks sette i gang tiltak som skal hindre spredning av smittestoff, og varsle lege.
- Den enkelte ansatte har ansvar for å forebygge spredning av smitte ved å varsle ansvarshavende sykepleier og evt. lege ved tegn på smittsom sykdom eller mistanke om økt smittefare. Alle ansatte har ansvar for lojalt å følge de tiltak som blir iverksatt for å bekjempe et infeksjonsutbrudd.

Definisjon på infeksjonsutbrudd

Med utbrudd i helseinstitusjon menes enten flere tilfeller enn forventet av en bestemt sykdom innenfor et område (for eksempel hele eller deler av en helseinstitusjon) i et gitt tidsrom eller to eller flere tilfeller med antatt felles kilde. Som utbrudd regnes også enkelttilfeller av sykdommer som normalt ikke forventes å forekomme i Norge.

Rutiner for varsling og melding av utbrudd

- Med varsling menes en umiddelbar formidlet beskjed gitt på en slik måte at varsleren forvisser seg om at mottakeren har mottatt varselet.
- Den som oppdager eller har mistanke om økt smittefare og/eller infeksjonsutbrudd skal straks varsle avdelingssykepleier på den aktuelle avdeling. Når virksomhetsleder ikke er tilstede, skal ansvarlig sykepleier varsles.
- Ved mottatt varsel om mulig økt smittefare og/eller infeksjonsutbrudd, skal virksomhetsleder/ansvarlig sykepleier straks sette seg inn i og vurdere situasjonen. Ved mistanke om eller fare for utbrudd skal tilsynslegen evt. legevakt og virksomhetsleder varsles.
- Mistenkte eller påviste utbrudd av smittsomme sykdommer i kommunal helsesituasjon skal varsles til kommunelege og fylkesmann. Varslingsplikten gjelder for både private og kommunale helseinstitusjoner.
- Varsler om mistenkt eller påvist utbrudd sendes samme dag til Avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet, gjerne elektronisk på www.utbrudd.no

Fremgangsmåte:

En innskjerping av generelle smittebegrensende tiltak, og igangsetting av spesielle tiltak for å hindre smittespredning bør medføre at:

Informasjon

- Pasienter og pårørende får god informasjon om smittefaren og om hvordan man skal hindre smittespredning, spesielt viktigheten av god håndhygiene.
- Alt personale, inklusive renholdere, vaktmester osv. får informasjon om smittefaren, og de krav, rutiner og prosedyrer som gjelder for å hindre smittespredning, spesielt viktigheten av god håndhygiene.

For pasienten:

- Pasienter som rammes av infeksjonsutbrudd isoleres.
- Behovet for flytting av pasienter eller overflytting til sykehus vurderes.
- Dersom man overflytter en pasient til en annen avdeling/institusjon er det viktig å informere om utbruddet selv om pasienten som overflyttes ikke har symptomer.
- Begrens om mulig undersøkelse og behandling i andre institusjoner.
- Behov for inntaksstopp på rammede avdelinger vurderes.
- Tekstiler og avfall fra pasienter med infeksjon håndteres som smittetøy og smitteavfall
- bandasjer, bleier og lignende festes godt og skiftes ofte.
- Pasienter med infeksjon stelles til slutt og rommet vaskes til slutt på stelle/rengjøringsrunden.
- Smittede og usmittede pasienter deler ikke rom eller matbord.
- Det kan eventuelt innføres **kortisolering** når det er mange syke pasienter i en avdeling/institusjon: Det betyr at syke pasienter samles på en avdeling, evt. deler av en avdeling. Man forsøker å skille friske og syke pasienter så godt det lar seg gjøre. Personale som steller syke pasienter, tar seg bare av disse og urene arbeidsoppgaver i avdelingen, f.eks, skylleromsarbeid. Personalet som steller friske pasienter, tar seg av disse og utfører rene arbeidsoppgaver. Det skjer ingen utveksling av verken pasienter eller personale til utbruddet er over.

For personalet

- Rutiner for håndhygiene og bruk av arbeidsantrekk innskjerpes, med vekt på økt bruk av hånddesinfeksjon.
- Behov for beskyttelsesutstyr vurderes og innskjerpes, spesielt bruk av hansker og evt. munnbind ved dråpesmitte.
- Fast personale og ekstravakter skal ikke arbeide på andre institusjoner/avdelinger før utbruddet er over.
- Personale som får symptomer på jobb, skal gå hjem snarest. Ved Norovirus er det viktig å få tatt prøver av diare før man går hjem og så være hjemme i 48 timer etter at symptomene har gitt seg.

For pårørende

- Begrens antall besøkende.
- Ved Norovirus: Besøkende som selv har vært syke av dette, bes om å holde seg borte fra sykehjemmet til 48 timer etter symptomfrihet.

For miljøet

- Mat og drikke som står i korridor/oppholdsrom til selvbetjening (for eksempel drikketraller) fjernes.
- Sjekk at dekontaminatorer, vaskemaskiner og oppvaskmaskiner holder riktig temperatur og fungerer som de skal.

Når kan isolasjonen opphøre?

- Ved Norovirus: 48 timer etter symptomfrihet (oppkast eller diare).
- Pasienter med påvist Salmonella/Shigella/Campylobacter/Yersinia kan være smitteførende 1-3 måneder etter gjennomgått infeksjon. Når avføringen er normal kan man opphøre isolasjonen. God personlig hygiene og god håndhygiene, spesielt i matsituasjonen er viktig.
- Ved Clostridium difficile: Ett døgn etter at diareen har opphørt.
- Ved Meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA): Etter 3 negative prøver.
- Ved influensa: Når allementilstanden bedrer seg, ca. en uke.

Ved utbrudd skal kommunelegen holdes orientert om utviklingen. Etter at et infeksjonsutbrudd er over skal den som har ledet arbeidet med å oppklare og begrense utbruddet, skrive en egen rapport til institusjonsleder og kommunelegen.

10. ISOLERING

10.1 Kontaktsmitte

Hensikt:

- Forhindre spredning av sykdomsfremkallende mikrober/smittsom sykdom til medpasienter, personale og miljø.
- Sikre at ansatte som skal isolere pasienter med kontaktsmitte får tilstrekkelig informasjon.

Gjelder for:

Ansatte som kommer i kontakt med smitteførende pasienter med indikasjon for kontaktsmitte.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at institusjonen har skriftlige krav, rutiner og prosedyrer i forhold til isolering av pasienter.
- Legen og/eller sykepleier har ansvar for å vurdere om en pasient trenger å isoleres og evt. hvilket regime som skal følges. Kun legen kan avgjøre når isoleringen kan opphøre.
- Ansvarshavende sykepleier har ansvar for gjennomføringen av smitteregimet og for å informere alle berørte parter.
- Avdelingsleder er ansvarlig for at avdelingens personale får nødvendig opplæring og informasjon i forhold til rutiner ved kontaktsmitteisolering, og at personalet følger dette.
- Pleiepersonalet har ansvar for å sette seg inn i gjeldende prosedyrer, og å overholde denne.

