|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte beachten Sie, dass dieses Begehungsprotokoll kompatibel zu den Aussagen Ihres Hygieneplans und Ihrer Betriebsanweisungen gem. BioStoffV sein muss. | | | | | |
| Ggf. sind von Ihrer Seite entsprechende Veränderungen vorzunehmen. Kontrollpunkte zur Gefährdungsbeurteilung gemäß BioStoffV wurden grau hinterlegt. | | | | | |
| **0 Organisation** | |  |  |  |  |
| **0A Hygieneplan** | |  |  |  |  |
| 1 | Haben die Mitarbeiter Probleme mit der Umsetzung des Hygieneplanes? | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Sind die dort enthaltenen Vorgaben nach Auskunft der Mitarbeiter vollständig und fachgerecht? | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Der Hygieneplan ist in aktueller Version ausgedruckt vor Ort vorhanden und allen Mitarbeitern ad hoc zugänglich. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 4 | Die Kenntnisnahme wurde von allen Mitarbeitern bestätigt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **0B Reinigungs- und Desinfektionspläne** | |  |  |  |  |
| 1 | In den Funktionsräumen hängt ein lami-nierter Reinigungs- und Desinfektions-plan gut sichtbar aus. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Die in den Reinigungs- und Desinfek-tionsplänen genann­ten Mittel sind vor Ort verfügbar. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **0C Hautschutz- und Händehygieneplan** | |  |  |  |  |
| 1 | In der Wohnbereichszentrale und in den Funktionsräumen hängt ein Hautschutz- und Händehygieneplan gut sichtbar aus. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Die in den Plänen genannten Mittel und Handschuhe sind vor Ort verfügbar. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **0D Schulung, Unterweisung und Einarbeitung** | | |  |  |  |
| 1 | Schulungen / Unterweisungen zur Perso-nalhygiene gem. BioStoffV, Lebensmittel-hygiene gem. IfSG und MRSA fanden statt und wurden dokumentiert. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Neue MitarbeiterInnen der Pflege oder Hauswirtschaft werden strukturiert und dokumentiert eingewiesen. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **1 Personalhygiene** | |  |  |  |  |
| **1A Persönliches Erscheinungsbild** | |  |  |  |  |
| 1 | Von den pflegerischen und hauswirt-schaftlichen Mitarbei­tern wird kein Hand-schmuck getragen. Die Hände befin­den sich in einem gepflegten Zustand. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Langes Haar wird so getragen, dass ein Herabhängen in den Arbeitsbereich unterbleibt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **1B Dienstkleidung** | |  |  |  |  |
| 1 | Die vorgesehene Dienstkleidung wird vorschriftsmäßig getragen. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Privatkleidung wird getrennt von Dienstkleidung aufbewahrt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Wechselkleidung ist ausreichend vorhanden. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 4 | Es besteht eine Aufbereitungsmöglichkeit für kontaminierte Dienstkleidung durch den Arbeitgeber. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1C PSA (Persönliche Schutz-ausrüstung)** | |  |  |  |  |
| 1 | Geeignete PSA für den pflegerischen Alltag (wie Schutzhandschuhe, Schutz-kittel, Mund-Nasenschutz) steht ortsnah in ausreichende Stückzahl verfügbar. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Die hauswirtschaftlichen Mitarbeiterinnen arbeiten mit stabilen Einmalhandschuhen mit langen Stulpen. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Für den Fall einer aerogen übertragbaren Erkrankung sind FFP2-Atemschutzmas-ken vorhanden. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 4 | Zum Schutz vor Desinfektionsmittelkon-zentraten und Biostoffe sind Schutzbrillen vorhanden. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **1D Handpflegemittel** | |  |  |  |  |
| 1 | Handpflegemittel in Form von Haut-pflege- und Haut­schutz-Cremes sind ortsnah und ausreichend verfügbar. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **1E Kittelflaschen** | |  |  |  |  |
| 1 | Die Kitteltaschenflaschen sind sauber, mit Anbruchsdatum beschriftet. Datum und Etikettierung sind lesbar. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Eine Wiederbefüllung von Kitteltaschenflaschen findet nicht statt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **1F Verhalten im Verletzungsfall** | |  |  |  |  |
| 1 | Das Verbandbuch und Formulare zur Erfassung und Analyse von Nadelstich-verletzungen sind vor Ort vorhanden. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2 Umgebungshygiene** | |  |  |  |  |
| **2A Allgemeine Anforderungen an Bau & Einrichtung** | | |  |  |  |
