

## Revisjon 3: 2.9 Håndtering av avfall

Nivå: <b>1: Oppvekst og levekår</b>	Godkjenningsnivå: <b>Levekår</b>	Godkjent av: <b>Smittevern- overlegen</b>	Godkjent dato: <b>12.02.2014</b>	 STAVANGER KOMMUNE
Dokumenteier: <b>Rådgiver – smittevern</b>	Dokumenttype: <b>Retningslinje</b>	Revisjonsnr: <b>3</b>	Gyldig fra: <b>12.02.2014</b>	

Tittel:

## 2.9 Håndtering av avfall

### 1. Formål

Å hindre at avfall forårsaker skade eller sykdom hos beboere og personale, og alle som håndterer avfallet i og utenfor institusjonen.

### 2. Ansvarsforhold

Virksomhetsleder har ansvar for at ”Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv” 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.

Avdelingsleder 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.

Vi påser sentralt at Stavanger renovasjon følger forskriften. Dersom virksomheten bruker annen transportør er det virksomhetsleder som har ansvar for å påse at transportøren følger forskriften.

### 3. Beskrivelse

#### Håndtering av forbruksavfall

- Vanlig avfall som ikke medfører fare for helse- eller miljøskader kastes i svart søppelsekk.
- På sengeavdelinger skal svart søppelsekk stå på i eget stativ på eget avfallsrom, ev på uren side på skyllerommet.
- Søppelsekken skal aldri fylles mer en  $\frac{3}{4}$  full før den lukkes
- Før transport skal sekken alltid lukkes forsvarlig. Intern transport skal skje på egne traller eller stativ, som kun brukes til frakt av søppelsekker.

Avfall forurenset av små mengder inntørket blod (på tupfere, sanitetsbind o.l.), eller forurenset av annet organisk materiale fra beboer som ikke har smittsom sykdom (bleier m.m.), kan kastes sammen med forbruksavfall. Avfallet skal legges i hvit plastpose inne på beboerrommet, eller så nære brukerstedet som mulig. Posen må ikke bli liggende inne på beboerrommet, men lukkes før man går ut av rommet og kastes direkte i svart søppelsekk.

#### 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 beboer med smittsom sykdom
2. Blod og blodprodukter
3. Biologisk-/patologisk avfall
4. Stikkende-/skjærende avfall

### Revisjon 3: 2.9 Håndtering av avfall

Avfall fra beboer med smittsom sykdom, og avfall som inneholder blod, skal legges i plastposer inne på beboerrommet eller så nær brukerstedet som mulig. Posen lukkes før den tas ut av rommet.

Hvis plastposen blir forurenset på yttersiden, skal en ny pose trekkes utenpå. Posen med smitteavfall legges deretter direkte i gul plastsekk.

Biologisk-/patologisk avfall (vevsbiter m.m.) og avfall med store mengder blod (f.eks. gjennomtrukket, vått bandasjemateriell) skal legges i plastposer som lukkes. Posene legges deretter i egne beholdere av hard plast.

Brukte sprøyter, kanyler og annet stikkende-/skjærende avfall forurenset med blod eller annet organisk materiale, skal kastes i egne gule beholdere av hard plast. Beholderen skal ikke fylles mer enn  $\frac{3}{4}$  full. Lokk festes godt før den legges i egne esker merket risikoavfall.

Beholdere med smitte-/risikoavfall skal være forsvarlig lukket og bringes til felles avfallslager der det settes synlig atskilt fra sekker med forbruksavfall. Avfallet må ikke komprimeres. Smitte-/risikoavfall hentes av renholdsverket etter egen avtale. Emballasjen må merkes slik at det tydelig fremgår at innholdet er biologisk avfall og/eller smitte-/risikoavfall.

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

## 4. Avvikshåndtering

Avvik er når gjeldende rutine for håndtering av avfall ikke følges.

Gjentatte mangler eller brudd på rutinen som oppdages ved systematisk- eller stikkprøvekontroll av kritiske punkter (se avsnitt 4), skal meldes skriftlig på eget avviksskjema av avdelingsleder til virksomhetsleder. Som gjentatte mangler eller brudd, regnes 3 eller flere pr. kvartal.

Avdelingsleder har ansvar for å sette i gang tiltak som skal forhindre nye avvik. Igangsatte tiltak føres på avviksskjemaet innen to uker etter første melding og sendes på ny til virksomhetsleder.

Vaktmester eller den som har ansvar for intern transport av avfall, bør loggføre når svarte søppelsekker ryker p.g.a. feil emballering. Mer enn 3 feil pr. måned skal meldes skriftlig på eget avviksskjema til virksomhetsleder.

Den som oppdager feil sortering og/eller emballering av smitte-/risikoavfall, skal straks igangsette tiltak som hindrer at skade eller sykdom oppstår ved håndtering av avfallet. Et hvert slikt brudd på rutinen skal meldes skriftlig på eget avviksskjema til virksomhetsleder.

Ved skriftlige avviksmeldinger skal virksomhetsleder påse at det blir satt i gang tiltak som skal forhindre nye avvik. Virksomhetsleder kan delegere oppgavene med mottak og håndtering av avviksmeldinger til en annen.

Se kapittel 1.7.

## 5. Kontroll/revisjonsansvar

En gang hvert kvartal, eller oftere ved stikkprøver, bør avdelingsleder kontrollere:

- at svarte søppelsekker ikke fylles for fulle
- at avdelingen har nødvendig utstyr for håndtering av smitte-/risikoavfall:
  - gule plastsekker
  - egne beholdere for smitte-/risikoavfall
  - egne beholdere i gul hard plast for stikkende-/skjærende avfall
- at beholdere for stikkende-/skjærende avfall brukes og ikke fylles mer enn  $\frac{3}{4}$  fulle

## Revisjon 3: 2.9 Håndtering av avfall

Kontrollen bør dokumenteres på eget skjema. Se kapittel 1.7.1.

Rutinen revideres årlig av smittevernoverlegen

### **6. Referanser**

1. Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv. 2005 (FOR 2005-10-11 nr 1196)
2. Stavanger kommune. Renovasjonsforskrift, juni 2004.
3. Elstrøm P. Smittevern i helseinstitusjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002.

### **7. Distribusjon**

Legges i Oppvekst og levekårs kvalitetssystem QLM under menyvalget «Oppvekst og levekår» på «støttefunksjoner og verktøy» og så videre under «smittevern».