Generelt:

Kontaktsmitteregimet brukes ved:

- Mage- tarminfeksjoner som smitter ved facal-oral smitte og hvor det er vanskelig å kontrollere avføringen, f.eks Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, Vibrio cholerae, hepatitt A-virus, poliovirus, rotavirus.
- Mindre alvorlige hud- og sårinfeksjoner med stafulokokker og streptokokker, der sekresjonen kan kontrolleres med bandasje eller lukket drenasje.
- Hud- og sårinfeksjoner forårsaker av *gram-negative* stavbakterier med rikelig ukontrollerbar sekresjon.
- Pasienter som er kolonisert med spesielle multiresistente bakterier, som MRSA. Ekstendert spektrum betalaktamase er et resistensenzym med utvidet virkeområde til også å omfatte 3. generasjons cefalosporiner. Resistensgenet er ofte plasmidbåret og ses særlig hos gramnegative stavbakterier.
- Pasienter uten mistenkt infeksjon som har ligget i sykehus utenfor Norge siste 12 måneder inntil det er avkreftet at de er bærere av multiresistente bakterier.

Fremgangsmåte:

Informasjon

Virksomhetsleder/ansvarlig sykepleier informerer pasient og pårørende, renholdspersonell, samt alt personell som er med på å behandle pasienter om isolasjonstiltakene, betydningen av disse og spesielt om god håndhygiene.

Isoleringsrom

- Pasienten skal ha enerom, helst med egen forgang og kombinert toalett/dusj.
- Bekkenstol/bekken og urinflaske må benyttes dersom rommet ikke har eget toalett.
- Før pasienten isoleres, bør alt unødvendig utstyr fjernes fra rommet.
- Rommet merkes med dørplakat.
- Pasienten kan forlate rommet hvis smittestoffet er under kontroll.

Beskyttelsesutstyr

- Smittefrakk: Brukes ved direkte kontakt med pasienten eller forurenset utstyr.
- Hansker: Skal brukes ved all direkte kontakt med pasient og ved all kontakt med seng og mulig forurenset utstyr, gjenstander eller flater.
- Munnbind: Som regel ikke nødvendig. Bare ved fare for direkte tilsøling av håret med infisert materiale.
- Briller/visir: Vanligvis ikke nødvendig. Bare ved fare for sprut av infisert materiale
- Skoovertrekk: Ikke nødvendig.

Flergangsutstyr

- Ha minst mulig utstyr inne på rommet.
- Nødvendig undersøkelsesutstyr oppbevares på rommet og skal ikke bringes ut og inn.
- Når det ikke lenger er bruk for utstyret, må det emballeres i plastpose og bringes direkte til skyllerommet og desinfiseres umiddelbart.
- Utstyr som ikke tåler varme, desinfiseres med godkjent desinfeksjonsmiddel før det skylles av med rent vann.
- Annet utstyr som ikke kan legges i desinfeksjonsmiddel, f.eks blodtrykksapparat og stetoskop, tørkes over med godkjent desinfeksjonsmiddel. Undersøk hvilket desinfeksjonsmiddel utstyret tåler.

Bestikk/service

- Vanlig bestikk og service kan brukes forutsatt at det varmedesinfiseres etter bruk.
- Pakkes i pålastposer før transport til desinfeksjonsrom.
- Vaskes først i dekontaminatore og deretter i oppvaskmaskin med godkjent temperatur.
- Pasienten må vaske hendene før måltid.

Tekstiler

- Unngå unødvendig risting av tøyet.
- Behandles som smittetøy; legges uten mellomlagring på nattbord, møbler, gulv eller liknende i blå plastsekk i stativ på pasientens rom. Sekken emballeres i ren tøysekk før den tas med til skittentøysrom.

Avfall

- Avfall som er direkte forurenset med smittefarlig materiale, som brukte bandasjer, bleier, drenasjonsmateriell, hansker, munnbind, smittefrakk og liknende regnes som smitteavfall og kastes i gul plastsekk. Sekken emballeres i ny sekk før den tas med til søppelrommet.
- Stikkende, skjærende avfall legges i kanyleboks og kastes som smitteavfall.
- Blomster og lignende som ikke blir direkte forurenset, behandles som vanlig avfall.

Rengjøring og desinfeksjon

- Renholdspersonalet følger samme retningslinjer for påkledning som pleiepersonalet.
- Rommet rengjøres daglig med vanlig rengjøringsmiddel og vann. Det bør ikke tilsettes desinfeksjonsmiddel i rengjøringsvannet.
- Rommet vaskes til sist i avdelingen.
- Rengjøringsutstyret skal være rombundet og desinfiseres etter bruk; moppeskafet tørkes av med egnet desinfeksjonsmiddel og bøtten kjøres i dekontaminator. Vaskevannet tømmes i toalettet.
- Dersom det brukes engangsklut eller - mopp, skal den kastes etter bruk. Flergangskluter eller mopp sendes til vask som smittetøy etter hver gangs bruk.

Besøkende

- Tenger beskyttelsesutstyr dersom de er i nærkontakt med/deltar aktivt i stell av pasient, ellers ikke. Ved MRSA bør besøkende kle seg som personalet.
- Skal ikke sitte på sengekanten, men benytte egen stol ved sengen.
- Bør ikke bruke avdelingens kjøkken, gå inn på desinfeksjonsrom og rentlager mens pasienten har en pågående infeksjon eller gå på besøk til andre pasienter etterpå.
- Instrueres i god håndhygiene; hendene skal desinfiseres/vaskes før rommet forlates.

Transport av pasient

- Alle bandasjer og evt. bkleier må være nyskiftet og all skresjon under kontroll.
- Pasienten må ha rent tøy og rene hender.
- Transportpersonalet må få informasjon om smittemåte og relevante tiltak.
- Transportpersonalet trenger ikke beskyttelsesutstyr når de ikke kommer i kontakt med smitteførende materialer
- Det er viktig at personalet som skal ta i mot pasienten. Får beskjed om smittemåten på forhånd.

OPPHØR AV ISOLERING

Det er legen i samarbeid med sykepleier, som avgjør når isoleringen kan opphøre.

- Ved rydding og desinfeksjon av rommet bruker personalet samme beskyttelsesutstyr som under pågående isolering.
- **Avfall, tøy og flergangsutstyr** behandles som under isoleringen. Ubrukt engangsutstyr som har vært inne på pasientens rom, kastes som smitteavfall.
- **Dyne og puter:** Legges i sekk og merkes som smittetøy, før det sendes til vask på 85 grader.
- **Madrass:** Behandles etter hva den tåler. Madrass med heltrukket plasttrekk tørkes over med eget desinfeksjonsmiddel. Madrass med løst plasttrekk sendes til vask som smittetøy. Plasttrekket kastes som smitteavfall.
- **Gardiner og forheng:** Sendes til vask bare dersom de er synlig tilsølt.
- **Inventar:** Seng, nattbord, ringesnor og annet inventar som pasienten eller personalet har vært i kontakt med desinfiseres med eget desinfeksjonsmiddel. I tillegg desinfiseres alle flater som kan være berørt av ehnder som lysbrytere, dørkarmer, skapdører, håndtak, kraner og servant osv.
- **Flater:** Vegger og gulv flekkdesinfiseres ved behov. Tørkes over med tørr klut etterpå.
- **Gulv:** Rengjøres på vanlig måte.
- **Toalett og dusj:** Desinfiseres.

Dørplakat - kontaktsmitte

Hensikt:

Sikre at dørplakaten informerer ansatte og besøkende om de regler som gjelder ved kontaktsmitteisolering.

Gjelder for:

Alle ansatte/besøkende som kommer i kontakt med smitteførende pasienter med indikasjon for kontaktsmitte.

Ansvar:

Den sykepleier som har ansvaret for pasienten og/eller legen som har forordnet kontaktsmitteisolering.

Generelt:

Henges alltid opp på ytterdøren mot korridor til det aktuelle isolatrommet.