| 1 | Fußböden, Fußleisten, Wände und Schutzleisten sind intakt und sauber. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Möbel, Fenster und Türen sind intakt und sauber. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Heizungseinrichtungen, Elektroeinrich-tungen und Lüf­tungsanlagen sind intakt und sauber. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 4 | In Feucht-, Aufbereitungs- und Lagerräu-men gibt es keine Schimmelbildung. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 5 | Arbeitsflächen werden auf das mögliche Maß freigehalten und werden zweckent-sprechend genutzt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 6 | Die Nutzung der Räume, Schränke und Regale erfolgt zweckentsprechend. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 7 | Reine und unreine Arbeiten finden in den jeweils dafür vorgesehenen Räumen bzw. Raumbereichen statt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **2B Wasser, Sanitär, Spender** | |  |  |  |  |
| 1 | Waschbecken, Duschen und weitere Sanitäreinrichtungen sind intakt und sauber. Es sind keine verkalkten Wasser­strahlregler oder Duschköpfe vorhanden. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Wasserzapfstellen (Wasserhähne, Duschen etc.) werden regelmäßig genutzt oder dokumentiert durchspült. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Die Handwaschbecken sind sauber, intakt und komplett ausgestattet (Seifenspender, Handtuchspender (Einmalhandtücher), Abfallbehälter. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 4 | Spender für Desinfektionsmittel sind an allen relevanten Orten vorhanden (Zen-trale, Funktionsräume, Pflegearbeits-wagen, Wäschesammler) vorhanden. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 5 | Die Spender sind ordnungsgemäß eti-kettiert und mit dem Anbruchsdatum beschriftet. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **2C Hausreinigung** | |  |  |  |  |
| 1 | Zur Routine-Unterhaltsreinigung werden die dafür vorgesehenen Mittel und Uten-silien (Eimer, Lappen etc.) gemäß den Vorgaben des Hygieneplanes verwendet. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **2D Aufbereitungseinrichtungen** | | | | | |
| 1 | Steckbeckenspülen sind funktionsfähig, intakt und sauber. Die Verwendung erfolgt zweckbestimmt und fachkundig. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Die für Steckbeckenspülen vorgesehe-nen routinemäßigen Wartung und Über-prüfungen fanden statt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Es werden die vorgesehenen Betriebs-mittel verwendet. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 4 | Die Reinigungsleistung ist zufriedenstel-lend (kein manuelles Nacharbeiten notwendig). | Ja Nein Teilweise |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2E Mobiles Inventar / Pflegeutensilien / Medizinprodukte** | | |  |  |  |
| 1 | Die Gegenstände sind funktionsfähig, intakt und sauber. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Die Aufbereitung von Medizinprodukten ist durch Vorgaben des Hygiene-planes geregelt. Es werden die vorgese-henen Aufbereitungsverfahren verwendet. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Die bewohnerbezogene Verwendung der dafür vorgese­henen Pflegeutensilien ist gewährleistet bzw. findet statt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **2F Sterilgutlagerung** | |  |  |  |  |
| 1 | Die Lagerung von Sterilgut erfolgt staubgeschützt, trocken und an dafür geeigneten Orten. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Die Sterilgut-Verpackungen sind intakt, die MHD-Vorga­ben nicht überschritten. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Die Kontrolle des Sterilgutes hat im vorgesehenen Intervall stattgefunden und wurde ordnungsgemäß dokumentiert. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **2G Abfälle** | |  |  |  |  |
| 1 | Abfälle werden unter Nutzung der dafür vorgesehenen Behältnisse ordnungsgemäß getrennt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Die zur Entsorgung von spitzen oder scharfen Gegenstän­den vorgesehenen Behältnisse werden gemäß den Vorga­ben des Hygieneplanes verwendet. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Die Zwischenlagerung von Abfällen findet in den dafür vorgesehenen Räumlich-keiten bzw. Raumbereichen in korrekter Weise statt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **2H Frischwäsche** | |  |  |  |  |
| 1 | Frischwäsche wird kontaminationsge-schützt in dafür vorgesehenen Räumen, Schränken bzw. Vorrichtungen gelagert. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Die Lagerhaltung ist "schlank" und angemessen. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| **2I Schmutzwäsche** | |  |  |  |  |