Utforming

Forsiden av plaktaten inneholder informasjon om forhåndsregler til besøkende og ansatte delvis, på norsk og engelsk.

På **baksiden** er anført indikasjonene for kontaktsmitteregimet - som en rask huskehjelp for personalet.

Plakaten skal ha GUL farge.

Vedlegg:

Dørplakat - kontaktsmitte.

10. 2 Dråpesmitte

Hensikt:

- Forhindre spredning av sykdomsfremkallende mikrober/smittestom sykdom til medpasienter, personale og miljø.
- Sikre at ansatte som skal isolere pasienter med dråpesmitte får tilstrekkelig informasjon.

Gjelder for:

Ansatte som kommer i kontakt med smitteførende pasienter med indikasjon for dråpesmitte.

Ansvar:

- Institusjonsleder har ansvaret for at situasjonen har skriftlige krav, rutiner og prosedyrer i forhold til isolering av pasienter.
- Legen og/eller ansvarlig sykepleier har ansvar for å vurdere om en pasient trenger å isoleres og evt. hvilket regime som skal følges. Kun legen kan avgjøre når isoleringen kan opphøre.
- Ansvarshavende sykepleier har ansvaret for gjennomføring av smitteregimet og for å informere alle berørte parter.
- Virksomhetsleder er ansvarlig for at avdelingens personale får nødvendig opplæring og informasjon i forhold til rutiner ved dråpesmitteisolering, og at personalet følger dette.
- Pleiepersonalet har ansvar for å sette seg inn i gjeldende prosedyre, og å overholde denne.

Generelt:

Dråpesmitteregime brukes ved infeksjoner der smittestoffet kan slynges ut i form av dråper, f.eks ved hosting, nysing og snakking, ved oppkast eller når det oppstår søl og sprut av flytende materiale. Dråpene er store og holder seg ikke svevende i mer enn noen få sekunder, og sprer seg derfor ikke lenger enn ca. 1. meter fra utgangspunktet. De kan da komme i kontakt med øyne, nese og munn, men størrelsen forhindrer at de når ned i de nedre luftveier. Optimal beskyttelse mot dråpesmitte forutsetter bruk av øyebeskyttelse ved nærkontakt. Dråpene kan også lande på gjenstander inntil ca. 1 meter fra smitekilden og deretter gi opphav til indirekte kontaktsmitte. Dråpesmitteregime vil for eksempel være aktuelt ved:

- Influensa
- Norovirus
- Adenoviruspneumoni

Fremgangsmåte:

Informasjon

Virksomhetsleder/fagleder/ansvarlig sykepleier informerer pasient og pårørende, renholdere, skal alt personell som er med på å behandle pasienten (f.eks fysio-/ergoterapeut, laboratoriepersonell med mer) , om isolasjonstiltakene, betydningen av disse og spesielt om god håndhygiene.

Isoleringsrom

- Pasienten skal ha enerom, helst med egen forgang og kombinert toalett/dusj.
- Bekkenstol/bekken og urinflaske må benyttes dersom rommet ikke har eget toalett.
- Før pasienten isoleres, bør alt unødvendig utstyr fjernes fra rommet.
- Rommet merkes med dørplakat - dråpesmitte.

Håndhygiene

- God håndhygiene er svært viktig og skal gjennomføres **før rommet forlates**. **Fortrinnsvis utføres hånddesinfeksjon**. Ved synlig forurensning må hendene vaskes først og tørkes med håndkreppapir. Deretter påføres hånddesinfeksjon på tørre hender.

- **Norovirus** er nakne virus som vanskelig lar seg drepe av sprit. Ved Norovirus skal hendene derfor først vaskes for å fjerne Norovirus mekanisk, og deretter påføres hånddesinfeksjon på tørre hender.

Beskyttelsesutstyr

- Smittefrakk: Brukes ved all direkte kontakt med pasient eller forurenset utstyr.
- Hansker: Skal brukes ved all kontakt med pasient og ved all kontakt med seng og mulig infisert utstyr, gjenstander og flasker.
- Munnbind: Brukes ved opphold nærmere pasienten enn 1 meter.
- Lue/hette: Vanligvis ikke nødvendig. Bare ved fare for direkte tilsøling av håret med infisert materiale.
- Brillor/visir: Anbefales ved opphold nærmere pasienten enn 1 meter.
- Skoovertrekk. Ikke nødvendig.

Flergangsutstyr

- Ha minst mulig utstyr inne på rommet.
- Nødvendig undersøkelsesutstyr oppbevares på rommet og skal ikke bringes ut og inn.
- Når det ikke lenger er bruk for utstyret, må det emballeres i plastpose og bringes direkte til desinfeksjonsrommet og desinfiseres umiddelbart.
- Utstyr som ikke tåler varme, desinfiseres med godkjent desinfeksjonsmiddel før det skylles av med rent vann.
- Annet utstyr som ikke kan legges i desinfeksjonsmiddel. Undersøk hvilket desinfeksjonsmiddel utstyret tåler.

Bestikk/service

- Vanlig bestikk og service kan brukes forutsatt at det varmedesinfiseres etter bruk.
- Pakkes i plastpose før transport til desinfeksjonsrom.
- Vaskes først i dekontaminator og deretter i oppvaskmaskin med godkjent temperatur.
- Pasienten må få vaske hendene før måltid.

Tekstiler

- Unngå unødvendig risting av tøyet.
- Behandles som smittetøy, legges uten mellomagring på nattbord, møbler, gulv eller liknende i gul plastsekk i stativ på pasientens rom. Posen tas med til skittentøysrom og kastes i avdelingens skittentøysekk for smittetøy. Blir posen tilsølt på utsiden med smitteførende materiale, må den dobbeltemballeres med ny plastpose før den olegges i skittentøysekken.

Avfall

- Avfall som er direkte forurenset med smittefarlig materiale, som bruker bandasje, bleier, drenasjemateriell, hansker, munnbind, smittefrakk og kijnende regnes som smitteavfall og søppelrommet/desinfeksjonsrommet.
- Stikkende, skjærende avfall legges i kanuleboks, og kastes som smitteavfall.
- Blomster og lignende som ikke blir direkte forurenset, kan behandles som vanlig avfall.

Rengjøring og desinfeksjon

- Renholdspersonalet følger samme retningslinjer for påkledning som pleiepersonalet.
- Rommet rengjøres daglig med vanlig rengjøringsmiddel og vann. Det bør ikke tilsettes desinfeksjonsmiddel i rengjøringsvannet.
- Rommet vaskes til sist i avdelingen.

- Rengjøringsutstyret skal være rombundet og desinfiseres etter bruk; moppekraftet tørkes av med egnet desinfeksjonsmiddel og bøtten kjøres i dekontaminator. Vaskevannet tømmes i toalettet.
- Dersom det brukes engangsklut eller - mopp, skal den kastes etter bruk. Flergangskluter eller mopp sendes til vask som smittetøy etter hver gangs bruk.

Besøkende

Besøkende gjøres oppmerksom på smittefaren. Besøkende som har vært syke av norovirus, oppfordres til å vente med å komme på besøk til 48 timer etter opphør av diare/oppkast.

- Tenger beskyttelsesutstyr dersom de er i nærkontakt med/deltar aktivt i stell av pasient, ellers ikke. Ved MRSA bør besøkende kle seg som personalet.
- Skal ikke sitte på sengekanten, men benytte egen stol ved sengen.
- Bør ikke bruke avdelingens kjøkken, gå inn på desinfeksjonsrom og rentlager mens pasienten har en pågående infeksjon eller gå på besøk til andre pasienter etterpå.
- Instrueres i god håndhygiene; hendene skal desinfiseres/vaskes før rommet forlates.

Transport av pasient

Som hovedregel skal pasienten oppholde seg i isolat helt til isoleringen kan oppheves. Unngå transport av pasienter ved utbrudd.

Dersom flytting er helt nødvendig skal:

- Alle bandasjer og evt. bkleier må være nyskiftet og all skresjon under kontroll.
- Pasienten må ha rent tøy ren seng og rene hender. Ved luftveisinfeksjon må pasienten også bruke munnbind ved opphold utenfor isolatet.
- Transportpersonalet må få informasjon om smitemåte og relevante tiltak.
- Transportpersonalet trenger ikke beskyttelsesutstyr når de ikke kommer i kontakt med smitteførende materialer
- Det er viktig at personalet som skal ta i mot pasienten. Får beskjed om smitemåten på forhånd.

OPPHØR AV ISOLERING

Det er legen i samarbeid med sykepleier, som avgjør når isoleringen kan opphøre. Etter norovirus kan pasienten ikke erklæres smittefri før 48 t etter symptomfrihet. Når en pasient er blitt frisk, skal vedkommende få helkroppsvask /dusj og få rene klær og sengetøy og rommet rengjøres.

- Ved rydding og desinfeksjon av rommet bruker personalet samme beskyttelseutstyr som under pågående isolering.
- **Avfall, tøy og flergangsutstyr** behandles som under isoleringen. Ubrukt engangsutstyr som har vært inne på pasientens rom, kastes som smitteavfall.
- **Dyne og puter:** Legges i sekk og merkes som smittetøy, før det sendes til vask på 85 grader.
- **Madrass:** Behandles etter hva den tåler. Madrass med heltrukket plasttrekk tørkes over med eget desinfeksjonsmiddel. Madrass med løst plasttrekk sendes til vask som smittetøy. Plasttrekket kastes som smitteavfall.
- **Gardiner og forheng:** Sendes til vask bare dersom de er synlig tilsølt.
- **Inventar:** Seng, nattbord, ringesnor og annet inventar som pasienten eller personalet har vært i kontakt med desinfiseres med eget desinfeksjonsmiddel. I tillegg desinfiseres alle flater som kan være berørt av ehnder som lysbrytere, dørkarmen, skapdører, håndtak, kraner og servant osv.
- **Flater:** Vegger og gulv flekkdesinfiseres ved behov. Tørkes over med tørr klut etterpå.
- **Gulv:** Rengjøres på vanlig måte.
- **Toalett og dusj:** Desinfiseres

Dørplakat - dråpesmitte

Hensikt:

Sikre at dørplakaten informerer ansatte og besøkende om de regler som gjelder ved dråpesmitteisolering.

Gjelder for:

Alle ansatte/besøkende som kommer i kontakt med smitteførende pasienter med indikasjon for dråpesmitte.

Ansvar:

Den sykepleier som har ansvaret for pasienten og/eller legen som har forordnet dråpesmitteisolering.

Generelt:

Henges alltid opp på ytterdøren mot korridor til det aktuelle isolatrommet.

Utforming

Forsiden av plaktaten inneholder informasjon om forhåndsregler til besøkende og ansatte delvis, på norsk og engelsk.

På **baksiden** er anført indikasjonene for kontaktsmitteregimet - som en rask huskehjelp for Personalet.

Plakaten skal ha ROSA farge.

Vedlegg

Dørplakat - dråpesmitte.

10.3 Luftsmitte

Hensikt:

- Forhindre spredning av sykdomsfremkallende mikrober/smittsom sykdom til medpasienter, personale og miljø.
- Sikre at ansatte som skal isoleres/overflytte/utføre smittevask etter pasienter med luftsmitte får tilstrekkelig informasjon.

Gjelder for:

Ansatte som kommer i kontakt med smitteførende pasienter med indikasjon for luftsmitte.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at institusjonen har skriftlige krav, rutiner og prosedyrer i forhold til isolering av pasienter.
- Lege og/eller ansvarlig sykepleier har ansvar for å vurdere om en pasient trenger å isoleres og evt. hvilket regime som skal følges. Kun legen kan avgjøre når isoleringen kan opphøre.
- Ansvarshavende sykepleier har ansvar for gjennomføringen av smitteregime og for å informere alle berørte parter.
- Virksomhetsleder har ansvar for at avdelingens personale får nødvendig oppløring og informasjon i forhold til rutiner ved luftsmitteisolering, og at personalet følger dette.
- Pleiepersonalet har ansvar for å sette seg inn i gjeldende prosedyrer, og å overholde denne.

Generelt:

Luftsmitteregime brukes ved sykdommer som kan smitte gjennom luft og over avstander på mer enn en meter. Noen kan også smitte på andre måter, som ved kontakt med dråper.

På sykehjem vil dette for eksempel være:

- Smitteførende tuberkulose (åpen lungetuberkulose).
- MRSA hos pasient med økt spredningsrisiko.

Fremgangsmåte:

Informasjon

Virksomhetsleder/ansvarlig sykepleier informerer pasient og pårørende, renholdspersonell, samt alt personell som er med på å behandle pasienten om isolasjonstiltakene, betydningen av disse og spesielt om god håndhygiene.

Isoleringsrom

Helst skal pasienten ha enerom med kontrollert undertrykksventilasjon, sluse og kombinert toalett/dusj med dekontaminator. Da dette stort sett ikke finnes i sykehjem, overflyttes pasienten til sykehus i den smitteførende fasen. På sykehjem velges den best mulige løsning:

- Pasienten skal ha enerom, helst med egen forgang og kombinert toalett/dusj, og helst med egen dekontaminator.
- Bekkenstol/bekken og urinflaske må benyttes dersom rommet ikke har eget toalett.
- Før pasienten isoleres, bør alt unødvendig utstyr fjernes fra rommet.
- Rommet merkes med dørplakat.

Håndhygiene

- God håndhygiene er spesielt viktig. Før rommet forlates gjennomføres alltid hånddesinfeksjon, evt. først håndvask ved synlig forurensing.

Beskyttelsesutstyr

- Smittefrakk: Skal brukes av alle som går inn i rommet.
- Hansker: Skal brukes ved all kontakt med pasient og ved all kontakt med seng og mulig infisert utstyr, gjenstander og flater.
- Munnbind: Ved MRSA, eller åndeedrettsvern ved Tuberkulose.
- Lue/hette: Vanligvis ikke nødvendig. Bare ved fare for direkte tilsøling av håret med infisert materiale.
- Briller/visir: Bare ved fare for sprut av infisert materiale.
- Skoovertrekk. Ikke nødvendig.

Flergangsutstyr

- Ha minst mulig utstyr inne på rommet.
- Nødvendig undersøkelsesutstyr oppbevares på rommet og skal ikke bringes ut og inn.
- Når det ikke lenger er bruk for utstyret, må det emballeres i plastpose og bringes direkte til desinfeksjonsrommet og desinfiseres umiddelbart.
- Utstyr som ikke tåler varme, desinfiseres med godkjent desinfeksjonsmiddel før det skylles av med rent vann.
- Annet utstyr som ikke kan legges i desinfeksjonsmiddel, tørkes over med godkjent desinfeksjonsmiddel. Undersøk hvilket desinfeksjonsmiddel utstyret tåler.