| 1 | Die Sammlung bzw. Sortierung von Schmutzwäsche erfolgt nach Vorgaben des Hygieneplanes direkt am Ort der Entsorgung. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Eine Nachsortierung unterbleibt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Die Zwischenlagerung von Schmutz-wäsche findet in den dafür vorgesehenen Räumlichkeiten bzw. Bereichen in korrek-ter Weise statt. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3 Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln** | | |  |  |  |
| **3A Arzneimittel** | |  |  |  |  |
| 1 | Die Kontrolle der Arzneimittellagerung durch den Vertragsapotheker hat wie vorgesehen stattgefunden. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Der Arzneimittelmittelkühlschrank ist funktionsfähig, aufge­räumt und sauber. Die Medikamente sind im Kühlschrank sachgerecht positioniert. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Im Kühlschrank befindet sich ein funktionsfähiges Thermo­meter. Die Innentemperatur beträgt 2°C bis 8°C. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 4 | Angebrochene Mehrdosisbehältnisse (z.B. Insulinpens) werden gemäß den Vorgaben des Herstellers, der Apo­theke und des Hygieneplanes gelagert. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 5 | Die Kontrolle des Arzneimittelkühl-schrankes hat im vorge­sehenen Intervall stattgefunden und wurde ordnungs­gemäß dokumentiert. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 6 | Die Lagerung nicht zu kühlender Medi-kamente erfolgt in ihren Verpackungen lichtgeschützt, trocken, kühl und geschlossen. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 7 | Alle Medikamente werden bewohner-bezogen verwendet. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 8 | Angebrochene Tropfen oder Säfte sind mit dem Anbruchdatum beschriftet und befinden sich innerhalb der Haltbarkeits-grenze. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3B Lebensmittel** | |  |  |  |  |
| 1 | Das Personal sucht zum Rauchen oder zur Nahrungsauf­nahme die dafür vorgesehenen Personalräume auf. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 2 | Es werden keine Lebensmittel oder Getränkte des Personals im Wohn- und Pflegebereich gelagert. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 3 | Zu kühlende Lebensmittel werden be-schriftet und gemäß den Vorgaben des Hygieneplanes im Kühlschrank separat von Arzneimitteln gelagert. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 4 | Der Lebensmittelkühlschrank ist funktionsfähig, aufgeräumt und sauber. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 5 | Im Kühlschrank befindet sich ein funktionsfähiges Thermo­meter. Die Innentemperatur beträgt unter 8°C. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 6 | Die Kontrolle des Lebensmittelkühl-schrankes hat im vorgesehenen Intervall stattgefunden und wurde ordnungs-gemäß dokumentiert | Ja Nein Teilweise |  |  |  |
| 7 | Nicht zu kühlende Lebensmittel werden an den dafür vorgesehenen Orten kühl, trocken und staubgeschützt außerhalb ihrer Umverpackungen gelagert. | Ja Nein Teilweise |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4 Hygiene im Zusammenhang mit medizinisch-pflegerischen Maßnahmen** | | | | | |  |  |
| **4A Injektionen, Infusionen, Blutentnahmen** | | | |  | |  |  |
| 1 | Bei Injektionen, s.c.-Infusionen und Blut-entnahmen (z.B. BZ-Kontrollen) werden stichsichere Materialien eingesetzt. | | Ja Nein Teilweise |  | |  |  |
| 2 | Die Pflegenden wurden in den Umgang mit stichsicheren Materialien unterwiesen? | | Ja Nein Teilweise |  | |  |  |
| 3 | Falls keine stichsicheren Materialien eingesetzt werden gibt es hierzu eine schriftliche Begründung in der jeweiligen Patientendokumentation. | | Ja Nein Teilweise |  | |  |  |
| 4 | Bei i.m.-Injektionen und Blutentnahmen (z.B. BZ-Kontrollen) werden Schutzhandschuhe getragen. | | Ja Nein Teilweise |  | |  |  |
| **4B Verbandwechsel** | | |  |  | |  |  |
| 1 | Alle mit der Wundfläche in Berührung kommenden Gegenstände, Medikamente und Spüllösungen kommen steril zu Anwendung. | | Ja Nein Teilweise |  | |  |  |
| 2 | Die bei Wundspülungen eingesetzten Lösungen werden steril und innerhalb ihrer Haltbarkeitsgrenzen verwendet. | | Ja Nein Teilweise |  | |  |  |
| **4C Harndrainagen** | | |  |  | |  |  |
| 1 | Mobile Bewohner sind mit einem ent-sprechenden Ableitungssystem (z.B. Day & Night-Beutel) versorgt. Regelmäßige Diskonnektionen finden nicht statt. | | Ja Nein Teilweise |  | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| **Ersteller und Freigabe** | | |  |  | |  |  |
|  | |  | **Erstellt von** | **Freigegeben durch** |  | |  |
|  | | **Name:** |  |  |  | |  |
|  | | **Funktion:** |  |  |  | |  |
|  | | **Datum:** |  |  |  | |  |
|  | | **Unterschrift:** |  |  |  | |  |