Bestikk/service

- Vanlig bestikk og service kan brukes forutsatt at det varmedesinfiseres etter bruk.
- Pakkes i plastpose før transport til desinfeksjonsrom.
- Vaskes først i dekontaminator og deretter i oppvaskmaskin med godkjent temperatur.
- Pasienten må få vaske hendene før måltid.

Tekstiler

- Unngå unødvendig risting av tøyet.
- Behandles som smittetøy, legges uten mellomagring på nattbord, møbler, gulv eller liknende i gul plastsekk i stativ på pasientens rom. Posen tas med til skittentøysrom og kastes i avdelingens skittentøysekk for smittetøy. Blir posen tilsølt på utsiden med smitteførende materiale, må den dobbeltemballeres med ny plastpose før den olegges i skittentøysekken.

Avfall

- Alt avfall regnes som smitteavfall og kastes i gul plastsekk. Sekken emballeres i ny sekk før den tas med til søppelrommet/desinfeksjonsrommet.
- Stikkende, skjærende avfall legges i kanyleboks, og kastes som smitteavfall.

Rengjøring og desinfeksjon

- Renholdspersonalet følger samme retningslinjer for påkledning som pleiepersonalet.
- Rommet rengjøres daglig med vanlig rengjøringsmiddel og vann. Det bør ikke tilsettes desinfeksjonsmiddel i rengjøringsvannet.
- Rommet vaskes til sist i avdelingen.
- Rengjøringsutstyret skal være rombundet og desinfiseres etter bruk; moppekraftet tørkes av med egnet desinfeksjonsmiddel og bøtten kjøres i dekontaminator. Vaskevannet tømmes i toalettet.

- Dersom det brukes engangsklut eller - mopp, skal den kastes etter bruk. Flergangskluter eller mopp sendes til vask som smittetøy etter hver gangs bruk.
- Ved søl av infeksjøs materiale, utfør flekkdesinfeksjon umiddelbart.

Besøkende

Besøk bør begrenses.

- Bruker samme retningslinjer for påkledning som personalet.
- Skal ikke sitte på sengekanten, men benytte egen stol ved sengen.
- Bør ikke bruke avdelingens kjøkken, gå inn på desinfeksjonsrom og rentlager mens pasienten har en pågående infeksjon eller gå på besøk til andre pasienter etterpå.
- Instrueres i god håndhygiene; hendene skal desinfiseres/vaskes før rommet forlates.

Transport av pasient

Som hovedregel skal pasienten oppholde seg i isolat helt til isoleringen kan oppheves. Unngå transport av pasienten ut av rommet, men det kan være nødvendig på grunn av overflytting til sykehus.

Dersom flytting er helt nødvendig skal:

- Alle bandasjer og evt. bkleier må være nyskiftet og all skresjon under kontroll.
- Pasienten må ha rent tøy ren seng og rene hender. Ved luftveisinfeksjon må pasienten også bruke munnbind ved opphold utenfor isolatet.
- Transportpersonalet må få informasjon om smittemåte og relevante tiltak. Ambulanspersonell som sitter bak hos pasienten, kler på seg ifølge smitteregimet. Flekkdesinfeksjon benyttes dersom det ved hoste eller annen måte blir søl med smitteførende materiale under transport.
- Det er viktig at personalet som skal ta i mot pasienten. Får beskjed om smittemåten på forhånd.

OPPHØR AV ISOLERING

Det er legen i samarbeid med sykepleier, som avgjør når isoleringen kan opphøre. Dette vil også være aktuelt etter at pasienten f.eks er overflyttet sykehuset.

- Ved rydding og desinfeksjon av rommet bruker personalet samme beskyttelseutstyr som under pågående isolering.
- **Avfall, tøy og flergangsutstyr** behandles som under isoleringen. Ubrukt engangsutstyr som har vært inne på pasientens rom, kastes som smitteavfall.
- **Dyne og puter:** Legges i sekk og merkes som smittetøy, før det sendes til vask på 85 grader.
- **Madrass:** Behandles etter hva den tåler. Madrass med heltrukket plasttrekk tørkes over med eget desinfeksjonsmiddel. Madrass med løst plasttrekk sendes til vask som smittetøy. Plasttrekket kastes som smitteavfall.
- **Gardiner og forheng:** Sendes til vask bare dersom de er synlig tilsølt.
- **Inventar:** Seng, nattbord, ringesnor og annet inventar som pasienten eller personalet har vært i kontakt med desinfiseres med eget desinfeksjonsmiddel. I tillegg desinfiseres alle flater som kan være berørt av ehnder som lysbrytere, dørkarmer, skapdører, håndtak, kraner og servant osv.
- **Gulv og annet vannrette flater:** Desinfiseres. Tørkes over med vann etter endt desinfeksjonstid.
- **Toalett og dusj:** Desinfiseres
- **Bøker:** Bøker, blader. Aviser og lignende skal kastes som smitteavfall.

Dørplakat - luftsmitte

Hensikt:

Sikre at dørplakaten informerer ansatte og besøkende om de regler som gjelder ved luftsmitteisolering.

Gjelder for:

Alle ansatte/besøkende som kommer i kontakt med smitteførende pasienter med indikasjon for luftsmitte.

Ansvar:

Den sykepleier som har ansvaret for pasienten og/eller legen som har forordnet luftsmitteisolering.

Generelt:

Henges alltid opp på ytterdøren mot korridor til det aktuelle isolatrommet.

Utforming

Forsiden av plakaten inneholder informasjon om forhåndsregler til besøkende og ansatte delvis, på norsk og engelsk.

På **baksiden** er anført indikasjonene for luftsmitteregimet - som en rask huskehjelp for personalet.

Plakaten skal ha RØD farge.

Vedlegg

Dørplakat - luftsmitte

10.4 Arbeidsfordeling ved opphør av smitte

Hensikt:

Sikre at ansatte skal utføre sluttdeinfeksjon etter isolering er kjent med fremgangsmåten.

Gjelder for:

Alle ansatte som skal utføre sluttdeinfeksjon.

Ansvar:

Det er legen, i samarbeid med sykepleier, som avgjør når isoleringen skal opphøre.

Fremgangsmåte:

Pleioersonalets oppgaver

- Gi beskjed til renholder om opphør av smitte og hvilket smitteregime som skal følges.
- Fjern engangs- og flergangsartikler, avfall, dyner. Puter, skittentøy og evt. gardiner etter godkjent prosedyre.
- Ved **luftsmitte** skal **alltid** gardiner og forheng sendes til vask. Ved de andre regimene skal gardiner og forheng sendes til vask kun hvis de er synlig tilsølt. Ved Norovirus utbrudd er det fornuftig å vaske dem.
- Sørg for at dører er lukket inntil smittevask er utført.

Renholdernes oppgaver

- Lukk dører.
- Desinfiser med
 - Virkon 1%** - ved ikke synlig forurensede flater og utstyr, **10 min.** virketid
 - ved synlig forurensede flater og utstyr **30 min.** virketid.
 - PeraSafe** - ved **Clostridium difficile**, uansett forureningsgrad, **10 min.** virketid.
 - PeraSafe** - ved **mycobakterier (Tbc)**, uansett forureningsgrad, **10 min.** virketid.
- Ved alle regimer skal de deler av sengen som pasienten kan ha vært i berøring med desinfiseres, selv om disse ikke er synlig tilsølt (sengegavl og sider, men vanligvis ikke sengens understell, dette gjøres kun ved luftsmitte). I tillegg er det nødvendig å desinfisere de deler av inventaret som regelmessig berøres av pasient og personalet (nattbord, sengelampe, dørhåndtak, vindushasper, brytere, vaskeservant, ringesnor osv). Dusj og toalett desinfiseres ved alle regimer.
- Beskyttelsesantrekk, følg retningslinjene til de ulike smitteregimene.
- Pasientisolatet holdes avstengt i virketiden.
- Flatene tørkes med en våt klut etter endt virketid, isolatet luftes deretter godt.
- Kluter og mopper sendes til vask som smittetøy. Bøtter eller liknende utstyr kjøres i dekontaminator. Langkost/moppestativ settes inn med Virkon/ParaSafe og tørkes av med en fuktig klut etter endt virketid.

10. 5 Retningslinjer for daglig renhold og sluttdeinfeksjon ved ulike smitteregimer

Smitteregime	Påkledning	Rengjørings- utstyr	Slutt- deinfeksjon	Desinfeksjons- middel	Virketid
Kontakt- smitte	Smittefrakk og hansker	Klut og mopp legges i plast- pose som lukkes før transport til vaskeriet. Bøtte skal desinfiseres i dekontami- nator. Moppestativet skal desinfiseres med godkjent kjemisk desinfeksjons- middel	Seng, nattbord, ringesnor og annet inventar desinfiseres med godkjent desinfeksjons- middel på pasientrommet. Felles kontaktpunkter som lysbrytere, dørkarmer, skapdører, håndtak, servantkraner osv. desinfiseres. Toalett og dusj desinfiseres. Gardiner og forheng vaskes ved nedsøling. Vegger i nå høyde kun ved massiv nedsøling. Gulv vaskes.	Virkon 1% = 1 tablett pr 1/2 liter vann eller 2 tabletter/1 diosepose pr. liter vann.	10min ved ikke synlig forur- ensning 30 min ved synlig foruren- sning
Kontakt- smitte MRSA	Smittefrakk hansker og munnbind	Som ovenfor	Som kontakt- smitteregime	VIRKON 1%	som ovenfor
Dråpesmitte	Smittefrakk hansker og munnbind	Som ovenfor	Som kontakt- smitteregime	VIRKON 1%	Som ovenfor
Luftsmitte Tuberkulose	Smittefrakk hansker og andedretts- vern	Som ovenfor	Som kontakt- smitteregime. I tillegg skal gulv og alle vannrette flater desinfiseres. Tørkes over med vann etterpå.	<u>Ved tuberkulose:</u> PERASAFE	10 min uansett foru- rensings grad

10.6 Håndtering av pasientens privattøy ved pågående infeksjon

Hensikt:

Forhindre spredning av smitteførende mikrober via pasientens privattøy.

Gjelder for:

Alle ansatte som håndterer pasientens privattøy under en pågående infeksjon, enten de arbeider i avdelingen eller i vaskeriet.

Ansvar:

- Pleiepersonalet har ansvar for at pasientene bruker tøy ved pågående infeksjon som kan behandles som nevnt under og for å gi informasjon til vaskepersonell.
- Vaskeripersonell har ansvaret for desinfeksjon/vask av tøy som proseduren omhandler, og for å behandle tøyet på en slik måte at smittestoff ikke kan spres i vaskeriet. Ved tvil om vask/desinfeksjon, må avdelingens personale kontaktes.

Generelt:

Pasienter i sykehjem bruker som oftest privattøy, og dette kan som regel ikke vaskes etter samme regler for tekstiler som brukes i helseinstitusjoner, da vaskeperaturen blir for høy. Under pågående infeksjon, kan det være vanskelig å forhindre tilsøling av tøyet med smitteførende materiale som sårsekret, infeksjonsdiare med mer.

Fremgangsmåte:

Denne prosedyren gjelder kun pasienters privattøy som har vært i *direkte kontakt* med smittestoff. Det anbefales at tøyet som pasientene bruker, er av en kvalitet som kan vaskes i maskin på minimum 60 grader under pågående infeksjon (ikke tøy som kun tåler bløtlegging).

- Tøy som kan vaskes på 60 grader trenger ikke desinfeksjon før vask. Dette tøyet bør vaskes separat fra andre pasienters tøy, og det må kjøres en maskin på min 85 grader etterpå/evt. tom maskin på min 85 grader.
- Tøy som ikke kan vaskes på 60 grader legges i en desinfeksjonsløsning med Virkon 1% i 10 minutter før det vaskes i vaskemaskin på den høyeste temperaturen tøyet tåler.
- Ved *Clostridium difficile* og mykobakterier (Tbc) må tøyet legges i desinfeksjonsløsning med ParaSafe i 10 min.
- Det er viktig å overholde virketiden og ikke la tøyet ligge lenger enn 10 min. i desinfeksjonsløsningen. Ellers kan tøyet ta farge av løsningen og bli rosafarget (Virkon) evt. lyseblå (PeraSafe). Denne fargen går som oftest bort ved påfølgende vask i maskinen.
- Desinfeksjonskaret bør helst ha lokk for å unngå inhalasjon av desinfeksjonsmiddelet.
- Bruk hansker ved tilberedning og all kontakt med desinfeksjonsmidler, og unngå søl og sprut.
- Når tøyet desinfiseres før vask, er det ikke nødvendig å kjøre en tom maskin på 85 grader etter vask.
- Hvis tøyet sendes til vaskeriet må avdelingens personale emballere tøyet på en slik måte at vaskeripersonalet vet at det er smittetøy de håndterer.

10.7 Generell informasjon til pårørende/besøkende ved smitte

Hensikt:

Sikre at pårørende og besøkende til pasienter som skal isoleres får en generell og tilstrekkelig informasjon om de tiltak som må iverksettes.

Gjelder for:

Alle ansatte som skal gi informasjon til pårørende og besøkende til pasienter som isoleres.

Ansvar:

Behandlede lege eller ansvarlig sykepleier er ansvarlig for at pårørende/besøkende blir informert så snart som mulig, og helst før isolasjonen finner sted.

Fremgangsmåte:

Pårørende/besøkende får utlevert et informasjonsskriv som forklarer hvordan de skal opptre i forhold til en pasient som er smitteisolert (se vedlegg).

Vedlegg

Informasjon til pårørende/besøkende ved smitte.

INFORMASJON TIL PÅRØRENDE/BESØKENDE VED SMITTE

Kjære pårørende/besøkende til _____

Isolering på eget rom er av og til nødvendig for beboere/pasienter på sykehjem når det er mistanke om, eller blir påvist, en spesiell infeksjon. Hensikten er å hindre at andre får overført denne infeksjonen. Isolering blir altså ikke gjennomført fordi en pasient er spesielt syk, men fordi bakterier og virus har lett for å spre seg f.eks gjennom hoste, puss (verk), avføring eller urin.

Har du selv vært syk av omgangssyke med oppkast og diare (norovirus), ber vi om at du venter med å komme på besøk til 48 timer etter at du har blitt frisk igjen.

For å hindre smittespredning trenger vi hjelp fra deg ved at du følger opp disse punktene:

1. Det kan være nødvendig å redusere antall besøkende. Personalet vil gi beskjed om dette.
2. Sykepleier vil orientere deg om nødvendige forholdsregler før du går inn på rommet. Du trenger vanligvis ikke ha på beskyttelsesutstyr, bare hvis du har nærkontakt med pasienten/beboeren og deltar i stellet. Det kan allikevel være situasjoner som krever beskyttelsesutstyr. Da vil personalet gi beskjed.
3. Sitt ikke på sengekanten, men benytt stol ved sengen.
4. Vask hendene grundig før du forlater sykerommet, eller bruk helst hånddesinfeksjon, også hvis du bare skal ut et kort ærend. Personalet viser deg hvordan du bruker dette.
5. Vennligst ikke bruk avdelingens kjøkken, rentlager eller desinfeksjonsrom (skyllerom) under denne perioden. Be personalet hjelpe deg og hente det du trenger.
6. Du skal ikke besøke andre pasienter ved sykehjemmet etter at du har vært på besøk hos en isolert pasient/beboer, men gå rett ut.

Vi takker for din medvirkning og beklager den merbelastningen dette måtte medføre.

Med vennlig hilsen

(virksomhetsleder)

10.8 Lagring av rent og sterilt utstyr

Hensikt:

- Hindre smitteoverføring fra personer og miljø til utstyr som igjen kan infisere pasienter.
- Sikre at sterile produkter/sterilt brukerstyr oppbevares og håndteres på en måte som bevarer steriliteten.

Gjelder for:

Alle ansatte som håndterer rent og sterilt utstyr på avdelingene.

Ansvar:

- Institusjonens ledelse har ansvar for at det foreligger retningslinjer av rent og sterilt utstyr i institusjonen.
- Avdelingsledelsen har ansvar for at rutinene for riktig lagring gjennomføres og at lagerrommet er tilfredstillende.
- Personalet følger avdelingens til enhver tid gjeldende rutine med hensyn til lagring av rent og sterilt utstyr.

Generelt:

Korrekt lagring og øvrig håndtering av sterile produkter er viktig for å bevare steriliteten. Lagring ved for høy eller lav luftfuktighet kan forringe emballasjen, og derved medvirke til at produktet kan bli usterilt før utgått holdbarhet.

Fremgangsmåte:

Lokale og gjenstander

Det finnes i dag ingen gjeldende norsk standard for lagring/oppbevaring av sterilt utstyr med tanke på renhetsgrad, overtrykk, relativ fuktighet med mer.

I følge "Forskrift om registrering og kontroll av medisinsk engangsutstyr" skal alle produkter som omfattes av forskriftene, være registrert av "Nemnda for medisinsk engangsutstyr" for å kunne omsettes i Norge.

Bakterier og andre partikler utskilles fra personalet i varierende grad, avhengig av påkledning og graden av bevegelse. Størrelsen på disse partiklene gjør at de kan trenge gjennom pakkematerialet og på den måten føre til kontaminering av utstyret. Et sterilt/rent lager på institusjonen bør derfor ikke være utsatt for gjennomgangstrafikk eller romme utstyr som ikke hører hjemme på rent lager.

Renhold

Det skal utføres daglig renhold av gulv og horisontale flater. Hyller og reoler ca. en gang pr. mnd. Hovedrengjøring skal gjøres en gang i året.

10.9 Håndtering av legemidler

Hensikt:

- Å sikre gode rutiner/hygiene ved håndtering av legemidler.
- Å forebygge spredning av sykdomsfremkallende mikrober til pasienter og personale.

Gjelder for:

Ansatte som håndterer legemidler.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at legemiddelforsyningen/legemiddelhåndteringen er organisert i samsvar med gjeldende forskrift og at forholdene legges til rette for at sykehjemmet til enhver tid har retningslinjer og ressurser som sikrer forsvarlig håndtering av legemidler.
- Avdelingsleder har ansvar for at personalet er orientert om retningslinjene og sørge for at det daglige arbeidet vedrørende legemidler foregår i samsvar med gjeldende forskrift og retningslinjer.

Fremgangsmåte:

Oppbevaring av legemidler

- Legemidler oppbevares i eget låsbart skap/rom.
- Legemidler som ikke tåler lagring ved romtemperatur, oppbevares ved 2-8 grader i låsbart kjøleskap. Sjekk termometeret regelmessig.
- Legemidler sorteres og plasseres i oversiktlige merkede hyller i skapet/kjøleskapet.
- Legemidler kasseres/leveres til apotek når holdbarheten er nådd.
- Emballasjen holdes lukket etter hvert uttak.
- Legemidler som er tatt ut av originalemballasjen skal *ikke* legges tilbake igjen. Men kasseres.

Renhold

- Arbeidsbenken og gulvet rengjøres daglig.
- Hele medisinerrommet vaskes grundig 2 ganger pr. år.
- Medisinskap/- kjøleskap vaskes hvert kvartal.
- Medisintrallen vaskes hver uke. Evt. søl vaskes vekk umiddelbart.
- Flergangsutstyr for håndtering av legemidler skal rengjøres en gang i edøgnet. Utstyr som tåler varmedesinfeksjon og brukes daglig, skal varmedesinfiseres (f.eks medisinskje/pinsett, tablettknuser).

Håndtering av legemiddeldoser

- Hver pasient skal ha egne øyedråper/øyesalver, kremer og salver. Flasken/tuben merkes med pasientens navn og dato når den åpnes og plasseres på pasientrommet, evt. i medisintrallen. Obs at enkelte medikamenter må oppbevares i kjøleskap.
- Sjekk alltid medisincardex ved håndtering av legemiddeldoser.
- God hygiene før og etter håndtering og utdeling av legemidler, evt. ved behov før utdeling til neste pasient.
- Unngå direkte kontakt med legemidler.
- Legemidler som faller på gulv/andre steder skal erstattes med nye.

Medisindosetter

- Dosetten skal være tydelig merket med pasientens navn, fødselsdato, evt. også pasientens romnummer.
- Dosetten må skiftes ut når lokket er slitt eller ikke sitter fast.
- Dosetten rengjøres utvendig med såpe og vann/tørkes over med desinfeksjonssprit 70% før den fylles på nytt.
- Bruk medisinskje/pinsett ved fylling av dosetten. Ta aldri på medisinerne med fingrene.
- Legemidler som er falt ut av dosetten kasseres.
- Ukedosetter oppbevares i låsbart skap/rom/tralle.

Øyedråper, nese-dråper/spray (aerosol), munnspray

- Medisinflasken merkes med pasientens navn, fødselsdag og dato flasken tas i bruk.
- Les på bruksanvisningen om flasken må stå i kjøleskap. Dersom den må det. Må den tørkes av med 70% desinfeksjonssprit før den legges i en ren pose og merkes med pasientens navn.
- For pasienter med infeksjoner i øvre luftveier/øye kan medisinflasken sat på pasientens rom. Om mulig velg engangsdosetter f.eks øyedråper, nesedråper.
- God håndhygiene før og etter til hver pasient, evt. engangshansker i tillegg.
- La ikke medisinflasken komme i kontakt med huden/slimhinnen til pasienten.
- Evt. søl på flasken tørkes bort umiddelbart med engangspapirhåndkle.

Injeksjoner

- God håndhygiene før og etter, evt. bruk av engangshansker i tillegg.
- Legemiddel i engangsbeholder trekkes opp umiddelbart før injeksjon.
- Legemidler i hetteglass til flergangsbruk skal merkes med dato når den åpnes. Sjekk holdbarhetsdato for åpnet hetteglass. Ved utgått holdbarhetstid kastes hetteglasset.
- Toppen av åpnet hetteglass til flergangsbruk desinfiseres med Klorhexidinsprit 5% eller desinfeksjonssprit 70% (gjærne ferdig fuktete foliekompresser).
- Vent 60 sekunder før opptrekk.
- Opptrekkskanylen fjernes fra hetteglasset etter bruk.
- Ferdig istandgjort sprøyte legges på ren flate med steril tildekking av spiss.

10.10 Kjøkkenhygiene og servering av mat

Hensikt:

- Å sikre gode rutiner og hygiene ved håndtering av næringsmidler.
- Å forhindre matbåren infeksjon/smitte via matservering og kjøkkenstell til pasienter og personale.

Gjelder for:

Alt personale som håndterer og tilbereder mat.

Ansvar:

- Virksomhetsleder har ansvar for at næringsmiddelhandteringen på sykehjemmet er i samsvar med Mattilsynets retningslinjer/påbud.
- Kjøkkenledelsen på sykehjemmet har ansvar for at Mattilsynets retningslinjer følges og at kjøkkenets hygieniske standard holdes ved like.
- Virksomhetsleder har ansvar for å tilrettelegge servering av mat/drikke på hygienisk betryggende måte og etter gjeldende retningslinjer.
- Alle som serverer mat/drikke og deltar i annen behandling av mat, håndtering av service og oppvask har ansvar for å følge til enhver tid gjeldende retningslinjer.

Generelt:

Det er økende krav til personalet på sykehjem i forhold til håndtering av mat og kjøkkenrutiner. Personalet utfører flere oppgaver, og har ofte arbeidsoppgaver i kjøkkenet i tillegg til å stelle pasienter. Dette stiller store krav til hygiene, spesielt håndhygiene, både hos personalet og pasienter. Andre krav i forhold til servering og oppbevaring av mat, renhold på kjøkken, matavfallshåndtering osv. er ivarettatt av IK-mat. Dette er krav institusjonen er pålagt å ha, og som skal være en del av institusjonenes internkontrollsystem og hvor Mattilsynet er tilsynmyndighet.

Faktorer som øker fare for forurensning av næringsmidler

- Globalisering av matvaremarkedet.
- Flere personer deltar i håndtering/tilberedning av næringsmidler.
- Store mengder ("bulkmat") mat/drikke som lages/lagres lang tid i forveien.
- Maten transporteres fra et sentralkjøkken til flere institusjoner/avdelinger.
Manglende hygiene (håndhygiene, miljø, utstyr).
Tidspress.

Smittekilde/smitteveier

Patogene mikrober kan overføres til mat/drikke fra frisk smittebærer eller personer i rekonvalesensfasen. Mikrober kan formere seg i mat/drikke og danne toksiner. Av og til er smitten overført via drikkevann og dette kan forårsake store epidemiske utbrudd. Forurenset mat og drikke har til alle tider vært viktige smitteveier, særlig for mikrober som gir:

- Mage/tarminfeksjoner, f.eks Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Norovirus med mer.
- Matforgiftning.
- Smittsom gulsott.
- Andre infeksjoner f.eks enterovirus, poliovirus.

Fremgangsmåte:

Når det gjelder håndhygiene på kjøkkenet, kan både håndvask og hånddesinfeksjon benyttes før rene arbeidsoppgaver. Etter urent arbeid, kan hånddesinfeksjon benyttes dersom hendene ikke er synlig forurenset. Er man tilsølt med noe, må hendene vaskes.

Personalet

- Personer med mage- tarminfeksjon eller infeksjon på hender skal ikke delta i matlaging , servering eller oppvask.
- Små sår rifter skal dekket med vanntett plaster, evt. bruk engangshansker i tillegg.
- Benytt rent forkle/serveringsforkle. Sendes til vask daglig.
- Utfør alltid håndhygiene før og etter håndtering/servering av næringsmidler.
- Unngå mest mulig direkte kontakt med næringsmidler.
- Utfør alltid håndhygiene før håndtering av rent service, spise- og serveringsutstyr.
- Vask hendene etter håndtering av urent service.
- Håndvask før og etter at man hjelper en pasient å spise.

Pasienten

- Pasienten må vaske hender før måltidet, evt.- hjelpes med å bruke hånddesinfeksjon,. f.eks på et papirhåndkle.
- Pasienter som er isolert på grunn av en smittsom sykdom skal ikke spise i felles spisesal.

11 AVVIKSHÅNTERING

11.1 Avvikshåndtering fra prosedyrer i infeksjonskontrollprogrammet

Hensikt:

- Sikre at ansatte identifiserer, korrigerer, dokumenterer og melder avvik.
- Sikre at nærmeste overordnede informeres om avvikets art og om nødvendig igangsetter tiltak.

Gjelder for:

Alle ansatte ved sykehjemmet.

Ansvar:

Ansatte som ikke overholder gjeldende prosedyre er ansvarlig for å skrive avviksrapport og fylle ut avviksskjema som leveres nærmeste overordnede så raskt som mulig.

Virksomhetsleder har ansvaret for å igangsette evt. tiltak på bakgrunn av avvik. Rapport og skjema sendes om nødvendig videre til det nivået som har besluttende myndighet.

Generelt:

Prosedylene i infeksjonskontrollprogrammet er utarbeidet i tråd med Smittevernloven av 1995, med tilhørende forskrifter av 1996.

Forskriftens § 2-1 omhandler institusjonens plikt til å ha et infeksjonskontrollprogram, og at dette blir en del av institusjonens internkontrollsystem. Prosedyrene er en kvalitetssikring av institusjonens smittevernarbeid, og har som formål å forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner og forhindre at smittestoff spres til andre pasienter, ansatte, pårørende og til miljø. Derfor er det viktig at avvik fra prosedyrer registreres og dokumenteres skriftlig, slik at eventuelle tiltak kan iverksettes, evt. at prosedyrene må endres.

Fremgangsmåte:

Denne prosedyren gjelder i tilfeller/situasjoner der prosedyrene av ulike årsaker ikke er fulgt. Slike situasjoner kan blant annet være forhold til:

- Isolasjon av pasient med smittsom sykdom/infeksjon.
- Liggetid venekanyler.
- Liggetid for permanent urinkateter.
- At dekontaminator ikke virker som den skal.
- Håndtering av risikoavfall.
- Vask av pasienten-/personaltøy.

11.2 Avviksrapport ved avvik fra prosedyre i infeksjonskontrollprogrammet.

Til: (nærmeste overordnede)	Fra:	Dato:
------------------------------------	-------------	--------------

Beskrivelse av årsaken til at prosedyrene ikke ble overholdt. (Fylles ut av avsender - bruk evt. eget ark).

Forslag til tiltak. (Bruk evt. eget ark).

Tiltak (fylles ut av ansvarlig - bruk evt. eget ark).

Avvik rettet:	Dato.	Underskrift ansvarlig:
----------------------	--------------	-------------------------------

Rapport videresendt tilsynslegen ved institusjonen:

Til:	Dato:	Underskrift
Forslag til tiltak og eventuelle fremdriftsplan (evt. på eget ark).	Dato	

Avvik rettet:	Dato	Underskrift
----------------------	-------------	--------------------

11.3 Skjema for registrering av avvik fra prosedyrer i infeksjonskontrollprogrammet

(Hvert avvik registreres på dette arket - avvik pr.år - lett å sjekke)

Hvilken prosedyre ble ikke overholdt: (prosedyrer)	Kreves det omgående tiltak	Kan løses på sikt.	Utføres innen: (dato)	Ansvarlig:
	Ja Nei	Ja Nei		
	Ja Nei	Ja Nei		
	Ja Nei	Ja Nei		
	Ja Nei	Ja Nei		
	Ja Nei	Ja Nei		
	Ja Nei	Ja Nei		
	Ja Nei	Ja Nei		
	Ja Nei	Ja Nei		
	Ja Nei	Ja Nei		